

## 5 Gewalt im Geschlechterverhältnis

### 5.1 Einleitung

Gewalt gegen Frauen wurde in den alten Bundesländern erstmals in und durch die Frauenbewegung der 70er Jahre als gesellschaftliches Problem öffentlich wahrgenommen. 1976 wurden in den alten Ländern die ersten Frauenhäuser eröffnet, Orte des Schutzes und der fachlich qualifizierten Beratung, an denen Frauen über - oft jahrelang ertragene - Mißhandlung durch Ehemänner oder Beziehungspartner sprechen konnten. Zur gleichen Zeit entstanden viele Notruf-Projekte, die - zumeist in einem Frauenzentrum - Beratung und eine Telefonbereitschaft für vergewaltigte Frauen anboten; sie gaben den Anstoß für die öffentliche Diskussion um sexuelle Gewalt. In den Folgejahren wurden, in aller Regel durch die politische und praktische Arbeit spezifischer Fraueninitiativen, weitere Erscheinungsformen von Gewalt zum Thema in Fachkreisen, in den Medien und in der Politik: Sexueller Mißbrauch von Mädchen und dann auch von Jungen, erzwungene Prostitution, auch im Rahmen von Menschenhandel oder "Ehevermittlung", Sextourismus, sexuelle Belästigung am Arbeitsplatz, Vergewaltigung in der Ehe, sexuelle Übergriffe in der Therapie. Mit der erneuten Aufmerksamkeit für körperliche Gewalt im sozialen Nahraum beginnen heute, Erkenntnisse über die Betroffenheit der Kinder durch die Mißhandlung ihrer Mütter wahrgenommen zu werden, aber auch Mißhandlung alter Menschen in der Pflege wird zum Thema. Eine wellenförmig sich fortsetzende Diskussion um immer neue Aspekte hat die Gesamthematik präsent gehalten und eine ungefähre Vorstellung ihrer facettenreichen Komplexität vermittelt.

Damit ging ein Prozeß des Wandels in der rechtlichen Bestimmung und Bewertung von Gewalthandlungen einher. Die Gesetzgebung und Rechtsprechung bei Vergewaltigung nehmen heute wesentlich stärker die Vielfalt von Zwangsmitteln zur Kenntnis, die ein Mann einsetzen kann. Hinweise auf das sexuelle Vorleben der Frau werden in einer Verhandlung nicht mehr ohne weiteres zugelassen; eine vorangegangene Täter-Opfer-Beziehung wird unter dem Gesichtspunkt des Vertrauensbruchs häufiger strafverschärfend denn strafmildernd berücksichtigt. Schließlich ist es 1997 nach gut 20 Jahren öffentlicher Diskussion gelungen, die „eheliche Ausnahmeregelung“ im Vergewaltigungsrecht zu entfernen und die sexuelle Selbstbestimmung der verheirateten Frau als rechtliche Norm zu verankern. Anerkennung hat mittlerweile auch der Umstand gefunden, daß eine private Strafverfolgung für die Opfer häuslicher Gewalt unzumutbar ist. Die Richtlinien für das Straf- und Bußgeldverfahren, die sich an die Staatsanwaltschaften richten und folglich auch das Vorgehen der Polizei bestimmen, sind - auf Drängen der Frauen(haus)bewegung (Hagemann-White et al. 1981) - in diesem Sinne präzisiert worden. Insoweit ist die rechtliche Bewertung von Körperverletzungen im häuslichen Bereich differenzierter geworden, und die besondere Situation der mit einem

gewalttätigen Partner zusammenlebenden Frau kann im strafrechtlichen Verfahren Anerkennung finden (Schall/Schirmmacher 1995).

Zu Gewalt im Geschlechterverhältnis in der DDR liegen kaum Untersuchungen vor; Gewalt wurde nur in kriminologischer und sexualmedizinischer Fachliteratur thematisiert. Es gab zwar Forschung über sexuelle Gewalterfahrungen; sie zielte jedoch nicht darauf ab, das Thema zu enttabuisieren oder gar spezifische Angebote zu entwickeln. Vielmehr wurden letztlich die Opfer für die von ihnen erlittene Gewalt selbst verantwortlich gemacht (Igney 1999, Diedrich 1996). Eine Auswertung verschiedener Datenquellen deutet darauf hin, daß häusliche Gewalt in der DDR nicht weniger verbreitet war als in der Bundesrepublik. Das Thema war aber in der DDR-Öffentlichkeit nicht präsent. Lediglich im Rahmen der Kirchen entstand Mitte der 80er Jahren ein Problembewußtsein und 1988 ist ein erstes Krisenhaus entstanden, das Zuflucht für mißhandelte Frauen bot (Schröttle 1999: 138).

Die Wende machte eine öffentliche Thematisierung der Gewalt gegen Frauen möglich und innerhalb von kurzer Zeit setzt sich eine entsprechende Sensibilisierung durch. Durch den Einsatz von Frauengruppen und -initiativen, die sich teilweise bereits vor der Wende in der DDR-Bürgerbewegung engagiert hatten, wurden Schutzorte für Frauen geschaffen. Der Bedarf spiegelte sich auch in dem Zulauf wider, den die Frauenhäuser nach ihrer Gründung hatten. Die Möglichkeit, über sexuelle Gewalt öffentlich zu sprechen, brach zeitgleich mit anderen Veränderungen auf (z.B. Pornographie in den Medien, Präsenz von Kriminalität, neue Frauen- und Männerbilder), so daß insgesamt von einem neuen Gewalklima im öffentlichen Raum zu sprechen ist.

Bei beiden Entwicklungen, im Osten wie im Westen, nahm die öffentliche Wahrnehmung des Skandals alltäglicher Gewalt ihren Ausgang bei massiven körperlichen Übergriffen und Verletzungen. Doch mit der Entstehung von Frauenprojekten und Einrichtungen zur praktischen Unterstützung betroffener Frauen rückte sehr bald ein breites Spektrum verschiedener, teils subtiler Gewaltformen in den Blick. Aus der Praxis wuchs die Erkenntnis, daß diese - gerade auch im Kontext von Bekanntschaft und Beziehungen - oft ineinander greifen. Gewalt im Geschlechterverhältnis hat viele Formen, findet viele Gelegenheiten und Anlässe. Frauen werden im Zusammenleben mit „gewaltbereiten“ Männern nicht erst durch Schläge verletzt, sondern auch durch psychische Gewalt. Dazu zählen z. B. zermürbende Demütigungen, erzwungene Schlaflosigkeit, ständige Überwachung und Kontrolle (Einsperren), Mißtrauen und Eifersucht, regelmäßige Herabsetzung vor den Kindern oder im Bekanntenkreis. Sexuelle Nötigung und Vergewaltigung werden zu einem sehr hohen Anteil nicht von Fremden ausgeübt, sondern durch Männer, denen die betreffende Frau persönlich bekannt ist. Und schließlich ist der gewalttätige Übergriff, der eine Frau zum Aufsuchen von Beratung und Schutz veranlaßt, selten der erste in ihrem Leben. So haben die Projekte der Hilfe für betroffene Frauen und deren öffentliche Aufklärung überhaupt erst eine breitere Aufmerksamkeit dafür geweckt, daß Kinder, und insbesondere Mädchen, oft unter sexualisierter Gewalt leiden.

Gewalterfahrungen in der Kindheit sind häufig, und sie sind immer geschlechtsbezogen differenziert zu betrachten. Massive Körperstrafen und Mißhandlungen können ohne jeden sexuellen Anteil sein und dennoch auf das Geschlecht des Kindes Bezug nehmen (traditionell werden Söhne härter bestraft oder geschlagen). Sexuelle Ausbeutung kann (insbesondere in der Familie) ohne körperliche Verletzung und sogar ohne Zwang stattfinden, und trifft in besonderem Maße Mädchen. Ein sehr großer Teil von Gewalt scheint im Bereich der Mischformen zu liegen, bei denen Elemente von körperlicher oder seelischer Mißhandlung mit sexuellem Mißbrauch einhergehen, so daß beide schwer zu unterscheiden sind. Zudem sind beide oft unmittelbar mit Gewalt gegen erwachsene Frauen verknüpft: Die Forschung weist zunehmend darauf hin, daß das Risiko für Kinder, sexuelle Gewalt zu erfahren, in Familien besonders groß ist, in denen die Frau vom Mann mißhandelt wird.

Die Bedeutung von Gewalt in der Kindheit für die Gesundheit von Frauen beginnt erst in den letzten Jahren, in der Bundesrepublik Thema zu werden. Gewalterfahrungen haben - über ihre Bedeutung als unmittelbare Verletzung des Rechtes auf Unversehrtheit hinaus - vielfältige Auswirkungen auf das Selbstwertgefühl und auf soziale Beziehungen in Kindheit und Jugend, auf die Entwicklung eines gesunden Körpergefühls, auf die Zuversicht in das eigene Recht auf sexuelle Selbstbestimmung und - vermittelt über diese Faktoren - auf die Gefahr, erneut von sexueller Gewalt betroffen zu sein. Männer scheinen teilweise sexuelle Gewalterfahrungen auf dem Wege eigener Gewalttätigkeit zu bewältigen, während bei Frauen die Somatisierung oder die Entstehung psychosomatischer Leiden häufiger ist.

Im Zuge der Bewußtwerdung der Vielfalt von Formen der Gewalt, ihrer häufigen Verquickung miteinander, des Ausmaßes und der Verbreitung des Problems sind vielfältige Begriffe in Umlauf gekommen. Die Bezeichnungen „Männergewalt“ und „Gewalt gegen Frauen“ hatten den Sinn, die Verquickung der Gewalthandlungen mit gesellschaftlich begründeter Macht und Ungleichheit zwischen den Geschlechtern hervorzuheben. Eine ähnliche Intention kam zum Ausdruck, wenn ein Zusammenhang zwischen „personaler“ und „struktureller“ Gewalt hervorgehoben wurde. Der Begriff „sexualisierte Gewalt“ findet in der Bundesrepublik insbesondere für gewaltförmige sexuelle Handlungen Verbreitung. Vergewaltigung „ist nicht der aggressive Ausdruck von Sexualität, sondern vielmehr der sexualisierte Ausdruck von Aggressivität, Macht und Gewalt“ (Kanne 1996: 19). Unter dem Einfluß der internationalen Diskussion wird sexualisierte Gewalt jedoch auch als umfassender Begriff verwendet, da auch Frauenmißhandlung im Kontext einer sexuellen Beziehung stattfindet oder eine solche Beziehung aufrechterhalten soll. Neuere Forschung weist darauf hin, daß Mißhandlungen im Laufe einer Ehe vom Mann mit sexueller Erregung verknüpft sein können (Lundgren 1995; Hearn 1998).

Weitere Begriffe sind von dem wachsenden Bedarf an interdisziplinärer Zusammenarbeit beeinflusst. Bei Mädchen und Jungen, die in Kindheit und Jugend zur Befriedigung sexueller Bedürfnisse von Erwachsenen gedrängt, genötigt oder überredet wer-

den, hat sich der juristisch gültige Begriff „sexueller Mißbrauch“ trotz einiger Kontroversen etabliert. Hierbei ist zweifellos von Bedeutung, daß bei Kindern jede Intervention zur Verhütung der Fortsetzung von Gewalt auf Kooperation mit der Justiz angewiesen ist, wofür die gemeinsame Begrifflichkeit hilfreich ist. Aus der Sicht der Psychotherapie hingegen wird unterstrichen, daß es keinen zulässigen sexuellen „Gebrauch“ von Kindern geben kann; hier wird der Begriff des „sexuellen Trauma“ bevorzugt. Gegen eine generelle Verwendung des Trauma-Begriffes spricht allerdings, daß alltägliche Übergriffe, die verletzend, einschüchternd und schädigend sein können, kein im eigentlichen Sinne herausragendes Ereignis sind (dagegen spricht gerade ihre Alltäglichkeit) und in vielen Fällen Bewältigungsformen zur Verfügung stehen; sie sind aber deshalb nicht minder gewaltförmig oder gar harmlos. Schließlich wird für die Mißhandlung von Frauen im Zusammenleben mit Männern seit einigen Jahren der Begriff „häusliche Gewalt“ eingeführt, hier als gemeinsam handhabbarer Terminus in der Kooperation insbesondere mit Polizei und Justiz, um den abwertenden Begriff „Familienstreitigkeiten“ zu ersetzen und die Führung informativer Statistiken zu ermöglichen.

Den Versuch einer Integration der verschiedenen Aspekte stellte die Begriffsprägung „Gewalt im Geschlechterverhältnis“ (Hagemann-White 1992) dar. Der Begriff sollte dem „Kontinuum von Gewalt“ (Kelly 1988) und der engen Beziehung der Gewalt zur Geschlechtlichkeit Rechnung tragen. Denn nicht allein Frauen und Mädchen erleiden Gewalt; auch Jungen werden sexuell mißbraucht, auch Homosexuelle werden zusammengeschlagen. Andererseits haben auch die größten Prügel in der Ehe mit der Sexualität zu tun: Er schlägt sie, weil sie „seine Frau“ ist, oder weil sie es werden oder bleiben soll.

„Unter Gewalt verstehen wir die *Verletzung der körperlichen und seelischen Integrität eines Menschen durch einen anderen*. Unsere Aufmerksamkeit richtet sich noch genauer auf diejenige Gewalt, die mit der *Geschlechtlichkeit des Opfers wie des Täters zusammenhängt*. Hierfür prägten wir den Begriff: Gewalt im Geschlechterverhältnis. Dazu gehören sowohl die Befriedigung sexueller Wünsche auf Kosten eines Opfers oder gegen dessen Willen wie auch alle Verletzungen, die aufgrund einer vorhandenen geschlechtlichen Beziehung (oder zwecks Durchsetzung einer solchen) zugefügt werden“ (Hagemann-White 1992: 22).

Da der Begriff hier aus der Sicht des Opfers bestimmt wurde, hat er bei der Weiterentwicklung juristischer Strategien eher weniger Anklang gefunden; er scheint jedoch gut geeignet, die gesundheitlichen Aspekte herauszuarbeiten. Im vorliegenden Kapitel werden wir „Gewalt im Geschlechterverhältnis“ und „sexualisierte Gewalt“ als umfassende Begriffe verwenden und zur Spezifizierung zusätzlich zwischen „sexueller Gewalt“ und „häuslicher Gewalt“ unterscheiden; die Unterscheidung nimmt auf das Erleben der betroffenen Frauen Bezug.

Schließlich wird zunehmend in der internationalen Diskussion betont, daß die Verbreitung der Gewalt und das Ausmaß, in dem Frauen ihr ausgeliefert sind, mit fehlender

Gleichberechtigung in der Gesellschaft zusammenhängen. Das Gebot politischen Handelns wird durch die Betonung der spezifischen Betroffenheit von Frauen mit Folgen für deren Gesundheit und Wohlbefinden unterstrichen.

So definiert die UNO 1993 Gewalt gegen Frauen als „any act of gender-based violence that results in, or is likely to result in, physical, sexual or psychological harm or suffering to women, including threats of such acts, coercion or arbitrary deprivation of liberty, whether occurring in public or in private life“.

Anhaltend kontrovers in der Bundesrepublik sind sowohl die praktischen Ansätze zur Hilfe wie auch die damit verknüpften Begrifflichkeiten bei sexueller, psychischer und körperlicher Gewalt gegen Mädchen und Jungen. Während der neuere Kinderschutz seit den 70er Jahren mit dem Leitgedanken „Hilfe statt Strafe“ die Überforderung von Eltern betont hat und einen systemischen Ansatz verfolgt, wobei die Bedeutung des Geschlechts eher unterschätzt wird, hat die engagierte Arbeit gegen sexuellen Mißbrauch dessen Verbindungen zu Gewalt im Geschlechterverhältnis und die nicht seltene Serientäterschaft mißbrauchender Männer herausgearbeitet. Das Themenfeld der familiären Kindesmißhandlung und die Täterschaft von Frauen wurden jedoch zögerlich aufgenommen. Es gibt noch keine befriedigende Lösung im Begrifflichen, die zum Ausdruck bringt, daß das Generationenverhältnis ebenso wie das Geschlechterverhältnis ein Machtgefälle in sich trägt, das gewaltförmig mißbraucht werden kann. Deutlich ist aber, daß beide beim Mädchen sich überlagern und wechselseitig verstärken, weshalb sexuelle Gewalt hier als besonders undurchsichtig und nachhaltig verletzend erlebt wird (vgl. Richter-Appelt 1995). Am ehesten treffend dürfte es sein, das Problem insgesamt als „Mißhandlung und Mißbrauch“ zu bezeichnen, im konkreten jedoch zu unterscheiden, inwieweit die Übergriffe aus einer Überforderung bzw. inwieweit aus einer Ausnutzung im Sinne einseitiger Bedürfnisbefriedigung herrühren.

## 5.2 Datenlage und Datenqualität

Angaben zur Häufigkeit von Gewalt im Geschlechterverhältnis und ihren Folgen müssen mit großer Vorsicht betrachtet werden (vgl. Hagemann-White/Gardlo 1997). Dies gilt auch für amtliche Quellen, wie z. B. die polizeiliche Kriminalstatistik (PKS). Sie erfaßt mit der Beschränkung auf die angezeigten Fälle nur einen kleinen Teil der Gewalttaten. Auch die Ableitung von Trendaussagen aus Zeitreihen von Anzeigezahlen ist problematisch. Eine Zunahme der angezeigten Fälle kann mit einer Abnahme der Gewalt einhergehen, denn rückläufige Gewalt- und steigende Anzeigebereitschaft können gleichermaßen Ausdruck einer wachsenden Ächtung von Gewalt gegen Frauen sein. Die Anzeigestatistik ist zudem systematisch verzerrt: Bei einer engen Beziehung zwischen Täter und Opfer, bei einer Herkunft des Täters aus oberen sozialen Schichten und bei einem sehr jungen Alter des Opfers wird seltener angezeigt.

Sozialwissenschaftliche Untersuchungen, die in der Bevölkerung nach „Opfererfahrungen“ fragen, liefern ein weniger gefiltertes Bild. Solche Untersuchungen liegen seit den 80er Jahren vor allem für Studierende vor. Bis in die 90er Jahre wurde der Bereich der Gewalt in der Familie aber weitgehend ausgeklammert. Die erste repräsentative Studie war die 1992 durchgeführte Erhebung des Kriminologischen Forschungsinstituts Niedersachsen (Wetzels et al. 1995 - im folgenden KFN-Studie genannt). In dieser Erhebung wurde eine repräsentative Stichprobe der Bevölkerung ab 16 Jahren (N = 11.116) in einem mündlichen Interview befragt. Eine Untergruppe von N = 4.006 Personen machte zusätzlich Angaben in einem Fragebogen (zum Selbstausfüllen mit anonymer Rückgabe) zu Gewalterfahrungen ausdrücklich im privaten Umfeld.

Im Problemfeld der Gewalt im sozialen Nahraum sind die methodischen Schwierigkeiten besonders ausgeprägt. Der Erhebungskontext, die Frageformulierung, die Erhebungsform und die vorgegebenen Definitionen beeinflussen die Ergebnisse. So führt z. B. die Verwendung einer Liste von konkreten Antwortvorgaben, die gewaltförmige Erlebnisse benennen (sog. Conflict-Tactics-Scale), zu anderen Ergebnissen als der Einsatz einer summarischen Einzelfrage. Die Einzelfrage (Formulierung: „Hat Sie schon einmal jemand ...“) erfaßte in der KFN-Studie besser schwere Gewaltfälle, die in die Antwortvorgaben der Liste nicht eingeordnet wurden; die Listenvorgabe war sensibler für leichte Fälle von Gewalt, die bei der offeneren Einzelfrage ausgeklammert wurden.

Der anonyme Fragebogen ergab in der KFN-Studie viermal so hohe Prävalenzen für Körperverletzungen in privaten Beziehungen wie das mündliche Interview. Die KFN-Studie belegt auch eindrücklich, daß private Beziehungen als Kontext von Gewalt ausdrücklich in der Frageformulierung genannt werden müssen, sonst werden diese Erfahrungen vielfach nicht berichtet. Aber auch eine solche ausdrückliche Erwähnung löst nicht das Problem, daß gerade diejenigen, die in noch anhaltenden Gewaltbeziehungen leben, ebenso wie Gruppen, die erfahrungsgemäß überdurchschnittlich oft schwere Gewalt erfahren haben (z. B. substanzabhängige Frauen, Frauen in psychiatrischer

Behandlung; vgl. Kapitel 9), bei Bevölkerungsumfragen nicht erfaßt oder von einer Teilnahme abgehalten werden.

Je weiter Gewalt gefaßt wird, desto häufiger wird sie genannt. „Sexueller Mißbrauch“ z. B. kann unterschiedlich weit definiert werden. Als mögliche Kriterien diskutiert Bange (1992) u. a. den Körperkontakt (Ausschluß von Exhibitionismus), den Altersunterschied zwischen Täter und Opfer (mind. 5 Jahre), eine Altersgrenze (14, 16 oder 18 Jahre), die Anwendung von Zwang, das subjektive Mißbrauchserleben, die Mißachtung des kindlichen Willens oder das Auftreten von Folgen. Eine unterschiedliche Verwendung von Definitionen macht Untersuchungen untereinander schwer vergleichbar. Mitdiskutiert werden muß bei der Interpretation der Daten auch das allgemeine Problem, daß Befragte stets die begrifflichen Vorgaben wie „vergewaltigt“, „geschlagen“ oder „sexuelle Handlung“ mit eigenen Vorstellungen füllen. Diese subjektiven Definitionen sind ebenso wie Erinnerungsprozesse ihrerseits von Gewalterfahrungen geprägt. Eine Angabe ist daher immer auch Abbild einer Verarbeitungsstrategie, die Bagatellisierung ebenso wie Verdrängung umfassen kann.

Je mehr eine Befragung auf schwerwiegende Gewalterfahrungen abhebt und je sensibler sie solche Erfahrungen, die noch nie jemandem anvertraut oder angezeigt wurden (das sind oft gerade sehr verletzendende Vorgänge), erfaßt, desto höher ist die ermittelte Dunkelziffer als Rate der nicht angezeigten gegenüber den angezeigten Fällen. Je nach methodischem Zugang verdoppelte oder verdreifachte sich in der KFN-Studie die Dunkelziffer für körperliche Gewalt bzw. Vergewaltigung in engen Beziehungen (Wetzels 1997; vgl. Wetzels/Pfeiffer 1995). Zudem stellt die Erhebung von Gewalterfahrungen ethische Probleme dar, die als Risiken gegen den Gewinn einer verlässlicheren und in die Öffentlichkeit getragenen Beschreibung verborgener Gewalt abgewogen werden müssen. Insbesondere besteht die Gefahr, daß Frauen, die in Gewaltbeziehungen leben, für eine Preisgabe der Erfahrungen von dem Täter bestraft werden oder daß die abgefragte Erinnerung eine emotionale Krise hervorruft.

Zu den Auswirkungen von Gewalterfahrungen auf die Gesundheit von Frauen liegt eine umfangreiche Literatur, v. a. aus den USA, vor (vgl. Walker 1994, Classen/Yalom 1995). Auch hier ist der Kontext der Erhebungen zu beachten. Erkenntnisse in der hiesigen Literatur wurden gewonnen über die Befragung von Gewaltopfern in Hilfeeinrichtungen oder in speziellen Therapien (Hagemann-White et al. 1981; Teubner/Becker/Steinhage 1983; Günther/Kavemann/Ohl 1991; Kretschmann 1993; Helfferich et al. 1997) oder über Untersuchungen bei ausgewählten Problemgruppen wie z. B. Frauen in psychosomatischen oder Sucht-Kliniken. Beide Zugänge müssen als hochselektiv gelten. Sie können die Dynamik der Folgenentwicklung rekonstruieren helfen, lassen aber kaum Verallgemeinerungen zu. Nur in wenigen der Bevölkerungsumfragen wurden Fragen zu Gewaltfolgen gestellt und wenn, dann nur kursorisch (Bange 1992; Wetzels et al. 1995).

### 5.3 Vorkommen und Formen von Gewalt im Geschlechterverhältnis

#### 5.3.1 Gewalt im Geschlechterverhältnis: Erwachsene Frauen als Opfer

##### Physische Gewalt in nahen Beziehungen (häusliche Gewalt)

Gewalt innerhalb der Familie wird von der Gewaltkommission des Deutschen Bundestages „als die bei weitem verbreitetste Form von Gewalt, die ein Mensch im Laufe seines Lebens erfährt“, und als „gleichzeitig die am wenigsten kontrollierte und sowohl in ihrer Häufigkeit als auch in ihrer Schwere am stärksten unterschätzte Form der Gewalt“ (Schwind et al. 1990: 701) benannt.

Die polizeiliche Kriminalstatistik macht keine Aussage zu Gewalt in der Ehe, da die Beziehung zwischen Täter und Opfer nicht erfaßt wird. In der KFN-Studie wurden die repräsentativen Befragungsdaten zu Körperverletzungen in Beziehungen innerhalb des Haushaltes oder in der Familie nach Geschlecht und Region für den 5-Jahres-Zeitraum 1987-1991 und für das Jahr 1991 ausgewertet. Erfaßt sind damit (zusammenfassend) sowohl Gewalt in Partnerbeziehungen als auch solche zwischen Eltern und Kindern, oder in anderen Verwandtschaftsbeziehungen (z. B. Geschwister).

*Tabelle 5.3-1: Prävalenzraten für Körperverletzung (Erhebungsfrage Conflict-Tactics-Scale CTS; incl. leichtere Formen) und für schwere physische Gewalt (CTS-Unterskala) in engen sozialen Beziehungen im 5-Jahres-Zeitraum 1987-1991*

	Alte Bundesländer und Berlin West	Neue Bundesländer und Berlin Ost
	in %	
Körperverletzung (CTS insgesamt, einschließlich leichtere Formen der Körperverletzung)		
Frauen		
16-60 Jahre	18,9	18,4
Männer		
16-60 Jahre	18,4	15,0
Schwere physische Gewalt (Unterskala der CTS, ohne leichtere Formen)		
Frauen		
16-60 Jahre	6,0	4,0
Männer		
16-60 Jahre	5,3	4,5

Quelle: Wetzels et al. 1995: 156.

In den alten Bundesländern sind Unterschiede zwischen den Angaben von Frauen und Männern bei den unter 60jährigen auf den ersten Blick kaum festzustellen. Sie werden bei einer weiteren Differenzierung (bei der Auswertung der Einzelitems) sichtbar: Frauen sind stärker von schwerer physischer Gewalt in engen sozialen Beziehungen, Männer stärker von leichten Formen der Körperverletzung betroffen.

In den neuen Bundesländern ist die Gesamtbetroffenheit bei Frauen höher als bei Männern, jedoch berichten beide Geschlechter in gleichem Maß von schwerer Körper-



verletzung. Die Geschlechterdifferenz ergibt sich daraus, daß Frauen zusätzlich mehr Gewalt in leichteren Formen erfahren.

Deutlich ist auch ein Ost-West-Unterschied bei den Frauen in bezug auf schwere körperliche Gewalt, deren Prävalenz in den neuen Bundesländern bei 6 %, in den alten bei 4 % liegt.

Gewalt in Familie und Haushalt kommt in allen sozialen Schichten vor. Bei Männern sind es vor allem die 16-20jährigen, die Gewalterfahrungen im sozialen Nahraum gemacht haben. Frauen dagegen erleben Körperverletzung in engen sozialen Beziehungen vorwiegend zwischen 30 und 50 Jahren. Die Altersverteilung in den Erhebungsdaten spricht dafür, daß die Frauen vorrangig über Gewalt in der eigenen Ehe und Familie Auskunft gaben, während die Männer zumindest teilweise auf gewaltförmige Auseinandersetzungen in der Herkunftsfamilie Bezug nahmen.

Wird die summarische Einzelfrage eingesetzt (vgl. Kapitel 5.2), die schwere Fälle besser erfaßt als die Abfrage einzelner Items (CST), so weisen Frauen regelmäßig eine höhere Opferrate auf als Männer. An die Einzelfrage schlossen sich Nachfragen u. a. zur Täterschaft an. Bei 62,7 % der Befragten unter 60 Jahre ging die Gewalt von dem Partner/der Partnerin aus. Innerhalb enger Beziehungen ist zudem wiederholte Gewalt eher die Regel als die Ausnahme. Wird die Analyse auf über 18 Jahre alte Täter eingegrenzt, die mit dem Opfer in einem Haushalt leben, tritt die stärkere Betroffenheit der Frauen noch deutlicher hervor: im Zeitraum von fünf Jahren waren bei den unter 60jährigen mehr als 4,5 % der Männer und bei den Frauen sogar mehr als 6,5 % betroffen.

### **Sexuelle Gewalt und Vergewaltigung in und außerhalb naher Beziehungen**

Die Geschlechterverteilung unter Tätern und Opfern bei Sexualdelikten ist wesentlich eindeutiger als bei physischer Gewalt: Unter den einer Vergewaltigung Verdächtigten sind in der Polizeilichen Kriminalstatistik 0,8 % Frauen zu finden. Die Opfer von Vergewaltigungen sind - je nach Art der Vergewaltigung - zu 99,1 % bis 100 % Frauen. Bei sexuellem Mißbrauch von Kindern beträgt der Anteil der Frauen an den Tatverdächtigen 3,7 %; 75,2 % der Opfer sexuellen Mißbrauchs im Kindesalter sind weiblich.

In der KFN-Studie wurden Erfahrungen von Vergewaltigung und sexueller Nötigung bei Frauen erfragt. Im mündlichen Interview wurde die Formulierung verwendet: „Hat Sie schon einmal jemand mit Gewalt oder unter Androhung von Gewalt gegen Ihren Willen zum Beischlaf oder zu beischlafähnlichen Handlungen gezwungen oder versucht das zu tun?“ In der schriftlichen Zusatzbefragung wurde der Kreis eingengt auf „jemand, mit dem Sie verwandt sind oder mit dem Sie zusammengelebt haben“. Im mündlichen Interview antworteten 4 % der befragten Frauen, daß sie eine solche Erfahrung irgendwann in ihrem Leben und 1,8 %, daß sie sie in den letzten fünf Jahren gemacht hätten. In der Zusatzbefragung konnten weitere Opfer v. a. innerfamiliärer Gewalt und sexueller

Nötigung identifiziert werden. Bei den über 16jährigen befragten Frauen stieg der Anteil der jemals in ihrem Leben (nach dem 18. Lebensjahr) Vergewaltigten auf 8,6 % und der Anteil der in den letzten fünf Jahren Vergewaltigten auf 2,5 %. Zwei Drittel (66 %) aller Vergewaltigungsdelikte fanden im familiären Nahbereich statt.

Wird der Täterkreis eingengt auf im gleichen Haushalt lebende Personen - d. h. in 92,7 % der Fälle Ehemänner oder Lebenspartner -, so waren in einem 5-Jahres-Zeitraum von 1987 bis 1991 2 % der Frauen betroffen. Dabei handelte es sich zumeist um wiederholte Gewalt und zu drei Vierteln um vollzogenen vaginalen Geschlechtsverkehr (Wetzels/Pfeiffer 1995: 14f). Körperliche und sexuelle Gewalt im häuslichen Bereich fallen häufig zusammen: Mehr als die Hälfte der Frauen, die 1987 bis 1991 Opfer einer Vergewaltigung oder einer versuchten Vergewaltigung in der Familie oder im Haushalt wurden, erlitten auch körperliche Gewalt.

Die KFN-Studie war die erste repräsentative Erhebung, die ausdrücklich sexualisierte Gewalt im häuslichen Bereich einbezieht. Befragungen aus den 80er und 90er Jahren für die alten Bundesländer waren ansonsten regional begrenzt (Mönchengladbach, Heidelberg, Mainz, Freiburg) und/oder befragten eine selektierte Gruppe (Studentinnen, Besucherinnen von Frauenaktionstagen). Die Prävalenzangaben (Lebenszeitprävalenz) schwankten je nach Weite der Definition von Vergewaltigung zwischen 1,5 % (Weis 1982) und 6,1 % (Kreuzer 1978) für vollzogene Vergewaltigung (Übersicht: Helfferich et al. 1994: 56 ff.). Zwei repräsentative Opferbefragungen (Kury 1991; Kury et al. 1992) hatten einmal mit einer Telefonbefragung das Vorkommen von sexualisierter Gewalt in Form von Vergewaltigung und versuchter Vergewaltigung, sexuellem Angriff und frechem Benehmen in den letzten fünf Jahren mit 9,6 % betroffener Frauen beziffert, und das andere Mal auf der Basis von persönlichen Interviews mit 3,9 %.

In den vergangenen Jahren wird zunehmend erkannt, daß sexuelle Belästigung am Arbeitsplatz ebenfalls eine bedrängende und für die Gesundheit sehr belastende Erfahrung darstellt. Untersuchungen zeigen, daß dies keineswegs Ausnahmefälle sind: 72 % der berufstätigen Frauen wurden schon mindestens einmal am Arbeitsplatz sexuell belästigt. Dabei handelte es sich zumeist um anzügliche Bemerkungen über die Figur oder das Sexualleben, scheinbar zufällige Körperberührungen, Anstarren oder Ähnliches. 30 % der Frauen hatten massivere Formen von Übergriffen erlebt (an Busen oder Po fassen). 4 % waren am Arbeitsplatz zu sexuellen Handlungen gezwungen worden (Holzbecher et al. 1991).

### **Gewalt im Leben von Prostituierten**

Die Bevölkerungsbefragungen erfassen Frauen in besonderen Lebenslagen nur unzureichend. Dabei kommt gerade bei einigen wenig beteiligten Gruppen von Frauen Gewalt verstärkt vor; dies gilt zum Beispiel für Frauen, die ihren Lebensunterhalt als Prostituierte verdienen. Zum einen werden sie im Rahmen ihrer Tätigkeit häufig mit bedrohlichen Situationen und vielfältiger Gewalt konfrontiert. Zum anderen haben sie außerordentlich häufig in ihrer Kindheit und Jugend sexualisierte Gewalt erlitten. Die

empirische Untersuchung „Evaluierung unterstützender Maßnahmen beim Ausstieg aus der Prostitution“ (EVA-Projekt), die mit dem Ziel durchgeführt wurde, die Probleme von Frauen beim Ausstieg aus der Prostitution zu beleuchten und Erkenntnisse für Beratung und Unterstützung zu gewinnen, läßt u. a. Aussagen zur Gewaltbetroffenheit von (ehemaligen) Prostituierten zu (Leopold/Steffan 1997).

In der Studie wurden bundesweit insgesamt 260 Frauen im Alter von 18 bis 71 Jahren, die über verschieden lange Prostitutionserfahrungen verfügten, mit Fragebögen und in 41 qualitativen Interviews befragt. Von ihnen waren zum Zeitpunkt der Befragung 120 Frauen nicht mehr als Prostituierte tätig. Die Prostitutionsdauer betrug bei den Interviewten im Durchschnitt 8 Jahre (einige Monate bis 20 Jahre) und bei den per Fragebogen Befragten durchschnittlich 11,4 Jahre (einige Monate bis 44 Jahre).

In der Stichprobe sind alle Schulabschlüsse vertreten, verglichen mit dem Bevölkerungsdurchschnitt haben die Befragten allerdings häufiger niedrigere Schulabschlüsse (40 %: Hauptschulabschluß) und seltener Abitur (10 %). Drei Viertel der Befragten hatten keinen Partner, und knapp die Hälfte hatte Kinder. 43 % der Interviewten bezogen Sozial- bzw. Arbeitslosenhilfe oder befanden sich in staatlich finanzierten Maßnahmen (BSHG-, ASS-Stellen, Umschulungen, ABM).

Im Fragebogen wurden sechs verschiedene, genau bezeichnete sexuelle Übergriffe/Gewalttaten nach Häufigkeit, Täter/in sowie Alter beim ersten und letzten Vorkommen erfragt. Je nach Art des Delikts erlebten 13 bis 46 % sexualisierte Gewalt in ihrer Kindheit/Jugend. Fast jede vierte Frau (23 %) erlebte mehr als vier verschiedene sexuelle Übergriffe bzw. Gewalttaten. Je nach Art des Delikts wurden 12,8 bis 14,7 % der Befragten Opfer einer ausschließlich innerfamiliären sexuellen Gewalttat und weitere 11,5 % Opfer sexueller Gewalt durch inner- und außerfamiliäre Täter. Durch Erzieher erfuhren je nach Art des Deliktes 5 bis 12 % der Frauen sexualisierte Gewalt. Vor weiteren 12 % wurden exhibitionistische Handlungen ausgeführt. Nur 38 % der Befragten konnten sich an keines der abgefragten Delikte erinnern.

Insgesamt wurden 50 % der Befragten mit gültigen Antworten bis zum 18. Lebensjahr Opfer einer oder mehrerer sexueller Gewalttaten durch inner- und/oder außerfamiliäre Täter/innen. Der innerfamiliäre Mißbrauch erfolgte überwiegend durch den Vater bzw. Stiefvater. Die Schilderungen aus den qualitativen Interviews deuten darauf hin, daß die tatsächliche Betroffenheit gerade im Familienbereich höher ist, wobei der Mißbrauch durch männliche Familienangehörige z. T. langjährig anhielt. Außerdem bestätigen die Interviews Zusammenhänge zwischen sexueller Gewalt und körperlicher Mißhandlung: Fast ein Drittel der Frauen beschrieben massive körperliche Gewalt durch prügelnde und gewalttätige (Stief-)Väter oder Brüder. Insgesamt hatten über die Hälfte der interviewten Frauen in ihrer Kindheit oder Jugend sexuelle und/oder körperliche Gewalt erlebt.

Der Beginn der sexuellen Gewalttaten lag bei allen Deliktarten am häufigsten zwischen dem 7. und 12. Lebensjahr. 25 % der per Fragebogen Befragten erlebten in diesem Alter

erstmalig nicht-penetrative sexualisierte Gewalt und 16 % erlebten in diesem Alter erstmalig penetrative sexuelle Gewalt.

Die im Fragebogen enthaltenen Fragen zu sexualisierter Gewalt in Kindheit/Jugend wurden nahezu identisch aus dem Erhebungsinstrument der repräsentativen KFN-Studie übernommen. Im Vergleich mit den Daten des KFN wird die außergewöhnliche Häufung von Belastungen durch sexuelle Nötigung und Vergewaltigung in Kindheit und Jugend bei den Befragten der EVA-Studie deutlich. Während durch die KFN-Repräsentativbefragung bundesweit eine Prävalenzrate derartiger strafrechtlich relevanter Delikte bis zum 18. Lebensjahr von 5,7 % ermittelt wurde (Wetzels/Pfeiffer 1995), liegt sie bei den durch die EVA-Studie erreichten (ehemaligen) Prostituierten mit 50 % fast zehnmal höher.

Prostitution ist offensichtlich ein Tätigkeitsfeld mit einem hohen Gewaltpotential, denn mehr als die Hälfte der befragten Frauen war während ihrer Tätigkeit als Prostituierte verschiedenen Gewalttaten durch unterschiedliche Täter ausgesetzt. Mehr als die Hälfte (54 %) der befragten Frauen wurden im Laufe ihrer Prostitutionstätigkeit ein- bis mehrmals Opfer physischer und/oder sexualisierter Gewalt durch Freier, zuhälterische Partner, Zuhälter und/oder Betreiber eines Etablissements. Zweifellos haben die Arbeitsbedingungen, unter denen Prostitution ausgeübt wird, Einfluß auf das Gewaltrisiko; in der Literatur wird als gefahrverschärfend das Vorhandensein von Sperrbezirken oder Zuhältern genannt. Hierzu liegen jedoch keine Daten vor.

35 % der Befragten wurden im Rahmen ihrer Tätigkeit mindestens einmal sexuell genötigt oder vergewaltigt. 31 % wurden Opfer einer sexuellen Gewalttat durch Freier und bei 17 % war ein Zuhälter/Betreiber der Täter. 14 % der Befragten erlitten sexualisierte Gewalt durch Freier und Zuhälter. Die Gewaltakte durch Freier umfaßten Schlagen und Würgen, (versuchte) Vergewaltigungen, Bedrohungen mit Waffen bis hin zur angedrohten Tötung. Frauen mit zuhälterischen Partnern wurden von diesen häufig mittels Gewalt gezwungen, die Prostitutionstätigkeit weiter bzw. in einem der Befragten widerstrebenden Rahmen auszuüben.

Je jünger die Frauen waren, als sie mit der Prostitution begannen, desto öfter wurden sie Opfer physischer und sexualisierter Gewalt im Rahmen dieser Tätigkeit. Frauen, die im Alter bis zu 21 Jahren ihre Prostitutionstätigkeit aufnahmen, sowie Prostituierte mit einem niedrigen schulischen und beruflichen Ausbildungsstatus haben ein besonders hohes Risiko, Opfer physischer und sexualisierter Gewalt zu werden.

### **5.3.2 Gewalt im Geschlechter- und Generationenverhältnis**

Die polizeiliche Kriminalstatistik ist eine nur unzureichende Quelle, um die Prävalenz von Kindesmißhandlung und Delikten gegen Kinder nach dem Sexualstrafrecht einzuschätzen. Insgesamt werden Sexualdelikte (mit einem sehr breiten Definitionsspektrum von einmaliger Konfrontation mit einem Exhibitionisten bis zu Inzest über Jahre hin-

weg) sehr viel häufiger registriert als innerfamiliäre physische Gewalt gegen Jungen und Mädchen.

In der repräsentativen KFN-Studie wurden sowohl elterliche körperliche Gewalt in der Kindheit als auch sexueller Kindesmißbrauch inner- und außerhalb der Familie bei einer Untergruppe von N = 3.289 Personen zwischen 16 und 59 Jahren als retrospektive Angabe erhoben (Wetzels 1997). Die Gewalterfahrungen wurden mit den vorgegebenen Items eines standardisierten Instruments erfaßt. Für die Analyse wurden vier Items mit leichteren Formen der Gewalt als „körperliche Züchtigung“ und sechs Items mit schweren Formen als „körperliche Mißhandlung“ zusammengefaßt. Als Mißhandlung galten die Angaben: mit der Faust geschlagen/getreten, geprügelt/zusammengeschlagen, gewürgt, absichtlich Verbrennungen zugefügt, mit Waffe bedroht, eine Waffe gegen das Kind eingesetzt. Bei sexuellem Mißbrauch wurden sechs spezifizierte Täterhandlungen (inkl. Exhibitionismus) als Items abgefragt und erhoben, ob der Täter ein Mann bzw. eine erwachsene Person war, sowie das eigene Alter zur Zeit des Mißbrauchs. Bei der Diskussion der Daten ist der ausdrückliche Hinweis zu berücksichtigen, daß die Ergebnisse aufgrund der nicht zu umgehenden Erhebungsprobleme „Mindestschätzungen“ darstellen.

### **Physische Gewalt in der Kindheit**

10,6 % der Befragten erinnerten sich an Erfahrungen in der Kindheit, die als Mißhandlung klassifiziert wurden und die mehr häufig als selten vorkamen (Zusammenfassung der Angaben „manchmal“, „häufig“ und „sehr häufig“). In den neuen Bundesländern waren zwar Körperstrafen verbreiteter als in den alten Bundesländern, aber es kam anscheinend seltener zu Steigerungen, die dem Bereich der Mißhandlung zugeordnet werden können. Männer haben allgemein mehr Körperstrafen als Frauen erfahren; bei Mißhandlungserfahrungen wurde eine statistisch nicht signifikante Tendenz festgestellt, daß auch hiervon Männer stärker betroffen sind.

### **Sexueller Mißbrauch**

Begrenzte Befragungen zu Erfahrung sexualisierter Gewalt in der Kindheit bei überwiegend studentischen Gruppen (Bange 1992; Raupp/Eggers 1993; Richter-Appelt 1994) kommen zu unterschiedlichen Angaben zur Häufigkeit von sexuellem Mißbrauch, die für Frauen zwischen 11,9 und 23 % und für Männer zwischen 2,1 und 5,8 % liegen. Dabei werden unterschiedlich breite Definitionen von „sexuellem Mißbrauch“ verwendet. In allen Studien sind Mädchen häufiger von sexuellem Mißbrauch betroffen als Jungen.

Die Ergebnisse der KFN-Studie zu der Verbreitung von sexuellem Mißbrauch wurden entsprechend unterschiedlicher Definitionskriterien zusammengestellt (vgl. Tab. 5.3-2). Hier sind Frauen bzw. Mädchen in einem zahlenmäßigen Verhältnis von 3 : 1 deutlich häufiger Opfer. Ein weiterer Unterschied zwischen Frauen und Männern liegt darin, daß

Männer im Rückblick zu einem höheren Anteil als Frauen über sexuelle Übergriffe durch gleichaltrige bzw. jugendliche Täter berichteten.

Männern und Frauen in den alten Bundesländern nennen etwas, aber nicht signifikant häufiger Mißbrauchserfahrungen (vor dem 16. Lebensjahr, ohne Exhibitionismus, ohne jugendliche Täter) als in den neuen Bundesländern. Sexueller Mißbrauch kommt in allen sozialen Schichten vor: Wird Exhibitionismus einbezogen, kommt Mißbrauch in höheren Statusgruppen sogar häufiger vor.

Unter den 8,6 % Befragten, die im Alter von unter 16 Jahren sexuell mißbraucht wurden, sind auch die 3,9 % Frauen, die mehrfach sexuell mißbraucht wurden und bei denen der Mißbrauch in eine (familiäre) Beziehung eingebunden war. Die Ergebnisse stimmen in etwa mit denen anderer Untersuchungen überein, wenn die zugrundeliegenden Definitionen von Mißbrauch angeglichen werden.

Tabelle 5.3-2: Prävalenzraten sexuellen Kindesmißbrauchs für unterschiedliche definitorische Eingrenzungen

Zusammenfassende Indikatoren	Frauen		Männer	
	N	%	N	%
<i>Sexuelle Übergriffe in Kindheit und Jugend</i> (alle Handlungen inkl. „sonstige“ und inkl. Handlungen jugendlicher Täter)				
keine chronologische Schutzaltergrenze	301	18,1	115	7,3
<i>Sexueller Mißbrauch inkl. Exhibitionismus</i> (ohne sonstige sexuelle Handlungen und ohne Handlungen jugendlicher Täter)				
Schutzalter < 18 Jahre	254	15,3	75	4,7
< 16 Jahre	230	13,8	68	4,3
< 14 Jahre	177	10,7	54	3,4
<i>sexueller Mißbrauch mit Körperkontakt</i> (ohne sonstige sexuelle Handlungen, Exhibitionismus und Handlungen jugendlicher Täter)				
Schutzalter < 18 Jahre	159	9,6	51	3,2
< 16 Jahre	142	8,6	44	2,8
Alte Bundesländer		8,9		3,2
Neue Bundesländer	103	7,4		1,7
< 14 Jahre		6,2	32	2,0

Quelle: Wetzels 1997: 154, 156.

Die Täter (bei sexuellem Mißbrauch vor dem 16. Lebensjahr, ohne Exhibitionismus) waren bei den Frauen zu 96,1 % Männer. 27,9 % der Täter waren Familienmitglieder (7,8 %: der eigene Vater, 5,8 %: der Stiefvater, 14,3 %: andere männliche Familienangehörige), 40,9 % männliche Bekannte und 27,3 % unbekannte Männer (Wetzels 1997: 159). Wenn der (Stief-)Vater der Täter war, umfaßten die Übergriffe häufiger Penetration, sie begannen in einem jüngeren Alter und erstreckten sich über einen

längeren Zeitraum, verglichen mit Mißbrauch durch andere Familienangehörige, Bekannte oder Fremde.

Eine Umrechnung der Häufigkeit von Mißbrauchserfahrungen (ohne Exhibitionismus, vor dem 16. Lebensjahr) in geschätzte Absolutzahlen ergibt, daß unter den heute 16- bis 29jährigen zwischen 520.000 und 1.350.000 Frauen solche Erfahrungen gemacht haben.

Zwischen Kindesmißhandlung und Kindesmißbrauch gibt es offenbar Überschneidungen oder Zusammenhänge: Etwa ein Drittel der Opfer von sexuellem Mißbrauch haben in ihrer Kindheit physische elterliche Mißhandlung erlebt. Eine von Konflikten geprägte Familienatmosphäre war bei Mißbrauchs- und Mißhandlungsopfern häufiger. Eine „multiple Viktimisierung“ ist demnach eher die Regel als die Ausnahme. Dies gilt besonders ausgeprägt für inzestuösen Mißbrauch, aber auch für Mißbrauch durch Personen außerhalb der Familie. In Familien, in denen Kinder mißhandelt und/oder mißbraucht wurden, erlebten die Kinder auch häufiger Gewalt unter den Eltern.

## 5.4 Dynamik der Gewalt

### 5.4.1 *Auswirkungen auf die Gesundheit*

Unter Gewalt stellen sich die meisten Menschen ein außergewöhnliches Ereignis vor; in den Medien wird diese Vorstellung vielfach bestärkt. Gewalt entwickelt jedoch eine spezifische Dynamik, wenn sie im alltäglichen Zusammenleben zur Normalität geworden ist. Die Gewaltausbrüche sind ihrem Wesen nach unberechenbar; das bestätigt auch die neue klinische Literatur über schlagende Männer (Jukes 1999). Mißhandelte Frauen unternehmen in der Regel jahrelang vergebliche Anstrengungen, der Gewalt Grenzen zu setzen. Ein großer Teil der Gewalt besteht nicht in dramatisch eskalierten Ausbrüchen mit schweren körperlichen Verletzungen, doch die Gefahr einer solchen Eskalation lauert ständig im Hintergrund. Chronische Gewalt innerhalb einer Beziehung ist daher auf besondere Weise destruktiv: Sie fügt nicht nur wiederholte Verletzungen zu, die oft nicht versorgt werden und nicht ausheilen können, sondern sie erzwingt eine ständige Aufmerksamkeit für Gefahr, ein Leben in Angst.

Nach Schätzung der Bundesregierung suchen jährlich ca. 45.000 Frauen in einem Frauenhaus Schutz vor weiteren Mißhandlungen. Viele kehren zunächst zu dem Mann zurück und erleiden weitere Gewalt. Die Forschung hat die vielfältigen Gründe hierfür inzwischen nachgezeichnet; dazu zählen die ökonomischen und praktischen Schwierigkeiten, allein mit Kindern ein neues Leben zu beginnen, die vom Mann genährte Hoffnung, er werde sein Verhalten verändern, die (oft begründete) Angst vor der Androhung gesteigerter Brutalität, falls sie ihn verläßt, und vor einer noch weniger berechenbaren Verfolgung, aber auch die Bindung, die durch Gewalterfahrung zuweilen unlösbar zu werden scheint (Brückner 1983). Besonders hervorzuheben ist die anhaltende Bedrohung; die Forschung im In- und Ausland belegt einhellig, daß Frauen im besonderen Maße von gesteigerter Gewalt bedroht sind, wenn sie sich nach außen wenden oder versuchen, sich von dem Mann zu trennen, und daß sie nach einer Trennung oder Scheidung oft jahrelang verfolgt, überwacht und terrorisiert werden.

Gewalt in Ehen und eheähnlichen Beziehungen wurzelt in der Überzeugung vieler Männer, ein Anrecht auf Dominanz zu haben, das durch jede Eigenständigkeit der Frau in Frage gestellt werden kann (Godenzi 1993). Mißhandelnde Männer verlangen, jederzeit zu wissen, wo die Frau hingehet und mit wem, wann sie wiederkommt; sie zeigen extreme Eifersucht und üben mit oft ausgeklügelten Methoden detaillierte Kontrolle aus (Benard/Schlaffer 1991; Heiskanen/Piispa 1998). Daher kommt Gewalt sowohl bei Männern vor, die ihre Vorstellung der ihnen zustehenden Überlegenheit nicht einlösen können, wie auch bei Männern in gesicherter Position, die eine Veränderung bei der Frau unterbinden wollen. Ein besonderer Gefahrenpunkt für Frauen ist die Schwangerschaft, die oft als Auslöser einer erstmaligen oder gesteigerten Gewalttätigkeit genannt wird. Die verfügbaren Prävalenzdaten, so unsicher sie auch sind, weisen deutlich darauf hin, daß zahlreiche Frauen wiederholt in der eigenen Wohnung geschlagen und sexuell genötigt bzw. vergewaltigt werden, ohne Hilfe zu suchen. Es liegt auf der Hand, daß diese Frauen gesundheitliche Schäden erleiden.



In der Bundesrepublik wurden die physischen und psychischen Auswirkungen von Mißhandlung seit Eröffnung der ersten Frauenhäuser berichtet und in Begleitforschungen belegt. Eine schriftliche Fragebogenerhebung mit 300 Frauen (einer Teilgruppe der insgesamt 1.090 Bewohnerinnen), die zwischen Juni 1978 und Dezember 1979 im ersten Berliner Frauenhaus Schutz gesucht haben, verschaffte den qualitativen Erkenntnissen eine quantitative Grundlage (Hagemann-White et al. 1991). Fast 70 % der Befragten hatten Mißhandlungen täglich, wöchentlich oder „ganz willkürlich“ erlitten. Bei der großen Mehrheit handelte es sich um Körperverletzung: 80 % wurden geschlagen, getreten, geboxt oder gewürgt. 41 % wurden seelisch oder nervlich „fertig gemacht“, 25 % wurden mit Gegenständen geschlagen, verletzt oder bedroht; explizite Morddrohungen bzw. Tötungsversuche nannten 29 % der Frauen. 50 % bejahten die Frage, ob sie in der Sexualität „zu Dingen gezwungen wurden, die sie nicht wollten“, was als Hinweis auf offene Gewaltanwendung oder auf Praktiken jenseits des damals weithin als Pflicht geltenden ehelichen Geschlechtsverkehrs (die Familienrechtsreform von 1977 war noch neu) zu deuten ist.

Schon im Bericht dieser ersten Begleitforschung wurde differenziert auf gesundheitliche Folgen eingegangen: sichtbare Narben, psychosomatische Beschwerden, dauerhafte Schäden an den inneren Organen oder am Bewegungsapparat, aber auch erhebliche negative Auswirkungen auf das Gesundheitsverhalten, Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit und Suizidversuche. Seit der Veröffentlichung dieses ersten Forschungsberichts wurden mehrere Untersuchungen mit ehemals mißhandelten Frauen vorgelegt (z. B. Brückner 1983; Burgard 1985), die auf seelische Verstrickung und Loslösung in Mißhandlungsbeziehungen Licht werfen. In Deutschland gibt es bis jetzt noch keine medizinische Arbeit zu den Verletzungen und organischen Schäden, die in der Folge von Frauenmißhandlung auftreten. Das ist um so bemerkenswerter, als es in den USA eine inzwischen 20 Jahre zurückreichende Forschungstradition in Zusammenarbeit mit Krankenhäusern gibt, die inzwischen auch konkrete Hinweise für die ärztliche Praxis liefert (Stark/ Flitcraft 1996; Schornstein 1997).

Die Praxis von Beratung und Therapie nach sexuellen Gewalterfahrungen hat eine Auseinandersetzung mit deren Wirkungen gefordert, die Unterschiede innerhalb der Gruppe der Opfer beachtet und nicht allein das Leiden, sondern das Überleben betroffener Frauen in den Vordergrund stellt. Bereits in den 60er Jahren wurden in den USA spezifische Symptome, wie z. B. psychosomatische Beschwerden, ausagierendes Verhalten, Dissoziationen, Depressionen und Aggressionen, als „Akkommodationssyndrom“ im Zuge der Bewältigung von Inzesterfahrungen interpretiert (Summit, in: Rennefeld 1993). Die Symptome wurden als Reaktion auf das Erlebte und als Versuch, die eigene Intaktheit und die der Familie zu wahren, verstanden und Phasen des Bewältigungsprozesses zugeordnet. Summit verwendete dafür bereits den Begriff der „Überlebensmechanismen“. In den 70er Jahren wurde ebenfalls in den USA der Begriff des „Vergewaltigungs-Trauma-Syndroms“ geprägt (Burgess/Holmstrom 1979), um Muster von Symptomen den Phasen der Bewältigung einer Vergewaltigung zuzuordnen. Hier schließen Studien mit Frauen an, die (therapeutische) Hilfe von Notruf-Einrichtungen in Anspruch

nahmen (z. B. Kretschmann 1993). Während in der akuten Phase Schock und Angst dominieren, folgen in einer späteren „Wiederherstellungsphase“ - nach möglichen Phasen von Verdrängung und Verleugnung mit einer äußeren Anpassung – Chronifizierungen von psychosomatischen Symptomen. Die Einordnung von Symptomen in einen Bewältigungsprozeß läßt ihre „positive“ Funktion erkennen, die sie als Überlebens-, Anpassungs- und Verarbeitungsversuche haben.

1980 wurde eine auf ein ähnliches Syndrom zielende Diagnose durch eine Definition in dem Diagnostischen Manual DSM III standardisiert und als „Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD)“ benannt. Hintergrund waren Erkenntnisse der allgemeinen Traumaforschung, die sich vor allem auf Ereignisse wie Folter, Natur- oder Verkehrskatastrophen und Geiselnahme bezogen. Das Manual DSM IV (1987; vgl. ICD-10, F43.1) enthält als Merkmale der PTSD die Konfrontation mit einem traumatischen Ereignis, das eine starke Bedrohung beinhaltet („... tatsächlichen oder drohenden Tod oder ernsthafte Verletzung oder eine Gefahr der körperlichen Unversehrtheit der eigenen Person oder anderer Personen“) sowie eine Reaktion mit intensiver Furcht, Hilflosigkeit oder Entsetzen. Weitere Merkmale sind sich aufdrängende Erinnerungen an das Erlebte, z. B. in Träumen oder als Flash-Backs (plötzliche Wiedererinnerungen), ein erhöhtes Erregungsniveau, eine anhaltende Vermeidung von mit dem Trauma in Verbindung stehenden Stimuli sowie eintretende Leiden und Beeinträchtigungen (Fischer/Riedesser 1998). Später wurde differenziert nach „basalen“ und „komplexen“ posttraumatischen Belastungsstörungen und nach spezifischen Aspekten für Traumatisierungen durch sexualisierte Gewalt gefragt.

Viele Studien bestätigten das Vorkommen von PTSD bei Opfern (sexualisierter) Gewalt in der Kindheit und im Erwachsenenalter. Der Bezug auf die diagnostische Bestimmung erwies sich vor allem als wichtig für eine Vereinheitlichung von Diagnosen und für Indikatoren, die auf das Vorliegen einer Traumatisierung durch (sexualisierte) Gewalt hinweisen. Ein Nachteil der Standardisierung ist der Verlust des spezifischen Kontextes, in dem die Traumatisierung stattfand, und damit das fehlende Verständnis für die subjektive Bedeutung des Ereignisses.

Das von Herman (1993) entwickelte Modell der Gruppierung von Symptomen eignet sich am besten, der besonderen Bedeutung von (sexualisierter) Gewalt, insbesondere in engen sozialen Beziehungen als massive Bedrohung der körperlichen, sexuellen und psychischen Integrität, als Verlust der Verfügungsmacht über den eigenen Körper und des Vertrauens in die Welt, Rechnung zu tragen. Hier wird in einem Bezug auf das Konzept der posttraumatischen Belastungsstörung der Zusammenhang zwischen dem traumatisierenden Ereignis und gesundheitlichen Problemen erfaßt (vgl. Helfferich et al. 1997). Die *Symptome der Übererregung* mit Schlafstörungen, Angst, Angespanntheit („dauernde Hab-Acht-Stellung“) und eine veränderte Wahrnehmung sind zu verstehen als normale Anpassungs- und Selbstschutzmechanismen als Reaktion auf eine massive Bedrohung. Da in der Situation aber weder Flucht noch Widerstand möglich waren, läuft die Reaktion ins Leere und persistiert u. U. über Jahre hinweg. *Symptome der*

*Intrusion* sind plötzliche Überflutung von Erinnerungen, Gedankenkreisen, Träumen oder Zwangsgedanken. *Symptome der Konstriktion* meinen eine psychische Erstarrung und Verengung der Lebensmöglichkeiten wie eine verzerrte Realitätswahrnehmung, Derealisierungs- und Depersonalisierungsgefühle, Depressionen und Energielosigkeit, aber auch Drogen- und Alkoholkonsum und autoaggressives Verhalten. Diese Symptomkomplexe sind Zuständen, nicht aber streng Phasen zuzuordnen, da Herman zufolge die Gegensätze von Vergessenwollen und Erinnern zugleich auftreten können und als charakteristisches Merkmal eine Instabilität bezogen auf Stimmungen, Beziehungen und Bewertungen zu beobachten ist (vgl. Helfferich et al. 1997).

In zahlreichen Untersuchungen wurden sowohl die Symptome der Übererregung, der *Intrusion* und *Konstriktion* beschrieben sowie insbesondere Eßstörungen, Suizidalität (vgl. Kapitel 3.7), körperliche Symptome wie Zittern, Atembeklemmungen, Kopfschmerzen, Durchfall und Unterleibsbeschwerden und Drogen-, Medikamenten und Alkoholprobleme (vgl. Kapitel 9) als Folgen von traumatisierenden Gewalterfahrungen beschrieben (z. B. Bange 1992; Helfferich et al. 1997). Es finden sich unter den Frauen in entsprechenden psychosomatischen, psychiatrischen, gynäkologischen oder Suchtkliniken ein erhöhter Anteil von Frauen, bei denen eine mit Gewalterfahrungen zusammenhängende posttraumatische Belastungsstörung diagnostiziert werden kann (vgl. Kapitel 10).

Als zentralen Aspekt des Traumas arbeitet Herman das „Herausfallen aus der Normalität“ und das Gefühl der „Nichtzugehörigkeit“ heraus, nachdem das Vertrauen in das fraglose Funktionieren der Welt zerstört und das gesicherte Fundament geteilter Ansichten über grundsätzliche Menschenrechte und den Wert der eigenen Person untergraben wurde. Ein negatives Selbstwertgefühl, Selbstentwertung, Scham- und Schuldgefühle, Schwierigkeiten, soziale Beziehungen herzustellen oder zu halten, Unerträglichkeit von Berührungen oder Nähe gehören zu diesem Aspekt der spezifischen komplexen Belastungsreaktion. Zu den Folgen kann auch eine „Reviktimisierung“ gehören: Frauen, die in ihrer Kindheit Opfer von Mißhandlung durch die Eltern oder sexuell mißbraucht wurden, werden signifikant häufiger im Erwachsenenalter erneut Opfer von schwerer physischer und/oder sexualisierter innerfamiliärer Gewalt. Diese Reviktimisierung tritt aber nur bei einer Minderheit der Frauen mit entsprechenden traumatischen Erfahrungen in der Kindheit ein (Wetzels 1997). Insgesamt ist aber wenig gerade über protektive Faktoren oder über Bedingungen positiver und produktiver Verarbeitungsmöglichkeiten von Gewalterfahrungen bekannt, ebensowenig wurden langfristig selbstschädigende Überlebensstrategien untersucht.

Mit Hermans Ansatz finden auch schwer zu verstehende Verhaltensweisen von Frauen als „Überlebende“ chronischer Traumatisierungen eine Erklärung. Von chronischen Traumatisierungen spricht man, wenn Menschen über längere Zeit einer wiederholten, willkürlichen Gewaltausübung ausgeliefert sind, wie dies bei langer Gefangenschaft, aber auch bei häuslicher Gewalt der Fall ist. In dieser Situation kann eine „traumatische Bindung“ entstehen, die eine emotionale Abhängigkeit vom Gewalttäter bedeutet

(Herman 1993, vgl. Kretschmann 1993). Allerdings wird die „Gefangenschaft“, die eine mißhandelte Frau der wiederholten Gewaltanwendung aussetzt, in der Regel nicht unmittelbar mit Bedrohung von Leib und Leben durchgesetzt, sondern beruht auf einer Vielfalt von Mechanismen von Dominanz und Kontrolle im Kontext einer normalen Lebensform (Ehe), und die Gewalttätigkeiten selbst erfüllen für sich genommen oft nicht die Merkmale eines außergewöhnlichen Traumas. Auch hier ist es notwendig, jenseits der Festlegung diagnostischer Kriterien die emotionale Realität und die subjektive Bedeutung der erfahrenen Gewalt zu beachten und die Bewältigungsform vor dem Hintergrund zur Verfügung stehender Ressourcen darauf zu beziehen.

#### **5.4.2 Auswirkungen auf Hilfesuche und Anzeigebereitschaft**

Zur Dynamik der Gewalt gehört, daß es für die Opfer schwierig ist, sich anderen Menschen anzuvertrauen. Es ist dabei schwieriger, wenn Täter und Opfer in einer nahen Beziehung stehen und wenn die Gewalt chronisch ist. Alle Untersuchungen stimmen darin überein, daß sich Frauen in vielen Fällen überhaupt niemandem anvertrauen, geschweige denn die Tat anzeigen. Bezogen auf sexuellen Mißbrauch hatten der KFN-Studie zufolge 42,5 % der Betroffenen noch mit niemand darüber gesprochen.

Wenn Frauen sich jemandem anvertrauen, dann bei sexuellem Mißbrauch am ehesten Familienangehörigen oder Freunden bzw. im Fall von sexueller Gewalt, wenn der Täter der Ehemann war, der besten Freundin. Ärzte und Ärztinnen, Anwälte und Anwältinnen spielen bei Gewalterfahrungen im Erwachsenenalter eine etwas größere Rolle als bei sexuellem Mißbrauch im Kindesalter, aber auch ihnen wird nur ein Bruchteil der Erfahrungen bekannt. Auch gibt es Hemmschwellen, sich an professionelle Beratungseinrichtungen und Frauennotrufe oder Frauenhäuser zu wenden (Wetzels/Pfeiffer 1995; Wetzels 1997). In einer Umfrage bei der weiblichen Bevölkerung Freiburgs nannten die befragten Frauen, die sexuelle Gewalt erfahren und sich zu 44,1 % an niemanden gewandt hatten, Scham, Schuldgefühle, Angst vor dem Täter und Angst davor, auf Unglauben, Schuldzuweisungen und Abwertung zu stoßen, als Gründe (Helfferich et al. 1997). Sich jemandem anzuvertrauen fiel Frauen leichter, wenn sie jünger waren, einen höheren Bildungsabschluß hatten, wenn der Übergriff weniger invasiv und schwerwiegend war und wenn der Täter ein Fremder war.

Bei häuslicher Gewalt ist die Schwelle zur Hilfesuche zwar niedriger, Scham- und Schuldgefühle belasten dennoch viele Frauen. Die erste Erhebung in einem Frauenhaus fand heraus, daß etwa zwei Drittel der Frauen zuvor Hilfe gesucht hatten: an erster Stelle im privaten Bereich und an zweiter bei Institutionen (Hagemann-White et al. 1981). Meist wird aber erst dann mit Außenstehenden gesprochen, wenn wiederholte Mißhandlungen die Hoffnung auf Besserung enttäuscht haben. Dieser Schritt wird mit der Zeit immer schwieriger, da die Gewalt das Selbstwertgefühl schwächt und immer mehr Angst erzeugt. Daher harren viele Frauen auch heute noch jahrelang in einer solchen Beziehung aus, bevor sie Hilfe suchen. Wichtig ist die Ermutigung, darüber sprechen zu dürfen, ohne zu Konsequenzen gedrängt zu werden (Nini et al. 1995). Wie auch in der KFN-Studie deutlich wurde, spielt die Strafanzeige für betroffene Frauen

bislang eine eher geringe Rolle; die Polizei wird in erster Linie als Schutz vor unmittelbarer Bedrohung gerufen. Als Grund, keine Anzeige zu erstatten, wurde am häufigsten genannt, daß es sich um eine Familienangelegenheit handelte, gefolgt von der Angabe, „es sei nicht so schlimm gewesen“ (Wetzels et al. 1995).

Unterstützungsangebote müssen diese Barrieren der Hilfesuche in Rechnung stellen, die gerade bei den Frauen am höchsten sind, die am stärksten belastet sind und am dringendsten der Unterstützung bedürfen. Aufgabe von spezifisch mit Gewalt befaßten Einrichtungen ist es, die notwendigen Voraussetzungen zu schaffen (z. B. Schutz zu bieten), um ein Ansprechen der belastenden Erfahrungen zu ermöglichen. In der Regel haben Frauen, die spezialisierte Einrichtungen aufsuchen, aber vorher schon die Entscheidung getroffen, sich mitzuteilen. Unspezifische Hilfen in der gesundheitlichen Versorgung von Frauen müssen dafür sensibilisiert sein, daß die Beschwerden, derentwegen Hilfe gesucht wird, Gewaltfolgen sein können.

## 5.5 Unterstützung und Hilfe

Für Frauen, die durch Gewalt im Geschlechterverhältnis verletzt, bedroht oder in ihrer Lebensgestaltung beeinträchtigt sind, gibt es in den alten Bundesländern seit 1976 und in den neuen Bundesländern seit 1989 spezifische Einrichtungen des Schutzes, der Beratung und der praktischen Unterstützung. Diese Einrichtungen erfüllen eine dreifache Aufgabe:

- Sie durchbrechen die Isolation betroffener Frauen durch öffentliche Benennung des Problems, das viele Frauen am Ort und in der Region erleiden, und machen es ihnen dadurch möglich, Hilfe zu suchen.
- Sie bieten den Frauen unbürokratische und kompetente Hilfe, die in gründlicher Kenntnis der spezifischen Schwierigkeiten ihrer Lage fundiert ist und ihre Angst vor weiterer Gewalt ernst nimmt.
- Sie verschaffen allen gesellschaftlichen Institutionen Kenntnisse über das Ausmaß und die Natur der Probleme und stellen nicht nur Aufklärung zur allgemeinen Sensibilisierung, sondern fachliche Expertise zur Verfügung.

Die spezifischen Hilfeeinrichtungen sind heute als unverzichtbarer Bestandteil des Systems gesundheitlicher Versorgung zu betrachten. Zwar ist ein internationaler Überblick wegen unterschiedlich verfügbarer Daten sehr schwierig, im europäischen Vergleich rangiert die Bundesrepublik insbesondere hinsichtlich des relativ dichten Netzes von Frauenhäusern (insgesamt ca. 400) jedoch verhältnismäßig weit vorne. Egger et al. (1995) schätzen aufgrund einer 1991 durchgeführten Erhebung die Zahl der Frauenhäuser europaweit auf 800 bis 1000. Die Finanzierung dieser Einrichtungen basiert im Bundesgebiet allerdings zumeist auf jährlichen Anträgen und hängt stark von der unsicheren Finanzlage und schwankenden Prioritäten der Kommunen ab. Die Ausstattung ist in der Regel karg, beengt und wenig geeignet, Genesung zu fördern oder Gesundheitsverhalten zu unterstützen.

Auffällig schwach, verglichen mit anderen Ländern, sind die Ansätze im Gesundheitswesen selbst. Es gab bundesweit bislang erst eine Stelle, die unmittelbare Hilfe für Frauen direkt nach einer sexuellen Gewalterfahrung in Anbindung an eine Klinik bereitgestellt hat: Mit der besonderen Förderung des Bundes wurde die „Anlaufstelle für vergewaltigte Frauen“ in Freiburg im Breisgau als Modellprojekt geschaffen. Von der Verankerung des Themas „Gewalt gegen Frauen“ in Forschung und Lehre an den medizinischen Fakultäten ist die Bundesrepublik allem Anschein jedoch noch weit entfernt.

Grundlegend dafür, daß das Gesundheitswesen seine Verantwortung gegenüber den Opfern von Gewalt wahrnehmen kann, ist die fachliche Qualifikation zur Differentialdiagnose. Notwendig ist die Befähigung, adäquat auf die betroffenen Mädchen und Frauen einzugehen, deren Situation zu verstehen und ihnen zu ermöglichen, über belastende und oft bedrohliche Erfahrungen mit intimen Verletzungen zu sprechen. Je

nachdem, ob es sich um aktuelle oder vergangene Gewalterfahrungen handelt und von welcher Art diese waren, stellt dies spezifische Anforderungen an ärztliche, pflegerische, psychologische und geburtshilfliche Fachkräfte.

Sexueller Mißbrauch ist nicht leicht eindeutig zu identifizieren, zumal die sexuellen Handlungen häufig nicht körperlich gewaltförmig sind. Ihre Auswirkungen sind oft vor allem im Psychischen und Psychosomatischen zu sehen. In der Literatur wird eine breite Palette möglicher Symptome aufgezeigt: Sexualisiertes Verhalten, gesteigerte Nervosität oder Konzentrationsstörungen oder verschiedene psychosomatische Reaktionen können Hinweise auf Mißbrauch sein, sie können aber auch aus anderen Konflikt- oder Krisenerfahrungen herrühren. Die Aufdeckung und - bei begründetem Verdacht - ein dem Kind wirklich helfendes Vorgehen sind bei aktuell stattfindendem Mißbrauch schwierig. Auch heute noch ist es eher die Ausnahme, daß eine Mißbrauchssituation so beendet wird, daß dabei Klärung, Entlastung und Verarbeitung gelingen.

Infolgedessen gibt es viele erwachsene Frauen, die in Kindheit oder Jugend Mißbrauchserfahrungen gemacht haben, die zu der Zeit verschwiegen oder verdrängt wurden; meist werden die Übergriffe irgendwann im Zuge der Loslösung aus der Herkunftsfamilie beendet, doch eine adäquate Aufklärung und Bearbeitung findet selten statt. Wenn die persönlichen Ressourcen zur eigenständigen Bewältigung des Traumas nicht ausreichen, treten langfristig gesundheitliche Störungen ohne erkennbare organische Ursache auf. Chronische Unterleibsschmerzen, Eßstörungen, Atemstörungen und Kopfschmerzen, vor allem in Kombination, werden von Olbricht (1997) als Hinweise auf unbearbeitete sexuelle Traumatisierung beschrieben. Nicht selten erleiden solche Frauen wiederholte gynäkologische Operationen, die keine nachhaltige Linderung ihrer Beschwerden erbringen. Hierzu fehlt es in der Bundesrepublik sowohl an Forschung wie auch an gezielter Aus- oder Weiterbildung in der Medizin.

Bei körperlicher Mißhandlung von Frauen sind - der Kindesmißhandlung ähnlich - die Anzeichen eindeutiger: Zumindest die unmittelbaren Verletzungen sind mit ausreichender fachlicher Fortbildung und mit Aufklärungsmaterial, das es seit längerem zur Kindesmißhandlung gibt, gut zu erkennen. Die Begleitforschung zum Modellprojekt „Hilfen für mißhandelte Frauen“ empfahl schon 1981 die Erstellung eines Katalogs von Indikatoren für die Diagnose von Mißhandlungsverletzungen und forderte, daß niedergelassene Ärzte sowie Ärzte in Krankenhäusern auf Anzeichen von aktuellen oder zurückliegenden Mißhandlungen achten (Hagemann-White et al. 1981). Dort wurden auch konkrete Empfehlungen für schriftliche Aufzeichnungen, Atteste, Information betroffener Frauen und Sicherstellung des Schutzes vor dem mißhandelnden Mann im Krankenhaus formuliert und Vorschläge für die Krankenkassen und die Forschung erarbeitet. Keine dieser Empfehlungen hat bislang im Gesundheitssystem Beachtung gefunden. Daß es sich um realitätsgerechte und machbare Forderungen handelte, zeigt die Praxis im Ausland. Große medizinische Fachverbände in den USA begannen schon vor Jahren mit der Aufklärung ihrer Mitglieder. So wird z. B. darauf hingewiesen, daß mißhandelte Frauen besonders häufig zur medizinischen Versorgung abends oder am

Wochenende in der Notaufnahme erscheinen; daß sie häufig Verletzungen am Kopf, im Gesicht oder am Ober- oder Unterleib aufweisen, im Gegensatz zu den Verletzungen an den Extremitäten, die für echte häusliche Unfälle typisch sind. Auch ihr Verhalten kann beim Routinebesuch in der ärztlichen Praxis auffallen: Sie ziehen sich aus sozialen Beziehungen zurück, haben z. B. starke Ängste ohne erkennbaren Anlaß oder können sich sogar scheinbar paranoid verhalten.

Der amerikanische Gynäkologenverband hat für seine Mitglieder als häufige Probleme mißhandelter Frauen aufgezählt:

- somatische Beschwerden: Kopfschmerzen, Schlaflosigkeit, Würgegefühle im Hals, Hyperventilation, Magen-Darm-Störungen, Schmerzen in der Brust, im Rücken oder im Unterleib;
- psychische Beschwerden: ausgeprägte oder extreme Schüchternheit, Angst, Verlegenheit, ausweichende Reaktionen, Schreckhaftigkeit, Passivität, häufiges Weinen, Drogen- bzw. Alkoholmißbrauch.
- Als Hinweis gilt es auch, wenn der Mann sie zum Arzttermin begleitet.

Mit der Verbreitung solcher Informationen gerade unter den niedergelassenen Gynäkologen glaubt man, sehr viel mehr betroffene Frauen zu erreichen und zu helfen, als dies mit speziellen Hilfseinrichtungen allein möglich ist. Wesentlicher noch ist aber der Hinweis, daß es eine Grundanforderung guter Medizin ist, die Ursache der gesundheitlichen Probleme zu suchen und zu behandeln (Schorstein 1997). Dafür allerdings benötigen Ärzte eine gute Informationsgrundlage sowohl über die Realitäten von Gewalt im Geschlechterverhältnis wie auch über die Regeln, die für eine angemessene Versorgung gelten. Der Arzt, der mit Sympathie eine mißhandelte Frau zum Sprechen ermutigt, um dann in Überschätzung seiner ärztlichen Autorität den Mann anzurufen und ihn zur Rede zu stellen, bringt die Frau verstärkt in Gefahr und richtet Schaden an, statt zu helfen. Qualifiziertes Informationsmaterial und kurze, handlungsorientierte Fortbildungen könnten den Weg zu bedeutenden Verbesserungen öffnen.



## 5.6 Schwierigkeiten der spezialisierten Hilfe professionalisierter „Gewaltarbeit“

Die existentielle Bedrohung durch schwerwiegende Gewalterfahrungen teilt sich den Professionellen (Beobachtenden, Beratenden, Therapierenden, Forschenden) mit und konfrontiert diese zwangsläufig mit eigenen Traumen, so daß die Helfenden ihrerseits, wenn auch auf einer anderen Ebene als die Klientin, Bewältigungsstrategien entwickeln (müssen). Diese Belastung ist besonders hoch bei der Arbeit in spezialisierten Einrichtungen oder bei Therapeutinnen, die schwerpunktmäßig oder ständig mit traumatisierten Frauen arbeiten. Denn die Unterstützung, Beratung oder Behandlung der Betroffenen bringt es mit sich, daß die Beraterin oder Therapeutin nicht nur gelegentlich, sondern alltäglich psychisch der Gewalt begegnet.

Für spezialisierte Hilfeeinrichtungen ist ein Zusammenspiel von Belastungen durch unzureichende äußerliche Rahmenbedingungen und psychischen Belastungen durch die Arbeit selbst charakteristisch. In der Anlaufstelle für vergewaltigte Frauen in Freiburg wurden als „äußere“ Belastungen die fehlende finanzielle und räumliche Absicherung der Arbeit empfunden, der ständige Kampf um Finanzierung, unzureichende Möglichkeiten der Entlastung bzw. Bewältigung der Belastungen und die fehlende Wahrnehmung und Anerkennung der Problematik der Gewalt und damit auch die fehlende Anerkennung der eigenen Arbeit in der Öffentlichkeit. Als „innere“ Belastungen wurden genannt: die ständige Konfrontation mit der Gewalt mit dem Gefühl, exklusiv dafür zuständig zu sein, da sonst niemand die Gewalt wahrnimmt, die persönliche Betroffenheit durch Klientinnen, die Vielfalt und Kumulation der psychischen und sozialen Probleme und insbesondere Suizidalität bei einigen Klientinnen und das häufig unklare Anliegen (Helfferich et al. 1997). Das Gefühl, exklusiv zuständig zu sein für die Hilfe für die Opfer von Gewalt im Geschlechterverhältnis und die unzureichende Bereitstellung von Ressourcen seitens der Gesellschaft hängen zusammen. Beide sind Ausdruck einer verweigerten gesellschaftlichen Verantwortung, einer Ausgrenzung traumatischer Erfahrungsinhalte aus der gesellschaftlichen Normalität mit einer Delegation der Versorgung an Spezialistinnen und somit als kollektive Verleugnung (Hermann 1993) zu verstehen.

Die Konfrontation mit der erlebten Gewalt auf seiten der Klientinnen macht eine Auseinandersetzung mit eigenen Gewalterfahrungen - und hier insbesondere mit Erfahrungen von Gewalt im Geschlechterverhältnis - notwendig und erfordert Bewältigungsstrategien auf seiten der Helfenden. Diese wurden als sozialpsychologische Abwehrprozesse (Fischer/Riedesser 1998) beschrieben, die dem Selbstschutz dienen und sich in spontanen Reaktionen wie Opferbeschuldigung, Unglauben, Aggressionen, Aktivismus, Omnipotenz- und Rettungsphantasien, alles wieder gut werden zu lassen, und spezifischen Gegenübertragungen ausdrücken können (Hedlund/Eklund 1986). Reaktionen auf den „Bruch mit der Normalität“ ist die Wiederherstellung der Normalität, und sei es durch Verleugnung der Bedeutung der Gewalttat. Diese intuitiven Reaktionen können es der Klientin erschweren, sich auszusprechen, da sie sie als Zeichen wahrnimmt, die Helfende schenke ihr z. B. keinen Glauben oder sei nicht belastbar und müsse geschont werden. Im professionellen Kontext werden daher die Bewältigungsmuster der Helfen-

den reflektiert und einem bewußten Umgang verfügbar gemacht. Die Konfrontation mit schwerwiegender Gewalt wirkt sich nicht nur auf der Ebene der Professionellen aus, sondern auch auf der Ebene des Teams (Brückner 1996).

Die Schwierigkeit von Beraterinnen in spezialisierten Einrichtungen besteht darin, daß sie der betroffenen Frau ein Gefühl der Sicherheit und der Wertschätzung und eine „Zugehörigkeit zur Welt“ vermitteln als Fundament einer positiven Entwicklung. Der gesellschaftliche Umgang mit Gewalt im Geschlechterverhältnis enthält ihnen aber gerade die Sicherheit, Wertschätzung und Anerkennung als „zugehörig zur Welt“ vor. Um in dem Paradox, Sicherheit zu geben, ohne sie selbst zu haben, Normalität für die Klientin herzustellen und in einer sexualisierte Gewalt verdrängenden und bagatellisierenden Welt arbeitsfähig zu bleiben, verlangen sich die Beraterinnen ein hohes Maß an Verausgabung ab und entwickeln hohe Ansprüche an die eigene Arbeit. In der Regel bieten die Einrichtungen aufgrund der knappen Ressourcen nicht ausreichende Entlastungsmöglichkeiten für die Mitarbeiterinnen.

Die Notwendigkeit, die Konfrontation mit der von der Klientin erlebten Gewalt zu bewältigen und die eigenen intuitiven Umgangsformen mit dieser Konfrontation zu reflektieren, gilt für alle Berufsgruppen und in allen Kontexten, in denen Frauen mit Gewalterfahrungen Hilfe suchen. In spezialisierten Einrichtungen werden diese Probleme der professionellen Arbeit in der Regel erkannt und reflektiert, auch wenn sie aufgrund der Rahmenbedingungen nicht (immer) gelöst werden können. Das häufige Verkennen oder Überhören von Signalen, daß Gewalterfahrungen vorliegen, in nicht spezialisierten Einrichtungen kann als Bewältigungsstrategie bei einer fehlenden Auseinandersetzung mit Gewalt erklärt werden.

## 5.7 Neue Ansätze zu interdisziplinärem Vorgehen und kommunale Strategien

Spezifische Einrichtungen für Frauen, die Gewalt erlitten haben, sind unabdingbar, sowohl um den Betroffenen zu ermöglichen, über die erlittene Gewalt zu sprechen und Hilfe zu suchen, als auch, um sie vor einer Fortsetzung der Gewalt zu schützen. Solche Stellen und Projekte werden jedoch in der Regel erst relativ spät im Prozeß der Gewaltentwicklung oder der Herausbildung gesundheitlicher Folgeschäden aufgesucht und wirken nur in geringem Maße präventiv. Sie sind nicht ausreichend, um das gesellschaftliche Problem von Gewalt im Geschlechterverhältnis anzugehen. Um den Schäden an der Gesundheit insbesondere von Frauen zu begegnen, muß früher und wirksamer eingesetzt werden.

Eine landesweite Vollerhebung bei Einrichtungen mit spezialisiertem Angebot für betroffene Frauen und Mädchen in Niedersachsen (Hagemann-White 1992) ergab 1991, daß ein Bedarf für neue Ansätze der Zusammenarbeit unterschiedlicher Institutionen gesehen wurde. Angeregt durch ausländische Modelle sowie durch mehrere öffentlich wirksame Kampagnen auf Bundes- und Länderebene sind seither Expertisen, kommunale Arbeitskreise und Modellprojekte entstanden, die Wege der Zusammenarbeit erproben, um den Opfern besser zu helfen und dem Gewaltverhalten der Täter adäquat zu begegnen. Am häufigsten wird die Form eines „Runden Tisches“ gewählt, der Fachkräfte aus sozialen Einrichtungen, Projekten der Anti-Gewaltarbeit, frauenpolitischen Stellen, Polizei und Justiz zusammenführt, um gemeinsam nach neuen Strategien für die eigene Kommune zu suchen. Der Abbau von Gewalt im Geschlechterverhältnis wird so als Aufgabe des Gemeinwesens erkannt und nicht nur in einmaligen Aktionen, sondern kontinuierlich und mit Blick auf die Lösung praktischer Probleme zum Thema gemacht.

Seit 1996 wird in dem von Bund und Land geförderten „Berliner Interventionsprojekt gegen häusliche Gewalt“ auf breiter Basis (unterstützt durch professionelle Koordinatorinnen) modellhaft erprobt, wie die kontinuierliche Kooperation zahlreicher verschiedenartiger Einrichtungen organisiert und unterschiedliche, miteinander abgestimmte Maßnahmen geplant und umgesetzt werden können, um Intervention und Prävention zu verbessern. Die Erfahrungen aus diesem Modell und den geplanten Anschlußvorhaben dürften wegweisend dafür sein, innovative Vorgehensweisen nach Vorbildern entwickeln zu können, die den hiesigen Rechts- und Sozialverhältnissen angepaßt und in ihren Auswirkungen einschätzbar sind.

Nur vereinzelt nehmen bislang Personen aus dem Gesundheitswesen an diesen Kooperations- und Interventionsprojekten teil. Dabei belegen Erfahrungen aus dem Ausland, daß die gesundheitliche Versorgung zum einen besondere Chancen eines frühzeitigen und präventiven Erstkontaktes bietet, ihr zum anderen zentral die Aufgabe zukommt, bei der Bewältigung erlittener Gewalt und der Heilung der Folgewirkungen zu helfen. Dies gelingt allerdings in der Regel nur auf der Basis von inter-institutioneller Zusammenarbeit und Fortbildung, da Gewalt in nahen sozialen Beziehungen meist verheimlicht wird und weder ÄrztInnen noch Angehörige der Gesundheitsfachberufe dafür ausgebildet sind, die Anzeichen zu erkennen und angemessen darauf einzugehen.

Aus der wissenschaftlichen Begleitung zu den kommunalen „Runden Tischen“ und dem Berliner Modellprojekt (Eichler/Schirmacher 1998; Kavemann et al. 1999) und der ausländischen Literatur lassen sich grundsätzliche Leitlinien für Kooperationsprojekte im Bereich von Gewalt im Geschlechterverhältnis ableiten. Dazu gehören:

- Der Schutz der von Gewalt bedrohten Mädchen und Frauen hat höchste Priorität: Jede Maßnahme wird im Bewußtsein geprüft, daß die Gefahr für Leben und Gesundheit der Betroffenen verringert und niemals gesteigert wird.
- Die Arbeit der spezialisierten Einrichtungen für betroffene Frauen und Mädchen wird anerkannt, gestärkt und finanziell stabil unterstützt, denn sie besitzen eine unschätzbare Expertise, die bei der Kooperation benötigt wird.
- Gewalt wird unmißverständlich geächtet und nicht entschuldigt. Es werden Strategien gesucht, die geeignet sind, gewalttätige Männer mit Konsequenzen ihres Verhaltens zu konfrontieren und sie zur Veränderung aufzufordern.
- Es wird konsequent daran gearbeitet, die „gelernte Hilflosigkeit“ der meisten Institutionen gegenüber der alltäglichen Gewalt zu überwinden und Fachkräfte in jeder Institution zu befähigen und zu ermutigen, einen Beitrag zur Überwindung dieser Gewalt zu leisten.

Unter Beachtung dieser Richtlinien gibt es eine breite Vielfalt möglicher Kooperationsmodelle, die je nach örtlichen oder regionalen Bedingungen und Ressourcen dazu führen können, daß früher, breiter und effektiver in das Gewaltgeschehen eingegriffen wird und die Gesundheit von Frauen qualitativ und quantitativ wesentlich besser gefördert wird als bisher.

## 5.8 Das Geschlechterverhältnis als Ort der Gewalt - Problematik der Polarisierung und Perspektiven

War die Aufklärung der Öffentlichkeit und die Schaffung spezieller Einrichtungen Voraussetzung dafür, daß das Schweigen gebrochen werden konnte, so hat ihre Etablierung zu einem paradoxen Erfolg geführt. Auf der einen Seite sind die Zeiten der Ausgrenzung von Opfern und von Tätern vorbei. Es gibt ein breites Bewußtsein dessen, daß Gewalt gegen Mädchen und Frauen keine Ausnahme ist, nicht bei krankhaften Devianten und gestörten Familien, sondern quer durch die Gesellschaft und bei „ganz normalen Männern“ vorkommt. Heute wird von aufgeklärten Menschen begriffen, daß die Gewalt im Geschlechterverhältnis angesiedelt ist und erst mit einer wirklichen Transformation der Grundlagen der Beziehungen zwischen Frauen und Männern abgebaut werden kann.

Auf der anderen Seite hat Gewalt damit den Stellenwert eines mächtigen Symbols für alles bekommen, was an Unrecht, Abwertung und Benachteiligung von Frauen geschieht. Es genügt, von Mißbrauch, Vergewaltigung, sexueller Belästigung oder Mißhandlung zu sprechen, um die moralische Schuld deutlich zu machen, die ein Jahrhunderte alter Anspruch auf männliche Vorherrschaft und Vorrechte nach sich gezogen hat. So haben zwar die Frauenprojekte, die zu Gewalt arbeiten, ihre Forderung nach Räumen, Ressourcen und Anerkennung ihrer Kompetenz im Ansatz durchgesetzt, aber um den Preis, daß die Gewalt unter der Hand zum Frauenproblem geworden ist. Obwohl ein wirklicher Wandel oder zumindest Prävention Veränderungen im Verhalten und bei der Gewaltbereitschaft von Männern voraussetzen würde, wird das Gewaltproblem vor allem von Frauen und mit Frauen bearbeitet. Gewalt im Geschlechterverhältnis wird so an die Frauen zur Lösung delegiert; das Thema polarisiert die Geschlechter und entfernt sie von einander, statt Wege zu eröffnen, ihr Verhältnis neu zu gestalten.

In der Psychotherapie hat sich „re-framing“ als Methode bewährt, wenn Beziehungssysteme in die Sackgasse geraten sind: Es handelt sich (bildlich gesprochen) darum, ein altes Bild in einen neuen Rahmen zu setzen, oder auch die Optik zu verändern, mit der ein Problem gesehen wird. Für die Diskussion in der Bundesrepublik könnte es hilfreich sein, Gewalt im Geschlechterverhältnis als gesellschaftliches Problem zu fassen, das jeden Bürger und jede Bürgerin angeht. So haben in Genf die Universitätskliniken ein Programm entwickelt, das alle Menschen ansprechen will, die mit Gewalt in Berührung kommen, ob als Opfer, als Täter oder als Zeugen. Gewalt wirksam zu begegnen, deren Wurzeln abzubauen und für deren Folgen Hilfe und Heilung anzubieten, wird als Auftrag des öffentlichen Gesundheitswesens begriffen. Opfer, Täter und besorgte oder betroffene Dritte werden nicht unterschiedslos gleichgesetzt, sondern für jeden ein angemessenes Angebot entwickelt. Das Konzept beruht auf einem Netzwerk der Verweisung und Vermittlung durch ärztliche und soziale Fachkräfte, polizeiliches Personal und Justiz in der ganzen Kommune (vgl. Halpérin 1999). Modelle dieser Art stehen nicht in Konkurrenz zu den speziellen Hilfseinrichtungen. Vielmehr können sie das notwendige Umfeld herstellen, damit die Projekte, die den betroffenen Frauen und Mädchen bislang Schutz und Hilfe anbieten, eine wirkliche Wertschätzung und Stärkung

ihrer Arbeit, Anerkennung ihrer Expertise und Entlastung durch die Mitverantwortung des Gemeinwesens erfahren.

## 5.9 Forschungsbedarf

Der weitaus größte Teil der deutschen Forschung zu Gewalt im Geschlechterverhältnis, zu den Auswirkungen und den Möglichkeiten der Hilfe für Betroffene ist in enger Verbindung mit dem Aufbau von Praxisprojekten entstanden und wurde von frauenpolitischen staatlichen Stellen und Ressorts gefördert oder auch veranlaßt. Weder in den klassischen Institutionen der Forschungsförderung noch an den Universitäten hat sich das Themenfeld etablieren können; wenn überhaupt, ist es im Bereich der Pädagogik oder der Sozialpädagogik anzutreffen. Obwohl seit gut zwanzig Jahren bekannt ist, daß mindestens jede fünfte Frau sexualisierte Gewalt erlebt hat und damit eine Beeinträchtigung der Gesundheit der Normalbevölkerung von epidemischen Ausmaßen verzeichnet werden kann, gibt es in der Bundesrepublik keine einschlägige medizinische Forschung und erst wenige Ansätze in den Gesundheitswissenschaften.

In der frauenzentrierten Psychotherapie (vgl. Kapitel 10.4) werden Konzepte für Diagnose und Behandlung entwickelt und z. T. in Publikationen berichtet, eine systematische Begleitforschung dazu fehlt aber völlig. Da das öffentliche Bewußtsein in der Versorgungspraxis einen Bedarf für solche Erkenntnisse geschaffen hat, haben in den vergangenen Jahren privat finanzierte oder auch kommerzielle Fortbildungen zunehmend in diesem Feld Fuß gefaßt; diese können aber die wissenschaftliche Forschung nicht ersetzen und unterliegen zudem Gefahren von Mode und Marketing.

Das weitgehende Fehlen von Grundlagenforschung und deren Abwesenheit insbesondere im Gesundheitsbereich steht vermutlich nicht allein mit der Brisanz des Themas im Zusammenhang, sondern auch damit, daß interdisziplinäre Forschung unabdingbar ist, um brauchbare Erkenntnisse zu gewinnen. Dringende Fragen aus der Sicht der Gesundheit von Frauen sind z. B.: die Auswirkungen von sexueller Gewalt in unterschiedlichen Lebens- und Entwicklungsstadien, die Rolle von sexueller und körperlicher Gewalt bei der Ätiologie typischer Folgekrankheiten, die Folgen für Kinder, wenn sie Zeugen der Mißhandlung der Mutter werden, oder die Behandlungsmöglichkeiten bei weiter zurückliegenden und bei aktuellen Gewaltbelastungen, einschließlich der sehr praktischen Probleme des Schutzes von Patientinnen vor erneuter Gewalt und Gewaltandrohung. Vordringlich wäre ferner eine fundierte Klärung der Begriffe Trauma und Traumatisierung in bezug auf Gewalt im Geschlechterverhältnis, da sie durch breite Anwendung zunehmend unscharf geworden sind; sie müßten empirisch und klinisch in Zusammenhang mit der Alltäglichkeit sexualisierter Gewalt differenziert und präzisiert werden.

Mangelnde Kenntnisse im Gesundheitssystem über die Verbreitung und die Erscheinungsformen von Gewalt im Geschlechterverhältnis und über deren Rolle bei der Entstehung gesundheitlicher Störungen und Krankheiten hat derzeit hohe Kosten für die Gesellschaft zur Folge: in medikamentösen und operativen Behandlungen, denen keine ausreichende Einschätzung der Ursachen der Beschwerden zugrundeliegt, in der Chronifizierung von Beschwerden und schließlich in sekundären Erkrankungen als Folge einer nicht erkannten primären Ursache des Leidens. Die psychosozialen Kosten für die be-

troffenen Frauen, denen keine Hilfe zuteil wird, sind jedoch ebenso gravierend. Der Forschungsbedarf ist ein doppelter: Es müssen die Erkenntnisse aus den wissenschaftlichen Begleitforschungen und politikberatenden Untersuchungen der vergangenen zwanzig Jahre aufgenommen und in ihrem Ertrag für die Gesundheitsforschung gewürdigt werden. Darauf aufbauend sind Untersuchungen mit spezifisch gesundheitsbezogenen Fragestellungen und interdisziplinärem Zuschnitt anzuregen und zu fördern.