

Hildegard Hellbernd, Karin Wieners

## Gewalt gegen Frauen im häuslichen Bereich – Gesundheitliche Folgen, Versorgungssituation und Versorgungsbedarf

Während in den vergangenen ca. 20 Jahren in der BRD eine recht differenzierte Infrastruktur zur Unterstützung und Beratung gewaltbetroffener Frauen etabliert werden konnte, wurde den gesundheitlichen Auswirkungen der Gewalt und dem medizinischen Versorgungsbedarf der Frauen bislang wenig Beachtung geschenkt. Anders als in vielen angloamerikanischen und einigen europäischen Ländern scheint die bundesdeutsche Medizin- und Gesundheitsforschung sowie -versorgung die Erkenntnis, dass Gewalt ein zentrales und im Ausmaß mit Krebs- und Kreislauferkrankungen, HIV und Tuberkulose vergleichbares Gesundheitsrisiko für Frauen darstellt (Heise et al. 1994), weitgehend auszublenden. Nur vereinzelt und meist mit dem Fokus auf den Aspekt der sexualisierten Gewalt lassen sich bislang Forschungsarbeiten und spezifische Versorgungskonzepte finden. Anders die Situation im internationalen, insbesondere im angloamerikanischen Raum: Hier zeigt eine fast unüberschaubare Zahl an Studien und Praxisberichten, dass

- sich Gewalterfahrungen auf die psychische, soziale und körperliche Gesundheit von Frauen auswirkt,
- die medizinische Versorgungssituation durch Mangel- und Fehlversorgung geprägt ist,
- die Behandlung und Versorgung gewaltbedingter Verletzungen und Erkrankungen Kosten in Milliardenhöhe verursacht und
- Interventions- und Präventionsmöglichkeiten gegen Gewalt auch im Bereich der gesundheitlichen und medizinischen Versorgung systematisch aufgebaut und genutzt werden können.

Im Folgenden wollen wir den Stand der Diskussion, Praxis und Forschung zu gesundheitlichen Auswirkungen der Gewalt gegen Frauen sowie vorhandene Versorgungsmodelle im Bereich der medizinischen Versorgung vorstellen. Wir konzentrieren uns dabei vor allem auf den Aspekt der sogenannten häuslichen Gewalt, also derjenigen Gewalt, die zwischen Personen erfolgt, die in einer nahen sozialen Beziehung zueinander stehen oder standen. Diese Form der Gewalt macht zwei Drittel aller Gewalttaten gegen Frauen aus.

*Häusliche Gewalt*

Der Begriff häusliche Gewalt hat sich in der BRD zur Beschreibung von Gewalt zwischen Personen, die in einer engen Beziehung zueinander stehen oder standen, in den vergangenen Jahren zunehmend etabliert.<sup>1</sup> Beschrieben wird damit ein komplexes Muster vielschichtiger Handlungs- und Verhaltensweisen, die darauf zielen, Macht und Kontrolle über eine andere Person, ihr Handeln und Denken zu gewinnen. Polizeistatistiken zufolge sind es zu 90 % Frauen, die von häuslicher Gewalt durch den (ehemaligen) Lebenspartner betroffen sind (Schweikert 2000: 46).

Körperliche und sexuelle Gewalttaten bilden nur einen Teilbereich der Problematik häusliche Gewalt. Eingebettet sind sie in der Regel in vielfältige, subtile Formen der Machtausübung, durch die Unabhängigkeit, Selbstvertrauen, Kontrollbewusstsein und Handlungsspielräume der betroffenen Person unterminiert und Abhängigkeiten aufgebaut bzw. gefestigt werden. Von Gewalt betroffene Frauen beschreiben die Gewalt, die sie in ihren Beziehungen erfahren (haben), in der Regel als einen dynamischen, vielschichtigen Prozess. Walker (1983) fasste diese Beschreibungen in den Begriff »Kreislauf der Gewalt« und benannte drei analytisch trennbare, in der Praxis miteinander verwobene Phasen: die Phase des »Spannungsaufbaus«, die Phase des »Gewaltausbruchs« und die Phase der »Entschuldigungs- und Entlastungsversuche«. Kommt es zu einem Kreislauf dieser Phasen, drohen Eskalationen: Offene Gewaltausbrüche nehmen an Häufigkeit und Schwere zu, Entlastungs- und Entschuldigungsphasen sinken.

Wie viele Frauen in der BRD häusliche Gewalt erfahren oder erfahren haben, lässt sich nur unzureichend beziffern. Bis heute fehlt eine repräsentative Untersuchung, die die Problematik in ihrer Vielschichtigkeit und in ihrem Ausmaß erfasst. Ausschnittsweise erhellt wird sie bislang durch die Opferbefragung des kriminologischen Instituts Niedersachsen (KFN), durch polizeiliche Anzeige- bzw. Einsatzstatistiken, kleinere, regional begrenzte Studien und Angaben über die Anzahl der Frauen, die jährlich in Frauenhäusern Schutz suchen.

Die Untersuchung des KFN (Wetzels/Pfeiffer 1995) zeigte, dass 16 % der befragten Frauen in den letzten vier Jahren mit Gewalt durch eine ihnen nahestehende Person konfrontiert worden war. Jede siebte Frau im Alter zwischen 20-59 Jahren gab an, mindestens einmal in ihrem Leben Opfer einer Vergewaltigung oder sexuellen Nötigung geworden zu sein. Eine Einsatzstatistik einzelner Berliner Polizeiabschnitte zeigt, dass für den Gesamttraum Berlin von täglich 35-40 Einsätzen aufgrund häuslicher Gewalt ausgegangen werden kann. Bezogen auf ein Jahr bedeutet dies



12 600 bis 14 400 Einsätze (Schweikert 2000: 46f.). Schutz in Frauenhäusern sucht dabei nur ein Bruchteil der betroffenen Frauen. In Berlin sind es jährlich ca. 2 200 Frauen, in der gesamten BRD etwa 45 000 (BMFSFJ 2001: 259).

Es gibt keine Anhaltspunkte, dass häusliche Gewalt auf eine soziale Gruppe beschränkt ist, sondern es kann davon ausgegangen werden, dass häusliche Gewalt Frauen unabhängig von Bildungsstand, Einkommen, Nationalität, Religion, Alter oder ethnischer Zugehörigkeit trifft (Brückner 1998).

#### *Gesundheitliche Folgen*

Es sind vor allem Forschungsberichte aus Zufluchts-, Beratungs- und Unterstützungsprojekten für betroffene Mädchen und Frauen, die hierzulande die gesundheitlichen Folgen von Gewalt erhellen.<sup>2</sup> Bereits Ende der 70er Jahre zeigte eine Untersuchung unter 300 Bewohnerinnen des ersten Berliner Frauenhauses, dass 80 % der befragten Frauen Körperverletzungen erlitten hatten, viele Frauen unter psychosomatischen Beschwerden und chronischen Schäden an inneren Organen und am Bewegungsapparat litten (Hageman-White et al. 1981; BMFSFJ 2001). Differenzierte Einblicke in das weite Spektrum gesundheitlicher Folgen von Gewalt zeigen Studien aus angloamerikanischen Ländern.

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. Je nach Art der Verletzungen können bleibende Behinderungen entstehen wie Einschränkungen der Seh- und Hörfähigkeit (Muellemann 1996; Fanslow et al. 1998).

Weitere *somatische Beschwerden* sind Kopf-, Rücken-, Brust- und Unterleibsschmerzen (Muellemann 1998), Magen-Darm-Störungen (Drossmann et al. 1995), Übelkeit/Brechreiz, Atemnot und Essstörungen. Frauen, die häusliche Gewalt erlebt haben, berichten über chronische Anspannung, Angst und Verunsicherungen, die sich als Stressreaktionen in psychosomatischen Beschwerdebildern manifestieren (McCauley et al. 1995). Im Zusammenhang mit sexueller Gewalt kommt es zu vaginalen Verletzungen und Blutungen, Harnwegsinfektionen, Störungen der Menstruation und Beeinträchtigungen der reproduktiven Gesundheit (Schmuel/Schenker 1998).

Belegt sind zudem durch Gewalt verursachte Schwangerschaftskomplikationen, Verletzungen beim Fötus und ein niedriges Geburtsgewicht

von Neugeborenen (Cokkinides 1999). Im Vergleich zu Frauen ohne Miss-handlungserfahrungen zeigt sich ein höheres Risiko von Fehlgeburten und ein um das vierfache erhöhtes Risiko einer Frühgeburt (Schmuel/Schenker 1998).

Häusliche Gewalt hat nicht zuletzt vielfache Auswirkungen auf die *psychische Gesundheit* von Frauen. Beschrieben werden insbesondere Depression, Angst- und Panikattacken, Nervosität, Schlafstörungen, Konzentrationsschwäche, Störungen des sexuellen Empfindens, der Verlust von Selbstachtung und Selbstwertgefühl (Ratner 1993; Campbell 1998). US-amerikanische Studien zeigen, dass 29% der Frauen, die einen Suizidversuch unternommen haben, Gewalt erfahren haben, 37% der Frauen mit Gewalterleben unter Depressionen leiden, 46% mit Angst- und Panikattacken und 45% mit posttraumatischen Belastungsstörungen reagieren (vgl. Warshaw 1998: 56f.).

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.<sup>3</sup> Die Gefahr eines chronischen Verlaufs wird bei Frauen als viermal höher eingeschätzt (Teegen 2000).

Die Frage, wie hoch der Anteil von Frauen ist, die aufgrund gewaltbedingter Verletzungen und Beschwerden medizinische Versorgung in Anspruch nehmen, lässt sich für die Bundesrepublik nicht beantworten. Internationale v.a. nordamerikanische Studien beziffern die Akutprävalenz häuslicher Gewalt in Notfalleinrichtungen bis zu 26% (Muellemann 1996). Eine von Dearwater (1998) durchgeführte Studie in 11 Notaufnahmestationen kommunaler Krankenhäuser in den USA zeigte, dass die Prävalenz akuter körperlicher Misshandlungen bei 2,2% lag, 14,4% der Patientinnen innerhalb des letzten Jahres körperlicher und/oder sexueller Gewalt ausgesetzt waren und 36,9% der Frauen im Laufe ihres Lebens emotionale oder körperliche Gewalt von Seiten des Partners erlebt hatten. Der Anteil der Frauen, die mit körperlichen Verletzungen die Erste Hilfe aufsuchen, scheint dabei geringer als der Anteil von Patientinnen, die sich mit Beschwerdebildern wie Angstattacken, Schmerzsyndromen, Depressionen und Suizidversuchen an die Notaufnahme richten (Abbott et al. 1995).

#### *Unzureichende Versorgungssituation für gewaltbetroffene Frauen*

Ebenso wie gesundheitliche Folgeschäden von häuslicher Gewalt hierzulande weitgehend unerforscht sind, bleiben Anforderungen an eine bedarfsgerechte Versorgung überwiegend undiskutiert. Eine Ausnahme



bilden dabei die Aspekte sexueller Missbrauch in der Kindheit und Folgen sexualisierter Gewalt, die in den letzten Jahren auch im Gesundheitsbereich Beachtung erhalten haben (AKF 1997; BMFSFJ 2001).

Für betroffene Frauen bedeutet die Verdrängung und Ausblendung der Gewaltproblematik ein hohes Risiko, dass Gesundheitsstörungen nicht als gewaltbedingt erkannt und nicht adäquat behandelt werden. Die somatische Ausrichtung der medizinischen Versorgung bleibt häufig auf eine symptomorientierte Behandlung beschränkt, psychosoziale Beratung und Unterstützungsleistungen, Interventions- und Präventionsmöglichkeiten werden selten angeboten. Es besteht die Gefahr von Fehlversorgung und einer Chronifizierung ihrer Beschwerden (vgl. Fraktion Bündnis 90/Die Grünen 1997; Maschewsky-Schneider et al. 2001).

Untersuchungen sowie eigene Forschungsergebnisse zeigen, dass die Wahrnehmung von Gewalt als Ursache der gesundheitlichen Beschwerden und ein Ansprechen der Gewaltproblematik durch eine Vielfalt von Barrieren erschwert bzw. verhindert wird. Mediziner, Medizinerinnen und Pflegekräfte fühlen sich vielfach nicht kompetent im Umgang mit der Gewaltproblematik. So wissen sie teilweise nicht, welche weitergehende Unterstützung angeboten werden kann, da sie nicht über das vorhandene Hilfesystem informiert sind, oder sehen keinen Handlungsbedarf, da sie die gesellschaftlichen Mythen und Vorurteile gegenüber gewaltbetroffenen Frauen teilen (McCauley et al. 1998). Selbst wenn ein Zusammenhang zwischen den Beschwerden und Verletzungen und häuslicher Gewalt offensichtlich ist, wird so der Gewalthintergrund nur selten angesprochen.

Einer kanadischen Studie zufolge wird nur in einem von 25 Fällen Gewalt als ursächliches Problem erkannt (Day 1995). Eine Untersuchung in einer nordamerikanischen Family Practice Clinic kommt zu dem Ergebnis, dass 22,6 % der Patientinnen innerhalb des letzten Jahres von ihrem Partner körperlich misshandelt worden waren, jedoch nur 1,5 % der Frauen nach Misshandlungserfahrungen befragt wurden (Hamberger/Saunders/Hovey 1992).

Nach einer Studie von Mark (2000), die in einzelnen Berliner Bezirken durchgeführt wurde, erkennen niedergelassene Ärzte und Ärztinnen nur jeden zehnten Fall häuslicher Gewalt.

Barrieren bestehen ebenfalls auf Seiten der Patientinnen. Zum Teil nehmen misshandelte Frauen keine medizinische Hilfe in Anspruch, da sie – auch wenn sie nicht direkt vom Partner an einem Arztbesuch gehindert werden – den Weg in die ärztliche Praxis aufgrund von Angst und Scham scheuen. Sie haben Angst, auf Kritik und Unverständnis zu stoßen, Angst vor einer Retraumatisierung durch mangelnde Sensibilität auf

ärztlicher Seite und Angst, sich abermals in eine Situation des Kontrollverlusts zu begeben (Beckermann 1998).

Nach einer Studie von Day (1995) nahmen in Kanada insgesamt nur 28% der Frauen, die durch ihren Partner verletzt wurden, direkt ärztliche Hilfe in Anspruch. Obwohl bei 45% der Frauen, die durch häusliche Gewalt verletzt waren, gravierende Verletzung eine ärztlichen Versorgung notwendig gemacht hätten, suchte nicht einmal die Hälfte der Frauen ärztliche Hilfe auf (zit. nach Kavemann 2000: 37). Die Folgen einer Nichtbehandlung können Chronifizierungen und dauerhafte Behinderungen und Beeinträchtigungen sein. Die Gefahr ist groß, dass neurologische Folgeschäden von Gewalt nicht erkannt werden, dass z.B. häufige Kopfschmerzen bei misshandelten Frauen auf nicht behandelte Bewusstlosigkeit durch Gewalteinwirkungen zurückgeführt werden können (Campbell 1998:6).

#### *Unter-, Über- und Fehlversorgung*

Krankheitsverläufe von Frauen mit Gewalterfahrungen zeigen, dass eine Nichtberücksichtigung der Ursachen ihrer Beschwerden zu einer höheren Inanspruchnahme gesundheitlicher Versorgung und zu Überdiagnostik und *Überversorgung* führen kann. Aus dem gynäkologischen Versorgungsbereich liegen Hinweise vor, dass bei Patientinnen mit Unterleibsbeschwerden diese häufig nicht im Zusammenhang mit sexuellen Gewalterfahrungen gesehen werden und dementsprechend eine adäquate Behandlung unterbleibt (Beckermann 1998). Behandelnde in psychosomatischen Kliniken und Rehakliniken gehen davon aus, dass sich bei einem großen Anteil von Patientinnen mit vielfachen Unterleibsoperationen (sog. »gynäkologischen Operationskarrieren«) Beschwerden verfestigt haben, die auf Gewalterlebnisse zurückzuführen sind (BMFSFJ 2001: 600ff.). Gewaltbetroffene Patientinnen treffen in der Regel auf eine invasive Diagnostik und erfahren selten, dass ihre körperliche Reaktionen mit traumatisierenden Gewalterfahrungen in Beziehung gesetzt und in die Behandlung einbezogen werden.

Nicht erkannte Ursachen von Beschwerden erhöhen das Risiko einer *Fehlversorgung* wie insbesondere die Diskussion um eine Medikalisierung von Gesundheitsproblemen zeigt. So werden gewaltbetroffenen Frauen häufig Diagnosen zugeschrieben, die nur als sekundäre Diagnosen gelten können (Williamson 2000: 22). Im Zusammenhang mit psychischen Beschwerdebildern hat dies zur Folge, dass Frauen aufgrund unangemessener Diagnosen verstärkt psychotrope Medikamente verschrieben werden. Die bestehende geschlechtsspezifische Verschreibungspraxis



von Schmerz- und Beruhigungsmittel trägt zudem dazu bei, dass Frauen belastende und zerstörende Lebensverhältnisse wie gewalttätige Partnerschaften weiterhin ertragen.

Berichte aus dem Suchtbereich und psychosomatischen Kliniken zeigen, dass durch Gewalterfahrungen traumatisierte Frauen vielfach eine lange Geschichte von Fehlversorgung mit erfolglosen Therapien haben (Vogt 1999; BMFSFJ 2001: 602). Abgesehen von neuen Versorgungsmodellen finden Patientinnen in vielen psychosomatischen und psychiatrischen Versorgungseinrichtungen nicht die Bedingungen vor, die ihnen helfen, Gewalthintergründe anzusprechen. Grundsätzlich fehlt es an frauenspezifischen Angeboten in therapeutischen Einrichtungen, geschützten Räumen für gewaltbetroffene Patientinnen und spezifischen Therapieformen für traumatisierte Frauen.

#### *Gesellschaftliche und ökonomische Kosten von Gewalt*

Gewalt gegen Frauen bedeutet für die einzelne Frau negative Folgen für die Gesundheit und viel Leid, Schmerz, Beeinträchtigung von Chancen, Lebensfreude und Verlust von Lebenszeit. Darüber hinaus entstehen gesellschaftliche Kosten im sozialen und juristischen Bereich, im Gesundheits- und Bildungsbereich. Weitere Verluste entstehen im Erwerbsleben aufgrund von Arbeitsunfähigkeit, Arbeitslosigkeit und Frühberentung (Kavemann 2000).

Eine Schweizer Studie beziffert die jährlichen Folgekosten von häuslicher Gewalt auf 400 Mio. Schweizer Franken. Einbezogen sind dabei die Kosten in den Bereichen Polizei, Gericht, Strafvollzug, Gesundheitsversorgung, Sozialhilfe, Opferhilfe und Zufluchtseinrichtungen. Die Ausgaben für das Gesundheitswesen liegen an zweiter Stelle, Ausgaben für Frauenhäuser und -notrufe und für die Forschung nehmen die vorletzte bzw. letzte Stelle ein (Godenzi/Yodanis 1998). In Kanada werden die jährlichen Kosten von sexueller Gewalt, Gewalt in intimen Partnerschaften und sexuellem Missbrauch auf 4,2 Mrd. kanad. Dollar (2,8 Mrd. US\$) geschätzt. Allein für die Gesundheitsversorgung misshandelter Frauen entstehen Kosten in Höhe von 408,3 Mio. Dollar. Es wird geschätzt, dass 87,5 % der Kosten auf den Staat, 11,5 % auf die Betroffenen von Gewalt und 9 % auf Dritte wie Familien und Freunde sowie Versicherungen entfallen (Greaves et al. 1995). In den USA stellt eine 1994 in Minnesota unter 18-64 jährigen krankenversicherten Frauen durchgeführte Studie fest, dass die jährlichen Versorgungskosten für Patientinnen mit Gewalterfahrungen durchschnittlich um 1775,- US\$ höher lagen als die von Patientinnen ohne Gewalterfahrungen (Wisner et al.

1999). Die Studie kommt zu dem Ergebnis, dass ein früheres Erkennen von gewaltbedingten Beschwerden und adäquate Behandlung auf längere Sicht zu größeren Einsparungen für das Gesundheitswesen führen kann.

### *Wege zu einer bedarfsgerechten Versorgung*

In den USA und anderen angloamerikanischen Ländern ist die Bedeutung von häuslicher Gewalt gegen Frauen für den Gesundheitsbereich und den Versorgungsbedarf anerkannt. In den vergangenen ca. 15 Jahren hat sich eine breite, interdisziplinäre und richtungsweisende Praxis und Forschung zum Versorgungsbedarf entwickelt. Einrichtungen der medizinischen Versorgung werden als bedeutende Orte für Präventions- und Interventionsansätze gesehen. Ausgangspunkt der Intervention ist die Erkenntnis, dass gewaltbetroffene Frauen medizinische Hilfe in Anspruch nehmen und somit die Behandelnden und Pflegenden zu den ersten und mitunter einzigen Personen gehören, die professionelle Unterstützung anbieten.

Auch wenn Frauen Gewalterfahrungen nur selten von sich aus ansprechen, betrachten sie Pflegekräfte, Ärztinnen und Ärzte als wichtige Ansprechpersonen<sup>4</sup> (McCauley et al. 1998). Erfahrungen im Gesundheitsbereich und Studien haben gezeigt, dass viele Frauen offen über die Misshandlungen sprechen, wenn sie darauf angesprochen werden. Ihre Gesprächsbereitschaft hängt aber in hohem Maße davon ab, ob sie in einer direkten, mitfühlenden und nicht verurteilenden Form angesprochen werden (Rodriguez/Quiroga/Bauer 1996).

Interventionsprojekte gegen Gewalt werden in den USA seit Anfang der 90er Jahre vor allem in Notfall-/Erste-Hilfe-Ambulanzen, Allgemeinchirurgie, Geburtshilfe/Gynäkologie, Pädiatrie, allgemeinärztlichen Praxen und psychiatrischen Abteilung etabliert. Medizinische Einrichtungen werden dabei als wichtige Schnittstelle für weitere Unterstützungsleistungen gesehen. In diesem Kontext wurden von allen bedeutenden medizinischen und pflegerischen Fachgesellschaften Versorgungsleitlinien entwickelt (Osattin/Short 1998). Eine adäquate, Versorgung umfasst dabei folgende Handlungsstandards:

- Die routinemäßige Befragung aller Patientinnen nach Gewalterfahrungen.
- Das Abklären der Gefährdung und des Schutzbedürfnisses von betroffenen Patientinnen.
- Die gerichtsverwertbare Dokumentation von Verletzungen und Beschwerden.
- Die Vermittlung weitergehender sozialer Unterstützungs- und Beratungsangebote.



In vielen Krankenhäusern wurden entsprechende Programme etabliert, zu denen Ablaufpläne, Dokumentationsvordrucke sowie Fortbildungsprogramme für das Personal gehören, die auf das Erkennen, Behandeln und Dokumentieren von häuslicher Gewalt abzielen. Prävention und Intervention gegen Gewalt wird als eine interdisziplinäre Aufgabe begriffen, an der alle involvierten Berufsgruppen beteiligt sind, und umfasst eine enge Zusammenarbeit mit kommunalen Einrichtungen zur Unterstützung für Opfer von Gewalt. – In der Bundesrepublik fehlen bislang Leitlinien, die dazu beitragen könnten, die Sensibilität für Gewalt als Gesundheitsrisiko zu fördern und Handlungskompetenzen der professionell Tätigen zu verbessern. Es fehlen Fortbildungskonzepte, um Ärzte, Ärztinnen und Pflegende als kompetente Ansprechpartner auszubilden.<sup>5</sup>

Ein erster Versuch, Interventionskonzepte nach dem angloamerikanischen Modell hier zu integrieren, wurde mit dem »S.I.G.N.A.L.-Interventionsprojekt gegen Gewalt an Frauen« unternommen, das als erstes Modellprojekt zur Verbesserung der medizinischen Versorgung misshandelter Frauen im Oktober 1999 am Berliner Universitätsklinikum Benjamin Franklin eröffnet wurde.<sup>6</sup> Das Klinikum hat sich zum Ziel gesetzt, zu einer ausgewiesenen Anlaufstelle für Frauen zu werden, die mit häuslicher Gewalt konfrontiert sind, und gewaltbetroffenen Frauen eine bedarfsgerechte Versorgung und Unterstützung anzubieten. Behandelnde und Pflegende sollen die Tabuisierung von häuslicher Gewalt durchbrechen und Gewalt als bedeutendes Gesundheitsrisiko für Frauen in Anamnese und Behandlung berücksichtigen.<sup>7</sup> Seit April 2000 wird das S.I.G.N.A.L.-Interventionskonzept für den Zeitraum von drei Jahren wissenschaftlich begleitet.<sup>8</sup>

### *Perspektiven*

Derzeit sind Reaktionen auf die Problematik der Gewalt gegen Frauen vor allem auf frauen-, sozial- und rechtspolitischer Ebene begrenzt. Eine Einbeziehung der Gesundheitspolitik ist dringend angeraten, um Lücken im Forschungs- und Versorgungsbereich zu schließen. Sollen Gesundheitschancen für Frauen erhöht und vorhandene Risiken für die Gesundheit von Frauen abgebaut werden, muss die Problematik der Gewalt gegen Frauen eine eigenständige, adäquate Beachtung finden. Dringender Handlungsbedarf besteht in folgender Hinsicht:

- Aufbau und Förderung eines multi- und interdisziplinären Forschungsbereichs, aus dem heraus grundlegende Daten über Zusammenhänge zwischen Gewalt und Gesundheit gewonnen sowie Versorgungsbedarfe ermittelt werden;

- Entwicklung von Interventionsprojekten in der ambulanten, stationären und notfallmedizinischen Versorgung: Insbesondere im stationären und notfallmedizinischen Bereich ist die Einrichtung interner Koordinationsstellen, die auch für die weitergehende soziale Beratung betroffener Frauen zuständig sein sollten, dringend notwendig;
- Fortbildungen für Beschäftigte in der medizinischen und gesundheitlichen Versorgung. Sie müssen ergänzt werden durch schriftliches Informationsmaterial, Leitlinien für die Diagnostik und Versorgung und durch eine strukturelle Verankerung von Maßnahmen und Angeboten;
- Einbeziehung der Problematik in die ärztlichen und pflegerischen Ausbildungscurricula;
- Aufbau und Förderung praxisorientierter Netzwerke und Kooperationsstrukturen zwischen Einrichtungen der medizinischen und gesundheitlichen Versorgung sowie Zufluchts- und Beratungsprojekten;
- breite Aufklärungskampagnen zu Gewalt als zentralem Risiko für die Gesundheit von Frauen.

Korrespondenzadresse:

Dipl. Päd. Hildegard Hellbernd, MPH

Dipl. Pol. Karin Wieners, MPH

Technische Universität Berlin, Institut für Gesundheitswissenschaften

Ernst-Reuter-Platz 7

10587 Berlin

e-mail: hellbernd@ifg.tu-berlin.de

### Anmerkungen

- 1 Betont sei an dieser Stelle, dass der Begriff häusliche Gewalt keinesfalls unumstritten ist, da er die Geschlechtlichkeit der Gewalt verschleiert und sie durch die Betonung der Örtlichkeit entpersonalisiert. Zur Diskussion des Begriffs siehe Schweikert 2000.
- 2 Vgl. Egger et al. 1995, Abschlussberichte liegen unter anderem vor von Hagemann-White et al. 1981, Modellprojekt Frauenhaus Berlin; Günther et al. 1991, Beratungsstelle und Zufluchtswohnung für sexuell missbrauchte Mädchen, Helfferich et al. 1997, Anlaufstelle für vergewaltigte Frauen.
- 3 Reaktionen auf das Erleben von traumatischen Ereignissen wie Folter, Vergewaltigung und Katastrophen sind seit Beginn der 90er Jahre als »Post-traumatic-stress-disorder« (PTSD) im Manual DSM IV (ICD-10) erfasst. Das Konzept der PTSD zur Beschreibung der Folgen von (sexualisierter) Gewalt wurde entscheidend von Judith Herman (1993) weiterentwickelt. Sie beschreibt, wie andauernde Traumata in engen sozialen Beziehungen – wie im Fall von häuslicher Gewalt – zu einer massiven Bedrohung der körperlichen, sexuellen und psychischen Integrität führen und



einen Verlust der Selbstkontrolle über den eigenen Körper und des Vertrauens in die Welt zur Folge haben können. Chronische Traumatisierung ist u.a. dadurch gekennzeichnet, dass die Betroffene keinen Entspannungszustand kennt, so dass neben Unruhe und Schlaflosigkeit zahlreiche somatische Beschwerden auftreten können. Die Symptome, die mit dem traumatisierenden Ereignis und gesundheitlichen Problemen einhergehen, sind als Anpassungs-, Schutz- und Überlebensstrategien zu verstehen.

- 4 Eine Umfrage unter Patientinnen der Münchner Frauenklinik ergab, dass 20% der Befragten sexuelle Gewalt erlitten hatten, mehrheitlich durch einen ihnen nahestehenden Täter (75%). Viele der Frauen würden gern mit dem Arzt/der Ärztin über die erlebte Gewalt sprechen, aber nur 5% der Frauen hatten von sich aus die erlebte Gewalt angesprochen (Jundt et al. 2001).
- 5 Obwohl bereits Anfang der 80er Jahre konkrete Empfehlungen für das Gesundheitssystem formuliert und weitgehende Vorschläge für Krankenkassen im Rahmen eines Modellprojekts für misshandelte Frauen erarbeitet wurden (Hageman-White et al. 1981), haben diese Vorschläge bis heute allenfalls vereinzelt Beachtung gefunden. Eine strukturelle Aufnahme ins Gesundheitsversorgungssystem erfolgte nicht.
- 6 Das Projekt entstand als Kooperationsmodell aus dem Antigewaltbereich (Frauenzimmer, GUT-Training), mit den Frauenbeauftragten des Klinikums und mit Unterstützung der Fraktion Bündnis 90/DieGrünen.
- 7 Die einzelnen Buchstaben des Projektnamens »S.I.G.N.A.L.« stehen für Handlungsanweisungen: S = Sprechen Sie die Patientin an. I = Interview mit konkreten einfachen Fragen. G = Gründliche Untersuchung alter und neuer Verletzungen. N = Notieren und dokumentieren Sie alle Befunde und Angaben, so dass sie gerichtsverwertbar sind. A = Abklären des aktuellen Schutzbedürfnisses. L = Leitfaden mit Notrufnummern und Unterstützungsangeboten anbieten. Vgl. <http://www.medicin.fu-berlin.de/SIGNAL/>.
- 8 Die Autorinnen sind tätig in der wissenschaftlichen Begleitforschung zum S.I.G.N.A.L.-Projekt, Projektleitung: Prof. Dr. Maschewsky-Schneider. Vgl. <http://www.ifg-gs.tu-berlin.de>.

### Literatur

- Abott, J., Johnson, R. Koziol-McLain, J., Lowenstein, S. (1995): Domestic Violence against women. Indice and prevalence in an emergency department population. In: Journal of the American Medical Association 273, Nr. 22, 1763-1767
- Arbeitskreis Frauengesundheit in Medizin, Psychotherapie und Gesellschaft e.V. (AKF) (Hg.) (1997): Wege aus Ohnmacht und Gewalt. Frauengesundheit zwischen Menschenrechten und Grenzverletzung. Dokumentation der 3. Jahrestagung des AKF. Bünde
- Beckermann, M. (1998): Die gynäkologische Untersuchung und Begleitung von sexuell traumatisierten Frauen. In: Bremische Zentralstelle für die Verwirklichung der Gleichberechtigung der Frau (Hg.): Sexuelle Gewalt. Ursache für spezifische körperliche Beschwerden von Frauen und Mädchen. Dokumentation einer Fortbildung für Gynäkologinnen/Gynäkologen im Herbst 1996 in Bremen
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) (2001): Bericht zur gesundheitlichen Lage von Frauen in Deutschland. Schriftenreihe Band 209. Berlin. Kohlhammer

- Campbell, J.C. (1998): Making the Health Care System an Empowering Zone for Battered Women: Health Consequences, Policy Recommendations, Introduction, and Overview. 3-23. In: Campbell, J.C. (1998): Empowering Survivors of Abuse. Thousand Oaks/California. Sage Publications
- 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, 661-66
- Day, T. (1995): The Health-Related Costs of Violence Against Women in Canada: The Tip of the Icedberg. London, Ontario. Centre for research on Violence Against Women and Children, Centre for Excellence in Health Care Initiative
- Dearwater, S. et al. (1998): Prevalence of Intimate Partner Abuse in Women Treated at Community Hospital Emergency Departments. *Journal of the American Medical Association*, Vol. 280, 433-438
- Drossman, D.A., Talley, N.J., Leserman, J., Olden, K., Barreiro, M. (1995): Sexual and Physical Abuse and Gastrointestinal Illness. In: *Ann Intern Med.* 1995, Vol. 123, No 10, 782-94
- Fanslow, J., Norton, R.N., Spinola, C.G. (1998): Indicators of assault-related injuries among women presenting to the emergency department. *Annals of Emergency Medicine* Vol.32, No.3,341-48
- Fraktion Bündnis 90/Die Grünen im Abgeordnetenhaus Berlin (Hg.)(1998): Innere Sicherheit durch Prävention. Gesundheitliche Folgen und gesellschaftliche Kosten von Gewalt. Diskutiert am Beispiel der Gewalt gegen Frauen und Mädchen. Anhörung der Fraktion Bündnis 90/Die Grünen am 28. Oktober 1997. Berlin
- Godzeni, A., Yodanis, C. (1998): Erster Bericht zu den ökonomischen Kosten der Gewalt gegen Frauen. Universität Fribourg 1998
- Greaves, L., Hankivsky O. (1995): Selected estimates of the costs of violence against women. London, Ontario, Canada
- Günther, R.; Kavemann, B.; Ohl, D. (1991): Modellprojekt Beratungsstelle und Zufluchtswohnung für sexuell mißbrauchte Mädchen von »Wildwasser« - Arbeitsgemeinschaft gegen sexuellen Mißbrauch an Mädchen e.V., Berlin. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Familie und Jugend, Bd. 10. Stuttgart: Kohlhammer
- Hagemann-White, C.; Kavemann, B.; Kootz, J. (et al.) (1981): Hilfen für mißhandelte Frauen. Abschlußbericht der wissenschaftlichen Begleitung des Modellprojekts Frauenhaus Berlin. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Jugend, Familie und Gesundheit, Bd. 124. Stuttgart: Kohlhammer
- Hamberger, L.K., Saunders D.G., Hovey, M. (1992): Prevalence of domestic violence in community practice and rate of physician inquiry. *Family Medicine*, 24, 283-287
- Heise, L., Pitanguy, J., Germain, A. (1994): Violence against women: The hidden health burden. Washington: World Discussion Papers 255
- Helfferrich, C.; Hendel-Kramer, A.; Tov, E. (et al.) (1997): Anlaufstelle für vergewaltigte Frauen. Abschlußbericht der wissenschaftlichen Begleitforschung. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Bd. 146. Stuttgart: Kohlhammer
- Herman, J. L. (1993): Die Narben der Gewalt. Traumatische Erfahrungen verstehen und überwinden. München: Kindler
- Jundt, K., Peschers, U., Pfürtner, M., Kindermann, G. (2001): Zur sexuellen Gewalt im frauenärztlichen Alltag. Ergebnisse einer Umfrage. In: *Berichtsband des 53. Kongresses der DGGG – Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe*, 13.-16. Juni 2000. Hrsg.: Kindermann, G., Dimpfl, Th., Stuttgart, New York, Thieme 2001



- Kavemann, B. (2000): Was läßt sich die Gesellschaft die Gewalt im Geschlechterverhältnis kosten? S. 27-47. In: Wildwasser Berlin (Hg.): Input 2. Aktuell zum Thema sexualisierte Gewalt. Ruhnmark. Verlag Mebes & Noack
- Mark, H. (2000): Häusliche Gewalt gegen Frauen aus der Sicht niedergelassener Ärztinnen und Ärzte. In: Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften. 8, 332-346
- Maschewsky-Schneider, U., Hellbernd, H., Schaal, W., Urbschat, I., Wieners, K. (2001): Über-, Unter-, Fehlversorgung und Frauengesundheit. Ein Forschungsgegenstand für Public Health. In: Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz (8) 44:771-779. Springer-Verlag
- McCauley, J., Kern, D.E., Kolodner, K., Dill, L., Schroedseer, A.F., DeChant, H.K. et al. (1995): The »Battering Syndrome«. Prevalence and Clinical Characteristics of Domestic Violence in Primary Care Internal Medicine Practices. In: Annals of Internal Medicine 1995, Vol 123, Nr.10, 737-746
- McCauley, J., Yurk, R.A., Jenckes, M.W., Ford, D.E. (1998) Inside »Pandoras Box«. Abused Women's Experiences with Clinicians and Health Services. Journal of General Internal Medicine, 18 (8), 549-555
- McFarlane, Parker, B., Soeken, K. (1996): Abuse during pregnancy: Associations with maternal health and infant birth weight. Nursing research 45(1):32-37
- Muelleman, R.L., Lenaghan, P.A., Pakieser, R.A. (1996): Battered Women: Injury Location an Types. In: Annals of Emergency Medicine, Vol. 28, No. 5, November 1996:486-92
- Muelleman, R.L., Lenaghan, P.A., Pakieser, R.A. (1998), Nonbattering Presentations to the ED of Women in Physically Abusive Relationships, in: American Journal of Emergency Medicine, Vol 16, Nr. 2, März 1998:128-31
- Osattin, A., Short L. (1998): Intimate Partner Violence and Sexual Assault. A Guide to Training Materials and Programs for Health Care Providers. Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Injury Prevention and Control. Atlanta
- Ratner, P.A. (1993): The Incidence of Wife Abuse and Mental Health Status in Abused Wives in Edmonton, Alberta. In: Canadian Journal of Public Health, Vol. 84, No. 4, 1993:246-49
- Rodriguez, M.A., Quiroga, Bauer (1996): Breaking the Silence. Battered Women's Perspectives on Medical Care. In: Archives of Family Medicine, Vol 5, 153-58
- Schmuel, E., Schenker, J.G. (1998): Violence against women. The physicians role. In: European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology, Vol. 80, 239-45
- Schweikert, B. (2000): Gewalt ist kein Schicksal. Ausgangsbedingungen, Praxis und Möglichkeiten einer rechtlichen Intervention bei häuslicher Gewalt gegen Frauen unter besonderer Berücksichtigung von Polizei- und zivilrechtlichen Befugnissen. Schriften zur Gleichstellung der Frau, Bd. 23. Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft
- Teegen, F. (2000): Psychotherapie der Posttraumatischen Belastungsstörungen. Psychotherapeut 45:341-349
- Vogt, I. (1999): Prämissen einer frauenspezifischen Suchtarbeit. Ergebnisse aus der Forschung. In: Frauen-Sucht-Gesellschaft. Dokumentation der Fachtagung am 28. Januar 1999 in der Katholischen Akademie Trier. Ministerium für Kultur, Jugend, Familie und Frauen, Rheinland Pfalz. 5-31

- Walker, L. (1983): The battered women Syndrom Study. In: Finkelhor, D., Gelles, R., Hotaling G.: The dark side of families. Beverly Hills: Sage
- Warshaw, C. (1998): Identification, Assessment and Intervention with Victims of Domestic Violence. In: Warshaw C., Ganley A. (1998): Improving the Health Care Response to Domestic Violence: A Resource Manual for Health Care Providers. Produced by The Family Violence Prevention Fund. San Francisco. California
- Wetzels, P.; Pfeiffer, C. (1995): Sexuelle Gewalt gegen Frauen im öffentlichen und im privaten Raum. Ergebnisse der KFN-Opferbefragung 1992. KFN-Forschungsbericht Nr. 37, Hannover
- Williamson, E. (2000): Domestic Violence and Health. The response of the medical profession. Bristol. The Policy Press, University of Bristol
- Wisner, C., Gilmer, T., Saltzman, E., Zink, T. (1999): Intimate Partner Violence Against Women. Do Victims Cost Health Plans More? The Journal of Family Practice, 48, No.6, 439-443