

Häusliche Gewalt macht krank!

Was können Ärztinnen und Ärzte dagegen tun? – Das Netzwerk „Frauen und Gesundheit“ Nordrhein-Westfalen diskutiert Handlungsmöglichkeiten

von Bärbel Brünger, Dagmar Starke und Monika Weber*

Zweiundzwanzig Prozent aller Frauen machen in ihrem Leben Gewalterfahrungen, die sich negativ auf ihre Gesundheit auswirken; sie werden misshandelt, vergewaltigt oder sexuell missbraucht. Der größte Teil dieser Übergriffe findet im sozialen Nahbereich statt. Zu diesem Ergebnis kommt ein aktuelles Gutachten für die Enquetekommission „Zukunft einer frauengerechten Gesundheitsversorgung in NRW“ (Hagemann-White/Bohne 2003). Häusliche Gewalt ist damit eine der größten Gesundheitsgefährdungen für Frauen in Deutschland.

Wie die gesundheitliche Versorgung von Gewalt betroffener Frauen verbessert werden kann, war Thema des vierten Treffens des Netzwerkes „Frauen und Gesundheit“ NRW. Mehr als 40 Teilnehmerinnen aus landesweiten Organisationen des Gesundheitssystems, der Fraueninfrastruktur, der freien Wohlfahrtspflege, der Selbsthilfe sowie aus Lehre und Forschung diskutierten mit der Autorin der Expertise, Prof. Dr. Carol Hagemann-White, über Handlungsbedarf und Lösungsansätze in NRW.

Was ist häusliche Gewalt?

Bei körperlicher oder sexueller Gewalt in engen sozialen oder intimen Beziehungen sind zu über 95 Prozent Frauen die Opfer und Männer die Täter (vgl. Godenzi 1993) – und es ist gerade dieser Bereich, der stark tabuisiert ist. 8,6 Prozent der Frauen zwischen 16 und 59 Jahren werden in ihrem Leben mindestens

einmal Opfer einer Vergewaltigung oder sexuellen Nötigung, davon zwei Drittel innerhalb des Haushalts oder der Familie (vgl. Wetzels u. a. 1995). Etwa ebenso viele Frauen (8,9 Prozent) berichten über sexuellen Missbrauch in ihrer Kindheit (vgl. Wetzels 1997). Auch hier kommen die Täter zum überwiegenden Teil aus dem näheren sozialen Umfeld.

„Über 20 Prozent aller Frauen haben geschlechtsbezogene Gewalt – das heißt inner- und außerhalb enger sozialer Beziehungen – in einer Ausprägung erlitten, die ihre Gesundheit beeinträchtigt.“ Zu dieser vorsichtigen Schätzung kommt Professor Hagemann-White nach einem Überblick über die nationale und internationale Forschungsliteratur. Sie differenziert zwischen

- Gewalt in der Kindheit und Pubertät (Kindesmisshandlung, sexueller Missbrauch, Vernachlässigung),
- Vergewaltigung und sexuellen Übergriffen und
- häuslicher Gewalt, das heißt der Misshandlung in engen sozialen Beziehungen.

„ÄrztInnen, PsychotherapeutInnen, 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.“ (Hagemann-White/Bohne 2003, S. 14). Wegen eines gewalttätigen Übergriffs durch ihren Mann oder Lebenspartner suchen

rund 11 Prozent aller Frauen mindestens einmal das Gesundheitssystem auf (ebd., S. 11).

Frauen, die häusliche Gewalt erleben, verschweigen das Erlebte oft und ertragen die Gewalt über Jahre – aus Scham- und Schuldgefühlen, aus Angst vor einer Eskalation, aus Sorge um die Kinder, auf Grund von ökonomischen Schwierigkeiten. Aus eben diesen Gründen scheuen sie sich, zum Beispiel Anzeige bei der Polizei zu erstatten oder eine Beratungsstelle aufzusuchen.

Nahezu alle Frauen nehmen jedoch das Gesundheitssystem in Anspruch, um ihre Verletzungen versorgen zu lassen oder ihre gesundheitlichen Probleme zu lindern. Im Erkennen von Gewalterfahrungen kommt den Beschäftigten im Gesundheitssystem, insbesondere in den Notfallambulanzen, den allgemeinmedizinischen und gynäkologischen Praxen, deshalb eine wichtige Rolle zu. Ihre Reaktionen entscheiden zudem häufig über den weiteren Weg der Frauen.

Wann sollten Ärzte hellhörig werden?

Gewalt gegen Frauen zeigt kein einfaches Ursache-Wirkungs-Schema: Außer wenigen typischen Verletzungen gibt es kaum ein Symptom, das sich zweifelsohne und allein auf Gewalteinwirkungen zurückführen lässt. Umgekehrt gibt es jedoch auch kaum einen Bereich gesundheitlicher Probleme, für den sich eine mögliche relevante Vorgeschichte von Gewalt ausschließen lässt (Hagemann-White/Bohne 2003, S. 17).

* Bärbel Brünger und Dr. phil. Dagmar Starke sind Mitglieder des Netzwerkes „Frauen und Gesundheit“ NRW. Dr. phil. Monika Weber arbeitet in der Koordinationsstelle „Frauen und Gesundheit“ NRW, Bad Salzuflen.

Weitere Informationen

Das Gutachten von Prof. Dr. Hagemann-White steht zum Download im Internet unter <http://www.landtag.nrw.de> >Parlament > Enquetekommissionen >Zukunft einer frauengerechten Gesundheitsversorgung in NRW > Aktuelles, Stichwort Gewalt gegen Frauen.

Kontakt zum Netzwerk Frauen und Gesundheit NRW und zur Netzwerk-Arbeitsgruppe „Gewalt gegen Frauen und Mädchen“ über die Koordinationsstelle Frauen und Gesundheit NRW, c/o Frauengesundheitszentrum, Gabriele Klärs, Roonstr. 92, 50674 Köln, Tel.: 02 21/ 801 77 78, Fax 02 21/240 36 53, E-Mail: koordinationFFGZ@frauengesundheit-nrw.de

Die Koordinationsstelle – gefördert durch das Ministerium für Gesundheit, Soziales, Familie und Frauen NRW – gibt eine Materialsammlung heraus mit wichtigen Grundlagentexten, politischen Dokumenten, Hinweisen auf Modellprojekte und Informationsmaterial für Ärztinnen und Ärzte. Die Materialliste steht als Linksammlung im Internet zur Verfügung unter www.frauengesundheit-nrw.de > Themen > Gewalt oder kann über die beiden Standorte der Koordinationsstelle Köln (s. o.) und c/o Internationales Zentrum für Frauengesundheit gGmbH, Alte Vlothoer Str. 47-49, 32105 Bad Salzuflen, Tel.: 0 52 22-63 62 94 oder 95, Fax -97, E-Mail: koordinationIZFG@frauengesundheit-nrw.de bezogen werden.

Eher typisch sind Körperverletzungen wie zum Beispiel Hämatome, Verletzungen im Genitalbereich, Knochenbrüche oder Zahnverletzungen als Folge von Gewalt. Ein enger Zusammenhang ist nachgewiesen zwischen Gewalterfahrung und der Posttraumatischen Belastungsstörung (vgl. *Olbricht 2002*).

Auf Grund von Gewalterfahrungen und des damit häufig verbundenen Traumas entwickeln sich auch einige chronische Erkrankungen und psychische Schädigungen überproportional häufig. So sollten Ärztinnen und Ärzte insbesondere bei Angstzuständen und länger anhaltenden Schlafstörungen, bei Beziehungs- und Sexualitätsstörungen, bei Depressionen und Suizidalität, bei Essstörungen und Suchtgefährdung sowie bei andauernden gynäkologischen Problemen und chronischen Schmerzen zum Beispiel im Unterleib auch Gewalterfahrungen als mögliche Ursache einbeziehen.

Ärztinnen und Ärzte sind also nicht nur gefordert, körperliche Verletzungen als Resultat von Gewalteinwirkung zu erkennen, sondern auch chronische, psychische und psychosomatische Beschwerden sowie bestimmte Auffälligkeiten mit möglichen Gewalterfahrungen ursächlich in Verbindung bringen zu können (vgl. *Berendes 2003*). Es gilt, die Möglichkeit von Gewalterfahrungen überhaupt zuzulassen und im Bewusstsein zu haben.

Handlungsbedarf im Gesundheitssystem

„Nicht nur die Ethik des Berufsstandes und die ärztliche Sorgfaltspflicht, sondern insbesondere auch die Verantwortung, der Ursache für Erkrankungen auf den Grund zu gehen, fordern das Gesundheitssystem auf, häusliche Gewalt als gravierendes Gesundheitsproblem anzuerkennen“, unterstrich Hagemann-White beim Netzwerktreffen. In der Praxis bedeutet das eine Abkehr von der Sichtweise, dass häusliche Gewalt nur in Ausnahmefällen, vereinzelt und in wenigen Praxen vorkommt. Alle Fachkräfte sollten entsprechend über ein Grundwissen hinsichtlich Ausmaß, Folgen und der Dynamik häuslicher Gewalt verfügen.

Darüber hinaus müssen auch Spezialkenntnisse vorhanden sein,

- wie die Verletzungen und gesundheitlichen Folgeschäden angemessen zu behandeln und zu dokumentieren sind, damit die Frau diese Dokumentation bei Anzeigenerstattung ggf. als Beweismittel nutzen kann,

- wie das Gespräch mit betroffenen Frauen sensibel und angemessen gestaltet werden kann und welche Lösungsmöglichkeiten und weiteren Wege ihnen aufgezeigt werden können.

Wenn Gewalterfahrungen früher erkannt werden, können die Belastungen und Folgeschäden für die Frauen verringert und nicht zuletzt auch die durch Fehlversorgung im Gesundheitswesen entstehenden Kosten gesenkt werden.

Was können Ärztinnen und Ärzte tun?

Patientinnen sprechen zwar von sich aus selten über Gewalterfahrungen, auch wenn der Anteil infolge der gesellschaftlichen Enttabuisierung derzeit wächst. Sie empfinden es jedoch vielfach als Erleichterung, wenn ihnen Gesprächsmöglichkeiten eröffnet werden und sie nicht selbst das Tabu brechen müssen. In einer aktuellen Befragung von Erste-Hilfe-Patientinnen in einer Klinikambulanz befürworteten zum Beispiel mehr als zwei Drittel der Befragten eine Frage nach Gewalterfahrungen als Teil der allgemeinen Anamnese, nur 7,5 Prozent aller Frauen sind aber jemals von ihrer Ärztin/ihrem Arzt nach Gewalterfahrungen gefragt worden (vgl. *Brzank 2003*).

Besonders wichtig ist es, betroffenen Frauen unmissverständlich mitzuteilen, dass erlebte Gewalt ein Unrecht darstellt. Ärztinnen und Ärzte sollten signalisieren, dass sie um die Problematik häuslicher Gewalt wissen. Im Wartezimmer ausgelegtes Informationsmaterial zeigt beispielsweise, dass Gewalt gegen Frauen in dieser Praxis kein Tabu ist.

Medizinische und pflegerische Fachkräfte sollten ihre Bereitschaft

Weiterführende Internetadressen

http://www.mffg.nrw.de/service/publikationen/material/haeusliche_gewalt.pdf

http://www.mfas.niedersachsen.de/master/0,,C731253_N756143_L20_D0_I674,00.html

www.rigg-rlp.de

<http://www.frauennotrufe-hessen.de/formulare/index.htm>

www.safemed-rlp.de

www.who.int

www.dgpgg.de

zu Hilfe und Unterstützung signalisieren, sie sollten die Frau jedoch nicht bedrängen. Ob sie über das ihr Widerfahrene sprechen will und wann der Zeitpunkt dafür gekommen ist, muss jeder Frau selbst überlassen bleiben.

Ärztinnen und Ärzte sollten auch ihre eigenen Grenzen wahrnehmen. So kann zum Beispiel der – auch noch so wohlgemeinte – Versuch, den Täter selbst zur Rede zu stellen, die Frau zusätzlich in Gefahr bringen. Vorrang bei jeder Intervention sollte immer die Sorge für die persönliche Sicherheit der Patientin und ihr Schutz vor weiterer Schädigung haben.

Wenn Frauen von Erfahrungen häuslicher Gewalt berichten, sollte ihr aktuelles Schutzbedürfnis ermittelt werden und ihnen sollten Hinweise auf weiterführende Beratungsangebote wie zum Beispiel das nächste Frauenhaus oder eine Frauenberatungsstelle (zum Beispiel „Frauen helfen Frauen“) gegeben werden.

Die Dokumentation der sichtbaren Verletzungen und Schädigungen sollte möglichst exakt sein. Die Befunde können zum Beispiel in einer Körperskizze festgehalten und auch fotografisch dokumentiert werden.

Weitergehender Handlungsbedarf in Nordrhein Westfalen

Carol Hagemann-White gibt zum Abschluss ihres Gutachtens konkrete Empfehlungen, wie in Nordrhein-Westfalen durch politisches Handeln aller Beteiligten die Situation der von Gewalt betroffenen Frauen verbessert werden kann. So fordert sie unter anderem:

- Informationsmaterial zu erstellen und zu verteilen, um damit Grundwissen im Gesundheitssystem breit zu streuen.
- Kooperationsmodelle zu fördern. In fast jeder Kommune gibt es ein regionales Bündnis bzw. einen runden Tisch gegen häusliche Gewalt. Das medizinische und pflegerische Personal sowie

die Organisationen und Institutionen im Gesundheitswesen finden hier Ansprechpartnerinnen und sind eingeladen, sich selbst zu beteiligen. Eine Kontaktaufnahme ist über die örtlichen Frauenbüros und Gleichstellungsbeauftragten möglich.

- Besserer Gewaltschutz im Krankenhaus. Dazu kann gehören, hausinterne Standards zur Anamnese, Diagnostik, Dokumentation und Behandlung zu entwickeln, die zum Beispiel sicherstellen, dass Misshandlungsverletzungen dokumentiert werden, dass die Sicherheit der Frau bei der Entlassung besprochen wird, oder dass betroffene Frauen einen Anspruch auf Behandlung durch eine Frau haben. Das Modellprojekt S.I.G.N.A.L. kann hier als ein Beispiel guter Praxis angeführt werden (*nähere Informationen im Internet unter <http://www.medizin.fu-berlin.de/SIGNAL>*).

„Gewalt gegen Frauen ist die Ursache für zahlreiche Gesundheitsprobleme von Frauen. Dass diesem Zusammenhang mehr Beachtung geschenkt wird, dafür will sich das Netzwerk einsetzen“, so das Fazit des Netzwerktreffens. Grund-

legende Anknüpfungspunkte dafür sind bereits gelegt: So gibt es bereits einen Beschluss der Gesundheitsministerkonferenz der Länder, sich dafür einzusetzen, dass das Thema häusliche Gewalt in den medizinischen Aus- und Fortbildungscurricula verankert wird. Erste Leitlinien zur häuslichen Gewalt sind in Vorbereitung (*vgl. im Internet www.dgpgg.de*).

Im Ministerium für Gesundheit, Soziales, Familie und Frauen NRW wird derzeit in enger Zusammenarbeit mit Fachleuten und Verantwortlichen aus dem Gesundheitssystem – unter anderem unter Beteiligung der Koordinationsstelle Frauen und Gesundheit NRW und der Ärztekammer Nordrhein – ein gemeinsames politisches Eckpunktepapier entwickelt. Dieses soll in die Landesgesundheitskonferenz eingebracht und dort verabschiedet werden. Die Koordinationsstelle Frauen und Gesundheit NRW wird den Prozess der weiteren Umsetzung begleiten und in das Netzwerk tragen, in dem eine Arbeitsgruppe weiterhin an konkreten Handlungsmöglichkeiten arbeitet.

Literatur

- Hagemann-White, Carol, Sabine Bohne 2003: Versorgungsbedarf und Anforderungen an Professionelle im Gesundheitswesen im Problembereich Gewalt gegen Frauen. Expertise für die Enquetekommission „Zukunft einer frauengerechten Gesundheitsversorgung in NRW“. Osnabrück/Düsseldorf
- Mark, Heike 2001: Häusliche Gewalt gegen Frauen. Ergebnisse einer Befragung niedergelassener Ärztinnen und Ärzte. Marburg: Tectum
- Berendes, Lydia 2003: Häusliche Gewalt erkennen. In: Westfälisches Ärzteblatt 5-03. S. 10
- Dutton, Mary A. 2002: Gewalt gegen Frauen. Diagnostik und Intervention. Klinische Praxis. Bern: Huber
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend 2001: Bericht zur gesundheitlichen Situation von Frauen in Deutschland. Berlin
- World Health Organisation (WHO) (Hg.) 2002: World Report on Health and Violence.
- Olbricht, Ingrid 2002: Was Frauen krank macht. Zur Psychosomatik der Frau. 3., vollständig überarbeitete und aktualisierte Auflage. München: Kösel
- Godenzi, Alberto 1993: Gewalt im sozialen Nahraum. Basel
- Wetzels, Peter u. a. 1995: Opfererfahrungen in engen sozialen Beziehungen. In: ders.: Kriminalität im Leben alter Menschen. Stuttgart, Berlin, Köln
- Wetzels, Peter 1997: Gewalterfahrungen in der Kindheit. Sexueller Missbrauch, körperliche Misshandlung und deren langfristige Konsequenzen. Baden-Baden