



Vorwort

Etwa 22% aller Frauen erleiden im Laufe ihres Lebens Gewalt in einer Ausprägung, die Auswirkungen auf ihre Gesundheit hat. Der Zusammenhang zwischen Gewalterfahrungen von Frauen und ihren psychischen, psychosomatischen und körperlichen Erkrankungen wurde in der gesundheitlichen Versorgung aber bislang weitgehend übersehen. Viele Ärzte und Ärztinnen sahen und sehen sich in ihrer Praxis kaum oder gar nicht von dem Thema berührt. Zwar sind fast alle Frauen, die Opfer von Gewalt wurden, in der ärztlichen Praxis anzutreffen – aber nur die wenigsten von ihnen sprechen dort über ihre Gewalterfahrungen. Somit bleibt eine wesentliche Ursache für viele Krankheitssymptome oft unerkannt. Aber selbst wenn die erlittene Gewalt im Rahmen der medizinischen Versorgung thematisiert wird, fehlt ÄrztInnen und Pflegenden häufig sowohl die Zeit als auch die speziellen Kenntnisse, um mit dem Phänomen Häusliche Gewalt adäquat umgehen zu können.

Hier setzt das Netzwerk Gesundheit.EN – „gesine“ – intervention gegen häusliche gewalt an. Das Netzwerk Gesine hat es sich zur Aufgabe gemacht, die gesundheitliche Versorgung gewaltbetroffener Frauen im Ennepe-Ruhr-Kreis zu verbessern. Aus der konkreten Unterstützungsarbeit heraus (Frauenhaus und Frauenberatung) ist hier ein Modellprojekt entstanden, das sich bemüht, die Professionellen im Gesundheitswesen unterschiedlicher Fachrichtungen (niedergelassene ÄrztInnen, Kliniken, TherapeutInnen, Krankengymnasien, medizinische Assistenzberufe etc.) und die spezialisierten Unterstützungsangebote für gewaltbetroffene Frauen in ein Netzwerk der Zusammenarbeit, gegenseitiger Kenntnis und unbürokratischer Verweisungspraxis einzubinden.

Wir hoffen mit der vorliegenden Dokumentation Ihr Interesse am Thema gesundheitliche Folgen von Gewalt an Frauen geweckt (oder bestärkt) zu haben und wünschen Ihnen eine anregende Lektüre.

Haben Sie Fragen oder Anregungen, wünschen Sie weitere Informationen oder möchten Sie dem Netzwerk beitreten, dann wenden Sie sich an:

gesine - netzwerk gesundheit.EN
c/o
Frauenberatung

Luisenstraße 4
58452 Witten

Fon: 0 23 02 5 25 96
Fax: 0 23 02 5 25 06

Email: frauenberatung.witten@t-online.de
www.gesine-net.com

Koordinatorinnen:
Marion Steffens & Andrea Stolte

Spendenkonto:
Sparkasse Witten
Kto.Nr: 126 005 57
BLZ : 452 500 35



Inhalt

Prof. Dr. Carol Hagemann-White
Universität Osnabrück

**Gewalt gegen Frauen:
eine Herausforderung für die
gesundheitliche Versorgung** 4

Dr. med. Hildegard Graß
Institut für Rechtsmedizin,
Klinikum der Universität zu Köln

**Die ärztliche Dokumentation bei
häuslicher Gewalt
Rechtsmedizinische Aspekte** 10

Martina Böhmer,
Altenpflegerin für Geriatrische Rehabilitation;
Referentin und Beraterin in der Altenhilfe

**Häusliche Gewalt als Thema in ambulanter
und stationärer Pflege** 14

Marion Steffens

**Versorgungsbedarf und Anforderungen an
Professionelle im Gesundheitswesen im
Problembereich Gewalt gegen Frauen
aus Frauensicht.** 20

Referentin: Anja Gerlach, cand. BScN,
Krankenschwester, für die Frauenberatung

**Wege zur Verbesserung der gesundheitlichen
Versorgung gewaltbetroffener Frauen im
Ennepe-Ruhr-Kreis:
das Netzwerk gesine** 24

Gewalt gegen Frauen: eine Herausforderung für die gesundheitliche Versorgung

Prof. Dr. Carol Hagemann-White
Universität Osnabrück

Im „Weltbericht über Gewalt und Gesundheit“ der Weltgesundheitsorganisation WHO aus dem Jahre 2003 wird folgende Definition gegeben:

Gewalt ist der angedrohte oder tatsächliche Einsatz von physischem Zwang oder von Macht, ob gegen sich selbst, gegen andere Menschen oder gegen eine Gruppe oder eine Gemeinschaft, welcher Verletzungen, Tod, psychologische Schäden, Fehlentwicklungen oder Entbehrungen zur Folge hat – oder mit hoher Wahrscheinlichkeit haben kann. Diese sehr breite und sehr präzise Definition fasst Gewalt von der Seite der Auswirkungen auf den Gesundheitszustand her, und erlaubt uns auch, die kumulative Wirkung von Schlägen oder Drohungen über längere Zeit einzubeziehen, wie wir dies in Misshandlungssituationen oft sehen, bei denen der einzelne Vorfall nicht als ernsthafte Schädigung erscheint. Dennoch behält diese Definition im Sinne, dass die Möglichkeit, einem Menschen am Leibe etwas anzutun, letztendlich für Gewalt entscheidend ist, denn, wie Heinrich Popitz sagt, kann eine Person sich aus sozialen Beziehungen lösen und sich vom materiellen Besitz trennen, sie kann sich aber nicht von ihrem Körper trennen.

Der WHO-Bericht hebt deutlich hervor, dass direkte Gewalt zwischen Menschen in hohem Maße mit dem Geschlecht des Täters wie des Opfers zusammenhängt.

Dabei ist dieser Zusammenhang verschieden nach Gewalttyp. Körperverletzung und Tötung unter Jugendlichen und jungen Erwachsenen (zwischen 10 und 29 Jahren) ist weltweit ein sehr großes Problem vor allem unter jungen Männern.

Häusliche Gewalt – verstanden als Gewalt zwischen erwachsenen Personen, die in einer Partnerschaft leben oder gelebt haben – ist weltweit vor allem Gewalt von Männern an Frauen. Beziehen wir (wie dies in Berlin die Polizei tut) Taten zwischen Personen ein, die im Angehörigenverhältnis zu einander stehen, sind wiederum stärker auch Männer betroffen.

Bei Gewalt gegen Kinder sind die Beziehungen zum Geschlecht vielschichtiger: Jungen werden eher körperlich misshandelt, Mädchen eher sexuell missbraucht, aber beides kommt oft zusammen vor. Frauen werden am ehesten als Mütter gewalttätig, sind aber dabei selbst nicht selten in Gewaltbeziehungen verstrickt.

Den Begriff „Gewalt im Geschlechterverhältnis“ haben wir (Hagemann-White 1992) 1991 geprägt, um von dem einseitigen Blick allein auf Männergewalt gegen Frauen wegzukommen, ohne aus den Augen zu verlieren, dass wir in einer Gesellschaft leben, die Männern qua Geschlecht die Ausübung körperlicher Gewalt zuschreibt, und die in sexual-

len Beziehungen einen Anspruch auf Dominanz einschreibt, die mit Gewalt aufrechterhalten oder durchgesetzt werden kann.

Verbreitung von Gewalt

Was wissen wir über das Ausmaß, die Häufigkeit, die Formen und Begleitumstände von Gewalt an Frauen? Verlässliche repräsentative Zahlen für Deutschland wurden erstmals 2003 erhoben, die Ergebnisse liegen noch nicht vor. Die polizeiliche Statistik gibt bisher keine Auskunft über Täter-Opfer-Beziehung – weshalb sie in einigen Bundesländern überarbeitet wird, damit wenigstens die erfassten Delikte gezählt werden. Als Orientierung für das Gesundheitswesen habe ich daher in meiner Expertise für die Enquêtekommission des Landtags NRW Ergebnisse von Repräsentativerhebungen aus den Niederlanden und Schweden herangezogen, weil beide methodologische Vorzüge haben, die sich ergänzen, und weil die Verhältnisse in diesen beiden Ländern eher denen in der Bundesrepublik ähneln, als die in den USA oder etwa Finnland. Zusätzlich habe ich die Überschneidungsmengen berücksichtigt: Misshandlung geht oft mit sexueller Gewalt einher; das Erleiden von Gewalt in Kindheit erhöht das Risiko späterer Übergriffe.

Auf verschiedene Studien konnten wir zurückgreifen, um diese Überschneidungen zu schätzen. Zudem war es unser Interesse, die Häufigkeit solcher Gewalt zu erfassen, die für das Gesundheitswesen von Bedeutung ist. So wollten wir nicht alle Schläge in Beziehungen zählen – manche Frauen beenden eine solche Beziehungen oder aber setzen erfolgreich den Übergriffen eine Grenze – sondern die Misshandlungssituationen. Oder: Nicht jeder Übergriff in der Kindheit hinterlässt bleibende Schäden, vor allem dann nicht, wenn unterstützende Erwachsene da sind, denen sich das Kind anvertrauen kann.

Insgesamt schätze ich anhand der vorliegenden Studien, dass etwa 10% aller mit einem Mann zusammenlebenden Frauen zumindest zeitweise Misshandlung erleiden müssen; etwa 10% bis 12% aller Frauen erleben irgendwann in ihrem Leben eine sexuelle Nötigung oder Vergewaltigung, und zwischen 10% und 15% aller Mädchen sind körperlicher Misshandlung oder intensivem sexuellen Missbrauch ausgesetzt, wobei nicht selten beide Gewaltformen in der Familie zusammen vorkommen.

Nach zurückhaltender Wertung ergab sich insgesamt die Schätzung, dass **über 20% aller Frauen** im Verlaufe ihres

Lebens, als Kind oder als Erwachsene geschlechtsbezogene Gewalt in einer Ausprägung erleidet, die ihre Gesundheit beeinträchtigt.

Wir neigen oft dazu, Gewalt juristisch zu verstehen, und die Schwere der Tat objektiv, von außen zu bewerten. Die Forschung zu den Auswirkungen von Gewalt lehrt uns aber, dass es ein Fehler wäre, nur behandlungsbedürftige Körperverletzungen als gesundheitliches Risiko zu sehen. In Misshandlungsbeziehungen kann die Drohung an Stelle von Schlägen treten, ständige Angst zermüht und macht krank. Gesundheitlich wirkt sich der Verlust der sexuellen Selbstbestimmung belastend und schädigend aus. Wird eine Frau oder ein Mädchen dazu gebracht, sexuelles Eindringen zuzulassen oder sexuelle Handlungen auszuführen, die sie nicht will, sind die Folgen für ihr Selbstwertgefühl, ihre Sexualität und ihr Wohlbefinden im eigenen Körper oft nachhaltig, auch wenn keine physische Gewalt angewendet wurde, um das Ziel zu erreichen – ja, vielleicht gerade dann, da sie in diesem Falle meist nicht umhin kann, nach der eigenen Schuld zu fragen; sie hat ja „mitgemacht“.

Gerade sexualisierte Gewalt besteht nicht in vereinzelten Handlungen, deren Bedeutung und Wirkung sich aus einer „Tatbeschreibung“ ergeben. Es hängt von vielen Faktoren ab, welche Folgen eine mit Nötigung verbundene Handlung, eine bedrängende Kette von Übergriffen, oder eine ausbeuterische Beziehung haben wird: Art und Ausmaß der Übergriffe, Ausmaß des erlebten Kontrollverlustes, Art und Dauer der Beziehung, Reaktion der Umwelt und vieles mehr.

Wichtig ist, welche soziale Ressourcen verfügbar sind: Vertrauensvolle Beziehungen, z.B., in denen über das Geschehene mit allen begleitenden Gefühlen gesprochen und Solidarität erfahren wird, erschließen ganz andere Möglichkeiten, eine Verletzung einzuordnen und zu bewältigen, als dies unter Bedingungen der Isolation bzw. bei durch Abhängigkeit vom Täter erzwungenem Schweigen der Fall ist.

Intervention

Was ist, angesichts der Verbreitung und der Alltäglichkeit dieser Gewalt, zu tun?

Wir haben seit knapp 30 Jahren in der Bundesrepublik eine eindrucksvolle Geschichte von Intervention gegen Gewalt. Die ersten beiden Frauenhäuser wurden 1976 in Berlin und Köln eröffnet; 1978 fand das erste überregionale Treffen

statt, 1979 zählte man schon 84 Frauenhäuser und Initiativen in der Bundesrepublik (Ohl/Rösener 1979; 203). In der Arbeit gegen Gewalt hatten die Frauenhäuser eine besondere Bedeutung, denn sie besaßen nicht nur schnelle und nachhaltige Präsenz in ausgewiesenen Häusern mit hauptamtlichen Mitarbeiterinnen, sondern sorgten auch für die Mitwirkung betroffener Frauen an der Öffentlichkeitsarbeit. Ehemals misshandelte Frauen, die durch ein Frauenhaus der Gewalt entkommen waren, traten regelmäßig bei großen Informationsveranstaltungen auf, waren maßgeblich beim ersten wichtigen Spielfilm fürs Fernsehen beteiligt und schrieben ihre Geschichte für die wissenschaftliche Begleitforschung zum ersten Frauenhaus nieder (Hagemann-White u.a. 1981).

Dieser Bewegung ist es zunächst in der alten BRD, seit der "Wende" auch in den Neuen Bundesländern gelungen:

- bundesweit Frauenhäuser und Frauenschutzwohnungen – es gibt derzeit ca. 400 –, Beratungsstellen und Selbsthilfegruppen aufzubauen,
- die soziale und rechtliche Unterstützung weiblicher Opfer zu verbessern,
- die besondere rechtliche und soziale Not von Migrantinnen bewusst zu machen,
- in den letzten Jahren die Aufmerksamkeit auf die Täter zu lenken mit der Forderung, dass der gewalttätige Mann zur Rechenschaft gezogen wird.

Diese Erfolge sind keineswegs gesichert.

Zwar erschienen die Frauenhäuser inzwischen als nicht mehr wegzudenkender Teil des sozialen Netzes, doch sind sie mit diesem Netz auch ihrerseits inzwischen bedroht, in finanzschwachen Kommunen gibt es schon Schließungen. Dabei hat sich das Ausmaß der Gewalt gegen Frauen und Mädchen nicht verringert. Die ursprünglichen Ziele der Frauenhausbewegung forderten, so war seit den frühen 1990er Jahren deutlich geworden, eine Aktivierung von Kräften und Veränderungen weit über diese Hilfeinrichtungen hinaus.

Nicht nur die Frauenprojekte hatten begonnen, an eine breiter angelegte Strategie zu denken. Es gab immer mehr Fachkräfte mit Erfahrung und Wissen auf diesem Gebiet, die in anderen Institutionen oder Berufen tätig waren. Die Arbeit gegen sexuellen Missbrauch von Mädchen und Jungen führte auch zur Kooperation mit Institutionen in der allgemeinen sozialen und gesundheitlichen Prävention. Und während sich so immer mehr herausstellte dass feministische soziale und politische Arbeit viele Orte hat, war auch in die

Institutionen Bewegung gekommen, die in der Anfangszeit als „Gegenpole“ der Frauenhäuser galten. Die behördlichen, sozialen Dienste und die Polizei suchten immer mehr Bürgernähe und engagierten sich vielerorts in kommunalen Arbeitskreisen und Präventionsräten und suchten eine konstruktive Rolle beim Abbau von Gewalt.

Mit den verschiedenen „Kampagnen“ der 90er Jahre, die auf Bundes- und Landesebene oder in Kommunen eine breite Öffentlichkeit gegen Männergewalt aufzuklären suchten, wurden immer mehr Kontakte zwischen Institutionen geknüpft. So entstanden „Runde Tische“ aus der Frage, wie man eine durch Aktionswochen oder Plakataktionen erreichte Mobilisierung in Verbesserungen für die von Gewalt betroffenen Frauen und Kindern ummünzen könnte. Gemeinsam war diesen kommunalen Verbänden das Anliegen einer Zusammenarbeit zwischen den „helfenden“ Stellen, die sich parteilich für die von Gewalt betroffenen Frauen einsetzen, und den „strafenden“ Stellen wie Polizei und Justiz, die für den Einsatz von Sanktionen gegenüber gewalttätig gewordenen Männern zuständig sind. Hatten sich Einrichtungen in der Hoffnung zusammengefunden, die tatsächliche Praxis in der eigenen und in anderen Institutionen zu verbessern, so konnte daraus ein Interventionsprojekt werden.

Was als „Interventionsprojekt gegen häusliche Gewalt“ verstanden wird, kann sehr unterschiedlich sein, denn es ist eine recht junge Entwicklung.

Gemeinsam ist ihnen ihre Motivation, das Problem der häuslichen Gewalt mit neuen, unkonventionellen Mitteln anzugehen und dabei – dies ist entscheidend – die eigenen Arbeitsroutinen und –regeln der beteiligten Institutionen nicht von Veränderungsprozessen auszuschließen. Nicht als Individuen sitzen sie nun am Tisch, sondern als Delegierte eines lernenden Systems. Die **Zielrichtung** richtet sich auf den Abbau und die künftige Verhinderung von Gewalt gegen Frauen, die gesellschaftliche Ächtung dieser Gewalt sowie um die Optimierung der Intervention und der Unterstützung für betroffene Frauen. Wesentlicher Bestandteil dieses neuen Ansatzes ist die interinstitutionelle **Kooperation** und **Vernetzung**. Diese Interventionsprojekte, die sich inzwischen auch auf Länderebene etablieren, begleiten wir wissenschaftlich seit sechs Jahren; es ist eine sehr dynamische Entwicklung geworden. Ohne Zweifel wäre z.B. das Gewaltschutzgesetz ohne die Arbeit der Interventionsprojekte nicht entstanden. Denn diese Projekte bringen ein gesellschaftliches Bündnis gegen Gewalt im Geschlechterverhältnis zustande. Sie bündeln vorhandene Initiative und Energie und vervielfachen sie. Die Kooperation

aller Verantwortlichen und die Einbindung von EntscheidungsträgerInnen wertet die Thematik auf, und diese Aufwertung wiederum kommt unmittelbar der Zielgruppe der misshandelten Frauen und ihren Kindern zugute.

Das Gesundheitswesen ist gefordert

Seit der Vorlage des Frauengesundheitsberichts mit einem besonderen Kapitel zu Gewalt im Geschlechterverhältnis wird über die Verantwortung und die Möglichkeiten des Gesundheitswesens verstärkt gesprochen. Denn es ist für Politik und Öffentlichkeit selbstverständlich geworden, dass auch solche Gewalthandlungen eine Angelegenheit des öffentlichen Interesses sind, die früher als Privatsache abgetan wurden. Die Bundesregierung hat seit 1999 einen umfassenden Aktionsplan zur Bekämpfung von Gewalt gegen Frauen, der gerade fortgeschrieben wurde. Bei dieser aktiven Haltung verschiedenster Institutionen ist jedoch das Gesundheitswesen bislang wenig in Erscheinung getreten.

In unserem Gutachten für die Enquêtekommission des Landtags NRW im November 2002 haben wir auf der Grundlage der internationalen Literatur die Verbreitung verschiedener Formen von Gewalt gegen Frauen und Mädchen geschätzt, die allgemeinen und besonderen Auswirkungen von Gewalt auf die Gesundheit von Frauen überschaubar dargestellt und Standards für angemessene gesundheitliche Versorgung herausgearbeitet. Ferner wurden 29 besonders ausgewiesene Fachkräfte aus unterschiedlichen Professionen zu Defiziten in der Versorgung und Modellen guter Praxis befragt. Die gesammelten Anregungen wurden mit AkteurInnen des Gesundheitswesens unter dem Leitgedanken der Umsetzbarkeit bearbeitet. Abschließend haben wir Empfehlungen für das politische Handeln auf Landesebene vorgelegt.

In der Folgezeit können wir eine Öffnung für diesen Problemkreis in der Medizin und im Gesundheitswesen feststellen, und das geht jetzt sehr schnell. Einzelne engagierte Ärztinnen und Ärzte haben schon länger Konzepte erprobt, auf die Folgen von Gewalt einzugehen. Vor allem wird zunehmend begriffen, dass die gesundheitliche Versorgung eine besondere Chance bietet, Gewalt und Gewaltfolgen zu erkennen und auch frühzeitige Intervention zu ermöglichen.

Die gesundheitlichen **Auswirkungen** von Gewalt können

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

Bei **allen Gewaltformen** kommen gehäuft

- (1) längerfristige Angst und Schlafstörungen vor, ferner
- (2) Beziehungs- und Sexualitätsstörungen;
- (3) Elemente des „posttraumatisches Belastungssyndrom“ wie sich plötzlich aufdrängende bedrohliche Vorstellungen oder Gefühle;
- (4) Depressionen und Suizidalität;
- (5) Suchtgefährdung, insb. Alkohol und Medikamenten, und
- (6) chronische Schmerzen.

Unsere Sichtung der internationalen Fachliteratur ergab auch Hinweise auf differenzielle Auswirkungen je nach Gewaltform.

Sexueller Missbrauch in der Kindheit stellt in der Regel ein Mehrfachtrauma dar. Als längerfristige Gesundheitsschäden werden beschrieben:

chronische Unterleibsschmerzen, Ess-Störungen, insbesondere Bulimie; Atemstörungen; komplexe posttraumatische Belastungsstörungen; dissoziative Störungen und Borderline-Störungen mit Selbstverletzungen. Außerdem senken früh erlittene Verletzungen der körperlichen oder sexuellen Integrität die Schwelle für spätere Übergriffe.

Nach einer **Vergewaltigung** sind in der unmittelbaren Folgezeit oft typische Körperverletzungen und Verletzungen im genitalen Bereich feststellbar, sowie traumatische Reaktionen. Längere Zeit danach können anhaltende Ängste die Folge sein, komplexe posttraumatische Störungen sowie Schwangerschaftskonflikte.

Bei **Misshandlung** durch den Partner sind als Folgeschäden typische Verletzungen häufig, am Kopf und am Körper, insbesondere Mehrfachverletzungen und solche, die in der Notfallstation zur Behandlung kommen: gynäkologische Störungen; chronische reizbare Magen-Darm-Störungen; Schwangerschaftsrisiken; Kopf-, Nacken- und Rückenschmerzen und der längerfristiger Gebrauch psychotroper Medikamente.

In der internationalen Fachwelt haben sich auch **Standards** für die angemessene gesundheitliche Versorgung herausge-

bildet. Diese haben wir in unserem Gutachten in zwölf Merksätzen zusammengefasst.

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 Nutzung mittelfristig die Versorgungskosten senkt.

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 bisher genannten Anforderungen erfüllen zu können.

5.7 Gewalt ist Unrecht und wiederholt sich:

In der gesundheitlichen Versorgung muss es gute, den internationalen 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-institutionellen Kooperationen 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, insbesondere in der Schwangerenvorsorge

Defizite in der Versorgung

Übereinstimmend wird als größtes Problem in allen Bereichen des Gesundheitswesens beschrieben, dass Gewalt nicht als Ursache von Symptomen und Störungen erkannt wird.

- Die Professionellen **wissen** zu wenig über Gewalt und deren Auswirkungen. Sie haben in der Ausbildung nichts darüber erfahren, kommen gar nicht erst darauf, danach zu fragen.
- Sie halten sich in der Regel nicht für **zuständig**: Sie sind gewohnt, Gewalt als ein soziales Problem anzusehen.
- Sie **fürchten** sich davor, darüber zu sprechen und die Schleusen zu öffnen, weil sie keine Idee haben, was sie dann tun könnten;
- Sie verfügen nicht über angemessene **Handlungskompetenzen** und damit die Fähigkeit, eigene Möglichkeiten und Grenzen abzuschätzen; oft fehlt die Zeit und z.T. auch die Sensibilität für einfühlsame Gespräche;
- Sie kennen meist die **Ressourcen** und Hilfsangebote nicht, die in der Region bestehen, auf die sie verweisen oder bei denen sie selbst Rat holen könnten.

Aber auch bei den gewaltbetroffenen Frauen bestehen

Barrieren.

- Sie **zögern** lange, peinliche und private Erlebnisse anzusprechen, auch bei einer Ärztin ihres Vertrauens;
- Sie haben oft **Angst**, mit ihren Mitteilungen Handlungsketten auszulösen, die sie nicht mehr kontrollieren, und dass alles noch schlimmer wird, wenn der Mann davon erfährt, oder das Jugendamt, oder die Polizei oder die Krankenkasse;
- Sie spüren, dass die Professionellen für ihre Geschichte **keine Zeit** haben; oder
- Sie wollen selbst **nicht glauben**, dass die Gewalt so schlimm ist, weil sie dann handeln müssten, dies aber nicht können.

Und schließlich gibt es Hindernisse in der Struktur des Gesundheitswesens selbst, z.B.

- Die apparative Medizin wird wesentlich üppiger **honoriert** als die sprechende Medizin;
- Die traditionellen **Denkmodelle** der Medizin: ‚Symptom – Krankheitsdiagnose – Behandlung‘, sowie: ‚ärztliche Anordnung – compliance – Heilung‘ „passen“ nicht auf die Gewaltproblematik;
- Die Organisation der Versorgung ist nicht auf interdisziplinäre **Kooperation** angelegt, sondern erschwert sie.

Gewalt kann traumatisch wirken, das ist aber keineswegs immer der Fall, und es gibt auch lebensweltbezogene Bewältigungsstrategien (vgl. Heynen 2000). Die Sensibilisierung für Gewalt in der gesundheitlichen Versorgung darf kein Klischeebild des seelisch völlig zerstörten Opfers pflegen, sondern muss beide Möglichkeiten berücksichtigen. Sie muss aber auch wissen, dass ein Trauma nicht ohne weiteres reaktiviert werden darf oder kann. Auf der einen Seite müssen daher medizinische, pflegerische und andere behandelnde Fachkräfte lernen, durch eigenes, ruhiges Ansprechen des Gewaltthemas ihre Offenheit für Mitteilungen von Opfererfahrungen zu signalisieren. Zugleich ist aber davon auszugehen, dass bei aller Sensibilität erlittene Gewalt unausgesprochen bleiben kann. Die Schlussfolgerung kann nur sein, jede Patientin und jeden Patienten so zu behandeln, dass kein Schaden geschieht, wenn unerkanntes Gewalterleben den Hintergrund der aktuellen gesundheitlichen Probleme bildet.

Um dies zu gewährleisten, braucht die gesundheitliche Versorgung eine Erweiterung nach zwei Seiten hin. Einerseits

müssen erfahrene Fachkräfte mit spezifischer Aus- und Weiterbildung in ausreichender Verbreitung bereitstehen, damit eine kompetente Diagnose und Therapie möglich ist, wenn eine Patientin die Gewaltproblematik anspricht oder dies von dem Symptombild und der Lebenslage her zu vermuten ist. In dieser Hinsicht ist die Versorgung in ihrer Tiefe entwicklungsbedürftig. Andererseits muss sie in der Breite verbessert werden, damit in allen Gesundheitsberufen ein Bewusstsein, eine selbstverständliche Aufmerksamkeit dafür entsteht, dass Gewalt eine Möglichkeit ist. Dazu gehört die Fähigkeit, zu ertragen, dass die Frau sich nicht mitteilt, noch nicht und vielleicht auch nie.

Und dennoch sollte ärztliches ebenso wie z.B. pflegerisches oder physiotherapeutisches Handeln von dem Bewusstsein geleitet werden, in der Praxis jeden Tag mindestens eine Frau zu sehen, deren Leben nachhaltig durch Gewalt beeinträchtigt wurde.

Das Gesundheitswesen riskiert – in seiner Scheu, sich des Problems anzunehmen – die Erfahrungen zu wiederholen und zu verstärken, die eine Frau innerhalb einer Gewaltbeziehung macht. Indem darüber nicht gesprochen wird, wiederholen die Versorgungsanbieter die Botschaft, dass die Gewalt etwas Beschämendes ist, worüber man nicht spricht. Indem für die Symptome Pillen verschrieben werden, wiederholt die Medizin die Botschaft des Täters: Du bist krank. Und wenn schließlich stationäre Behandlung angewiesen wird, bestätigt man die abwertenden Aussagen: Du bist verrückt, Du bist nicht normal. Um wirkungsvoll gegen Gewalt vorzugehen, müssen hingegen „empowerment“, Wertschätzung und Respekt an die Stelle dieser Botschaften treten.

Literatur:

Brückner, Margrit. 2. Aufl. 2002.: Wege aus der Gewalt gegen Frauen und Mädchen. Frankfurt: Fachhochschulverlag.

Hagemann-White, Carol/Sabine Bohne 2002: Versorgungsbedarf und Anforderungen an Professionelle im Gesundheitswesen im Problembereich Gewalt gegen Frauen und Mädchen, ; Enquête Kommission: „Zukunft einer frauengerechten Gesundheitsversorgung in NRW“

Hagemann-White, C., B. Kavemann, J. Kootz, U. Weinmann, C. C. Wildt, R. Burgard, U. Scheu 1981. Hilfen für mißhandelte Frauen. Stuttgart: Kohlhammer.

Hagemann-White Carol, Kavemann, Barbara, Ohl, Dagmar

1997. Parteilichkeit und Solidarität. Bielefeld: Kleine Verlag (enthält Neuauflage von Hagemann-White: Strategien gegen Gewalt im Geschlechterverhältnis, 1992) .

Heiskanen, M. & M. Piispa 1998. Faith, hope, battering: A survey of men's violence against women in Finland. Helsinki: Statistics Finland.

Heynen, Susanne (2000): Vergewaltigt, Weinheim: Juventa. Kavemann, Barbara/Leopold, Beate/ Schirmmacher, Gesa/ Hagemann-White, Carol 2000. Modelle der Kooperation gegen häusliche Gewalt. Schriftenreihe des BMFSFJ 193. Stuttgart: Kohlhammer.

Lundgren, Eva; Heimer, Gun; Westerstrand, Jenny; Kalliokoski, Anne-Marie (2001): Captured Queen. Men's violence against women in „equal“ Sweden – a prevalence study. Ume?. Fritzes

Ohl, Dagmar/Rösener, Ursula 1979. Und bist du nicht willig.....so brauch ich Gewalt. Ausmaß und Ursachen von Frauenmißhandlung in der Familie. Frankfurt/M: Fischer.

Olbricht, Ingrid, 3. Aufl. 2003. Was Frauen krank macht. Zur Psychosomatik der Frau. München: Kösel.

Popitz, Heinrich (1992): Phänomene der Macht, Tübingen (2. Aufl.) Mohr Siebeck.

Reddemann, Luise (2001): Imagination als heilsame Kraft. Zur Behandlung von Traumafolgen mit ressourcenorientierten Verfahren. Stuttgart: Pfeiffer bei Klett-Cotta.

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

Verbundprojekt Frauengesundheit in Deutschland (2001): Bericht zur gesundheitlichen Lage von Frauen in Deutschland. Eine Bestandsaufnahme unter Berücksichtigung der unterschiedlichen Entwicklung in West- und Ostdeutschland. Stuttgart: Kohlhammer.

Die ärztliche Dokumentation bei häuslicher Gewalt

Rechtsmedizinische Aspekte

Dr. med. Hildegard Graß

Institut für Rechtsmedizin, Klinikum der Universität zu Köln

Im Zusammenhang mit der aktuellen Gesetzeslage (Gewalt- schutzgesetz) hat sich das öffentliche Interesse und die gesellschaftliche Wahrnehmung des Themas „häusliche Gewalt“ verstärkt. vielerorts haben sich Betreuungsnetzwerke erweitert oder es wurden spezifische Verbundsysteme zur Betreuung von Opfern häuslicher Gewalt aufgebaut. Neben den wichtigen Beratungsschwerpunkten auf der psychosozialen und juristischen Ebene ist es bedeutsam, die gesundheitlichen Versorgungsstrukturen in diese Netzwerke zu integrieren bzw. bestehende Kooperationen zu vertiefen. In Kenntnis der Erfahrung, dass Gewalt in vielfältiger Weise krank machen kann, sind die verschiedenen Kompetenzbereiche der Gesundheitsversorgung eine weitere Voraussetzung für eine optimierte Opferbetreuung. Bisherige Untersuchungen sprechen davon, dass ca. 22% der Frauen häusliche Gewalt erleben oder erlebt haben und infolge dieser Gewalt gesundheitliche Schäden erlitten haben. 10% aller notfallmäßig in Krankenhausambulanzen versorgten Patienten seien Opfer von Gewalt geworden. Es handelt sich also nicht um eine geringe Zahl von Personen, die mit dieser Problematik zum medizinischen Hilfesystem Kontakt suchen dürften.

Die mit Gewalt verbundenen gesundheitlichen Störungen sind vielfältig und müssen sorgfältig, umfassend und sensibel diagnostiziert und behandelt werden. Neben der Fülle von chronifizierten, z.T. psychosomatischen Störungen ist aus dem Blickwinkel der Rechtsmedizin auf die vielfältigen akuten, körperlichen Schädigung durch Einwirken von Gewalt hinzuweisen.

Selbstverständlich ist auch hier die Diagnostik und Therapie – insbesondere bei medizinischen Notfällen – die führende Handlungsmaxime. Der vertrauliche, durch die ärztliche Schweigepflicht geschützte Kontakt zwischen Arzt/Ärztin und Patient/Patientin bietet hierfür den geeigneten Rahmen.

Ist die Patientin oder der Patient Opfer von Gewalt geworden, so sollten der Ärztin bzw. dem Arzt – im Kontext mit der notwendigen Diagnostik und Therapie – aber auch folgende Besonderheiten bewusst sein:

Insbesondere im Zusammenhang mit einem akuten Gewalt- erleben ist die sorgfältige, umfassende und aussagekräftige Dokumentation der Verletzungsbefunde von großer Bedeutung, um die erlittene Gewalt gegebenenfalls aus gerichts- verwertbar belegen zu können. Zu diesem Zweck ist bei der Dokumentation darauf zu achten, dass die Verletzungen detailliert beschrieben werden, wenn möglich eine Schema- zeichnung und/oder Fotos angefertigt werden und auch besonders auf scheinbare „Bagatell- verletzungen“ geachtet wird (weitere Informationen hierzu siehe Abbildung 1).

Abb. 1: Kernaspekte des ärztlichen Attestes bei Gewaltopfern

| Das ärztliche Attest | |
|--|---|
| - Basis-Info | - Befund |
| -W WER? · Untersucher/in · Patient/in | -W WO? · Anatomisch- topografische Zuordnung |
| -W WO? · Ort der Untersuchung | -W WAS? · Art des Befundes |
| -W WANN? · Datum & Uhrzeit der Untersuchung | -W WIE? · Genaue Beschreibung (Größe, Form, Farbe); Skizze, Fotos |
| -W WAS? · Angaben zum Geschehen | -W WIE? · Beurteilung (zurückhaltend) |

Eine ausführliche, aber kompakte Anleitung ist in der Kittel- taschenkarte „Med-Doc-Card“ zusammengestellt, eine Ab- bildung hierzu findet sich im Anhang.

Es sei auch darauf hingewiesen, dass die Grundlagen einer guten Befunddokumentation nicht nur in Medizinerkreisen bekannt sein sollten.

Vielmehr ist ergänzend darauf hin zu wirken, dass dieses Wissen auch den Betroffenen selber und den beratend auf- gesuchten oder weiter betreuenden Institutionen zur Ver- fügung steht. Durch diese Multiplikation des Wissens kann eine optimale Grundlage für die tatsächliche Umsetzung der Vorgaben für eine aussagekräftige Dokumentation gelegt werden. Denn so kann auch ein Opfer oder eine Begleit- person bzw. eine betreuende Person auf die Beachtung der Qualitätsanforderungen im konkreten Fall hinwirken, z.B. ein sehr knapp gefasstes Attest ergänzen lassen.

Die medizinisch-therapeutisch belanglosen Verletzungsbe- funde, beispielsweise die Kratzer an der Halshaut, das kleine Hämatom an der Oberschenkelinnenseite, die flohsticharti- gen Hautunterblutungen in der Gesichtshaut, sind für die Einordnung von Geschehensabläufen – insbesondere unter rechtlichen Aspekten – von hoher Wertigkeit, belegen sie doch im Zweifel die Angaben zur erlittenen Gewalt. Zusätz- lich soll aus einer Dokumentation zu Verletzungsbefunden

auch eine Beantwortung der Fragen möglich sein, wie sie von Seiten der Justiz zur Klärung von Geschehensabläufen und deren juristischen Wertigkeit notwendig sind, siehe Abbildung 2.

Abb. 2: Wesentliche Fragen der Justiz an eine medizinische Befunddokumentation

Fragen der Juristen

- ? Wann ist die Verletzung entstanden
- ? Wie ist die Verletzung entstanden
- ? Werkzeug
- ? Art der Gewalt
- ? Hergang
- ? Wie gefährlich war die Verletzung

Diesen Fragen kann auf der Basis einer aussagekräftigen Dokumentation nachgegangen werden, auch wenn die Beantwortung im Einzelnen nicht immer in den Kompetenzbereich des Arztes oder der Ärztin fällt, der oder die den Befund erhoben hat. Ungenaue oder gar falsche Interpretationen von Verletzungen ohne eine vorangestellte Beschreibung sind in Zweifelsfällen wenig dienlich. Daher wird von Seiten der Rechtsmedizin empfohlen, das Augenmerk auf die beschreibende Befunddokumentation zu legen und bei Problemen – oder besser bereits im Vorfeld – die Fachkompetenz eines Rechtsmediziners/einer Rechtsmedizinerin in Anspruch zu nehmen.

Denn die spezifische Kompetenz für die Feststellung und Interpretation von Verletzungen am menschlichen Körper – gerade auch unter Beachtung der juristischen Fragestellungen – ist im medizinischen Fachgebiet der Rechtsmedizin angesiedelt. Daher erscheint es sinnvoll, dieses Fachwissen in die Versorgungsstrukturen für Opfer von Gewalt zu integrieren. Von Seiten der Rechtsmedizin können folgende Angebote unterbreitet werden:

- spezifische Fachberatung und Fachinformation im Allgemeinen,
- die Beratung im konkreten Fall und auch
- eine unmittelbare rechtsmedizinische Untersuchung eines Opfers mit Anfertigung eines ärztlichen Attestes.

Eine Übersicht (Linkliste) über die Institute für Rechtsmedizin in Deutschland kann auf der Internetseite der Deutschen Gesellschaft für Rechtsmedizin [www.dgrm.de] eingesehen werden.

Das Wissen um die möglichen Auswirkungen von Gewalt, speziell häuslicher Gewalt, wird das Erkennen erleichtern. Kenntnisse zur adäquaten Befunddokumentation werden die Voraussetzungen für die Einleitung weiterer – auch rechtlicher – Schritte der Opfer verbessern und eine optimale Beurteilungsgrundlage für die jeweiligen Bedürfnisse des Opfers schaffen. Dies kann dann in eine sinnvolle Weiterleitung des Opfers im Hilfesystem einmünden (siehe Abbildung 3).

Für eine funktionierende Vernetzung ist das Wissen um die jeweils anderen Partner, deren Arbeitsweisen und Erreichbarkeiten eine unabdingbare Voraussetzung. Rechtsmedizinische Institute können hier gut als Mediatoren eingebunden werden, da sie in der Regel strukturierte Kontakte zu den verschiedenen Institutionen pflegen. Ziel aller Bemühungen sollte sein, die verschiedenen Professionen im Hilfesystem zu unterstützen, sich gegenseitig zu entlasten, sich aber auch zur besten Leistung herauszufordern.

Abb. 3: zentrale Elemente im Netzwerkmodell „Häusliche Gewalt“



Die Verantwortlichen im Gesundheitswesen sind aufgerufen, ihre Verantwortung bei der Betreuung von Gewaltopfern im Verbundsystem der Hilfeangebote wahrzunehmen. Der ganz überwiegend individuell gestaltbare, niedrigschwellige Zugang zum medizinischen Hilfesystem ist eine wichtige

Schlüsselposition, um Opfern von Gewalt ein umfassendes Betreuungskonzept anbieten zu können. Auf die diesbezüglichen Voraussetzungen auf Seiten des Gesundheitswesens wurde hingewiesen, auch die besondere Bedeutung einer aussagekräftigen Befunddokumentation wurde dargelegt.

Für die Zukunft sollte gelten, dass die jeweiligen Institutionen und deren Akteure die ihnen zukommende Verantwortung übernehmen, Informations- und Beratungsangebote

vertiefen und vernetzen und insbesondere die Dokumentation von Gewalt in Quantität und Qualität verbessert wird. Das Fach Rechtsmedizin ist in diesem Zusammenhang ein wichtiger Partner, die fachspezifischen Kompetenzen und Angebote gilt es intensiv zu nutzen.

Wir können nicht alles tun, aber wir müssen tun, was wir können! (B. Clinton)

Med-Doc-Card

| | |
|---|---|
| <p>Medizinische Befunddokumentation – speziell bei Gewalteinwirkung – effektiv informativ kompakt</p> <p>Formal zu beachten: WER? Name des Untersuchers</p> <p>WO? Ort der Untersuchung (Praxis/Klinik)</p> <p>Für WEN? Name des Patienten/der Patientin</p> <p>WO? & WANN? soll sich WAS ereignet haben? (Anamnese zum Sachverhalt) möglichst Angaben im Wortlaut des Patienten</p> | <p>Inhaltlich zu beachten - 1 - Patientenbezogene Basisdokumentation</p> <ul style="list-style-type: none">· Identifikation durch... (Personalausweis, Angaben Dritter?)· Mit anwesende Personen? (Dolmetscher, Partner, Kinder?)· Körperlänge und Körpergewicht?· Habitus?· psychische Verfassung? (beschreiben! nicht werten)· Besonderheiten? (z.B. Schwangerschaft, Behinderung, Erkrankungen) |
| <p>Inhaltlich zu beachten - 2 - BEFUNDERHEBUNG</p> <p>WO? Exakte Zuordnung am Körper unter Verwendung von anatomisch-topographischen Strukturen</p> <p>WAS? Benennung des Befundes, z.B. Hämatom, Schnittwunde usw.</p> <p>WIE? Nähere Beschreibung des Befundes mit Größe, Form, Farbe, Tiefe, Randkontur – eventuell Handskizze, Schemazeichnung oder Fotos (mit Maßstab)</p> | <p>Inhaltlich zu beachten - 3 - * BEURTEILUNG</p> <p>WELCHE Art von Störung/Verletzung?? Diagnose, Verdachtsdiagnose;</p> <p>WIE alt ist die Störung/Verletzung?? frisch,... Tage alt? (angabe der Bewertungskriterien)</p> <p>WIE ist der Befund im Kontext mit der Anamnese zu bewerten? Übereinstimmung der Befunde mit den Angaben oder Abweichungen?</p> <p>Insgesamt die Beurteilung eher zurückhaltend formulieren!!</p> |
| <p>Inhaltlich zu beachten - 4 - Weitere MAßNAHMEN dokumentieren</p> <p>Wiedervorstellungstermin innerhalb von 1 - 2 Tagen vereinbaren.</p> <p>Blut-, Urin- oder andere Proben (z.B. Abstriche bei sexuellen Übergriffen) für welche Untersuchung asserviert?</p> <p>Weitere diagnostische Maßnahmen?</p> <p>Weitervermittlung an welche Institution? Facharzt, Beratungsstelle usw.</p> <p>* Bei Fragen wenden Sie sich an die in ihrer Region tätige Rechtsmedizin!</p> <p>Ihre Dokumentation ist ein Dokument Ihrer Kompetenz - Ihre Visitenkarte</p> | <p>Kurze Anleitung zur Fotodokumentation:</p> <ul style="list-style-type: none">· konventionelle Fotos sind besser als Polaroid-Fotos (Farblichkeit bei Lagerung, reproduzierbar),· digitale Fotos sind anzustreben.· Ablichtung des Befundes in der Übersicht, dann· Detailaufnahmen mit Maßstab im Bildausschnitt,· alternativ zum Maßstab einen genormten, reproduzierbaren Gegenstand mit integrieren, z.B. Pinzette o.ä.· Wird die Fotodokumentation abgelehnt, sollte dies dokumentiert werden. |

Häusliche Gewalt als Thema in ambulanter und stationärer Pflege

Martina Böhmer,
Altenpflegerin für Geriatrische Rehabilitation; Referentin und Beraterin in der Altenhilfe

Ich möchte dazu in meinem Vortrag den Blick lenken auf Frauen, deren häusliche Gewalterlebnisse schon lange oder länger zurückliegen und die aus anderen Gründen Pflege benötigen, als die einer Folge von aktueller häuslicher Gewalt.

Wenn ich von Pflege spreche, meine ich übrigens immer Kranken- und Altenpflege.
Wie Frau Hagemann-White gerade (in ihrer Expertise) ausgeführt hat, hat mindestens jede fünfte Frau, mit denen Pflegekräfte und andere im Gesundheitswesen in Kontakt kommen, geschlechtsbezogene Gewalt erlebt und darüber gesundheitliche Probleme.

Wie Carol Hagemann-White und Sabine Bohne von der Uni Osnabrück in ihrer Expertise „Versorgungsbedarf und Anforderungen an Professionelle im Gesundheitswesen im Problembereich Gewalt gegen Frauen und Mädchen schreiben,.....ergibt eine Gesamteinschätzung 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 müssten demnach davon ausgehen, dass jede fünfte Frau, mit denen sie wegen gesundheitlicher Probleme in Kontakt kommen, geschlechtsbezogene Gewalt erlebt hat, oder erleben wird.“

(Prof. Dr. Carol Hagemann-White und Dipl. Päd. Sabine Bohne in: Versorgungsbedarf und Anforderungen an Professionelle im Gesundheitswesen im Problembereich Gewalt gegen Frauen und Mädchen Expertise für die Enquete-Kommission „Zukunft einer frauengerechten Gesundheitsversorgung in NRW“, Universität Osnabrück, Februar 2003)

Zusätzlich müssen wir aber auch noch an die heute alten Frauen denken, da sie noch sehr viel häufiger sexualisierter und andere Gewalt erlitten haben. Sie erlebten nämlich zusätzlich zu der häuslichen Gewalt noch Massenvergewaltigungen im und nach dem 2. Weltkrieg, Zwangsprostitution in den Lagerbordellen der Konzentrationslager (z.B. in Sachsenhausen, Buchenwald, Dachau, Auschwitz)

(Christel Wickert in: Tabu Lagerbordell, S. 41 – 59, Eschebach, Insa; Jacobeit, Sigrid; Wenk, Silke (Hg.), Gedächtnis und Geschlecht Deutungsmuster in Darstellungen des Nationalsozialistischen Genozids, Campus Verlag, Frankfurt/New York, 2002), zwischen 1945 und 1948 Zwangsprostitutionen bei amerikanischen Soldaten und viele andere Formen von Gewalt während des Nationalsozialismus.

Auch bei Migrantinnen müssen wir an weitere Gewalterlebnisse durch z. B. Zwangsheirat, Beschneidung, Frauen- und Mädchenhandel, frauenspezifische Kriegserlebnisse, Folter,

usw. denken.

Diese Gewalterlebnisse und ihre Folgen z. B. als Symptome der Posttraumatischen Belastungsstörung werden in der Pflege oftmals nicht wahrgenommen. Pflegenden kennen diese Diagnose meist gar nicht. Ausgenommen natürlich diejenigen, die auf einer Traumastation, in ausgewählten Psychiatrien oder Psychosomatischen Kliniken arbeiten.

Wenn eine durch Gewalt traumatisierte Frau in ein Krankenhaus, eine Kurklinik, eine Psychiatrie, eine Geriatrische Klinik oder in ein Altenheim eingewiesen wird oder aber ambulante Pflege benötigt, kann sie dies in eine Situation bringen, in der sie sich bzw. ihren Körper abgeben muss. Sie ist dann angewiesen auf andere und in einer Situation, der sie oftmals hilflos und ohnmächtig gegenübersteht. Dies kann sie u. U. an frühere Gewalterlebnisse erinnern, in denen sie ebenso hilflos und ohne Macht war. Und durch die Pflege, die sie nötig hat, wird in ihren persönlichen Schutzraum eingegriffen, es gibt auch dadurch viele Situationen, die sie an ihre traumatischen Erlebnisse erinnern lassen kann. Gerade Bett und Badewanne sind Orte, an denen Frauen häufig, meist sexualisierte Gewalt angetan wurde und wird. So kommt es natürlich auch besonders bei körperlicher Pflege im Bett und beim Baden durch das Pflegepersonal zu Re-Traumatisierungen, die meist nicht als solche erkannt werden. Durch diese Re-Traumatisierungen können sich natürlich Krankheitssymptome verstärken, die dann wieder entsprechend behandelt werden, ohne dass die Ursachen dafür gesehen werden.

Und zu der Gefahr der Re-Traumatisierung kommt die der neuen Traumatisierung durch Gewalt – gewollter und ungewollter in der Pflege und der ärztlichen Versorgung – besonders durch invasiver Methoden, wie z. B. vaginal oder rektal verabreichte Medikamente, Spülungen, Tastuntersuchungen, Spiegelungen usw.

Gerade auch Frauen mit selteneren Erkrankungen werden mitunter als Vorzeige- und Versuchsobjekte behandelt. Auch durch Untersuchungen, Gespräche und Pflege durch mehrere Ärzte und Pflegenden gleichzeitig und/oder zuschauenden StudentInnen und SchülerInnen der Kranken- und Altenpflege usw. erleben Frauen sich auch hier der Pflege und der ärztlichen Diagnostik und Therapie ohnmächtig ausgeliefert.

Für lesbische Frauen kann es auch traumatische Folgen haben, wenn z. B. ihre Lebenspartnerinnen nicht in die Therapie und Pflege mit einbezogen werden, wie es bei anderen Angehörigen geschieht. Oder wenn lesbische Paare im

Altenheim nicht in einem Zimmer leben dürfen.

Es ist natürlich für jede Frau schwer, sich mit den veränderten Lebensbedingungen durch eine Erkrankung bzw. durch eine Heim- oder Krankenhauseinweisung abzufinden. Bei Frauen mit traumatischen Gewaltenerlebnissen treffen die damit verbundenen Gefühle wie z. B. Ohnmacht, Hilflosigkeit, kein Entrinnen können, aber auf ihr altes Trauma, sie können dadurch an etwas erinnert werden, was sie nicht erinnern möchten. Anders, als bei nicht traumatisierten Frauen können hier Symptome auftreten, die sie nun nicht mehr bewältigen können. Frauen können in solchen Momenten psychisch und / oder physisch „dekompensieren“: z.B. in Form von Angstzuständen, Panikattacken, Halluzinationen, Aggressivem Verhalten mehrheitlich gegen sich selbst (Frauen sind ja leider eher gegen sich aggressiv statt gegen die Verursacher), oder in Form von körperlichen Symptomen, wie z. B. Herzrasen, Schweißausbrüchen, Schmerzen, Schlafstörungen, und so weiter.

In den Krankenhäusern und Altenheimen haben die Pflegenden scheinbar kaum Zeit und auch oftmals nicht das Wissen, um Frauen entsprechende Unterstützung zu geben, die solche Verhaltensweisen, Symptome und Reaktionen zeigen. Und so werden diese Symptome dokumentiert und die StationsärztIn / der Stationsarzt informiert. Diese ÄrztInnen werden dann entsprechend der Symptome mit körperlichen Untersuchungen reagieren, Medikamente und sogar Psychopharmaka verordnen, da auch diese Berufsgruppe eher nicht auf die Idee kommt, zu hinterfragen, warum verhalten sich diese Frauen so oder zeigen entsprechende Symptome.

Als eine Freundin von mir im Krankenhaus lag und nach einer Bauchoperation noch 1,5 Tage sehr schwach und schläfrig war, bekam sie in Anwesenheit der 4 Mitpatientinnen im Zimmer rektal Schmerzäpfchen verabreicht, die Krankenschwestern wechselten ihr auch ohne Sichtschutz Binden in der Unterhose. Sie stellte dann fest, dass ihr ein Blasendauerkatheder durch die Harnröhre gelegt worden war. Darüber war sie vor der OP nicht informiert worden und sie war sehr entsetzt, wie mit ihrem Körper umgegangen wurde. Sie war zu geschwächt, um sich wehren zu können, schämte sich sehr und fühlte sich an die Zeit erinnert, als sie ihrem Missbraucher als Kind schutzlos ausgeliefert war. Sie war glücklicherweise während dieser Zeit in psychotherapeutischer Behandlung und konnte diese Krankenhauserlebnisse dort aufarbeiten.

Bei **alten** Frauen werden im besonderen psychische

Symptome mehr oder weniger mit **altersphysiologischen** Veränderungen bzw. **Alterserkrankungen** wie z. B. Demenz, Al-tersverwirrtheit, Altersdepression oder HOPS (Hirnorganisches Psychosyndrom) erklärt, und die Konsequenz davon ist fast immer eine Symptombehandlung mit Psychopharmaka. Auch bei psychotischen Krankheitsbildern wird bei ihnen eher keine Ursachenforschung betrieben. Meines Wissens wird bis heute auch nicht daran geforscht, ob es einen Zusammenhang zwischen Demenz und nicht verarbeiteten Gewalterlebnisse gibt.

Ich weiß von einer bekannten psychiatrischen Einrichtung, in der es eine Traumastation gibt, dass dort Frauen bis 63 Jahren aufgenommen werden. Frauen, die älter sind, werden auf die Gerontopsychiatrie eingewiesen und dort ist z. B. die Diagnose Posttraumatische Belastungsstörung nicht bekannt. Sie werden wie gerade geschildert diagnostiziert und behandelt.

Übrigens werden in den Psychiatrien wieder verstärkt Elektroschockbehandlungen durchgeführt.

Frauen, die ihre traumatischen Gewalterlebnisse verdrängt haben, ihre sehr individuellen Bewältigungsstrategien gefunden haben, können diese Strategien in einer Pflegebedürftigkeit und krankheitsbedingten Abhängigkeit u. U. nicht mehr aufrechterhalten.

Sie brauchen in dieser Situation, in der sie ihren Körper abgeben vielleicht erst einmal Möglichkeiten der Verdrängung. Es kann also nicht pauschal gesagt werden, dass Pflegenden Frauen, bei denen sie Gewalterlebnisse vermuten, diese immer darauf ansprechen sollten.

Auch kann es für Frauen entwürdigend sein, wenn sie pauschal nach Fragebogen abgefragt werden.

Fragen nach Gewalterlebnissen könnten ja auch die Konsequenz haben, dass Frauen, die diese verneinen, dann keine frauenorientierte Pflege und Versorgung erhalten würden.

Eine lesbische Frau, die z.B zufällig keine Gewalt erlitten hat, hätte dann u. U. nicht den Anspruch darauf, von Frauen behandelt zu werden.

Deshalb muss eine wertschätzende biografisch- und geschlechtsspezifische Pflege und Versorgung natürlich für alle gelten, d. h. das Gesundheitssystem müsste sich generell verändern.

Im Grunde geht es darum, dass Pflegenden soviel Kompetenz erwerben, dass sie erkennen und verstehen können, was für

die jeweilige Frau in der jeweiligen Situation wichtig ist, bzw. sein könnte.

Pflegende haben in unserem schulmedizinisch ausgerichtetem Gesundheitssystem bisher mehrheitlich gelernt auf körperliche, psychische und geistige Defizite zu schauen und diese zu beheben oder zu kompensieren. Der Blick auf biografische und geschlechtsspezifische Zusammenhänge und Notwendigkeiten auf der einen Seite und Erkrankungen und Therapien auf der anderen Seite ist bisher leider kaum ausgeprägt.

Ich möchte Ihnen dazu ein Beispiel geben. Bei einer meiner letzten Fortbildungen, die ich zum Thema sexualisierte Gewalt in der Lebensgeschichte alter Frauen gab, erzählten die Teilnehmerinnen von ihren Problemen, eine ca. 75-jährige Frau zu versorgen. Diese Frau war u. a. auch harninkontinent, d. h. sie konnte ihren Urin nicht halten. Sie bekam von den Pflegenden Windelhosen angezogen und wurde mehrere Male am Tag zur Toilette geführt. Diese Frau wehrte sich vehement dagegen. Sie war vor vielen Jahren einmal vergewaltigt worden und erlebte diese körperliche Versorgung als Übergriff und konnte dies nicht ertragen. Ich schlug den Pflegenden vor, einmal zu überlegen, ob es nicht sinnvoll sein könnte, dieser Frau einen Katheder durch die Bauchdecke legen zu lassen – was ein recht unkomplizierter Eingriff ist – um sie psychisch zu schützen vor diesen ansonsten ja notwendigen „Übergriffen“ und dies natürlich mit ihr zu besprechen. Die Pflegenden waren heftigst entsetzt über meinen abstrusen Vorschlag. Hatten sie doch nur **körperliche** Indikationen erlernt, die einen Blasenkatheter erlaubt hätten.

Ich möchte sie alle bitten, sich einmal vorzustellen und zu überlegen, was Ihnen lieber wäre bei der Vorstellung, dass Sie ihren Urin nicht mehr halten könnten und der Ihnen unkontrolliert abgeht. Ein dünner Schlauch aus der Bauchdecke, mündend in einen kleinen Beutel, den Sie sich unter dem Hosenbein oder dem Rock an ihrem Bein befestigen können. Möglich wäre auch, dass der Schlauch abgeklemmt wäre und es so auch keinen Urinbeutel gäbe und Pflegende ihnen zeigen, in bestimmten Zeitabständen darüber ihren Urin abzulassen oder es für sie tun. So müssten Pflegende nicht dauernd in ihre Unterhose. Aber vielleicht möchten Sie ja lieber Windelhosen – die eine im übrigen auf 10 Meter Entfernung sieht, außerdem rascheln sie beim Gehen. Und vielleicht möchten Sie lieber häufig wechselnde Frauen und Männer, die mit ihnen zur Toilette gehen, ihre Windeln wechseln und Sie „untenherum frisch machen“. Ich habe übrigens einmal bei einer älteren Frau erlebt, dass

diese Windeleinlage durch die Nässe so schwer geworden zu ihren Füßen fiel, als sie über die Straße ging.

Sie merken sicher unschwer, welche Wahl ich für mich treffen würde, aber ich glaube, dass es wichtig ist, beide Möglichkeiten zu überdenken und abzuwägen, was für jede das bessere ist. Das heißt eben, dass Sie auf Pflegende treffen müssen, die Ihnen beide Möglichkeiten auch aufzeigen können und die Ihnen dann helfen, die für sie bessere Entscheidung zu treffen. Und die dann aber auch noch für sie da sind, wenn Sie diese Entscheidung verändern möchten.

Und genau darum, denke ich, geht es in der Pflege hauptsächlich.

Nämlich 1., dass Pflegende mit Fach-Wissen in der jeweiligen Situation das bestmögliche für eine Frau vorschlagen und tun und

2., dass Pflegende Frauen Autonomie auch in einer Abhängigkeit erhalten, fördern bzw. geben.

Es kann nicht sein, dass Pflegende und andere Professionelle die Wahl haben, männliche Gewalt und die Folgen als Thema zu sehen und entsprechend zu handeln oder auch nicht. So ist es aber bisher.

Daher ist es zwingend notwendig, dass häusliche Gewalt gegen Frauen, die gesundheitlichen Folgen für sie, Trauma, Traumatherapie speziell für Pflegende in allen Pflege-Aus-, Fort- und Weiterbildungen unterrichtet wird. Dies muss auch in Schulungen für Laien, wie z. B. Zivildienstleistende, Ehrenamtliche usw. thematisiert werden.

Ebenso müssen natürlich PraxisanleiterInnen und Lehrende in der Aus-, Fort- und Weiterbildung mit dieser Thematik vertraut gemacht werden.

Es muss doch ein Schwerpunktthema in den Ausbildungen sein. Als ich diesen Vortrag schrieb, habe ich lange darüber nachgedacht und es ist mir kein Symptom und keine Erkrankung eingefallen, die nicht eine direkte oder eine Langzeit-Folge von häuslicher Gewalt sein kann oder zumindest dadurch verstärkt wird.

Pflegende müssen wissen, dass das Leben von Frauen allgemein in hohem Maße von männlicher Gewalt gegen sie, von Angriffen auf ihren Körper geprägt sein kann und sie müs-

sen wissen, wie entscheidend sich diese Erlebnisse auf den Pflegealltag auswirken können. Dass Pflege und andere Situationen, in denen sie keine Macht haben, für gewalttraumatisierte Frauen als ein schier unerträglicher Übergriff erlebt werden kann.

Nur wenn Pflegende dies wissen, können sie Unterscheidungen treffen zwischen Symptomen, die z. B. der Posttraumatischen Belastungsstörung zuzuordnen sind und als Reaktion auf u. a. pflegerisches Handeln verstanden werden können und Symptome, die auf andere Erkrankungen bzw. Alterserkrankungen zurückzuführen sind. So können und werden Pflegende ihr Handeln reflektieren und entsprechend verändern. So kann es dann auch zu Unterbrechung, Unterlassung, Veränderungen und Alternativen zu bestimmten Pflegehandlungen kommen.

Und nur so können sie individuell und wissenschaftlich gestützt traumatisierte Frauen so pflegen und behandeln, dass sie nicht wieder in ihr altes Trauma zurückgeführt werden.

Das heißt ganz konkret, dass ein verändertes Verhalten einer Frau, z. B. eine depressive Stimmungslage oder bestimmte Krankheitssymptome wie z. B. Pulsrasen auch als mögliche Reaktionen gesehen werden. Dann haben Pflegende Handlungsmöglichkeiten neben dem Ruf nach dem Stationsarzt, der Gabe von Medikamenten usw. Sie können – im besten Fall natürlich mit der Frau – versuchen herauszufinden, welche Situation u. U. bedrohlich war, so dass sie so reagieren musste. Es ist oftmals sehr schwierig für Frauen, dies selbst zu erkennen und so wären Pflegende eine wichtige Unterstützung.

Es geht also einerseits darum, Frauen mit Gewalterlebnissen vor Re-Traumatisierungen zu schützen und andererseits ihnen Unterstützung anzubieten, wenn eine retraumatisierende Situation eingetreten ist. Dies kann manchmal sehr einfach sein.

Es kann ja schon reichen, dass in einem Mehrbettzimmer stets hinter einem Sichtschutz gepflegt wird.

Es geht darum, dass Pflegende nicht bei offener Tür Pflegehandlungen durchführen.

Es geht darum, dass Gespräche mit den Frauen über ihre Erkrankung, Prognosen usw. in einem Raum durchgeführt werden, in den andere Menschen keinen Zugang haben.

Es geht darum, dass Maßnahmen und Therapien, Operationen und besonders auch Medikamentenwirkungen so erklärt werden, dass Frauen sie auch verstehen und die Konsequenzen für sich absehen können.

Es geht darum, dass nicht alle Pflegemethoden und neuen Ideen in der Pflege allen Frauen gut tun müssen. Ich denke da besonders an Basale Stimulation, Wickel und Einreibungen, Aromatherapie usw. Dies können Methoden sein, die ein zuviel an Nähe für die Frauen bedeutet oder aber die sie durch die bestimmten Berührungen oder Gerüche in Erinnerungen führen.

Es geht darum, den Frauen Wertschätzung entgegenzubringen.

Es kann nicht sein, dass MitpatientInnen informiert sind, weil Gespräche mit der Frau bei offener Tür, Visiten im Flur und Pflegeübergaben in offenen Räumen stattfinden. Dies ist aber Alltag.

Es braucht sichere Orte und sichere Gespräche.

Es geht darum, dass Pflege, Diagnostik und Therapie mit den Frauen durchgeführt wird, nicht über sie. Es darf nicht über ihren Kopf hinweg entschieden werden.

Es kann nicht sein, dass, in einem Mehrbettzimmer in einem Krankenhaus oder Altenheim die einzige Möglichkeit der Körperpflege an einem Waschbecken im Zimmer ist und es leider keinen Vorhang gibt und die Tür auch nicht abschließbar ist.

Es geht darum, dass Frauen sich nicht ausgeliefert fühlen.

Und es kann auch nicht sein, dass Symptome behandelt werden um jeden Preis, egal wie es einer Frau damit geht. Häufig geht es ja lediglich darum, eine Frau wieder funktionsfähig zu machen. Ich denke da z. B. an Symptombehandlungen mit Psychopharmaka oder anderen Medikamenten und auch an Elektroschockbehandlungen. Ich denke da auch an Transfers von Frauen durch verschiedene Abteilungen einer Einrichtung. Es ist kein unbekanntes Bild, dass Frauen mit sogenannten Flügelhemden, das heißt Krankenhaushemden, die hinten offen sind, auf Toilettenstühlen durch die Einrichtung zum z. B. Röntgen gefahren werden.

Es ist also erst einmal wichtig, dass traumatisierte Frauen Pflege und Behandlungen erhalten, die sie nicht wieder in ihr altes Trauma zurückführen. Mitunter kann es auch sehr hilfreich für eine Frau sein, dass sie verdrängen darf, dass sie sich nicht erinnern muss an bestimmte traumatische Erlebnisse und dass sie gerade von Pflegenden auch davor geschützt wird.

Dort wo dies nicht möglich ist oder war brauchen sie es, in ihren Erinnerungen nicht alleine gelassen zu werden und dass Pflegende ihnen dann praktische, psychische und therapeutische Hilfen anbieten.

Therapeutische Hilfen im Sinne von Stabilisierungsübungen, wertschätzenden Gesprächen, in denen Frauen von ihren Erlebnissen sprechen können, Verständnis für Reaktionen der Frauen und Vermitteln von Hilfsangeboten wie Frauenspezifische Beratungsstellen, Psychotherapeutische Angebote, Selbsthilfegruppen, Kriseninterventionen, Gespräche mit SeelersorgerInnen, SozialarbeiterInnen, rechtliche Beratung u. ä..

Pflegende brauchen natürlich einen differenzierten Blick, ein differenziertes Handeln und Eingehen auf die individuellen Bedürfnisse einer Frau in ihrer momentanen Situation. Wichtig wäre es, wenn eine Frau mit Gewalterlebnissen als Patientin in ein Krankenhaus käme, dass eine Pflegende ihr im Aufnahmegespräch – oder lieber etwas später – sagt, dass ihre Erkrankung und Symptome auch beschrieben und bekannt ist als Folge von Gewalt. Und sie dann fragt, ob sie darüber näheres wissen möchte?

So kann Frau sich dann entscheiden, ob sie möchte oder nicht. Ihr wird von der Pflegenden nichts übergestülpt, was sie vielleicht gar nicht verkraften kann. Sie hat ein klares Angebot und nun gleich ein größeres Gefühl von Sicherheit. Auch merkt Frau an solch einem Verhalten die fachliche und menschliche Kompetenz der Pflegenden. So kann Frau sich vorstellen, in einer vertrauensvollen Beziehung zu der Pflegenden vielleicht auch über ihre Geschichte zu sprechen. Und so endlich einmal professionelle Hilfe zu erhalten. Dies kann durchaus während der Pflege geschehen. Ich erwähne dies, weil Pflegende häufig Angst bekommen, dass solche Gespräche sehr zeitaufwändig seien und Pflegende schon allein deshalb dieses Thema nicht berühren möchten.

Es kann ja aber auch sein, dass bei der Frau so ein Prozess in Gang kommt und sie erst nach ihrem Krankenhausaufenthalt dieses Thema mit von ihr selbst ausgewählten Menschen anspricht.

Ich denke, dass Pflegende und ÄrztInnen auch daran arbeiten müssen, Vertrauen her- bzw. wieder herzustellen, das viele Frauen verloren haben durch die bisherigen Diagnose- und Behandlungsmethoden, die ihnen nicht wirklich geholfen haben und auch durch das Verhalten von ÄrztInnen und Pflegenden.

Zudem brauchen Pflegende natürlich Unterstützung in Form von konkreten Handlungsmöglichkeiten.

Was kann z. B. eine Pflegende tun, die in der Ambulanten Pflege arbeitet und aktuell mitbekommt, dass die Frau, die sie versorgt, von ihrem Ehemann vergewaltigt wird?

Ich kenne nicht viele Pflegende, die wüssten, an welche Stellen sie sich wenden könnten.

Dazu wäre es sicherlich gut, wenn in den Pflegeeinrichtungen gezielt Beratungsstellen werben würden.

Ich erlebe auch oft Pflegende, die Angst – bewusst oder unbewusst – haben, sich mit dem Thema männliche Gewalt gegen Frauen auseinander zusetzen.

Sie brauchen eigene Unterstützung. Wir dürfen ja nicht vergessen, das in der Kranken- und Altenpflege hauptsächlich Frauen arbeiten, die natürlich genau so von männlicher Gewalt betroffen sein können bzw. sind wie die Patientinnen.

Mir ist es ein völliges Rätsel, warum Menschen, die in der Gesundheitsversorgung arbeiten, in ihren Ausbildungen und in ihren Arbeitsplätzen nicht zwingend Unterstützung in Form von z. B. Supervisionen und eigener Therapie erhalten. Pflegende sind täglich mit Gewalt, Traumatisierten Frauen und Männern, Übergriffen, Ohnmacht, Schmerz, Leid, schweren Erkrankungen, Tod und Sterben, Hoffnungslosigkeit usw. konfrontiert. Wenn wir von Pflegenden – zu Recht – fordern, dass sie adäquat mit Frauen, die häusliche Gewalt erlebt haben, umgehen, brauchen sie Unterstützung. Eben in Form von Wissen, in Form von Handlungsmöglichkeiten und in Form von eigener Entlastung.

Frauen, die selbst durch häusliche Gewalt traumatisiert sind und dies für sich verdrängen, können doch kaum Patientinnen mit Gewalterlebnissen entsprechend unterstützen.

Wie es einerseits unabdingbar ist, dass Pflegende und Lehrende geschult werden und sich mit dieser Thematik auseinandersetzen, genauso wichtig ist es, dass die mittlere und höhere Führungsebene in den Einrichtungen geschult wird. Damit sich organisatorische und strukturelle Gegebenheiten in den Häusern ändern.

Frauen, die häusliche Gewalt erlebt haben, brauchen besonders die Möglichkeit der Wahl beim Pflegepersonal wie auch bei ÄrztInnen und anderen TherapeutInnen. Die Dienstpläne müssen so gestaltet werden, dass es diese Möglichkeiten der Wahl vor allem zwischen weiblicher und männlicher Versorgung gibt.

Es gibt auch oftmals keine abschließbaren Räume, keine sicheren Orte in einem Krankenhaus. Fast alle Stationen und Wohnbereiche in Akutkrankenhäusern, Psychiatrien, Altenheimen, Geriatrien sind gemischtgeschlechtlich. Auch bei Traumastationen werden eher gemischtgeschlechtliche Belegungen favorisiert.

Die Türen der Patientinnenzimmer müssen verschließbar sein. Frauen mit Gewalterlebnissen brauchen sichere Orte. Und stellen Sie sich die Frau vor, die vor kurzem vergewaltigt wurde und jetzt wegen Herzrhythmusstörungen auf einer internistischen Station in einem Vierbettzimmer liegt und häufigem männlichem Besuch ihrer Zimmernachbarn ausgesetzt ist. Und in deren Zimmer nachts um 2 Uhr aus Versehen der Herr von Zimmer 308 in Unterwäsche hereinschneit.

Auch denke ich, darf es nicht sein, dass in den Überlegungen über frauengerechte Gesundheitsversorgungen alte Frauen nur am Rande beachtet bzw. „nur“ unter dem Gesichtspunkt „Alterserkrankungen“ einbezogen werden.

Ihnen wird aufgefallen sein, dass ich fast ausschließlich von der stationären Pflege gesprochen habe. Das liegt einerseits daran, dass ich während der letzten 17 Jahre mehrheitlich in der stationären Pflege gearbeitet habe. Andererseits aber weiß ich auch, dass viele Retraumatisierende Momente in der ambulanten Pflege nicht in dieser Fülle gegeben sind, wie in der stationären. Das liegt in hohem Maße daran, dass Pflegenden zu einer Frau in deren Zuhause gehen. Die Machtverhältnisse sind dort völlig anders. Nicht umsonst heißt eine Frau, die ambulant versorgt wird, Kundin oder Klientin und eine Frau in der stationären Pflege Patientin oder Bewohnerin. Das sagt über das Verhältnis eine Menge aus. In der ambulanten Pflege werden die zu Versorgenden tatsächlich als Kundinnen gesehen, die darüber entsprechende Rechte über die Art und Weise der Versorgung haben. Was natürlich nicht heißt, dass dort alles rosig ist, auch in der ambulanten Pflege müssen Pflegenden natürlich genauso sensibel mit den Frauen umgehen wie in der stationären Pflege und wie ich es beschrieben habe.

Ich hoffe, ich konnte Ihnen einen Einblick geben in die Bedürfnisse an pflegerische Versorgung von Frauen mit häuslichen Gewalterlebnissen.

Ich hoffe natürlich, dass Sie Einfluss haben bzw. nehmen werden auf organisatorische, strukturelle und inhaltliche Versorgung in den verschiedenen Einrichtungen und Ausbildungen und Sie meine Anregungen mitnehmen werden.

Ich danke Ihnen für Ihre Aufmerksamkeit.

Versorgungsbedarf und Anforderungen an Professionelle im Gesundheitswesen im Problembereich Gewalt gegen Frauen aus Frauenhaus-sicht.

Marion Steffens

Die Frage der gesundheitlichen Folgen, die geschlechtsspezifische Gewalterfahrungen für Frauen haben, erfordert einige einführende Anmerkungen.

Im Frauenhausalltag wird deutlich, dass die erlebte Gewalt eine Reihe von Krankheitssymptomen auslösen kann, aber nicht muss. Mit den jeweils vorhandenen gesundheitlichen Folgen gehen Frauen zudem sehr unterschiedlich um. Manche Frauen werden Symptome, die zu eindeutig auf Gewalt hinweisen, vor allen anderen Menschen verbergen, indem sie z.B. erst dann die ärztliche Praxis aufsuchen, wenn die sichtbaren Verletzungsfolgen bereits abgeklungen sind. Durch Gewalt verletzte Frauen bieten unter Umständen alternative Erklärungen als Verletzungsursache an – zum Beispiel den „Treppensturz“.

In meiner Beratungsarbeit habe ich Frauen erlebt, die einen sehr hohen Aufwand betrieben, um psychosomatische oder psychische Erkrankungen vor ihrer Umwelt- auch vor ihrer Familie - zu verbergen. Hier war den Frauen bewußt, dass die Ursache für ihre Erkrankungen in der Gewalt durch ihren Partner lag. Andere Symptome wiederum sind sowohl von den Betroffenen selbst als auch von ärztlicher Seite nur mit Mühe mit der erlebten Gewalt in Verbindung zu bringen, weil der Zusammenhang nicht gleich offensichtlich ist. Dies gilt mit Sicherheit für eine ganze Reihe mehr oder weniger unspezifischer Symptomkomplexe im psychosomatischen Bereich.

Darüber hinaus lassen sich unterschiedliche Symptomkomplexe nicht trennscharf auf bestimmte Gewaltformen als deren nicht als Ursache zurückführen und andererseits führen gleiche Gewaltformen nicht zu gleichen spezifischen Symptomkomplexen. Die gesundheitlichen Folgen von Gewalt sind vielfältig und die Reaktionen gewaltbetroffener Frauen auf diese Folgen sind sehr unterschiedlich.

0 Bezogen auf das Suchtverhalten gewaltbetroffener Frauen, ließ sich in der Frauenhausarbeit zum Beispiel folgendes feststellen:

Überproportional viele Frauenhausbewohnerinnen rauchen stark. Aber natürlich sind nicht alle Raucherinnen misshandelt und nicht alle misshandelten Frauen rauchen. Überproportional viele Frauen, die suchtmittelabhängig sind, haben Gewalt im engeren sozialen Umfeld erlebt. Aber: nur ein geringer Teil aller Frauen, die im Frauenhaus Zuflucht suchen, sind alkohol- oder medikamentenabhängig. Eine Reihe von Frauenhäusern würde übrigens eine akut alkoholabhängige Frau auch gar nicht aufnehmen.

Unser Ziel in der Sensibilisierung des Gesundheitswesens ist es also nicht, eine Diagnose „Gewalt“ mit einem dazugehö-

rigen Symptomkomplex einzuführen. Im Gegenteil, wir wenden uns entschieden dagegen, gewaltbetroffene Frauen pauschal als „krank“ oder „traumatisiert“ zu stigmatisieren. Vielmehr soll Gewalt als eine die Gesundheit tendenziell beeinträchtigende Lebensrealität vieler Frauen wahrgenommen werden.

Eine solche Sichtweise hätte Folgen für viele Aspekte ärztlichen, therapeutischen und pflegerischen Handelns. Zum Beispiel in den Bereichen: Anamnese, Diagnose, Behandlungskonzepte, medikamentöse Therapie, psychiatrische Diagnose- und Therapieangebote, Dokumentation.

In einer Umfrage der Zentralen Informationsstelle für Autonome Frauenhäuser (ZIF) wurden im vergangenen Jahr Erfahrungen von Frauenhausbewohnerinnen mit und Erwartungen an die gesundheitliche Versorgung erfragt. Die knapp 60 Frauenhäuser, die sich an dieser Umfrage beteiligten, bezogen die Erfahrungen von etwa 400 gewaltbetroffenen Frauen in ihre Antworten ein. Die Ergebnisse möchte ich Ihnen kurz in Auszügen darstellen.

Frauen, die vor massiver Gewalt Zuflucht in einem Frauenhaus gesucht haben, berichteten über ihre Erfahrungen mit ÄrztInnen, KrankenpflegerInnen, Physio- und PsychotherapeutInnen:

Es fehlte an Respekt im Umgang mit Frauen, die von Gewalt betroffen sind und sich mit ihren Verletzungen in ärztliche Behandlung begeben. Sie fühlen sich nicht ernst genommen.

Zum Teil haben ÄrztInnen Berichte über die erlebte Gewalt ignoriert.

Berichtet wurde von Situationen, in denen die Untersuchung/Behandlung nach einer Gewalttat (vor allem nach Vergewaltigung) wegen des unsensiblen Umgangs durch die Ärztin/ den Arzt als entwürdigend und sehr belastend erlebt wurde.

Einige Frauen erlebten Übergriffe durch Ärzte, Therapeuten und Pflegepersonen sowohl im Krankenhaus, als auch in der ärztlichen Praxis.

Frauen berichten von Attesten, die sie selbst bezahlen mussten, mit denen sie aber vor Gericht nichts anfangen konnten, weil sie den gerichtlichen Anforderungen in keiner Weise genügten.

Der Zeitmangel, unter dem viele ÄrztInnen leiden, wird von einigen befragten Frauen als Hemmnis erlebt, über die erlebte Gewalt zu sprechen.

Frauen berichteten, dass ihnen Psychopharmaka verschrieben wurden, über deren Wirkungsweise sie sich zu wenig informiert fühlten, wobei andere Behandlungsmöglichkeiten kaum in Betracht gezogen wurden.

Viele Frauen berichteten, dass sie nicht über die erlebte Gewalt sprachen, weil es hierfür keinen „Raum“, keine Gelegenheit im Gespräch gab.

Speziell Migrantinnen berichteten:

Bei sprachlichen Verständigungsschwierigkeiten „übersetzte“ zumeist ein Familienangehöriger, oft der Ehemann oder Sohn. Hierdurch konnten sie über die wahre Ursache ihrer Verletzungen nicht offen sprechen. Darüber hinaus wurde auch mehr mit der Begleitperson gesprochen als mit der Patientin, wodurch sich einige Frauen völlig ausgeliefert und hilflos fühlten.

Mehrfach wurde genannt, dass gegenüber Frauen, dass die erlebte Gewalt als kulturell bedingt verharmlost wurde

Im Hinblick auf gewaltbetroffene Asylbewerberinnen muss von einer dramatischen medizinischen Unterversorgung gesprochen werden. Die Kostenübernahme ist nur für eine rudimentäre Basisversorgung vorgesehen. Viele ÄrztInnen stehen den teils massiven Traumafolgen zum Beispiel von Flüchtlingsfrauen aus Bürgerkriegsgebieten oder zur Prostitution gezwungenen Frauen hilflos gegenüber. Andererseits werden ÄrztInnen aber auch zur Hilflosigkeit verurteilt, wenn Behandlungsvorschläge vom Kostenträger abgelehnt werden.

Frauen, die vor ihrem Frauenhausaufenthalt freiwillig oder unter Zwang in der Psychiatrie waren, berichteten ebenfalls von ihren Erfahrungen.

Viele Frauen berichteten in der Umfrage, sie seien in der Anamnese und auch im weiteren Verlauf der Behandlung nicht nach ihren Gewalterlebnissen gefragt worden. Zum Teil geschah dies auch dann nicht, wenn sich Frauen wegen der erlebten Gewalt freiwillig in die Psychiatrie einweisen ließen.

Als Patientin in der Psychiatrie fühlten sich viele Frauen nicht ausreichend über Wirkungen und Nebenwirkungen der verabreichten Medikamente informiert. In einigen Fällen wurde Medikamente auch ohne Einwilligung der Patientin verabreicht.

Gesprächstherapie fand oft in gemischtgeschlechtlichen Gruppen statt, was das Sprechen über die erlebte Gewalt für manche Frauen unmöglich machte.

Einige Frauen berichteten von Übergriffen durch männliche Mitpatienten, vor denen sie durch MitarbeiterInnen der Station nicht geschützt wurden.

Etwa die Hälfte der Frauen, die Patientin einer Psychiatrie waren gibt an, dort in der ein oder anderen Weise Gewalt erlebt zu haben

Manchmal kamen Frauen auf Anlass ihres misshandelnden Ehemannes in die Psychiatrie und mussten erleben, dass den Aussagen des Mannes mehr Glauben geschenkt wurde als ihren eigenen. Hieraus konnten manche Männer ein regelrechtes Bedrohungsszenario aufbauen, indem sie später immer wieder mit Zwangseinweisung drohten.

Diese Ergebnisse einer ersten Umfrage zu den Erfahrungen von Frauenhausbewohnerinnen mit unterschiedlichen Gesundheitsanbietern verweist bereits auf einen erheblichen Handlungsbedarf.

Auch wenn es in der Natur der Umfrage lag, dass hauptsächlich negative Erfahrungen in der gesundheitlichen Versorgung berichtet wurden, kann ich aber aus meiner beruflichen Praxiserfahrung mit gewaltbetroffenen Frauen sagen, dass **ausdrücklich positive** Erfahrungen tatsächlich eher die Ausnahme sind. Als ausdrücklich positiv würden hier Erfahrungen zu bewerten sein, die nicht nur „neutral“ im Sinne von „nicht belastend“ nicht negativ auffällig, sind, sondern einen aktiv gewaltsensiblen Zugang des Arztes/der Ärztin beinhalten.

An einem Beispiel ließe sich das so veranschaulichen. Eine Frau begibt sich in gynäkologische Behandlung, um untersuchen zu lassen, ob sie (nach wiederholten Vergewaltigungen durch den Ehemann) schwanger ist. Darüber hinaus hofft sie, dass die Ärztin feststellt, ob sie innere Verletzungen hat, ohne dass sie diese Frage direkt stellt. Das Thema Gewalt wird also von der Patientin nicht aktiv angesprochen. Die Behandlungssituation kann dann für die Gynäkologin wie eine ganz normale, unauffällige Untersuchung wirken. Auch

von der Patientin kann die ärztliche Tätigkeit als normale Untersuchung, (im positivsten Falle „ohne Befund“), empfunden werden, während objektiv das Thema Gewalt nicht einmal erwähnt wurde. Der ganze Hintergrund, mit dem die Patientin sich auf den gynäkologischen Stuhl legt, ihre Ängste („Entspannen Sie sich“) und Befürchtungen bleiben der Ärztin verborgen und so wird zur Abklärung etwaiger Menstruationsbeschwerden – je nach Alter der Patientin – vielleicht ein Hormonspiegel gemacht („ohne Befund“).

Welche Anforderungen ergeben sich nun aber aus den Erfahrungsberichten gewaltbetroffener Frauen?

1. Gewalterfahrungen müssen als eine mögliche Ursache für Verletzungen, Krankheitssymptome und Auffälligkeiten bei Anamnese bzw. Diagnose ins Blickfeld genommen werden.
2. ÄrztInnen sollten Fortbildungen zum Thema wahrnehmen, um sich für die Gewaltproblematik zu sensibilisieren und dadurch ihre Diagnose- und Behandlungskompetenz im Hinblick auf gesundheitliche Folgen von Gewalt zu stärken.
3. Gerade in Psychiatrien dürfen gewaltbetroffene Frauen keine erneute Gewalt erfahren. Dies muss eine Grundanforderung an alle ärztlichen, therapeutischen und pflegerischen Maßnahmen werden. Auch Gewaltanwendung durch MitpatientInnen, muss ausgeschlossen werden.
4. Körperliche und psychosomatische Auswirkungen von Gewalt müssen regelmäßig dokumentiert werden und gerichtlichen Anforderungen genügen. Diese Dokumentation sollte auf Wunsch der Patientin ausgehändigt werden und ansonsten in den Patientinnenunterlagen verbleiben.
5. Frauen sollten einen Anspruch auf Untersuchung durch eine Frau haben (z.B. nach einer Vergewaltigung)
6. Es sollten spezifische Angebote in Psychiatrien, Krankenhäusern, Kurkliniken für (gewaltbetroffene) Frauen eingerichtet werden.

Spezielle Anforderungen für die gesundheitliche Versorgung gewaltbetroffener Migrantinnen

1. Migrantinnen müssen unabhängig vom Aufenthaltsstatus Zugang zum Gesundheitssystem erhalten. Dies gilt ausdrücklich auch für illegalisierte Migrantinnen, Opfer von Zwangsprostitution etc.
2. Die interkulturelle Kompetenz von Gesundheitsanbietern sollte durch Fortbildungen, Leitfäden u.ä. gestärkt werden und zum selbstverständlichen Bestandteil der Qualitätsentwicklung in der gesundheitlichen Versorgung werden. (z.B. auch als Thema in Aus-, Fort-, und Weiterbildung unterschiedlicher Berufsgruppen des Gesundheitsbereiches)
3. Migrantinnenselbsthilfeprojekte im Gesundheitsbereich sollten unterstützt und finanziell gefördert werden.

Über diese Anforderungen hinaus, die von Autonomen Frauenhäusern auf der Grundlage der Umfrage entwickelt wurden, lassen sich noch einige allgemeine Empfehlungen für die gesundheitliche Versorgung gewaltbetroffener Frauen formulieren.

Professionelle im Gesundheitswesen müssen ein Basiswissen über Art, Ausmaß und Folgen von Gewalt gegen Frauen erhalten, um adäquate Handlungsstrategien und Behandlungskonzepte entwickeln zu können.

ÄrztInnen, TherapeutInnen, Pflegende sollten Bereitschaft signalisieren, sich dem Thema Gewalt im Geschlechterverhältnis zu öffnen. Sie sollten hinsehen, wahrnehmen und gesprächsbereit sein. Dies ist einerseits eine Frage der persönlichen Haltung. Andererseits kann auch durch das Auslegen von Informationsmaterial und Fachartikeln, Broschüren von Unterstützungseinrichtungen und Aufhängen themenspezifischer Plakate in Praxen und Kliniken Offenheit und Kompetenz für die Gewaltproblematik signalisiert werden.

Handlungsleitend für den ärztlichen und pflegerischen Kontakt mit gewaltbetroffenen Frauen sollte sein:

- Gewaltbetroffene Frauen in ihrer Situation ernst nehmen
- Zuhören
- Stabilisieren
- Behutsames Fragen
- Respektvoller Umgang
- Dokumentieren
- Weitervermitteln an örtliche, spezialisierte Unterstützungsangebote (z.B. Frauenberatungsstellen, Frauenhäuser, spezialisierte Angebote im Bereich sexualisierter Gewalt)

Was keinesfalls geschehen sollte:

- Aufdecken – es kann nicht darum gehen, Frauen zu nötigen, über Ihre Gewalterlebnisse zu berichten
- Frauen Gewalterfahrungen lediglich zu unterstellen
- Verharmlosendes Verhalten:
"So ein Streit kommt in den besten Ehen vor"
- Einmischen: „Sie sollten sich unbedingt von Ihrem Mann trennen“ oder „Vielleicht kann ich auch mal mit Ihrem Mann sprechen.“

Das Ziel ärztlichen, therapeutischen und pflegerischen Handelns sollte sein, gewaltbetroffene Frauen in ihrer gesundheitlichen und psychosozialen Situation zu stabilisieren. Hierzu gehört auch und unmittelbar, gewaltbetroffene Frauen ggf. an spezialisierte Unterstützungsangebote weiter zu vermitteln.

Professionelle im Gesundheitswesen können sich nicht ausuchen, ob sie gewaltbetroffene Frauen versorgen wollen. Etwa jede 5. Patientin in jeder Praxis hat in ihrem bisherigen Leben gewalttätige Übergriffe erlebt – viele davon in ihrem sozialen Nahraum. Sie sollten in ihrer beruflichen Praxis allerdings so handeln, dass sie vielleicht nicht alles „richtig“, aber in jedem Fall nichts grundsätzlich falsch machen. Es

geht also nicht darum, den Gewalthintergrund jeder betroffenen Frau aufzudecken. Vielmehr sollten Professionelle im Gesundheitswesen so (be-) handeln, dass auch wenn der Gewalthintergrund im Verborgenen bleibt, für die Patientin kein weiterer Schaden entsteht.

Wege zur Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung gewaltbetroffener Frauen im Ennepe-Ruhr-Kreis: das Netzwerk gesine

Referentin: Anja Gerlach, cand. BScN, Krankenschwester, für die Frauenberatung

In jüngerer Zeit ist Gewalt gegen Frauen auch ein Thema für die Gesundheitsberufe geworden. So hat der 105. deutsche Ärztetag 2002 beschlossen, sich der Deklaration gegen Gewalt (EWHNET) anzuschließen und sich aktiv für eine frauorientierte und gewaltsensible Gesundheitsversorgung einzusetzen. Bisher fehlt es aber an praxisorientierten Umsetzungsstrategien, in denen die unterschiedlichen Gesundheitsanbieter (also neben ÄrztInnen auch Pflegende, Therapeutinnen, Assistenzberufe etc) ebenso wie die auf Gewalt gegen Frauen spezialisierte Infrastruktur einbezogen wird.

Das Netzwerk Gesundheit – gesine – hat nunmehr ein Modell entwickelt, das die unterschiedlichsten Gesundheitsakteure gemeinsam mit der Fraueninfrastruktur in ein Netzwerk einbindet und praxisnahe, effektive Wege für eine gewaltsensible Gesundheitsversorgung anbietet.

Das Netzwerk geht von dem Leitgedanken aus:

Es ist nicht die Frage, OB Professionelle im Gesundheitswesen

Kontakt zu gewaltbetroffenen Frauen in ihrem Berufsalltag haben, sondern lediglich

WIE sie diesen Kontakt gestalten.

Das Ziel des Netzwerkes gesine ist die Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung gewaltbetroffener Frauen im Ennepe-Ruhr-Kreis.

Dies geschieht durch:

- Die Sensibilisierung der Professionellen im Gesundheitswesen für Art, Ausmaß und Folgen von Gewalt gegen Frauen
- Die Umsetzung grundlegender Standards in der Versorgung gewaltbetroffener Frauen
- Stärkung der Weitervermittlungsressourcen

Aus bisher vereinzelt Angeboten soll ein Unterstützungsnetz für gewaltbetroffene Frauen und ihre Kinder geknüpft werden. Hierzu sind verschiedene Schritte erforderlich.

1. Die unterschiedlichen Professionen des Gesundheitswesens und der psychosozialen Versorgung müssen voneinander wissen und die jeweiligen speziellen Angebote für gewaltbetroffene Frauen kennen. Diese speziellen Angebote reichen von Frauenschutz- und unterstützungsangeboten, über gewaltsensible TherapeutInnen und auf Traumbehandlung spezialisierte Kliniken oder klinikinterne Abteilungen bis hin zu speziellen Angeboten einzelner Praxen. Erst hierdurch kann eine sinnvolle Weitervermittlung über „kurze Wege“ für die Opfer von Gewalt gewährleistet werden.
2. Eine einzelne Einrichtung, Praxis oder Person ist mit den Handlungs-Anforderungen zur gesundheitlichen Versorgung und psychosozialen Unterstützung gewaltbetroffener Frauen häufig überfordert – eine Vernetzung dient somit auch der gegenseitigen Entlastung. Deshalb sind die einzelnen Akteure des Gesundheitswesens und der psychosozialen Versorgung aufgefordert, sich dem Netzwerk als PartnerInnen zu assoziieren. Angesprochen sind ÄrztInnen unterschiedlicher Fachrichtungen, Kliniken, Pflegeberufe, TherapeutInnen, BeraterInnen, medizinische Assistenzberufe etc.
3. Die NetzwerkpartnerInnen verpflichten sich zur Einhaltung grundlegender Standards in der Versorgung gewaltbetroffener Frauen, die sich kurz auf folgende Kernaussagen zusammenfassen lassen:

Offenheit für das Thema signalisieren – Wahrnehmen – Ansprechen – Adäquat reagieren – Informieren.

Durch die Enttabuisierung von Gewalt (Wahrnehmen und Ansprechen) und adäquates Reagieren in der beruflichen Praxis (Informieren und Weitervermitteln) werden die Möglichkeiten für Frauen und ihre Kinder verbessert, die (gesundheitlichen) Folgen der Gewalterfahrungen zu mindern und der Schutz vor weiterer Gewalt wird erhöht. Die Standards werden für die unterschiedlichen Berufsgruppen spezifiziert und beinhalten für ÄrztInnen z.B. die Einführung eines standardisierten Vor-

drucks zur Dokumentation von Verletzungsfolgen.

4. Die Netzwerkassoziation geschieht auf der Grundlage einer Vereinbarung. Diese beinhaltet die Selbstverpflichtung zur Einhaltung der Standards. Darüber hinaus beteiligen sich die PartnerInnen an der gesundheitlichen Aufklärung gewaltbetroffener Frauen z.B. durch das Aufhängen von Plakaten und Auslegen von Informationsmaterial zum Thema Gewalt gegen Frauen.
5. Den NetzwerkpartnerInnen wird entsprechendes Informationsmaterial zur Verfügung gestellt. Sie erhalten überdies Angebote für Fortbildungen rund um das Thema Gewalt gegen Frauen. Darüber hinaus sorgt die Koordinierungsstelle des Netzwerkes für eine Kommunikationsplattform, die Raum für Austausch, Information, Kritik und Anregungen bietet.

Handlungsleitlinien des Netzwerkes gesine

Niederschwelligkeit als oberstes Prinzip

Zentrales Anliegen ist, dass der Zugang zu einer gewaltsensiblen Gesundheitsversorgung und zu spezialisierten Unterstützungsangeboten für gewaltbetroffene Frauen erleichtert wird.

Verbindung zwischen mainstreaming und Spezialisierung

Wichtig ist, dass sich gewaltbetroffene Frauen ebenso wie Kolleginnen und Kollegen aus dem Gesundheits- und Unterstützungsbereich darauf verlassen können, dass die vereinbarten Standards auch tatsächlich eingehalten werden. Dies geschieht aus unserer Sicht am ehesten auf der Grundlage einer freiwillig abgeschlossenen Vereinbarung, denn diese setzt die Entscheidung, sich des Themas anzunehmen voraus. Das Gießkannenprinzip, mit dem zum Beispiel Standards oder Dokumentationsvordrucke an alle ÄrztInnen verschickt werden, verspricht Frauen wenig Verlässlichkeit. Andererseits ist die Einrichtung etwa eines Kompetenzzentrums im Bereich gesundheitliche Versorgung gewaltbetroffener Frauen, eine zu hohe Hürde, da sie die Überwindung der Tabu- und Schamgrenzen sozusagen als Zugangsvoraussetzung hat.

Win – win Situation für alle Beteiligten

Gerade die Professionellen der Gesundheits- und Heilberufe, wie auch der Berufe der psychosozialen Versorgung sind sehr hohen Anforderungen in ihrem Berufsalltag ausgesetzt. Zeitnot und Überforderung kennzeichnen vielerorts den Berufsalltag. Hier darf ein Engagement für einen zusätzlichen Themenbereich nur erwartet werden, wenn er positive Effekte für den eigenen Berufsalltag hat. Zugewinn an Sicherheit im Umgang mit einem Tabuthema, die Vorteile plausibler Erklärungsansätze für unerklärliche Verhaltensweisen oder Symptome sowie die Verlässlichkeit einer funktionierenden Weitervermittlungspraxis bieten solche positiven Effekte

Serviceangebot

Ein solches Netzwerk kann nur auf der Grundlage einer verantwortlichen Koordinierung der Aktivitäten funktionieren. Hier kann sich das Netzwerk die Erkenntnisse der Forschung zu bisherigen Kooperationsgremien im Bereich Häusliche Gewalt zunutze machen. Darüber hinaus ist das Serviceangebot von Materialien, Information, Fortbildungen, Erfahrungsaustausch etc. notwendiger Bestandteil der Sensibilisierung der genannten Berufsgruppen und des für eine adäquate Versorgung notwendigen Wissenszuwachses bei allen Professionen.

Prozessualer Charakter des Konzeptes

Das Netzwerkkonzept ist dynamisch gestaltet. So sind neue Assoziationen jederzeit möglich und eine Eingliederung in das bestehende Netzwerk strukturell verankert. Des Weiteren misst sich der Erfolg des Konzeptes an der Praxis. Das bedeutet, dass die Rückmeldungen sowohl der NetzwerkpartnerInnen als auch der gewaltbetroffenen Frauen nicht nur konzeptionellen Raum erhalten, sondern auch zur Optimierung der Netzwerkpraxis beitragen.

Koordinatorinnen und Ansprechpartnerinnen im Netzwerk gesine:

Dipl. soz. päd. Marion Steffens
Dipl. soz. wiss. Andrea Stolte

Frauenberatung wittEN
Luisenstrasse 4
58452 Witten
frauenberatung.witten@t-online.de