

Prof. Dr. Carol Hagemann-White
Dipl. päd. Sabine Bohne
Universität Osnabrück
Fachbereich Erziehungs- und Kulturwissenschaften
Heger-Tor-Wall 9
D-49069 Osnabrück
sbohne@uni-osnabrueck.de

Stellungnahme zur Anhörung von Sachverständigen zur Novellierung des Gesetzes für den öffentlichen Gesundheitsdienst im Landtag Nordrhein-Westfalen am 17. November 2004.

Grundlage der Stellungnahme ist die Expertise „Versorgungsbedarf und Anforderungen an Professionen im Gesundheitswesen im Problembereich Gewalt gegen Frauen und Mädchen“, die von der Enquête-Kommission „Zukunft einer frauengerechten Gesundheitsversorgung NRW“¹ in Auftrag gegeben wurde.

Weitere Grundlage sind die seit Kurzem vorliegenden Ergebnisse der ersten Repräsentativuntersuchung: „Lebenssituation, Sicherheit und Gesundheit von Frauen in Deutschland“ (Schrötte/Müller 2004)², die das Ausmaß, die Formen und Folgen von Gewalt gegen Frauen verdeutlichen.³

Gewalt gegen Frauen und Mädchen wird inzwischen von internationalen Organisationen als eines der größten Gesundheitsrisiken für Frauen eingeschätzt. Die Weltgesundheitsversammlung verabschiedete bei ihrer Tagung im Jahr 1996 in Genf eine Resolution, in der Gewalt zu einem wichtigen weltweiten Problem der öffentlichen Gesundheit wurde. In der Resolution „Gewalt verhüten: ein wichtiges Public-Health-Anliegen“ (Resolution WHA49.25) wird unter anderem auf die unmittelbaren und langfristig schwerwiegenden Auswirkungen von Gewalt auf die Gesundheit von Menschen und die psychische und soziale Entwicklung hingewiesen. Gewalt hat überall zunehmend Folgen für das Gesundheitswesen und wirkt sich nachteilig auf die knappen Ressourcen aus, die in den Ländern für die Gesundheitsversorgung zur Verfügung stehen (WHO 2002: Weltbericht Gewalt und Gesundheit – Zusammenfassung)

Bislang ist das Gesundheitswesen zu wenig in Prävention, Intervention und Heilung im Bereich Gewalt im Geschlechterverhältnis eingebunden.

Der Wissensstand über Zusammenhänge zwischen Gewalt und Gesundheitsproblemen ist hierzulande unzulänglich und findet in Anamnese, Diagnostik und Behandlung der Professionellen im Gesundheitswesen immer noch wenig Beachtung. Neben der individuellen Folgen für Betroffene hat Gewalt gegen Frauen und Mädchen enorme Folgekosten, insbesondere für das Gesundheitssystem.

Prävalenz von gesundheitlich belastenden Gewalterlebnissen

Verlässliche repräsentative Zahlen für das Ausmaß von Gewalt gegen Frauen

¹ http://www.landtag.nrw.de/WWW/GB/II.1/EK/EKALT/13_EK2/Gewalt_Expertise_Endfassung2.pdf

² Die Studie wurde von März 2002 bis September 2004 durch das Interdisziplinäre Zentrum für Frauen- und Geschlechterforschung (IFF) der Universität Bielefeld im Auftrag des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend in Kooperation mit *infas* durchgeführt. Sie ist Bestandteil des nationalen Aktionsplans der Bundesregierung zur Bekämpfung von Gewalt gegen Frauen von 1999.

³ www.bmfsfj.de Stichwort – Forschungsnetz - Forschungsberichte

existieren für Deutschland seit Neustem. Im Rahmen der Studie wurden 10.000 Frauen (repräsentative Stichprobe - im Alter von 16-85 Jahren) in ganz Deutschland umfassend zu ihren Gewalterfahrungen, zu ihrem Sicherheitsgefühl und zu ihrer psychosozialen und gesundheitlichen Situation befragt.

Die Befunde der Untersuchung verweisen insgesamt auf hohe Gewaltbetroffenheiten in Deutschland. Demnach haben:

- über 1/3 aller befragten Frauen **körperliche Übergriffe seit dem 16. Lebensjahr** erlebt, die von wütendem Wegschubsen und leichten Ohrfeigen ohne Verletzungsfolgen bis hin zu Treten, Verprügeln und Waffengewalt reichten (etwa zwei Drittel dieser Frauen haben *auch* mittlere bis schwere Formen von körperlicher Gewalt erlebt).
- Etwa jede siebte in Deutschland lebende Frau, hat **sexuelle Gewalt seit dem 16. Lebensjahr** erlitten. Dieser Anteil bezieht sich auf eine *enge Definition* strafrechtlich relevanter Formen von erzwungener sexueller Gewalt wie Vergewaltigung, versuchte Vergewaltigung und sexuelle Nötigung; bei breiteren Gewaltdefinitionen, die auch schwerere Formen von sexueller Belästigung einbeziehen, würde dieser Anteil auf bis zu 34% ansteigen.
- Unterschiedliche Formen von **sexueller Belästigung** haben 58% der Befragten erlebt.
- Formen **psychischer Gewalt**, die von eingeschüchtert Werden oder aggressivem Anschreien über Verleumdungen, Drohungen und Demütigungen bis hin zu Psychoterror reichten, haben 42% der befragten Frauen benannt.
- Rund 25% der Frauen haben **körperliche oder sexuelle Übergriffe** (oder beides) durch **aktuelle oder frühere Beziehungspartner** erlebt. (Schröttle/Müller 2004: 9)

Die Untersuchung bestätigt insgesamt, dass Gewalt gegen Frauen überwiegend häusliche Gewalt durch männliche Beziehungspartner ist. Dabei konnte **kein** Zusammenhang mit Bildungsniveau oder Einkommen festgestellt werden: Häusliche Gewalt kommt gleichermaßen in allen sozialen Schichten vor.

Mit dieser repräsentativen Studie liegen für Deutschland erstmals fundierte Aussagen über das Ausmaß und (gesundheitliche) Folgen von Gewalt gegen Frauen vor, die Notwendigkeit einer **adäquaten gesundheitlichen Versorgung**, sowie einen verstärkten Fokus auf präventive Maßnahmen im Gesundheitswesen unterstreichen.

Gesundheitliche Folgen von Gewalt

Die gesundheitlichen **Auswirkungen** von Gewalt können individuell sehr verschieden sein. Auch sind die unterschiedlichen Gewaltformen nicht trennscharf als Ursachen fest umrissener Symptomkomplexe festzulegen: Die internationale Fachliteratur beschreibt ganz ähnliche schädliche Folgen bei ganz verschiedenen traumatischen Erlebnissen. Das macht es schwierig, von den Beschwerden her darauf zu kommen, dass sich dahinter Gewalt verbergen könnte. Bei **allen Gewaltformen** kommen gehäuft vor

- (1) längerfristige Angst- und Schlafstörungen,
- (2) Beziehungs- und Sexualitätsstörungen;

- (3) Elemente des „posttraumatisches Belastungssyndrom“ wie plötzlich sich aufdrängende Vorstellungen oder Gefühle;
- (4) Depressionen und Suizidalität;
- (5) Suchtgefährdung, insbesondere Alkohol und Medikamente, und
- (6) chronische Schmerzen.

Unsere Sichtung der internationalen Fachliteratur ergab auch Hinweise auf differenzielle Auswirkungen je nach Gewaltform (sexueller Missbrauch in der Kindheit, Vergewaltigung, Misshandlungen durch den Partner), die an dieser Stelle nicht weiter beleuchtet werden.

In der repräsentativen deutschen Umfrage konnten zum Teil erhebliche gesundheitliche, psychische und psychosoziale Folgen festgestellt werden.

- **55%** aller Frauen, die *körperliche* Gewalt erlebt haben und **44%** aller Frauen, die *sexuelle* Gewalt erlebt haben, haben **körperliche Verletzungen** aus diesen Situationen davongetragen, die von leichteren Verletzungen wie blauen Flecken bis hin zu Verstauchungen, Knochenbrüchen, Kopf- und Gesichtsverletzungen reichten. Bei etwa **einem Drittel** der Frauen mit Verletzungsfolgen waren diese so schwer, dass **medizinische Hilfe** in Anspruch genommen wurde.
- Das Risiko, körperliche Verletzungen aus den Situationen davonzutragen, war dann am höchsten, wenn es sich um **Gewalt durch Partner oder Ex-Partner** gehandelt hat. **64%** der Frauen, die körperliche oder sexuelle Übergriffe durch (Ex-)Partner erlebt haben, trugen aus diesen Situationen **körperliche Verletzungen** davon; die Situationen wurden zudem – bezogen auf die Angst vor ernsthafter/lebensgefährlicher Körperverletzung - als bedrohlicher erlebt als Gewalt in anderen Täter-Opfer-Kontexten.
- Gravierend waren auch die **psychischen Folgen von Gewalt und Übergriffen**: alle erfassten Formen von Gewalt gingen in hohem Maße mit psychischen Folgebeschwerden einher, die von Schlafstörungen, erhöhten Ängsten und vermindertem Selbstwertgefühl über Niedergeschlagenheit und Depressionen bis hin zu Selbstmordgedanken, Selbstverletzungen und Essstörungen reichten. Auffällig war, dass *psychische* Gewalt einerseits (die in Paarbeziehungen, oft aber auch im Arbeitskontext erlebt wird), sowie *sexuelle* Gewalt andererseits in besonders hohem Maße mit psychischen Folgeproblemen verbunden waren. (Schröttle/Müller 2004: 126ff)

Gesundheitsbezogene Intervention

Die Schlüsselbedeutung des öffentlichen Gesundheitsdienstes ist 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.

Die Kenntnisnahme und Berücksichtigung von Gewalt bzw. von schädigenden Übergriffen in ihrer geschlechtsbezogenen Ausprägung gehört zur 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. 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.

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 kommen. Gesundheitseinrichtungen können eine wichtige Schnittstelle zwischen Patientinnen und spezifischen Hilfeeinrichtungen sein. Hierfür ist die Kooperation mit beratenden und unterstützenden Einrichtungen unabdinglich. Dies ist aber in hohem 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.

Aufgrund der hier stark gekürzten Darstellung wird nicht im Einzelnen auf die Handlungsempfehlungen zur Veränderung des ÖGDG eingegangen, sondern in allen Bereichen befürwortet. Im Gesetz verankerte Grundlagen können die Basis für adäquate gesundheitliche Versorgung gewaltbetroffener Frauen und Kinder bieten und Interventionsmöglichkeiten im öffentlichen Gesundheitswesen optimieren. Hierzu ist eine interdisziplinäre Zusammenarbeit unerlässlich.