

Versorgungsbedarf und Anforderungen an Professionelle im Gesundheitswesen im Problembereich Gewalt gegen Frauen und Mädchen

Expertise für die Enquêtekommission
„Zukunft einer frauengerechten
Gesundheitsversorgung in Nordrhein-Westfalen“

Prof. Dr. Carol Hagemann-White
Dipl. Päd. Sabine Bohne

Mit Unterstützung von:
Katrin Hauptmeyer
Astrid Kanne
Ulrike Demandt
Nicole Schippers

Endredaktion Februar 2003

Inhaltsverzeichnis

1. AUFTRAG, ZIELE, METHODE UND VERLAUF DER BEARBEITUNG	5
1.1 Auftrag	5
1.2 Ziele der Studie.....	5
1.3 Gewaltdefinition	5
1.4 Methoden und Verlauf.....	6
1.4.1 Literaturrecherche	6
1.4.2 ExpertInnenbefragung	6
1.4.3 Fachtagung	7
2. PRÄVALENZ VERSCHIEDENER FORMEN GESCHLECHTSBEZOGENER GEWALT	9
3. ALLGEMEINE ERKENNTNISSE ZU DEN AUSWIRKUNGEN UND LANGFRISTIGE BEEINTRÄCHTIGUNG DER GESUNDHEIT DURCH GEWALT	15
3.1 Erkenntnisstand zu den Auswirkungen von Gewalt.....	15
3.2 Unspezifische typische Symptomkomplexe.....	19
3.2.1 Anhaltende Angst- und Schlafstörungen.....	19
3.2.2 Beziehungs- und Sexualitätsstörungen.....	20
3.2.3 Posttraumatisches Belastungssyndrom	21
3.2.4 Depression und Suizidalität.....	24
3.2.5 Suchtverhalten und Suchtgefährdung.....	25
3.2.6 Chronische Schmerzen.....	27
4. DIFFERENTIELLE AUSWIRKUNGEN VERSCHIEDENER GEWALTFORMEN.	27
4.1 Gewalt in der Kindheit und der Pubertät.....	27
4.2 Vergewaltigung und sexuelle Übergriffe.....	31
4.3 Häusliche Gewalt: Misshandlung und sexuelle Gewalt in engen Beziehungen.....	32
5. STANDARDS FÜR DIE GEWÄHRLEISTUNG ADÄQUATER VERSORGUNG..	35
5.1 Gewalt ist gefährlich	35
5.2 Gewalt ist alltäglich.....	36
5.3 Gewaltopfer brauchen Wertschätzung	37
5.4 Gewalt muss Gehör finden	37
5.5 Das Netz der Hilfsangebote muss dicht gewebt sein	38
5.6 Wissen muss verfügbar sein	38

5.7 Gewalt ist Unrecht und wiederholt sich	39
5.8 Heilbehandlung erfordert Spezialkenntnisse.....	40
5.9 Gemeinsam gegen Gewalt ist effektiv.....	40
5.10 Alle Opfer sind gleichwertig.....	41
5.11 Engagierte Fachkräfte brauchen Rückendeckung.....	42
5.12 Vorbeugen ist besser als Heilen.....	42
6. BARRIEREN UND HINDERNISSE IN DER VERSORGUNG	44
6.1 Barrieren seitens der Behandelnden	44
6.2 Individuelle Barrieren seitens Betroffener	45
7. DEFIZITANALYSE AUS SICHT DER EXPERTINNEN.....	45
7.1 Defizite in der psychotherapeutischen Versorgung	46
7.2 Defizite in niedergelassenen medizinischen Praxen	46
7.3 Defizite in Klinikambulanzen.....	47
7.4 Defizite in der Schwangerenversorgung und Geburtshilfe	47
7.5 Defizite in der Honorierung notwendiger Versorgungsleistungen	47
7.6 Defizite in der psychiatrischen Versorgung.....	48
7.7 Defizite in der Suchtkrankenhilfe.....	48
7.8 Defizite in der Versorgung von Migrantinnen	49
7.9 Defizite in der Versorgung behinderter Frauen.....	49
7.10 Professionelle im Gesundheitswesen – was ist ihre Rolle?	50
8. SINNVOLLE MAßNAHMEN UND UMSETZUNGSMÖGLICHKEITEN	53
8.1 Frage nach Gewalt im Rahmen der Anamnese oder im Behandlung-Setting.....	53
8.2 Qualifiziertes Informationsmaterial bereitstellen und Verbreitung gewährleisten... 	55
8.3 Verbesserung der psychotherapeutischen Versorgung	57
8.4 Aufbau von Kooperationsnetzen und Verbundprojekte.....	58
8.5 Qualitätsstandards entwickeln und festlegen	60
8.6 Ergebnisse und Erfahrung guter Praxis übernehmen.....	62

8.6.1	Modelle guter Praxis aus dem Inland.....	62
8.6.2	Modelle guter Praxis aus dem Ausland.....	67
8.6.3	Initiative NRW (Bielefeld).....	69
8.7	Aus-, Fort- und Weiterbildung	69
8.8	PatientInnenrechte stärken	71
9.	EMPFEHLUNGEN FÜR NORDRHEIN-WESTFALEN	73
	LITERATURVERZEICHNIS	78
	Anlage 1: Befragte ExpertInnen	96
	Anlage 2: Interview-Leitfaden	98
	Anlage 3: TeilnehmerInnenliste der Fachtagung.....	98
	Anlage 4: Maßnahmen zur Verbesserung der Versorgungsqualität.....	99

1. Auftrag, Ziele, Methode und Verlauf der Bearbeitung

1.1 Auftrag

Das Gesundheitswesen in Deutschland ist bislang in die Anstrengungen um Prävention, Intervention und Heilung bei Gewalt im Geschlechterverhältnis zu wenig eingebunden. Damit zusammenhängend ist der Wissensstand über Zusammenhänge zwischen Gewalt und Gesundheitsproblemen hierzulande bruchstückhaft und findet in Anamnese, Diagnostik und Behandlung der Professionellen im Gesundheitswesen immer noch wenig Beachtung. Neben den individuellen Folgen für Betroffene hat Gewalt gegen Frauen und Mädchen enorme Folgekosten, insbesondere für das Gesundheitssystem.

Vor diesem Hintergrund gab die Enquêtekommission "Zukunft einer frauengerechten Gesundheitsversorgung in NRW" bei der Forschungsgruppe Frauenforschung der Universität Osnabrück eine Studie zur Analyse des Versorgungsbedarfs von Frauen und Mädchen, die von Gewalt betroffen sind, sowie zur Untersuchung von Wegen der Implementierung diesbezüglicher Kenntnisse in die Arbeitsroutine der Professionellen im Gesundheitswesen in Auftrag.

1.2 Ziele der Studie

Ziel dieser Studie ist es, Zusammenhänge zwischen Gewalterfahrungen und gesundheitlichen Problemen, Konsequenzen für die Behandelnden, identifizierbare Defizite, Bedarfe und Empfehlungen für eine verbesserte gesundheitliche Versorgung gewaltbetroffener Frauen und Mädchen und strategische Umsetzungsmöglichkeiten aufzuzeigen. Hierfür wurden im Auftrag explizit Fragestellungen¹ formuliert, die es im Rahmen der Studie zu bearbeiten galt.

1.3 Gewaltdefinition

Die Ausschreibung des Auftraggebers legte folgende Gewaltdefinition in Anlehnung an Wieners und Hellbernd (2000, 32) fest:

„Körperliche Gewalt – zu ihr gehören beispielsweise Ohrfeigen, Schläge mit den Fäusten oder mit Gegenständen, Stöße, Würgen, Fesseln. Tätliche Angriffe bis hin zu tödlichen Folgen;

Sexualisierte Gewalt – sie umfasst Nötigungen bis hin zu Vergewaltigungen oder auch Zwang zur Prostitution;

Psychische Gewalt – darunter fallen auch Drohungen, der Frau oder ggf. ihren Kindern etwas anzutun, Beleidigungen, Demütigungen, das Erzeugen von Schuldgefühlen, Essensentzug und Einschüchterungen;

Ökonomische Gewalt – dies umfasst Arbeitsverbote oder den Zwang zur Arbeit, die alleinige Verfügungsmacht über finanzielle Ressourcen durch den Mann; kurz die Herstellung und Aufrechterhaltung einer ökonomischen Abhängigkeit und schließlich

Soziale Gewalt, womit zumeist das Bestreben eines Mannes beschrieben wird, die Frau sozial zu isolieren, indem ihr Kontakte verboten oder Kontakte kontrolliert werden.“

Diese Gewaltformen wurden in der Bearbeitung des Auftrags berücksichtigt. Zusätzlich war es erforderlich, auf den Zeitabstand zur Tat sowie auf den Beziehungskontext zu achten und

¹ Die zu bearbeitenden Fragestellungen umfassten folgende Aspekte: Zusammenhänge zwischen Gewalterfahrungen und gesundheitlichen Problemen, Konsequenzen für Behandelnde, erkennbare Defizite in der Versorgung, Empfehlungen für Standards bei der Anamnese, Diagnostik und Dokumentation, Empfehlungen für Aus- und Weiterbildungen, Wege der Implementation, Empfehlungen für eine verbesserte gesundheitliche Versorgung von Gewaltbetroffenen, Differenzierungen für bedarfsgerechte Versorgung nach kulturellem Hintergrund, Lebensphase und Lebenslage.

insbesondere zwischen den kurz- und mittelfristigen Wirkungen der Gewalt auf erwachsene Frauen und den längerfristigen Folgen von Gewalt in der Kindheit zu unterscheiden. Bei der Kindheit ist die Abgrenzung zwischen sexueller, körperlicher und psychischer Gewalt nicht trennscharf; bei Gewalt in Beziehungen greifen alle fünf Ausprägungen in einander. Mit Blick auf die gesundheitlichen Folgen wurde Gewalt daher in drei Hauptformen gebündelt:

Gewalt in der Kindheit und in der Pubertät, wozu Kindesmisshandlung, sexueller Missbrauch und Vernachlässigung gehören;

Vergewaltigung und sexuelle Übergriffe: hierzu gehören alle aufgenötigten Intimitäten sexuellen Inhalts;

Häusliche Gewalt – dies umfasst wiederholte Übergriffe aller Art innerhalb des Zusammenlebens in Beziehungen; hier wird auch von Frauenmisshandlung gesprochen.

1.4 Methoden und Verlauf

1.4.1 Literaturrecherche

Um die Zusammenhänge zwischen Gewalterfahrungen und gesundheitlichen Problemen aufzuzeigen, erfolgte eine umfassende Sichtung der deutschen und internationalen Literatur. Hier konnte auf die im Forschungsschwerpunkt an der Universität Osnabrück aufgebauten umfangreichen Material- und Literatursammlung zu Gewalt gegen Frauen und Mädchen sowie zu Frauengesundheitsfragen zurückgegriffen werden. Diese Datenbanken wurden durch systematische Internet-Recherche mit neuerer Literatur ergänzt und in Form einer Synopse systematisiert. Aus dieser umfassenden Literatur sowie aus Praxiserfahrungen im In- und Ausland können Konsequenzen für das ärztliche, pflegerische und psychotherapeutische Handeln und Empfehlungen für Standards abgeleitet werden.

1.4.2 ExpertInnenbefragung

Um Defizite und Barrieren zu identifizieren, die einer angemessenen Behandlung im Wege stehen, wurde neben der Auswertung der Literatur eine ExpertInnenbefragung durchgeführt. Für die Auswahl der Expertinnen konnte auf schon bestehende Adressendateien und Datenpools zurückgegriffen werden. Befragt wurden 29 Fachkräfte der unterschiedlichen Professionen (siehe Anlage 1), die überwiegend selbst an der Versorgung von Mädchen und Frauen beteiligt sind und dort mit den gesundheitlichen Folgen von Gewalt zu tun haben². Diese ExpertInnen sind besonders gut in der Lage, spezifisch für das deutsche Gesundheitswesen Defizite und Hindernisse zu einer besseren Versorgung zu benennen. Gleichzeitig können sie Anregungen und Einschätzungen zu praktikablen und sinnvollen Empfehlungen für Standards nennen.

Die ExpertInnenbefragung erfolgte in einem Zeitraum von drei Monaten im Rahmen von persönlichen und telefonischen Gesprächen, die auf Band mitgeschnitten wurden; teilweise zogen die Expertinnen es vor, die Fragen schriftlich per Email zu beantworten. Der hierfür erarbeitete Interviewleitfaden (siehe Anlage 2) bezog sich auf einige in der Auftraggebung formulierte Fragestellungen. Die Interviews wurden in Anlehnung an den methodischen Leitlinien von Meuser und Nagel (1997) inhaltlich vollständig aber in sinnvoller Verdichtung paraphrasiert, um das Expertinwissen geordnet nach thematischen Einheiten aufzubereiten. Bei derartigen Interviews sind die Gesprächspartner nicht in ihrer persönlichen Lebensgeschichte sondern mit ihrem Betriebs- und Kontextwissen gefragt. Die Auswertung dient dazu, Themen, Aussagen und Praxisbeispiele für die weiteren Arbeitsschritte zu gewinnen; als Zwischenergebnis wurde jeweils eine Zusammenfassung der Kernaussagen erarbeitet.

² Die befragten Expertinnen sind in folgenden Bereichen tätig: spezifische Beratungsstellen (z.B. Wildwasser, Zartbitter), Frauennotruf, Frauenhaus, Psychotherapeutische Praxen, Traumatherapiestationen, Frauenheilkunde, Rechtsmedizin, Pflegewissenschaften, Schwangerenversorgung und Geburtshilfe, spezifische Einrichtungen für Migrantinnen und für Behinderte, wissenschaftliche Begleitung eines Modellprojektes, Frauentherapiezentrum, Trainerin in Fortbildungsseminaren, Lehrende

Für die Entwicklung von Standards und Empfehlungen für Aus- Fort- und Weiterbildung konnte auf die zum größten Teil in der internationalen Literatur z.T. sehr gut ausgearbeiteten Leitlinien, sowie auf Erfahrungsberichte der in- und ausländischen Praxis und Projekte zurückgegriffen werden. Auch in der Expertinnenbefragung wurden diese Aspekte mit einbezogen, sowie die Frage nach geeigneten AkteurInnen zur Implementation. Die Differenzierung der Versorgungskonzepte nach kulturellem Hintergrund, Lebenslage und Lebensphase wurde in den Interviews mit aufgenommen, doch notwendige Hinweise konnten eher Expertisen von spezifischen Einrichtungen geben.

Im Zuge der Expertinneninterviews konnten eine Vielzahl von in Deutschland schon erarbeiteten Leitlinien und Modelle guter Praxis gesichtet und gebündelt werden. Aufgrund der Erkenntnis, dass anlehnend an Konzepte aus dem Ausland hierzulande Ansätze einer bedarfsgerechten Versorgung entwickelt und schon vereinzelt umgesetzt werden, wurde die Frage nach der Übertragbarkeit ausländischer Modelle nicht in großem Umfang im Rahmen der Studie gesondert bearbeitet: Es hatte sich herausgestellt, dass solche Modelle schon in die Entwicklung verbesserter lokaler Praxisansätze eingeflossen waren. Hier gilt es eher, bestehende Ansätze flächendeckend zu fördern und weiter zu implementieren.

1.4.3 Fachtagung

Hauptanliegen der Expertise war es, Wege aufzuzeigen, wie Verbesserungen für gewaltbetroffene Frauen im Rahmen der gesundheitlichen Regelversorgung praktisch wirksam in Gang gesetzt werden können. Hierbei ging es nicht um Ideale und Zielvorstellungen, sondern um die Identifizierung von Ansatzpunkte, an denen Veränderungsprozesse beginnen können. Dazu wurde als weiterer Arbeitsschritt, und zugleich als Prototyp für künftige Umsetzungsstrategien, ein Implementationsworkshop mit AkteurInnen im Gesundheitswesen konzipiert, durchgeführt und ausgewertet. Als Fachtagung zum Thema "Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung gewaltbetroffener Frauen und Mädchen" fand die Veranstaltung in Kooperation mit der Bundeskoordination Frauengesundheit im Oktober 2002 in Bielefeld statt. Während der Auftrag der Expertise vor allem die Handlungsmöglichkeiten auf Landesebene ansprach und entsprechende TeilnehmerInnen vorsah, hat die BKF es möglich gemacht, Akteure auf Bundesebene einzuladen und damit eine größere Vielfalt der Blickwinkel einzubeziehen.

Zur Fachtagung wurden vorrangig AkteurInnen aus Institutionen des Gesundheitswesens und VertreterInnen von Berufsverbänden eingeladen; Expertinnen mit spezifischen Zielgruppenkenntnissen wurden für Impulsreferate und Moderation hinzugezogen (siehe Anlage 3). Ziel dieser Tagung war, diesen Personenkreis, der sehr genaue Kenntnis der institutionellen Strukturen und ihrer Funktionsweise an ihrem jeweils konkreten Standort hat, unter einander ins Gespräch darüber zu bringen, was sie für machbar und effektiv halten würden. Sie erhielten die Aufgabe, in Arbeitsgruppen unter einer Fülle möglicher Aktivitäten prioritäre Handlungsschritte herauszuarbeiten, die für deutsche Verhältnisse realisierbar (verglichen mit ausländischer Erfahrung) und speziell für NRW (bezogen auf die potentiellen AkteurInnen) strategisch gut gewählt sind, um eine möglichst weitreichende Kette von Veränderungen in Gang zu setzen.

Die Fachtagung war auf drei Bereiche der Gewalt und der Gewaltfolgen fokussiert: auf sexuelle Gewalt im Sinne von Vergewaltigung und Nötigung; auf häusliche Gewalt oder Misshandlung im Zusammenleben; und auf frühe sexuelle Traumatisierung mit längerfristigen Wirkungen. Zu Beginn der Tagung hielten zwei Expertinnen Impulsreferate zu den Themen: „Was brauchen von sexualisierter Gewalt betroffene Frauen vom Gesundheitswesen“ und „Was brauchen Frauen, die häusliche Gewalt erleiden, vom Gesundheitswesen“, damit sich die TeilnehmerInnen eingangs auf die Zielgruppe aller Verbesserungsvorschläge einlassen

konnten und präsent wurde, weshalb und in welchen Hinsichten gewaltbetroffene Frauen einer verbesserten gesundheitlichen Versorgung bedürfen.

Den AkteurInnen wurde zugesichert, dass alle gemachten Aussagen vertraulich behandelt werden und evtl. Tonbandmitschnitte der Plenumsdiskussionen dem Team bei der Auswertung als „Gedächtnisstütze“ dienen und dann gelöscht werden. Die Zusage sollte ihnen erleichtern, sich auf offene Gesprächsverläufe einzulassen, und erwies sich als ausgesprochen hilfreich.

Als Arbeitsvorlage hat das Team eine ausdifferenzierte Liste von Maßnahmen und Interventionen (siehe Anlage 4) zusammengestellt, die in der Literatur oder in Expertinnengesprächen vorgeschlagen oder dargestellt worden waren. Im ersten Themenblock der moderierten Arbeitsgruppen wurden die TeilnehmerInnen gebeten, hierzu eine Einschätzung zu erarbeiten. Sie haben zunächst die Maßnahmen mit Hilfe von verschiedenen Parametern bewertet und nach Zusammentragung der Einzelbewertungen gemeinsam eine Prioritätenliste von zwei bis drei Interventionen entwickelt, die sie als sachlich wichtig, in der Wirkung effektiv, und für die Umsetzung praktikabel einschätzen. Dabei war ihnen freigestellt, wie sie die einzelnen Parameter gewichten. Die Parameter umfassten Aspekte wie z.B. Dringlichkeit der Maßnahme im Hinblick auf die Bedürfnisse gewaltbetroffener Frauen, schnelle Umsetzbarkeit, weitreichende Auswirkungen, Höhe der erwartbaren Kosten, Erfordernis von gesetzlichen Veränderungen, Widerstände und Synergieeffekte.

Bei dieser Übung wurde bewusst in Kauf genommen, dass die meisten Handlungsmöglichkeiten nicht näher erörtert, sondern nur diejenigen ausgeleuchtet werden konnten, die ein besonders Interesse weckten oder einen relativ schnellen Zugriff anboten. Damit wurden aber wesentliche Aspekte der Realität simuliert: Veränderungen innerhalb institutionalisierten Abläufen müssen ohne langen Vorlauf plausibel und machbar erscheinen, um auch diejenigen „an Bord“ zu holen, deren Kenntnis der Problematik begrenzt ist. So stellte sich heraus, dass die Arbeitsgruppen einerseits solche Maßnahmen bevorzugten, die sie als schnell und ohne größere Widerstände realisierbar einschätzten, andererseits wurde aber auch der Gesichtspunkt der Dringlichkeit im Interesse der betroffenen Frauen gewichtet und hier intensiv an der möglichen Überwindung von Hindernissen gearbeitet.

Als vorrangige Ansatzpunkte für Verbesserungen wurden die regelmäßige Frage nach Gewalterfahrung im Rahmen der Anamnese oder im Behandlungs-Setting, die Erstellung und Verbreitung von qualifiziertem Informationsmaterial für Fachkräfte, die Entwicklung von Qualitätsstandards und Leitlinien, sowie die Stärkung von PatientInnenrechten ausgewählt. Der Aus-, Fort- und Weiterbildungsbereich, der zu all diesen Vorschlägen hinzukommt, wurde in einer Arbeitsgruppe gesondert diskutiert.

Im zweiten Themenblock der Arbeitsgruppen wurden ausgewählte Interventionsmaßnahmen ausführlicher diskutiert und konkretisiert, sowie die Frage nach geeigneten Akteuren zur Implementation bearbeitet. In der dritten Arbeitsgruppenphase beschäftigten sich die TeilnehmerInnen im Rahmen eines Planspiels mit möglichen Hindernissen zur Implementation einer ausgewählten Maßnahme und strategischen Ansatzpunkten für eine mittelfristig wirksame Umsetzung.

Nach jedem Themenblock stellten die Moderatorinnen die Ergebnisse der Arbeitsgruppen im Plenum vor und es blieb Raum für Diskussionen.

Insgesamt wurde deutlich, dass heute schon bei einem Problembewusstsein und einer Einsicht in den Handlungsbedarf angeknüpft werden kann und bereitwillig auf gezielte Fachinformation und Praxisanregungen reagiert wird. Obwohl in den öffentlichen Aktivitäten zum Thema „Gewalt gegen Frauen“ noch wenig präsent, scheint das Gesundheitswesen durchaus für eine breitere und bewusste Interventionsstrategie reif. Im Kreise der TeilnehmerInnen war eine stark ausgeprägte Handlungsbereitschaft zu erkennen, die gar nicht auf den lang-

samen Prozess der Strukturveränderungen warten will. So wurde schon während der Tagung begonnen, durch die Erweiterung bestehender Vernetzung und Austausch ein konkretes Modell guter Praxis (vgl. Kapitel 7.6.3) und Umsetzungsstrategien zu planen.

Die Auswertung der Fachtagung erfolgte mit Hilfe der Mitschriften und anhand der von den Moderatorinnen im Plenum vorgestellten und auf Flip-Charts dokumentierten Ergebnisse der Arbeitsgruppen. Auf dieser Grundlage wurden die zuvor gesammelten Maßnahmen und Interventionen neu bearbeitet und sinnvolle Maßnahmen (Kapitel 8) formuliert.

In dem Zeitrahmen einer einzigen Fachtagung war es nicht möglich, weitere, ebenfalls als wichtig eingeschätzte Interventionsmaßnahmen zu bearbeiten und Strategien zur Umsetzung zu entwickeln. Daher sind die Ergebnisse nicht einsinnig als Entscheidungsvorschlag im engeren Sinne, sondern als Modell für die Einbeziehung sachkundiger und gutwilliger Akteure in den Veränderungsprozess zu sehen. Ein vergleichbarer Implementationsworkshop mit anderer Zusammensetzung der AkteurInnen und ExpertInnen könnte durchaus andere Maßnahmen als prioritär und umsetzbar werten; dies würde eine gute Basis für eine entsprechende Aktivierung, z.B. im Rahmen einer regionalen Arbeitsgruppe bilden. Die hier eingesetzte Methode einer interdisziplinären, ergebnisorientierten Arbeit ist erfolgsversprechend für die Erschließung von Umsetzungsstrategien.

An dieser Stelle möchten wir uns noch einmal herzlich bei den ExpertInnen bedanken, die uns ihre Kenntnisse und Expertisen so reichhaltig zur Verfügung gestellt haben und wichtige Empfehlungen geben konnten.

2. Prävalenz verschiedener Formen geschlechtsbezogener Gewalt

Erstmals 2003 werden systematische Erhebungen zur geschlechtsspezifischen Gewaltbetroffenheit bei Erwachsenen in der Bundesrepublik durchgeführt: Es wird eine große Repräsentativbefragung bei Frauen ab 16 Jahren auf der Basis einer Fülle international vorliegender Forschung durchgeführt, zeitlich parallel findet eine Pilotstudie bei Männern über deren Gewaltbetroffenheit statt.³ Die Daten aus der Repräsentativerhebung werden eine Analyse nach Bundesland erlauben; mit Ergebnissen ist 2004 zu rechnen.

In der Praxis der Arbeit gegen Gewalt ebenso wie in der Politik besteht jedoch ein dringender Bedarf an fundierten Schätzungen über die Verbreitung verschiedener Gewaltformen in der Allgemeinbevölkerung. Bei Überlegungen zur Verbesserung der Versorgung ist es nicht unwichtig, eine zumindest grobe Orientierung über die Häufigkeit von Gewalt als Symptomhintergrund zu haben. Da verlässliche Zahlen für die Bundesrepublik fehlen (für die wenigen Anhaltspunkte vgl. Verbundprojekt 2001; die Datenlage ist seither unverändert) sind wir auf Daten aus dem europäischen Ausland angewiesen, die jedoch aus methodischen Gründen nicht mit einander vergleichbar sind (vgl. Hagemann-White 2001).

Während ausländische Untersuchungen sehr wertvolle Hinweise über interne Zusammenhänge – etwa zur Wirkungsweise von Gewalt oder zur Behandlungsmethodik – geben können, ist bei jeder Verallgemeinerung der Häufigkeitszahlen auf die Gesamtbevölkerung Zurückhaltung geboten. Insbesondere gilt zu bedenken, inwiefern der gesellschaftliche Kontext des Umgangs mit Gewalt im Alltag, der Vorstellungen über das Geschlechterverhältnis und der gesundheitlichen Versorgung im jeweiligen Land den hiesigen ähnelt. Für die USA oder Australien etwa sind die Unterschiede zur bundesrepublikanischen Gesellschaft in allen drei

³ Anm.: Forschungsanfrage des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend.

Hinsichten zu groß, um eine Übertragung von Prävalenzzahlen ungeprüft zuzulassen⁴. Glücklicherweise gibt es inzwischen differenzierte nationale Repräsentativuntersuchungen in neun europäischen Ländern⁵, die teilweise eine größere Nähe zu hiesigen Verhältnissen aufweisen.

Eine sorgfältige methodenkritische Prüfung und Synopse aller bis dahin vorliegenden europäischen Repräsentativerhebungen zu Gewalt gegen Frauen wurde 2001 an der Universität Osnabrück als Vorstudie für die deutsche Prävalenzuntersuchung vorgenommen. Dieser detaillierte Vergleich und die eigene breite Kenntnis der gesamten Forschung auf dem Gebiet ließen es vertretbar erscheinen, in der vorliegenden Expertise dem vielfachen Wunsch nach einer nüchternen und sachlich begründeten Schätzung entgegenzukommen. Dabei war zu berücksichtigen, dass kulturelle und soziale Bedingungen dazu führen, dass Gewalt unterschiedlich wahrgenommen, unterschiedlich eingesetzt und unterschiedlich erfragt wird (vgl. Hagemann-White 2000). Eine solche Schätzung ist insoweit notwendig subjektiv, als sie zuletzt auf der Urteilskraft der Expertin beruht, welche Zahlen ihr am ehesten vertrauenswürdig erschienen.

Als am ehesten für die Bundesrepublik übertragbar wurden die sehr soliden Forschungsergebnisse aus den Niederlanden und Schweden bewertet, die zudem den Vorteil haben, sich methodisch zu ergänzen. Beide Ländern gehören historisch im weitesten Sinne zu einem deutschsprachigen Kulturraum, in dem viele Ähnlichkeiten in der Konzeptualisierung der bürgerlichen Familie und in den Geschlechterbildern wirksam sind, während die soziokulturellen und historischen Rahmenbedingungen in Finnland oder in Frankreich stärker abweichen. Da es sich bei der Heranziehung der Prävalenzzahlen aus dem Ausland lediglich um eine Modellrechnung handeln kann, die 2004 einem Vergleich mit realen Zahlen unterzogen wird, schien eine Beschränkung auf zwei Länder vernünftig.

Die 1986 durchgeführte niederländische Repräsentativerhebung bei Frauen, die mit einem Mann zusammenleben oder -gelebt haben (Römkens 1992/97), hatte den besonderen Vorzug, ein Maß für die Schwere der Gewalt empirisch abzuleiten. Römkens stellte fest, dass 5,8 % der befragten Frauen in einer Beziehung mit einem Mann wechselseitige handgreifliche Auseinandersetzungen erlebt hatten, die gelegentlich vorkamen und nicht zu Verletzungen führten. Weitere 9 % erlebten ebenfalls körperliche Übergriffe wie Schubsen und Schlägen mit offener Hand, die als „leichte Gewalt“ zu bezeichnen waren, die aber einseitig vom Mann ausgingen; hier handelt es sich um eine Form von Dominanzbeziehung mit Gewaltpotenzial, die jedoch keine Verletzungen einschließt und von der Frau nicht als akut bedrohlich erlebt wird (es sollte jedoch nicht unterschätzt werden, dass gerade in solchen Beziehungen es zu schwerwiegender Gewalt kommen kann, wenn die Frau eine Trennung anstrebt). Bei beiden Lebenssituationen ist die gesundheitliche Versorgung nicht direkt angesprochen; eher käme eine soziale Beratung in Frage. Von allen Frauen, die einseitige körperliche Gewalt (auch in den leichten Formen) erlebt haben, berichteten allerdings 23 % von einer Vergewaltigung durch den Partner.

Bei insgesamt 11,1% aller Frauen, die jetzt oder früher in einer Beziehung mit einem Mann gelebt hatten⁶, stellte Römkens jedoch mittlere bis sehr schwere Gewalt fest. Es handelt sich um regelmäßige oder häufige Angriffe mit der Hand, der Faust oder mit Gegenständen, wobei es zu mindestens leichten Verletzungen gekommen ist. Bei schwerer Gewalt war die Häufigkeit oft wöchentlich oder täglich, über die Zeit steigend und unabhängig von Konflikt-

⁴ Es sei z.B. auf die Zugänglichkeit von Waffen, die kulturelle Bewertung aggressiver Durchsetzungsformen, die weit größere Einkommensschere bei für erhebliche Bevölkerungsteile fehlender sozialer Sicherung und das anders geartete System gesundheitlicher Versicherung und Versorgung in den USA hingewiesen.

⁵ England mit Wales, Finnland, Frankreich, Irland, Niederlande, Portugal, Schweden, Spanien und die Schweiz

⁶ Dies ergibt naturgemäß höhere Prozentanteile, als wenn die Zahlen auf die gesamte weibliche Bevölkerung gerechnet werden.

situationen: teilweise gab es schwere Verletzungen. In diesen Beziehungen war auch eine Vergewaltigung durch physischen Zwang oder massive Nötigung nicht selten.

Die mittlere bis schwere Gewalt, einseitig vom Mann ausgehend, entspricht dem, was wir gegenwärtig als **häusliche Gewalt** im engeren Sinne bzw. als **Frauenmisshandlung** einordnen. Da die allermeisten betroffenen Frauen mindestens einmal mit einer gewaltbedingten Verletzung (oft kaschiert als Unfall) im Gesundheitssystem erscheinen und fast alle zudem mit psychosomatischen und psychischen Folgen der Angst vor neuen Übergriffen belastet sein können, ergibt sich eine Prävalenz von 11% als mögliches Richtmaß für die Inanspruchnahme des Gesundheitswesens.

In der schwedischen Repräsentativerhebung (Lundgren u. a. 2001) wurden alle Gewaltformen und alle Lebensverhältnisse aufgenommen; sie wurde im Jahr 2000 mit einem postalischen Fragebogen durchgeführt, der einen hohen Rücklauf erreichte (über 70% Rücksendungen aus der weiblichen Bevölkerung zwischen 18 und 64 Jahren). Die Befragung stellte weitgehend eine Replikation der viel beachteten finnischen Untersuchung von 1997 dar. Während die Befragung in Finnland sehr hohe Zahlen für die Verbreitung körperlicher Gewalt zeigt - 22% aller verheirateten oder zusammenlebenden Frauen waren in ihrer derzeitigen Beziehung geschlagen worden und in 50% aller beendeten Beziehungen war es zur Gewalt gekommen -, entsprechen die schwedischen Daten eher dem niederländischen Bild: 7% der Befragten geben an, dass sie vom gegenwärtigen Partner geschlagen worden sind. Von denen, die eine frühere feste Beziehung hatten, waren es 28 %, wobei hier alle Stufen von einmaligem Übergriff zu schwerer Gewalt eingeschlossen sind. Der Bericht erlaubt keine Aufschlüsselung nach Ausmaß der Betroffenheit, aber immerhin in 16% der beendeten Beziehungen gab es Faustschläge oder Schläge mit Gegenständen.

Berücksichtigen wir, dass Frauen, die in ihren Beziehungen keine Probleme hatten, möglicherweise weniger zur Teilnahme an der Untersuchung motiviert und daher unterrepräsentiert sein könnten, so erscheint die Schätzung plausibel, dass jede zehnte Frau, die in einer festen Beziehung mit einem Mann zusammenlebt, der häuslichen Gewalt in einer Weise ausgesetzt ist, die für die Gesundheit schädlich wird. Einem Teil dieser Frauen gelingt es, die Gewalt zu beenden oder die Beziehung zu verlassen, bevor es zu ernsthaften Gesundheitsfolgen kommt (Piispa 2002 fand dies für 40% der von eher leichter Gewalt betroffenen Frauen in der finnischen Umfrage). Zahlen aus Finnland, England und aus Übersee deuten an, dass das Gewaltrisiko höher ist bei jüngeren Frauen, bei unverheiratet zusammenlebenden Paaren (die sich allerdings auch leichter trennen) und bei allein erziehenden Müttern mit Kindern unter sieben Jahren (Heiskanen, Piispa 1998, Mirrlees-Black 1999).

Der schwedische Bericht zur Prävalenzerhebung unterscheidet zwischen Gewalt außerhalb von sexuellen Beziehungen, Gewalt von einem Freund (ohne Zusammenleben), Gewalt durch den Ehemann oder Lebenspartner und Gewalt durch einen ehemaligen Partner. Über **sexuelle Gewalt** haben schwedische Frauen vor allem außerhalb von Beziehungen berichtet, das haben ein Viertel aller Frauen erlebt. Sexuelle Übergriffe innerhalb der gegenwärtigen Beziehung wurden selten angegeben (3 %). Wie in allen Untersuchungen geben Frauen wesentlich häufiger an, von einem früheren Mann geschlagen oder genötigt worden zu sein, als sie dies bei ihrem gegenwärtigen Partner tun⁷. In früheren Beziehungen waren 7% der Frauen gegen ihren Willen zu sexuellen Handlungen gezwungen worden; zusätzlich haben 8% der Männer dies versucht, und 16 % erlebten in der Partnerschaft irgendeine Form sexueller Nötigung. (Da viele Frauen keine frühere Beziehung des Zusammenlebens hatten, darf diese Zahl nicht verallgemeinert werden für die Gesamtumfrage.) Insgesamt hatten 22% aller schwedischen Frauen irgendwann in ihrem Leben einen sexuellen Übergriff durch einen Mann erlebt, mit dem sie in keiner naher Beziehung standen: 5% aller Frauen

⁷ Es ist Konsens in der internationalen Forschung, durch viele Indizien gestützt, dass dies vor allem auf „Herunterspielen“ und Verleugnung von anhaltender Gewalt in der aktuellen Beziehung zurückzuführen ist.

waren dabei gegen ihren Willen zu sexuellen Handlungen gezwungen bzw. vergewaltigt worden.

Aus der Sicht der Prävalenzforschung ist eine versuchte Vergewaltigung ebenso verwerflich wie die tatsächlich durchgesetzte. Aus der Sicht der gesundheitlichen Versorgung ist hingegen anzunehmen, dass die erfolgreich abgewehrte Nötigung häufiger ohne bleibende psychische oder körperliche Beeinträchtigung bewältigt werden kann. Allerdings ist dies bei sexueller Gewalt innerhalb von vertrauten, intimen Beziehungen weniger der Fall, denn Schock, Angst, Ekel und Angst können sehr tief gehen.

Leider erlauben die schwedischen Zahlen in der vorliegenden Auswertung keine Gesamtangabe, wie viele Frauen insgesamt, innerhalb oder außerhalb intimer Partnerschaften eine Vergewaltigung erlebt haben. Zieht man die Angaben zum sexuellen Übergriff durch den Freund hinzu, scheint eine vorsichtige Schätzung gerechtfertigt, dass ungefähr 10% der schwedischen Frauen irgendwann in ihrem Erwachsenenleben zu sexuellen Handlungen gezwungen worden sind.

Diese Zahl für eine Gesellschaft, die seit vielen Jahrzehnten die sexuelle Selbstbestimmung der Frau nachdrücklich bejaht, begründet die Vermutung, dass Frauen in Deutschland mindestens ebenso häufig betroffen sein könnten. In der Befragung des Kriminologischen Forschungsinstituts Niedersachsen im Jahre 1992 gaben 8,6 % der Frauen im Alter von 16 bis 59 Jahren an, dass sie eine Vergewaltigung oder sexuelle Nötigung (im engeren Sinne des damaligen Rechts: mit Gewalt zu Beischlaf oder beischlafähnlichen Handlungen gezwungen werden) irgendwann in ihrem Leben erlitten hatten; zwei Drittel dieser Fälle waren innerhalb des Haushalts oder der Familie geschehen (Wetzels, Pfeiffer 1995). Es ist wahrscheinlich, dass der Rahmen der KFN-Untersuchung zu einer Unterschätzung sexueller Gewalt außerhalb des familiären Raumes geführt hat, was einen Schätzwert von 10% insgesamt plausibel erscheinen lässt.⁸

Prävalenzdaten für **sexuellen Missbrauch** in der Kindheit und Pubertät sind schwer zu erheben, zumal auf das momentane Erinnerungsvermögen und die Bereitschaft der Betroffenen zur Offenbarung gesetzt werden muss. Die sorgfältigen Erhebungen von Dirk Bange und Günther Deegener (1996, 123) fanden bei einer engen Definition des sexuellen Missbrauchs (sexuelle Handlungen gegen den Willen des Kindes bzw. das Kind war nicht in der Lage, wissentlich zuzustimmen) eine Häufigkeit zwischen 22% und 25% aller Frauen (und zwischen 5% und 8% aller Männer). Beschränkt auf intensiven und sehr intensiven Missbrauch ergab sich eine Betroffenheit von zwischen 9% und 14% der befragten Frauen, wobei die höhere Zahl der Erhebung mit Studierenden entstammt.

Nel Draijer (1990) befragte eine repräsentative Stichprobe holländischer Frauen; 15,6% der Befragten wurden vor ihrem 16. Lebensjahr von einem männlichen Familienmitglied sexuell missbraucht, wobei nur ein kleiner Teil lediglich von leichtem Missbrauch berichtete; in der Regel hat mindestens ein Betasten der Genitalien stattgefunden. Fast die Hälfte von ihnen, d.h. knapp 7% der Frauen in der Gesamtstichprobe, hatten schweren Missbrauch mit Geschlechtsverkehr erlitten. Es zeigten sich auch Zusammenhänge mit anderen Gewaltformen. Mädchen, die von einem Familienangehörigen sexuell missbraucht wurden, wurden auch häufiger als Kind körperlich misshandelt oder vernachlässigt und erlebten auch häufiger sexuelle Übergriffe außerhalb der Familie. Auch Hertha Richter-Appelt stellte in ihrer Hamburger Befragung von Studierenden eine erhebliche Überschneidungsmenge zwischen sexuellem Missbrauch und körperlicher Kindesmisshandlung fest. So wurden 23% der Frauen als sexuell missbraucht eingestuft, davon war gut die Hälfte (12%) sowohl sexuell als auch körperlich misshandelt worden (Richter-Appelt 1995).

⁸ Umfragen unter Jugendlichen zu sexuellen Übergriffen unter Gleichaltrigen weisen darauf hin, dass hier ein signifikanter Anteil sexueller Übergriffe stattfindet, der nicht dem Bereich Haushalt und Familie zuzurechnen ist (vgl. Krahe u. a. 1999).

Die deutsche Repräsentativerhebung zur Gewalt im sozialen Nahraum (1992 vom Kriminologischen Forschungsinstitut Niedersachsen durchgeführt) ergab für Westdeutschland, dass 8,9% der Frauen (und 3,2% der Männer) über sexuellen Missbrauch mit Körperkontakt in ihrer Kindheit oder Jugend berichteten, wobei der größere Teil sexuelle Berührungen ohne Eindringen in den Körper nannten (Wetzels 1997, 156). Körperliche Misshandlung hatten 9,9% der Frauen und 11,8% der Männer erlebt. Während wiederholte körperliche Züchtigung und Misshandlung mit sinkender sozialer Herkunftsschicht zunehmend berichtet wurde, verhält sich dies bei sexuellem Missbrauch in der Tendenz umgekehrt: Die höchste Rate war in der höchsten sozioökonomischen Gruppe zu finden. Diese insgesamt relativ niedrigen Zahlen sind im Kontext der Erhebung zu sehen, die als schriftliche Zusatzbefragung nach einer Umfrage zu Betroffenheit von Kriminalität durchgeführt wurde, wobei Gewalt in der Kindheit nur ein Aspekt des Fragebogens war; daher kann vermutet werden, dass eher schwerwiegende Übergriffe angegeben wurden.

Generell kann gesagt werden, dass speziell dem Thema gewidmete Untersuchungen die Prävalenz eher zu hoch einschätzen, weil sie zugleich eine Bereitschaft voraussetzen, sich auf Gespräche über Lebens- und Beziehungsprobleme einzulassen; Erhebungen hingegen, die solche sensible Themen mit wenigen, eher trockenen Fragen am Rande abtasten, tendieren zur Unterschätzung des Vorkommens. Studentische Populationen sind in der Regel relativ sensibler für die Benennung von Übergriffen und weisen daher die höchsten Zahlen auf.

Als Fazit aus der Gesamtheit der vorliegenden Untersuchungen scheint die Schätzung plausibel, dass zwischen 12% und 15% aller Mädchen Formen von sexuellem Missbrauch erleiden, die sie emotional und körperlich belasten. Zieht man körperliche Misshandlung hinzu – Wetzels fand (bei 9,9% Prävalenz) eine Überschneidung zwischen Missbrauch und Misshandlung von etwa 30% , woraus eine Belastung von weiteren 6% bis 7% durch Misshandlung oder Missbrauch ergäbe - so könnte der Anteil von Mädchen, die schwerwiegende Gewalt in der einen oder anderen Form erleiden, in der Summe mit 18% bis 20% geschätzt werden. Eine Beeinträchtigung der späteren Gesundheit ist bei mehr als der Hälfte anzunehmen, vor allem bei mehrfacher und lang anhaltender Gewalt. Aufgrund der hiesigen Umfragedaten scheint die Annahme begründet, dass die Verbreitung gesundheitlicher Störungen auf dem Hintergrund von Gewalt in der Kindheit bei etwa 9% bis 10% der erwachsenen Frauen in Deutschland liegt.

Für das Gesundheitswesen ist schließlich auch hier die Reviktimisierung von Bedeutung, denn daraus kann geschlossen werden, inwieweit die genannten Häufigkeitsraten sich im betroffenen Personenkreis überschneiden. Eine entsprechend differenzierte Auswertung der schwedischen Daten liegt noch nicht vor. In der Regel unterscheiden die Reviktimisierungsstudien nicht zusätzlich nach Schweregrad der Gewalt oder Ausmaß der Verletzungen. Dennoch sind ihnen einige Hinweise zu entnehmen. Messman und Long (1996) haben in einer Forschungsübersicht der Studien über Gewalt in der Kindheit und im Erwachsenenleben festgestellt, dass die Forschung stärkere Indizien für ein erhöhtes Risiko der sexuellen Gewalt feststellten, als für das Risiko körperlicher Gewalt bzw. der Misshandlung in Beziehungen. Die bisherige Forschung wird als unzulänglich gekennzeichnet, zweifellos kann aber gesagt werden, dass das Phänomen erneuter Viktimisierung existiert. Krahe u.a. (1999b) berichtet, dass von den jungen Frauen, die unerwünschten sexuellen Kontakten (einschließlich des „Gewährenlassens“) erlebt haben, 8,9% sexuellen Missbrauch in der Kindheit angaben, und weitere 8,5% waren sich dessen nicht sicher. Verkettungen und Überlappungen von Missbrauchserfahrungen und späteren Reviktimisierungen finden sich bei Richter-Appelt und Tiefensee (1996). Bei Wetzels (1997) hatten etwa zwei Drittel der Opfer sexueller oder schwerer körperlicher Gewalt in der Familie bereits als Kind Gewalt erlebt. Er betont allerdings, dass die größte Mehrheit (über 80%) derer, die in ihrer Kindheit Opfer waren, als Erwachsene *nicht* erneut Gewalt erleiden mussten.

Diese Zahlen sprechen dafür, dass die Schätzwerte für Misshandlung sich in unbekanntem Maße mit dem Gesamtkomplex von sexuellem Missbrauch, Kindesmisshandlung und Vernachlässigung überschneiden: bei sexueller Nötigung und Vergewaltigung ist die Überschneidung mit Gewalt in der Kindheit deutlich größer, vielleicht um 15% bis 20%, und es gibt eine erhebliche Überschneidung zwischen Misshandlung und Vergewaltigung, die mit 30% bis 40% geschätzt werden kann. Zwar ist sexuellen Gewalt in Beziehungen häufiger, es sind dies aber teilweise keine Verbindungen mit längerem Zusammenleben. Und obwohl in den allermeisten Ehen, in denen Gewalt herrscht, die Sexualität auch davon geprägt ist, geben bei den Umfragen diese Frauen oft nicht an, dass sie zu sexuellen Handlungen gezwungen wurden.

Daraus Gesamtzahlen der Prävalenz zu entnehmen ist ein Zahlenspiel, das an dieser Stelle allein als Modellrechnung aufgestellt wird. Möglich wäre folgende Schätzung:

- etwa 5% aller Frauen werden nur in Beziehungen als Erwachsene (mittlere oder schwere Gewalt) misshandelt;
- etwa 3% aller Frauen werden sowohl misshandelt als auch vergewaltigt (so, dass sie dies in Umfragen auch angeben würden), ohne vorangegangene Kindheitserlebnisse von Gewalt;
- etwa 4% aller Frauen erleben erstmals als Erwachsene sexuelle Nötigung oder Vergewaltigung, ohne in Misshandlungsbeziehungen zu leben;
- etwa 4 % aller Mädchen erleben gravierende sexuelle oder schwere körperliche Gewalt als Kinder, ohne später erneut Opfer von Gewalt zu werden;
- etwa 6% aller Frauen wurden als Kinder sexuell missbraucht oder misshandelt und erleiden als Erwachsene erneut sexuelle oder auch körperliche Gewalt.
-

Eine solche Aufschlüsselung ergibt eine Gesamtschätzung von bis zu 22% aller Frauen, die in der einen oder anderen Form Gewalt in einer Ausprägung erlitten haben, die Folgen für ihre Gesundheit hat. ÄrztInnen, PsychotherapeutInnen, Pflegekräfte, Hebammen, PhysiotherapeutInnen, ZahnärztInnen, Beratungsstellen und Selbsthilfeorganisationen müssten demnach davon ausgehen, dass jede fünfte Frau, mit denen sie wegen gesundheitlicher Probleme in Kontakt kommen, geschlechtsbezogene Gewalt erlebt hat, oder erleben wird.

Zusammenfassung

Prävalenz von gesundheitlich belastenden Gewalterlebnissen:

Verlässliche repräsentative Zahlen über die Prävalenz von Gewalt gegen Frauen und Mädchen existieren für Deutschland noch nicht. Existierende Zahlen geben entweder keine Auskunft über Täter-Opfer-Beziehung oder sie beruhen auf begrenzten Populationen. Ergebnisse methodisch solider Repräsentativerhebungen aus den Niederlanden und Schweden erlauben in Verbindung mit der unvollständigen deutschen Datenlage folgende Schätzwerte:

Jede zehnte Frau, die in einer festen Beziehung mit einem Mann zusammenlebt, ist der häuslichen Gewalt in einer Weise (mittlerer, wiederholter oder schwerer Gewalt) ausgesetzt, die für die Gesundheit schädlich werden kann, wenn ihr eine Trennung oder eine Beendigung der Gewalt nicht gelingt.

Schätzungsweise 10% aller Frauen wurden irgendwann in ihrem Erwachsenenleben zu sexuellen Handlungen gezwungen, davon etwa die Hälfte durch einen Mann, mit dem sie zusammenlebten. Bei jungen Frauen zwischen 16 und 25 ist die Häufigkeit von belastender sexueller Nötigung außerhalb fester Beziehungen höher und könnte bei 12% bis 15% liegen.

Zwischen 18% und 20% aller Mädchen erleiden in der Kindheit Formen von sexuellem Missbrauch oder Misshandlung, die sie emotional und körperlich erheblich belasten; bei etwa 9% bis 10% aller Frauen ist die spätere Gesundheit beeinträchtigt.

Es gibt eine Überschneidungsmenge zwischen diesen Häufigkeiten, weil Misshandlung oft mit sexueller Gewalt einhergeht und das Erleiden von Gewalt in Kindheit das Risiko späterer Übergriffe, insbesondere sexueller Gewalt erhöht. Eine Modellrechnung für die Überschneidungsmengen ergibt eine konservative Schätzung, dass insgesamt 22% aller Frauen geschlechtsbezogene Gewalt in einer Ausprägung erlitten haben, die Folgen für ihre Gesundheit hat.

3. Allgemeine Erkenntnisse zu den Auswirkungen und langfristige Beeinträchtigung der Gesundheit durch Gewalt

3.1 Erkenntnisstand zu den Auswirkungen von Gewalt

Gewalt ist keine Krankheit. Sie ist keine „Erfahrung“, wie Jan Reemtsma betont hat, sondern ein Widerfahrnis. Sie verletzt, erniedrigt und schädigt, und es hängt nicht nur von der Art der verübten Gewalt, sondern auch von der persönlichen Geschichte und den Umständen ab, welche Spuren zurückbleiben.

Die unterschiedlichen Gewaltformen, die in unserer Expertise behandelt werden, sind nicht trennscharf als Ursachen unterschiedlicher Symptomkomplexe festzulegen, zumal Gewalt sich im Laufe des Lebens wiederholen und die Wirkung kumulieren kann. Die Forschung liefert deutliche Hinweise, dass erlittene Gewalt im sozialen Nahraum die Wahrscheinlichkeit erneuter Viktimisierung vergrößert (Messman, Long 1996; Bange, Deegener 1996; Wetzels 1997; Krahe u. a. 1999b). In der Umkehrung bedeutet dies, dass Frauen, die aktuell ge-

schlagen oder sexuell genötigt worden sind, in vielen Fällen - aber keineswegs immer! - schon früher sexualisierte oder familiäre Gewalt erlitten haben. Die früheren Erlebnisse können durch die aktuelle Bedrohung oder Verletzung reaktiviert werden und sowohl die Abwehrkraft und die Ressourcen für Selbstschutz verringern, als auch die psychischen oder psychosomatischen Wirkungen verstärken bzw. sie in eine bestimmte Richtung leiten, etwa indem Schmerzen oder Beschwerden wiederkehren, die aus der früheren Gewaltsituation stammen. Darüber hinaus gibt es allgemeine, die konkrete Tat übergreifende Wirkungen von Gewalt, wie Angst oder Schock, die zur Folge haben, dass sehr unterschiedliche Grenzverletzungen ähnliche Folgen zeitigen.

Neben der fehlenden Eindeutigkeit eines spezifischen Gewaltereignisses als Ursache gibt es also einen verhältnismäßig großen Überschneidungsbereich der Auswirkungen verschiedener Gewaltarten, der an dieser Stelle zunächst dargestellt werden soll, da daraus allgemeine Anforderungen an das Gesundheitswesen folgen. Geschlechtsbezogene Gewalt verletzt nicht allein die Grenzen der persönlichen Integrität, sondern zusätzlich - vielleicht sogar vorrangig - die Beziehung einer Frau zum eigenen weiblichen Körper und zum alltäglich erlebten Selbst:⁹ Sie ist Menschenrechtsverletzung, aber auch eine Erniedrigung der Würde der Frau (vgl. Gerhard 1991). Daher stellt sexualisierte und intime Gewalt eine besondere Gefährdung der frauenspezifischen und insbesondere der reproduktiven Gesundheit im weitesten Sinne dar. Sie beeinträchtigt das Vertrauen in die Potenzen und die Achtungswürdigkeit des weiblichen Körpers. Unter der Wirkung von erlebter Gewalt können Frauen längere Zeit unfruchtbar oder im Gegenteil immer wieder in rascher Folge schwanger werden, sie können spontane Fehlgeburten haben, sich aus wenig verständlichen Gründen zur Abtreibung entschließen, Schwangerschafts- und Geburtskomplikationen durchlaufen oder außerstande sein, die Mutterschaft innerlich anzunehmen. Es ist kein Zufall, dass zu einem bedeutsamen Anteil Männer gerade während einer Schwangerschaft ihre Frauen zu misshandeln beginnen (in der schwedischen Untersuchung sagten dies 7% der Frauen über frühere Beziehungen) oder die zuvor geübte Gewalt merklich steigern, zum Teil mit Schlägen am Unterleib. Geschlechtsspezifische Gewalt richtet sich eben gegen die Geschlechtlichkeit der Frau: Gegen ihre sexuelle Selbstbestimmung, ihre Lust und Genussfähigkeit und ihre lebensspendenden Potenzen. Diese werden, wenn die Ressourcen in ihrer Lebenswelt und ihrer personalen Geschichte nicht zur Bewältigung ausreichen (vgl. Heynen 2000), nachhaltig beschädigt; bei allen Schwierigkeiten im Bereich des reproduktiven Zyklus, ob bei Störungen der Menstruation, bei Fruchtbarkeitsstörungen, bei Problemen in Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und bei der Säuglingspflege oder beim Klimakterium ist neben der Abklärung organischer Befunde die Prüfung der Möglichkeit von Gewalthintergründen naheliegend, ehe über Behandlung entschieden wird.

Es liegt inzwischen international eine Fülle von Forschungsergebnissen bei Patientinnen in stationärer oder ambulanter Behandlung vor, die belegen, dass vorgängige Gewalterfahrungen weit über den Prävalenzraten in der Allgemeinbevölkerung, insbesondere bei bestimmten Krankheits- und Störungsbildern, zu finden sind. Während diese Forschung zunächst auf bestimmte Gewaltformen ausgerichtet war, z. B. auf sexuellen Missbrauch in der Kindheit oder wiederum auf häusliche Gewalt, wird heute eher eine Bandbreite verschiedener Gewalterlebnisse erfragt. Insgesamt kann gesagt werden, dass keine differenzierte Wirkung von Art und Zeitpunkt des Gewalterlebnisses herausgearbeitet werden konnte. Vermutlich ist dies darauf zurückzuführen, dass auch die Symptombilder in diesem Forschungsbereich nicht stark differenziert werden. So hatten Patientinnen in der stationären Psychiatrie zu einem hohen Anteil (70% - 80%) eine Vorgeschichte von - oft wiederholten - Gewalterlebnissen (Bryer u. a. 1987; Jacobson, Richardson 1987). Bergmann und Ericsson (1996) fanden allein für häusliche Gewalt eine Prävalenz von 56% unter Patientinnen in der Psychiatrie. In einer Schmerzklinik waren 53% der Patientinnen von Gewalt in ihrer Lebensgeschichte betroffen (Haber, Roos 1985).

⁹ Vergleichbar, aber im Erleben geschlechtsspezifisch verschieden, wirkt sich Gewalt gegen Männer, z. B. eine Vergewaltigung, auf die Beziehung des Mannes zu seiner Männlichkeit schädigend aus.

Patientinnen, die mit gesundheitlichen Beschwerden zur Behandlung in der Inneren Medizin kamen, hatten in einer Studie zu 28% häusliche Gewalt (nur diese wurde erfragt) erlebt (Gin u. a. 1991), Patientinnen in einer familienmedizinischen Praxis berichteten zu 55% von Partnergewalt (Coker, Walls, Johnson 1998) und in verschiedenen Einrichtungen der gesundheitlichen Versorgung in Italien hatten allein 10,2% der Patientinnen innerhalb des vorangegangenen Jahres sexuelle oder körperliche Gewalt erlebt (Romito, Garin 2001). In einer groß angelegten Befragung von Patientinnen in niedergelassenen Praxen der Inneren Medizin mit Primärversorgungsauftrag hatten 5,5% der Frauen häusliche Gewalt im vorangegangenen Jahr, 21,4% irgendwann als Erwachsene körperliche oder sexuelle Gewalt durch einen Partner oder einen männlichen Verwandten erlebt; 32,7% hatten entweder als Erwachsene oder als Kind Gewalt erlitten (McCauley u.a. 1995).

Obwohl es Beschwerden und Störungen gibt, die besonders häufig mit Gewaltauswirkungen in Zusammenhang gebracht werden, gibt es keinen Bereich von Gesundheitsproblemen, für den eine mögliche relevante Vorgeschichte von Gewalt auszuschließen wäre. Unspezifische Folgewirkungen von Gewalt - d. h. unabhängig von Art, Beziehungskontext und Zeitpunkt - werden gehäuft bei schweren psychischen Störungen, Sucht (Swift 2002) und bei psychosomatischen Erkrankungen (Olbricht 2002) sowie bei gynäkologischen Erkrankungen (Plichta, Abraham 1996) gefunden.

Körperliche Verletzungen aller Art können auf aktuelle Gewaltereignisse zurückgehen und müssen zumindest die entsprechende Aufmerksamkeit erhalten. Dies trifft für sexuelle Gewalt ebenso wie für direkte Misshandlung zu. Bei häuslicher Gewalt in Ehe und Partnerschaft sind Körperverletzungen die Regel (s.u.), sie werden jedoch oft nicht als frische Verletzung in die gesundheitliche Versorgung eingebracht, so dass auch auf geheilte Verletzungen geachtet werden muss.



Quelle: Koordination des S.I.G.N.A.L. Projekts (Marianne Peters); Wissenschaftliche Begleitung, TU Berlin (Karin Wieners, Hildegard Hellbernd); Darstellung des S.I.G.N.A.L. INTERVENTIONSPROJEKTES am Universitätsklinikum Benjamin-Franklin der FU Berlin, Stand: Februar 2002, S. 5.

3.2 Unspezifische typische Symptomkomplexe

Sechs Störungsbereiche treten - bei verschiedenen Arten von Gewaltbetroffenheit übergreifend – in der empirischen wie in der klinischen Literatur als typische Folgewirkungen hervor. Weitere Gesundheitsprobleme, die eher für bestimmte Gewaltformen typisch sind, werden weiter unten dargestellt.

3.2.1 Anhaltende Angst- und Schlafstörungen

Gewaltbetroffene Frauen leiden unter Angst- und Schlafstörungen verschiedenster Art (Stein u. a. 1996; Walker 1994). Dabei ist zu berücksichtigen, dass in vielen Fällen Realangst mit gegenwärtig bestehendem Anlass neben den Nachwirkungen vergangener Gewalterlebnisse vermischt sein kann. Die große Mehrheit der Vergewaltigten ist mit der Frau zumindest flüchtig bekannt und könnte sie erneut bedrohen; misshandelnde (Ehe-)Männer verfolgen zumeist die Frau auch nach einer Trennung, nicht selten mit gesteigerter Brutalität, lauern ihr unerwartet auf und bedrohen sie. Sexuelle und körperliche Gewalt in der Familie kann auch lange nach dem Ende der Übergriffe und nach Abschluss der Kindheit etwa in Form von Aggressionen der Angehörigen noch bedrohlich präsent sein: Viele Täter gehören weiterhin zum sozialen Umfeld ihres (ehemaligen) Opfers. Geschlechtsbezogene Gewalt wird in aller Regel nicht durch wirksame Sanktionen, soziale Ächtung und allgemeine Schutzbereitschaft wirklich für das Opfer beendet und abgeschlossen. Es gehört zu den häufigsten Fehlern von Professionellen im sozialen wie im Gesundheitsbereich, die begründete Angst von Frauen vor ihren - wie es von außen scheint, ehemaligen - Peinigern zu verkennen.

Über die akute Angst und Anspannung hinaus entstehen je nach der Intensität des Traumas oder aber der Dauer der Belastungen eigenständige psychische Störungen. Bei Draijer (1990), die 1054 Frauen in Tiefeninterviews befragte, litten mehr als die Hälfte der sexuell missbrauchten Frauen unter Ängsten, Depressionen, Ess- und Schlafstörungen sowie unter Einsamkeit, Minderwertigkeitsgefühlen und Konzentrationsschwächen. Angststörungen sind in der Allgemeinbevölkerung der Bundesrepublik etwa doppelt so häufig bei Frauen wie bei Männern (Merbach, Springer, Brähler 2002); dies wird in internationalen Studien ähnlich beschrieben. Die geschlechtsspezifisch höhere Betroffenheit von sexueller Gewalt in der Kindheit sowie im Erwachsenenalter und die Verbreitung von Misshandlung in Beziehungen werden als Erklärung hierfür vermutet (ebd.). Empirische Studien unterstützen diese Annahme: Die über lange Zeit anhaltende Angstbelastung bei Gewalt in der Partnerschaft scheint die Entstehung von Phobien zu begünstigen (Gleason 1993); die Psychotherapie muss daher in der Lage sein, einen solchen Entstehungszusammenhang zu berücksichtigen. Nach einer Vergewaltigung leiden über 90% der betroffenen Frauen längerfristig unter Ängsten (Helfferich u.a. 1997).

Darüber hinaus treten mit Angst zum Teil verknüpft Schlafstörungen „praktisch immer“ bei Frauen auf, die sexuelle Gewalt erlitten haben - auch Jahre danach (Olbricht 2002). Clum, Nishith und Resick (2001) stellten bei Frauen, die vor mehr als drei Monaten eine Vergewaltigung erlitten hatten und deshalb Beratung aufsuchten, nicht nur Symptome von PTSD und Depression fest. Die begleitenden Schlafstörungen hatten darüber hinaus eine eigenständige Bedeutung im Zusammenhang mit den körperlichen Beschwerden wie Kopf-, Rücken und Unterleibsschmerzen und Magen-Darm-Störungen. Die Autorinnen vermuten, dass chronischer Schlafmangel als ein Mediator zwischen dem Trauma und den somatoformen gesundheitlichen Folgebeschwerden fungiert. Schlaflosigkeit ist jedoch auch sehr häufig bei Frauen, die in einer Misshandlungssituation leben. In der Umkehrung bedeutet dies, dass Schlafstörungen in der allgemeinmedizinischen Praxis nicht von vornherein als belanglose „Befindlichkeitsstörungen“ abgetan werden sollten; sie können auf akute Gewaltbelastung, auf unbewältigtes vergangenes Gewalterleiden oder auch ernste depressive Verstimmungen hinweisen, die ihrerseits eine Folge von Gewalt sein können.

3.2.2 Beziehungs- und Sexualitätsstörungen

Die negativen Auswirkungen von Gewalt, insbesondere in nahen sozialen Beziehungen, auf das Selbstwertgefühl, das Vertrauen, das Wohlbefinden und die psychosoziale Gesundheit insgesamt sind offensichtlich. Für die gesundheitliche Versorgung ist wesentlich, dass solche Störungen zum einen auf eine aktuell vorhandene, aber verborgene Gewaltsituation hindeuten können, zum anderen, dass sie lange nach dem Ende der Gewaltsituation fortbestehen können und teilweise nur mit Hilfe entsprechend kompetenter Psychotherapie zu überwinden sind.

Walker (1994) hat frühzeitig das zunächst schwer verständliche und misstrauische Verhalten von misshandelten Frauen als Auswirkung der extremen Erfahrungen von Bedrohung und Überwachung in der Gewaltbeziehung beschrieben. Je länger die Situation als ausweglos erlebt wird, desto schwieriger es wird, Beziehungen zu anderen Menschen als verlässlich wahrzunehmen.

Früh erlebte Gewalt in nahen sozialen Beziehungen kann bewirken, dass Kinder das Vertrauen in andere Menschen und in ihre eigene Wahrnehmung verlieren (Brockhaus, Kolshorn 1993). Insbesondere die geheim gehaltene sexuelle Gewalt führt zur sozialen Isolation und erzeugt das Gefühl, soziale Kontakte seien immer unecht (Olbricht 2002). Die späteren Beziehungen zur Herkunftsfamilie bleiben oft entfremdet und konflikthaft, eine neue Familiengründung oder intime Dauerbeziehung fällt vielen Betroffenen schwer. Hingegen sind ehemals missbrauchte Frauen oft sozial engagiert und hervorragend in der Lage, im Beruf und in der Gemeinde aktiv und erfolgreich zu sein, wie früher auch als Kinder in der Schule, nur die Nähe wird vermieden (Courtois 1988).

Bei Vergewaltigung und Misshandlung sind die Beziehungsstörungen in Abhängigkeit von vorangegangenen familiären und sozialen Erfahrungen zu sehen, werden aber auch entscheidend durch die Reaktion des sozialen Umfeldes beeinflusst und die Ressourcen für eigenen Schutz und für Bewältigen des Erlebten. Bei noch jugendlichen Frauen kann sexuelle Gewalt den Eindruck prägen, den sie von Geschlechterbeziehungen im allgemeinen bilden, zumal wenn die Clique oder die Schulfreunde das Geschehen bagatellisieren oder als normal betrachten (Heynen 2000). Auch für misshandelte Frauen ist der Erfahrungsbereich Sexualität belastet, nicht allein deshalb, weil die gewalttätigen Männer vielfach auch vergewaltigen, sondern weil der Wechsel zwischen Schlägen und einer sexuellen „Versöhnung“ sich als besonders perfide Verwirrung auswirkt. Viele Vergewaltigungsoffer erfahren soziale Ausgrenzung oder ziehen sich zurück; ihre eigenen, teils unkontrollierten Gefühle von Angst und Wut kann Beziehungen auch überfordern. Heynens empirisches Material gab keine Bestätigung für einen Phasenverlauf der Bewältigung, sondern die Bewältigung hing vor allem mit lebensweltlichen Ressourcen zusammen.

Nach sexueller Gewalt, ob in der Kindheit oder im Erwachsenenalter, haben Frauen überdurchschnittlich häufig sexuelle Probleme: Abneigung gegen alles Sexuelle und Unlust, Störungen des Verlaufs sexueller Intimkontakte, Schmerzen und wiederkehrende Zwangsvorstellungen (Becker u.a. 1984, Courtois 1988, Westerlund 1992). Die Sexualität ist besonders bei längeren Missbrauchsgeschichten sehr belastet; durch das Wechselspiel von Überwältigung ihrer Abwehrversuche und Belohnung mit Geschenken bildet sich bei Mädchen nicht selten die Vorstellung, sich zu prostituieren (Brockhaus, Kolshorn 1993). So haben manche Frauen das Gefühl, nur durch Sexualität etwas Wert zu sein. Westerlund (1992) beschreibt drei Gruppen: diejenigen, die „Glück hatten“ und ihre heutige Sexualität von dem damaligen Missbrauch unterschieden und auch genießen können, die „unbehaglichen“ Frauen, die zwar heute Sexualität positiv erleben, aber von den Gewalterfahrungen oft beeinträchtigt, und die „beschädigten“ Frauen, die sich und die eigene Sexualität als dauerhaft entwertet empfinden. Bei Studierenden fand Richter-Appelt (1997), dass früher missbrauchte Frauen eine überwiegende Abneigung und z.T. Ekel gegen die Heterosexualität äußerten, ihre oft durchaus

vorhandene sexuelle Genussfähigkeit erlebten sie in gleichgeschlechtlichen Beziehungen oder allein.

3.2.3 Posttraumatisches Belastungssyndrom

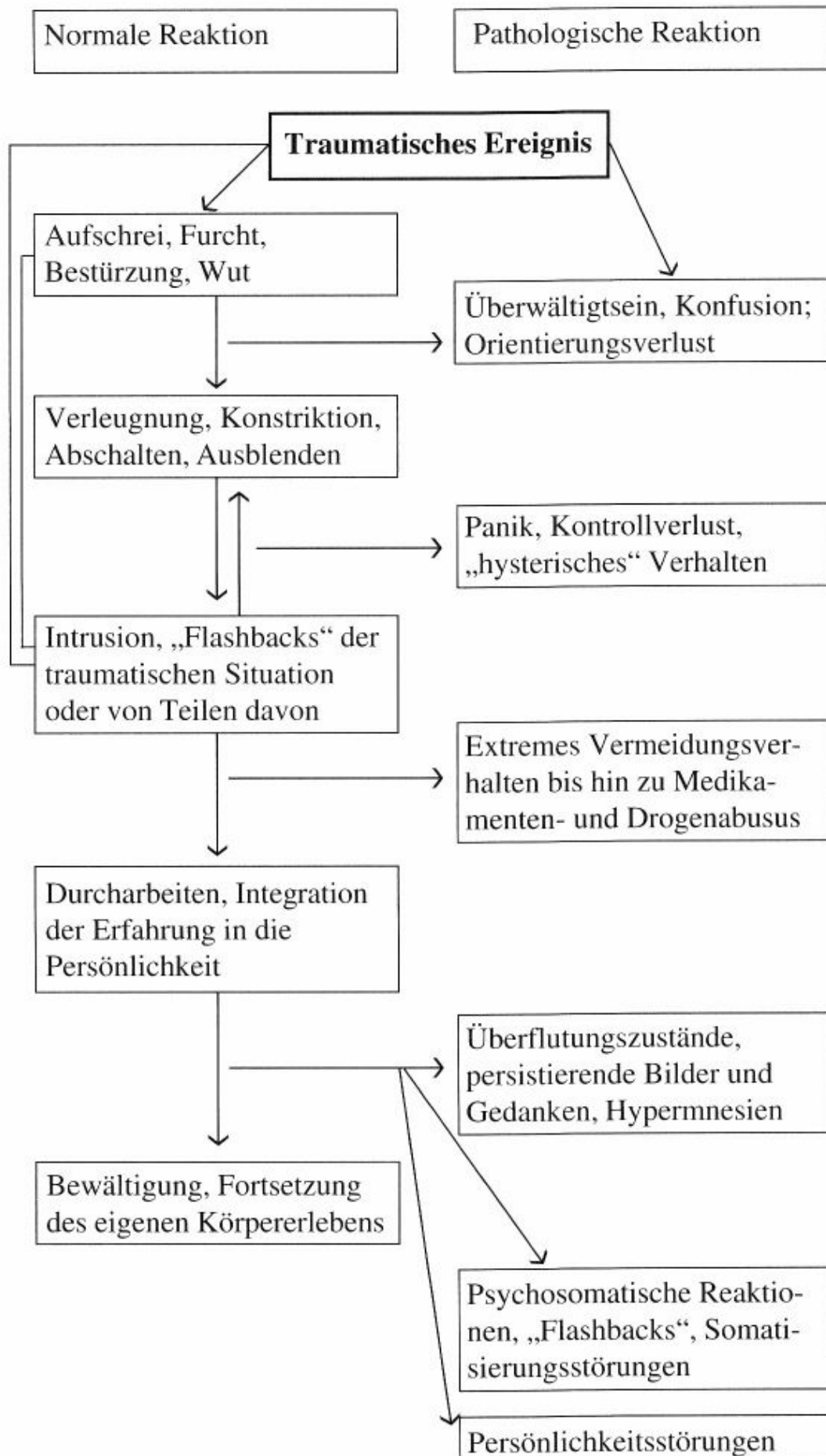
Ein anerkanntes Fachgebiet „Psychotraumatologie“ gibt es, trotz zahlreicher Vorläufer, erst in den letzten zwanzig Jahren (vgl. Fischer, Riedesser 1998). Davor hatten verschiedene Schulen in der Psychologie, Psychotherapie und Psychiatrie scheinbar getrennte Problemfelder untersucht und behandelt (zur Entwicklung vgl. Streeck-Fischer, Sachsse, Özkan 2001): dazu zählen die älteren Arbeiten zu Unfallneurosen oder im ersten Weltkrieg zu Kriegsneurosen, die psychoanalytische Betrachtung der Hysterie als Störung nach Kindesmissbrauch, ab den 1960er Jahren die Auseinandersetzung mit den Folgen des Holocaust und in den 1970er Jahren die Entdeckung eines Vergewaltigungstraumasyndroms (Holmstrom, Burgess 1978). Die Diskussionen bezogen sich jeweils auf einen Ereignistyp oder ein spezifisches Symptombild, das dessen Folge zu sein schien.

Bahnbrechend waren die Arbeiten von Judith Herman (1992/1994), weil sie Parallelen zwischen den verheerenden Folgen des Vietnamkrieges bei Veteranen, dem Vergewaltigungstrauma und den psychischen Folgen alltäglicher Gewalt bei misshandelten Frauen zog und darüber hinaus die gesellschaftliche Dimension der Verleugnung von Gewalt aufzeigte, die um so schwerer zu bewältigen ist, wenn nicht darüber gesprochen werden kann. Dies beschleunigte für den Bereich Gewalt gegen Frauen eine Entwicklung, die in den 1980er Jahren begonnen hat, als erstmals Erfahrungen mit ganz unterschiedlicher Arten von Traumatisierung zusammengetragen wurden; zunehmend deutlich wurde erkannt, dass die Auswirkungen im Kern gleichartig sind. Erkannt wurde nun, dass eine extreme Traumatisierung auch völlig gesunde Menschen zeitweilig oder dauernd verändern und beschädigen kann. Es bedurfte allerdings eines längeren Prozesses gesellschaftlicher Aufklärung (vgl. Reddemann 2001), der keineswegs abgeschlossen ist, damit häusliche Gewalt und aufgezwungene sexuelle Handlungen nicht als bloße Unannehmlichkeiten sondern als extreme Erlebnisse wahrgenommen werden konnten, die eine Bewertung als Trauma verdienen.

Das posttraumatische Belastungssyndrom (international: PTSD) umfasst nach den heutigen diagnostischen Kriterien des ICD-10 die „akute Belastungsreaktion“ unmittelbar nach einer Gewalttat, die „posttraumatische Belastungsstörung (PTB)“ und die „andauernde Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung“. Dabei können die schwerwiegenden und länger andauernden Traumafolgen wie eine Zuspitzung der physiologischen Normalreaktion auf großen Stress betrachtet werden. Führt im Normalfall eine akute Gefahr zur Erregung des vegetativen Nervensystems, zur Steigerung der Aufmerksamkeit und der Empfindungen und zu Kampf oder Flucht, so bewirkt die extreme Belastung, die diese Fähigkeiten überwältigt und überflutet, deren Übersteigerung:

- Übererregungszustände (Hypervigilanz)
- sich aufdrängende Erinnerungen oder Wiedererleben (Intrusionen)
- Vermeidung oder emotionale Taubheit, bzw. inneres Erstarren (Konstriktionen).

Die Bezüge zwischen der Belastungsstörung und der normalen Reaktion wird in der sog. Horowitz-Kaskade verdeutlicht (Streeck-Fischer, Sachsse, Özkan 2001, S. 15):



Bei der akuten Belastungsreaktion ist es von großer Bedeutung, ob ihre sozialen Beziehungen, und dazu zählen z.B. auch Ärzte und Ärztinnen, der Frau vermitteln, dass ihre Reaktionen normal sind. Unter günstigen Bedingungen, wenn z.B. die Tat ein einmaliges Ereignis ist und das soziale Umfeld die Frau vorbehaltlos unterstützt, kann die akute Reaktion bis zu sechs Monate dauern (Heynen 2000, Kretschmann 2002) und dann, evtl. mit therapeutischer Hilfe, überwunden und integriert werden. Gravierender sind die Fälle, in denen dies nicht möglich ist, das traumatische Ereignis aber zunächst verdrängt wird im Versuch, das alltägliche Leben wieder unter Kontrolle zu bringen. Dies tritt in verschärfter Form auf, wenn das Kind oder die Frau in einer Beziehung zum Täter lebt und ihm nicht aus dem Wege gehen kann, da hier zum einen die Wiederholung der Übergriffe wahrscheinlich oder sogar die Regel ist, zum anderen ein unterstützendes soziales Umfeld meist vollständig fehlt (vgl. Dutton 1992/2002).

Ingrid Olbricht fasst das Syndrom PTB zusammen:

„Von einer Posttraumatischen Belastungsstörung sprechen wir, wenn die Symptome erst einmal abklingen, sich dann aber nach einem Zeitraum, der sehr unterschiedlich sein kann, wieder verstärken. Diese Symptome sind:

- wiederholte und sich aufdrängende, intrusive Erinnerungen an das Ereignis in Bildern, Gedanken und Wahrnehmungen,
- wiederholte, stark belastende Alpträume,
- plötzliches Handeln oder Fühlen, als ob das traumatische Ereignis wiedergekehrt wäre, mit dem Gefühl, das Ereignis wieder zu durchleben, Vorstellungen, halluzinationsähnliche Phänomene und dissoziative Episoden im Wachzustand, sogenannte Flashbacks,
- intensives psychisches Leid bei der Konfrontation mit Situationen, die das traumatische Ereignis symbolisieren oder ihm ähnlich sind,
- Retraumatisierungszeichen bei der Konfrontation mit internalen oder externalen Reizen, die das traumatische Ereignis symbolisieren, insbesondere auf sensorische Reize, die als Trigger wirken.“ (Olbricht 2002, 64; vgl. auch Schornstein 1997, 64; Dutton 1992/2002, 83)

Während in der Fachliteratur inzwischen erkannt wird, dass dieses Syndrom nach einer Vergewaltigung, zum Teil auch mit erheblicher Verzögerung, häufig auftritt, wird das Vorkommen bei Misshandlung durch den Lebenspartner, das ebenfalls von Judith Herman (1992/1994) beschrieben wurde, selten berücksichtigt.

In den Bereich der dauernden Persönlichkeitsstörung infolge von Traumatisierung fallen klinisch behandlungsbedürftige Borderline-Störungen, Multiple Persönlichkeiten bzw. dissoziative Identitätsstörungen oder Selbstverletzungen (Sachsse 1996). Gesprochen wird auch von einer „chronifizierten, komplexen Posttraumatischen Belastungsstörung“, vor allem dann, wenn nicht ein einmaliges Ereignis, sondern lang anhaltende Gewaltsituationen erlebt wurden (Reddemann, Sachsse 2000). Bei diesem Erscheinungsbild ist nicht immer aufzuklären, welche Rolle Gewalterfahrungen spielen, da die Erinnerungsfähigkeit mit beschädigt wurde, und eine Vorgeschichte etwa von sexuellem Missbrauch in der Kindheit meist nicht anders zu ermitteln ist.

In den letzten Jahren hat es wichtige Fortschritte bei der hirnphysiologischen Forschung gegeben, die darauf hinweisen, dass die bei der Stressregulation beteiligten Hirnstrukturen im Zuge einer Traumatisierung verändert werden. Dies kann erklären, dass stark traumatisierte Menschen das Geschehen nicht eigentlich erinnern können, sondern lediglich in Bruchstücken unmittelbar wiedererleben, ausgelöst durch „Trigger“ oder minimale, spezifisch assoziierte Sinneswahrnehmungen, die der Traumasituation entstammen oder sie symbolisieren. In der Folge werden auch Behandlungsansätze erprobt, die direkt auf der physiologischen Ebene einsetzen, wie z.B. das EMDR® (Eye Movement Desensitization and Reprocessing, vgl. Shapiro 1995; Lamprecht, Lempa, Sack 2000).

Aus der internationalen Literatur ist belegt, dass eine PTB nach allen Formen der sexualisierten Gewalt und der Gewalt im sozialen Nahraum die Folge sein kann, aber nicht sein muss. Sie wurde nach Vergewaltigung häufig beschrieben (Koss, Harvey 1991; Feldmann 1991; Koss, Mukai 1993; Helfferich u.a. 1997; Heynen 2000), ebenfalls bei Misshandlung im Zusammenleben mit einem Mann (Herman 1992/1994; Sampson 1992; Browne 1993; Woods, Campbell 1993; Saunders 1994; Walker 1994; Heise u.a. 1999; Campbell 2000; Teegen, Schliefer 2002) sowie bei körperlicher oder sexueller Gewalt an Kindern, insbesondere durch Autoritäts- oder Vertrauenspersonen (Draijer 1990; Wirtz 1990; Sachsse 1996; Egle, Hoffmann, Joraschky 2000; Reddemann 2001). Von allen Folgewirkungen weist die PTB den eindeutigsten Zusammenhang mit Gewalt auf und stellt zugleich hohe Anforderungen an fachlich qualifizierten Umgang und ggf. Überweisung zur spezifischen Traumatherapie. Eine in guter Absicht aufdeckende Bemühung ohne kompetente Stabilisierung kann gravierenden Schaden anrichten.

Aufgrund von sexuellen Gewalterfahrungen in der Kindheit, Vergewaltigung und sexueller Nötigung sowie Gewalt in der Partnerschaft gilt für Frauen ein doppelt so hohes Risiko für Posttraumatische Belastungsstörungen als bei Männern. Die Gefahr eines chronischen Verlaufs wird bei Frauen als viermal höher eingeschätzt (Teegen 2000).

3.2.4 Depression und Suizidalität

Dass Frauen weitaus häufiger als Männer die Diagnose einer klinischen Depression erhalten und dafür behandelt werden und dass sie wesentlich häufiger einen Suizidversuch unternehmen, der den Charakter eines Hilferufs zu haben scheint, ist seit langem bekannt und wurde vom nationalen Gesundheitsbericht für die Bundesrepublik (StBA 1998) zumindest für den Bereich stationäre Behandlung quantitativ belegt. Daten über Diagnosen von Frauen in der ambulanten Behandlung der Psychotherapie sind nicht verfügbar; Bevölkerungsumfragen zur Selbsteinschätzung haben den Mangel, dass sie nicht zwischen der Ausprägung der Symptomatik und der Bereitschaft zur negativen Attribution unterscheiden können.

Einen Überblick über wissenschaftliche Studien zu dem Zusammenhang zwischen sexuellen Missbrauchserfahrungen und depressiver Erkrankungen liefern Joraschky und Egle (Egle, Hoffmann, Joraschky 2000). In allen Studien wurde belegt, dass depressive Episoden bzw. Störungen signifikant häufiger bei Frauen mit sexuellen Missbrauchserfahrungen auftreten. Dieser Zusammenhang ist um so ausgeprägter, je enger die in der einzelnen Studie verwendete Definition des sexuellen Missbrauchs war. Hanson u.a. (2001) haben in einer Repräsentativerhebung bei Frauen in den USA Zusammenhänge zwischen schwerer Gewalt in der Kindheit und PTSD und/oder klinische Depression im Erwachsenenalter untersucht. Dabei beschränkten sie sich auf Taten, die nach hiesigem Recht als Vergewaltigung oder gefährliche Körperverletzung gelten würden: zehn Prozent aller Frauen hatten eine dieser Gewaltformen erlitten. Die Betroffenen haben deutlich häufiger von beiden Symptomatiken im Erwachsenenalter berichtet, wobei Depression (diagnostisch: major depressive episode) noch häufiger war, und über 70% der Frauen betraf, die beide Arten schwerer Gewalt erlitten haben.

Bei einer vertieften psychologischen Untersuchung von misshandelten Frauen, die Beratung aufsuchen, war Depression die häufigste Symptomatik: 52% von ihnen wurden nach der „BDI (Beck Depression Inventory)“ mit über 20 Punkten bewertet, die auf schwere Depression hindeutet (Cascardi, O'Leary 1992). In einem schwedischen Modellversuch, der durch gezieltes Fragen in der Notaufnahme misshandelte Frauen identifizieren und deren Patientenakten über einen Zeitraum von 16 Jahren auswerten konnte, hatten 22% der Betroffenen mindestens einen Suizidversuch unternommen (Bergman, Brismar 1991). Suizidgefährdung kommt jedoch auch als Folgewirkung anderer, insbesondere sexueller Gewaltformen vor (Fischer, Riedesser 1997).

Auch Gleason (1993) stellte bei misshandelten Frauen u. a. eine sehr hohe Prävalenz klinischer Depression fest, erfasst mit dem standardisierten psychologischen Instrument DIS (Diagnostik Interview Schedule): 63 % der Frauen im Frauenhaus und 81% der Frauen in eigener Wohnung (mit oder ohne den Mann) litten unter Depressionen. Campbell (2002) sieht eine so hohe Korrelation zwischen Partnergewalt und Depression, dass sie die Vermutung ausspricht, die Verbreitung von Frauenmisshandlung reicht aus, um die generell höhere Morbidität von Frauen in diesem Symptombereich zu erklären, eine These allerdings, die der empirischen Überprüfung harret.

Mittlere Beschwerden depressiver Symptome treten sehr häufig unmittelbar nach einer Vergewaltigung auf; prospektive Studien finden dies sogar bei über 80% der Betroffenen; die Symptome halten in der Regel etwa drei Monate an. Auch suizidale Gedanken drängen sich einem Drittel der Betroffenen auf (Koss, Harvey 1991; s. auch Kretschmann 2002). Obwohl diese Symptome bei vielen Betroffenen nachlassen, finden Querschnittsbefragungen der Bevölkerung durchweg erhöhte Depressionsraten und häufigere Suizidversuche bei Frauen, die irgendwann in ihrem Leben eine Vergewaltigung durchgemacht haben. Das bedeutet, dass für einen Teil der betroffenen Frauen die depressiven Symptome lange anhalten oder wiederkehren. Dem entspricht die Feststellung aus dem Modellprojekt für vergewaltigte Frauen in Freiburg als auch vom Notruf, Beratung und Therapie in Bremen, dass das Angebot einer Psychotherapie mehrheitlich von Frauen wahrgenommen wird, die mindestens fünf Jahre nach der Tat Hilfe zur Bewältigung suchen (Helfferich u. a. 1997; Kretschmann 2002). Umgekehrt ergab eine Befragung von Frauen mit diagnostizierter Depression, dass 61% von ihnen schon einmal in ihrem Leben häuslicher Gewalt ausgesetzt waren, 29,3 % hatten erzwungene Sexualität erlebt (Dienemann u.a. 2000).

Die Evidenz legt nahe, bei depressiver Symptomatik, auch wenn diese stark ausgeprägt ist, zunächst das Vorkommen von häuslicher Gewalt und insbesondere rezente Erlebnisse sexueller Gewalt abzuklären, um eine Fehldiagnose (etwa die vorschnelle Vermutung endogener Ursachen) zu vermeiden. Eine klinische Behandlung in der Psychiatrie ohne derartige Abklärung könnte Gefühle von Wertlosigkeit („ich bin wohl doch verrückt, wie mein Mann sagt“) verstärken.

3.2.5 Suchtverhalten und Suchtgefährdung

Bei unbewältigter oder als unentzinnbar erlebter Gewalt liegt der innere Fluchtversuch nahe. Alle Substanzen, die beruhigen, betäuben, berauschen oder auf andere Weise das Erleben verändern, bergen dann ein Suchtpotenzial in sich, auch wenn sie in normalem Gebrauch nicht physiologisch abhängig machen.

Aber auch der Umgang mit dem eigenen Körper kann einen inneren Kampf ausdrücken; gestörtes Essverhalten mit Suchtcharakter kann daher als Folge von Gewalterfahrungen auftreten (vgl. Wooley 1994; Bange, Deegener 1996; Olbricht 2002).

Biographische Forschung und retrospektive Befragungen im Bereich der Suchthilfe hat bei Frauen wiederholt zu hohen Anteilen eine Vorgeschichte von Gewalt aufgezeigt (zur Datelage vgl. Kilpatrick u.a. 1997; Bischof, John 2002). Teegen und Zumbeck (2000) haben in einer Umfrage mit erfahrenen Suchttherapeutinnen in Norddeutschland Daten zu ihren derzeit behandelten KlientInnen erbeten. Bei drei Viertel der Frauen und einem Drittel der Männer war ein Trauma aufgeklärt. 38,5% der Frauen hatten sexuellen Missbrauch in der Kindheit erfahren (demgegenüber traf dies für 4,2% der Männer zu), körperliche Misshandlung lag bei 15% für beide Geschlechter; 42% der in der Suchttherapie befindlichen Frauen hatten nach dem 15. Lebensjahr eine Vergewaltigung erlebt (Männer 5,2%). Fast die Hälfte der suchtkranken Frauen hatte Mehrfachtraumatisierung in ihrer Lebensgeschichte.

Umgekehrt finden Prävalenzstudien sowie zielgruppenbezogene Forschungen z. B. in Frauenhäusern oder in Krisen- und Beratungszentren, dass gewaltbetroffene Frauen und Mädchen einen durchschnittlich hohen Konsum von verschiedenen Drogen oder Psychodrogen bzw. Medikamenten aufweisen (vgl. Vogt 1993; McCauley u.a. 1995; Kilpatrick u.a. 1997).

Ist der Missbrauch von Substanzen mit psychischer Wirkung einmal etabliert, so erhöht sich allerdings auch das Risiko, Gewalt zu erleiden. Krahe u. a. (1999a) haben die Verbreitung von unerwünschten sexuellen Kontakten und sexuellen Übergriffen bei weiblichen Jugendlichen bzw. jungen Frauen erfragt und parallel hierzu junge Männer danach gefragt, inwieweit sie diese Formen der aufgedrängten Sexualität selbst verübt hatten. Neben der insgesamt hohen Prävalenz ist bemerkenswert, wie verbreitet und offensichtlich auch akzeptiert die Praxis ist, mit Hilfe von Alkohol oder Drogen ein Mädchen zur sexuellen Intimität zu bewegen, das dies ausdrücklich nicht will. Über 30% der befragten jungen Männer gaben an, dies auch schon einmal versucht zu haben.

Es gibt vielfache Belege in der Forschung, dass Gewalt in der Lebensgeschichte und Substanzmissbrauch teilweise zusammen vorkommen. Kilpatrick u. a. (1997) haben mit einer prospektiven Untersuchung zu klären versucht, in welche Richtung die Risikoverstärkung vor allem verläuft. Sie befragten 3006 Frauen sowohl zur Gewaltprävalenz als auch zum Gebrauch illegaler Drogen und zum Alkoholkonsum, mit Wiederholungsbefragungen über zwei Jahre. Ihre Daten weisen einerseits auf eine erhöhte Wahrscheinlichkeit körperlicher oder sexueller Gewaltvergangenheit unter Frauen, die schon Drogen nehmen. Die umgekehrte Wirkung ist jedoch sehr deutlich zu sehen: Frauen, die zu Beginn der Untersuchung weder Drogen oder Alkohol missbrauchten, noch Gewalterlebnisse berichteten, und die dann bis zur zweiten Befragungswelle einen gewalttätigen Übergriff erlebten, gelangten zu einem sehr hohen Anteil sehr rasch zum Substanzmissbrauch. Insbesondere Alkoholmissbrauch scheint nach einem Gewaltgeschehen als Folge aufzutreten, während der umgekehrte Zusammenhang bei Drogen auch erkennbar war: Frauen, die illegale Drogen schon benutzten, hatten ein gesteigertes Risiko, während der Untersuchungszeit Gewalt zu erleben. Offen blieb allerdings, inwieweit Gewalt in der Kindheit allererst den Weg zum Drogenkonsum eröffnet hat; sowohl sexuelle Gewalt als auch die Nutzung von Drogen finden überwiegend vor dem 18. Lebensjahr erstmals statt.

Nach dem gegenwärtigen Forschungsstand ist die Suchtgefährdung insbesondere dann sehr groß, wenn in der Kindheit körperliche Misshandlung, emotionale Vernachlässigung und sexueller Missbrauch zusammenkommen (Franke 2002). Ungeklärt ist allerdings, welche Faktoren dazu führen, dass junge Frauen aus einer sehr belasteten Lebenssituation eher die eine oder die andere Suchtform entwickeln: So kann es unter den Essstörungen zu Anorexie, Bulimie oder aber zu Fettleibigkeit kommen. Andere Jugendliche, und dies mag eine Frage der Gelegenheit und des sozialen Milieus sein, greifen zu illegalen Drogen, andere wiederum gebrauchen und missbrauchen zunehmend Alkohol (und oft auch Zigaretten). Die Wahl der Suchtformen ist multifaktoriell bedingt; durchgängig ist aber festzustellen, dass eine von Grenzüberschreitungen geprägte Kindheit ein hohes Suchtrisiko in sich trägt.

Noch unzureichend untersucht, obwohl aus der Praxis der Frauenhausarbeit lange bekannt, ist die Gefahr der Medikamentenabhängigkeit bei Frauen in Misshandlungsbeziehungen (vgl. Walker 1994). In hohem Maße handelt es sich hier um verschreibungspflichtige Medikamente, die gegen Schlafstörungen, chronische Schmerzen (insbesondere Kopfschmerzen), Konzentrationsschwäche und depressive Symptomatik verschrieben werden. An dieser Stelle wird die doppelte Kostenbelastung des Gesundheitssystems bei doppelter Schädigung der betroffenen Frauen sichtbar: Da eine Diagnose der Ursachen der Beschwerden nicht gelingt, findet eine Fehlbehandlung statt, die ihrerseits eine neue und gravierende Erkrankung hervorruft. Die Beschwerden selbst verweisen allerdings nicht zwingend auf eine Misshandlungssituation, sondern können ebenso aus vergangenen sexuellen Gewalterfahrungen hervorgehen, jedoch erhöht die aktuelle Gewaltbeziehung das Risiko, dass der Medikamentengebrauch Suchtformen annimmt.

3.2.6 Chronische Schmerzen

Wenig Beachtung findet in der deutschen Literatur die Rolle der Gewalt bei der Entstehung chronischer Schmerzen, insbesondere solcher ohne erkennbare organische Ursache¹⁰. So ziehen Merbach, Springer und Brähler (2002) sowohl körperliche als auch sexuelle Gewalt in ihrem Erklärungsmodell für Geschlechterdifferenzen bei psychischen Störungen in Betracht, beziehen sich jedoch dabei allein auf Depression und Angststörungen. Die im selben Aufsatz erörterten somatoformen Störungen und Körperbeschwerden klammern sie im Kontext der Gewaltfolgen aus.

Die Befragung von Patientinnen in spezialisierten Schmerzkliniken in den USA oder Kanada ergab einen sehr hohen Anteil an Gewalt in der Lebensgeschichte. Haber und Roos (1985) entdeckten vor allem eine hohe Rate häuslicher Gewalt (53% der Patientinnen hatten Gewalt erlitten, davon die allermeisten - 90% - im Erwachsenenalter, meist durch einen Ehepartner und das über viele Jahre hinweg, mit einem Mittelwert von 12 Jahren). Bei den gewaltbetroffenen Frauen waren insbesondere Kopfschmerzen und Unterleibsschmerzen überaus häufig (vgl. auch Roy 1998). Chronische Unterleibsschmerzen werden auch als eine Folgewirkung von Vergewaltigung beschrieben (Koss, Harvey 1991; Koss, Heslet 1992; Walker 1994;), insbesondere wenn sexuelle Übergriffe in der Kindheit stattfanden oder über längere Zeit im sozialen Nahraum fortgesetzt wurden. Unterleibsbeschwerden gelten in der klinischen Arbeit inzwischen als möglicher Indikator für sexuellen Kindesmissbrauch in der Vergangenheit, wenn weitere Symptome dazukommen (Olbricht 2002).

In der Untersuchung von Bange und Deegener (1996) hatten 37 bis 38% der Frauen mit einer Vorgeschichte des sexuellen Missbrauchs in der Gegenwart mit Unterleibsbeschwerden zu tun. Roy's Zusammenstellung des Forschungsstandes 1998 gibt ein relativ konsistentes Bild (mit inneren Variationen), dass sexueller Missbrauch und Kindesmisshandlung das Risiko chronischer Unterleibsschmerzen erhöht, wobei - da beide Problemkreise sich überschneiden - die Befunde keine eindeutige Zuordnung erlauben.

Auch wenn spezifische Schmerzerscheinungen als typisch genannt werden, so ist die Bandbreite der Möglichkeiten sehr groß. Die Fallgeschichten aus der Schmerzlinik zeigen, dass der Schmerzauslöser zufällig sein kann, wie z. B. ein Autounfall. Die Rolle der Gewaltbetroffenheit besteht dann vor allem darin, dass dieser zufällig entstandene Schmerz nicht nachlässt, sondern sich steigert. Darüber hinaus gibt die Forschung Hinweise auf Zusammenhänge zwischen Fibromyalgia oder allgemeine Schmerzen des Muskel- und Skelettsystems mit einer Geschichte von Gewalterlebnissen im Lebenslauf oder auch einer aktuellen von Gewalt belasteten Lebenssituation (Hamberg, Johansson 1989; Farley, Keaney 1997;).

4. Differentielle Auswirkungen verschiedener Gewaltformen

4.1 Gewalt in der Kindheit und der Pubertät

Es würde den Rahmen dieser Expertise sprengen, das gesamte Feld des Kinderschutzes einzubeziehen. Unter der leitenden Fragestellung einer geschlechtsspezifisch verbesserten Versorgung für Frauen und Mädchen sollen an dieser Stelle vorrangig solche Symptome und Beschwerden benannt werden, die speziell nach einer gewaltbelasteten Kindheit, insbesondere als Langzeitwirkung, festgestellt werden.

¹⁰ Es gibt auch organische, z. B. verletzungsbedingte diagnostizierbare Schmerzen, deren Gewaltursprung schon aus Gründen der Wiederholungsgefahr oder der möglichen Verhinderung von Therapie erkannt werden sollte.

Bei der rückblickenden Befragung wird von dem weitaus größten Anteil der Betroffenen berichtet, dass sie seinerzeit nach dem Missbrauch intensive unangenehme Gefühle empfanden, meist Ekel, Verwirrung, Hilflosigkeit und Scham; viele erlebten auch Wut, Sprachlosigkeit, Angst und Hass (Bange, Deegener 1996). Nach der heutigen Gesundheit befragt leiden überdurchschnittlich häufig betroffene Frauen später unter Essstörungen, Unterleibsbeschwerden, Sprachstörungen, Erstickenanfällen und Schlafstörungen. Der Anteil mit solchen Störungen liegt bei bis zu 40 % der Befragten und je nach Störung kommen diese Schwierigkeiten doppelt so häufig wie bei nicht missbrauchten Frauen vor (ebd.).

Kendall-Tackett u.a. (1993) haben Studien ausgewertet, in denen die Symptomentwicklung bei missbrauchten Kindern z.T. auch im Längsschnitt untersucht wird. Missbrauchte Kinder zeigen in der Regel eine höhere Symptombelastung in den Bereichen Angst, Depression, Aggression, internalisierendes, externalisierendes und sexualisiertes Verhalten. Sie kommen zu dem Schluss, dass die Verhaltenssymptome missbrauchter Kinder offenbar altersabhängig sind: Bei Vorschulkindern handelt es sich vorwiegend um Ängste, internalisiertes und sexualisiertes Verhalten. Kinder im Schulalter leiden unter Ängsten, Alpträumen und zeigen aggressives Verhalten. Besonders problematisch sind die Belastungen im Jugendalter mit Problemen wie Depressionen, Suizidneigung, Promiskuität und Alkohol- oder Drogenmissbrauch (vgl. Finkelhor, Browne 1986)

Im Symptombereich der posttraumatischen Belastungsstörung hebt Olbricht (2002) besonders die anhaltenden Symptome eines erhöhten Erregungsniveaus hervor: Ein- und Durchschlafstörungen, Reizbarkeit oder Wutausbrüche, Hypervigilanz und übertriebene Schreckreaktionen. Bei frühtraumatisierten Frauen finden sich nach Olbricht drei typische Symptombereiche: Unterleibsbeschwerden, -erkrankungen, -operationen, Atemstörungen und Essstörungen. Zu dem ersten Symptombereich gehören unklare Unterbauchbeschwerden, Sexualstörungen, häufige Fehlgeburten und Störungen des Geburtsverlaufs. Die Folge sind nicht selten gynäkologische Operationen, die oftmals medizinisch nicht nachvollziehbar sind (vgl. auch Campbell u.a. 2001).

Weitere häufige Symptome sind Kopfschmerzen, Rückenschmerzen Durchfälle und Schlafstörungen. Im seelischen Bereich sind nach Olbricht (2002) fast immer Symptome wie Angst, Panik, Selbstverletzung und Selbstbeschädigung bis hin zum Suizid und Beziehungs- und Kommunikationsstörungen und soziale Störungen zu finden. (vgl. Finkelhor, Browne 1986; Fischer, Riedesser 1998,).

Die psychosomatischen Beschwerden in diesem Bereich weisen oft eine deutliche Verwandtschaft zu dem Ort des erlebten sexuellen Missbrauchs auf und zu den Empfindungen, die das noch kleine Mädchen erlebt hat, wie z. B. Ekelgefühle. Bei erwachsenen Frauen beschreibt Olbricht eine „Triade“ von psychosomatischen Symptomen, die zusammen typisch auf eine sexuelle Traumatisierung in Kindheit oder Jugend hinweisen: es sind dies die Störungen der weiblichen Funktionen mit Unterleibsbeschwerden, Essstörungen, von Erbrechen und Übelkeit bis hin zu Anorexia und Bulimie sowie Atemstörungen, die oft als Druckgefühl auf der Brust beim Atmen wahrgenommen werden, Bronchitis oder gelegentlich Asthma. Im seelischen Bereich kommen Angst- und Panikattacken und Beziehungsstörungen hinzu.

Zu Zusammenhängen zwischen sexualisierter Gewalt in der Kindheit und der Entwicklung von Essstörungen gibt es widersprüchliche Ergebnisse. Bei Teegen und Cerney-Seeler (1998) machen in einer klinischen Stichprobe von 541 in der Kindheit sexuell missbrauchten Frauen 47% Angaben zu Essstörungen im Kindes- und Jugendalter, von diesen wiederum leiden 58% (28% der Gesamtstichprobe) zum Zeitpunkt der Untersuchung noch an Essstörungen, die mit einer großen Anzahl anderer psychischer komorbider Störungen und schwerwiegender sexueller Traumatisierung (langandauernd, inzestuös, penetrativ) verbunden war.

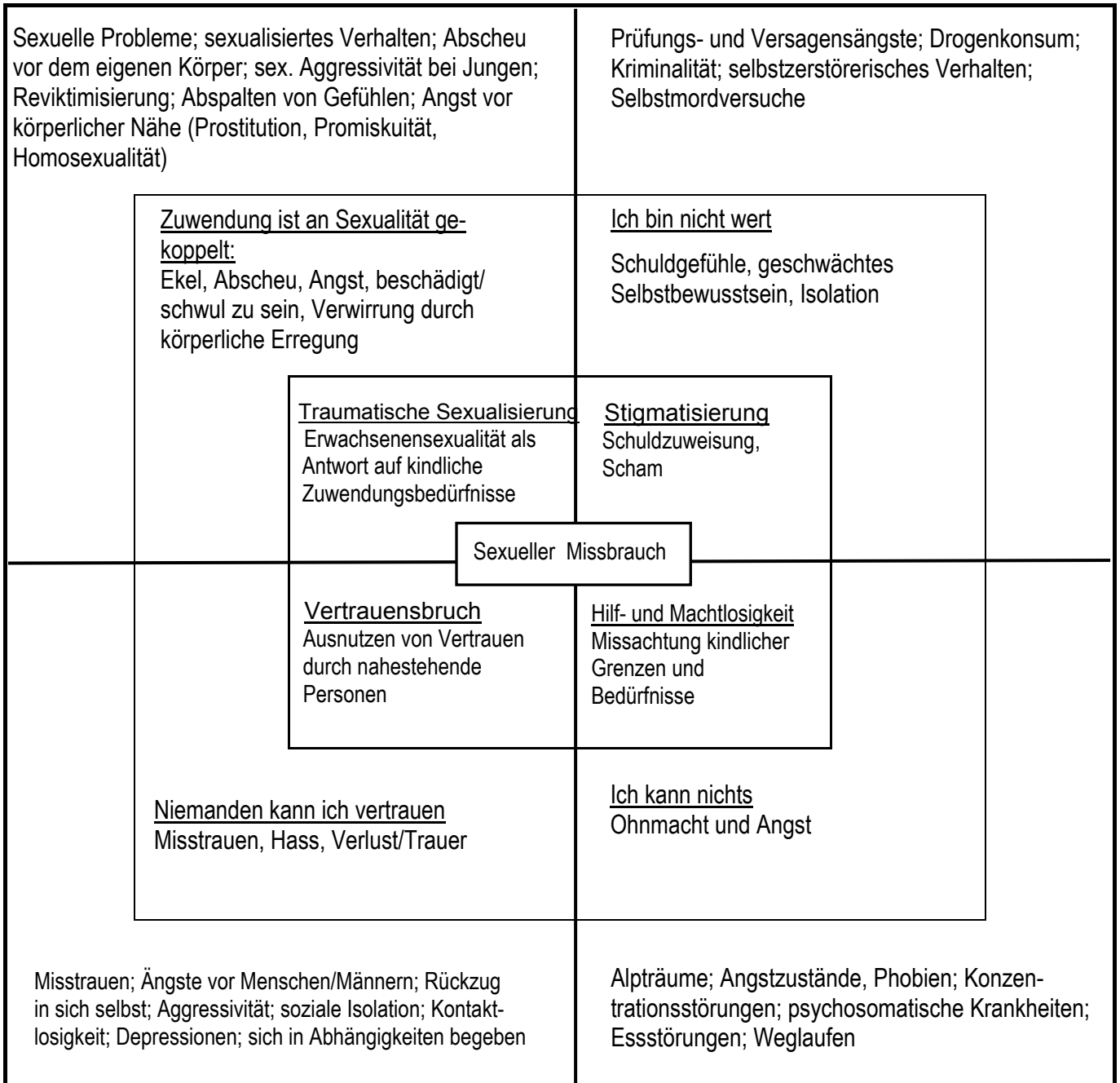
Willenberg (in: Egle, Hoffmann, Joraschky (Hg.) 2000), der die bisherigen Studien zum Zusammenhang von sexuellem Missbrauch und Essstörungen verglich, kommt zusammenfassend zu folgenden Aussagen:

1. „Ein linear-kausaler Zusammenhang vom sexuellem oder aggressivem Trauma und Essstörungen ist eher unwahrscheinlich.
2. Eine Erhöhung der Inzidenz von sexuellem Missbraucherlebnissen gilt wohl besonders für die Bulimie.
3. Die Forschungsergebnisse sprechen bisher dafür, dass die pathogene Wirkung von Missbrauchserfahrungen erhöht wird, wenn körperlicher Kontakt, insbesondere realer Verkehr stattgefunden hat. Über solche isolierbaren Tatbestände hinaus verdienen auch atmosphärische Gegebenheiten im familiären Umfeld, die nur durch längsschnittliche Betrachtung zu erfassen sind, eine besondere Würdigung. Insbesondere ist an die Rolle des emotionalen Missbrauches zu denken (Kent u.a. 1999).
4. Die Kausalität muss in einem übergeordneten komplexen Verursachungsgefüge gesehen werden, in dem traumatische Faktoren bisher wohl unterschätzt wurden.“ (Willenberg 2000, 316)

Nach sexueller Traumatisierung in der Kindheit werden - über das posttraumatische Belastungssyndrom hinaus - dissoziative Störungen bis hin zur multiplen Persönlichkeit beschrieben (Walker 1994; Farley, Keaney 1997). Besonders kennzeichnend für (schwere) sexuelle Traumatisierung ist selbstverletzendes Verhalten (Miller 1994; Sachsse 1996).

Folgen sexueller Gewalterfahrungen

Erklärungsmodell nach FINKELHOR/BROWNE (1986)



In einer Übersicht für den internationalen Gebrauch (Population Reports) haben Lori Heise und Kolleginnen Warnzeichen, sog. "red flags" für sexuellen Missbrauch formuliert (vgl. Heise u. a. 1999). Auch wenn das erhöhte Vorkommen nicht für alle Anzeichen statistisch signifikant erwiesen ist, so sind sie als Anlässe für erhöhte Aufmerksamkeit eine wertvolle Hilfe:

1. Schwangerschaft von Kindern unter 14 Jahren
2. Vaginale Verletzung oder Blutungen
3. Schmerzhaftes Urinieren
4. Unterleibs- oder Beckenschmerzen
5. Sexuelle Probleme
6. Krämpfe in den Muskeln um die Öffnung der Scheide herum
7. Angstzustände, Depressionen, selbstverletzendes Verhalten
8. Schlafstörungen
9. Geschichte von chronischen, unerklärlichen physischen Symptomen
10. Unterleibsuntersuchungen vermeiden oder Schwierigkeiten damit haben
11. Alkohol- oder Drogenprobleme
12. Sexualisiertes Verhalten
13. Extreme Fettsucht

4.2 Vergewaltigung und sexuelle Übergriffe

Es gibt für sexuelle Gewalt typische Verletzungen, die keineswegs immer vorkommen, da nicht alle Frauen das Risiko eingehen, sich massiv körperlich zu wehren, bzw. sie oft nicht dazu in der Lage sind. Dennoch sollten die Verletzungsmuster bekannt sein. Nach Koss und Heslet (1992) weisen etwa 40% aller Vergewaltigungsoffer nichtgenitale körperliche Verletzungen auf; genitale Verletzungen haben 50 bis 65% derjenigen, die kurzfristig nach der Tat Hilfe oder Behandlung suchen. Coker, Walls, Johnson (1998) haben bei angezeigten Vergewaltigungen eine Rate von begleitenden Körperverletzungen von 28,6% gefunden, zumeist mit geringem Verletzungsgrad; schwere Verletzungen waren bei 5% der Opfer feststellbar. Die unterschiedliche Häufigkeit bei verschiedenen Studien ist zu erwarten, da das soziale Milieu im Einzugsgebiet der Institution, Beratungsstelle oder Klinik eine größere oder geringere Wahrscheinlichkeit begleitender körperlicher Gewalt mit sich bringt; je nach Umständen können andere Zwangs- oder Durchsetzungsmittel wirkungsvoll sein. Generell kann es jedoch im Zusammenhang mit sexueller Gewalt zu vaginalen Verletzungen und Blutungen kommen, zu Harnwegsinfektionen, Störungen der Menstruation und Beeinträchtigung der reproduktiven Gesundheit (Schmuel, Schenker 1998; Campbell u.a. 2002).

Bei einer nicht lange zurückliegenden Vergewaltigung sind traumatische Reaktionen typisch, die unmittelbar in der Tatsituation entstehen und erst nach einer gewissen Zeit zurückgehen. Als spezifische Folgen über längere Zeit hinweg werden anhaltende Symptome aus dem Bereich der posttraumatischen Belastungsstörung genannt. Frühzeitig haben Holmstrom und Burgess (1978) ein „Vergewaltigungs-Trauma-Syndrom“ beschrieben. Die in den letzten Jahren geführten Diskussionen über sexualisierte Gewalt als psychotraumatische Ursache für viele psychische Symptome haben das klinische und wissenschaftliche Interesse an der PTB und deren Behandlungsmöglichkeiten anwachsen lassen und es wurden klinische und therapeutische Konzepte (vgl. z.B. Reddemann 2001; Reddemann, Sachse 2000), entwickelt. Dies hat die Aufmerksamkeit für das aktuelle Trauma teilweise überdeckt. Die Differentialdiagnose der Folgen einer Vergewaltigung oder einer anderen sexuellen Gewalthandlung im Erwachsenenalter im Unterschied zu den Auswirkungen früher sexueller Traumatisierung, die teilweise zu dauerhaften Persönlichkeitsstörungen führt, erfordert besondere Fachkenntnis, zumal eine Frau, die von sich aus über eine vor kurzem geschehene Vergewaltigung Mitteilung macht, auch frühere Erlebnisse sexueller Gewalt gehabt haben kann. Allerdings vertreten manche AutorInnen auf grund klinischer Erfahrung (z.B. Kretschmann 2002) die Auffassung, dass eine Vergewaltigung im Erwachsenenalter in der Regel eine bleibende psychische Schädigung hinterlässt.

4.3 Häusliche Gewalt: Misshandlung und sexuelle Gewalt in engen Beziehungen

Über die gesundheitliche Lage von Frauen, die aktuell in einer Gewaltsituation leben, gibt es wenig eigenständige deutsche Literatur. Erstmals im Modellprojekt S.I.G.N.A.L. werden – zunächst in der Ersten Hilfe einer Klinik – systematisch Misshandlungsverletzungen erhoben. Ausländische Studien (v.a. aus den USA und dort insbesondere aus der Pflegeforschung) verweisen darauf, dass misshandelte Frauen besonders häufig zur medizinischen Versorgung abends oder am Wochenende erscheinen, in der Notaufnahme, mit Verletzungen am Kopf, im Gesicht, oder am Ober- oder Unterleib; sie ziehen sich aus sozialen Beziehungen zurück, haben z.B. starke Ängste ohne erkennbaren Anlass. Die Dokumentation des Berliner Modellprojekts zeichnet ein ähnliches Bild und unterstreicht zudem, dass zwei Drittel der Frauen Mehrfachverletzungen ausweisen. In allen Studien, so stellt Campbell (2002) in ihrem Überblick der englischsprachigen Forschung fest, fällt die Anzahl der gleichzeitigen körperlichen Symptome und Beschwerden signifikant höher bei misshandelten Frauen aus.

Direkte körperliche Folgen bilden Stich- und Hiebverletzungen, Schnitt- und Brandwunden, Prellungen, Hämatome, Würgemale. Häufig beschrieben werden Kopf-, Gesichts-, Nacken-, Brust-, Armverletzungen, Frakturen insbesondere des Nasenbeins, Arm- oder Rippenbrüche, Trommelfellverletzungen, Kiefer- und Zahnverletzungen (Browne 1993; Campbell u.a. 2002; Campbell 2002). Je nach Art der Verletzungen können bleibende Behinderungen entstehen wie Einschränkungen der Seh- und Hörfähigkeit (Muelleman, Lenaghan, Pakieser 1996; Fanslow u.a. 1998; Goldmann u.a. 2000).

Weitere somatische Beschwerden sind Kopf-, Rücken-, Brust- und Unterleibsschmerzen (Muelleman, Lenaghan, Pakieser 1998), Magen-Darm-Störungen (Drossmann u.a. 1995; McCauley u.a. 1995; Campbell u.a. 2002). Frauen, die häusliche Gewalt erlebt haben, berichten über chronische Anspannung, Angst und Verunsicherungen, die sich als Stressreaktionen in psychosomatische Beschwerdebilder und chronische Erkrankungen (z.B. Migräne und chronische Rückenschmerzen) ausdrücken können. So stellen die von Campbell (2002) zusammengefassten Studien einhellig fest, dass diese Frauen signifikant häufiger an Kopfschmerzen und Migräne sowie unter chronischen Nacken-Schulter-Schmerzen leiden.

Von häuslicher Gewalt betroffene Frauen berichten, so das Ergebnis mehrere Studien, auch signifikant häufiger über Magen-Darm-Probleme (z.B. Appetitverlust und Essstörungen) und diagnostizierten funktionalen Magenkrankheiten (z.B. chronisches irritiertes Magensyndrom), die mit chronischem Stress assoziiert werden (McCauley u.a. 1995; Chamberlain 2000; Campbell u.a. 2002). Diese Beschwerden können während einer akuten gewalttätigen und somit mit Stress verbundenen Beziehung beginnen, können aber auch mit erlebter sexualisierter Gewalt in der Kindheit zusammenhängen.

In einer großen Untersuchung in den Erste-Hilfe-Stationen von zehn Krankenhäusern wurden Frauen nach früheren oder gegenwärtigen Misshandlungsbeziehungen gefragt („mit einem Mann leben, der sie absichtlich verletzt hat“). Es wurden Frauen, die zwar in einer solchen Beziehung sind, aber nicht aktuell wegen Misshandlungsverletzungen zur Behandlung kamen, mit Frauen ohne Misshandlungsgeschichte verglichen (Muelleman, Lenaghan, Pakieser 1998). Insgesamt sechs Diagnosen, u.a. Harnwegsinfektionen und Nackenschmerzen, waren bei misshandelten Frauen häufiger als bei der Kontrollgruppe. Hervorgehoben wird aber, dass diesen Diagnosen zusammen nur knapp 20% aller Behandlungsanlässe der misshandelten Gruppe ausmachten, d.h. die „eher typische“ Beschwerden hatten nur einen schwachen Prognosewert für eine Misshandlungssituation. Würde in der Notaufnahme nur bei einer der relativ häufigeren Beschwerden (jenseits spezifischer Verletzungen) nach Gewalt gefragt, so würde die Klinik nur ein Fünftel der Frauen erreichen, die auf Nachfrage angeben, dass sie vom Mann geschlagen werden.

Die Wahrscheinlichkeit eines gynäkologischen Leidens war in einer großen repräsentativen US-Erhebung drei Mal höher bei misshandelten Frauen als bei der Kontrollgruppe. Besonders belastet sind Frauen, die sowohl körperliche Misshandlung als auch sexuelle Gewalt in der Beziehung erleben. Zusammenfassend stellt Campbell (2002) fest: Gynäkologische Probleme bilden den am deutlichsten konsistenten, lang andauernden und im Ausmaß stark ausgeprägten Unterschied in der somatischen Gesundheit zwischen misshandelten und nicht misshandelten Frauen überhaupt.

In der Schwangerschaft besteht eine statistisch erhöhte Gefahr, dass ein potentiell gewalttätiger Mann seine Frau schlägt, und infolgedessen ein erhöhtes Risiko einer Fehl- oder Frühgeburt (Schmuel, Schenker 1998). Belegt sind zudem durch Gewalt verursachte Schwangerschaftskomplikationen, Verletzungen beim Fötus und ein niedriges Geburtsgewicht von Neugeborenen (Cokkinides u.a. 1999).

Als psychische Folgen häuslicher Gewalt werden insbesondere Depression, Angst- und Panikattacken, Schlafstörungen, Nervosität, Störungen des sexuellen Empfindens und der Verlust von Selbstachtung und Selbstwertgefühl genannt (Schornstein 1997, Campbell 2002). Leiden in diesem Bereich sind vermutlich der Anlass dafür, dass Frauen psychotrope Medikamenten verschrieben werden: Beruhigungsmittel, Stimmungsaufheller, Schlafmittel. Die französische Repräsentativerhebung zu Gewalt gegen Frauen im Jahr 2000 stellte fest, dass psychotrope Medikamente von knapp 10% aller Frauen eingenommen werden, die im vorangegangenen Jahr keine Gewalt erlebt hatten. 20% der Frauen, die einem körperlichen Angriff innerhalb der vergangenen 12 Monate ausgesetzt gewesen waren, nahmen solche Medikamente und 30% derjenigen, die im letzten Jahre mehrere Male geschlagen worden waren. Von denen, die sowohl von körperliche als auch von sexueller Gewalt berichtet hatten, nahmen 40% Beruhigungsmittel, Anti-depressiva oder hypnotisch wirkende Mittel (Jaspard, Brown, Condon u.a. 2001, 29). Wenngleich dies eine Überlebenshilfe für die betroffenen Frauen selbst sein kann, sprechen solche Zahlen für eine hohe Suchtgefährdung und eine verbreitete, als hilflos zu bezeichnende Praxis ärztlicher Fehlversorgung.

Zu den typischen Symptomen kommt schließlich die besondere Dynamik von Misshandlung hinzu. Es kommt zu gesteigerter Gewalt oder sogar zur Tötung durch den Mann, wenn die Frau wegen der häuslichen Gewaltsituation Hilfe sucht oder sich trennt: ÄrztInnen und Krankenhäuser müssen daher auch für den Schutz der Patientin sorgen. Da misshandelte Frauen in besonders starkem Masse auch suizidgefährdet sind (vgl. Stark, Flitcraft 1996) ist das Risiko doppelt hoch. Zusammengefasst ist zu sagen: Erhalten misshandelte Frauen keine adäquate und effektive Hilfe, kann dies nicht nur ihre Gesundheit sondern auch ihr Leben gefährden.

Als Warnzeichen (s. 4.1) für häusliche Gewalt werden folgende so genannte „red flags“ formuliert (vgl. Heise u. a. 1999):

1. chronische Beschwerden, die keine offensichtliche physische Ursachen haben
2. Verletzungen, die nicht mit der Erklärung, wie sie entstanden sind, übereinstimmen
3. Verschiedene Verletzungen in unterschiedlichem Heilungsstadium
4. Partner, der übermäßig aufmerksam ist, kontrolliert und nicht von der Seite der Frau weichen will
5. physische Verletzungen während der Schwangerschaft
6. spätes Beginnen der Schwangerschaftsvorsorge
7. häufige Fehlgeburten
8. häufige Suizidversuche und -gedanken
9. Verzögerungen zwischen Zeitpunkt der Verletzung und Aufsuchen der Behandlung
10. chronische reizbare Darmstörungen
11. chronische Beckenschmerzen

Zusammenfassung

Bei **allen Formen** von geschlechtsbezogener Gewalt kommt es anschließend überdurchschnittlich häufig zu folgenden Gesundheitsproblemen:

- Längerfristige Angst und Schlafstörungen
- Beziehungs- und Sexualitätsstörungen
- Posttraumatisches Belastungssyndrom
- Depressionen, Suizidalität
- Suchtverhalten und Suchtgefährdung
- chronische Schmerzen.

Bei **sexueller Traumatisierung** in der Kindheit, die in der Regel ein Mehrfachtrauma darstellt, entstehen als längerfristige Gesundheitsschäden insbesondere

- chronische Unterleibsschmerzen
- Ess-Störungen, insbesondere Bulimie
- Atemstörungen
- komplexe posttraumatische Belastungsstörungen
- dissoziative Störungen, Borderline-Störungen mit selbstverletzendem Verhalten.

Nach einer **Vergewaltigung** sind sehr häufig zu beobachten:

- typische Verletzungen im genitalen Bereich
- andere typische Körperverletzungen
- Ängste, die lange anhalten
- Schwangerschaftskonflikte
- traumatische und posttraumatische Störungen, insbesondere Intrusionen und Konstriktionen.

Bei **Misshandlung** durch den Partner sind häufige Folgeschäden:

- typische Verletzungen, insbesondere Mehrfachverletzungen und solche, die in der Notfallstation zur Behandlung kommen
- gynäkologische Störungen und Erkrankungen
- chronische reizbare Magen-Darm-Störungen
- Schwangerschaftsrisiken
- Depression
- Kopf-, Nacken- und Rückenschmerzen.
- Längerfristiger Gebrauch psychotroper Medikamente

5. Standards für die Gewährleistung adäquater Versorgung

Nach erfolgreicher Etablierung spezialisierter Schutz- und Hilfeprojekte für gewaltbetroffene Mädchen und Frauen hat sich die öffentliche Diskussion in der Bundesrepublik vorrangig der Frage gewidmet, wie die Aufgaben der sozialen Dienste, des Kinderschutzes, der Polizei und der Justiz besser und effektiver wahrzunehmen sind. Auf diesem Gebiet wurden Modelle der Kooperation zwischen Institutionen und in den Kommunen entwickelt sowie Ansätze zur früheren und effektiveren Intervention mit dem Ziel der Gewaltverringerung erfolgreich erprobt (vgl. Kavemann u. a. 2001). Dabei wurde das Gesundheitswesen erst teilweise und mit Verzögerung aktiviert. Im Ausland jedoch führen Programme zur Sensibilisierung von ÄrztInnen dazu, dass wesentlich mehr betroffene Frauen erreicht und zu Einrichtungen der Beratung und Hilfe vermittelt werden. Während nur ein Bruchteil der sexuellen Übergriffe oder der häuslichen Schläge polizeilich angezeigt oder amtlich bekannt werden, geht jede Frau irgendwann zur ärztlichen Untersuchung; und wenn Gewalt ihre Gesundheit belastet oder geschädigt hat, suchen fast alle zumindest Mittel zur Linderung ihres Leidens bei der gesundheitlichen Versorgung.

Die Schlüsselbedeutung des Gesundheitswesens ist also zweifach begründet:

- Keine andere Institution hat eine so große Chance, präventiv zu wirken und ein so unmittelbares institutionelles Interesse daran, dies zu tun, schon um die Kosten und Anstrengungen einer langwierigen Behandlung der sekundären Erkrankungen zu vermeiden.
- Die aufmerksame, kompetente und wirksame Intervention zur Bewältigung und Heilung von Gewaltauswirkungen gehört essenziell zum Aufgabengebiet der Medizin und aller Heilbehandlungen. Sie sind zur Bemühung verpflichtet, Krankheitsursachen zu erkennen, um das, was in ihrer Macht steht, zur Heilung beizutragen.

Insbesondere für ÄrztInnen formuliert Schornstein (1997), warum sie trotz der Schwierigkeiten und Hemmnisse sich bei häuslicher Gewalt angesprochen fühlen sollten: An erster Stelle schreibt sie lapidar „It is good medicine“. Die Ethik des Berufsstandes, die ärztliche Sorgfaltspflicht und die Verantwortung, Heilung zu fördern und Schaden abzuwenden, bedeuten, dass das Gesundheitswesen aufgerufen ist, tätig zu werden.

Mit der „Explosion des Wissens“ (Kelly 1988) über geschlechtsbezogene Gewalt seit etwa 1980 sind Handlungsanforderungen unübersehbar geworden. Zahlreiche Praxisansätze wurden erprobt, deren Erfahrungen inzwischen dokumentiert, verglichen, teils systematisch evaluiert worden sind; in der internationalen Fachwelt haben sich dabei Standards für die angemessene gesundheitliche Versorgung im Hinblick auf Gewaltfolgen herausgebildet. Diese Standards können gegenwärtig nirgends als gesicherte Selbstverständlichkeit im Sinne vollständiger Umsetzung angesehen werden, denn dafür ist die Entwicklung zu neu; auch im Ausland sind sie bestenfalls punktuell verwirklicht. Die Richtung der Entwicklung ist jedoch klar zu erkennen, die Anforderungen werden von internationalen Organisationen, von der Spitze der Gesundheitsbehörden und von bedeutenden wissenschaftlichen Fachgesellschaften ebenso wie von den anerkanntesten Modelleinrichtungen deutlich artikuliert. Unter den zahlreichen publizierten Leitlinien, Handbüchern, Programmbeschreibungen und wissenschaftlichen Auswertungen ist inzwischen eine große Übereinstimmung der zentralen Aussagen zu erkennen. Wir fassen die grundsätzlichen Anforderungen an das Gesundheitswesen in zwölf Punkten hier zusammen.

5.1 Gewalt ist gefährlich

Oberster Grundsatz der gesundheitlichen Versorgung in diesem Bereich muss es sein, jede weitere Schädigung zu vermeiden. Das bedeutet große Umsicht, wenn Gewalt eine aktuelle Bedrohung darstellen könnte. Alle Leitlinien und Manuals betonen, dass Fachkräfte im Gesundheitswesen sich der Gefahr bewusst sein müssen, die für eine Frau entstehen kann, wenn sie die Gewalttätigkeit eines ihr nahe stehenden Mannes gegenüber Dritten offenbart.

Schon bei dem Verdacht auf Gewalt ist daher erhöhte Aufmerksamkeit geboten. So fordert das „Resource Manual“ des britischen Gesundheitsministeriums für den Bereich häusliche Gewalt (Department of Health 2000) an erster Stelle die Beachtung von Schutz und Sicherheit. Fachkräfte müssen bei *jeder* Begegnung sich fragen: Werden nach meiner Intervention die Patientin und ihre Kinder in größerer Sicherheit oder aber in größerer Gefahr weiterer Gewalt sein? Die Sicherheit der gewaltbetroffenen Personen müsse der vordringliche Gesichtspunkt bei jeder Entscheidung sein. Gleiches gilt bei sexueller Gewalt, sofern der Täter (oder auch dessen Freunde) Zugang zum betroffenen Mädchen oder zur Frau haben und versuchen könnten, sie zu bedrohen, zu erpressen oder zu verletzen. Bei Gewalt in der Familie ist mit hoher Wahrscheinlichkeit mit einer solchen Reaktion zu rechnen.

Die durchgängige Verantwortung der Versorgung für den Schutz vor weiterer Gewalt und die persönliche Sicherheit der Patientin erfordert bei stationärer Behandlung zusätzliche Vorkehrungen. Gewalttätige Ehemänner und Angehörige können Patientinnen im Krankenhaus aufsuchen und bedrohen. Bei einem längerem Aufenthalt in einer psychiatrischen oder psychosomatischen Klinik oder in der Rehabilitation müssen Patientinnen zudem hausintern in Sicherheit vor sexuellen Übergriffen - ob durch andere Patienten oder durch Personal - sein; dies ist nicht immer der Fall. Mehrere Expertinnen der Fachtagung kannten persönlich Fälle der Vergewaltigung einer Patientin während ihres Klinikaufenthaltes (vgl. auch Enders-Dragässer, Sellach 1998).

Die Sorge für die Sicherheit umfasst insbesondere die unbedingte Wahrung der Vertraulichkeit ebenso wie die selbstverständliche Bereitstellung von Information über Rechte und Beratungsmöglichkeiten, die Frauen zum eigenen Schutz in Anspruch nehmen könnten; das Thema sollte am Ende einer Behandlung angesprochen werden, ehe die Patientin die Praxis oder die Klinik verlässt.

5.2 Gewalt ist alltäglich

Die Kenntnisnahme und Berücksichtigung von Gewalt bzw. von schädigenden Übergriffen in ihrer geschlechtsbezogenen Ausprägung gehört zur basalen Primärversorgung. Die ärztliche Verantwortung, gesundheitliche Störungen oder Gefährdungen von der Ursache her zu behandeln, statt oberflächlich die Symptome zu dämpfen, verpflichtet dazu, sich über die Verbreitung, die Formen und die Wirkungsweisen von Gewalt zu informieren, um überhaupt die Möglichkeit der Erkenntnis zu haben. Alle Gesundheits- und Heilberufe sollten Grundkenntnisse über das sexuelle Trauma, über die Anzeichen für Misshandlung und über die Dynamik von Gewaltbeziehungen besitzen; sie sollten mindestens einschätzen können, wann sie an wen überweisen oder weitervermitteln müssen, damit Patientinnen richtig behandelt werden.

Angesichts der Verbreitung der verschiedenen Formen geschlechtsbezogener Gewalt ist im gesamten Gesundheitswesen davon auszugehen, dass Gewaltbetroffenheit im Bereich der Normalität liegt. Deswegen sollte routinemäßig auf angemessene Weise diese Möglichkeit exploriert oder zumindest aufmerksam darauf geachtet werden. Damit wird ein Umdenken erforderlich, denn bislang wird der mögliche Gewaltfall mental als Ausnahme eingestuft, an die erst bei besonderen, außergewöhnlichen Anzeichen zu denken ist. Angesprochen sind hiermit nicht allein ÄrztInnen und PsychotherapeutInnen, sondern ebenso Pflegekräfte, Hebammen, PhysiotherapeutInnen, aber auch weniger häufig erwähnte Praxisbereiche wie z. B. die Zahnmedizin oder die betriebsärztliche Versorgung. Die große Mehrheit der PraktikerrInnen wird nicht spezielle Kompetenzen erwerben, kann aber und sollte fähig sein, das Problem anzusprechen und bei Bedarf Hinweise auf Hilfe zu geben.

5.3 Gewaltopfer brauchen Wertschätzung

Mädchen und Frauen, die der Gewalt ausgesetzt waren, haben eine doppelte Missachtung erlitten: Die Missachtung ihrer Grundrechte als Person und die Verachtung ihrer Weiblichkeit. Der Umgang mit ihnen muss daher grundsätzlich und durchgängig von Wertschätzung für sie als Person und für sie als Frauen gekennzeichnet sein. Eine Förderung der Heilung der Gewaltfolgen ist nur möglich, wenn die gewaltbetroffenen Frauen und Mädchen in ihrem Selbstwertgefühl bestärkt und in ihrem Recht, über sich und ihr Leben zu entscheiden, geachtet werden. In der internationalen Literatur wird in der Regel eine Grundorientierung von „Empowerment“ gefordert. Dutton (1992/2002) erläutert Empowerment als „eine Frau innerlich wieder aufzubauen“ und nennt dazu als Grundsatz: „Nicht wertende Akzeptanz und Bestätigung“ für die betroffene Frau und ihr Erleben. Helfferich u. a. (1997) betonen, dass bei den Ressourcen und den Stärken angesetzt wird, die eine Frau trotz Gewalt auch hat.

Alle ExpertInnen betonen, dass keine Information weitergegeben werden sollte ohne die Zustimmung der Frau, dass sie zu keiner Entscheidung gedrängt wird und dass alles, was sie über die Gewalt oder über ihre Lebenssituation mitteilt, ernst genommen wird. Das Mittel der ärztlichen Anweisung ist für die Bewältigung von Gewalt und die Überwindung bedrohlicher Situationen ungeeignet und bewirkt eher einen Rückfall in die Hilflosigkeit oder einen Rückzug aus der Mitteilungsbereitschaft.

Aufklärung über die Notwendigkeit eines ressourcenorientierten Umgangs mit betroffenen Frauen und Mädchen ist besonders wichtig, weil Betroffene nach dem Erleben von Erniedrigung, Entwertung und umfassender Kontrolle im Gesundheitswesen so erscheinen können, als wünschten sie, dass man für sie entscheidet oder ihnen sagt, was sie tun sollen. Damit wäre ihnen jedoch nicht geholfen.

5.4 Gewalt muss Gehör finden

Wenn Symptome einen Verdacht auf Gewaltwirkungen ergeben oder wenn eine Frau in der Lage ist, über die Verletzungen und Übergriffe zu sprechen, so muss sie möglichst unverzüglich eine fachlich kompetente Untersuchung und einen in Gesprächsführung zu diesem Themenfeld gebildeten Gesprächspartner finden, damit gewährleistet ist, dass die Bedeutung der Gewaltgeschichte oder der aktuellen Gewaltbetroffenheit für Beschwerden und Symptome zutreffend erkannt und die Behandlung darauf abgestimmt wird.

Es versteht sich, dass die hierfür erforderliche Qualifikation nicht gleichmäßig im gesamten Gesundheitswesen verteilt zu finden sein wird, auch nicht nach Jahren der Aufklärung und Fortbildung. In vielen Fällen werden wie auch bei anderen schwierigen Gesundheitsproblemen ÄrztInnen, Pflegekräfte oder Hebammen fachkundige Angehörige ihres Berufes konsultieren oder zum abklärenden Gespräch weitervermitteln müssen und wollen. Daher bedarf es einer ausreichenden regionalen Versorgung mit entsprechend ausgebildeten Fachkräften, die in der Lage sind, mit betroffenen Mädchen und Frauen angemessen über diese sehr schwierigen Themen zu sprechen, Anzeichen für Gewaltwirkungen zu interpretieren, eine Diagnose zu stellen und eine Behandlung zu empfehlen oder durchzuführen. Diese Fachkräfte müssen nicht nur vorhanden, sondern für alle Akteure des Gesundheitswesens ausgewiesen und bekannt sein.

Dabei handelt es sich keineswegs allein um fachärztliche Kompetenzen. Für Gespräche über akute und aktuelle Gewaltsituationen, etwa wenn es um die Trennung von einem misshandelnden Mann geht oder um eine lebensweltorientierte Beratung, können sozialpädagogische Fachkräfte und Frauenprojekte den Problemhintergrund abklären und praktische Hilfe anbieten. In anderen Fällen wird eine psychologische Beratung oder Psychotherapie angebracht sein; auch die Schwangerschaftsbegleitung durch eine Hebamme kann den geschützten Rahmen des Vertrauens herstellen, um frühere sexuelle Gewalterfahrungen oder aktuelle Misshandlungen anzusprechen.

Eine ausreichende Versorgung mit fachkundigen und in Kommunikation ausgebildeten ExpertInnen, die die Ursachen des Leidens erkennen und den Weg zur geeigneten Behandlung oder Therapie mit der betroffenen Frau klären können, wird gemeinhin durch Fortbildung zu erreichen versucht. Insbesondere die fachärztliche Aus- und Weiterbildung ist hier angesprochen, und zwar in allen Spezialisierungen, da es auf jedem Gebiet der fachärztlichen Ausbildung spezifische Problemkreise in der Folge von Gewalt gibt. FachärztInnen benötigen je für ihr Arbeitsgebiet spezifische Kenntnisse über Traumatisierung, Traumafolgen und Auswirkungen alltäglicher Gewalt. Entsprechende Ausführungen finden sich z.B. für die Gynäkologie bei Beckermann und Perl (2003), für die Psychosomatik bei Reddemann (2001). Fortbildung ist ebenfalls für die Pflege und für Hebammen unbedingt erforderlich, wobei es für beide Berufsgruppen Modelle und Erfahrungen schon gibt (vgl. Shepard, Elliot 1999; Nelms 1999; Draucker 2002; Walton-Moss, Campbell 2002).

5.5 Das Netz der Hilfsangebote muss dicht gewebt sein

Die durch Aufklärung erreichbare Sensibilisierung der Primärversorgung, dies weiß man inzwischen, fördert Früherkennung und aktiviert die Hilfesuche. Es gibt Beispiele aus dem Ausland, dass eine breit angelegte Information und Motivierung der Ärzteschaft, nach Gewalt zu fragen, dazu führen kann, dass die Anzahl der Hilfe suchenden Frauen bei den sozialen Einrichtungen und Frauenhäusern in die Höhe schnellte. Das ist unbedingt als positives Signal und als mittelfristig wirksame Kostendämpfung anzusehen. Wenn das Gesundheitswesen aktiver und aufmerksamer als bislang Gewalt wahrnimmt und anspricht, muss das Netz der nichtmedizinischen Hilfsangebote dicht und zuverlässig sein. Es ist bedarfsdeckend dafür zu sorgen, dass in jeder Region ausreichend viele Krisenunterkünfte, geschützte Wohnmöglichkeiten und Beratungsangebote vorhanden, bekannt und erreichbar sind, damit Mädchen und Frauen nach einer Gewalttat kurzfristig in Sicherheit sind und mittelfristig abwägen können, ob sie gegen den Täter rechtlich vorgehen, ob sie sich aus einer gewaltbelasteten Beziehung lösen und sich trennen, ob sie sogar einen anderen Wohnort wählen oder ob sie die Voraussetzungen für eine längere Psychotherapie herbeiführen wollen. Gegebenenfalls muss das Personal dieser Einrichtungen ebenfalls fortgebildet werden, damit sie z. B. ihre eigenen Möglichkeiten und Grenzen im Umgang mit posttraumatischer Belastung einschätzen können.

Generell ist die Verbesserung der Versorgung als eine spiralförmige Entwicklung zu sehen: Eine aufmerksam gewordene Primärversorgung steigert die Nachfrage nach nichtmedizinischer Einrichtungen von Schutz und Hilfe, die Nutzung dieser Einrichtungen durch Frauen, die sonst in einer Gewaltbeziehung noch länger geblieben wären, senkt wiederum die Kosten für die Behandlung im Gesundheitswesen und erleichtert zudem den nicht auf Gewalt spezialisierten Primärversorgern, ihrer Aufgabe der Heilbehandlung bei Gewaltfolgen besser gerecht zu werden.

Der Wert einer sich wechselseitig ergänzenden Arbeitsteilung zwischen medizinischer oder psychotherapeutischer Behandlung einerseits und Unterstützung durch Beratung und angeleitete Selbsthilfe auf der anderen Seite wird in Bezug auf die Misshandlungsproblematik von Schornstein (1997) verdeutlicht; sie wird in der Bundesrepublik im Bereich der Essstörungen, bei denen häufig ein Hintergrund von sexuellen oder emotionalen Grenzüberschreitungen in der Kindheit gegeben ist, weithin anerkannt.

5.6 Wissen muss verfügbar sein

Die bislang genannten Anforderungen richten sich im Prinzip an alle Professionelle im Gesundheitswesen. Das notwendige Wissen, um diesen Anforderungen entsprechen zu können, muss jedoch verfügbar gemacht werden. So sollte, um die einfachste Informationsebene anzusprechen, in jeder ärztlichen Praxis die Adresse und Telefonnummer des nächsten Frauenhauses oder der in der Region vorhandenen Beratungsstellen für spezielle Ge-

walterfahrungen oder für spezielle Zielgruppen zu erfahren sein. Auch für das eigene Handeln der Professionellen kann auf dem gegenwärtigen Stand des Wissens nützliche und hilfreiche Information in leicht zugänglicher Form bereitgestellt werden. Entsprechende Informationsblätter sind in anderen Ländern von Fachgesellschaften und Verbänden, sowohl in der Medizin als auch in der Pflege, von Gesundheitsministerien, von Kostenträgern der Krankenversicherung, aber auch von einzelnen engagierten Einrichtungen erstellt und verbreitet worden. Auch in der Bundesrepublik gibt es inzwischen Informationsmaterial, das zumindest einen Teil des Bedarfs abdecken könnte. Da Gewaltfolgen überall im Versorgungssystem als bedeutsam zu Tage treten können, reicht es nicht aus, auf die Fortbildungsbereitschaft der besonders interessierten Fachkräfte zu setzen. Vielmehr sollte jede Fachkraft ohne langes Suchen und Fragen die nötige Information finden können, um den bisher genannten Anforderungen gerecht zu werden. Im 8. Kapitel dieses Berichts werden Quellen für entsprechende, beispielhafte Materialien angeführt.

5.7 Gewalt ist Unrecht und wiederholt sich

Gewalt ist sowohl ein Gesundheitsproblem als auch ein Problem der Grundrechte und der gesellschaftlichen Ordnung; sie ist nicht nur Ursache von Leiden, sondern auch Unrecht. Allerdings erlauben die Umstände und die Art der Gewaltübergriffe oft von vornherein nicht, dass Polizei oder Justiz tätig wird; und selbst wo dies möglich wäre, haben die betroffenen Frauen viele nachvollziehbare Gründe, vor einer Strafanzeige zurückzuschrecken. Nichtsdestoweniger ist die Dokumentation von Gewaltfolgen eine allgemeine Verpflichtung der guten ärztlichen Behandlung.

Auch wenn die Frau heute nichts unternehmen will, kann sie im Wiederholungsfall dies anders sehen. Dokumentierte Übergriffe oder Verletzungen sind nicht allein für den Fall einer strafrechtlichen Verfolgung wichtig, sondern auch für viele andere rechtsförmige Vorgänge: Die Dokumentation kann einer Frau z.B. helfen, sich gegen eine Kündigung im Beruf zu wehren, familienrechtliche Maßnahmen zum Schutz von Kindern oder Geschwistern herbeizuführen, Fragen der Wohnung zu regeln oder Schutzanordnungen zu beantragen. Eine sachliche, korrekte und vollständige Dokumentation von frischen Verletzungen oder von älteren Verletzungsspuren sollte bei Gewalt selbstverständlich sein (vgl. Schornstein 1997; Clifford, Perry 2000; Department of Health 2000).

Generell ist unmittelbar nach einer Gewalttat, die im sozialen Nahbereich stattfindet oder den Intimbereich der Frau verletzt, nicht zu verlangen, dass sie sofort über eine Strafanzeige entscheidet. Wo die Tat eine Strafverfolgung möglich erscheinen lässt, sollte eine forensische Untersuchung und eine gerichtsverwertbare Dokumentation erstellt werden. Das Krisenzentrum für Vergewaltigungsoffer in Oslo hat schon 1986 die Regelung eingeführt, jeder betroffenen Frau anzubieten, gerichtsverwertbare Untersuchungen durchzuführen und deren Ergebnisse vier Wochen aufzubewahren für den Fall, dass sie sich in dieser Zeit zu einer Anzeige entscheidet (Dahl 1992). Der gleiche Grundsatz wurde bei der Einrichtung der Anlaufstelle für vergewaltigte Frauen in der Universitätsfrauenklinik in Freiburg i. B. festgelegt (Helfferich u. a. 1997). Das nationale Zentrum für vergewaltigte und misshandelte Frauen in der Universitätsfrauenklinik in Uppsala, Schweden, bietet forensische Dokumentation sowohl von Vergewaltigung wie auch von Misshandlungen an, wobei auch dort die Frau nicht dazu gedrängt wird, rasch eine Entscheidung über eine Anzeige zu treffen.

Der internationale Standard für Dokumentation umfasst also zwei Zweige: Eine „allgemeinärztliche“ Dokumentation, die in jeder ärztlichen Praxis im Rahmen der Patientinakte durchgeführt und aufbewahrt wird und die bei Bedarf und Entbindung von der Schweigepflicht als Beleg für (wiederholte) Verletzungen dienen kann, und die forensische Dokumentation, die spezielle Kompetenzen erfordert. Darüber hinaus gibt es Ansätze für eine anonymisierte Datenerfassung in Ländern mit einem zentralisierten Gesundheitswesen. Über die mögli-

che Einführung solcher Dokumentationssysteme wird bei der EU und beim Europarat diskutiert.

5.8 Heilbehandlung erfordert Spezialkenntnisse

Bekannt ist, dass ein Teil der gewaltbetroffenen Mädchen und Frauen aus eigener Kraft und mit Unterstützung ihrer sozialen Beziehungen das Gewalterleben überwinden und keine längerfristigen gesundheitlichen Belastungen davontragen. Dies hat Dreijer (1990) für den sexuellen Missbrauch aufgezeigt. Heynen (2000) hat in Bezug auf Vergewaltigung untersucht, unter welchen Umständen lebensweltliche Ressourcen zur Bewältigung des Gewalterleidens ausreichen, und ähnliches ist für die Loslösung aus Misshandlungsbeziehungen in der Literatur mehrfach belegt. Piispa (2002) fand, dass 40% der von Partnergewalt betroffenen Frauen dies als Episode in der Vergangenheit beschrieben.

Ein erheblicher Anteil der Betroffenen hat die Möglichkeit zur Bewältigung und Überwindung nicht, z.B. wegen der Schwere der Tat oder des Vertrauensbruches, und benötigt eine fachkundige Heilbehandlung. Insbesondere bei frühen Gewalterfahrungen oder bei lang andauernder Verstrickung in Gewaltbeziehungen kann schwere Traumatisierung entstehen, die entsprechend spezialisierte fachliche Hilfe benötigt. Zwar hat das Arbeitsfeld der Traumatherapie mit spezieller Berücksichtigung der geschlechtsbezogenen Gewalt und der sexuellen Traumatisierung eine Entwicklung erlebt, die den internationalen Standards entspricht und diese mit fortentwickelt, es sind dies jedoch noch wenige Kliniken und Praxen. Für eine bedarfsgerechte Versorgung müssen entsprechende ambulante und stationäre Angebote ohne überlange Wartezeiten zugänglich sein, die Kosten müssen entsprechend den fachlichen Standards guter Praxis übernommen werden können. Besonders für gewaltbetroffene Frauen und Mädchen ist das Gesundheitswesen in der Verantwortung, Qualitätsstandards etwa für Traumatherapie zu bestimmen und zu überwachen; die Standards sind in geeigneter Form für die Patientinnen selbst bekannt zu geben. Wenngleich es verhältnismäßig viel Literatur über Modelle und Maßstäbe guter Therapie nach Gewalterfahrungen gibt, findet sich zur Frage der Bedarfsdeckung, der Zugänglichkeit und der Wartezeiten kaum Information aus dem Ausland oder Inland. Verfahren zur Erfassung von Unterversorgung und Maßnahmen zu deren Behebung fehlen.

5.9 Gemeinsam gegen Gewalt ist effektiv

In allen Ländern musste die Auseinandersetzung mit Gewalt im Geschlechterverhältnis gegen Widerstände und Abwehr sich durchsetzen; sexualisierte Gewalt als mehr oder weniger verborgenen ätiologischen Faktor hinter gesundheitlichen Problemen aufzuzeigen, ist keine dankbare Aufgabe. Wooley (1994) hat detailliert nachgezeichnet, wie in den USA einerseits die Kenntnisse über Ess-Störungen, andererseits Erkenntnisse über sexuelle Gewalt als deren Hintergrund zeitversetzt aber auf ganz ähnliche Weise erschlossen wurden. Bei beiden ging die Entwicklung zunächst über klinische Berichte mit kleinen Fallzahlen, dann wurden größere Studien mit vielen Fallanalysen und einer Erfahrungsbilanz aus der Behandlung vorgelegt, bis schließlich systematische kontrollierte Studien möglich wurden. Bei der Beschreibung und dem Verstehen von Gewalt als Faktor wurde jedoch diese Entwicklung fast ausschließlich von weiblichen Fachkräften vorangetrieben, deren Ergebnisse auf jeder Stufe massiv in Frage gestellt wurden, und noch in den 1990er Jahren wurde dem Thema auf den großen Kongressen über Ess-Störungen nur marginal Raum gegeben. Offensichtlich belastet allein schon die Benennung des Zusammenhanges von Gewalt und Geschlecht, dies ist auch in anderen Bereichen zu beobachten, das kollegiale und wissenschaftliche Verhältnis der Geschlechter in der Fachwelt und erschwert eine sachliche Diskussion, die dem Leiden der Betroffenen gerecht würde.

Aufgrund der Peinlichkeit des Themas und der gesellschaftlichen Tabus verdanken wir unsere Erkenntnisse über Diagnose, Behandlung und Therapie von Gewaltfolgen in hohem Maße

dem Engagement von einzelnen oder von kleinen Gruppen engagierter Fachkräfte, die im günstigsten Fall als Team auf einer Station oder in einer Praxis arbeiten und in regelmäßigem Kontakt über weit gestreute Netzwerke einen Austausch pflegen. Dort wird ausgezeichnete und unersetzlich wichtige Arbeit geleistet, die jedoch naturgemäß nur einem kleinen Teil der Betroffenen zugute kommt. Die politische Verantwortung für das Gesundheitswesen kann jedoch nicht dabei stehen bleiben. In der internationalen Literatur zur Evaluation von Strategien und Programmen bestätigt sich immer deutlicher, dass der Übergang von Einzelprojekt oder Einzelpraxis zur fachübergreifenden und regionalen Kooperation unerlässlich ist, um der Problematik der Gewalt zu begegnen. In den englischsprachigen Ländern und in Skandinavien hat man frühzeitig begonnen, solche Kooperationsnetzwerke im Gesundheitswesen anzusiedeln oder auf kommunaler Ebene unter Einbeziehung des Gesundheitswesens zu entfalten. In der Bundesrepublik wurde die interdisziplinäre Kooperation zunächst in Form von einem „runden Tisch“ und sodann in „Interventionsprojekten“ erfolgreich erprobt und wissenschaftlich begleitet (Kavemann u. a. 2001). Der Schwerpunkt dieser Projekte ist bislang die Kooperation zwischen Polizei und Justiz, sozialen Diensten und Frauenschutzeinrichtungen sowie Projekten der Arbeit mit Tätern. In den letzten zwei Jahren ist jedoch in mehreren Bundesländern die Einbeziehung des Gesundheitswesens zu beobachten.

Selbst die erfolgreichsten Programme der Aufklärung und Fortbildung der Medizin und Gesundheitsfachberufe können die interdisziplinäre und kommunale Kooperation nicht ersetzen. Dies ist innerhalb der Medizin als Praxis der Überweisung selbstverständlich; sie setzt aber voraus, dass die Natur der Erkrankung in der Primärversorgung erkannt und die adäquate Hilfe innerhalb medizinischer Zuständigkeit zu finden ist. Beides trifft für Gewalt oft nicht zu. Die Hinweise auf Gewalt sind eher verdeckt oder verborgen, die erforderliche Hilfe als Voraussetzung erfolgreicher Heilbehandlung enthält soziale und rechtliche Elemente: So ist eine Therapie von Misshandlungsfolgen fast sinnlos, solange die Frau weiter mit einem misshandelnden Mann zusammenlebt. Ferner ist die Einzelpraxis nicht aus sich selbst heraus und durch guten Willen in der Lage, die erforderliche Differenzierung nach kultureller Herkunft, Lebensphase und Lebenslage zu leisten und Frauen und Mädchen in unterversorgten oder gefährdeten Gruppen zu erreichen. Gewaltbetroffene Mädchen und Frauen gehören aber überdurchschnittlich häufig zu den Gruppen, die von der regulären gesundheitlichen Versorgung schlecht erreicht werden, z. B. suchtgefährdete jüngere Frauen, von der deutschen Mehrheitsgesellschaft relativ isolierte Migrantinnen.

Es kann daher als Standard für die angemessene Versorgung gewaltbetroffener Mädchen und Frauen gelten, dass berufs- und einrichtungsübergreifende Kooperationsnetze aufgebaut werden, in denen über die Schließung von Versorgungslücken, die Abstimmung über sinnvolle Vorgehensweisen, die Sicherstellung gut zugänglicher Fortbildungsangebote und ggf. Fortbildung von MultiplikatorInnen und die Verbreitung aktueller Erkenntnisse und Erfahrungswerte gewährleistet wird. Hierzu gehört auch die Kooperation mit der Justiz und der forensischen Medizin, mit den sozialen Diensten und mit den spezialisierten Projekten von Schutz, Beratung und Hilfe für Mädchen und Frauen.

5.10 Alle Opfer sind gleichwertig

In der internationalen Literatur und den darauf beruhenden Leitlinien für die Praxis wird die Notwendigkeit hervorgehoben, gerade im Hinblick auf Gewaltfolgen angemessen auf unterschiedliche und insbesondere auf benachteiligte Lebenslagen von Frauen einzugehen. Frauen aus ethnischen Minderheiten oder in relativer Armut nehmen die gesundheitliche Versorgung zögerlicher in Anspruch und sind weniger bereit, dann über Gewalt zu sprechen (Plichta, Falik 2001); dies gilt in Deutschland für Migrantinnen. Wohnungslose Frauen und solche, die Prostitution ausüben, sind ebenfalls doppelt gefährdet: sie sind in erhöhtem Maße der Gewalt ausgesetzt und unzureichend medizinisch betreut (Verbundprojekt 2001). Frauen in besonderen sozialen und gesundheitlichen Lebenslagen, wie Frauen mit Behinderungen (siehe Kapitel 7.9), oder Frauen mit riskantem Konsum von Alkohol oder Drogen,

machen Erfahrungen mit Diskriminierung, die ihnen eine Mitteilung von intimen Gewalterfahrungen erschwert. Das „Resource Manual“ des britischen Gesundheitsministeriums betont die besondere Verantwortung der Gesundheitsversorgung, für „vulnerable“ Erwachsene zu sorgen und deren erhöhtes Risiko sexuellen oder körperlichen Missbrauchs bewusst zu sein.

Eine Grundanforderung an alle Einrichtungen und Berufsgruppen des Gesundheitswesens ist das Gebot, Anzeichen für Gewalt unabhängig von der Herkunft, der Lebensweise und dem Ausmaß der Anpassung an die Mehrheitsgesellschaft ernst zu nehmen und eine Versorgung anzubieten, die dieser Lebensrealität entspricht. Es gilt, Barrieren abzubauen, die Frauen in schwierigen Lagen daran hindern, Hilfe zu suchen. Teilweise sind besondere Projekte, die auf spezifische Zielgruppen zugeschnitten sind und diese in ihrer Situation ansprechen, besser in der Lage, Beratung anzubieten; es müssen aber dann Wege gefunden werden, auch die gesundheitliche Versorgung zu gewährleisten.

5.11 Engagierte Fachkräfte brauchen Rückendeckung

In der Fachliteratur für die Praxis werden Supervision und Unterstützung oft angesprochen. Sich der Gewalt auszusetzen, und sei es indirekt, indem man sich für die Mitteilung und die Auseinandersetzung öffnet, ist sehr belastend: Dutton (1992/2002) spricht von „stellvertretende Traumatisierung“ und betont, dass Therapeuten mit besonderer Achtsamkeit sich zu schützen versuchen müssen. Wird über die einzelne Therapie hinaus versucht, in einer Organisation wie etwa einer Klinik den Umgang mit gewaltbetroffenen Frauen und Mädchen zu verbessern, so stoßen die engagierten Fachkräfte auf vielfältige Widerstände; darauf wird öfters in der Literatur aus der Pflegeforschung (vgl. Sampelle 1992) eingegangen.

Allgemeiner ist als Standard für die Verbesserung der Versorgung zu erkennen, dass die Bemühung um notwendige Verbesserungen nicht als individuelle Interessenrichtung oder gar Marotte behandelt werden darf. In einer Klinik oder Abteilung ebenso wie in einer Ausbildungsinstitution bedarf es eines klaren Bekenntnisses auf der Leitungsebene, diese Problematik ernst nehmen und ihr Priorität einräumen zu wollen. Für die niedergelassenen Berufsgruppen haben die jeweiligen Fachverbände und wissenschaftlichen Fachgesellschaften und die Institutionen der professionellen Selbstverwaltung (insb. Ärztekammer, Psychotherapeutenkammer) einen vergleichbaren Stellenwert. In den USA war deutlich zu erkennen, wie sich die Richtungsentscheidungen der AMA (American Medical Association) sowie des nationalen Verbandes der Gynäkologie sich für die Praxis und auch in der Forschung ausgewirkt haben: Das Thema wird „hoffähig“, es beginnt zum Selbstbild des gut informierten Arztes zu gehören, sich über diese Fragen auf dem laufenden zu halten, Informationsmaterial wird eher gelesen, Mitteilungen von Patientinnen erhalten mehr Aufmerksamkeit, und Vorschläge zur Verbesserung haben mehr Chancen auf Umsetzung. All diese Mechanismen sind bei anderen „neu entdeckten“ Krankheitsbildern oder gesundheitlichen Störungen bekannt; sie haben aber bei Gewalt insofern eine besondere Bedeutung, als es in besonderem Maße mühsam, belastend und schwierig ist, sich der alltäglichen Gewalt, die meist diskret verborgen gehalten wird, zuzuwenden und darüber zu sprechen. Rückendeckung von der Organisation, dem Verband und auch der Politik helfen, diese Hemmnisse zu überwinden.

5.12 Vorbeugen ist besser als Heilen

Unter Prävention wird in der Regel verstanden, dass ein Schaden verhindert wird. Das ist zwar in Bezug auf Gewalt auch zu wünschen. Für die gesundheitliche Versorgung geht es jedoch vor allem darum, den Erkrankungen, Störungen und chronischen Leiden vorzubeugen, die regelmäßig zu entstehen drohen, wenn Gewalt sich ungehindert fortsetzen darf, wenn die gewaltbetroffenen Mädchen und Frauen sich ausgeliefert, preisgegeben und beschuldigt fühlen müssen und wenn auf die ersten Anzeichen von Gewaltfolgen keine angemessene Therapie folgt, sondern weitere Verdeckung, Verleugnung und Vermeidung.

Gewaltsame Übergriffe gehören zur menschlichen Realität. Es wäre illusorisch, „Primärprävention“ so zu verstehen, dass jemand gar nicht erst mit Gewalt in Berührung käme, ebenso wenig wie Primärprävention gegen ansteckende Krankheiten das Verschwinden der Viren aus der Welt bedeutet. Es gibt durchaus gute Gründe, von Primärprävention zu sprechen, wenn frühzeitig, hilfreich und eindeutig interveniert wird, um die Bewältigung eines Gewaltvorfalles ohne langfristige gesundheitliche Schäden zu ermöglichen. Beratungsstellen, Notrufe und Frauenhäuser, die rasche Ansprechbarkeit und praktische, lebensweltliche Ressourcen zur Überwindung der psychosozialen Verletzung anbieten, gehören zur gesundheitlichen Prävention. Darüber hinaus gehört es international zunehmend zum Standard, Aufmerksamkeit für Gewalt in der Schwangerenvorsorge zu üben; Hebammen und Pflegekräfte haben hierbei besondere Möglichkeiten und eine entsprechende Verantwortung.

Zusammenfassung

Standards für die Gewährleistung adäquater Versorgung

5.1 Gewalt ist gefährlich:

Vorrang hat immer die Sorge für den Schutz vor weiterer Gewalt und die persönliche Sicherheit der Patientin.

5.2 Gewalt ist alltäglich:

Kenntnisnahme und Berücksichtigung von Gewalt gehören zur basalen Primärversorgung; alle Gesundheits- und Heilberufe sollten Grundwissen haben und ggf. überweisen oder weitervermitteln können.

5.3 Gewaltopfer brauchen Wertschätzung:

Der Umgang mit gewaltbetroffenen Frauen und Mädchen sollte jederzeit auf Bestärkung und auf Selbstbestimmung gerichtet sein

5.4 Gewalt muss Gehör finden:

Auch wenn die Mitteilung indirekt ist, wie bei psychosomatischen Symptomen, müssen die Ursachen des Leidens erkannt werden. In jeder Region sollten fachkundige und in Kommunikation ausgebildete ExpertInnen für eine zutreffende Diagnose erreichbar sein.

5.5 Das Netz der Hilfsangebote muss dicht gewebt sein:

Verbesserte Primärversorgung steigert die Nachfrage nach nicht-medizinischen Einrichtungen der Schutz und Beratung; deren die Nutzung senkt mittelfristig die Versorgungskosten.

5.6 Wissen muss verfügbar sein:

Nicht erst der/die besonders interessierte PraktikerIn, sondern jede Fachkraft muss ohne langes Suchen und Fragen die nötige Information finden können, um die Anforderungen 5.1 bis 5.5 zu erfüllen.

5.7 Gewalt ist Unrecht und wiederholt sich:

In der gesundheitlichen Versorgung muss es gute, den internationale Standards entsprechende Dokumentation geben und Wege anonymisierter Datenerfassung gefunden werden.

5.8 Heilbehandlung erfordert Spezialkenntnisse:

Entsprechend spezialisierte therapeutische Angebote müssen ohne lange Wartezeiten zugänglich sein und die Kosten entsprechend dem Stand des Wissens übernommen werden.

5.9 Gemeinsam gegen Gewalt ist effektiv:

Das Gesundheitswesen kann und sollte aus den Erfahrungen mit inter-institutioneller Kooperation lernen und auf vielen Ebenen zusammenarbeiten.

5.10 Alle Opfer sind gleichwertig:

Das Versorgungssystem muss für alle Mädchen und Frauen eine Versorgung anbieten, die ihrer Lebenslage entspricht, und Barrieren zur Wahrnehmung des Gewaltproblems, zur Hilfe und zur Heilbehandlung abbauen.

5.11 Engagierte Fachkräfte brauchen Rückendeckung:

Aufmerksamer Umgang mit Gewalt im Geschlechterkontext ist belastend, unbeliebt und am Anfang mühsam, es bedarf von der Entscheidungsspitze her klarer Vorgaben, Ressourcen, Anerkennung und Fachberatung.

5.12 Vorbeugen ist besser als Heilen:

Auch bei Gewaltfolgen muss viel früher interveniert werden als bisher. Das Thema Gewalt muss in der Prävention und in der Vorsorge verankert werden, insb. in der Schwangerenvorsorge

6. Barrieren und Hindernisse in der Versorgung

Zu den Barrieren, die einer angemessene Behandlung im Wege stehen, gibt die internationale Literatur wichtige Hinweise. Rönneberg und Hammerström (2000) haben z.B. hierzu eine Literaturrecherche in den wichtigsten Datenbanken von Psychologie, Medizin und Soziologie für die Jahre 1988 bis 1998 durchgeführt und 276 Aufsätze über Schwierigkeiten des Erkennens und der Intervention bei sexualisierter und häuslicher Gewalt in der Versorgung gefunden; aus ihrer Analyse der Literatur arbeiten sie wiederholt genannte Hindernisse heraus:

6.1 Barrieren seitens der Behandelnden

Als größtes Hindernis wurden von den im Gesundheitswesen arbeitenden Professionen die unzureichende Qualifikation in Aus- und Fortbildung im Erkennen von Gewaltfolgen und adäquatem Umgang damit identifiziert. Die Mehrzahl der praktizierenden ÄrztInnen und Pflegenden fühlen sich nicht adäquat vorbereitet, Folgen sexualisierter Gewalt zu diagnostizieren.

Viele Behandelnde befürchten, dass sie in dem rigiden Zeitrahmen in der alltäglichen Praxis überfordert sind, wenn eine Frau tatsächlich über Gewalterfahrung spricht („opening the Pandora's box“).¹¹ Die Ergebnisse einer nordamerikanischen qualitativen Studie (vgl. ebd.,

¹¹ Dieser Ausdruck beschreibt die Angst, dass durch Fragen nach Gewalterfahrung evtl. eine „Lawine“ in Gang gesetzt wird, auf die Behandelnde nicht vorbereitet sind und mit denen sie ggf. nicht umgehen können (vgl. Rönneberg, Hammerström 2000, 224)

224) zeigte, dass ÄrztInnen große Angst haben, ihre Patientin durch die Frage nach Gewalterfahrung zu verletzen und in die Privatatmosphäre einzudringen, was zu einer Verschlechterung des Vertrauensverhältnis zwischen Arzt/Ärztin und Patientin führen könnte.

Gängige Stereotypen und Mythen der "typischen geschlagenen Frau" sind noch weit verbreitet: z.B. das physische Gewalt eher bei Minderheiten und ökonomisch niedrigen Gruppen vorkommt; dass Täter betrunken sind und außer Kontrolle geraten; dass die Frau masochistisch ist und provokant; und dass sie den Täter doch verlassen könnte, wenn sie wollte.

Als weitere Barriere wird die zu große Identifikation mit dem Opfer, bzw. dem Täter genannt. Gefühle wie Wut oder aber auch Ungewissheit über die eigene Sicherheit, bei Frauen Angst vor der eigenen Vulnerabilität und auch eigene unverarbeitete Erfahrungen als Opfer oder Täter können Hindernisse sein. Für viele ÄrztInnen, wie auch andere Professionelle, die mit Gewalt in der Familie zu tun haben, ist es oftmals frustrierend, zu erfahren, dass trotz aller Bemühungen und Hilfeleistungen viele Frauen nicht selten weiterhin in der Gewaltbeziehung leben.

Die Analyse der Studie von Rönnerberg und Hammarström zeigt weiterhin auf, dass mangelndes Routine-Screening und fehlendes Gefühl der Verantwortung der Professionen im Gesundheitswesen weitere Barrieren darstellen. Allerdings stellen sie auch Forschungslücken fest, und sie richten ihren Blick vorrangig auf ÄrztInnen.

In dem vom Department of Health (2000) in London herausgegebenen Handbuch zu häuslicher Gewalt für Professionelle im Gesundheitswesen werden ähnliche Hindernisse genannt und auf den dringenden Bedarf hingewiesen, in Aus- und Fortbildung diese Barrieren zu thematisieren, sowie bestehende Mythen und Vorurteile abzubauen.

6.2 Individuelle Barrieren seitens Betroffener

In der Analyse der Studien identifizierten Rönnerberg & Hammarström (2000) verschiedene Barrieren, die die Betroffenen daran hindern, über Gewalterfahrungen und Misshandlung mit Behandelnden im Gesundheitswesen zu sprechen.

Hemmend wirkt es sich aus, wenn Ärztinnen oder Ärzte den Eindruck vermittelt haben, nicht ansprechbar zu sein, oder Patientinnen dies befürchten.

Als weitere Barrieren werden die strukturellen Grenzen innerhalb des Gesundheitswesens, wie z.B. lange Wartezeiten oder ein rigider Zeitrahmen für eine Behandlung empfunden. Betroffene sind darüber hinaus besorgt, dass evtl. Polizei und andere Institutionen ohne ihr erfragtes Einverständnis eingeschaltet werden könnten. Frauen berichten auch über Ängste davor, erneuten Gewalttaten des Mannes z.B. in Form von Racheakten ausgesetzt zu sein, wenn die Gewalt „öffentlich“ wird. Insgesamt führt langandauernde Gewalt zu einer erheblichen Schwächung des Selbstwertgefühles und Selbstvertrauen. Auch deshalb zögern Frauen aus Angst und Scham, über Misshandlung zu sprechen (vgl. auch Department of Health 2000, 20)

7. Defizitanalyse aus Sicht der ExpertInnen

Um eine Einschätzung zu den Hindernissen für eine verbesserte Versorgung für hiesige Verhältnisse zu bekommen, befragten wir ExpertInnen, die überwiegend in der Versorgung gewaltbetroffener Frauen und Mädchen arbeiten.

Alle befragten ExpertInnen stimmen dahingehend überein, dass Gewalt gegen Frauen und Mädchen und deren Auswirkungen auf die Gesundheit bisher zu wenig im Gesundheitswe-

sen thematisiert wird. Sie vermissen eine gezielte Enttabuisierung und Sensibilisierung der Fachkräfte in allen Gesundheitsberufen. Darüber hinaus ist die Vernetzung der beratenden und behandelnden Hilfesysteme schwach ausgebildet oder fehlt ganz.

Zusammenhänge zwischen somatischen, psychosomatischen und psychischen Symptomkomplexen und möglicher Gewalterfahrung werden - insbesondere im Hinblick auf die verborgene, alltägliche Gewalt - oftmals nicht erkannt, bzw. Gewalt als mögliche Ursache nicht wahrgenommen. Sexuell traumatisierte Frauen gehen häufig lange Irrwege durch das medizinische und psychosoziale Versorgungssystem, ehe sie eine Therapie finden, die zu den Ursachen der Symptome vordringt. Durch Fehl-, Unter- und Überversorgung kann es zu Chronifizierungen kommen.

Vielen Behandelnden fehlt es an spezifischem Wissen über Ausmaß, Hintergründe und Dynamik von Gewalt im Geschlechterverhältnis und Vorurteile und Mythen gegenüber gewaltbetroffenen Frauen sind weit verbreitet. Teilweise wissen Behandelnde nicht, welche weitergehende Unterstützung angeboten werden kann, da sie nicht über das vorhandene Hilfesystem informiert sind. Eine Verankerung und Thematisierung der Problematik in der gesundheitlichen Versorgung, Aus- und Fortbildung ist erst vereinzelt zu erkennen und frauengerechte Konzepte und Behandlungsansätze sind zu wenig verbreitet.

In den spezialisierten Hilfeeinrichtungen (Frauenhaus, Frauen-Notruf, Frauenberatungsstelle, Mädchenhaus, Wildwasser etc.) fehlt die kontinuierliche finanzielle Absicherung, die eine Grundvoraussetzung für die spezifische und präventive Arbeit mit von gewaltbetroffenen Frauen und Mädchen ist.

7.1 Defizite in der psychotherapeutischen Versorgung

Ein wesentliches Defizit wird von ExpertInnen in der Seltenheit einer fundierten, Traumata berücksichtigenden Therapie gesehen. Viele Therapieangebote sind bei Traumatisierung kontraindiziert und spezifisch ausgebildeten TraumatherapeutInnen sind dünn gestreut. Es gibt bundesweit zu wenige spezifische stationäre Therapieangebote für sexuell traumatisierte Frauen. Qualitativ hochwertig arbeitende bekannte Traumastationen haben eine lange Warteliste von ein bis zwei Jahren.

Mehrere ExpertInnen betonen, dass insbesondere seit Bestehen des Psychotherapeutengesetzes in der therapeutischen Versorgung traumatisierter Frauen eine dramatische Lücke entstanden ist, da für viele erfahrene TherapeutInnen keine Abrechnungsmöglichkeit mehr mit den Krankenkassen besteht (vgl. Kapitel 7.3). Auch gibt es zu wenige Therapeutinnen, die bereit und kompetent sind, mit Klientinnen mit (sexualisierter) Gewalterfahrung zu arbeiten. Es wird von immensen Wartezeiten berichtet; die spezialisierten Einrichtungen (Frauennotruf, Frauenhäuser, Frauenberatungsstelle, Wildwasser etc.) können ihre Klientinnen nicht mehr an spezifische TherapeutInnen vermitteln. Bei sinkenden finanziellen und personellen Ressourcen bleiben viele Langzeitklientinnen in den Beratungseinrichtungen, während die Neuanfragen gleich bleiben oder nun mit dem Gewaltschutzgesetz ansteigen. Das führt zur Überforderung und, was vermehrt zu beobachten ist, auch zu Krankheiten bei den Mitarbeiterinnen der Einrichtungen.

7.2 Defizite in niedergelassenen medizinischen Praxen

In den ExpertInnengesprächen waren Mängel in der Qualifikation und fehlende Standards immer wieder Thema; dadurch wird eine adäquate Versorgung gewaltbetroffener Frauen und Mädchen erschwert. So ist die Erstellung einer gerichtsverwertbaren Dokumentation bei frischen Gewaltspuren selten zu erwarten. Es gibt zu wenige ÄrztInnen, die darin geschult sind, eine adäquate Untersuchung, Dokumentation und Beweissicherung bei vergewaltigten

Frauen durchzuführen und Gutachten zu erstellen. Es fehlen oftmals Kenntnisse über rechtliche Bedingungen wie z.B. die Entbindung von der Schweigepflicht.

Weitere Defizite werden in der noch unzureichenden Zusammenarbeit verschiedener Professionen und im mangelnden Wissen über spezifische Hilfeinrichtungen seitens der Behandelnden gesehen. Berufsordnungen können die Gründung interdisziplinärer Praxisgemeinschaften behindern.

7.3 Defizite in Klinikambulanzen

ExpertInnen kritisieren, dass in Klinikambulanzen und Notfallaufnahmen Frauen mit akuten Verletzungen, die auf Gewalteinwirkungen schließen könnten, eher funktional behandelt werden, d.h. Wunden oder Brüche werden versorgt und evtl. eine kurze Bemerkung in den Anamnesebogen aufgenommen. Es wird selten nach den Ursachen der Verletzung gefragt. Eine systematische Untersuchung auf Gewalteinwirkung, Erstellung einer gerichtsverwertbaren Dokumentation, Klärung des Schutzbedürfnisses, sowie die Vermittlung von Informationen über das bestehende Hilfesystem fehlt auch hier.

7.4 Defizite in der Schwangerenversorgung und Geburtshilfe

ExpertInnen bemängeln, dass das Thema sexuelle Traumatisierung und die Auswirkungen auf Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett noch zu wenig in die Betreuung schwangerer Frauen und bei der Geburtshilfe integriert ist. Die Voraussetzungen für eine fachkompetente und sensible Betreuung von betroffenen Frauen und Mädchen durch spezifische Aus- und Fort- und Weiterbildung fehlen noch.

Eine kooperative Zusammenarbeit im interdisziplinären Team für sexuell traumatisierte Frauen und Mädchen in der Gynäkologie und Geburtshilfe ist zur Zeit eher die Seltenheit.

7.5 Defizite in der Honorierung notwendiger Versorgungsleistungen

Mehrere Expertinnen kritisieren, dass in der niedergelassenen Praxis – dort, wo das Hausarztprinzip eine besondere Chance der Versorgung gewaltbetroffener Frauen bietet - längere, sorgfältige und einfühlsame Gespräche, um Gewalthintergründe aufzudecken und angemessen darauf einzugehen, kassenärztlich nicht adäquat abzurechnen sind. Bei Verdacht auf Misshandlung bedarf es Fingerspitzengefühl und Raum für das Nachfragen in einer vertrauensvollen Atmosphäre. Eine sensible und mit den Wünschen der Frau abgestimmte Behandlung ist erforderlich. Patientinnen mit Gewalterfahrungen fühlen sich zudem leicht von Untersuchungen bedrängt oder belastet, insbesondere im gynäkologischen Bereich; mit ihnen sollte jeder Behandlungsschritt vorher geklärt werden und es muss sichergestellt sein, dass die Frau den Sinn versteht und damit umgehen kann. Dies kostet zusätzliche Zeit, die in der Regel in der alltäglichen Praxis nicht vorgesehen ist bzw. nicht abgerechnet werden kann.

Als defizitär sehen Expertinnen die kassenärztlichen Regelungen der Dauer einer Therapie. Schwer traumatisierte Frauen brauchen meist eine längere Therapie über Jahre hinweg, teilweise in Intervallen, insgesamt mit etwa 300 Stunden; bewilligt werden jedoch 80 bis 100 Stunden. Möglichkeiten, über Gutachten oder über das Opferentschädigungsgesetz mehr Stunden bewilligt zu bekommen, sind sehr selten und benötigen einen erheblichen Mehraufwand. Expertinnen sehen auch Missstände bei der Umsetzung des Opferschädigungsgesetzes, insbesondere im Umgang der Versorgungsämter damit. Sie berichten von Problemen z. B. hinsichtlich der Zahlungen von Psychotherapien, Renten und Klinikaufenthalten, und des unsensiblen Umgangs z.B. bei der Begutachtung der betroffenen Frauen. Dies scheint allerdings sehr vom jeweiligen Versorgungsamt abhängig zu sein.

7.6 Defizite in der psychiatrischen Versorgung

In der stationären und ambulanten Psychiatrie werden die Defizite von Expertinnen dieses Fachbereiches noch wesentlich größer als in der psychotherapeutischen Versorgung eingeschätzt. Die komplementären sozialpsychiatrischen Einrichtungen und Dienste und die stationäre Psychiatrie setzen sich noch zu wenig mit der Problematik von komplexen PTSD, Borderline-Symptomatik, psychotischen und schizophrenen Symptomatiken in der Folge von Gewalt auseinander. Ferner wird Gewalterfahrung von Frauen nicht systematisch in ihrer Bedeutung für Erkrankung, Diagnose, Behandlung und Prognose aufgegriffen. Daher ist eine Reviktimisierung in der Psychiatrie während des Klinikaufenthaltes nicht ausgeschlossen. Gewalt wird, so die Einschätzung einiger Expertinnen, in der stationären Psychiatrie verharmlost. Die zwangsweise stationäre Aufnahme ist schließlich selbst schon eine juristisch erlaubte Zwangsbehandlung, insbesondere in der Aufnahmesituation wird häufig Gewalt ausgeübt (z.B. Fixierung). Darüber hinaus werden Patientinnen nicht systematisch vor gewaltbereiten oder gewalttätigen Patienten geschützt.

Kritisiert wird, dass nur diejenigen Frauen mit PTSD- Symptomatiken, bei denen die Bewusstheit über Gewalterfahrung schon im Vordergrund steht und die kooperationsfähig sind, die speziellen Plätze in Traumastationen in Anspruch nehmen. Andere Frauen, insbesondere mit psychotischen oder schizophrenen Bewältigungsstrategien, oder mit komplexen Borderline-Störungen fallen dort heraus. Die Frauenberatungsstellen wiederum sind meist mit schwereren psychiatrischen Problemen überfordert. Die an vielen Universitäten entstehenden Traumaambulanzen sind ebenfalls auf die Bedürfnisse von Frauen mit sehr frühen und komplexen Traumabiografien und schwereren Störungen nicht eingestellt.

Durch die medizinische Schwerpunktsetzung in der Psychiatrie und Verabreichung von bewusstseinsverändernden und dämpfenden Medikamenten kann eine destruktive Dynamik entstehen, die Patientinnen in der Opferrolle festhält und zu wiederkehrenden Psychiatrisierung führen kann („Drehtür Effekt“).

Strukturell gesehen scheint es selbst der gemeindepsychiatrisch arbeitenden Sozialpsychiatrie meist noch äußerst schwer zu fallen, die Systemgrenzen zu überwinden und mit Frauenberatungsstellen, der Kinder- und Jugendhilfe (ASD) bezüglich der Frauen mit Kindern, oder auch der Suchthilfe bei den häufigen Doppelproblematiken eine Vernetzung herzustellen. Und nicht zuletzt sind die je unterschiedlichen Kostenträger der notwendigen frauenspezifischen Hilfen (nach SGB V, BSHG, AFG bzw. KJHG) noch zu wenig zur Kooperation zu bewegen. Kaum ein PsychKG (Psychisch-Kranken-Gesetz) enthält geschlechtsdifferenzierte und frauengerechte Aussagen, obwohl gender mainstreaming längst zum EU-Recht gehört.

7.7 Defizite in der Suchtkrankenhilfe

ExpertInnen weisen darauf hin, dass dem Zusammenhang von Gewalt und Sucht bei politischen Entscheidungen, aber auch in Forschung, Lehre und Gesundheitsförderung bisher wenig Aufmerksamkeit gezollt wurde. Aufsuchende und nachgehender Arbeit mit suchtkranken oder –belasteten von Gewalt betroffenen Mädchen und Frauen wird zu selten angeboten. Gewaltpräventionsangebote fehlen in Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe, in denen Frauen zudem in der Regel eine Minderheit darstellen. Spezifische Einrichtungen für gewaltbetroffene Frauen und Mädchen und Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe sowie der Jugendhilfe sind ungenügend oder gar nicht vernetzt.

Gewaltprävention wird in der Ausbildung von Fachkräften der Suchtkrankenhilfe zu wenig thematisiert.

Es fehlt nach ExpertInnen-Einschätzung insbesondere an Frühintervention. Die vorhandenen Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe erreichen zu wenig gewaltbetroffene, suchtgefährdete und –kranke Frauen und Mädchen. Alkohol- oder Drogenkonsum ist dabei meist nur ein As-

pekt eines Syndroms, das für die Verarbeitung traumatischer Erfahrungen beschrieben wurde (Verbundprojekt 2001, 542).

7.8 Defizite in der Versorgung von Migrantinnen

ExpertInnen sehen Sprach- und Kommunikationsbarrieren und mangelnde interkulturelle Kompetenzen vieler Behandelnden im Gesundheitswesen als wesentliches Defizit an. In den meisten Regionen werden keine ausreichenden Informationen über spezifische Angebote für Migrantinnen (falls vorhanden) bereitgestellt. Es gibt zu wenig qualifizierte DolmetscherInnen im Gesundheitswesen und muttersprachliche TherapeutInnen. Die Gesetzgebung wie das BSHG und Asylbewerberleistungsgesetz gewähren nicht immer Therapie, auch wenn dies für Migrantinnen dringend erforderlich wäre.

7.9 Defizite in der Versorgung behinderter Frauen

Aus der Praxis der Beratungsstellen gelangen ExpertInnen zur Einschätzung, dass Gewaltauswirkungen bei behinderten Frauen und Mädchen in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle nicht erkannt und wahrgenommen werden. Der Focus von Behandelnden wird fast immer auf die Behinderung an sich gesetzt, auffälliges Verhalten z.B. wird automatisch als Ausdruck der Behinderung gedeutet. Durch Sprachschwierigkeiten und Ängste oder aber durch Anwesenheit von Assistenten oder Täter innerhalb der Familie kann die betroffene Frau die Gewalterfahrung dann nicht selber ansprechen. Behandelnde wenden sich oft an die Begleitperson und nicht an die Frau selber.

Die Tatsache, dass Frauen und Mädchen mit Behinderung von allen Formen von sexualisierter Gewalt betroffen sind, ist bei vielen MitarbeiterInnen in Einrichtungen der Behindertenhilfe noch bei Angehörigen präsent. Die Lebenssituation insbesondere von Frauen und Mädchen mit geistiger Behinderung kann zu der Annahme führen, dass sie, da sie häufig innerhalb der Familie oder in geschützten Einrichtungen leben, auch besonders vor sexualisierter Gewalt geschützt sind.

Da sie aber durch ihre Beeinträchtigung z.T. auf Assistenz angewiesen sind, in stärkerem Maße in Abhängigkeiten leben als Frauen und Mädchen ohne Behinderung, evtl. über eingeschränkte Kommunikationsmöglichkeiten verfügen oder ihnen durch mangelnde Sexualaufklärung keine Begrifflichkeiten für die erlebte Gewalt zur Verfügung stehen, sind sie in besonderem Maß vulnerabel.

ExpertInnen¹² vermissen das Entwickeln von Maßnahmen und Methoden und deren Umsetzung der Rehabilitationseinrichtungen, Kliniken und öffentlichen Gesundheitseinrichtungen zur:

- Verbesserung der Versorgung von Frauen mit Behinderungen nach (sexualisierten) Gewalterfahrungen;
- Ausbildung und Qualifizierung von ÄrztInnen, Schulung von Krankenhauspersonal zu Inhalten wie Behinderung – Frausein – und (sexualisierte) Gewalt;
- Identifizierung von (sexualisierter) Gewalt als Ursache gesundheitlicher Probleme bei Frauen mit Behinderung;
- Differenzierung und zum Transfer zwischen Einschränkungen durch die jeweilige Behinderung und den Folgen von Gewalt;
- Sensibilisierung für besondere Abhängigkeitsstrukturen;

¹² Die Informationen wurden Expertinnengesprächen und dem von dem Netzwerk Frauen und Mädchen mit Behinderungen NRW und der Frauenberatungsstelle Düsseldorf (FB Frauen mit Behinderungen) erarbeiteten Arbeitspapier „Zur allgemeinen Lebenssituation von Frauen mit Behinderungen“ entnommen.

Der Enquête-Kommission liegt ein Angebot einer Expertise zur Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung von gewaltbetroffenen Frauen mit sogenannter geistiger und Mehrfachbehinderung vor, das vom o.g. Netzwerk erarbeitet wurde.

- Entwicklung geeigneter Behandlungssettings;
- Mitsprache im Behandlungsplan;
- Information über Beratungs-, Hilfs- und Schutzmöglichkeiten.

Ein wesentliches Defizit wird in der fehlenden Infrastruktur (Barrierefreiheit) und in der schlechten Beratungsstruktur für behinderte Frauen gesehen.

7.10 Professionelle im Gesundheitswesen – was ist ihre Rolle?

Gewalt gegen Frauen und Mädchen wird inzwischen von internationalen Organisationen als eines der weltgrößten Gesundheitsprobleme eingeschätzt. Immer häufiger finden wir in der Literatur die Frage, inwieweit das Gesundheitswesen zur Lösung beiträgt. Zwei Schaubilder aus Population Reports verdeutlichen die Frage und die zentralen Anforderungen an eine verbesserte Praxis.

Sind wir Teil des Problems?

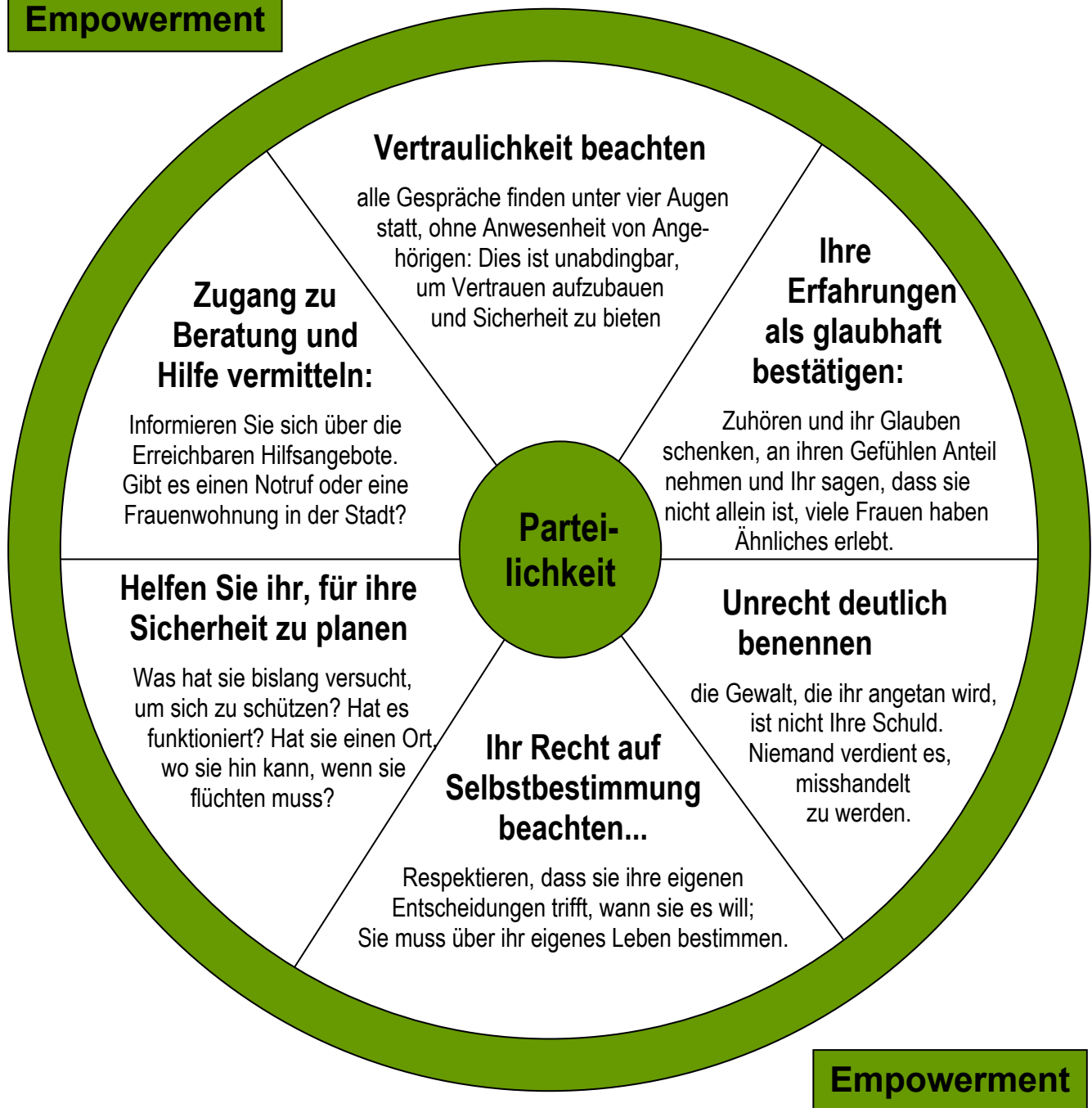
Gefahr steigt



Verstrickung nimmt zu

Oder sind wir Teil der Lösung?

Empowerment



8. Sinnvolle Maßnahmen und Umsetzungsmöglichkeiten

Auf der Grundlage der Interviews mit ExpertInnen und der neueren Fachliteratur stellte das Team dieser Expertise mögliche Verbesserungen und Interventionen zusammen, die auf der Fachtagung mit AkteurInnen des Gesundheitswesens besprochen wurden. Die Vorschläge wurden dort unter dem Leitgedanken der Umsetzbarkeit nach Prioritäten geordnet und mögliche Wege der Implementation erörtert. Nach Auswertung der Fachtagung erschienen uns zum gegenwärtigen Zeitpunkt die im folgenden dargestellten Interventionen sinnvoll und möglich, wobei die Frage nach der Handlungsebene hier noch nicht gestellt wird. Es ging vor allem darum, Ansatzpunkte zu finden, um an den Strukturen etwas zu bewegen, die einer optimalen Versorgung gewaltbetroffener Frauen und Mädchen im Wege stehen.

8.1 Frage nach Gewalt im Rahmen der Anamnese oder im Behandlung-Setting

Bei dieser Intervention werden entweder alle Patientinnen überhaupt oder alle aus einer bestimmten definierten Gruppe routinemäßig danach gefragt, ob sie möglicherweise Gewalt erlebt haben. Das kann z.B. heißen, als Arzt/Ärztin bei der Anamnese zu fragen: "Hat Sie irgend jemand geschlagen oder bedroht, seit dem Sie zuletzt hier waren?" oder "Sind Sie in letzter Zeit sexuell belästigt wurden oder ohne Ihr Einverständnis zu sexuellen Handlungen genötigt wurden?" Dies können auch (im Ausland verbreitet) z.B. Pflegekräfte oder Hebammen übernehmen (vgl. Shepard, Elliot 2002; Walten-Moss, Campbell 2002).

Eine weitere Möglichkeit ist, bei bestimmten Symptomen oder Beschwerden (z.B. bei körperlichen Verletzungen oder Schlafstörungen) zu fragen: "Ich habe festgestellt, dass Beschwerden, wie Sie sie haben, oft durch Schläge bzw. Angst vor Übergriffen im persönlichen Lebensbereich z.B. in der Partnerschaft verursacht sind. Haben Sie vielleicht etwas in dieser Art erlebt?" Die direkte Frage nach Gewalt wird zur Aufdeckung länger zurückliegender Gewalt oder bei Trauma nicht eingesetzt, es gibt aber Kurzfragebögen, die Hinweise auf psychische Störungen mit möglichem Gewalthintergrund geben können. Eine Expertin hat eine solche psychologische Screening für Traumafolgen angeregt.

Erfahrungsberichte und Untersuchungen zeigen, dass viele Frauen nicht von sich aus über erlittene Gewalt reden, wobei Angst und Scham wesentliche Faktoren sind. Sie befürchten nicht ernst genommen zu werden, sie haben Schuldgefühle und es fällt ihnen schwer, Vertrauen aufzubauen. Frauen schweigen häufig oder geben falsche Erklärungen über die Ursache ihrer Verletzung ab. Sie haben Angst, sofort reagieren zu müssen, wenn sie Hilfe suchen, aber auch Angst vor einer Eskalation der Gewalt bei Offenlegung oder im Falle einer Trennung.

Doch Erfahrungsberichte und Studien zeigen auch, dass misshandelte Frauen direkt nach Gewalt gefragt werden wollen. In einer Studie von Rodriguez, Quiroga und Bauer (1996) z.B. sprachen sich drei Viertel der 51 befragten Frauen dafür aus, direkt von den ÄrztInnen nach dem Hintergrund der Verletzungen angesprochen zu werden. Aber nicht jede Frage ist hilfreich. Frauen brauchen einen sensibles Vorgehen der Professionellen und ein Eingehen auf ihre Situation ohne Vorurteile, Verurteilung und Schuldzuweisung. Professionelle müssen auch mit der Frustration umgehen können, dass Frauen sich nicht sofort öffnen. Die Frage kann trotzdem hilfreich sein, denn Frauen registrieren die Gesprächsbereitschaft und das Verständnis für ihre Situation. Umgekehrt kann die fehlende Frage nach den Hintergründen der Verletzung misshandelten Frauen das Gefühl geben, dass Gewalt nicht als wichtig erachtet wird (vgl. ebd.).

Webster, Stratigos und Grimes (2001) befragten in einer quantitativen Studie 1500 Frauen von fünf Krankenhäusern in Queensland (Australien) per Fragebogen nach ihren Erfahrungen mit dem dort durchgeführten routine screening zu häuslicher Gewalt. 98% der 1313 Frauen,

die den Fragebogen ausfüllten hielten es für eine gute Idee, nach häuslicher Gewalt zu fragen, 96% fühlten sich während der Befragung okay und 77% der 30 Frauen, die sich unwohl dabei fühlten, stimmten trotzdem zu, dass es eine gute Idee sei.

Obwohl die Gesundheitsverwaltungen und die wissenschaftlichen Fachgesellschaften in vielen englischsprachigen Ländern sich für die direkte Frage nach Gewalt und damit nach den Ursachen von Gesundheitsproblemen im Rahmen der Anamnese seit längerem aussprechen, ist dies in der Praxis der gesundheitlichen Versorgung noch lange nicht der Regelfall. In einer Befragung von Parsons und Zaccaro (1995) bei 6568 GynäkologInnen, von denen 962 den Fragebogen ausfüllten, wurde festgestellt, dass Ärztinnen eher die Frage nach Gewalt stellten als ihre männlichen Kollegen. Informationsdefizite und mangelnde Fortbildung wurden als größte Barriere identifiziert. Diejenigen, die an Fortbildungen teilgenommen hatten, stellten eher in der Anamnese die Frage nach Gewalt. Schlussfolgernd wurde festgestellt, dass für eine routinemäßige Befragung Fortbildungsangebote und Trainingsmaterial bereitgestellt werden sollte, um die Barrieren zu überwinden (vgl. auch Griffin, Koss 2002; Walton-Moss, Campbell 2002).

Unter hiesigen Expertinnen wird über screening, bzw. eine routinemäßige Frage nach Gewalt kontrovers diskutiert. Einige halten es für eine gute und schnell umsetzbare Möglichkeit (mit entsprechendem Informationen), den Frauen gegenüber eine Offenheit für die Problematik zu signalisieren und den Grund von Verletzungen oder Erkrankungen im Blick zu haben. Andere wiederum meinen, dass es vorangehenden spezifischen Fortbildungen bedarf, um Handlungssicherheit zu erlangen, damit die Befragung keine schädigende Auswirkung für die Frauen hat.

Unter Expertinnen und AkteurInnen der Fachtagung gab es auch verschiedene Einschätzungen dazu, ob Fragen im Rahmen der Anamnese bei allen Patientinnen oder aber nur ein Ansprechen bei Verdacht auf Misshandlung sinnvoll ist. Dabei ist allerdings zu berücksichtigen, dass Frauen, die Opfer häuslicher Gewalt sind, sich oftmals in einer drohenden Gefahrenlage befinden können, ohne dass offensichtliche Verletzungen vorhanden sind. In verschiedenen im Ausland entwickelten Leitlinien wurden schon seit geraumer Zeit sogenannte „red flags“ zu Misshandlung von Frauen und Mädchen aufgezeigt, bei deren Auftreten unbedingt an Gewalt gedacht werden sollte (siehe Kap. 4.3).

Die Auswertung der Fachtagung mit AkteurInnen aus dem Gesundheitswesen ergab die eindeutige Bewertung der reglemäßigen Frage nach Gewalterfahrung als besonders prioritär und dringend im Hinblick auf die Bedürfnisse gewaltbetroffener Frauen; zudem wurde sie als Maßnahme gesehen, die mit „gutem Willen“ schnell umsetzbar wäre. Viele der ExpertInnen erwarten von dieser Maßnahme mittelfristig weitreichende Auswirkungen. Denkbar wäre die schrittweise Einführung mit vorbereitender Sensibilisierung. Über bestehende Strukturen wie z.B. Ärztekammer und Berufsverbände würden Fachartikel veröffentlicht, um breitflächig Interesse an der Problematik zu wecken sowie Grundwissen zum Thema und Handlungsleitlinien für den adäquaten Umgang unter Berücksichtigung der spezifischen Bedürfnisse der Frauen zu verbreiten.

ExpertInnen benennen verschiedene Berufsgruppen, in denen Sensibilisierung und reglemäßiges Fragen nach Gewalt erfolgen sollte:

- niedergelassene Ärzte und Ärztinnen aller Fachrichtungen,
- medizinisch und pflegerisch Tätige in der Psychiatrie,
- PsychotherapeutInnen,
- ärztliches Personal in Krankenhäusern, insb. in der ersten Hilfe,
- Hebammen,
- Pflegekräfte,
- MitarbeiterInnen der psychosozialen Beratungsstellen,
- MitarbeiterInnen der Suchtkrankenhilfe,

Nach Einschätzung von ExpertInnen können Hindernisse zur Erfragung von Gewalt darin bestehen, dass lokale bzw. regionalen Hilfeeinrichtungen, an die betroffene Frauen und Mädchen weitervermittelt werden könnten, nicht bekannt sind und eigene Handlungssicherheit im Umgang mit Betroffenen fehlt. Auch wurde es als schwierig gesehen, ein ruhiges, länger dauerndes Gespräch im Rahmen der alltäglichen Praxis einzufügen, wofür es auch keine entsprechenden Abrechnungsziffern gibt.

Regelmäßiges Fragen bedarf einer Grundhaltung, die mit folgenden Prinzipien umschrieben wird:

- Zu jeder Zeit sollte die Frau mit Respekt und Würde behandelt werden. Notwendig ist nicht wertendes, empathisches, vertrauenserweckendes Zuhören.
- Die Frau sollte in ihrer eigenen Entscheidung und Wahl respektiert und ermutigt werden. Es sollten keine Entscheidungen über ihren Kopf hinweg getroffen werden.
- Vertraulichkeit und Privatsphäre sollten unbedingt respektiert werden und die reale Gefahr für Frauen, die bei Nichteinhaltung der Vertraulichkeit entstehen kann, erkannt werden.
- Angebote von Institutionen und spezifischen Unterstützungseinrichtungen sollten bekannt sein.
- Die Frau sollte nicht in Anwesenheit von Familienangehörigen gefragt werden (evtl. im Beisein einer Vertrauensperson – neutrale DolmetscherIn oder Beraterin) (vgl. Department of Health 2000).

8.2 Qualifiziertes Informationsmaterial bereitstellen und Verbreitung gewährleisten

In der internationalen Literatur findet sich eine Vielzahl von Veröffentlichungen zur Rolle der Professionellen im Gesundheitswesen bei Gewalt gegen Frauen im Hinblick auf angemessene Versorgung, Präventions- und Interventionsmöglichkeiten. Regierungsstellen, Fachgesellschaften, Organisationen und Verbände etc. verbreiten eine schon unüberschaubare Fülle von Informationen, Leitlinien und Manuals, es wurden Interventionsprogramme implementiert und viel Öffentlichkeitsarbeit geleistet (vgl. American Medical Association 1994; Osattin, Short 1998; Department of Health 2000; u.v.m.).

Einige Beispiele seien hier genannt:

So veröffentlichte die American Medical Association 1994 einen Leitfaden zum systematischen Screening für alle Professionen mit dem Focus auf häusliche Gewalt¹³ und implementierte „online education“ zu häuslicher Gewalt.¹⁴ Das britische Department of Health erstellte ein Handbuch „Domestic violence: A Resource manual for Health Care Professionals“. Das National Center for Injury Prevention and Control, Atlanta entwickelte u.a. einen Leitfaden für Fortbildungsmaterial und Programme für die Professionen im Gesundheitswesen (vgl. Osattin, Short 1998). Der Family Violence Prevention Fund, San Francisco, installierte viele Links zu Instrumenten der Gewaltintervention im Gesundheitswesen¹⁵ und veröffentlichte Leitlinien¹⁶. Entwickelte Programme im Gesundheitsbereich sind auch in der Webseite der medizinisch renommierten John Hopkins University, USA, angesiedelt¹⁷.

In Zeitschriften von Fachgesellschaften und Verbänden findet sich eine Vielzahl von fachspezifischen Artikeln zu dieser Thematik und Forschungsergebnisse (vgl. American Journal of Obstetrics and Gynecology, Scandinavian Journal of Public Health, Archives Internal Medicine, Journal of Issues in Nursing, Women's Health Issues, Journal of Consulting and Clinical Psychology). So können sich ÄrztInnen z.B. in Form von Leitlinien über das angemessene Vorgehen bei gewaltbetroffenen Patientinnen informieren, Empfehlungen für die Anam-

¹³ <http://www.ama-assn.org/ama/upload/mm/386/guidelines.pdf>

¹⁴ <http://www.amwa-doc.org/dvcourse.html>

¹⁵ <http://www.endabuse.org/programs/healthcare>

¹⁶ <http://www.fupf.org>

¹⁷ <http://www.jhuccp.org/pr/111edsum.stm>; www.endvaw.org

nese (wie frage ich?), die Diagnostik (woran kann ich Gewalt als Krankheitsursache erkennen?), die Dokumentation (wozu und wie sollte ich alte und neue Verletzungen dokumentieren?) erhalten. Darüber hinaus werden Hinweise auf sensible und respektvolle Behandlungsschritte gegeben, um negative Gefühle gewaltbetroffener Frauen nicht zu verstärken, sowie Empfehlungen für die Beratung und Vermittlung an spezifische Hilfeeinrichtungen. Informationsmaterialien können auch auf typische Verletzungen, Gesundheits- und Verhaltensmerkmale aufmerksam machen, die auf Misshandlung hinweisen. Sollte eine dieser in der internationalen Literatur genannten "red flags" bei einer Patientin auftauchen, sollte sie auf jeden Fall danach gefragt, adäquat behandelt und gegebenenfalls an spezialisierte Fachkräfte weitervermittelt werden (vgl. Heise u.a. 1999; Clifford, Parry 2000)¹⁸.

Einzelne Befragungen in Deutschland (vgl. z.B. Selbsthilfe und Therapiezentrum (i.Gr.) „Dolgener See“ 1999; Mark 2000; Wenzlaff, Goesmann, Heine-Brügerhoff 2001) ergaben, dass viele Behandelnde einen Bedarf an Informationsmaterial sehen. Oft haben sie keine Kenntnis über kommunale und regionale Hilfeangebote, wie z.B. Frauenhäuser, Frauenberatungsstellen, Frauennotruf, Krisennotdienste, psychosozialen Beratungsstellen, Interventionsstellen und anderen Einrichtungen für spezifische Zielgruppen wie z.B. Migrantinnen und behinderte Frauen und Mädchen. Diese Ressourcen zu kennen ist aber Voraussetzung für einen hilfreichen Umgang mit gewaltbetroffenen Frauen (vgl. Department of Health 2000). Auch den Frauen selbst fehlt es oftmals an Informationen über Hilfeeinrichtungen. Diese können durch "Notfallkarten", kurze Informationsbroschüren oder Merkblätter in den Wartezimmern von niedergelassenen Praxen, Krankenhäusern etc. ausgelegt werden, die Notfallkarten vorzugsweise auch in Waschräumen, Toiletten, Umkleidekabinen. Betroffenen Frauen wird so ermöglicht, zum Zeitpunkt ihrer Wahl spezifische Hilfe in Anspruch zu nehmen. Auch ausgehängte Plakate können der Patientin signalisieren, dass Kenntnis und Erfahrung im Umgang mit dem Problem besteht. Dies kann die Frau ermutigen, von sich aus über ihre Situation zu sprechen.

Erste deutsche Anleitungen¹⁹ für niedergelassene ÄrztInnen wurden in unterschiedlichen Bundesländern von interdisziplinären Arbeitsgruppen entwickelt. Es liegen allerdings noch keine Erfahrungswerte vor, inwiefern sie in der gängigen Praxis angewendet werden. Nach Einschätzung von Expertinnen können schon bestehende Strukturen genutzt werden, um gezielt Basisinformationen zu verbreiten und bei den Professionellen Bewusstsein für die Problematik zu wecken. So können qualifizierte Artikel in den Fachzeitschriften der unterschiedlichen Verbände, Fachgesellschaften und Institutionen zunächst eine große Anzahl der Professionellen im Gesundheitswesen erreichen. Sie können über Ausmaß von Gewalt, Bedürfnisse der Frauen, Dynamik der Gewalt und adäquaten Umgang der Behandelnden informieren. Regelmäßige Artikel in der Fachpresse könnten eine Möglichkeit sein, sich ohne großen Zeitaufwand weiter zu informieren. Auf der Fachtagung wurde einen ReferentInnen-Pool gewünscht, um kurzfristig qualifizierte Artikel zu erhalten oder ReferentInnen für Vorträge auf Fachkongressen schnell zugänglich zu machen. Hier können die Koordinierungsstelle NRW und die Bundeskoordination Frauengesundheit eine wichtige Vermittlungsstelle darstellen.

Im Gespräch unter Expertinnen gibt es unterschiedliche Einschätzungen, inwieweit schriftliche Leitlinien ohne gezielte begleitende Schulung wirksam werden, da Unsicherheiten unter

¹⁸ vgl. AMWA Domestic Violence. www.dvcme.org/webtrainer

¹⁹ siehe: www.aekn.de:

Leitfaden und Dokumentationsbogen „Häusliche Gewalt“ für Ärztinnen und Ärzte, sowie Informationsmaterialien erstellt von einer Arbeitsgruppe der Ärztekammer Niedersachsen in Kooperation mit der Psychotherapeutenkammer des Landes, der Medizinischen Hochschule, der AOK und dem Frauenministerium.

www1.ms.sachsen-anhalt.de/frauenimpulse/files/broschuere_hinsehen.pdf

Hinsehen – Leitfaden für die ärztliche Praxis bei häuslicher Gewalt (Sachsen-Anhalt)

Professionellen noch verbreitet sind. Andererseits können gut ausgearbeitete Leitlinien zur Aufklärung, Wissensvermittlung und Handlungssicherheit beitragen. Als maßgeblich wird von Expertinnen erachtet, dass die Grenzen dessen, was ÄrztInnen leisten können und sollten, transparent gemacht und weitere Unterstützungsmöglichkeiten aufgezeigt werden. Frauen erwarten von den Behandelnden keine sozialarbeiterische Tätigkeit, sondern eine sensible respektvolle Untersuchung, ohne dass der Grund der Verletzung verschwiegen wird (vgl. Hamberger 1998).

In Anlehnung an das vom Department of Health (2000) veröffentlichte Handbuch zu häuslicher Gewalt wäre ein Manual zur Rolle der Professionellen mit Trainingsmaterial zum multi-agency approach mit Evaluationsinstrumenten eine wünschenswerte Ressource für hiesige Verhältnisse.

8.3 Verbesserung der psychotherapeutischen Versorgung

Die neuere Diskussion um die psychischen Folgewirkungen sexueller Gewalt hat sich auf besonders tiefe seelische Erschütterungen und auf die Posttraumatische Belastungsstörung konzentriert; damit geht der Bezug zur großen Bandbreite alltäglicher Gewalterfahrungen teilweise verloren. Die heute mögliche Diagnostik ist ferner zu wenig geschlechtsspezifisch differenziert. So wird in den Klassifikationssystemen ICD-10 oder DSM-IV nicht zwischen von (evtl. nahestehenden) Menschen verursachten Traumatisierungen und „schicksalhaften“ Ereignissen unterschieden (vgl. Langkafel 2000).

Trotz gewachsener Qualifikationsmöglichkeiten und geschlechtssensiblen Behandlungskonzepten²⁰ kann von einer breiten bedarfsgerechten therapeutischen Versorgung traumatisierter Frauen und Mädchen nicht die Rede sein. Mehrere Expertinnen weisen mit Nachdruck auf einen Mangel an qualifizierten TraumatherapeutInnen und PsychotherapeutInnen mit Erfahrungen in der Therapie gewaltbetroffener Frauen hin. Besonders fehlen Kompetenzen in der Arbeit mit schwer traumatisierten Frauen. Im ambulanten sowie im stationären Sektor (Traumatherapiestationen) besteht eine strukturelle Unterversorgung, die sich in sehr langen Wartezeiten zeigt.

Hier stellt sich zunächst die Frage nach einer Veränderung der Bedarfsplanungsrichtlinien, da allem Anschein nach der Bedarf bei weitem nicht gedeckt ist. Die zugrunde gelegten Daten müssten hinsichtlich der Verbreitung von Gewaltfolgen überprüft werden. Auch ist der Zwang, einen Anteil der Zulassungsplätze für die jeweilige Berufsgruppe der ÄrztInnen oder der PsychologInnen freizuhalten, auch wenn dadurch Mangel auftritt, kaum zu rechtfertigen.

Weitere Fragen ergeben sich aus der gesetzlichen Regelung des Psychotherapeutenberufs. Die Berufsbezeichnung und damit einhergehend die Abrechnung von Therapien mit den Kassen dürfen seit dem 01.01.1999 nur Ärzte oder Therapeuten mit vorangegangenen Psychologiestudium führen. Ferner wird festgelegt, dass die „Aufarbeitung und Überwindung sozialer Konflikte“ nicht zur Psychotherapie gehört. Dies steht inhaltlich in einem deutlichen Spannungsverhältnis zur internationalen Fachliteratur über die effektivste und hilfreichste Psychotherapie mit gewaltbetroffenen Frauen, denn dort wird einhellig die Bearbeitung der sozialen Bedingungen geschlechtsbezogener Gewalt als unabdingbar angesehen (z.B. Courtois 1988; Herman 1992/1994; Miller 1994; Walker 1994; Classen 1995).

Der Engpass in der Versorgung ist auch deshalb paradox, da Kompetenzen durchaus vorhanden sind, die nicht genutzt werden. Denn in der Bundesrepublik wurden Erkenntnisse über sexuelle und häusliche Gewalt seit Ende der 1970er Jahren größtenteils durch die engagierte Arbeit von Frauenprojekten gewonnen. Trägerinnen dieser Projekte waren häufig Frauen mit einem sozialpädagogischen oder pädagogischen Studium. Viele von ihnen haben

²⁰ Die Fachgruppe Psychotherapie, Psychiatrie und Psychosomatik im AKF^o erarbeitete z.B. „Qualitätskriterien für frauengerechte Psychotherapie“ (siehe hierzu: www.AKF-Info.de)

durch die Arbeit mit betroffenen Frauen erworbene Kompetenz noch erweitert durch eine langjährige psychotherapeutische Zusatzausbildung, können aber aufgrund des „falschen“ Hochschulstudiums seit 1999 dennoch keine Approbation erlangen.

Qualifizierte, psychotherapeutisch ausgebildete Fachfrauen arbeiten auch in Beratungsstellen, denen die zentrale Aufgabe zukommt, gewaltbetroffenen Frauen – oft erstmals in ihrem Leben - ein Gespräch über Gewalterlebnisse zu ermöglichen und ihnen ggf. bei der Loslösung aus einer aktuellen Gewaltsituation zu helfen. Die Zulassung zum Psychotherapeutenberuf erlaubt aber nur eine sehr eingeschränkte Nebentätigkeit in einer Beratungsstelle. Eine Öffnung für die Zulassung therapeutischer Arbeit in spezialisierten Beratungsstellen bei entsprechender Ausbildung könnte sowohl die Zugangsschwelle für Frauen, als auch die Wartezeiten für Therapie senken.

All diese Einschränkungen erklären, warum Expertinnen mit Erfahrung und Engagement auf dem Gebiet der Arbeit mit gewaltbetroffenen Frauen eine problembezogene Lockerung der Zulassungs- und Abrechnungsregelungen fordern. Umstritten war schon bei der Erstellung des Psychotherapeutengesetzes die begrenzte Definition der als wissenschaftlich anerkannt geltenden Verfahren der Psychotherapie.

Derzeit sind Innovationen mit Rücksicht auf Zielgruppen aus einem andere Kulturkreis, für die andere Verfahren besser geeignet sein könnten, behindert. Ähnliches gilt für Fachkräfte, die aufgrund langjähriger Erfahrung in der Arbeit mit gewaltbetroffenen Frauen spezifische Methoden entwickelt haben, die in den gängigen psychotherapeutischen Ausbildungen nicht gelernt werden.

Bei Migrantinnen oder Flüchtlingen sind neben der Qualifikation für Beratung und Therapie traumatisierter Frauen vielfach Kenntnisse der Muttersprache unabdingbar. Dies können am ehesten Fachfrauen mit einem eigenen Migrationshintergrund leisten, wenn sie die Erstsprache und den spezifischen kulturellen Hintergrund kennen. Auch bei ihnen ist ein Hochschulstudium im sozialpädagogischen Bereich eher wahrscheinlich, weil ihnen das gesellschaftliche Umfeld der Probleme, die sie erleben, unmittelbar wichtig ist. So regen ExpertInnen an, kulturelle Kompetenz als Qualifikation für eine Berufserlaubnis oder GKV-Zulassung als PsychotherapeutIn zu werten. Ausgebildete PsychotherapeutInnen mit kultureller Kompetenz könnten im Rahmen von Sonderbedarfszulassungen berücksichtigt werden.

Unter ExpertInnen besteht Konsens, dass sexualisierte Gewalt und deren Folgen sowie traumatologische Grundkenntnisse einen höheren Stellenwert in der Aus- und Fortbildung aller Therapierichtungen eingeräumt werden sollte. Gefordert wird, Grundkenntnisse zur Traumatherapie sowohl in der universitären Grundausbildung als auch in weiterführenden Ausbildungen zu verankern. Es zeigt sich, dass in den letzten Jahren entsprechende Fortbildungen in diesem Bereich stark in Anspruch genommen werden, so dass ein Trend zum Besseren erkennbar ist.

Als Soforthilfe gegen die z.T. mehrjährigen Wartezeiten und die langwierige Suche könnten die Kostenträger ihre für die Versicherten bereitgehaltenen Listen von niedergelassenen PsychotherapeutInnen spezifizieren, zunächst nach Eigenangabe der TherapeutIn, die Traumatherapie anbietet. Unter dem Gesichtspunkt von Qualitätsstandards wäre es denkbar, später hierfür eine Zertifizierung nach Fortbildung anzuvisieren.

8.4 Aufbau von Kooperationsnetzen und Verbundprojekte

Interdisziplinäre Kooperation hat sich auch in der gesundheitlichen Versorgung gewaltbetroffener Frauen als unerlässlich erwiesen. Engagierte Fachkräften unterschiedlicher Professionen haben sich in den letzten Jahren über Modelle im Ausland informiert und eigene Kon-

zepte entwickelt, um eine Betreuung zu gewährleisten, die den medizinischen und psychosozialen Bedürfnissen dieser Frauen gerecht werden können.

Ein fachübergreifendes, inter-institutionelles regionales Kooperationsnetz kann als „Runder Tisch“ in Anlehnung oder Anbindung an ein schon bestehendes kommunales Interventionsprojekt eingerichtet werden (vgl. Department of Health 2000; Kavemann u.a. 2001). Hierfür ist eine gute Koordination unerlässlich und es können mit wenigen Ressourcen fachübergreifend Herangehensweisen und Ansätze für verbindliche Versorgungsstrukturen entwickelt werden. Der „Runde Tisch“ ist eine klassische Form der gemeinsamen Identifizierung von örtlichen Bedarfen und Defiziten und ein sinnvolles Vorgehen zu deren Überwindung abzustimmen.

Viele der von Expertinnen beklagten Mängel in der gegenwärtigen Versorgungssituation können auf diese Weise bearbeitet und behoben werden. Einrichtungen und Personen lernen sich kennen, die jeweiligen Möglichkeiten und Grenzen der anderen verstehen, und lernen von einander; dabei erweitert sich die Palette der eigenen Handlungsmöglichkeit. Ein zentrales Netzwerk hat zudem sehr gute Möglichkeiten, Versorgungslücken in bezug auf benachteiligten und gefährdeten Gruppen zu erkennen und Ansätze zu deren Schließung erarbeiten.

So wäre es z. B. denkbar, dass spezialisierte Fachkräfte in der Arbeit mit spezifischen gefährdeten oder benachteiligten Gruppen (wie z. B. behinderte Frauen, Prostituierte) nach Absprache und gegen angemessener Honorierung auch für andere Institutionen, die diese Spezialkompetenzen nur punktuell benötigen, „abrufbar“ wären. Auch die unsichtbaren Zugangsschwellen, die Hilfe für bestimmte Zielgruppen schwer erreichbar machen, können in einem Kooperationsmodell bearbeitet werden. So könnten z.B. Alkoholberatungsstellen durch Kooperation mit aufsuchender Sozialarbeit (streetwork) Mädchen und junge Frauen ansprechen: eine Zusammenarbeit von Jugendhilfe, Suchthilfe und Mädchen- und Frauenprojekten wäre hilfreich, um Frühinterventionen zu erreichen.

Für die Versorgung von Migrantinnen mit geringen Deutschkenntnissen könnten qualifizierte Sprach- und KulturmittlerInnen in Form eines Sprachmittlerdienstes regional zur Verfügung stehen. Dies würde bedeuten, dass nicht in jeder Hilfeeinrichtung Expertinnen für spezifische Zielgruppen zur Verfügung stehen müssten, sondern bei Bedarf hinzugezogen werden könnten. Ein Kooperationsnetz ermöglicht einerseits das schnelle fallbezogene Einbinden von Fachkräften, Austausch von Expertisen und andererseits ein verbindlicher Aufbau von Versorgungsstrukturen, die allen Institutionen nutzen.

Mit der Vielfalt der hier angesprochenen Bereiche wären allerdings die gängigen kommunalen Kooperationsmodelle überfordert. Das Gesundheitswesen ist kein einheitliches, hierarchisch gegliedertes System wie die Polizei, das von oben nach unten gesteuert wird, sondern besteht aus zahlreichen unabhängigen Akteuren. Es bietet sich daher an, Kooperationsformen zu entwickeln, die auf ein bestimmtes Handlungsfeld oder Gesundheitsbereich zielen.

Für dieses Vorgehen gibt die Zusammenarbeit von Gynäkologinnen und Hebammen, die gegenwärtig an vielen Orten verstärkt erprobt wird, ein exzellentes Beispiel ab. Hebammen bringen zu dieser Kooperation die Vorteile eines vertrauensbildenden Setting, Förderung der Eigenverantwortlichkeit von Frauen und Familienbegleitung durch Hausbesuche und könnten besonders gut in der Lage sein, einerseits akute Gewalterlebnisse oder -gefährdung schwangerer Frauen wahrzunehmen und anzusprechen (vgl. Shepard, Elliot 1999), sowie sexualisiert traumatisierte Frauen während der Schwangerschaft und Geburt umfassend zu begleiten und angstinduzierte Pathologie zu verhindern.²¹ Erfahrungen mit der Kooperation

²¹ vgl. Schönfeld, Cornelia: Sexualisierte Gewalt und Geburtshilfe. Bestandsaufnahme aus frauenärztlicher Sicht.

zwischen Gynäkologinnen und Hebammen in der gemeinsamen Betreuung und wachsamem Begleitung der Schwangeren zeigen, dass z.B. traumatisierten Frauen durch die berufsspezifischen Rollenverteilungen ein hohes Maß an Sicherheit und Stabilität gewährt werden kann. Durch professionelle Kompetenz und psychosozialer Begleitung können Zusammenhänge zwischen sexueller Gewalt und möglicherweise auftretenden gesundheitlichen Problemen frühzeitig erkannt und darüber gesprochen werden. Dies kann den Einsatz von Medikamenten oder eine Krankenhauseinweisung ersetzen.

Dieser neue Ansatz der gemeinsamen Betreuung von Schwangeren mit psychosozialer Begleitung stützt sich auf Konzepte aus dem Ausland und ist medizinisch abgesichert durch Forschungsergebnisse der evidence based medicine (vgl. Schumann in: BMFSFJ 2002). Allerdings trifft, wie in Expertinnengesprächen deutlich wurde, die Einrichtung einer gemeinsamen niedergelassenen Praxis zum Teil auf Widerstände, zumal wenn noch weitere Berufe in die Praxisgemeinschaft einbezogen werden sollen, wie z.B. eine Psychotherapeutin mit Qualifikation in der Traumatherapie.

Die interdisziplinäre Arbeitsgruppe „Sexualisierte Gewalt gegen Frauen und die Auswirkungen auf Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett“, die finanziell und ideell von dem Bund deutscher Hebammen unterstützt wird, regt die Erarbeitung eines curriculum zu dieser Thematik für die Hebammenausbildung, sowie für die Fortbildung von leitenden Hebammen an.²² Langfristiges Ziel ist die Erarbeitung von Leitlinien für die Versorgung von schwangeren Frauen, die von sexualisierter Gewalt betroffen sind.

Ein weiteres Beispiel für eine handlungs- und themenzentrierte Zusammenarbeit ist die Bildung eines Verbunds ambulanter psychiatrischer Versorgung in Kooperation einer Klinik mit niedergelassenen TherapeutInnen; dies ist gerade für das Feld der Gewaltfolgen besonders interessant. Denn die Sichtung der Literatur zu den Folgewirkungen von Gewalt macht überdeutlich, dass psychische Krisen und Ausnahmezustände zur „normalen“ Reaktion auf Gewalt gehören und durchaus situativ und zeitlich begrenzt sein können. Auch ist die stationäre Traumatherapie verstärkt zum Konzept der Intervalltherapie übergegangen, da die Nachwirkungen von Gewalt erst in einem langen Prozess bewältigt oder zumindest unter Kontrolle gebracht werden können. Dieser Verbund kann seine Kooperation und eine verbindliche Versorgungsstruktur aller an der psychiatrischen Versorgung Beteiligter vertraglich vereinbaren: Kliniken, niedergelassene NervenärztInnen und PsychotherapeutInnen, psychiatrische Hilfsvereine mit betreutem Wohnen und ambulante Dienste. So könnten Erfahrungen und Kompetenzen der psychiatrischen, der frauenspezifischen und auch der migrantInnenenspezifischen arbeitenden Dienste im Einzelfall wie auch strukturell einander besser ergänzen. Expertinnen weisen auch auf notwendige Nachbetreuung nach einem stationären Aufenthalt in einer Suchtklinik hin, so dass Frauen zurück in ihrer Lebenswelt in ihren Ressourcen gestärkt werden und das, was sie theoretisch erfahren haben, auch umsetzen können; dies kann auf die stationäre Behandlung verallgemeinert werden und gilt bei der Müttergenesungskur als Qualitätsmaßstab („therapeutische Kette“).

8.5 Qualitätsstandards entwickeln und festlegen

Ein Steuerungsinstrument von zunehmender Bedeutung im Gesundheitswesen ist die Festlegung von Qualitätsstandards und damit einhergehend die Zertifizierung. Mit einer europaweit sich verstärkenden Wettbewerbsstruktur im Dienstleistungsbereich treffen sich ökonomische Interessen der Anbieter mit ihrem fachlichen Anliegen sowie mit ihrem Wunsch nach Zufriedenheit mit der eigenen Arbeit, indem diese den anerkannten Maßstäben entspricht. „Audits“ (regelmäßige auswärtige Überprüfung), ausweisbare Bescheinigungen und auch

www.ag.geburtskanal.de/asgsgw

²² Nähere Informationen können der o.g. Internetadresse entnommen werden.

Auszeichnungen für vorbildhafte Praxis können ein wirksames Mittel sein, dezentral zur Verbesserung der Versorgung zu motivieren.

Es liegen inzwischen in einigen Bundesländern schriftliche Orientierungshilfen für das ärztliche Vorgehen bei häuslicher Gewalt vor, in anderen Bereichen gibt es Vorbilder aus dem Ausland oder Arbeitsvorlagen aus dem Bereich der engagierten Fachvereine; zu prüfen wäre, wie diese einheitlich vereinbart werden könnten. Leitlinien können sich z.B. beziehen auf:

- adäquate Anamnese (mit oder ohne vorherige Verdachtsmomente),
- Diagnostik (Erkennen von Gewaltfolgen und deren Beitrag zur Symptomatik)
- Dokumentation
- indizierte und kontraindizierte Behandlungen
- Umgang mit Schutz und Sicherheitsplanung
- Vermittlung spezifischer Hilfen oder Weiterbehandlung.

Über die Herausgabe von Leitlinien mit Empfehlungscharakter hinaus wurde in ExpertInnengesprächen die Entwicklung und Festlegung von Qualitätsstandards für die Traumatherapie vorgeschlagen.

Auf gesundheitspolitischer Ebene könnten überprüfbare Standards entwickelt werden und "gewaltfreie Einrichtungen" als Qualitätsmerkmal gefördert werden. Für Krankenhäuser und Kliniken liegen als Qualitätsstandards nahe:

- Gewaltschutzprogramm (den Bedürfnissen der Frauen entsprechend)
- frauenspezifische Angebote
- Frauenräume
- barrierefreier Zugang bei Behinderung
- Wahlrecht auf weibliche oder männliche Behandlungsperson
- interdisziplinäre Kooperation

Im In- und Ausland gilt zunehmend, dass die Versorgung auf unterschiedliche Lebensphasen und Lebenslagen ausgerichtet werden muss, um vorhandene Ausgrenzungen, die ein erhöhtes Gewaltisiko mit sich bringen, nicht zu verstärken. Hier sind insbesondere Frauen und Mädchen mit Behinderung zu berücksichtigen. Alle Formen der Behinderung erhöhen die Abhängigkeit von anderen Menschen, in der Familie, in der Assistenz oder dem Personal in Einrichtungen und damit der Verletzbarkeit, erhöhen aber gleichzeitig die Zugangsschwelle zur angemessenen Hilfe. ExpertInnen unterstreichen den Bedarf an ausreichender Behandlungszeit, um die individuelle Lebenssituation zu verstehen und Kommunikationsschwierigkeiten zu überwinden, denn gerade wenn Gewalt eine Rolle spielt, dürfen Fragen nicht an die Begleitperson gerichtet werden. Behindertenspezifische Informationen zu bestehenden Unterstützungs- und Selbsthilfeangeboten sollten bekannt sein.

Bei der Fachtagung wurde eine Unterscheidung herausgearbeitet zwischen allgemeinen Leitlinien, die in ihren Grundsätzen interdisziplinär und gegebenenfalls für alle Berufsgruppen gelten können, die mit gewaltbetroffenen Frauen zu tun haben, und Handlungsanweisungen (z.B. für eine Klinikstation), die sehr viel konkreter sein müssen und die mit den AkteurInnen entwickelt werden sollten, um effektiv zu sein. Hier müssten die allgemeinen Grundsätze für die konkrete Umsetzung ausformuliert werden, wobei z.B. festgelegt wird, wer was dokumentieren soll etc.. Sowohl die Umsetzungen wie auch die Kommunikationsprozesse zur Entwicklung der Handlungsanweisungen sind einrichtungsspezifisch.

Leitlinien können Voraussetzung der Facharztausbildung sein; sie können Voraussetzung für die Zertifizierung von Einrichtungen sein; sie können als Indikatoren in Kontrollsysteme des Qualitätsmanagements Eingang finden. Ob Anreize in der Krankenversicherung zu schaffen sind, wäre noch zu klären. In den ExpertInneninterviews wurde wiederholt vorgeschlagen, neue Abrechnungsziffern einzuführen und an die Voraussetzung einer Fortbildung zu knüpfen, damit ein längeres, umsichtiges Gespräch zur Abklärung eines möglichen Gewalthinter-

grundes in der niedergelassenen Praxis leichter möglich ist. Die Erörterung auf der Fachtagung ergab, dass dies zur Zeit wenig Chancen auf Verwirklichung hätte.

Die Fortbildung für sensiblen Umgang mit Gewalt wäre, so ein Ergebnis aus der Arbeitsgruppe, am leichtesten im Bereich den Vorsorgeuntersuchungen unterzubringen, wobei sowohl an die Krebsvorsorge als auch an die Schwangerenvorsorge zu denken wäre. In der Tat spricht vieles dafür, dass die Aufdeckung und angemessene Berücksichtigung von Gewaltfolgen eine hohe präventive Bedeutung hat, unter anderem im Hinblick auf die im 3. Kapitel dieser Expertise nachgewiesenen längerfristigen, tendenziell chronisch werdenden Folgekrankheiten. Aber auch im Hinblick auf die perinatale Medizin wirkt die Aufmerksamkeit für Gewalt präventiv. So sind Frühgeburten und Geburtskomplikationen wesentlich häufiger bei gewaltbetroffenen Frauen. Es gibt Erfahrungswerte, dass die Frühgeburtlichkeit signifikant zu senken ist, wenn das Gespräch an Stelle der Technik eingesetzt wurde. Als mögliche Akteure für die Bewertung solcher Maßnahmen als Prävention wurden das Bundesgesundheitsministerium, die Krankenkassen und die BVA als Aufsichtsgremium genannt. Es könnte eine Aufgabe des Landtags sein, den Stellenwert der Sensibilisierung von Gewalt in der Krankenhausversorgung höher zu veranschlagen. Die Krankenkassen sind für gezielte Aktionen leicht zu gewinnen, die Problembewusstsein schaffen können.

Bei der Entwicklung von Leitlinien erscheint es daher sinnvoll, auf geeignete Weise sowohl die Expertinnen aus der spezialisierten Arbeit mit gewaltbetroffenen Frauen, als auch die Sichtweisen der relevanten Akteure des Krankenversicherungswesens und der Politik einzubeziehen. Zudem wurde der Vorschlag gemacht, dass Leitlinien von vornherein befristet in ihrer Geltung sein sollten, um dann zu überprüfen, ob und wie sie umgesetzt werden. Denkbar wäre eine Tagung als „Ideenschmiede“ zur Aktualisierung.

Modelle für Qualitätsstandards können schließlich regional entwickelt werden. Es wurde ferner für wichtig gehalten, dass Leitlinien im Vorzimmer auch für Patientinnen aushängen, und dass eine Begleitinformation für Frauen (nicht nur für ÄrztInnen) bereitgestellt wird.

8.6 Ergebnisse und Erfahrung guter Praxis übernehmen

Einige ausgewählte Beispiele frauenzentrierter Praxis sind im Bericht zur gesundheitlichen Situation von Frauen in Deutschland dargestellt (Verbundprojekt 2001)²³. Im Folgenden werden einige weitere Modelle guter Praxis aus dem In- und Ausland dargestellt, die zur Verbesserung der Versorgung gewaltbetroffener Frauen beitragen.

8.6.1 Modelle guter Praxis aus dem Inland

S.I.G.N.A.L.- Interventionsprojekt am Universitätsklinikum Benjamin-Franklin der FU-Berlin²⁴

Das Projekt „S.I.G.N.A.L.-Hilfe für Frauen“ wurde im September 1999 in der Ersten Hilfe des Universitätsklinikum Benjamin-Franklin eingerichtet und soll langfristig auf das gesamte Klinikum ausgeweitet werden. Ziel dieses Projektes ist, dass häusliche Gewalt als mögliche Ursache und Kontext von Verletzungen, Erkrankungen und Beschwerden erkannt und be-

²³ Hier sei insbesondere auf die Klinik für psychotherapeutische und psychosomatische Medizin in Bielefeld mit dem Schwerpunkt Therapie traumatisierter PatientInnen, und die Frauenabteilung der psychosomatischen Klinik in Bad Wildungen, deren therapeutisches Angebot sich u.a. an Frauen mit traumatischen Kindheitserfahrungen, an Frauen mit Essstörungen und an Frauen nach gynäkologischen Erkrankungen und Operationen richtet, hingewiesen.

²⁴ Die Informationen wurden dem noch nicht veröffentlichten Zwischenbericht der wissenschaftlichen Begleitung des Projektes, sowie durchgeführten Interviews entnommen. Vgl. Peters, Marianne; Wieners, Karin; Hellbernd, Hildegard: Darstellung des S.I.G.N.A.L. Interventionsprojektes am Universitätsklinikum Benjamin-Franklin der FU-Berlin. Stand: Februar 2002.

troffene Patientinnen eine adäquate weiterführende Unterstützung angeboten wird. Betroffene Frauen erhalten neben der medizinischen Versorgung Gesprächsangebote, Informationen über Zufluchtsmöglichkeiten und spezifische Hilfeangebote, sowie Unterstützung bei der Kontaktaufnahme und eine umfassende gerichtsverwertbare Dokumentation der Beschwerden und Verletzungen. Pflegerische wie ärztliche MitarbeiterInnen sollen durch spezifische Schulungen befähigt werden, Gewalt als eines der zentralen Gesundheitsrisiken für Frauen in die Anamnese zu integrieren und eine problemadäquate Versorgung einzuleiten. Das Projekt wird für drei Jahre bis März 2003 wissenschaftlich begleitet.

Weitere Ziele des Projektes ist der in- und externe Aufbau von Vernetzungs- und Kooperationsstrukturen, Sicherung einer langfristigen Verankerung des Versorgungsangebotes, sowie Öffentlichkeitsarbeit.

Anlehnend an erprobte US-amerikanische Interventionsprojekte gegen häusliche Gewalt stehen die einzelnen Buchstaben des S.I.G.N.A.L.-Programmes für die zentralen Handlungsschritte und –ziele der Intervention:

S Sprechen Sie die Patientin an, signalisieren Sie ihre Bereitschaft.

I Interview mit konkreten einfachen Fragen. Hören Sie zu, ohne zu urteilen.

G Gründliche Untersuchung alter und neuer Verletzungen.

N Notieren und dokumentieren Sie alle Befunde und Angaben.

A Abklären des aktuellen Schutzbedürfnisses

L Leitfaden mit Notrufnummern und Unterstützungsangeboten anbieten.

Für die Umsetzung des Programms in den Alltag der medizinischen und pflegerischen Versorgung wurde ein Dokumentationsbogen, zielgruppenspezifische Informationsmaterialien für gewaltbetroffene Patientinnen, Strukturen der Zusammenarbeit zwischen unterschiedlichen Abteilungen innerhalb des Klinikums, Fortbildungskonzepte für pflegerische und ärztliche Mitarbeiter/-innen, Kontakte zu spezifischen externen Hilfeeinrichtungen und kontinuierliche Evaluationsschlaufen entwickelt.

Eine wichtige Erkenntnis zeigte sich daran, dass die Pflegekräfte mit 2-tägigen Schulungen erreicht, Ärzte/-innen aber aufgrund von Arbeitsbelastung, fehlender Freistellung für Schulungsteilnahme und der Auslastung mit verpflichtenden Fortbildungen nicht erreicht wurden. Durch die Entwicklung eines kurzen, modularen Fortbildungskonzepts und die Integration in bestehende, abteilungsinterne Weiterbildungsstrukturen konnten auch diese geschult werden. Die Evaluation der Fortbildung zeigt insgesamt ein deutliches Interesse an der Thematik und Bereitschaft zur Intervention.

Zur Ermittlung des Versorgungsbedarfs gewaltbetroffener Frauen erfolgte im Rahmen der wissenschaftlichen Begleitung im Jahr 2002 eine Erhebung unter allen Patientinnen der 1. Hilfe / Notaufnahme des UKBF. Es werden Daten zur Prävalenz häuslicher Gewalt im Versorgungsbereich Ersten Hilfe / Notaufnahme, zu gesundheitlichen Folgen der Gewalt aus Sicht der Patientinnen sowie zur Haltung der Frauen gegenüber einer systematischen Befragung nach Gewalterfahrungen erhoben, die nach Auswertung veröffentlicht werden.

„Anlaufstelle für vergewaltigte Frauen“ (Freiburg)

Das Modell der „Anlaufstelle für vergewaltigte Frauen“²⁵, das räumlich in der Uni-Frauenklinik in Freiburg angesiedelt ist, verfolgt die Konzeption einer „Hilfe rund um die Uhr“ für vergewaltigte Frauen durch ein multiprofessionelles Team. Sie umfasst Krisenintervention und Beratung für das Opfer, medizinische und gerichtsmedizinische Untersuchung durch Ärztinnen, Vermittlung eines Rechtsbeistandes, Begleitung bei der Anzeigerstattung, Sorge

²⁵ Das Modellprojekt wurde in einer vierjährigen Laufzeit (1991-1995) von der Abteilung für Medizinische Soziologie in Freiburg wissenschaftlich begleitet und dokumentiert in: Helfferich, Cornelia u.a. (1997): Anlaufstelle für vergewaltigte Frauen. Abschlußbericht der wissenschaftlichen Begleitung. Band 146. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Stuttgart Berlin Köln.

für sichere Übernachtung, sowie Beratung und Therapie. Die „Hilfe rund um die Uhr“ wird gesichert durch eine Rufbereitschaft niedergelassener Psychologinnen und diensthabender Ärztinnen auf Honorarbasis außerhalb der Öffnungszeiten. Durch die Unterbringung der ansonsten eigenständigen Anlaufstelle in den Räumen der Universitäts-Frauenklinik sind Niedrigschwelligkeit, Bekanntheit und Neutralität des Ortes, sowie Anonymität und Sicherheit für die Frauen gewährleistet (vgl. Helfferich 1997).

Mit dem Angebot der längerfristigen Begleitung in Beratung und Therapie konnten auch Frauen erreicht werden, bei denen die Tat schon länger zurückliegt. Durch die Zusammenarbeit mit den Institutionen wie Polizei, Justiz oder anderen Beratungsstellen, sowie gezielter Öffentlichkeitsarbeit und Entwicklung aktiver Strategien konnte die Situation vergewaltigter Frauen in Freiburg verbessert werden.

Auf die Erfahrungswerte und Ergebnisse der Begleitforschung kann bei der Einrichtung von ähnlichen Hilfeangeboten zurückgegriffen werden.

Krisenstationen

Frauen, die nach Gewalterfahrungen in akute psychische Krisen geraten, können z.B. Symptomatiken entwickeln, die mit einer dauerhaften oder gar endogenen Erkrankung verwechselt werden können, aber eher Begleiterscheinungen von Belastungsstörungen (wie z.B. Panikanfälle, Flash-back, Suizidgefahr) und unbewältigter Gewalterfahrungen sind. Ein stationärer Aufenthalt mit psychiatrischer Diagnosestellung wäre für diese Frauen kontraindiziert, da sie erneut die Erfahrung machen würden, dass von außen über sie entschieden wird. Auf Krisenstationen mit begrenztem Aufenthalt, Schutzräumen und geschlechtsspezifischem Ansatz finden diese Frauen eine Möglichkeit, in der akuten Krise zur Ruhe zu kommen und die weiteren Schritte abzuklären.

Das FrauenTherapieZentrum München e.V. (FTZ)²⁶

Das FTZ München e.V. ist ein gemeinnütziger feministischer Trägerverein von derzeit acht Einrichtungen, die ein frauengerechtes Versorgungsnetz anbieten. Die meisten Dienste liegen im psychiatrischen Bereich, insbesondere auch für Frauen mit Traumatisierungen und Frauen mit Kindern. In den Einrichtungen sind ausschließlich Frauen tätig.

FTZ - Beratung, Therapie, Selbsthilfe für Frauen mit psychosozialen und psychosomatischen Problemen, mit Krebserkrankungen und in Krisensituationen

FTZ - Beratung, Therapie, Selbsthilfe, Krisenintervention für Frauen mit Alkohol- und Medikamentenproblemen, und Essstörungen

FTZ - Beratung, Betreuung, Krisenintervention und Gruppen für Frauen mit Psychiatrieerfahrung

FTZ - Büroservice — Integrationsbetrieb

FTZ - "EigenSinn" — Tagesstätte für psychiatrieerfahrene Frauen

FTZ - Betreutes Einzelwohnen für psychisch kranke Frauen, insbesondere auch für Frauen mit Doppeldiagnosen und Frauen mit Kindern

FTZ- TWGs Therapeutische Wohngruppen für psychiatrieerfahrene traumatisierte Frauen

FTZ - Fortbildung und Supervision

Verschiedene Angebote können im FTZ e.V. einzeln oder vernetzt genutzt werden und lassen sich begleitend kombinieren oder können aufeinander aufgebaut werden. Zum Beispiel kann einer intensiven Einzelberatung die Teilnahme an einer Selbsthilfegruppe folgen oder eine psychiatrieerfahrene Frau kann schrittweise vom unverbindlichen Freizeitangebot über Tagesstrukturierung bis zur beruflichen Reintegration stabilisiert werden.

Der frauenspezifisch emanzipatorische Ansatz des FTZ e.V. besteht

- bezüglich der Rahmenbedingungen im Konzept von Frauenräumen

²⁶ Vgl. FrauenTherapieZentrum München e.V. :Tätigkeitsbericht 2002. [http:// www.FTZ-Muenchen.de](http://www.FTZ-Muenchen.de)

- bezüglich der Werthaltung der Parteilichkeit für Frauen
- im Hinblick auf Konzept in Beratung, Selbsthilfe und Therapie, dem ein frauenzentrierter Ansatz zugrunde liegt
- bezüglich der Bedarfsorientierung und Verbindung von professioneller und Selbsthilfe-Arbeit
- in frauenspezifischen Angeboten für gewaltbetroffene Frauen
- in fachlicher und sozialpolitischer Vertretung als frauenspezifische Einrichtung
- im Aufgreifen von Versorgungslücken und Entwicklung von innovative Angeboten,
- in strukturellen Veränderungen, Kooperationen und Aushandeln von Verträgen mit Kostenträgern

Durch die fachliche Zusammenarbeit zwischen den einzelnen Einrichtungen kann die Reflexion der jeweiligen Praxiserfahrungen ermöglicht werden. Fachübergreifend kann durch die Auswertungen festgestellt werden, inwieweit die einzelnen Angebote bedarfsorientiert sind und welche aktuellen Problemlagen von Frauen in einzelnen Fachbereichen deutlich werden.

Ein wichtiges Ziel für das FTZ e.V. ist es, regional an strukturellen Verbesserungen der sozialen Infrastruktur mitzuwirken, was durch Gremienarbeit, Fortbildung und Öffentlichkeitsarbeit umgesetzt wird. Mitarbeiterinnen des FTZ waren maßgeblich am Aufbau eines gemeindepsychiatrischen Verbundes mit Kooperations- und Versorgungsverpflichtungen, die KlientInnen mit komplexerem Hilfebedarf betreffen, und an frauenspezifischer Qualitätssicherung im Psychiatrie- und Suchtbereich beteiligt.

In den Fachgremien liegt ein Schwerpunkt der Arbeit im Aufbau konzeptueller und praktischer Kooperation der Hilfesysteme sowie der Etablierung frauengerechter Hilfen als Querschnittsaufgabe und der Erstellung von Konzepten für eine Erweiterung des Angebots. Es wurden gemeinsam mit Kolleginnen aus unterschiedlichen Trägern frauenspezifische Qualitätskriterien aus den fachlichen Erfahrungen der Arbeit im FTZ, sowie in der stationären und ambulanten Psychiatrie entwickelt und in Form der Broschüre "Handlungsleitende (-verpflichtende) Kriterien zur frauenspezifischen Qualitätssicherung in der psychiatrischen Versorgung" veröffentlicht.

So regten die formulierten Standards in dieser Broschüre die fachliche Diskussion und die Formulierung von geschlechter- und kultursensiblen Qualitätskriterien an; unter anderem wurde vom Gesundheitsreferat der Landeshauptstadt München ein Qualitätszirkel „Handlungsleitlinien zur Umsetzung von gender mainstreaming in der Suchthilfe und Psychiatriearbeit“ mit einer Projektgruppe der Fachbasis, sowie der Verwaltung der Landeshauptstadt und des Bezirks Oberbayern, eingerichtet, an dessen Konzeptualisierung und Vorgehen Mitarbeiterinnen des FTZ maßgeblich beteiligt sind.

Psychosomatische Schwerpunktpraxis mit interdisziplinärem Unterstützungs- und Kooperationssystem

Als Modell guter Praxis kann eine psychosomatische Schwerpunktpraxis der Frauenheilkunde in Köln angesehen werden.

Das interdisziplinäre Unterstützungs- und Kooperationssystem beruht auf

- einem Qualitätszirkel „frauengerechte Gynäkologie“ (Gynäkologinnen);
- einer Arbeitsgemeinschaft „Gynäkologische Psychosomatik“ (Gynäkologinnen, ärztliche und psychologische Psychotherapeutinnen);
- einem Qualitätszirkel Psychoonkologie (somatisch und psychotherapeutisch arbeitende PsychotherapeutInnen);
- einem Kooperationssteam (Ernährungsberaterin, Physiotherapeutin, Sozialarbeiterin, Psychologinnen, Bewegungstherapeutin, Yogalehrerin, Atemtherapeutin, Hebamme).

In der Arbeitsgemeinschaft „psychosomatische Gynäkologie“ ist ein Schwerpunkt Fallbesprechungen von Frauen mit Gewalterfahrungen (mit entsprechender Schweigepflicht-

entbindung), wobei es um themenzentrierte Supervision, sowie um gemeinsame Betreuung betroffener Patientinnen geht. Für die Behandlung von Frauen mit Gewalterfahrungen wird versucht, einen angemessenen Zeitrahmen und einen flexiblen Untersuchungsrahmen²⁷ (d.h. soviel/sowenig Untersuchung, wie die Frau zulassen möchte) zu schaffen. In der Praxis werden die notwendigen gynäkologischen Untersuchungen nach Vergewaltigung durchgeführt, Gutachten erstellt und die Gynäkologinnen gehen als Gutachterinnen vor Gericht. Es besteht eine Kooperation mit den dortigen spezifischen Hilfeeinrichtungen für gewaltbetroffene Frauen.

Gemeinsam mit einer überregionalen Gruppe psychosomatisch orientierter Frauenarztpraxen wurde in einen Zertifizierungsprozess eingetreten mit den Zielen, die Zufriedenheit der Patientinnen und der Mitarbeiterinnen zu erhöhen, die Behandlungsqualität an Kriterien der Evidenz-basierten Medizin zu messen und auszurichten und Qualitätsstandards für eine psychosomatische Schwerpunktpraxis zu entwickeln.

Qualifizierung von Sprach- und KulturmittlerInnen für MigrantInnen, AsylantInnen und Flüchtlingen

Grundsätzlich ist eine interkulturelle Öffnung und interkulturelle Handlungskompetenzen im gesamten Sozialen und Gesundheitssektor (vgl. David u.a. 2000) notwendig. Bis dieses Ziel erreicht ist, sind spezifische Dienste für die gesundheitliche Versorgung von MigrantInnen, AsylantInnen und Flüchtlingen nötig.

Die Versorgung von MigrantInnen mit geringen Deutschkenntnissen erfordert in der Regel eine Übersetzung. Um einen möglichen Gewalthintergrund abzuklären, kann dies nicht durch Familienangehörige geschehen, vor denen eine Frau über die Gewaltereignisse oft nicht sprechen wird, vielmehr sind neutrale Dolmetscher oder andere Begleitpersonen nötig.

Besser ist die Bereitstellung von Sprach- und KulturmittlerInnen, die in allen Sprachminderheiten und Migrationsgruppen auszubilden wären. Denkbar wäre eine (Nach)Qualifizierung von z.B. ausländischen arbeitslosen AkademikerInnen und Angehörige medizinischer, pflegerischer und pädagogischer Berufsgruppen, sowie die Ausbildung von AsylantInnen und Flüchtlingen. Bestehende Sprach- und Verständigungsprobleme aufgrund der kulturellen Hintergründe in der medizinischen und psychosozialen Versorgung können so überbrückt und Informationen vermittelt werden.

Mögliche Einsatzfelder wären z.B. Arztpraxen, Kliniken, Gesundheitsämter, Pflegebereich, sowie Beratungsstellen und psychotherapeutische Praxen. In Anlehnung an DolmetscherInnen-Pools, die für die Übersetzungen bei Gericht und Polizei eingerichtet wurden, könnte der Aufbau eines Sprachmittlerdienstes für den medizinischen und psychosozialen Bereich erste Maßnahmen zur besseren Versorgung von MigrantInnen, AsylantInnen und Flüchtlingen sein.

Das Modellprojekt „SpuK – Sprache und Kultur: Grundlagen für eine effektive Gesundheitsversorgung“²⁸ hat sich zum Ziel gesetzt, die Gesundheitsversorgung von Asylsuchenden und Flüchtlingen zu verbessern, um so die Beschäftigungschancen für AsylbewerberInnen zu steigern. Ein zentrales Element ist die Ausbildung von AsylbewerberInnen und Flüchtlingen mit vorübergehendem Aufenthaltsrecht zu Sprach- und KulturmittlerInnen, die andere AsylbewerberInnen und die hiesigen Institutionen der sozialen und medizinischen Versorgung

²⁷ vgl. Beckermann, Maria J. (1998): Die gynäkologische Untersuchung und Begleitung sexuell traumatisierter Frauen. In: Bremische Zentralstelle für die Verwirklichung der Gleichberechtigung. Bremen.

²⁸ Hierbei handelt es sich um ein Projekt im Rahmen der EU-Gemeinschaftsinitiative EQUAL (www.equal-de.de), das seit dem 01.07.2002 für drei Jahre gefördert und wissenschaftlich begleitet wird. Siehe auch: www.spuk.info.de.

unterstützen.²⁹ Neben dieser Qualifizierung werden vor allem Modelle für strukturelle Verbesserungen im Versorgungssystem für Flüchtlinge erarbeitet und in der Praxis erprobt. In der Region Osnabrück findet die regionale Umsetzung der Projektideen statt und wird wissenschaftlich unterstützt durch eine Regionalanalyse zur gesundheitlichen Situation von AsylbewerberInnen und Flüchtlingen³⁰.

8.6.2 Modelle guter Praxis aus dem Ausland

Ausgehend von der Erkenntnis, dass gewaltbetroffene Frauen medizinische Hilfe in Anspruch nehmen und die Behandelnden und Pflegenden zu den mitunter einzigen Ansprechpersonen gehören, die professionelle Unterstützung anbieten, wurden in angloamerikanischen Ländern u.a. von pflegerischen Fachgesellschaften Handlungsleitlinien für Pflegende entwickelt (vgl. Griffin, Koss 2002; Walton-Moss, Campbell 2002). Professionelle Organisationen wie z.B. Emergency Nurses' Association, American Colleges of Nursing und American College of Nurse Midwives befürworten die routinemäßige Befragung nach Gewalt durch Pflegende (vgl. Walton-Moss, Campbell 2002). Pflegende sollten auch das Schutzbedürfnis der Frau klären können und sie bei Bedarf an Schutzeinrichtungen weitervermitteln, beim Erstellen eines Sicherheitsplanes helfen, Verletzungen dokumentieren und Informationen vermitteln.

In Deutschland ist die Rolle der Pflegenden bei möglichen Interventionsmaßnahmen noch wenig im Blickfeld. Jedoch ist gerade im Rahmen der Pflegeorganisationsform „Primary nursing“³¹, dessen bestimmendes Kennzeichen ist, dass jeder Patient / jede Patientin eine Pflegende als „Primary Nurse“ zugeordnet bekommt, die von der Aufnahme bis zur Entlassung die Verantwortung für die Pflege und Versorgung trägt, nach Expertinneneinschätzung eine gute Interventionsmöglichkeit bei gewaltbetroffenen Frauen gegeben. Die „Primary Nurse“ ist die Schlüsselperson für die patientenbezogene Kommunikation und Kooperation aller an der Behandlung und Pflege beteiligten Berufsgruppen und hat durch den intensiven Kontakt zur Patientin die Möglichkeit, Gewalterfahrung zu erkennen, anzusprechen und adäquate Behandlung zu veranlassen. In Form von biografischen Gesprächen könnte so z.B. bei chronisch kranken Frauen auch länger zurückliegende Gewalterfahrungen thematisiert werden.

Diese Organisation als „Bezugspflege“ ist aber keineswegs als Voraussetzung für die Sensibilisierung von Pflegenden zur Gewaltproblematik zu sehen, sondern ein Modell, das besonders gut geeignet ist, Interventionsmaßnahmen zu implementieren. Grundsätzlich sollten alle Pflegenden in Aus- und Fortbildung hinsichtlich der Problematik Gewalt gegen Frauen und möglichen Interventionsmaßnahmen geschult werden.

Mögliche Akteure im deutschen Krankenhauswesen wären z.B. das Leitungsteam im Krankenhaus für die Richtungsentscheidung, die Pflegedienstleitung für Entwicklung von Qualitätsstandards und für institutionelle Fortbildungsmaßnahmen zur Umsetzung; für Aus- und Fortbildung der Bundesverband der Pflegeausbildung, sowie Weiterbildungsinstitutionen für Pflegende.

²⁹ Die Qualifizierung von Sprach- und KulturmittlerInnen wird auch im Rahmen eines Modellprojektes der Diakonie Eberfeld in Wuppertal erprobt und evaluiert. Da sich das Projekt in der Anfangsphase befindet, können zur Zeit noch auf keine Erfahrungswerte zurückgegriffen werden.

³⁰ Die wissenschaftliche Begleitung und die Regionalanalyse sind an der Universität Osnabrück (Hagemann-White/Behrens) angesiedelt.

³¹ www.primarynursing.de

Kriseninterventionsprojekt in einem Krankenhaus in Chicago³²

In einem öffentlichen Krankenhaus in Chicago ist ein qualifiziertes, multikulturelles und mehrsprachiges Team von BeraterInnen für die sofortige Krisenintervention bei von häuslicher Gewalt betroffenen Frauen und für die psychosoziale und rechtliche Beratung und Unterstützung zu erreichen. Die Vermittlung von Frauen erfolgt von allen Abteilungen des Krankenhauses. Während der Abend- und Nachtstunden ist ein sozialer Dienst im Krankenhaus zuständig.

Das Team bietet innerhalb des Krankenhauses regelmäßig Fortbildungen für verschiedenen Professionen, Kurse in der Ausbildung von MedizinerInnen an einer Universität an und arbeitet eng mit der Traumastation, der gynäkologischen und psychiatrischen Abteilung des Krankenhauses zusammen, sowie mit dem sozialen Dienst. Allen „NeuanfängerInnen“ in dem Krankenhaus wird das Programm präsentiert und Informationsmaterial vermittelt.

Medical Advocacy Project in Pittsburgh Hospital³³

In der 1. Hilfestation und Notaufnahme eines Krankenhauses in Pittsburgh wird jede Frau im Rahmen der Aufnahme von der zuständigen Krankenschwester nach häuslicher Gewalt gefragt. Frauen, die als Opfer häuslicher Gewalt identifiziert werden, wird der Service der medizinischen Beraterin angeboten. Dies umfasst Krisenintervention, psychosoziale und rechtliche Beratung, Klärung des Schutzbedürfnisses, evtl. Erstellen eines Sicherheitsplanes und Unterstützung nach dem Krankenhausaufenthalt. Die qualifizierte Beraterin ist Mitarbeiterin eines Frauen(schutz)zentrums und nicht eine Angestellte des Krankenhauses, so dass sie keinen Einblick in die Patientinnenakte im Krankenhaus hat. In einem multidisziplinären Team zu „häuslicher Gewalt“ werden regelmäßig Vorgehensweisen und strategische Maßnahmen besprochen.

Interessanterweise hat die große Mehrheit von misshandelten Frauen, die im Rahmen dieses Programms im Krankenhaus Unterstützung erhielten, noch keinen Kontakt zu dem dortigen Frauen(schutz)zentrum gehabt, so dass davon ausgegangen werden kann, dass durch diese Interventionsmaßnahme Frauen in einem früheren Stadium einer Misshandlungsbeziehung erreicht werden und ihnen geholfen werden kann.

Eigenständiges Beratungs-, Soforthilfe-, Schutz- und Fortbildungszentrum innerhalb einer Klinik

Das nationale Zentrum für misshandelte und vergewaltigte Frauen im Akademischen Krankenhaus in Uppsala / Schweden (vgl. Posser, Heimer 1999) mit einem multiprofessionellem Team bietet Frauen innerhalb einer Klinik adäquate Hilfe an: über die medizinische Grundversorgung hinaus Schutz und psychosoziale Unterstützung. Frauen können von anderen Notfallstationen oder nach einem Polizeieinsatz vermittelt werden oder von sich aus das Zentrum aufsuchen.

Innerhalb dieses Zentrums kann die ärztliche Behandlung mit vollständiger Dokumentation der Verletzungen, psychosoziale Unterstützung durch geschultes Personal mit Abklärung des Schutzbedürfnisses betroffener Frauen erfolgen (gegebenenfalls stationäre Aufnahme), sowie begleitende Nachsorge. Notwendig hierfür ist die enge Zusammenarbeit mit den spezifischen Frauenorganisationen, Sozialdiensten und Polizei.

In dem Zentrum in Uppsala wurden gute Erfahrungen mit der Integration eines Aus- und Weiterbildungsprogramms gemacht. Es finden dort Fortbildungen für Professionen im Gesundheitswesen, sowie für MitarbeiterInnen und StudentInnen der sozialen Dienste, Polizei, Justiz etc. statt. Darüber hinaus werden nationale Kurse angeboten, z.B. Nachqualifizierung

³² vgl. Nudelman, Durborow u.a. (1997, 18)

³³ vgl. ebd., 19

für ÄrztInnen und JuristInnen. Die Kurse sind freiwillig und werden von MitarbeiterInnen des Zentrums und auswärtigen Fachkräften durchgeführt und sind hochfrequentiert, was einerseits an dem Bekanntheitsgrad des Zentrums liegen kann, wie auch die durch gezielte Öffentlichkeitsarbeit steigende Tendenz, Gewalt gegen Frauen in Schweden zu thematisieren.

8.6.3 Initiative NRW (Bielefeld)

Im Rahmen der Fachtagung wurden in einer Arbeitsgruppe konkrete Schritte zur Schaffung von Hilfsangeboten erarbeitet. Planungsziel ist die Einrichtung einer **Anlaufstelle für akut von Gewalt betroffene Frauen** (im Aufbau) in Bielefeld.

Verschiedene Aufgabenbereiche wurden formuliert:

1. Medizinische Akutversorgung auch unter forensischen Gesichtspunkten (in einer gynäkologischen Abteilung eines Krankenhauses mit möglicher Zusammenarbeit der psychotherapeutischen Medizin, Schwerpunkt Traumatologie), wobei das Wahlrecht der Klientin für weiblicher Behandlerinnen und Helferinnen und eine „Rund um die Uhr“ Betreuung gewährleistet sind;
2. „Case-management“ zur Klärung der Erfordernisse der akuten Situation wie z.B. Sicherheit, Versorgung und Unterbringung von Kindern, soziale Situation, Klärung des weiteren medizinischen Bedarfs;
3. Beratung und Betreuung, evtl. psychotherapeutische Unterstützung bei akuter post-traumatischer Störung.

Die Aufbauphase der Anlaufstelle wird derzeit auf 3 Jahre geschätzt, danach sollte sie im Regelsystem implementiert sein. Wissenschaftliche Begleitforschung und Evaluation durch bereits mit der Thematik befasste und erfahrene Forscherinnen an Universitäten und Fachhochschulen wird für unabdingbar gehalten und muss finanziell abgesichert sein.

Es sind schon Strukturen zur Planung und Umsetzung für die Anlaufstelle vorhanden, die teilweise auch schon miteinander vernetzt sind. Knotenpunkte für die Planung und die Informationsweiterleitung sind z. B. die Ärztekammer und KV Bielefeld, Kommunale Gesundheitskonferenz, Arbeitskreis Frauen und Gesundheit, Runder Tisch gegen häusliche Gewalt, Pflegekonferenz, Gleichstellungsstelle, Kurhäuser in der Region. In Zusammenarbeit dieser Einrichtungen könnte z. B. zunächst ein entsprechender Wegweiser erstellt werden (mehrsprachig), im weiteren die Anlaufstelle geplant und aufgebaut werden.

Für den Bereich der akuten medizinischen Versorgung wurde ein Arbeitskreis unter Moderation der Bezirksstelle Bielefeld der KVWL initiiert, zunächst mit dem VertreterInnen der ÄKWL, VertreterInnen der Hausärzte, der Gynäkologen, Vertreterin der Klinik für psychotherapeutische und psychosomatische Medizin, sowie den Vertreterinnen einer oder mehrerer gynäkologischer Abteilungen in der Stadt.³⁴

8.7 Aus-, Fort- und Weiterbildung

Prävention und Intervention gegen Gewalt sollten als eine interdisziplinäre Aufgabe begriffen werden, an der alle Berufsgruppen des Gesundheitswesens beteiligt sind. Da jede Frau irgendwann in ihrem Leben eine Einrichtung des Gesundheitswesens aufsucht, sind die dort tätigen Professionellen oft die einzigen, mit denen von Gewalt betroffene Frauen in Kontakt

³⁴ Nach einem ersten Arbeitsgruppengespräch mit der Leiterin der Städtischen Gleichstellungsstelle Bielefeld stellte sich heraus, dass eine Projektanlaufstelle, wie sie von den TeilnehmerInnen der Fachtagung angedacht war, für Bielefeld in dieser Form nicht erforderlich ist, da bereits Versorgungsstrukturen und ein gut funktionierendes Netzwerk vorhanden sind. Geplant ist zunächst eine Fortbildungsveranstaltung zur Information und Sensibilisierung für ÄrztInnen im Mai 2003 und mittelfristig die Einrichtung einer Schnittstelle zwischen psychosozialer, medizinischer und psychotherapeutischer Versorgung.

kommen. Gesundheitseinrichtungen können eine wichtige Schnittstelle zwischen Patientinnen und spezifischen Hilfeinrichtungen sein. Dies ist aber im hohen Maße davon abhängig, dass Gewalttaten als Ursachen von Verletzungen und gesundheitlichen Problemen erkannt wird, was bislang noch nicht in die Praxis allgemein Eingang gefunden hat. In Aus-, Fort- und Weiterbildung sollte daher die Bedeutung der Gesundheitsversorgung für die Intervention und Prävention bei Gewalt verdeutlicht werden und die verschiedenen Professionen für diese Thematik sensibilisiert werden (vgl. Bund-Länder-Arbeitsgruppe „Häusliche Gewalt“ 2002).

In der internationalen Literatur finden sich eine Reihe von Leitlinien für Fort- und Weiterbildung der unterschiedlichen Professionen im Gesundheitswesen (vgl. z.B. Osattin, Lynn 1998; American Medical Women's Association 1999; Department of Health 2000). Die Bund-Länder-Arbeitsgruppe „Häusliche Gewalt“ erarbeitete Standards und Empfehlungen für die Aus- und Fortbildung zum Thema häusliche Gewalt, in denen wichtige inhaltliche und methodische Hinweise, Empfehlungen für Organisation und Rahmenbedingungen, sowie berufsspezifische Aspekte formuliert werden (BMFSFJ 2002)

In den Bundesländern wurden vereinzelt Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen durchgeführt oder sind in Planung, es werden Fortbildungskonzepte erarbeitet und berufsspezifische curricula auch für die Ausbildung entwickelt. Entsprechende Inhalte werden in Niedersachsen im Rahmen des 240-stündigen Theorie-Kurses zur Erlangung des Facharztes für Allgemeinmedizin bereits angeboten³⁵.

Aus der Literatur und den Expertinnengesprächen können folgende Empfehlungen abgeleitet werden:

1. In der Erstausbildung der Medizin und aller Gesundheitsberufe oder in der angeleiteten Praxisphase sollte eine Vermittlung von Basiswissen und Sensibilisierung erfolgen, was z.B. die Prävalenz und Erscheinungsformen von Gewalt, Dynamik der Gewalt, Auswirkungen auf die Gesundheit (auch Grundkenntnisse der PTSD) und die Bedeutung für das künftige berufliche Aufgabenfeld umfasst. Wichtig ist hierbei auch der Abbau von Vorurteilen und „Entmystifizierung“, sowie das Ansprechen der eigenen Ängste.
2. Berufsbegleitende Fort- und Weiterbildungen und Schulungen sollten angeboten, oder aber auch verpflichtend vorgeschrieben werden und zwar für die unterschiedlichen Professionen und Berufe, aber auch in relevanten Einrichtungen, um aktuelles Wissen und praxisbezogene Handlungskompetenz zu vermitteln. Die Fortbildungsformen können berufsspezifisch, interdisziplinär oder auch interinstitutionell, die Inhalte fachspezifisch und/oder fachübergreifend sein.
3. Die Finanzierung der Fortbildung muss gesichert werden und MultiplikatorInnen in ausreichender Anzahl für die Durchführung der Fort- und Ausbildungsangebote geschult werden.

Häufig genannt werden folgende **Berufsgruppen**, deren Sensibilisierung und verbesserte Handlungskompetenz für besonders wichtig gehalten werden:

- Niedergelassene Ärzte und Ärztinnen, insbesondere der Allgemeinmedizin, der Gynäkologie und der inneren Medizin
- Medizinisch und pflegerisch Tätige in der Psychiatrie
- Zahnärzte
- PsychotherapeutInnen
- Hebammen
- Pflegekräfte
- MitarbeiterInnen der psychosozialen Beratungsstellen

³⁵ Informationen können über die Ärztekammer Niedersachsen (www.aekn.de) bezogen werden.

Erprobt wurden auch interne Fortbildungen im Team oder in gesamten **Einrichtungen**:

- Krankenhäuser, dort bestimmte Stationen (z.B. Pädiatrie, Gynäkologie etc.)
- Notaufnahme / Erste Hilfe der Akutkrankenhäuser und Krisenstationen
- Psychiatrische und psychosomatische Kliniken
- Rehabilitationseinrichtungen
- Kinder- und Jugendpsychiatrie
- Ambulante Pflegeeinrichtungen
- Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe
- Psychosoziale Beratungsstellen oder Notrufe (auch Ehrenamtliche z.B. über PTSD)
- Einrichtungen für chronisch Kranke
- Einrichtungen der Opferhilfe
- Gesundheitsämter

In allen Fortbildungskonzepten sollte eine Einheit zur Sensibilisierung für die Situation von Migrantinnen sowie behinderter Frauen und Mädchen integriert werden. Empfohlen wird, die Fortbildungen von einem interdisziplinären Team durchführen zu lassen, wobei eine Traineein aus der jeweiligen Berufsgruppe und eine aus einer Frauenunterstützungseinrichtung kommen sollte.

8.8 PatientInnenrechte stärken

Einige der in Fachkreisen bekannten Bedürfnisse der Betroffenen in bezug auf angemessene Versorgung nach Gewalterfahrungen können – statt primär als Frage der Fortbildung – als Rechte der Patientinnen gefasst und möglicherweise kodifiziert werden (in Anlehnung an die Rights of Patients, die 1994 von der WHO entwickelt wurden), wie dies teilweise im Ausland geschieht.

Zu den Vorschlägen gehört das Recht

- der Wahl, ob die Behandlung durch einen Frau oder Mann erfolgt;
- sich umfassend mitteilen zu können, also auch weibliche Fachkräfte zur Verfügung haben, die sich mit frauenspezifischen Problemen und geschlechtsbezogener Gewalt auskennen;
- auf Unterbringung in einer Frauenstation;
- auf aktiven Schutz vor (sexuellen) Übergriffen innerhalb der Klinik;
- das Recht auf Schutz vor Gefährdung durch einen gewalttätigen Mann während der Therapie und nach der Entlassung;
- das Recht auf Einbeziehung und Selbstbestimmung bei der Wahl der Behandlungsmethode.

Die Maßnahme einer Stärkung der PatientInnenrechte wurde auf der Fachtagung in einer Arbeitsgruppe ausführlich diskutiert. Mehrere TeilnehmerInnen kannten persönlich Fälle, in denen Frauen während eines Klinikaufenthaltes vergewaltigt oder damit bedroht wurden. Es wurde daran erinnert, dass getrennte Frauen- und Männerstationen früher in der Psychiatrie selbstverständlich waren, daher offensichtlich möglich und finanzierbar.

Fachkonsens ist, dass Rechte nicht von bestimmten Diagnosen abhängig gemacht werden dürfen, da die Gefahr der Stigmatisierung besteht und die Offenbarung von Gewalterleben nicht erzwungen werden darf.

Im Rahmen der Fachtagung wurde unterschieden zwischen:

- (individuellem) Wahlrecht, das bedürfnisgerechte Versorgung fördert, wofür es Anreize geben kann (Zertifizierung)
- kollektivem Recht auf qualitativ gute, bedarfsgerechte Versorgung, wozu z. B. die Bereitstellung von Frauengruppen und Frauenschutzräumen

- gehören kann und geschlechtsspezifische Behandlung in der Psychiatrie Grundrechten, die überall gewährleistet werden müssen, z.B. dass vulnerable Frauen und solche, die in längerer Behandlung sind und sich daher nicht selbst schützen können (z. B. wegen Behinderung oder in der Psychiatrie), vor Gewalt während ihres Klinikaufenthalts geschützt sein müssen.

Folgende Umsetzungsstrategien wurden diskutiert:

Die Rentenversicherungsträger als Kostenträger haben durchsetzen können, dass jede Entwöhnungsklinik eine Frauengruppe anbieten muss. Analog könnte im Krankenhausbedarfsplan des Landes vereinbart werden, dass für eine bestimmte Bevölkerungszahl eine Frauenstation vorgehalten werden muss. Bezugspunkte wären die Grundrechte (Schutz vor Gewalt) und die Qualitätssicherung (Schutz vor Re-traumatisierung). Bei der gegenwärtig voranschreitenden Verbundbildung der Kliniken ist dies auch umsetzbar. Ein Bundesland oder die Bundesregierung könnten Vorgaben setzen, auch die Länderkonferenz der Gesundheitsministerien könnte eine Vereinbarung über die Gewährleistung von Frauenstationen vorbereiten. Vorrang hätte eine solche Regelung für die Psychiatrie und Psychosomatik, weil dort zwangsweise ein langer Verbleib in Behandlung und wenige oder keine Wahloptionen vorhanden sind.

Das individuelle Wahlrecht hingegen verweist zunächst auf die bedürfnisgerechte Versorgung. Die aktuelle Unterversorgung mit Psychotherapie, insbesondere bei Traumatherapie, und die damit verbundenen langen Wartezeiten machen jedoch die Ausübung einer individuellen Wahl schwierig. Immerhin könnten die Kostenträger ihre Listen von niedergelassenen Psychotherapeutinnen, die sie auf Patientennachfrage hin ausgeben, spezifizieren, welche von ihnen Traumatherapie anbietet. Darüber hinaus impliziert das Wahlrecht, dass im Rahmen des Möglichen eine Differenzierung der Versorgung nach Lebenslage, kulturell sensible Konzepte u.a.m. bereitgehalten werden müssen.

Kollektive Rechte können durch organisierte Vertretung von PatientInneninteressen etwa über Verfahrens- und Beratungsbeteiligung realisiert werden. Diese Entwicklung der Mitwirkungsrechte wird vermutlich auch politisch, z.B. über die kommunalen Gesundheitskonferenzen gestärkt werden. In diesem Sinne könnten „PatientInnenenschutzbeauftragte“ vom Rat der Stadt benannt werden.

Im Koalitionsvertrag der jetzigen Regierung ist eine Charta der PatientInnenrechte vereinbart; bislang wurden nur individuelle Rechte einbezogen. Fragen der geschlechtsspezifischen Behandlungskonzepte und der ausreichenden Versorgung im Hinblick auf Gewaltfolgen kommen demzufolge noch nicht vor. ExpertInnen auf der Fachtagung sahen einen Bedarf nach Weiterentwicklung dieses Konzepts.

Fazit:

Das fundamentale Recht auf kompetente und umfassende Versorgung zur Prävention und Heilung von gesundheitlichen Folgen von Gewalt müsste in seine Bestandteile zerlegt und an verschiedene Adressaten gerichtet werden. Einzelne Rechte sollten in Kooperation verschiedener Berufs- und Personengruppen konkretisiert und in ihrer Umsetzung begleitet werden. Sie müssen im Rahmen einer gezielten Öffentlichkeitsarbeit an relevante Praxisbereiche in der Gesundheitsversorgung vermittelt und dort als Standards etabliert werden. Notwendig ist weiterhin, dass PatientInnen diese Rechte möglichst im Vorfeld von Behandlungen zugänglich gemacht und vermittelt werden (vgl. Schröttle 2001).

Zusammenfassung

8. Sinnvolle Maßnahmen und Umsetzungsmöglichkeiten

- 8.1 Frage nach Gewalt im Rahmen der Anamnese oder im Behandlungs-Setting
- 8.2 Qualifiziertes Informationsmaterial bereitstellen und Verbreitung gewährleisten
- 8.3 Verbesserung der psychotherapeutischen Versorgung
- 8.4 Aufbau von Kooperationsnetzen und Verbundprojekte
- 8.5 Qualitätsstandards entwickeln und festlegen
- 8.6 Ergebnisse und Erfahrungen guter Praxis übernehmen
 - 8.6.1 Modelle guter Praxis aus dem Inland
 - 8.6.2 Modelle guter Praxis aus dem Ausland
 - 8.6.3 Initiative in NRW
- 8.7 Aus-, Fort- und Weiterbildung
- 8.8 PatientInnenrechte stärken

9. Empfehlungen für Nordrhein-Westfalen

Die folgenden Empfehlungen richten sich auf Möglichkeiten des politischen Handelns auf Landesebene oder der politischen Initiative in Kooperation mit anderen Akteuren. Daher sei vorab betont, dass wichtige, oft sogar entscheidende Veränderungen aus der Eigeninitiative der Zivilgesellschaft heraus erwachsen. Selbsthilfegruppen, Projektinitiativen, engagierte Professionelle in allen Bereichen des Gesundheitswesens und der sozialen Arbeit sowie mutige betroffene Frauen, die ihre Geschichte öffentlich machen, sind die Quelle, aus denen der heutige Erkenntnisstand über gute Versorgungspraxis, aber auch die künftigen Anstöße und Modelle hervorgehen. Landtag und Landesregierung können ihrer Verantwortung am besten gerecht werden, wenn sie für solche Impulse und für die aus innovativer Praxis hervorgehende Expertise offen bleiben, diese Praxisansätze wertschätzen und eine Atmosphäre, einen gesellschafts- und finanzpolitischen Raum pflegen, in dem solcher Art Initiative gedeiht.

Bei manchen Empfehlungen wäre eine Abstimmung mit anderen Bundesländern offenkundig sinnvoll, sie ist jedoch für alle hier unterbreiteten Vorschläge nicht Voraussetzung. Es ist eine Frage der praktischen Politik, inwiefern ein Bundesland alleine nach vorne prescht und wann ein koordiniertes Vorgehen vorzuziehen ist.

Die Empfehlungen können sich auf detaillierte Beschlüsse berufen, die am 30. April 2002 vom Europarat durch den Rat der Außenminister aller Mitgliedsländer verabschiedet wur-

den³⁶. Ihre Umsetzung ist zwar nicht rechtlich bindend, wohl aber politisch eine ernst zu nehmende Verpflichtung.

Vorschlag 1:

Es wird geeignetes Informationsmaterial gesammelt, ggf. an den lokalen Bedarf angepasst oder neu erstellt, das in geeigneter Aufbereitung bekannt und zugänglich gemacht wird, um Professionelle aller Berufsgruppen im Gesundheitssystem

- über das Gewaltproblem, über ihre professionelle Verantwortung und über ihre konkreten Handlungsmöglichkeiten aufzuklären;
- zu befähigen, gravierende Fehler zu vermeiden;
- in die Lage zu versetzen, gewaltbetroffene Frauen über Rechte und Hilfsquellen zu informieren bzw. sie weiterzuvermitteln;
- ein erstes Verständnis für Ursachen und Wirkungen zu schaffen, z. B. Warnzeichen für Gewalt wahrzunehmen.

Die Aufbereitung und Dissemination des Informationsmaterials wird das notwendige Minimum an Wissen im Gesundheitssystem breit streuen.

Vorschlag 2:

Das Land unternimmt Schritte, regionale und kommunale „runde Tische“, Arbeitskreise oder kooperative Verbundbildung zu fördern.

Solche Kooperationsansätze können z. B. mit einem bestehenden oder entstehenden „Interventionsprojekt gegen häusliche Gewalt“ verbunden sein, sollten aber unbedingt das weitere Feld sexuelle Gewalt mit einbeziehen. Möglich ist auch eine Anlehnung an die kommunale Gesundheitskonferenz als Schwerpunktthema oder ein eigenständiger Arbeitskreis. Die wissenschaftliche Begleitung der deutschen Interventionsprojekte seit 1998 stellt Erfahrungswerte und Leitlinien für diese Formen von Art Kooperation zur Verfügung.

Die Landesregierung kann die Kooperationsentwicklung wirksam fördern, indem in begrenztem Umfang Fördermittel für Modellansätze ausgeschrieben werden. Voraussetzung könnte sein, dass interessierte Träger eigene Ressourcen einbringen und ein Konzept vorlegen, wie sie mit Hilfe zusätzlicher, zeitlich begrenzter Mittel für die Koordination einer nachhaltigen Verbundbildung sorgen werden. Ein derartiges Ressourcenangebot wird der Erkenntnis gerecht, dass eine unabhängige Koordination für den Erfolg Institutionen übergreifender Zusammenarbeit wesentlich ist. Es hat aber zugleich eine enorm motivierende Anstoßwirkung landesweit, da mit Kooperation begonnen werden muss, um sich bewerben zu können.

Vorschlag 3:

Das Land Nordrhein-Westfalen legt fest (z. B. per Gesetz oder Erlass), dass jede Klinik und jedes Krankenhaus ein **Gewaltschutzkonzept** entwickeln muss und für die Umsetzung eine fachlich qualifizierte Koordinatorin benennt, die zugleich als Ansprechperson für Patientinnen da ist.

Ein solches Programm „Gewaltschutz im Krankenhaus“ nimmt Bezug auf Grundrechte (so muss eine gewaltbetroffene Frau während der Behandlung vor Nachstellungen, Bedrohungen oder erneuter Gewalt bzw. Retraumatisierung sicher sein), es ist zudem im Rahmen notwendiger Qualitätssicherung anzusiedeln. Das Land kann Maßstäbe dafür vorgeben, wann etwas als „Gewaltschutzkonzept“ gelten kann. So könnte z. B. verlangt werden, dass

³⁶ Vgl.: Council of Europe: „Recommendation Rec(2002)5 of the Committee of Ministers to member states on the protection of women against violence“ (30. April 2002)

ein Krankenhaus die Dokumentation von Misshandlungsverletzungen regeln muss oder dass bei begründetem Verdacht auf Misshandlung vor der Entlassung Fragen der persönlichen Sicherheit vertraulich mit der Frau besprochen werden. Hierfür gibt es viele ausländische Beispiele.

Die Koordinatorin oder Gewaltschutzbeauftragte soll eine in diesem Bereich besonders qualifizierte bzw. fortgebildete Fachkraft sein, entweder aus der Medizin oder aus der Pflege, die bei Verdacht auf akute Gewaltproblematik zur Konsultation herangezogen werden kann, die aber auch von Patientinnen aufgesucht oder angesprochen werden kann. Ferner hält sie Verbindung zu spezialisierten Fachkräften und Stellen, um die weitere psychosoziale Betreuung oder auch z. B. eine Traumatherapie nach der Klinikentlassung sicherzustellen. Sie koordiniert auch die Weiterentwicklung des Konzepts und begleitet die Umsetzung durch Aufklärung, evtl. Organisation von Fortbildung usw.. Als Expertin für die diagnostische und behandelnde Berücksichtigung von Gewaltfolgen ist sie nicht mit der Frauenbeauftragten zu verwechseln; die Zusammenlegung der beiden Aufträge sollte ausgeschlossen sein. Internationale Erfahrungen legen nahe, diese Person evtl. bei der Pflegedienstleitung anzubinden.

Vorschlag 4:

Wünschenswerte Verbesserungen in dem Versorgungsangebot der Krankenhäuser für gewaltbetroffene Frauen und Mädchen könnten auf dem Wege des Wettbewerbs um ein attraktives Leistungsprofil angestoßen werden. Entsprechende Qualitätsstandards könnten auch auf dem Weg von **Zertifizierung** und **Audits** nachgewiesen und auch Auszeichnungen verliehen werden. Hier sind Gespräche zwischen Krankenkassen, Verbänden, Ärztekammer, erfahrenen Expertinnen aus der Frauenberatung und anderen sinnvoll, um deutlich zu benennen, was für die Betroffenen gut ist und daher generell - ohne dass sich die einzelne Frau vorab als „Opfer“ ausweisen muss - zur Wahl stehen sollte. Dazu gehören z. B. die Wahl, von Fachkräften des eigenen Geschlechts behandelt werden zu können (von der Ärztin zur Physiotherapeutin), die Option, auf einer Frauenstation untergebracht zu werden, das Angebot von Gesprächsgruppen zum Themenkreis sexuelle Gewalt (evtl. besonders bei chronisch Kranken oder in der Rehabilitation) oder schließlich die Möglichkeit einer ausgewiesenen Traumatherapie. Ein Krankenhaus könnte ferner dadurch sich auszeichnen, dass es in Anlehnung an das Modellprojekt S.I.G.N.A.L das ärztliche und pflegerische Personal für die Wahrnehmung und den adäquaten Umgang mit häuslicher Gewalt geschult hat und freiwillig Qualitätsstandards für Dokumentation, Diagnose und Behandlung von Gewaltfolgen festlegt. Ein anderes, besonders auszuweisendes Profil wäre der Aufbau eines Verbundsystems von ambulanter und stationärer Behandlung, welches z. B. die Einbeziehung muttersprachlicher Sozialarbeiterinnen oder Therapeutinnen bei Bedarf garantiert.

Vorschlag 5:

Für die Psychiatrie und die forensische Medizin gilt das Prinzip der Gebietsversorgung, hier ist das Wahlverhalten der Patientinnen kein dynamischer Faktor für die Verbesserung. Das Land kann jedoch Auflagen erlassen, um bestimmte Standards zu sichern.

In der forensischen Medizin wären es Maßstäbe für eine rücksichtsvolle und sorgfältige Spurensicherung in jedem Fall einer Vergewaltigung, unabhängig von der erst später zu fällenden Entscheidung über eine Anzeige, sowie der mögliche Aufenthalt in einem geschützten Raum mit psychologischer Betreuung, evtl. auch als Krisenunterkunft. In der Psychiatrie muss traumatisierten Frauen die Unterbringung in einer Frauenstation garantiert werden. Angesichts des hohen Anteils an Gewalt in der Vorgeschichte psychiatrischer Patientinnen (und auch Patienten) muss entsprechende Fort- und Weiterbildung für alle dort ärztlich oder pflegerisch Tätigen verlangt werden. Hierfür sollten die zuständigen wissenschaftlichen Fachgesellschaften Leitlinien erarbeiten und herausgeben; in Ermangelung solcher bundesweiten Leitlinien könnten ausländische Vorbilder herangezogen werden.

Vorschlag 6:

Nach Gesprächen mit verschiedenen Akteuren im Gesundheitswesen auf Landesebene wird eine interdisziplinäre Arbeitsgruppe ins Leben gerufen, welche die bisher als Entwurf vorliegenden Modelle für flächendeckendes „Gewalt-Screening“ prüft und Empfehlungen erarbeitet. Das Land könnte die Initiative ergreifen, damit solche Modelle bundesweit vereinbart werden. Mindestens wird ein Dokumentationsbogen für Verletzungen nach Gewaltvorfällen herausgegeben; anzustreben ist, dass dieser Bogen bundesweit einheitlich ist. Die Ergebnisse der Arbeitsgruppe werden breit und professionell disseminiert. Ferner sammelt die Arbeitsgruppe Leitlinien für niedergelassene Praxen der Medizin sowie der Psychotherapie, für die häusliche Pflege, für Hebammen, für Zahnmedizin usw. und stellt diese zur Verfügung. Die Erstellung von Leitfäden, die der Wahrnehmung und dem Ernstnehmen von geschlechtsbezogener Gewalt dienen, wird durch Anregung und Kooperation vorangetrieben wo geeignete Vorlagen fehlen.

Vorschlag 7:

Das Land gibt eine Studie in Auftrag über die Versorgung mit Psychotherapeutinnen, die in der therapeutischen Arbeit im Bereich der Gewaltauswirkungen und insbesondere in der Traumatherapie qualifiziert sind. Grundlage kann zunächst die Selbstauskunft der praktizierenden Therapeutinnen sein. Stellt sich, wie zu vermuten ist, eine gravierende Unterversorgung heraus, ergreift das Land in Kooperation mit der Psychotherapeutenkammer des Landes Maßnahmen zur raschen Abhilfe.

Vorschlag 8:

Das Land fördert ein Programm der sogenannten „Train-the-Trainers“-Seminare. In diesen Seminaren werden Fachkräfte, die solide Kenntnisse und Erfahrung in der Arbeit mit gewaltbetroffenen Frauen und Mädchen haben, spezifisch fortgebildet, damit sie wiederum in der Fort- und Weiterbildung von Professionellen im Gesundheitswesen erfolgreich tätig werden können. An der Gestaltung dieses Programms sollten die Landesärztekammer und andere professionelle Organisationen beteiligt sein. So würden Hand in Hand einerseits die Anreize zur Weiterbildung und deren Anerkennung gesichert, andererseits das notwendige Fortbildungspersonal qualifiziert, um dem erheblichen Weiterbildungsbedarf gerecht werden zu können. Bei dieser Maßnahme können die wissenschaftlich begleiteten Erfahrungen der Berliner Train-the-Trainers-Seminare berücksichtigt werden, die dort im Hinblick auf die Zielgruppe Polizei durchgeführt wurden.

Vorschlag 9:

Die Enquetekommission richtet eine öffentlich wirksame Tagung aus, um über die Bedeutung von geschlechtsbezogener Gewalt und die notwendigen Konsequenzen für die Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung breit aufzuklären. Bei dieser Gelegenheit bekennt sich das Land zur flächendeckenden Versorgung mit Frauen- und Mädchenhäusern, Notruf- und Beratungsstellen und besonderen Hilfeeinrichtungen für spezifische Zielgruppen (z. B. Frauen mit Behinderungen, Migrantinnen etc.) unter Hinweis auf die ethische Verpflichtung für alle ÄrztInnen, bei Anzeichen von akuter Gewalt und Bedrohung auf geeignete und kompetente Schutz- und Beratungseinrichtungen hinzuweisen. Ein wichtiges Ziel einer solchen Öffentlichkeitsveranstaltung wird es sein, den beträchtlichen Schatz an Wissen und Erfahrung aus den spezialisierten Projekten hervorzuheben und als wertvolle Ressource für die Weiterentwicklung und Verbesserung des Gesundheitswesens sichtbar zu machen. Ein weiteres Ziel der Veranstaltung kann es sein, den Zusammenhang von Intervention und Prävention deutlich hervorzuheben und damit ein Bewusstsein dafür zu schaffen, dass Sensibilität

und professionelles Wissen für das adäquate Eingehen auf Gewalt eine große Bedeutung auch für die Gesundheitsökonomie hat.

Vorschlag 10:

Das Land unternimmt einen Vorstoß, die aus den Erkenntnissen über die Folgen von Gewalt hervorgehenden Erfordernisse guter Versorgung in die Diskussion um PatientInnenrechte einzubeziehen. Das Recht auf Berücksichtigung von Gewalt, das Recht auf Schutz vor Gewalt und das Recht auf eine geschlechtssensible Versorgung können und sollen in diesem Kontext deutlich herausgearbeitet werden.

Zusammenfassung der Empfehlungen:

1. Informationsmaterial erstellen und disseminieren
2. Kooperationsmodelle nach dem Beispiel der Interventionsprojekte fördern
3. Programm „Gewaltschutz im Krankenhaus“ einführen
4. Krankenhäuser zur Entwicklung von Leistungsprofilen motivieren
5. verbindliche Standards für Psychiatrie und forensische Medizin erlassen
6. interdisziplinäre Arbeitsgruppen für Standards in der Gewaltanamnese
Einrichten
7. Versorgung mit spezifisch qualifizierter Psychotherapie erheben
8. Qualifizierung von Fortbildungsfachkräften für das Gesundheitswesen
9. Öffentlichkeit und Selbstverpflichtung des Landes
10. Vorstoß zur Weiterentwicklung der Patientenrechte

Literaturverzeichnis

Abercrombie, Priscilla; Bronstone, Amy; Caspers, Nona; Gerbert, Barbara; Love, Candace (1999): How health care providers help battered women. In: The Survivor's Perspective - Women & Health, Vol. 29, H., S. 115-135.

Amann, Gabriele; Wipplinger, Rudolf (Hg.) (1998): Sexueller Mißbrauch. Überblick zu Forschung, Beratung und Therapie. Ein Handbuch. Tübingen (2. Aufl.).

American Medical Association (AMA) (1994): Preventing domestic violence: Clinical guidelines on Routine Screening.

www.ama-assn.org/ama/upload/mm/386/guidelines.pdf

American Medical Women's Association (1999): Domestic Violence online education course.

www.amwa-doc.org.dvcourse.htm

Arbeitskreis Frauengesundheit in Medizin, Psychotherapie und Gesellschaft e.V. (AKF®) (Hg.) (1997): Weg aus Ohnmacht und Gewalt. Frauengesundheit zwischen Menschenrechten und Grenzverletzung. Dokumentation der 3. Jahrestagung des Arbeitskreises Frauengesundheit in Medizin, Psychotherapie und Gesellschaft e.V. (AKF®) 9. und 10. November 1996 in Bad Pyrmont. Bünde.

Arbeitskreis Frauen und Psychiatrie. Frauentherapiezentrum (2001): Handlungseitende (-verpflichtende) Kriterien zur frauenspezifischen Qualitätssicherung in der psychiatrischen Versorgung. München

Bachman, Ronet (2000): A comparison of annual incidence rates and contextual characteristics of intimate-partner violence against women from the National Crime Victimization Survey (SCVS) and the National Violence Against Women Survey (NVAWS). In: Violence Against Women, 6. Jg., H. 8, S. 839-867.

Bange, Dirk; Deegener, Günther (1996): Sexueller Mißbrauch an Kindern. Ausmaß, Hintergründe, Folgen. Weinheim.

Barzvi, Alexandra; Bohner, Gerd; Raymond, Paula; Schwarz, Norbert; Weisbrod, Christina; (1992): Saliency of rape affects self-esteem: The moderating role of gender and rape myth acceptance. In: European Journal of Personality, Vol. 23, S. 561-579.

Baurmann, Michael C. (1985): Sexualität, Gewalt und die Folgen für das Opfer. Zusammengefaßte Ergebnisse aus einer Längsschnittuntersuchung bei Opfern von angezeigten Sexualkontakten (Berichte des Kriminalistischen Instituts). Wiesbaden (4. Aufl.).

Becker, Judith V.; Skinner, Linda J.; Abel, Gene G.; Axelrod, Roz und Cichon, Joan (1984): Sexual problems of sexual assault survivors. In: Women & Health, Vol 9, H.4, S. 5-20.

Beckermann, Maria; Perl, Friederike (Hg.) (2003): Frauenheilkunde und Geburtshilfe in zwei Bänden. Integration von Evidence Based Medicine in einer frauenzentrierten Gynäkologie. Schwabe.

Benard, Cheryl; Schlaffer, Edith; Mühlbach, Britta; Sapik, Gabriele (1991): Gewalt in der Familie: Teil I: Gewalt gegen Frauen. Wien (BMfUJF).

Bergdoll, Karin; Namgalies-Treichler, Christel (1987): Frauenhaus im ländlichen Raum (Schriftenreihe des BMfJFFG 198). Stuttgart.

- Bergman, B.; Brismar, B. (1991): Suicide attempts by battered wives. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 83, S. 380-384.
- Bergman, B.; Ericsson, E. (1996): Family violence among psychiatric in-patients as measured by the Conflict Tactics Scale (CTS). In: *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 94, S. 168-174.
- Berliner, Lucy (1990): Domestic violence: a humanistic or feminist issue? In: *Journal of Interpersonal Violence*, 5. Jg., H. 1, S. 128.
- Bischof, Gallus; John, Ulrich (2002): Suchtmittelabhängigkeit bei Männern und Frauen. In: Hurrelmann, Klaus; Kolip, Petra (Hg.): *Geschlecht, Gesundheit und Krankheit. Männer und Frauen im Vergleich*. Bern, S. 342-358.
- Bograd, Michele (1999): Strengthening domestic violence theories: intersections of race, class, sexual orientation, and gender. In: *Journal of Marital and Family Therapy*, 25. Jg., H. 3, S. 275-289.
- Bowker, Lee H.; Maurer, Lorie (1987): The medical treatment of battered wives. In: *Women & Health*, 12. Jg., H. 1, S. 25-45.
- Brähler, Elmar; Felder, Hildegard (Hg.) (1992): *Weiblichkeit, Männlichkeit und Gesundheit*. Opladen.
- Bremische Zentralstelle für die Verwirklichung der Gleichberechtigung der Frau (Hg.) (1998): *Sexuelle Gewalt. Ursachen für spezifische körperliche Beschwerden von Frauen und Mädchen. Dokumentation einer Fortbildung für Gynäkologinnen/ Gynäkologen im Herbst 1996 in Bremen*. Bremen.
- Briere, John; Runtz, Marsha (1986): Suicidal thought and behaviour in former sexual abuse victims. In: *Canadian Journal of Behaviour Science*, 18. Jg., H. 4, S. 413-423.
- Brockhaus, Ulrike; Kolshorn, Maren (1993): *Sexuelle Gewalt gegen Mädchen und Jungen. Mythen, Fakten, Theorien*. Frankfurt am Main/ New York.
- Browne, Angela (1993): Violence against women by male partners - prevalence, outcomes, and policy implication. In: *American Psychologist*, Vol. 48 (10), S. 1077-1087.
- Bryer, Jeffrey B.; Krol, Pamela A.; Miller Jean B.; Nelson, Bernadette A. (1987) : Childhood sexual and physical abuse as factors in adult psychiatric illness. *Amer. J. Psychiatry* 144. Jg., H. 11, S. 1426-1430.
- Budd, Tracey; Mattinson, Joanna with the assistance of Andy Myhill (2000): *The Extent and Nature of Stalking: findings from the 1998 British Crime Survey*. Home Office Research Study 210. London.
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hg.) (2002): *Dokumentation der Fachtagung „FrauenGesundheit FrauenLeben FrauenArbeit“ im Oktober 2001. Bericht zur gesundheitlichen Situation von Frauen in Deutschland*. Berlin.
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hg.) (2002): *Materialien zur Gleichstellungspolitik Nr. 92. Standards und Empfehlungen für die Aus- und Fortbildung zum Thema häusliche Gewalt – insbesondere zu Einführung und Umsetzung des neuen Gewaltschutzgesetzes*. Erstellt von der Bund-Länder-Arbeitsgruppe „Häusliche Gewalt“, Berlin.
- Büttner, Monika (1997): *Weibliche Biographie und Gewalterfahrung in Paarbeziehungen. Integrationschancen subjektiver Bewältigungs- und Präventionsstrategien* (Siegener Frau-

enforschungsreihe, Bd. 5). Frankfurt am Main.

Campbell, Jacquelyn C. (1985): Beating of wives: a cross-cultural perspective. In: *Victimology*, 10. Jg., H. 1-4, S. 174-185.

Campbell, Jacquelyn C. (2001): Domestic violence as a women's health issue - panel discussion - intimate partner violence: issues for the health care system. In: *Women's Health Issues*, Vol. 11, No. 4, S. 381-386.

Campbell, Jacquelyn C. (2002): Health consequences of intimate partner violence. In: *The Lancet*, Vol. 359, S. 1331-1335.

Campbell, Jacquelyn; Carlson, Andrea Gielen; Clifford, Wynne; Dienemann, Jacqueline; Jones, Alison Snow; Kub, Joan; O'Campo, Patricia; Schollenberger, Janet (2002): Intimate partner violence and physical health consequences. In: *Archives of International Medicine* Vol. 162, No. 10, S. 1157-1163.

www.archinte.ama-assn.org/issues/v162n10/full/oi10257.html

Campbell, Jacquelyn; Grining, Patricia L.; Raja, Sheela (1999): Training mental health professionals on violence against women. In: *Journal of Interpersonal Violence*, Vol. 14, Nr. 10, S. 1002-1013.

Campbell, Jacquelyn C.; Landenburger, Karen (1995): Violence against women. In: Fogel, Catherine I.; Woods, Nancy F. (Hg.): *Women's Health Care. A Comprehensive Handbook*. Thousand Oaks/ London/ New Delhi, S. 407-425.

Cascardi, Michele; O'Leary, K. Daniel (1992): Depressive symptomatology, self-esteem, and self-blame in battered women. In: *Journal of Family Violence*, 7. Jg., H. 4, S. 249-259

Chamberlain, Linda (2000): Your words make a difference: Broader implications for screening. In: *Health Alert*, Vol. 7, No. 1, S. 1-5.

Choquet, Marie; Darves-Bornoz, Jean-Michel; Ledoux, Sylvie; Manfredi, Robert; Hassler, Christine (1997) : Self-reported health and behavioral problems among adolescent victims of rape in France: Results of a cross-sectional survey. In: *Child Abuse & Neglect*, Vol. 21, No. 9, S. 823-832.

Clapp, Lori (2000): Ending domestic violence is everyone's responsibility. In: *Enhancing Health Care Through Innovative Practice*, Vol. 35, No. 2, S. 481-488.

Classen, Catherine (Hg.) (1995): *Treating Women Molested in Childhood*. San Francisco/ California.

Clifford, A.; Parry, S. (2000): Domestic violence intervention. A guide for health care professionals. In: *New York State Office for the Prevention of Domestic Violence*. New York.

Clum, Geretchen A.; Nishith, Pallavi; Resick, Patricia A. (2001): Trauma-related sleep disturbance and self-reported physical health symptoms in treatment-seeking female rape victims. In: *The Journal of Nervous and Mental Disease*, Vol. 189, No. 9, S. 618-622.

Coker, Ann L.; Walls, Lucille G.; Johnson, Joseph E. (1998): Risk factors for traumatic physical injury during sexual assault for male and female victims. In: *Journal of Interpersonal Violence*, 13. Jg.; H. 5, S. 605-620.

Coker, Ann. L.; King, M. J.; McKeown, R. E.; Smith, Paige H. (2000): Frequency and correlates of intimate partner violence by type: physical, sexual, and psychological battering. In:

American Journal of Public Health, Vol. 90, No. 4, S. 553-559.

Cokkinides, V. E.; Coker, A. L.; Sanderson, M.; Addy, C.; Bethea, L. (1999): Physical violence during pregnancy: maternal complications and birth outcomes. In: Obstetrics & Gynecology, Vol. 93, No. 5, S. 661-666.

Coleman, Frances L. (1997): Stalking behavior and the cycle of domestic violence. In: Journal of Interpersonal Violence, 12. Jg., H. 3, S. 420-432.

Courtois, Christine (1988): Healing the Incest Wounds: Adult Survivors in Therapie. New York.

Dahl, Solveig (1992): Rape - A Hazard to Health. Dissertation. Oslo.

David, Matthias; Borde, Theda; Kentenich, Heribert (Hg.) (2000): Migration – Frauen – Gesundheit. Perspektiven im europäischen Kontext. Frankfurt am Main.

Denmark, Florence L.; Paludi, Michele A. (Hg.) (1993): Psychology of Women: A Handbook of Issues and Theories. Westport, Conn..

Department of Health (Hg.) (2000): Domestic Violence: A Resource Manual for Health Care Professionals. London.

www.doh.gov.uk/domestic.htm

Dienemann, Jacqueline; Baker, Deborah; Boyle, Ellsworth; Campbell, Jacquelyn C.; Resnick, Wendy; Wiederhorn, Nancy (2000): Intimate partner abuse among women diagnosed with depression. In: Taylor & Francis Health Sciences, Vol. 21, No. 5, S. 499-513.

Dodge Craig, Andrea; Campbell, Jacquelyn C.; Lee, Debbie; McLoughlin, Elizabeth; Nah, Gregory; Saltzman, Linda E.; Skaj, Peggy (2002): Improving intimate partner violence protocols for emergency departments. In: Violence Against Women, Vol. 8, No. 3, S. 320-338.

Draijer, Nel (1990): Die Rolle von sexuellem Mißbrauch und körperlicher Mißhandlung in der Ätiologie psychischer Störungen bei Frauen. In: System Familie, H. 3, S. 59-73.

Draucker, Claire Burke (2002): Domestic violence: the challenge for nursing. In: Journal of Issues in Nursing, Vol. 7, No. 1, S. 1-24.

www.nursingworld.org/ojin/topic17/tpc17_1.htm

Drossmann, D. A.; Barreiro, M.; Lesermann, J.; Olden, K.; Talley N. J.; (1995): Sexual and physical abuse and gastrointestinal illness. In: Ann Intern Med, Vol. 123, No. 10, S. 782-194.

Dutton, Mary Ann (1992/2002): Gewalt gegen Frauen. Diagnostik und Intervention. (Org.: Empowering and Healing the Battered Women). Bern.

Dziegielewski, Sophia F.; Krause, Nora B.; Resnick, Cheryl (1996): Shelter-based crisis intervention with battered women. In: Roberts, Albert R. (Hg.): Helping Battered Women. New Perspectives and Remedies. New York/Oxford.

Egle, Ulrich T.; Hoffmann, Sven O.; Joraschky, Peter (Hg.) (2000): Sexueller Missbrauch, Misshandlung, Vernachlässigung. Erkennung und Therapie psychischer und psychosomatischer Folgen früher Traumatisierungen. Stuttgart (2. Aufl.).

Ehlert, Martin; Lorke, Beate (1988): Zur Psychodynamik der traumatischen Reaktion. In: Psyche, 42. Jg., H. 6, S. 502-531.

Eldridge, S.; Feder, G.; Richardson, J. et al (2001): Women who experience domestic violence and women survivors of sexual abuse: a survey of health professionals' attitudes and clinical practice. In: British Journal of General Practice, 51, S. 468-470.

Enders-Dragässer, Ute; Sellach, Brigitte (Hg.) (1998): Frauen in der stationären Psychiatrie. Ein interdisziplinärer Bericht. Lage.

Enders, Ursula (Hg.) (2001): Zart war ich, bitter war's. Handbuch gegen sexuellen Missbrauch. Köln.

Engfer, Anette (1991): Entwicklung von Gewalt in sogenannten Normalfamilien. In: System Familie, H. 4, S. 107-116.

Engfer, Anette (2000): Gewalt gegen Kinder in der Familie. In: Egle, U.T.; Hoffmann, S.O.; Joraschky, P. (Hg.): Sexueller Missbrauch, Misshandlung, Vernachlässigung. Erkennung und Therapie psychischer und psychosomatischer Folgen früher Traumatisierungen. Stuttgart/New York (2. Aufl.), S. 23-39.

Fanslow, J.; Norton, R. N.; Spinola, C. G. (1998): Indicators of assault-related injuries among women presenting to the emergency departments. In: Annals of Emergency Medicine, Vol. 32, No. 3, S. 341-348.

Farley, Melissa; Keaney, Joanne C. (1997): Physical symptoms, somatization, and dissociation in women survivors of childhood sexual assault. In: Women & Health, Vol. 25, No. 3, S. 33-45.

Farley, Melissa; Barkan, Howard (1998): Prostitution, violence against women, and post-traumatic stress disorder. In: Women & Health, Vol. 27, No. 3, S. 37-49.

Feinauer, Leslie L. (1988): Relationship of long term effects of childhood sexual abuse to identity of the offender: family, friend, or stranger. In: Women & Therapy, 7. Jg., H. 4, S. 89-107.

Feldmann, Harald (1991): Vergewaltigung und ihre psychischen Folgen. Ein Beitrag zur post-traumatischen Belastungsreaktion. Stuttgart.

Finkelhor, David (Hg.) (1986): A Sourcebook on Child Sexual Abuse. Newbury Park/ London/ New Delhi.

Finkelhor, David; Browne, Angela (1986): Initial and long-term effects: A conceptual framework. In: Finkelhor, David (Hg.) (1986): A Sourcebook on Child Sexual Abuse. Newbury Park/London/New Delhi.

Fischer, Gottfried; Riedesser, Peter (1998): Lehrbuch der Psychotraumatologie. Stuttgart.

Förderverein Niedersächsischer Flüchtlingsrat e.V. (Hg.) (2002): Defizite in der Gesundheitsversorgung von Flüchtlingen. 1. Dokumentation im Rahmen des Projekts SpuK – Sprache und Kultur: Grundlagen für eine effektive Gesundheitsversorgung. Hildesheim.
Bestelladresse: redaktion@nds-fluerat.org

Fogel, Catherine I.; Woods, Nancy F. (Hg.) (1995): Women`s Health Care. A Comprehensive Handbook. Thousand Oaks/London/New Dehli.

Franke, Alexa; Winkler, K. (2001): Störungen im Zusammenhang mit psychotropen Substanzen. In: Franke, Alexa; Kämmerer, Annette (Hg.): Klinische Psychologie der Frau. Ein Lehrbuch. Göttingen, S. 91-139.

Franke, Alexa (2002): Essstörungen bei Männern und Frauen. In: Hurrelmann, Klaus; Kolip, Petra (Hg.): Geschlecht, Gesundheit und Krankheit. Männer und Frauen im Vergleich. Bern, S. 359-374.

Friedrich, Jule (1997): Auswirkungen negativer sexueller Erfahrungen auf Schwangerschaft und Geburtserleben. In: Dr. med. Mabuse, Jg. 1997, H. 110.

Gadomski, Anne M.; Lewis, Carol; Short, Lynn M.; Tripp, Maria; Wolff, Debra (2001): Changes in health care providers' knowledge, attitudes, beliefs, and behaviours regarding domestic violence, following a multifaceted intervention. In: Academic Medicine, Vol. 76, No. 10, S. 1045-1052.

Gelles, Richard J. (1988): Violence and pregnancy: are pregnant women at greater risk of abuse? In: Journal of Marriage and the Family, H. 50, S. 841-847.

Gelles, Richard J. (1991): Physical violence, child abuse, and child homicide: a continuum of violence, or distinct behaviors? In: Human Nature, 2. Jg., H. 1, S. 59-72.

Gerhard, Ute (1991): Maßstäbe eines anderen Rechts: Über Freiheit, Gleichheit und die Würde der Frauen. In: Leviathan, Jg. 1991, H. 2, S. 175-191.

Geschäftsführung des Gesundheitsbeirats (Hg.) (1997): Macht Frau Gesundheit. Dokumentation der Gesundheitskonferenz im November 1996, veranstaltet von der Gleichstellungsstelle für Frauen, dem Gesundheitsreferat und dem Gesundheitsbeirat der Landeshauptstadt München. München.

Gidycz, Christine A.; Koss, Mary P. (1990): A comparison of group and individual sexual assault victims. In: Psychology of Women Quarterly, 14. Jg., S. 325-341.

Gidycz, Christine A.; Coble, Christie N.; Latham, Lance; Layman, Melissa J. (1993): Sexual assault experience in adulthood and prior victimization experiences. In: Psychology of Women Quarterly, H. 17, S. 151-168.

Gin, Nancy E.; Cygan, Palph; Hubbell, Allan; Frayne, Susan; Rucker, Lloyd (1991): Prevalence of domestic violence among patients in three ambulatory care internal medicine clinics. Journal of General Internal Medicine 6, S. 316-322.

Gleason, Walter J. (1993): Mental disorders in battered women: an empirical study. In: Violence and Victims 8, S. 53-67.

Glöer, Nele (1990): Sexuelle Mißhandlungen durch Jugendliche, Frauen und Männer. In: pro familia magazin, 3. Jg., S. 28.

Goldmann, Janlori; Rodney, Rodney M.; Hudson, Zoe and Sawires, Peter (2000): Health privacy principles for protecting victims of domestic violence. Produced by The Family Violence Prevention Fund.

www.endabuse.org/programs/display.php3?DocID=54

Gondolf, Edward W. (1990): Psychiatric Response to Family Violence: Identifying and Confronting Neglected Danger. Lexington Mass.

Griffin, Michael P.; Koss, Mary P. (2002): Clinical screening and intervention in cases of partner violence. In: Journal of Issues in Nursing, Vol. 7, No. 1, S. 1-12.

www.nursingworld.org/ojin/topic17/tpc17_2.htm

Haber, Joel; Roos, Cindy (1985): Effects of spouse abuse and/ or sexual abuse in the development and maintenance of chronic pain in women. In: *Advances in Pain Research and Therapy*, 9. Jg., S. 889-895.

Hagemann-White, Carol; Kavemann, Barbara; Kootz, Johanna; Weinmann, Ute; Wildt, Carola Christine; Burgard, Roswitha; Scheu, Ursula (1981): Hilfen für mißhandelte Frauen. Abschlußbericht der wissenschaftlichen Begleitung des Modellprojekts Frauenhaus Berlin (Schriftenreihe des Bundesministers für Jugend, Familie und Gesundheit, Bd. 124). Stuttgart/ Berlin/ Köln/ Mainz.

Hagemann-White, Carol (1992): Strategien gegen Gewalt im Geschlechterverhältnis. Bestandsanalyse und Perspektiven (Forschungsberichte des BIS, Bd. 4). Pfaffenweiler.

Hagemann-White, Carol (1998): Gewalt gegen Frauen und Mädchen – welche Bedeutung hat sie für die Frauengesundheit? In: Arbeitskreis Frauen und Gesundheit im Norddeutschen Verbund Public Health (Hg.): *Frauen und Gesundheit(en) in Wissenschaft, Praxis und Politik*. Bern, S. 142-154.

Hagemann-White, Carol (2000): Male violence and control: constructing a comparative perspective. In: Duncan, Simon; Pfau-Effinger, Birgit (Hg.): *Gender, Economy and Culture in the European Union*. London, New York, S. 171-207.

Hagemann-White, Carol (2001): European research on the prevalence of violence against women. In: *Violence Against Women*, Vol. 7, S. 731-759.

Hamberger, Levin .K.; Ambuel, Bruce, Marbella, Anne, Donze, Jennifer (1998): Physician interaction with battered women. The women's perspective. In: *Arch Fam Med*, Vol. 7, S. 575-582.

www.ama-assn.org/special/womh/library/readroom/arch98/foc6082.htm

Hamberg, Katarina; Johansson, Eva E.; Lindgren, Gerd (1999): "I was always on guard" - an exploration of women abuse in a group of women with musculoskeletal pain. In: *Family Practice*, 16. Jg., H. 3, S. 238-244.

Hanmer, Jalna; Itzin, Cathrine (Hg.) (2000): *Home Truths About Domestic Violence*. London.

Hanson, Rochelle F.; Sunders, Benjamin, Kilpatrick, Dean ; Resnick, Heidi ; Crouch, Julie A.; Duncan, Renae (2001): Impact of childhood rape and aggravated assault on adult mental health. In: *American Journal of Orthopsychiatry*, Vol. 71, H. 7, S. 108-119.

Harney, Patricia A. (1992): The role of incest in developmental theory and treatment of women diagnosed with borderline personality disorder. In: *Women & Therapy*, 12. Jg., H. 1/ 2, S. 39-57.

Heath, Iona (2001): Domestic violence as a women's health issue. In: *Women's Health Issues*, Vol. 11, H. 4, S. 376-381.

Heimer, Gun; Posse, Barbara; Stenberg, A.; Ulmstein, U. (1996): Social issues in reproductive medicine. A national center for sexually abused women in Sweden. In: *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 53. Jg., S. 35-39.

Heise, Lori L.; Germain, Adrienne; Pitanguy, Jacqueline (1993): Violence against women - The hidden health burden. In: *World Bank Discussion Papers 255*, USA, S. 1-41.

Heise, Lori L.; Ellsberg, M.; Gottemoeller, M. (Centre for Health and Gender Equity

(CHANGE)) (Hg.) (1999): Ending Violence Against Women. Population Reports, Series L, No.11. Baltimore, Johns Hopkins University School of Public Health, Population Information Program.

www.jhuccp.org/pr/l11edsum.shtml

Heiskanen, Markku; Piispa, Minna (1998): Faith, Hope, Battering: A Survey of Men's Violence Against Women in Finland. Helsinki.

Helfferich, Cornelia; Hendel-Kramer, Anneliese (1996): Hilfen für vergewaltigte Frauen: Theoretische Konzepte und praktische Hilfen. Freiburg im Breisgau.

Helfferich, Cornelia; Hendel-Kramer, Anneliese; Tov, Eva; Troschke, Jürgen von (1997): Anlaufstelle für vergewaltigte Frauen. Abschlußbericht der wissenschaftlichen Begleitforschung. (Schriftenreihe des BMFSFJ, Bd. 146). Stuttgart.

Hellbernd, Hildegard; Wieners, Karin (2002): Gewalt gegen Frauen im häuslichen Bereich. Gesundheitliche Folgen, Versorgungssituation und Versorgungsbedarf. In: Jahrbuch Kritische Medizin 35, Hamburg.

Herman, Judith L. (1992): Trauma and recovery. New York (deutsch 1994: Die Narben der Gewalt. Traumatische Erfahrungen verstehen und überwinden. München).

Heynen, Susanne (2000): Vergewaltigt. Weinheim.

Hilsenbeck, Polina (1997): Traumatherapie – mit Mut und Achtsamkeit. In: AKF® e.V. (Hg.): Wege aus Ohnmacht und Gewalt: Frauengesundheit zwischen Menschenrechten und Grenzverletzung, Bünde, S. 45-74.

Hindberg, Barbro Ottoson (1988): Violence against women. In: Women & Health, 13. Jg., H. 3-4, S. 151-158.

Holmstrom, Lynda L.; Burgess, Ann W. (1978): The Victim of Rape. Institutional Reactions. New York/ Chichester/ Brisbane/ Toronto.

Horton, Anne; Johnson, Barry L. (1993): Profile and strategies of women who have ended abuse. In: Families in Society, S. 481-492.

Jacobson, Andrea; Richardson, Bonnie (1987): Assault experiences of 100 psychiatric inpatients: evidence of the need for routine inquiry. American Journal of Psychiatry 144, S. 908-913.

Jacobson, Neil; Gottman, John (1998): When Men Batter Women. New Insights into Ending Abusive Relationships. New York.

Johnson, Michael P. (1995): Patriarchal terrorism and common couple violence: two forms of violence against women. In: Journal of Marriage and the Family, 57. Jg., S. 283-294.

Juchli, Liliane (1997): Pflege. Praxis und Theorie der Gesundheits- und Krankenpflege. Stuttgart/ New York (8. Aufl.).

Kanuha, Valli (1994): Women of color in battering relationships. In: Comas-Diaz, L.; Greene, B. (Hg.): Women of Color. Integrating Ethnic and Gender Identities in Psychotherapy. New York, S. 428-454.

Kaplan, Sarah (1991): Child abuse and alcoholism in women. A feminist approach to treatment. In: Canadian Woman Studies, 12. Jg., H. 1, S. 67-70.

Karren-Derber, U.; Hank, P. (1998): Ergebnisse der wissenschaftlichen Begleitung des Aufbaus eines Frauenspezifischen Beratungsangebotes in Rheinland-Pfalz. In: Ministerium für Kultur, Jugend, Familie und Frauen, Rheinland-Pfalz (Hg.): Frauen Sucht Gesellschaft. Dokumentation der Fachtagung am 28.01.1999 in Trier, S. 76-95.

Kavemann, Barbara; Hagemann-White, Carol; Leopold, Beate; Schirmmacher, Gesa (2001): Modelle der Kooperation gegen häusliche Gewalt. "Wir sind ein Kooperationsmodell, kein Konfrontationsmodell." Ergebnisse der wissenschaftlichen Begleitung des Berliner Interventionsprojekts gegen häusliche Gewalt (BIG) - Universität Osnabrück - (Schriftenreihe des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Bd. 193). Stuttgart/ Berlin/ Köln.

www.bmfsfj.de/Anlage7800/Bd.193.pdf

Kelly, Liz (1988): *Surviving Sexual Violence*. Cambridge, England.

Kendall-Tackett, Kathleen A.; Williams, L. M.; Finkelhor, David (1993): Impact of sexual abuse on children: A review and synthesis of recent empirical studies. In: *Psychol. Bull.*, Jg. 113, S. 164-180.

Kilpatrick, Dean G.; Acierno, Ron; Resnick, Heidi S.; Saunders, Benjamin E.; Best, Connie L. (1997): A 2-year longitudinal analysis of the relationship between violent assault and substance use in women. In: *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65. Jg., H. 5, S. 834-847.

KiZ - Kind im Zentrum e.V. (Hg.) (1999): *Wege aus dem Labyrinth. Erfahrungen mit familienorientierter Arbeit zu sexuellem Missbrauch. 10 Jahre Kind im Zentrum*. Berlin (Evangelisches Jugend- und Fürsorgewerk).

Koss, Mary P.; Burkhardt, Barry R. (1989): A conceptual analysis of rape victimization. In: *Psychology of Women Quarterly*, 13. Jg., S. 27-40.

Koss, Mary P. (1990): The women's mental health research agenda. In: *American Psychologist*, Vol. 45, Nr. 3, S. 374-380.

Koss, Mary P.; Figueredo, Aurelio José; Prince, Ronald J. (2002): Cognitive Mediation of Rape's Mental, Physical, and Social Health Impact: Tests of Four Models in Cross-Sectional Data. In: *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. Vol. 70, No. 4, S. 926-941.

Koss, Mary P.; Harvey, Mary R. (1991): *The Rape Victim. Clinical and Community Interventions*. Newbury Park/ London/ New Delhi (2. Aufl.).

Koss, Mary P.; Heslet, Lynette (1992): Somatic consequences of violence against women. In: *Arch fam med*, 1. Jg. S. 53-59.

Koss, Mary P.; Mukai, Takayo (1993): Recovering ourselves: the frequency, effects, and resolution of rape. In: Denmark, Florence L.; Paludi, Michele A. (Hg.): *Psychology of Women: A Handbook of Issues and Theories*. Westport, Conn. S. 477-512.

Krahé, Barbara; Scheinberger-Olwig, Renate; Waizenhöfer, Eva; Kolpin, Susanne (1999a): Sexuelle Aggression zwischen Jugendlichen: Eine Prävalenzerhebung mit Ost-West-Vergleich. In: *Zeitschrift für Sozialpsychologie*, Jg. 30, H. 2/3, S. 165-178.

Krahé, Barbara; Scheinberger-Olwig, Renate; Waizenhöfer, Eva; Kolpin, Susanne (1999b): Childhood sexual abuse and revictimization in adolescence. In: *Child Abuse & Neglect*, Vol. 23, No. 4, S. 383-394.

Kretschmann, Ulrike (2002): Das Vergewaltigungstrauma: Krisenintervention und Therapie mit vergewaltigten Frauen. 2. Aufl. Münster.

Krug, Etienne G.; Dahlberg, Linda L.; Lozano, Rafael; Mery, James A.; Zwi, Anthony B. (2002): World report on violence and health. WHO, Geneva.

www5.who.int/violence_injury_prevention/main.cfm?p=000000117

Kuhlmann, Ellen (1996): Gegen die sexuelle Belästigung am Arbeitsplatz. Juristische Praxis und Handlungsperspektiven. Pfaffenweiler.

Lamprecht, Friedhelm; Lempa, Wolfgang; Sack, Martin (2000): Die Behandlung Posttraumatischer Belastungsstörungen mit EMDR. In: Psychotherapie im Dialog (PID). Zeitschrift für Psychoanalyse, Systemische Therapie und Verhaltenstherapie, H. 1, S. 45-51.

Langkafel, Mathias (2000): Die Posttraumatische Belastungsstörung. In: Psychotherapie im Dialog (PID). Zeitschrift für Psychoanalyse, Systemische Therapie und Verhaltenstherapie, H. 1, S. 3-12.

Liem, Joan H.; O'Toole, Joan G. (1992): The need for power in women who were sexually abused as children. An exploratory study. In: Psychology of Women Quarterly, 16. Jg., S. 467-480.

Ludwick, Ruth; Silva, Mary Cipriano (2002): Domestic violence, nurses, and ethics: What are the links? In: Journal of Issues in Nursing: May 14th, S. 1-7.

Lundgren, Eva; Heimer, Gun; Westerstrand, Jenny; Kalliokoski, Anne-Marie (2001): Slagen Dam. Mäns våld mot kvinnor i jämställda Sverige – en omfangsundersökning. Umeå.

Lundgren, Eva; Heimer, Gun; Westerstrand, Jenny; Kalliokoski, Anne-Marie (2002): Captured Queen. Men's Violence Against Women In „Equal“ Sweden – A Prevalence Study. Umeå.

Mark, Heike (2000): Häusliche Gewalt gegen Frauen. In: Gesundheitsjournal der Plan- und Leitstelle Gesundheit Hohenschönhausen. Sonderausgabe.

Bestelladresse: www.berlin.de/home/Land/Bas/Hohenschoenhausen/aktuell/Studie/Gewalt/

Maker, Azmaira H.; Kimmelmeier, Markus; Peterson, Christopher (1998): Long-term psychological consequences in women of witnessing parental physical conflict and experiencing abuse in childhood. In: Journal of Interpersonal Violence, 13. Jg., H. 5, S. 574-589.

McAfee, Robert (2001): Domestic violence as a women's health issue. In: Women's Health Issues Vol. 11, No. 4, S. 371-375.

McCauley, Jeanne; Kern, David E.; Kolodner, Ken; Dill, Laurie; Schroeder, Arther F.; DeChant, Hallie K.; Ryden, Janice; Bass, Eric B. und Derogatis, Len R. (1995): The "battering syndrome": prevalence and clinical characteristics of domestic violence in primary care internal medicine practice. In: Annals of Internal Medicine, Vol. 123, No. 10, S. 737-746.

McHugh, Maureen C.; Frieze, Irene H.; Browne, Angela (1993): Research on battered women and their assailants. In: Denmark, Florence L.; Paludi, Michelle A. (Hg.): Psychology of Women: A Handbook of Issues and Theories. Westport, Conn., S. 513-522.

McMullen, Roseland; Carroll, Marguerite R. (1983): The battered-woman syndrome: contributing factors and remedial interventions. In: American Mental Health Counselors Association Journal, H. 1, S. 31-38.

Merbach, Martin; Springer, Susanne; Brähler, Elmar (2002): Psychische Störungen bei Männern und Frauen. In: Hurrelmann, Klaus; Kolip, Petra (Hg.): Geschlecht, Gesundheit und Krankheit. Männer und Frauen im Vergleich. Bern, S. 258-272.

Messman, Terri L.; Long, Patricia J. (1996): Child sexual abuse and its relationship to revictimization in adult women: a review. In: Clinical Psychology Review, 16. Jg., H. 5, S. 397-420.

Meuser, Michael; Nagel, Ulrike (1991): ExpertInneninterviews – vielfach erprobt, wenig beachtet. In: Garz, Detlev; Kraimer, Klaus (Hg.): Qualitativ-empirische Sozialforschung. Konzepte, Methoden, Analysen. Opladen, S. 441-471.

Miers, Margaret (2001): Sexus und Pflege. Geschlechterfragen und Pflegepraxis. Bern.

Miller, Dusty (1994): Women Who Hurt Themselves. A Book of Hope and Understanding. New York.

Mirrlees-Black, Catriona (1999): Domestic violence: Findings from a new British Crime Survey self-completion questionnaire. Home Office Research Study 191, London.

Muelleman, Robert L.; Lenaghan, Patricia A.; Pakieser, Ruth A. (1996): Battered women: injury locations and types. In: Ann. Emergency Medicine, Vol. 28, S. 486-492

Muelleman, Robert L.; Lenaghan, Patricia A.; Pakieser, Ruth A. (1998): Nonbattering presentations to the ED of women in physically abusive relationships. In: American Journal of Emergency Medicine, Vol. 16, No. 2, S. 128-131.

Nelms, Tommi P (1999): An educational program to examine emergency nurses' attitudes and enhance caring intervention with battered women. In: Journal of Emergency Nursing, Vol. 25, No. 4, S. 290-293.

Ni Bhrolchain, Cliona (2002): Women who experience domestic violence and women survivors of sexual abuse: a survey of health professionals' attitudes and clinical practice. In: Child Care, Health & Development, Vol 28, Nr. 3, S. 270-271.

O'Brien, Karen M.; Murdock, Nancy L. (1993): Shelter workers' perceptions of battered women. In: Sex Roles, 29. Jg., H. 3/ 4, S. 183-194.

Nudelman, Janet; Durborow, Nancy; Grambs, Marya; Letellier, Patrick (1997): Best Practices: Innovative Domestic Violence Programs in Health Care Settings. Family Violence Prevention Fund, San Francisco.

O'Keeffe, Nona K.; Brockopp, Karen; Chew, Esther (1986): Teen dating violence. In: Social Work, 31. Jg., H. 6, S. 465-468.

Olbricht, Ingrid (1997): Folgen sexueller Traumatisierung für die seelische Entwicklung und das Körpergefühl der Frau. In: Arbeitskreis Frauengesundheit in Medizin, Psychotherapie und Gesellschaft e. V. (Hg.): Wege aus Ohnmacht und Gewalt: Frauengesundheit zwischen Menschenrechten und Grenzverletzung. Dokumentation der 3. Arbeitstagung des AKF® 9.-10.11.1996 in Bad Pyrmont. Bünde, S. 100-113.

Olbricht, Ingrid (2002): Was Frauen krank macht. Zur Psychosomatik der Frau, München (3. Aufl.).

Osattin, Alison; Short, Lynn M (1998): Intimate Partner Violence - A Guide to Training Mate-

rials and Programs for Health Care Providers. National Center for Injury Prevention and Control, Centers for Disease Control and Prevention, USA.

www.cdc.gov/ncipc/pub-res/pdf/newguide.pdf

O'Sullivan, Lucia F.; Byers, E. Sandra; Finkelman, Larry (1998): A comparison of male and female college students' experiences of sexual coercion. In: *Psychology of Women Quarterly*, Vol. 22, S. 177-195.

Parsons, Linn H.; Zaccaro, Daniel et al. (1995): Methods of and attitudes toward screening obstetrics and gynecology patients for domestic violence. In: *American Journal of Obstetrics and Gynecology* Vol. 173, Nr. 2, S. 381-387.

Pease, Terry (2001): Domestic violence as a women's health issue - panel discussion. In: *Women's Health Issues* Vol. 11, Nr. 4, S. 387-389.

Petretic-Jackson, Patricia A. and Jackson, Thomas (1996): Mental health interventions with battered women. In: Roberts, Albert R. (Hg.): *Helping Battered Women. New Perspectives and Remedies*. New York/Oxford.

Piispa, Minna (2002): Complexity of patterns of violence against women in heterosexual partnerships. In: *Violence Against Women*, Vol. 8, Nr. 7, S. 873-900.

Plichta, Stacey B.; Fali, Marilyn (2001): Prevalence of violence and its implications for women's health. In: *Women's Health Issues*, 11. Jg., H. 3, S. 244-258.

Posse, Barbara; Heimer, Gun (1999): The multiple traumas of sexual violence: educating staff working in the medical services. In: *Women's Studies Quarterly*, H. 1+2, S. 133-139.

Psychotherapie im Dialog (PID) (2000). *Zeitschrift für Psychoanalyse, Systemische Therapie und Verhaltenstherapie: Die Posttraumatische Belastungsstörung*. H. 1, Stuttgart/ New York.

Reddemann, Luise (2001): *Imagination als heilsame Kraft. Zur Behandlung von Traumafolgen mit ressourcenorientierten Verfahren*. Stuttgart.

Reddemann, Luise; Sachsse, Ulrich (2000): Traumazentrierte Psychotherapie der chronifizierten, komplexen Posttraumatischen Belastungsstörung vom Phänotyp der Borderline-Persönlichkeitsstörungen. In: Kernberg, Otto; Dulz, Birger; Sachsse, Ulrich (Hg.): *Handbuch der Borderline-Störungen*. Stuttgart/ New York, S. 555-571.

Richter-Appelt, Hertha (1995): Sexuelle Traumatisierungen und körperliche Mißhandlungen in der Kindheit. Geschlechtsspezifische Aspekte. In: Düring, Sonja; Hauch, Margret (Hg.): *Heterosexuelle Verhältnisse*. Stuttgart, S. 56-76.

Richter-Appelt, Hertha; Tiefensee, Jutta (1996): Soziale und familiäre Gegebenheiten bei körperlichen Misshandlungen und sexuellen Missbrauchserfahrungen in der Kindheit aus der Sicht junger Erwachsener: Ausgewählte Ergebnisse der Hamburger Studie (Teil I). In: *Psychoth. Psychosom. Med. Psych.*, S. 337-378.

Richter-Appelt, Hertha (Hg.) (1997): *Verführung – Trauma – Missbrauch: (1896-1996)*. Gießen.

Ristock, Janice L.: Beyond ideologies. Understanding violence in lesbian relationships. In: *Canadian Woman Studies*, 12. Jg., H. 1, S. 74-79.

Roberts, Albert R. (Hg.) (1996): *Helping Battered Women. New Perspectives and Remedies*, New York.

Rodriguez, M. A.; Quiroga, S. S.; Bauer, H. M. (1996): Breaking the silence – battered women's perspectives on medical care. In: Arch Fam Med, Vol. 1996, Nr. 5, S. 153-158.

Romito, Patrizia; Garin, Daniela (2001): Asking patients about violence: a survey of 510 women attending social and health services in Trieste, Italy. In: Social Science & Medicine, H. 0, S. 1-12.

Römkens, René (1992): Gewoon Geweld? Omvang, aard, gevolgen en achtergronden van geweld tegen vrouwen in heteroseksuele relaties. Amsterdam.

Römkens, René (1997): Prevalence of wife abuse in the Netherlands: combining quantitative and qualitative methods in survey research. In: Journal of Interpersonal Violence, Vol. 12, S. 99-125.

Rönnerberg, Ann-Kristin M.; Hammarström, Anne (2000): Barriers within the health care system to dealing with sexualized violence: a literature review. In: Scand. J. Public Health 28, S. 222-229.

Rose, Stephen M.; Peabody, Carolyn G.; Stratigeas, Barbara (1991): Responding to hidden abuse: a role for social work in reforming mental health systems. In: Social Work, 36. Jg., H. 5, S. 408-413.

Rosenberg, Mindy S.; Reppucci, N. Dickon (1983): Abusive mothers: perceptions of their own and their children's behaviour. In: Journal of Consulting and Clinical Psychology, 51. Jg., H. 5, S. 674-682.

Roy, Ranjan (1998): Childhood Abuse and Chronic Pain: A Curious Relationship? Toronto.

Sachsse, Ulrich (1996): Selbstverletzendes Verhalten. Psychodynamik - Psychotherapie. Das Trauma, die Dissoziation und ihre Behandlung. Göttingen, Zürich (3. Aufl.).

Sampelle, Carolyn M. (1992): Violence Against Women: Nursing Research, Education, and Practice Issues. Hemisphere Publishing Corporation, New York.

Saunders, Daniel G. (1994): Posttraumatic stress symptom. Profiles of battered women: a comparison of survivors in two settings. In: Violence and Victims Vol. 9, Nr. 1, S. 31-44.

Schirmacher, Gesa (2001): Möglichkeiten und Grenzen für den Schutz misshandelter Frauen im Gesundheitswesen. Ergebnisse wissenschaftlicher Studien und Praxiserfahrungen aus dem Bereich Public Health und häusliche Gewalt. (Kurzfassung eines Vortrages für den 4. Niedersächsischen Ärztinnentag am 31.10.2001 in Hannover).

Schmuel, E.; Schenker, J. G. (1998): Violence against women. The physicians role. In: European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology, Vol. 80, S. 239-145.

Schorstein, Sherri L. (1997): Domestic Violence and Health Care. What Every Professional Needs to Know. Thousand Oaks.

Schrötle, Monika (2001): Gewalt als Gesundheitsproblem – Ergebnisse der bundesdeutschen Fachdiskussion. Vortrag gehalten für die Enquête zu Frauengesundheit und Gewalt, Bundesministerium soziale Sicherheit und Generationen, am 20.11.2001 in Wien.

Selbsthilfe- und Therapiezentrum (i. G.) "Dolgener See" (Hg.) (1999): Gewalt verRückt die Seele. Eine Untersuchung zu Hilfsangeboten im psychosozialen und medizinischen Bereich für sexuell traumatisierte Frauen in Mecklenburg-Vorpommern, Dolgen.

- Shapiro, Francine: Eye Movement Desensitization and Reprocessing. New York: Guilford 1995.
- Shepard, Melanie F.; Elliott, Barbara A.; Falk, Dennis R.; Regal, Ronald (2002): Public health nurses' responses to domestic violence: a report from the enhanced domestic abuse intervention project. In: Public Health Nursing, Vol. 16, Nr. 5, S. 359-366.
- Sissons, Peta (2001): Domestic violence as a women's health issue - panel discussion. In: Women's Health Issues, Vol. 11, Nr. 4, S. 371-375.
- Smith, Michael D. (1987): The incidence and prevalence of woman abuse in Toronto. In: Violence and Victims, 2. Jg., H. 3, S. 173-187.
- Smith, Patrica (1993): Childhood Sexual Abuse, Sexuality, Pregnancy and Birthing. A Life History Study. New Zealand.
- Solomon, Jennifer C. (1992): Child sexual abuse by family members: a radical feminist perspective. In: Sex Roles, 27. Jg., H. 9/ 10, S. 473-565.
- Stark, Evan; Flitcraft, Ann (1996): Women At Risk: Domestic Violence and Women's Health. Thousand Oaks.
- StBA Statistisches Bundesamt (1998): Gesundheitsbericht für Deutschland. Gesundheitsberichterstattung für Deutschland. Stuttgart.
- Stein, Murray B.; Anderson, Geri; Eldridge, Gloria; Forde, David R.; Hazen, Andrea L.; Ross, Colin A.; Walker, John. R.; (1996): Childhood physical and sexual abuse in patients with anxiety disorders and in a community sample. In: AMJ Psychiatry, 153, S. 275-277.
- Streeck-Fischer, Annette; Özkan, Ibrahim; Sachsse, Ulrich; (Hg.) (2001): Körper, Seele, Trauma. Biologie, Klinik und Praxis. Göttingen.
- Strube, Michael J. (1988): The decision to leave an abusive relationship: empirical evidence and theoretical issues. In: Psychological Bulletin, 104. Jg., H. 2, S. 236-250.
- Swift, Wendy (1996): Characteristics of women with alcohol and other drug problems: findings of an Australian national survey. In: Taylor & Francis Health Sciences, Vol. 91, Nr. 8, S. 1141-1150.
- Tajima, Emiko A. (2000): The relative importance of wife abuse as a risk factor for violence against children. In: Child Abuse & Neglect, Vol. 24, Nr. 11, S. 1383-1398.
- Teegen, Frauke (2000): Psychotherapie der Posttraumatischen Belastungsstörungen. In: Psychotherapeut, Vol. 45, S. 341-349.
- Teegen, F.; Schliefer, J. (2002): Beziehungsgewalt. Posttraumatische Belastungsstörungen misshandelter Frauen. In: Psychotherapeut, Vol. 47, H. 2, S. 90-97.
- Teegen, Frauke; Zumbeck, Sybille (2000): Prävalenz traumatischer Erfahrungen und Posttraumatischer Belastungsstörung bei substanzabhängigen Personen. Eine explorative Studie. In: Psychotherapeut, H.1, S. 44-49. .
- Tjaden, Patricia; Thoennes, Nancy (2000): Prevalence and consequences of male-to-female and female-to-male intimate partner violence as measured by the National Violence Against Women Survey. In: Violence Against Women, 6. Jg., H. 2, S. 142-161.

Valente, Sharon M. (2000): Evaluating and managing intimate partner violence. In: The Nurse Practitioner, Vol. 25, Nr. 5, S. 18-33.

Verbundprojekt Frauengesundheit in Deutschland (2001): Bericht zur gesundheitlichen Situation von Frauen in Deutschland. Eine Bestandsaufnahme unter Berücksichtigung der unterschiedlichen Entwicklung in West- und Ostdeutschland. Schriftenreihe des BMFSFJ Band 209, Stuttgart.

Victim Services (1997): Essential Information for Battered Women: Making a Safety Plan, New York.

Vogt, Irmgard (1993): Gewaltsame Erfahrungen. "Gewalt gegen Frauen" als Thema in der Suchtkrankenhilfe. Bielefeld.

Walker, Lenore E. (1983): Victimology and the psychological perspectives of battered women. In: Victimology: An International Journal, 8. Jg., H. 1-2, S. 82-104.

Walker, Lenore E. (1985): Psychological impact of the criminalization of domestic violence on victims. In: Victimology: An International Journal, 10. Jg., H. 1-4, S. 281-300.

Walker, Lenore E.A. (1994): Abused Women and Survivor Therapy. A Practical Guide for the Psychotherapist. Washington DC.

Walton-Moss, Benita J.; Campbell, Jacquelyn (2002): Intimate partner violence: implications for nursing. In: Journal of Issues in Nursing, Vol. 7, Nr.1, S. 1-16.

www.nursingworld.org/ojin/topic17/tpc17_5.htm

Warshaw, Carole (1993): Domestic violence: challenges to medical practice. In: Journal of Womens Health, 2. Jg., H. 1, S. 15-17.

Weber, Monika; Rohleder, Christiane (1995): Sexueller Missbrauch. Jugendliche zwischen Aufbruch und Rückschritt. Münster.

Webster, Joan; Grimes, Kerry M.; Stratigos, Susan M. (2001): Women's responses to screening for domestic violence in a health-care setting. In: Midwifery, Vol. 17, Nr. 17, S. 289-294.

Welch, Lesley (2001): Domestic violence as a women's health issue - panel discussion. In: Women's Health Issues, Vol. 11, Nr. 4, S. 393-395.

Wenzlaff, R.; Goesmann, C.; Heine-Brüggerhoff, W. (2001): Häusliche Gewalt: Bedeutung im ärztlichen Berufsalltag und Fortbildungsbedarf. In: Niedersächsisches Ärzteblatt, Jg. 2001, H. 12, S. 16-18.

Westerlund, Elaine (1992): Women and Sexuality After Childhood Abuse. New York.

Wetzels, Peter; Pfeiffer, Christian (1995): Sexuelle Gewalt gegen Frauen im öffentlichen und im privaten Raum. Ergebnisse der KFN-Opferbefragung 1992. KFN-Forschungsbericht Nr. 37, Hannover.

Wetzels, Peter (1997): Gewalterfahrungen in der Kindheit. Sexueller Mißbrauch, körperliche Mißhandlung und deren langfristige Konsequenzen. Baden-Baden.

White, Jacquelyn W.; Sorenson, Susan B. (1992): A sociocultural view of sexual assault: from discrepancy to diversity. In: Journal of Social Issues, 48. Jg., H. 1, S. 187-195.

Wiederman, Michael W.; Sansone, Randy A.; Sansone, Lori A. (1999): Obesity among sexually abused women: an adaptive function for some? In: Women & Health, Vol. 29, H. 1, S. 89-100.

Wieners, Karin; Hellbernd, Hildegard (2000): Gewalt macht krank. Zusammenhänge zwischen Gewalt und Gesundheit. Im Länderbericht Bundesrepublik Deutschland des European Women's Health Network EWHNET.

www.gesundheit-nds.de/countries/germany/native/new/partOne.html#361

Wildwasser e.V. Berlin (Hg.) (1993). Wir haben schon viel erreicht! 10 Jahre Wildwasser e.V. Berlin. Berlin.

Willenberg, Hans (2000): Eßstörungen. In: Egle, Ulrich T.; Hoffmann, Sven O.; Joraschky, Peter (Hg.) (2000): Sexueller Missbrauch, Misshandlung, Vernachlässigung. Erkennung und Therapie psychischer und psychosomatischer Folgen früher Traumatisierungen. Stuttgart (2. Aufl.), S. 305-318.

Williams, Linda S. (1984): The classic rape: when do victims report? In: Social Problems, 31. Jg., H. 4, S. 259-267.

Williamson, E. (2001): Domestic violence and health: the response of the medical profession. In: Journal of Nursing Management, Vol 9, H. 5, S. 309-310.

Wilson, Kathy; Vercella, Regina; Brems, Christiane; Benning, Deborah; Renfro, Nancy (1992): Levels of learned helplessness in abused women. In: Women & Therapy, 13. Jg., H. 4, S. 53-67.

Wirtz, Ursula: (1990): Seelenmord. Inzest und Therapie. Stuttgart.

Women's Research Centre (1989): Recollecting Our Lives. Women's Experience of Childhood Sexual Abuse. Vancouver.

Wood, Gale G.; Middleman, Ruth R. (1992): Groups to empower battered women. In: AFFILIA, 7. Jg., H. 4, S. 82-95.

Woods, Stephanie J.; Campbell, Jacquelyn; (1993): Posttraumatic stress in battered women: Does the diagnosis fit? In: Issues in Mental Health Nursing, Vol.14, S. 173-186.

Wooley, Susan C. (1994): Sexual abuse and eating disorders: the concealed debate. In: Fallon, Patricia; Katzmann, Melanie; Wooley, Susan (Hg.): Feminist Perspectives on Eating Disorders. New York, S. 171-211.

Young, Mary de (1982): Self-injurious behavior in incest victims: a research note. In: Child Welfare, LXI. Jg., H. 8, S. 577-584.

Einige Internetadressen :

www.europa.eu.int/comm/employment_social/equ_opp/violence_en.html
European Campaign to Raise Awareness of Violence against Women

www.homeoffice.gov.uk/domesticviolence/index.htm
UK Home office page on violence against women and domestic violence

www.ama-assn.org/ama/upload/mm/386/guidelines.pdf

American Medical Association (AMA): Preventing domestic violence: Clinical guidelines on Routine Screening.

www.amwa-doc.org.dvcourse.htm

American Medical Women's Association (1999): Domestic Violence online education course.

www.doh.gov.uk/domestic.htm

Department of Health: Domestic violence: A resource manual for healthcare professionals

www.cdc.gov

National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion.

www.endabuse.org/programs/healthcare

Model programs on domestic violence. Family violence Prevention Fund

www.endabuse.org

Endabuse. Family Violence Prevention Fund

www.endabuse.org/programs/display.php3?DocID=31

Family Violence Prevention Fund: Preventing domestic violence: clinical guidelines on routine screening.

www.endvaw.org

End Violence Against Women (Johns Hopkins University): Information and Resources

www.hc-sc.gc.ca/hppb/familyviolence/webli-national_e.html

Health Canada. National Clearinghouse on Family Violence.

www.jhuccp.org

www.jhuccp.org/pr/l11edsum.shtml

Population Reports- Ending Violence against women (John Hopkins University).

www.mincava.umn.edu/global.asp

MINCAVA. Minnesota Center Against Violence and Abuse. Global links on violence

www.nursingworld.org

www.nursingworld.org/search/vfp_search.cfm

diverse Artikel zu Gewalt aus der Pflegeforschung

www.vaw.umn.edu/

Violence against women online resources

www.wave-network.org

European network of non-governmental women's organisations working to combat violence against women and children

www.who.int

www5.who.int/violence_injury_prevention/main.cfm?p=0000000117

WHO: The world report on violence and health (2002)

www.womensaid.ie/

Women's aid, Irland

www.ifg-gs.tu-berlin.de/projekte/signal.phtml?lang=g

Wissenschaftliche Begleitung des "S.I.G.N.A.L."-Interventionsprojektes gegen Gewalt gegen Frauen am Universitätsklinikum Benjamin-Franklin der Freien Universität Berlin

www.uni-duesseldorf.de/WWW/AWMF/II/psytm010.htm

Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF online): Leitlinien Psychotherapeutischer Medizin und Psychosomatik: Posttraumatische Belastungsstörung. ICD 10: F 43.1

www.uni-duesseldorf.de/WWW/AWMF/II/kjpp-034.htm

AWMF online: Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und – psychotherapie: Vernachlässigung, Misshandlung, sexueller Missbrauch

www.safemed-rlp.de/

Institut für Rechtsmedizin (Joh.-Gutenberg-Universität) in Kooperation mit RIGG. Forensisch-medizinische Fragestellungen.

www.frauenberatungsstellen-nrw.de

Frauenberatungsstellen in Nordrhein-Westfalen (Informationen und Adressen)

www.frauennotrufe.de

Frauennotrufe (Informationen und Adressen) von Deutschland.

www.aekn.de

Leitfaden und Dokumentationsbogen „Häusliche Gewalt“ für Ärztinnen und Ärzte, sowie Informationsmaterialien erstellt von einer Arbeitsgruppe der Ärztekammer Niedersachsen in Kooperation mit der Psychotherapeutenkammer des Landes, der Medizinischen Hochschule, der AOK und dem Frauenministerium

www1.ms.sachsen-anhalt.de/frauenimpulse/files/broschuere_hinsehen.pdf

Hinsehen – Leitfaden für die ärztliche Praxis bei häuslicher Gewalt (Sachsen-Anhalt)

www.spuk.info

SpuK – Sprache und Kultur. Qualifizierung von Sprach- und Kulturmittlerinnen.

www.ag.geburtskanal.de/asgsgw

interdisziplinäre Arbeitsgruppe „Sexualisierte Gewalt gegen Frauen und die Auswirkungen auf Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett“

Anlage 1: Befragte ExpertInnen

Zartbitter Münster e.V.
Beratungsstelle gegen sexualisierte Gewalt
M.A.phil. Astrid Maria Kreyerhoff
Leiterin, Psychodramatherapeutin

Koordinationsstelle Frauen und Gesundheit NRW
FFGZ Hagazussa e.V.
Gabriele Klärs

Frauentherapiezentrum München
Dipl. Psych. Polina Hilsenbeck
Leitung des Fachbereichs Psychiatrie

Fachhochschule Münster
FB Pflegewissenschaften
Prof. Dr. Regine Lorenz-Krause

Technische Universität Berlin
Institut für Gesundheitswissenschaften
Dipl. Päd. Hildegard Hellbernd, MPH
Wissenschaftliche Begleitung S.I.G.N.A.L.

Klinik für psychosomatische und psychotherapeutische Medizin, Bielefeld
Dr. Veronika Engl
Traumatherapeutin, EMDR

Dt. Gesellschaft für psychosomatische Frauenheilkunde und Geburtshilfe
Dr. Martina Rauchfuss

Fachhochschule Köln
Fakultät für angewandte Sozialwissenschaften
Prof. Dr. Brigitte Dorst
Dipl.-Psych., Psychoanalytikerin (C.G. Jung)
Fachgruppe Psychotherapie, Psychiatrie und Psychosomatik
Im Arbeitskreis Frauengesundheit in Medizin,
Psychotherapie und Gesellschaft e.V. (AKF)

Frauenberatungsstelle Düsseldorf e.V.
LAG autonomer Frauen-Notrufe
Dipl. Soz-Päd. Etta Hallenga
Kinder- und Jugendpsychotherapeutin

ID Institut für innovative Gesundheitskonzepte
Dipl. Psych. Christa Diegelmann
Fachgruppe Psychotherapie, Psychiatrie und Psychosomatik
Im Arbeitskreis Frauengesundheit in Medizin,
Psychotherapie und Gesellschaft e.V. (AKF)

DISTEL e.V.
Psychologische Beratungsstelle für Frauen, Essen
Dipl.-Psych. Michaela Düppe

Frauenberatungsstelle Düsseldorf
Ulrike Scheen
Fachbereich Frauen mit Behinderung

Psychosomatische Schwerpunktpraxis, Köln
Dr. Maria J. Beckermann
Frauenheilkunde

Wildwasser Bielefeld e.V.
-Anlauf- und Beratungsstelle für Frauen, die in ihrer
Kindheit sexuelle Gewalt erfahren haben....
oder sich von diesem Thema berührt fühlen-

Frauenberatungsstelle Witten
Marion Steffens
LAG autonomer Frauenhäuser NRW

Frauen-Notruf Göttingen
Beratung, Fortbildung & Information zu sexueller Gewalt
und bei Gewalt in der Partnerschaft
Katrin Hille
Gestalt- und Traumatherapeutin

Rechtsmedizinische Untersuchungsstelle für Opfer von Gewalt
Universitätsklinikum Hamburg Eppendorf
Dr. med. Dragana Seifert

Klinikum Nord
Hamburg Ochsenzoll
Station 23 (Traumastation)
Dr. Andrea Moldzio

Agisra Köln e.V.
Beratungsstelle für Migrantinnen

Fachhochschule Frankfurt
Prof. Dr. Irmgard Vogt
Expertin im Bereich Sucht

Bund deutscher Hebammen
Interdisziplinäre Arbeitsgruppe „Sexualisierte Gewalt und ihre
Auswirkungen auf Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett“
Jule Friedrich
Anja Erfmann

Gisela Gut
GUT Schulung und Training gegen Gewalt gegen Frauen
Trainerin im Rahmen des S.I.G.N.A.L.-Projektes
im Pflegebereich

Internationales Frauenhaus Düsseldorf (AWO)
Silvia Rau

Bundesvernetzungsstelle autonomer Notrufe (BaF)
Dipl.- Psych. Sigrid Bürner

Pflegewissenschaften, Bremen
Prof. Dr. Hanneke van Maanen

Psychotherapeutische Praxis an den Barbarthermen, Trier
Dipl. Psych. Ulrike Karren-Derber
AK Frauen Sucht Gesundheit (DG SPS)

Frauenberatungsstelle Beckum
Dipl. Päd. Birgitta Rennefeld
Psychotherapeutin ECP

Dipl. Soz. Beate Leopold
Expertin im Bereich Prostitution

Anlage 2: Interview-Leitfaden

1. Wo sehen Sie in Ihrem Bereich Defizite und Hindernisse zu einer besseren gesundheitlichen Versorgung von Mädchen und Frauen mit Gewalterfahrungen?
2. Welches wären Ihrer Meinung nach praktikable und sinnvolle Empfehlungen für die Aus- und Fortbildung der verschiedenen Professionen, bzw. für die Verbesserung der Versorgung?
3. Wer wären Ihrer Meinung nach die relevanten Akteure, die zum Erarbeiten von Wegen der Implementierung in das Gesundheitswesen mit einbezogen werden sollten?
4. Welche Empfehlungen können Sie für Standards bei der Anamnese, Diagnostik und Dokumentation geben?
5. Welche Differenzierungen für bedarfsgerechte Versorgung nach kulturellem Hintergrund, Lebensphase und Lebenslage sind Ihrer Meinung nach notwendig?
6. Sind Ihnen Modelle guter Praxis im In- und Ausland bekannt?

Anlage 3: TeilnehmerInnenliste der Fachtagung

Fachtagung zum Thema Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung gewaltbetroffener Frauen und Mädchen (Bielefeld, 25. und 26.10.2002)

Bohne, Sabine, Universität Osnabrück

Bürner, Sigrid, Bundesvernetzungsstelle autonomer Notrufe (BaF)

Czerwinski, Claudia (Dr. med.), Medusana-Stiftung/ AKF/Ärztinnenbund

Diggens-Rösner, Angelika, Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend

Engl, Veronika (Dr. med.), Klinik für psychosomatische und psychotherapeutische Medizin, Bielefeld

Erfmann, Anja, Bund dt. Hebammen

Friedrich, Jule, Bund dt. Hebammen

Gage-Lindner, Nancy, Hessisches Sozialministerium

Gießelmann, Helga, Mitglied der Enquête-Kommission "Zukunft einer frauengerechten Gesundheitsversorgung in NRW"

Hagemann-White, Carol (Prof. Dr.), Universität Osnabrück
Hauptmeyer, Katrin, Universität Osnabrück
Hellbernd, Hildegard, Wissenschaftliche Begleitung des S.I.G.N.A.L.–Projektes
Hollitzer, Elke, Bundesministerium für Gesundheit und Soziales
Klärs, Gabriele, Koordinierungsstelle Frauengesundheit NRW
Koch, Mareike, Bundeskoordination Frauengesundheit
Konitzer, Monika, Psychotherapeutenkammer NRW
Kramer, Claudia (Dr. med.), Kassenärztliche Vereinigung WL, Berufsverband der Nervenärzte
Linden, Jörn (Dr. med.), Hausärzterverband Westfalen im BDA
May, Angelika, Intervention im Gesundheitsbereich gegen Gewalt an Frauen e.V.i.Gr.
Rapp-Engels, Regine (Dr. med.), Ärztekammer WL
Rauchfuß, Martina (Dr. med.), Dt. Gesellschaft für psychosomatische Frauenheilkunde und Geburtshilfe, DGPF
Ries, Veronika, Bundesausschuss „Ärzte und Krankenkassen“
Scheen, Ulrike, Frauenberatungsstelle Düsseldorf e.V.
Steffens, Marion, LAG autonomer Frauenhäuser
Struff-Kordt, Ulla, Fachausschuss für Müttergenesung NRW
Wojcinski, Michael, (Dr. med.) Berufsverband der Frauenärzte e.V. Landesverband Westfalen-Lippe
Wöllenstein, Heike, AOK-Bundesverband
Zoike, Erika, BKK-Bundesverband

Anlage 4: Maßnahmen zur Verbesserung der Versorgungsqualität

Die Fülle von Verbesserungsvorschlägen und Interventionsmaßnahmen, die in der Fachliteratur und in den Expertinnengesprächen identifiziert wurden, fasste das Team vorbereitend auf folgende Punkte zusammen, welche (mit Erläuterungen) als Arbeitsgrundlage für den Workshop dienten. Es handelte sich um eine strukturierende Übersicht von Möglichkeiten, über deren Relevanz und Umsetzbarkeit für die Praxis aus der Sicht der AkteurInnen im Gesundheitswesen gesprochen wurde.

1. Frage Gewalterfahrungen im Rahmen der Anamnese oder im Behandlungssetting
2. Qualifiziertes Informationsmaterial bereitstellen und Verbreitung gewährleisten
3. Erweiterung der Zulassung in der Psychotherapie
4. Versorgungs- und Beratungslücken schließen
5. Abrechnung für spezifische Behandlungen verbessern
6. Qualitätsstandards entwickeln und festlegen
7. Sprachvermittlung und muttersprachliche Therapie
8. Modellhafte Alternativen ermöglichen
9. Modellprojekte einrichten und fördern
10. PatientInnenrechte stärken

Vorschläge für die Aus-, Fort- und Weiterbildung:

Vermittlung von Grundwissen, z.B. über Prävalenz und Erscheinungsformen von Gewalt, Gewaltdynamik, Auswirkungen auf Gesundheit, berufsspezifische Handlungsmöglichkeiten und -pflichten in der Erstausbildung der Gesundheitsberufe oder in der angeleiteten Praxisphase.

Berufsbegleitende Fortbildungen und Schulungen anbieten oder auch verpflichtend vorschreiben: für die unterschiedlichen Professionen / Berufe, aber auch in den relevanten Ein-

richtungen (vgl. Kapitel 8.7), um aktuelles Wissen und praxisbezogene Handlungskompetenz zu vermitteln. Die Fortbildungsformen können berufsspezifisch, interdisziplinär oder auch interinstitutionell, die Inhalte fachspezifisch und/oder fachübergreifend sein.

Finanzierung der Fortbildungen sichern und MultiplikatorInnen in ausreichender Anzahl für die Durchführung der Fort- und Ausbildungsangebote schulen.

Der Bereich der Aus- Fort- und Weiterbildung wurde in einer Arbeitsgruppe gesondert besprochen, wobei es u.a. darum ging, womit zuerst begonnen werden kann.