
Gesundheitliche Auswirkungen von Gewalt gegen Frauen

KAPITEL 8

▶ 35% der Frauen ist seit dem 15. Lebensjahr körperliche und/oder sexuelle Gewalt widerfahren; diese ging überwiegend von Partnern oder Ex-Partnern aus.

▶ Die Prävalenz von Gewalt gegen Frauen in Deutschland liegt im europäischen Durchschnitt; sie scheint sich in den letzten zehn Jahren kaum verändert zu haben.

▶ Gewaltbetroffenheit bei Frauen ist unabhängig vom sozialen Status; besonders gefährdet sind Frauen in Trennungssituationen, Frauen mit früheren Gewalterfahrungen und Frauen, die in erhöhtem Maße gesellschaftliche Diskriminierungen erfahren.

▶ Gewalt kann schwerwiegende Folgen für die körperliche und psychische Gesundheit und die psychosoziale Situation von Frauen haben.

▶ Viele betroffene Frauen kommen aus unterschiedlichen Gründen beim bestehenden Hilfesystem nicht an; medizinischem Personal kommt eine wichtige Rolle bei der Aufdeckung der Gewaltbetroffenheit und der Vermittlung von Hilfsangeboten zu.

8 Gesundheitliche Auswirkungen von Gewalt gegen Frauen

8.1 Gewalt und Frauengesundheit

Sexualisierte und geschlechtsbezogene Formen von Gewalt gegen Frauen gehen weit überwiegend von Männern im Kontext von Partnergewalt aus. Sie stellen nicht nur ein erhebliches soziales und ein Gesundheitsproblem dar, sondern werden international auch als Menschenrechtsverletzungen gefasst und im Zusammenhang mit struktureller Gewalt, Diskriminierung von Frauen und ungleichen Machtverteilungen im Geschlechterverhältnis gesehen [1, 2]. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) bezeichnet Gewalt als zentrales Risiko für die Gesundheit von Frauen und Kindern [3, 4]. Sie definiert Gewalt auf allgemeiner Ebene als „absichtliche(n) Gebrauch von angedrohtem oder tatsächlichem körperlichem Zwang oder physischer Macht gegen die eigene oder eine andere Person, gegen eine Gruppe oder Gemeinschaft, der entweder konkret oder mit hoher Wahrscheinlichkeit zu Verletzungen, Tod, psychischen Schäden, Fehlentwicklung oder Deprivation führt“ [3, S. 5].

Zahlreiche nationale und internationale Studien verweisen auf die hohe Verbreitung von Gewalt gegen Frauen und die mit ihr verbundenen erheblichen kurz-, mittel- und langfristigen gesundheitlichen und psychosozialen Folgen [3].

Relevant im Kontext personaler Gewalt gegen Frauen sind sowohl Formen körperlicher und sexueller Gewalt als auch sexuelle Belästigung, psychische und ökonomische Gewalt sowie Stalking, welche häufig durch Partner oder Ex-Partner im Kontext häuslicher Gewalt verübt werden (siehe [Infobox 8.1.1](#)). Häufig treten unterschiedliche Formen von Gewalt in Kombination und mit unterschiedlichen Schweregraden auf und verdichten sich zu Mustern von Gewalt in Partnerschaften [6], die von einmaligen leichteren körperlichen Übergriffen über Muster erhöhter psychischer Gewalt und mäßiger körperlicher Gewalt bis hin zu Mustern schwerer Misshandlung reichen, in denen sowohl psychische als auch körperliche und sexuelle Gewalt auftreten. Alle Formen und Muster von Gewalt gehen mit erhöhten gesundheitlichen Belastungen von Frauen einher [6].

Auch sexuelle Belästigungen und Diskriminierungen am Arbeitsplatz, von denen Frauen deutlich

Infobox 8.1.1

Formen von personaler Gewalt gegen Frauen

Körperliche Gewalt umfasst Misshandlungen und körperliche Übergriffe jeder Art, z. B. Schlagen, Stoßen, Würgen, Treten, Verprügeln und Waffengewalt.

Sexuelle (oder sexualisierte) Gewalt* umfasst alle unerwünschten oder erzwungenen sexuellen Handlungen und reicht von unerwünschten intimen Berührungen über Nötigung zu sexuellen Handlungen bis hin zur Vergewaltigung.

Sexuelle Belästigung umfasst alle von der betroffenen Person als sexuell belästigend empfundenen Handlungen. Sie reicht von Anstarren und Nachpfeifen über unerwünschte sexualisierte Bemerkungen und Berührungen sowie Belästigungen per Telefon oder Internet bis hin zu verschiedenen Formen von Bedrängen und Überschreiten der Intimgrenzen einer Person, z. B. auch im Kontext der Arbeit. Der Übergang zu sexueller Gewalt kann fließend sein.

Psychische Gewalt beschreibt ein breites Spektrum psychisch beeinträchtigender oder verletzender Handlungen, etwa Einschüchterungen, Anschreien, Beschimpfungen und Demütigungen, Drohungen, Psychoterror, systematische Kontrolle, Isolierung und extreme Eifersucht. In Partnerschaften ist sie oft in ein Muster von Handlungen eingebettet, das auf die Unterordnung und Kontrolle der Partnerin abzielt und tritt häufig in Kombination mit körperlicher und/oder sexueller Gewalt auf.

Ökonomische Gewalt ist eine Form der psychischen Gewalt, über die ökonomische Kontrolle ausgeübt wird oder ökonomische Abhängigkeitsverhältnisse ausgenutzt und stabilisiert werden, z. B. wenn Geld oder Wertsachen entnommen werden oder die Partnerin daran gehindert wird, eigenes Geld zu verdienen oder zu verwalten.

Stalking bezeichnet Verfolgungen und Nachstellungen und das bewusste wiederholte Erzwingen von Kontakt zu einer Person gegen deren Willen, etwa durch Auflauern sowie systematische Belästigung über Telefon, SMS oder E-Mails.

Neben diesen Formen personaler Gewalt gibt es auch Formen **struktureller Gewalt**, die nicht von einer Person ausgehen, sondern durch gesellschaftliche oder institutionelle Strukturen und Vorgaben, Regelungen und Rahmenbedingungen bedingt sind, etwa durch Diskriminierungen und Benachteiligungen sowie eingeschränkte Entfaltungsmöglichkeiten bestimmter Personengruppen wie Frauen, Menschen mit Behinderungen oder mit Migrations-/Fluchthintergrund. Strukturelle Diskriminierung und Gewalt bilden häufig den Hintergrund für personale Gewalt.

* Beide Begriffe werden in Forschung und Praxis identisch verwendet. Mit dem Begriff der sexualisierten Gewalt soll zum Ausdruck gebracht werden, dass diese Gewaltform nichts mit Sexualität zu tun hat, sondern vielmehr ein sexualisierter Ausdruck von Macht und Gewalt ist. Dies wird inzwischen kontrovers diskutiert. Im Folgenden wird der Begriff „sexuelle Gewalt“ verwendet, da er den Gewaltcharakter der Handlungen deutlich macht. Zudem ist dies in der breiten Bevölkerung der gebräuchlichere Begriff.

häufiger betroffen sind als Männer, können sich negativ auf die psychische und gesundheitliche Situation von Frauen auswirken. Eine Studie der Antidiskriminierungsstelle des Bundes, die in den Jahren 2018/2019 durchgeführt wurde, zeigt, dass 13 % der befragten Frauen innerhalb der letzten drei Jahre sexuelle Belästigung am Arbeitsplatz erlebt haben. Von mittelstarken bis sehr starken psychischen Belastungen durch diese Vorfälle berichteten 41 % der betroffenen Frauen [7].

Ausprägungen personaler Gewalt gegen Frauen sind darüber hinaus Menschenhandel zum Zwecke der sexuellen Ausbeutung und Zwangsprostitution, wodurch Frauen verschiedene Gewaltformen, darunter körperliche, psychische und sexuelle Gewalt erfahren.

8.2 Ausmaß von Gewalt gegen Frauen

Nach Einschätzung der WHO haben weltweit etwa ein Drittel aller Frauen (35 %) bereits körperliche und/oder sexuelle Gewalt durch Beziehungspartner oder andere Personen erlebt [1]. Die Täter sind überwiegend Partner oder Ex-Partner, 30 % der Frauen

sind weltweit von körperlicher und/oder sexueller Gewalt durch einen Beziehungspartner betroffen [1].

Dies entspricht in etwa den Gewaltausmaßen in Europa, die im Jahr 2012 in einer Studie der Agentur der Europäischen Union für Grundrechte (European Union Agency for Fundamental Rights, FRA) erhoben wurden (der sogenannten FRA-Studie) [8]. Demnach haben im europäischen Durchschnitt 33 % der Frauen seit dem Alter von 15 Jahren körperliche und/oder sexuelle Gewalt erlebt; 22 % waren von sexueller und/oder körperlicher Gewalt durch einen Partner oder Ex-Partner betroffen. Darüber hinaus berichteten 43 % der Frauen Formen von psychischer Gewalt durch (Ex-)Partner, oft in Kombination mit körperlicher und/oder sexueller Gewalt. Jede sechste Frau (18 %) war der Studie nach bereits Opfer von Stalking geworden; mehr als jede zweite Frau (55 %) war von sexueller Belästigung betroffen [8].

Die Gewaltausmaße gegen Frauen liegen der Studie nach in Deutschland weitgehend im europäischen Durchschnitt; nur psychische Gewalt (50 %) und Kontrolle durch (Ex-)Partner (40 %) sowie Stalking (24 %) und sexuelle Belästigungen (60 %) wurden von Frauen in Deutschland häufiger angegeben (Tab. 8.2.1). Dabei ist unklar, ob dies tatsächlich auf eine höhere Betroffenheit in Deutschland oder (auch) auf eine möglicherweise stärkere Sensibilisierung für Gewalt zurückzuführen ist [8].

Bereits die erste repräsentative Studie zu Gewalt gegen Frauen in Deutschland, die 2003 im Auftrag des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) durchgeführt und 2004 veröffentlicht wurde, hatte ein hohes Ausmaß von Gewalt gegen Frauen aufgedeckt [6]. Über 10.000 Frauen wurden schriftlich und mündlich befragt. Fast jede siebte Frau im Alter von 16 bis 85 Jahren (13 %) berichtete über erzwungene, strafrechtlich relevante sexuelle Handlungen in ihrem Erwachsenenleben (überwiegend durch (Ex-)Partner, aber auch durch andere bekannte/unbekannte Personen). Jede vierte Frau (25 %) war mindestens einmal von körperlicher und/oder sexueller Gewalt durch einen aktuellen und/oder früheren Beziehungspartner betroffen [6]. Die körperlichen Gewalthandlungen durch (Ex-)Partner reichten von Ohrfeigen und wütendem Wegschubsen bis hin zu Tritten, Schlägen mit Fäusten, Würgen und Waffengewalt; fast zwei Drittel der von Partnergewalt betroffenen Frauen (64 %) gaben Verletzungsfolgen an [6].

Tabelle 8.2.1

Gewaltbetroffenheit von Frauen seit dem 15. Lebensjahr in Deutschland und Europa

Datenbasis: Europäische FRA-Studie 2012 [9]

Gewaltform und Kontext	Prävalenz in Europa n = 42.002	Prävalenz in Deutschland n = 1.534
Körperliche/sexuelle Gewalt (allgemein)		
Körperliche und/oder sexuelle Gewalt (alle Täter/innen)	33 %	35 %
Körperliche Gewalt (alle Täter/innen)	31 %	33 %
Sexuelle Gewalt (alle Täter/innen)	11 %	12 %
Gewalt durch Partner oder Ex-Partner*		
Körperliche und/oder sexuelle Gewalt durch (Ex-)Partner	22 %	22 %
Körperliche Gewalt durch (Ex-)Partner	20 %	20 %
Sexuelle Gewalt durch (Ex-)Partner	7 %	8 %
Psychische Gewalt durch (Ex-)Partner	43 %	50 %
Kontrollierendes Verhalten durch (Ex-)Partner	35 %	40 %
Ökonomische Gewalt durch (Ex-)Partner	12 %	11 %
Drohung oder Handlungen des (Ex-)Partners, die Kinder zu verletzen	8 %	9 %
Stalking und sexuelle Belästigung		
Stalking	18 %	24 %
Sexuelle Belästigung	55 %	60 %

* Hier wurde die männliche Form verwendet, da es sich fast durchgängig um Gewalt durch männliche (Ex-)Partner handelte.

Auffällig ist, dass die europäische FRA-Studie [8] fast zehn Jahre nach der ersten bundesweiten Studie des BMFSFJ zu Gewalt gegen Frauen ähnlich hohe Gewaltprävalenzen für Deutschland feststellte und sich bislang kein relevanter Rückgang von Gewalt gegen Frauen zeigt. So haben in der FRA-Studie 12 % der Frauen in Deutschland angegeben, seit dem 15. Lebensjahr sexuelle Gewalt erlebt zu haben (vs. 13 % in der BMFSFJ-Studie von 2003 [6]). 22 % waren von körperlicher und/oder sexueller Gewalt durch (Ex-)Partner im Erwachsenenleben betroffen (vs. 25 % in der BMFSFJ-Studie von 2003 [6]) (Tab. 8.2.1). Beide Studien sind aufgrund von unterschiedlichen Erhebungsinstrumenten und Stichprobengrößen nicht direkt vergleichbar. Ein relevanter Rückgang der Gewaltprävalenz scheint aber unwahrscheinlich.

Auch für Männer in Deutschland zeigt eine aktuell laufende Studie der RWTH Aachen eine hohe Gewaltprävalenz. Erste Ergebnisse umfangreicher Befragungen von Männern in Kliniken ergaben, dass 18 % der Befragten Opfer von Gewalt geworden waren ohne selbst Gewalt ausgeübt zu haben, gut ein Viertel (26 %) hatte Gewalt erfahren und zugleich Gewalt ausgeübt [10]. Wenn Männer schwere Gewalt im Erwachsenenalter erleben, handelt es sich dabei häufiger um körperliche Gewalt

im öffentlichen Raum durch bekannte und unbekannte – zumeist männliche – Personen. Überwiegend ereignen sich die Taten im jüngeren Lebensalter bis Mitte/Ende 20 [11, 12]. Anders als Frauen werden Männer seltener Opfer von schwerer, einseitiger und fortgesetzter Partnergewalt und auch deutlich seltener Opfer von sexueller Gewalt. Bei Männern, die Gewalt erfahren haben, wurden erhöhte gesundheitliche Belastungen festgestellt [10]. Das gilt ebenso für Männer, die zugleich Opfer und Täter geworden waren.

Der Fokus des vorliegenden Kapitels liegt auf Frauen als Opfer von Gewalt und daraus resultierenden gesundheitlichen Problemen. Gewalt gegen Frauen in Partnerschaften geht ganz überwiegend von Männern aus. Bei körperlichen Gewalterfahrungen außerhalb von Partnerschaften berichteten in der europäischen FRA-Studie 33 % der betroffenen Frauen von einer Täterin [8]. Weitere 7 % gaben an, dass sie körperliche Gewalt sowohl durch männliche als auch weibliche Personen erfahren hätten. Im Fall von sexueller Gewalt berichteten 3 % der Frauen, dass eine Frau die Täterin war. Zur gesundheitlichen Lage von Frauen, die Gewalt ausgeübt haben und von Frauen, die sowohl Täterin als auch Opfer von Gewalt waren, liegen bislang kaum Forschungsergebnisse vor.

8.3 Risikofaktoren für Gewalt gegen Frauen

Risikofaktoren für Gewalt gegen Frauen wurden im Rahmen einer Sonderauswertung der oben genannten deutschen Gewaltprävalenzstudie des BMFSFJ zu Schweregraden und Mustern von Gewalt in Paarbeziehung 2008 veröffentlicht [13]. Demnach besteht ein besonders hohes Risiko für Gewalt gegen Frauen im Kontext von Trennung und Scheidung [13]. Ein erhöhtes Risiko, Gewalt zu erleben, wurde zudem bei Frauen mit Gewalterfahrungen in Kindheit und Jugend festgestellt (siehe Kapitel 8.4). Auch Frauen mit Migrations- und Fluchthintergrund tragen ein erhöhtes Risiko, Opfer von Gewalt zu werden. Besonders gefährdet ist die Gruppe der Frauen mit Behinderungen, die je nach Gewaltform und Behinderung zweibis viermal häufiger von Gewalt betroffen waren als Frauen im Bevölkerungsdurchschnitt. Ein systematischer Zusammenhang zwischen Bildung, sozioökonomischer Situation und Gewaltbetroffenheit der Frauen zeigte sich in der deutschen Studie hingegen nicht [13, 14].

Sowohl Frauen mit Behinderungen als auch Frauen mit Migrationshintergrund stellen keine homogene Gruppe dar. Frauen mit Behinderungen leben in verschiedenen Kontexten und sind in unterschiedlichem Maße aufgrund von Behinderungen und chronischen Erkrankungen in ihrem Leben eingeschränkt (siehe Kapitel 9). Eine erhöhte Gewaltbetroffenheit ergibt sich oftmals durch die eingeschränkte Wehrhaftigkeit und die Abhängigkeit von anderen Menschen, außerdem durch die institutionelle Unterbringung, z. B. in Wohnheimen für Menschen mit Behinderungen [14, 15]. Frauen mit Behinderungen erfahren auch im Erwachsenenleben durch Eltern und (Ex-)Partner häufiger Gewalt als Frauen ohne Behinderungen und ihr Alltag ist nicht selten von gesellschaftlicher Ausgrenzung, erhöhter Diskriminierung und struktureller Gewalt geprägt [14, 15].

Frauen mit Migrationshintergrund sind ebenfalls eine sehr heterogene Gruppe. Sie umfasst Frauen der ersten und zweiten Migrationsgeneration, unabhängig von der Staatsangehörigkeit, z. B. ausländische Arbeitnehmerinnen und deren Töchter, Spätaussiedlerinnen, Asylbewerberinnen, (Kriegs-) Flüchtlinge und Kinder aus binationalen Beziehungen. Der Aufenthaltsstatus definiert ihre Rechte und

Zugangsmöglichkeiten zum Gesundheitswesen. Die Dauer des Aufenthalts in Deutschland kann mit unterschiedlichen Abhängigkeiten und mit unterschiedlichem Wissen über Schutz- und Unterstützungsmöglichkeiten einhergehen. Informationen zur Gesundheit von Frauen mit Migrationshintergrund finden sich in Kapitel 6 des Berichts.

Zur Gewaltbetroffenheit von Frauen mit Migrationshintergrund in Deutschland gibt es keine aktuellen repräsentativen Zahlen. Zusatzbefragungen der deutschen Gewaltprävalenzstudie von 2003 belegen aber einen Zusammenhang zwischen Migrationshintergrund und erhöhter Gewaltbelastung gegenüber der Gesamtbevölkerung, insbesondere für weibliche Flüchtlinge und für Frauen mit türkischem Migrationshintergrund [6, 16]. So waren Frauen mit türkischem Migrationshintergrund häufiger von Gewalt durch den aktuellen Partner betroffen als Frauen im Bevölkerungsdurchschnitt (29 % bzw. 14 %) [6, 16]. Eine Zusatzbefragung bei geflüchteten Frauen zeigte, dass diese vergleichsweise häufig von Gewalt in unterschiedlichen Lebenskontexten betroffen waren, also neben der Partnerschaft auch in den Wohnheimen, im öffentlichen Raum und im Kontext der Arbeit: 79 % berichteten psychische Gewalt seit dem 16. Lebensjahr, 52 % körperliche Gewalt, 69 % sexuelle Belästigung und 28 % sexuelle Gewalt. Wenn vermutet wird, dass geflüchtete Frauen aufgrund ihrer besonderen Lebenssituation eine größere Zurückhaltung zeigen, Gewalterfahrungen in Deutschland Dritten gegenüber zu benennen als andere Untersuchungsgruppen, könnte die Gewaltbetroffenheit tatsächlich auch noch höher liegen [6]. Bei der erhöhten Gewaltbetroffenheit und Gesundheitsbelastung von Frauen mit türkischem Migrationshintergrund fiel auf, dass zur schlechteren gesundheitlichen Situation insbesondere älterer Frauen aus dieser Gruppe mehrere Faktoren beitragen. Nicht nur die erhöhten Gewalterfahrungen waren Ursache, sondern auch die schwierigere soziale und ökonomische Situation, die soziale Isolation sowie Diskriminierung und Ausgrenzung in Deutschland [6, 16]. Insofern ist auch hier ein Kontext von struktureller Gewalt und Diskriminierung ein maßgeblicher Hintergrund für erhöhte Belastungssituationen.

Die Studie zeigte auch, dass sich sowohl Frauen mit Behinderungen als auch Frauen mit Migrationshintergrund und geflüchtete Frauen aufgrund stärkerer Abhängigkeiten schwerer aus

Gewaltsituationen lösen als andere Frauen. Darüber hinaus war es für sie schwieriger, Hilfe, Schutz und Unterstützung durch Institutionen zu erhalten. Die strukturelle Situation trägt dazu bei, dass die betroffenen Frauen ein erhöhtes Risiko haben, in Gewaltsituationen zu verbleiben und dadurch gesundheitlich geschädigt zu werden [6, 13–18].

8.4 Gesundheitliche Folgen von Gewalt gegen Frauen

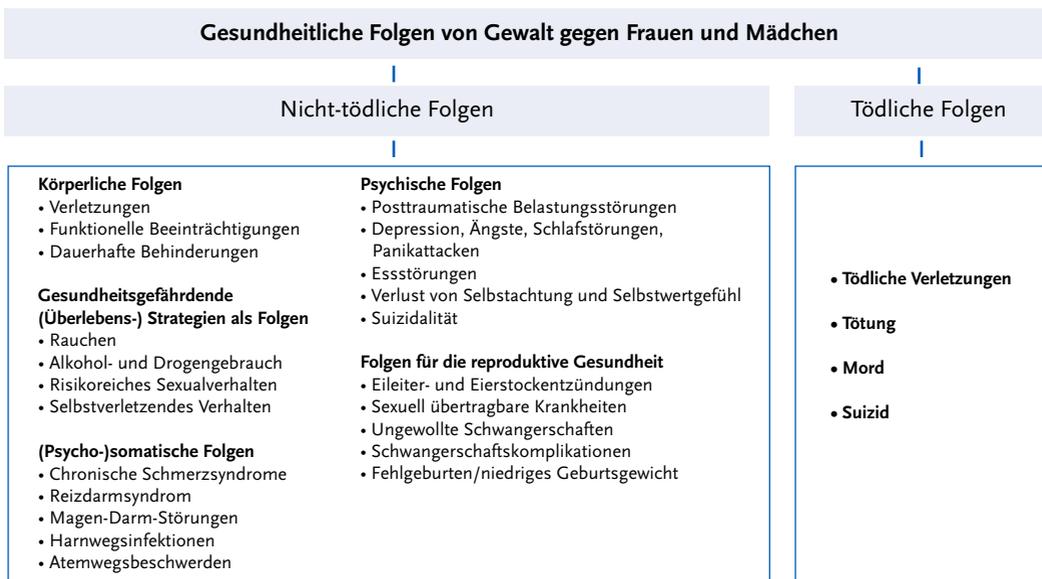
Die Ergebnisse nationaler und internationaler Studien verweisen auf einen Zusammenhang zwischen Gewalterfahrungen von Frauen und direkten sowie langfristigen Folgen für die Gesundheit [1, 5, 6, 9, 19–24]. Gewaltbelastungen in der Kindheit und Jugend sowie fortgesetzte Gewalterfahrungen im Erwachsenenleben können den physischen und psychischen Gesundheitszustand von Frauen nachhaltig negativ beeinflussen [1, 5, 6, 9, 13, 15, 19–26].

Gewalterfahrungen können zu kurz-, mittel- und langfristigen gesundheitlichen Beeinträchtigungen führen. Die Übersicht in [Abbildung 8.4.1](#) zeigt verschiedene gesundheitliche Folgen von Gewalt gegen Frauen und Mädchen. Akute Verletzungen

und psychische sowie psychosoziale Probleme, wie Angstgefühle, Konzentrationsstörungen und psychischer Stress, gelten als unmittelbare gesundheitliche Folgen von Gewalt. Zu den mittel- und langfristigen Gesundheitsfolgen körperlicher, sexueller und psychischer Gewalt gegen Frauen gehören körperliche und psychische Symptome und Erkrankungen. Durch das Zusammenwirken von körperlichen und psychischen Aspekten können sogenannte psychosomatische Erkrankungen entstehen. Auch gesundheitsgefährdende Verhaltensweisen können als Folge erlebter Gewalt auftreten.

Obwohl eine direkte Vergleichbarkeit der internationalen Forschungsergebnisse nur begrenzt möglich ist und die komplexen Ursachen- und Wirkungszusammenhänge zwischen Gewalterlebnissen und gesundheitlichen Folgen empirisch schwer zu erfassen sind, verweisen zahlreiche Befunde auf gesundheitliche Folgen von Gewalt und benennen ähnliche Symptome. Neben den erlebten Gewalterfahrungen haben auch die individuelle Bewertung und Verarbeitung der Gewalterfahrungen einen Einfluss auf die physische und psychische Gesundheit Betroffener [1, 28]. Zudem liegen bisher nur wenige Erkenntnisse über die möglichen Wechselwirkungen zwischen gesundheitlichen

Abbildung 8.4.1
Übersicht zu gesundheitlichen Folgen von Gewalt gegen Frauen und Mädchen
Quelle: Hellbernd, Brzank, Wieners et al. [27]



Beeinträchtigungen, erhöhter Gewaltbetroffenheit und sozialen Folgeproblemen von Gewalt (z. B. Armut oder Isolation) vor. So ist z. B. nicht eindeutig nachvollziehbar, in welchem Maße psychische Beschwerden eine Folge von Gewalterfahrungen sind und in welchem Maße Frauen mit psychischen Problemen eher gefährdet sind, Gewalt in ihrer Partnerschaft oder in anderen Lebensbereichen zu erfahren bzw. sich nicht daraus lösen zu können [1, 5, 6, 14]. Vieles spricht für wechselseitige Zusammenhänge zwischen Gewalterfahrungen, psychosozialen und gesundheitlichen Problemen im Leben von Frauen [1, 5, 6, 14, 29].

Die folgenden Erkenntnisse zu den gesundheitlichen Folgen von Gewalt gegen Frauen basieren überwiegend auf repräsentativen bevölkerungsweiten Befragungen von Frauen, auf klinischen Studien und (systematischen) Literaturreviews. Für Deutschland beziehen sich die Befunde größtenteils auf die Ergebnisse der bisher einzigen großen bundesdeutschen Gewaltprävalenzstudie aus dem Jahr 2003 mit über 10.000 Befragten [6], einer Folgestudie zu Gewalt gegen Frauen mit Behinderungen [13] sowie auf die Ergebnisse der europäischen FRA-Studie von 2012 [8].

In diesen Studien wurden die Zusammenhänge zwischen Gewalt und gesundheitlichen Folgen einerseits durch direkte Nachfragen an Betroffene erfasst. Die Frauen berichten von Verletzungs-, psychischen und psychosozialen Folgen von Gewaltereignissen. Andererseits wurde statistisch untersucht, ob Frauen, die Gewalt (in unterschiedlichen Formen und Kontexten) erlebt hatten, in erhöhtem Maße von verschiedenen körperlichen, psychosomatischen und psychischen Belastungen sowie Einschränkungen in der reproduktiven Gesundheit und im Gesundheitsverhalten betroffen sind. Daraus ergaben sich die im Folgenden dargestellten Erkenntnisse zu gesundheitlichen Folgen von Gewalt im Lebensverlauf.

8.4.1 Verletzungsfolgen

Verletzungen zählen zu den unmittelbaren Folgen von Gewalt, die zu kurz-, mittel- oder langfristigen Gesundheitsbeeinträchtigungen führen können. Etwa die Hälfte der gewaltbetroffenen Frauen der bundesdeutschen Prävalenzstudie trugen in Folge körperlicher oder sexueller Gewalt Verletzungen

in unterschiedlichem Ausmaß davon [6]. Verletzungsfolgen traten dabei etwas häufiger nach körperlicher Gewalt (55 %) als nach sexueller Gewalt (44 %) auf. Etwa jede fünfte in Deutschland lebende Frau im Alter von 16 bis 85 Jahren gab an, mindestens einmal körperliche Verletzungen infolge von Gewalt in ihrem Erwachsenenleben erlitten zu haben. Hierzu zählten u. a. Hämatome (Blutergüsse), Gesichts- und Kopfverletzungen, aber auch Knochenbrüche und Verletzungen im Genitalbereich. Die Mehrheit der befragten Frauen trug infolge körperlicher und/oder sexueller Gewalt eine Kombination unterschiedlicher Verletzungen davon; dies stimmt auch mit den Ergebnissen anderer europäischer und internationaler Studien überein [1, 5, 6, 8, 30].

Etwa ein Drittel der befragten gewaltbetroffenen Frauen hatten so schwerwiegende Verletzungen, dass sie medizinische Hilfe in Anspruch nahmen [6]. Internationale Studien geben Hinweise darauf, dass gewaltbetroffene Frauen medizinische Hilfe – unabhängig von ihrem Zugang zu dem jeweiligen Gesundheitssystem – auch bei schwerwiegenderen Verletzungen oftmals nicht wahrnehmen [5]. Dies könnte mit der nach wie vor bestehenden gesellschaftlichen Tabuisierung des Gewaltthemas und der daraus resultierenden Scham der Opfer zusammenhängen.

Verletzungsfolgen wurden in der bundesdeutschen Prävalenzstudie vergleichsweise häufig von Frauen angegeben, die von Gewalt durch ihren Partner oder Ex-Partner betroffen waren (64 %). Diese Befunde decken sich mit den Ergebnissen anderer europäischer Studien [6, 8, 31], wonach mindestens 55 % bis 70 % der von körperlicher und/oder sexueller Partnergewalt betroffenen Frauen unmittelbare körperliche Verletzungen und Beeinträchtigungen davontrugen. Ferner stellt sich Partnergewalt auch dadurch als schwerwiegender dar, als es sich häufiger um mehrfache und fortgesetzte Gewaltübergriffe handelt [5, 6, 8, 31].

In der aktuelleren FRA-Studie wurden die Verletzungsfolgen nur im Zusammenhang mit dem schwerwiegendsten Vorfall körperlicher oder sexueller Gewalt durch den (Ex-)Partner erfasst (Tab. 8.4.1.1).

Im schlimmsten Fall können Verletzungen auch zum Tode führen. Für das Jahr 2018 erfasste das Bundeskriminalamt 324 Fälle von versuchtem Totschlag und Mord an Frauen durch deren Partner oder Ex-Partner; 18 dieser Fälle endeten tödlich [32].

Tabelle 8.4.1.1
Verletzungsfolgen bei Frauen infolge des schwer-
wiegendsten Vorfalls körperlicher oder sexueller
Gewalt durch den (Ex-)Partner

Datenbasis: Europäische FRA-Studie 2012 [9]

Verletzungsfolgen	Prävalenz bei Gewaltbetroffenen in Deutschland n = 1.534
Blaue Flecken/Kratzer	49%
Wunden, Verstauchungen/ Verrenkungen, Verbrennungen	16%
Knochenbrüche, abgebrochene Zähne	5%
Gehirnerschütterungen/ Verletzungen des Gehirns	3%
Innere Verletzungen	2%
Fehlgeburt	1%
Sonstige	4%

8.4.2 Körperliche und psychosomatische Folgen

Körperliche und psychosomatische Folgebeschwerden von Gewalt gegen Frauen im Lebensverlauf sind mit Befragungen nicht eindeutig erfassbar, zumal oftmals vielfältige Einflussfaktoren, Zusammenhänge und Wirkungen eine Rolle spielen. Bisher ist noch relativ wenig über Wechselwirkungen und miteinander verknüpfte Prozesse, z. B. durch das (mehrfache) Erleben unterschiedlicher Gewaltformen im Lebensverlauf, Folgeprobleme von Gewaltereignissen und mögliche weitere Einflussfaktoren bekannt. Die verfügbaren Daten verweisen jedoch auf bedeutende Zusammenhänge zwischen erlebter Gewalt und körperlichen Beschwerden bzw. Symptomaten bei Betroffenen [1, 5, 8, 20, 21].

Internationale Forschungsergebnisse belegen, dass Gewaltereignisse in der Kindheit und im Erwachsenenalter zu einer Reihe körperlicher und psychosomatischer Beschwerden führen können. Hierbei steht die Anzahl und Schwere der Symptomaten in engem Zusammenhang mit der Häufigkeit, Dauer und Intensität der Gewaltereignisse. Oftmals bleiben die Beschwerden über die Beendigung der Gewaltsituation hinaus bestehen [1, 20, 21, 33].

Zu den körperlichen und psychosomatischen Folgen von Gewalt gegen Frauen zählen u. a. chronische Schmerzen, wie Kopf-, Rücken- und Bauchschmerzen, Herz-Kreislauf-Erkrankungen,

Diabetes mellitus Typ 2, Magen-Darm-Beschwerden, Atemwegserkrankungen wie Asthma bronchiale und Bronchitis sowie Knochen-, Muskel- und Nervenerkrankungen [1, 20, 21, 33]. Gewalterfahrungen von Frauen sind zudem oftmals mit gynäkologischen Beschwerden und Erkrankungen sowie Einschränkungen in der reproduktiven Gesundheit verbunden [1, 5, 34–36].

Eine Auswertung der bundesdeutschen Gewaltprävalenzstudie belegte einen starken Zusammenhang zwischen der Gewaltbetroffenheit im Lebensverlauf und der gesundheitlichen Situation der Befragten [16]. Frauen, die im Lebensverlauf körperlicher, psychischer und/oder sexueller Gewalt ausgesetzt waren, schätzten die eigene Gesundheit im Vergleich zu nicht betroffenen Frauen durchweg schlechter ein. Zudem gaben sie deutlich häufiger körperliche und psychische Beschwerden wie Kopf- und Bauchschmerzen, Magen- und Darmprobleme, Zittern, Schwindel, Atemprobleme und gynäkologische Beschwerden an. Gewalterfahrungen in der Kindheit und zusätzlich im Erwachsenenleben führten zu einer erheblichen Zunahme der gesundheitlichen Belastungen. In einer Patientinnenbefragung des Berliner S.I.G.N.A.L.-Begleitprojektes Anfang der 2000er-Jahre wurden weitgehend identische körperliche Beschwerden und Symptomaten als Folge von Gewalterfahrungen identifiziert [11].

Der wechselseitige Zusammenhang zwischen fortgesetzten Gewalterfahrungen und gesundheitlichen Belastungen zeigt sich auch und insbesondere für Frauen mit Behinderungen [1, 14, 37]. Sie werden im gesamten Lebensverlauf deutlich häufiger Opfer von Gewalt als Frauen ohne Behinderungen. Auch nationale Studien geben Hinweise darauf, dass Behinderungen und chronische Erkrankungen auch eine Folge von in der Kindheit und im Erwachsenenalter erlebter Gewalt sein können [29].

8.4.3 Psychische und psychosoziale Folgen

Gewalterfahrungen in der Kindheit und im Erwachsenenleben gelten in der nationalen und internationalen Forschung als Ursache verschiedenster kurz-, mittel- und langfristiger psychischer Beeinträchtigungen und Erkrankungen [1, 5, 6, 20, 21, 26, 33, 38]. Zu den psychischen Folgen zählen insbesondere die Ausbildung einer Depression,

einer Posttraumatischen Belastungsstörung, Essstörung oder Angststörung, aber auch Angstsymptome, Stresssymptome und Suizidalität [5, 6, 8, 30, 33, 39]. Kinder mit Gewalterfahrungen weisen zudem häufiger Beeinträchtigungen in der geistigen und emotionalen Entwicklung auf [20, 21].

Als direkte psychische und psychosoziale Folgen der erlebten physischen, psychischen und sexuellen Gewalt gaben die befragten Frauen in der bundesdeutschen Gewaltprävalenzstudie am häufigsten Niedergeschlagenheit/Depressionen, Schlafstörungen/Alpträume, dauerndes Grübeln, vermindertes Selbstwertgefühl, erhöhte Ängste, Schwierigkeiten im Umgang mit Männern bzw. in sozialen Beziehungen sowie Antriebslosigkeit/Konzentrationschwäche an [6]. Darüber hinaus wurden auch Essstörungen und Suizidgedanken genannt. Diese vielfältigen psychischen und psychosozialen Symptome und Erkrankungen wurden auch in anderen internationalen Studien zu den Folgen von Gewalt gegen Frauen identifiziert [5, 8, 30, 33, 38].

In der für Deutschland aktuelleren europäischen FRA-Studie aus dem Jahr 2012 wurden von den Betroffenen als langfristige Folgen von Gewaltereignissen durch den Partner oder Ex-Partner genannt: Beziehungsschwierigkeiten, ein Gefühl der Verletzlichkeit, der Verlust des Selbstvertrauens, Angstzustände, Schlafstörungen sowie Depressionen (Tab. 8.4.3.1). Partnergewalt gegen Frauen zeichnet sich oft dadurch aus, dass sie wiederholt und über einen längeren Zeitraum auftritt und unterschiedliche Formen physischer, psychischer und sexueller Gewalt umfasst. Diese ist besonders häufig mit schwerwiegenden psychischen und psychosomatischen Folgen verbunden [13, 16].

Aktuelle psychische Beschwerden können auf akute Gewaltereignisse, aber auch auf frühere Gewalterfahrungen in der Kindheit und im Erwachsenenleben zurückgehen. In der bundesdeutschen Gewaltprävalenzstudie des BMFSFJ zeigten sich besonders hohe psychische Belastungswerte für Frauen, die Opfer von Gewalt sowohl in der Kindheit als auch im Erwachsenenleben geworden waren und die neben körperlicher Gewalt auch von psychischer und/oder sexueller Gewalt betroffen waren [1, 6]. Dies unterstreicht ebenfalls die Relevanz wiederholter Gewalterfahrungen im Leben von Frauen und es verweist auf den Zusammenhang zwischen der Intensität und

Tabelle 8.4.3.1

Langfristige psychische Folgen für Frauen durch den schwerwiegendsten Vorfall körperlicher oder sexueller Gewalt durch den (Ex-)Partner

Datenbasis: Europaweite FRA-Studie 2012 [9]

Langfristige psychische Folgen	Prävalenz bei Gewaltbetroffenen in Deutschland n = 1.534
Beziehungsschwierigkeiten	45 %
Gefühl der Verletzlichkeit	43 %
Angstzustände	36 %
Verlust des Selbstvertrauens	33 %
Schlafstörungen	28 %
Depressionen	20 %
Panikattacken	13 %
Konzentrationsstörungen	13 %
Sonstige	7 %

Häufigkeit der erlebten Gewalt und dem Ausmaß psychischer Beschwerden.

Ergebnisse nationaler und internationaler Studien zu den psychischen Folgen von Misshandlung, Vernachlässigung und Missbrauch im Kindesalter [19, 20, 21] deuten ebenfalls auf eine enge Verbindung von Gewalterfahrungen in der Kindheit mit Störungen des Sozialverhaltens, Angst- und Persönlichkeitsstörungen, depressiven Erkrankungen, der Ausbildung einer Posttraumatischen Belastungsstörung, Suizidalität sowie einem erhöhten Alkohol- und Drogenkonsum hin. Diese Befunde weisen auf die hohe Bedeutung der Prävention von Gewalt hin. Zudem verdeutlichen sie, wie wichtig das frühzeitige Erkennen der psychischen und psychosozialen Folgen von Gewalt und deren medizinische und therapeutische Behandlung sind.

8.4.4 Auswirkungen auf die reproduktive Gesundheit

Bedeutsame Lebensereignisse wie Schwangerschaft und Mutterschaft sind von vielfältigen Veränderungen und Umbrüchen sowie neuen Herausforderungen für Frauen und deren Partner geprägt (siehe auch Kapitel 7). Für Frauen geht diese Lebensphase mit einem erhöhten Risiko, Opfer von Partnergewalt zu werden, einher. Ergebnisse der bundesdeutschen Gewaltprävalenzstudie bestätigen dies. Von den Frauen, die von Gewalt

in Paarbeziehungen betroffen waren, berichteten 23 %, dass die Gewalt in der Paarbeziehung erstmals im Kontext ihrer Schwangerschaft und/oder der Geburt des ersten Kindes aufgetreten war [1, 6].

Gewalttaten vor und während der Schwangerschaft schädigen die körperliche und psychische Gesundheit von Frauen und sie können Komplikationen im Schwangerschafts- und Geburtsverlauf verursachen. Dies wirkt sich auch auf die Gesundheit von Föten bzw. Neugeborenen aus. In der bundesdeutschen Prävalenzstudie [6] gaben gewaltbetroffene Frauen signifikant häufiger als nicht betroffene Frauen Unterleibs- bzw. gynäkologische Beschwerden sowie Komplikationen während der Schwangerschaft und Geburt an. Darüber hinaus belegen mehrere nationale und internationale Forschungsergebnisse, dass gewaltbetroffene Frauen mit einer erhöhten Wahrscheinlichkeit Fehl- oder Frühgeburten erleiden und häufiger Babys mit einem geringeren Geburtsgewicht zur Welt bringen [1, 5, 8, 40, 41]. Ursachen hierfür können chronischer Stress infolge der Gewaltbelastungen in der Paarbeziehung, körperliche Verletzungen sowie eine geringere oder verspätete Inanspruchnahme von Schwangerschaftsvorsorgeuntersuchungen durch gewaltbetroffene Frauen sein [1, 5]. Weiterhin berichteten Frauen, die von Partnergewalt betroffen sind oder waren, häufiger von ungewollten Schwangerschaften und Schwangerschaftsabbrüchen [5].

Partnerschaftskonflikte und -gewalt, aber auch mangelnde Unterstützung und Verlässlichkeit durch den Partner im Verlauf der Schwangerschaft und nach der Geburt erhöhen zudem das Risiko, in dieser Lebensphase an einer Depression zu erkranken (u. a. postnatale Depression) [1, 36, 40].

8.4.5 Auswirkungen auf das Gesundheitsverhalten und soziale Beziehungen

Gewalterfahrungen können ein gesundheitsschädigendes Verhalten begünstigen. Es ist belegt, dass gewaltbetroffene Frauen sowie Kinder und Jugendliche häufiger Tabak, Alkohol, Drogen und auf die Psyche wirkende Medikamente konsumieren als Nichtbetroffene [1, 5, 6, 20, 21, 42]. Nach der bundesdeutschen Gewaltprävalenzstudie konsumierten Frauen mit Gewalterfahrungen häufiger Alkohol und Drogen, wobei insbesondere der deutlich

erhöhte Tabakkonsum auffiel [6]. So rauchten gewaltbetroffene Frauen zwei- bis dreimal häufiger mindestens zehn Zigaretten am Tag als nicht betroffene Frauen. In dieser und in weiteren internationalen Studien wird der erhöhte Tabak-, Alkohol- und Drogenkonsum als Bewältigungsstrategie infolge der erlebten Gewalt interpretiert [1, 5, 6]. Ferner ist bekannt, dass Frauen mit Gewalterfahrungen sich häufiger selbst verletzen und ein riskanteres Sexualverhalten aufweisen. Außerhäusliche körperlich-sportliche Aktivitäten, welche die Gesundheit fördern können (siehe auch [Kapitel 2.2.1](#)), werden dagegen von gewaltbetroffenen Frauen seltener unternommen [1, 5, 6].

Frauen, die sowohl in der Kindheit als auch im Erwachsenenalter Gewalt erlebt haben, sind zudem stärker sozial isoliert und benennen häufiger Probleme in ihren sozialen Beziehungen [5, 6, 16]. Letzteres kann sowohl Ursache, als auch Folge von Gewalt sein, da gewalttätige Partner oftmals dazu neigen, ihre Partnerinnen zu kontrollieren und sie von ihren Freundinnen und Freunden, Bekannten und ihrer Familie zu isolieren. Die Ergebnisse der bundesdeutschen Gewaltprävalenzstudie belegen einen Zusammenhang zwischen sozialer Isolation, Gewalt und einem schlechteren Gesundheitszustand [6].

8.5 Kosten von Gewalt

Gewalterfahrungen sind für die betroffenen Frauen (und auch deren Kinder) mit einem großen individuellen Leid und häufig mit diversen gesundheitlichen und (psycho-)sozialen Folgen verbunden. Gleichzeitig verursachen die Folgen von Gewalt auch erhebliche gesamtgesellschaftliche Kosten [21, 43]. Die jährlichen Kosten infolge von Gewalt gegen Frauen belaufen sich auf etwa 3,8 Milliarden Euro [44]. Diese Summe setzt sich zusammen aus den tatsächlichen Ausgaben für Güter und Dienstleistungen, die als direkte Folge von Gewalt in Anspruch genommen werden, und aus weiteren Folgekosten. Darüber hinaus fallen Kosten an, denen kein direkter Geldwert zugeordnet werden kann.

Im Gesundheitssektor entstehen Kosten vorwiegend durch die medizinische Erstversorgung bei akuten Verletzungen, die Behandlung psychosomatischer Beschwerden und sexuell übertragbarer

Krankheiten sowie für psychologische oder therapeutische Behandlungen betroffener Frauen. Zudem fallen Kosten für Medikamente, Rehabilitationsmaßnahmen und langfristige Versorgungserfordernisse an (z. B. infolge chronischer Erkrankungen). Direkte Kosten für die Gesellschaft entstehen auch durch Beratungs- und Unterstützungseinrichtungen für Frauen, durch die Kinder- und Jugendhilfe, Polizei und Justiz. Folgekosten von Gewalt entstehen u. a. durch den Verlust an Potenzial, z. B. durch entgangene Einkünfte infolge von Arbeitsausfall/-unfähigkeit oder Frühverrentung [1, 5, 11, 43, 44]. Kosten, denen kein direkter Geldwert gegenübergestellt werden kann, entstehen z. B. durch den Verlust an Lebensqualität aufgrund von Schmerzen, Angst oder dem Verlust von geliebten Personen. Diese Beeinträchtigungen können lebenslang bestehen, auf insgesamt 18 Milliarden Euro schätzt sie die erste deutsche Kostenstudie zu häuslicher Gewalt gegen Frauen [44].

8.6 Fazit

Mit der weltweiten Ausbreitung des neuartigen Coronavirus SARS-CoV-2 Anfang des Jahres 2020 bekam auch das Thema Gewalt gegen Frauen eine besondere Aktualität. Die WHO weist darauf hin, dass Gewalt gegen Frauen gerade in Notfällen und schwierigen Lebenssituationen wie Pandemien oftmals zunimmt [45]. Das Regionalbüro für Europa geht von einem starken Anstieg der Fälle in Europa während der Ausgangssperren und Einschränkungen der Bewegungsfreiheit aus [46]. Erste Ergebnisse einer repräsentativen Studie aus Deutschland zeigen, dass die Quarantäne das Risiko für Frauen und Kinder erhöhte, zu Hause Opfer von körperlichen Übergriffen zu werden [47].

Eine Reduzierung der Gewaltbetroffenheit von Frauen und der mit ihr verbundenen Folgen und Folgekosten ist – aktuell und langfristig – eine zentrale Voraussetzung für die Verbesserung der Gesundheits- und Lebenssituation von Frauen und die umfassende Gleichstellung der Geschlechter in allen Lebensbereichen. Sie bedarf umfassender Präventions-, Unterstützungs- und Interventionsstrategien auf allen Ebenen.

Das Gesundheitswesen nimmt hierbei eine Schlüsselrolle ein, da Einrichtungen der

gesundheitlichen Versorgung von nahezu allen Bevölkerungsgruppen genutzt werden. Aus diesem Grund sollten angehende Fachkräfte darin geschult werden, die gesundheitlichen Folgen von Gewalt zu erkennen und potenziell Betroffene auf mögliche Gewalterfahrungen anzusprechen und zu unterstützen.

Dies ist umso wichtiger, als sich ein großer Teil der praktizierenden Ärztinnen und Ärzte sowie Pflegekräfte nicht ausreichend qualifiziert fühlt, die Folgen körperlicher, sexueller und häuslicher Gewalt zu diagnostizieren und adäquat anzusprechen [1, 27, 48]. Geschulte Fachkräfte könnten in allen medizinischen und therapeutischen Versorgungsbereichen dazu beitragen, dass Gewaltbelastungen frühzeitig erkannt und bei der Behandlung entsprechend berücksichtigt werden [49, 50]; außerdem könnten so mehr Betroffene an Schutz- und Unterstützungseinrichtungen weitervermittelt werden.

Wenn mögliche Gewalterfahrungen in der Behandlung von physischen und psychischen Beschwerden nicht berücksichtigt werden, kann dies zu Über-, Unter- oder Fehlversorgungen führen. Fehlbehandlungen und Fehlmedikation haben mitunter gravierende gesundheitsschädigende Auswirkungen für die Betroffenen und können die Chronifizierung von Symptomen sowie dauerhafte Beeinträchtigungen bedingen [1].

Neben einer angemessenen medizinischen Versorgung benötigen gewaltbetroffene Frauen in der Regel auch Unterstützung durch regionale Hilfe- und Beratungseinrichtungen und Frauenschutzhäuser sowie überregionale Angebote, wie z. B. das Hilfetelefon (www.hilfetelefon.de). Beratungs- und Hilfsangebote für gewaltbetroffene Frauen umfassen ein breites Spektrum an Angeboten, zum Teil mit Spezialisierungen auf häusliche Gewalt (z. B. Frauenberatungsstellen und -notrufe, Interventionsstellen, Frauenhäuser und angegliederte Beratungsstellen), sexuelle Gewalt (z. B. Frauennotrufe und Fachberatungsstellen für Opfer sexueller Gewalt) sowie Menschenhandel, Zwangsprostitution und Zwangsverheiratung [51, 52]. Form und Anzahl der Hilfe- und Beratungseinrichtungen unterscheiden sich innerhalb Deutschlands je nach Land und Region. Wie eine bundesweite Bedarfsanalyse zeigt, steht insgesamt ein dichtes und ausdifferenziertes Netz an Unterstützungseinrichtungen für gewaltbetroffene Frauen

im Bundesgebiet zur Verfügung [51]. Punktuell wurden jedoch Versorgungslücken und Zugangsschwierigkeiten beobachtet, z. B. für Frauen mit Behinderungen, Frauen mit psychischen Erkrankungen/Suchtmittelabhängigkeiten und Frauen mit Migrationshintergrund [51, 52]. Selbst wenn qualifizierte Einrichtungen zur Verfügung stehen, werden sie von einem Teil der Betroffenen nicht genutzt, u. a. aus Scham oder Angst vor den Folgen der Beratung [51]. Den Ergebnissen der deutschen Prävalenzstudie nach nutzt nur ein geringer Teil der von Gewalt betroffenen Frauen jemals Frauenhäuser oder Fachberatungsstellen; auch wird nur selten die Polizei eingeschaltet [6]. Am häufigsten werden Ärztinnen und Ärzte in Anspruch genommen. Dies bestätigen auch die Ergebnisse der FRA-Studie [8]. Das unterstreicht die Notwendigkeit, dass Fachkräfte im Gesundheitswesen mit der Hilfeinfrastruktur vor Ort vertraut und gut vernetzt sein sollten. Geeignetes Informationsmaterial sollte leicht zugänglich ausliegen, z. B. im Wartezimmer der Arztpraxis oder in Kranken- und Geburtshäusern [49, 50].

Die regionale Vernetzung der verschiedenen Akteurinnen und Akteure im Kontext von Gewalt sollte weiter ausgebaut und verstetigt werden. In Deutschland gab es auf Bundesebene und in einzelnen Ländern bereits Modellprojekte zur medizinischen Prävention und Intervention bei Gewalt, welche die Schulung von Fachkräften im Gesundheitswesen förderten sowie die Vernetzung mit der örtlichen (Frauen-)Hilfeinfrastruktur verstärken [27, 53]. Deren Ergebnisse zeigen, dass die Gesundheitsfachkräfte davon profitieren und die Versorgung von gewaltbetroffenen Frauen in den beteiligten Kliniken und Arztpraxen verbessert werden konnte.

Weiterhin kommt einer rechtssicheren ärztlichen Befunddokumentation bei der Versorgung von Gewaltopfern eine große Bedeutung zu, da diese Dokumentation z. B. für die strafrechtliche Verfolgung der Taten oder zur Klärung des Umgangs- und Sorgerechts nach einer Trennung genutzt werden können. In Gerichtsverfahren wird der ärztlichen Befunddokumentation oftmals mehr Bedeutung beigemessen als den Polizeiakten oder einer eidesstattlichen Erklärung des Opfers [54]. Dementsprechend sollten Ärztinnen und Ärzte flächendeckend in rechtssicherer Befunddokumentation geschult sein. Fortbildungen und Materialien

zur rechtssicheren Dokumentation bei häuslicher Gewalt gibt es innerhalb von Deutschland in einigen Ländern, z. B. auch über die Ärztekammern. Am 1. März 2020 ist eine gesetzliche Regelung in Kraft getreten, die vorsieht, dass die vertrauliche Spurensicherung bei Verdacht auf sexuelle Gewalt von den Krankenkassen erstattet wird [55]. Damit wird die frühzeitige Beweissicherung bei Verdacht auf Vergewaltigung oder sexuellen Missbrauch verbessert. Die Opfer können vertraulich von einer Ärztin oder einem Arzt Spuren sicherstellen lassen, bevor sie sich an die Polizei wenden.

Gesundheitsprävention, Gewaltprävention und die Gleichstellung der Geschlechter sind konzeptionell eng miteinander verknüpft, sodass z. B. Fortschritte bei der Gleichstellung dazu beitragen können, Gewalt gegen Frauen und ihren gesundheitlichen Folgen besser entgegenzuwirken. Die Europaratskonvention von 2011 zur Verhütung und Bekämpfung von Gewalt gegen Frauen und häuslicher Gewalt (die sogenannte Istanbul-Konvention), die im Februar 2018 in Deutschland in Kraft trat, verpflichtet die Staaten zu umfassenden Maßnahmen in den Bereichen Recht und Intervention, Schutz und Unterstützung sowie Prävention [56]. Sie zielt darauf ab, Gewalt gegen Frauen wirkungsvoll zu verhüten, zu verfolgen und zu beseitigen und Gewaltbetroffenen die erforderliche Unterstützung und Beratung zu ermöglichen. Sie fordert, dass gewaltbetroffene Frauen wirkungsvoll vor Gewalt geschützt werden sowie kurz- und langfristige Unterstützung erhalten (inkl. nachgehender Angebote zur Heilung und Regeneration), um die Gewalt und deren Folgen überwinden zu können. Die Angebote müssen niedrigschwellig, zugänglich, regional verteilt und gut erreichbar sein. Anvisiert wird ein ganzheitliches Konzept, welches Prävention, (rechtliche und medizinische) Intervention, Schutz und Beratung sowie die Koordinierung aller Akteurinnen und Akteure unter Einbezug von Fachberatungsstellen umfasst und Schutz- und Unterstützungseinrichtungen sowie erforderliche fachliche Angebote angemessen ausstattet und finanziert [56].

Bisherige Bestandsaufnahmen für Deutschland zeigen, dass für einen Teil der Schutz und Unterstützung suchenden Frauen noch Versorgungslücken bestehen [6, 8]. Darüber hinaus fehlen systematische Konzepte zur Prävention von Gewalt gegen Frauen und zur langfristigen Heilung/

Regeneration nach erfahrener Gewalt [51, 52]. Diese zu entwickeln, bundesweit zu implementieren und im Hinblick auf Wirkung und Wirksamkeit zu evaluieren, sollte ein zentrales Ziel der weiteren Gesundheits-, Sozial- und Gleichstellungspolitik zur Stärkung der Frauengesundheit und Gleichstellung von Frauen in Deutschland sein. Die nun auch in Deutschland geltende Europaratskonvention zur Verhütung und Bekämpfung von Gewalt gegen Frauen und häuslicher Gewalt könnte dieser Zielsetzung erheblichen Anstoß geben. Ihre Umsetzung ist durch kontinuierliche Forschung, Datensammlung und Monitoring kritisch zu begleiten, zu kontrollieren und zu dokumentieren [56]. Ein erster Bericht zur Umsetzung der Istanbul-Konvention in Deutschland liegt seit Sommer 2020 vor.

Literatur

- World Health Organization (Hrsg) (2017) Violence against women. Key facts. Fact sheet. www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women (Stand: 01.04.2020)
- Council of Europe (Hrsg) (2011) Council of Europe Convention on preventing and combating violence against women and domestic violence. Council of Europe Treaty Series No. 210. <https://rm.coe.int/168008482e> (Stand: 01.04.2020)
- Krug EG, Dahlenberg LL, Mercy JA et al. (2002) World report on violence and health. World Health Organization, Geneva
- World Health Organization (Hrsg) (2013) Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence. WHO, Geneva
- Robert Koch-Institut (Hrsg) (2008) Gesundheitliche Folgen von Gewalt – Unter besonderer Berücksichtigung von häuslicher Gewalt gegen Frauen. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Heft 42. RKI, Berlin
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg) (2004) Lebenssituation, Sicherheit und Gesundheit von Frauen in Deutschland. Eine repräsentative Untersuchung zu Gewalt gegen Frauen in Deutschland. BMFSFJ, Berlin
- Schrötte M, Meshkova K, Lehmann C (2019) Umgang mit sexueller Belästigung am Arbeitsplatz – Lösungsstrategien und Maßnahmen zur Intervention. Ergebnisse einer Studie der Antidiskriminierungsstelle des Bundes. Antidiskriminierungsstelle des Bundes, Berlin. www.antidiskriminierungsstelle.de/SharedDocs/Downloads/DE/publikationen/Experten/Umgang_mit_sexueller_Belaestigung_am_Arbeitsplatz.html (Stand: 01.04.2020)
- European Union Agency for Fundamental Rights (Hrsg) (2014) Violence against women: an EU-wide survey. Main results. FRA, Vienna
- European Union Agency for Fundamental Rights (2012) Survey on violence against women in EU (2012). <https://fra.europa.eu/en/publications-and-resources/data-and-maps/survey-data-explorer-violence-against-women-survey> (Stand: 01.04.2020)
- Habel U (2018) Gewaltbetroffene Männer. Gesundheit und Risikoverhalten. Vorstellung der Zwischenergebnisse der G.M.G.R. Studie. GMGR-Symposium, Bochum
- GiG-net – Forschungsnetz Gewalt im Geschlechterverhältnis (Hrsg) (2008) Gewalt im Geschlechterverhältnis. Erkenntnisse und Konsequenzen für Politik, Wissenschaft und Soziale Praxis. Verlag Barbara Budrich, Leverkusen-Opladen
- Schrötte M, Vogt K (2016) Women as Victims and Perpetrators of Violence: Empirical Results from National and International Quantitative Violence Research. In: Kury H, Redo S, Shea E (Hrsg) Women and Children as Victims and Offenders: Background, Prevention, Reintegration. Suggestions for Succeeding Generations (Volume 1). Springer, Heidelberg, New York, S. 479–504
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg) (2008) Gewalt gegen Frauen in Paarbeziehungen. Eine sekundäranalytische Auswertung zur Differenzierung von Schweregraden, Mustern, Risikofaktoren und Unterstützung nach erlebter Gewalt. BMFSFJ, Berlin
- Schrötte M, Hornberg C, Glammeier S et al. (2012) Lebenssituation und Belastungen von Frauen mit Beeinträchtigungen und Behinderungen in Deutschland. Journal Netzwerk Frauen- und Geschlechterforschung NRW 30:60–64
- Schrötte M, Glammeier S (2013) Intimate Partner Violence Against Disabled Women as a Part of Widespread Victimization and Discrimination over the Lifetime: Evidence from a German Representative Study. IJCV 7(2):232–248
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg) (2007) Gesundheit – Gewalt – Migration. Eine vergleichende Sekundäranalyse zur gesundheitlichen und sozialen Situation und Gewaltbetroffenheit von Frauen mit und ohne Migrationshintergrund in Deutschland. BMFSFJ, Berlin
- Smedley BD (2012) The lived experience of race and its health consequences. Am J Public Health 102(5):933–935
- Prasad N (2009) Gewalt und Rassismus als Risikofaktoren für die Gesundheit von Migrantinnen. In: Heinrich-Böll-Stiftung e.V. (Hrsg) Migration und Gesundheit. Dossier. Heinrich-Böll-Stiftung e.V., Berlin, S. 7–13
- Herrmann B, Banaschak S, Csorba R et al. (2014) Physical examination in child sexual abuse – approaches and current evidence. Dtsch Arztebl Int 111(41):692–703
- Egle UT, Franz M, Joraschky P et al. (2016) Gesundheitliche Langzeitfolgen psychosozialer Belastungen in der Kindheit – ein Update. Bundesgesundheitsbl 59(10):1247–1254
- Plener PL, Ignatius A, Huber-Lang M et al. (2017) Auswirkungen von Missbrauch, Misshandlung und Vernachlässigung im Kindesalter auf die psychische und physische Gesundheit im Erwachsenenalter. Nervenheilkunde 36(03):161–167
- Zieman G, Bridwell A, Cárdenas JF (2017) Traumatic Brain Injury in Domestic Violence Victims: A Retrospective Study at the Barrow Neurological Institute. J Neurotrauma 34(4):876–880
- Widom CS, Czaja SJ, Bentley T et al. (2012) A prospective investigation of physical health outcomes in abused and neglected children: new findings from a 30-year follow-up. Am J Public Health 102(6):1135–1144
- Black MC (2011) Intimate Partner Violence and Adverse Health Consequences: Implications for Clinicians. Am J Lifestyle Med 5(5):428–439
- Kwako LE, Glass N, Campbell J et al. (2011) Traumatic brain injury in intimate partner violence: a critical review of outcomes and mechanisms. Trauma Violence Abuse 12(3):115–126
- Felitti VJ, Fink PJ, Fishkin RE (2007) Ergebnisse der Adverse Childhood Experiences (ACE) – Studie zu Kindheitstrauma und Gewalt. Epidemiologische Validierung psychoanalytischer Konzepte. Trauma & Gewalt 1(02):18–32
- Hellbernd H, Brzank P, Wieners K et al. (2004) Häusliche Gewalt gegen Frauen: gesundheitliche Versorgung. Das S.I.G.N.A.L.-Interventionsprogramm. Handbuch für die Praxis. BMFSFJ, Berlin

28. Lacey KK, McPherson MD, Samuel PS et al. (2013) The Impact of Different Types of Intimate Partner Violence on the Mental and Physical Health of Women in Different Ethnic Groups. *J Interpers Violence* 28(2):359–385
29. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg) (2013) Lebenssituation und Belastungen von Frauen mit Behinderungen und Beeinträchtigungen in Deutschland. Ergebnisse der quantitativen Befragung. BMFSFJ, Bielefeld, Frankfurt, Köln, München
30. Kapella O, Baierl A, Rille-Pfeiffer C et al. (2011) Gewalt in der Familie und im nahen sozialen Umfeld. Österreichische Prävalenzstudie zur Gewalt an Frauen und Männern. Österreichisches Institut für Familienforschung an der Universität Wien, Wien
31. Martinez M, Schröttle M, Condon S et al. (2007) Perspectives and standards for good practice in data collection on interpersonal violence at European Level. www.gewaltinfo.at/uploads/pdf/CAHRV_FINAL_REPORT_29-10-2007_.pdf (Stand: 01.04.2020)
32. Bundeskriminalamt (Hrsg) (2019) Partnerschaftsgewalt. Kriminalstatistische Auswertung – Berichtsjahr 2018. BKA, Wiesbaden
33. Dillon G, Hussain R, Loxton D et al. (2013) Mental and Physical Health and Intimate Partner Violence against Women: A Review of the Literature. *Int J Family Med* 2013:313909
34. Sugg N (2015) Intimate partner violence: prevalence, health consequences, and intervention. *Med Clin North Am* 99(3):629–649
35. Beydoun HA, Beydoun MA, Kaufman JS et al. (2012) Intimate partner violence against adult women and its association with major depressive disorder, depressive symptoms and postpartum depression: a systematic review and meta-analysis. *Soc Sci Med* 75(6):959–975
36. Vliegen N, Casalin S, Luyten P (2014) The course of postpartum depression: a review of longitudinal studies. *Harv Rev Psychiatry* 22(1):1–22
37. Krnjacki L, Emerson E, Llewellyn G et al. (2016) Prevalence and risk of violence against people with and without disabilities: findings from an Australian population-based study. *Aust N Z J Public Health* 40(1):16–21
38. Ansara DL, Hindin MJ (2011) Psychosocial consequences of intimate partner violence for women and men in Canada. *J Interpers Violence* 26(8):1628–1645
39. Gartland D, Hemphill SA, Hegarty K et al. (2011) Intimate partner violence during pregnancy and the first year postpartum in an Australian pregnancy cohort study. *Matern Child Health J* 15(5):570–578
40. Devries KM, Kishor S, Johnson H et al. (2010) Intimate partner violence during pregnancy: analysis of prevalence data from 19 countries. *Reprod Health Matters* 18(36):158–170
41. Hellbernd H, Brzank P (2013) Häusliche Gewalt im Kontext von Schwangerschaft und Geburt: Interventions- und Präventionsmöglichkeiten für Gesundheitsfachkräfte. In: Kavemann B, Kreysigg U (Hrsg) *Handbuch Kinder und häusliche Gewalt*. Springer VS, Wiesbaden, S. 154–168
42. Devries KM, Child JC, Bacchus LJ (2014) Intimate partner violence victimization and alcohol consumption in women: a systematic review and meta-analysis. *Addiction* 109(3):379–391
43. Niebuhr D, Salge S, Brzank P (2012) Kosten Intimer Partnergewalt gegen Frauen. Ein systematischer Review. *Bundesgesundheitsbl* 55(5):715–727
44. Sacco S (2017) Häusliche Gewalt. Kostenstudie für Deutschland. Gewalt gegen Frauen in (ehemaligen) Partnerschaften. tradition GmbH, Hamburg
45. Weltgesundheitsorganisation (2020) COVID-19 and violence against women. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331699/WHO-SRH-20-04-eng.pdf?ua=1> (Stand: 07.04.2020)
46. Weltgesundheitsorganisation (2020) Deutliche Zunahme zwischenmenschlicher Gewalt – eine unbeabsichtigte Folge der gegen COVID-19 ergriffenen Maßnahmen für Familien. www.euro.who.int/de/health-topics/disease-prevention/violence-and-injuries/news/news/2020/6/the-rise-and-rise-of-interpersonal-violence-an-unintended-impact-of-the-covid-19-response-on-families (Stand: 03.06.2020)
47. Technische Universität München (2020) Erste große Studie zu Erfahrungen von Frauen und Kindern in Deutschland. Häusliche Gewalt während der Corona-Pandemie. www.tum.de/nc/die-tum/aktuelles/pressemitteilungen/details/36053 (Stand: 02.06.2020)
48. Wieners K, Hellbernd H, Jenner SC et al. (2012) Häusliche Gewalt in Paarbeziehungen. Intervention und Prävention. *Notfall Rettungsmed* 15(1):65–80
49. Intervention im Gesundheitsbereich gegen häusliche und sexualisierte Gewalt e. V. (2013) Umgang mit Gewalt in Paarbeziehungen und mit sexueller Gewalt gegen Frauen. Leitlinien der WHO für Gesundheitsversorgung und Gesundheitspolitik. Deutsche Übersetzung von: World Health Organization (Hrsg) (2013) *Responding to intimate partner violence and sexual violence against women: WHO clinical and policy guidelines*. S.I.G.N.A.L. e. V., Berlin
50. Wieners K, Winterholler M (2016) Häusliche und sexuelle Gewalt gegen Frauen. Implikationen der WHO-Leitlinien für Deutschland. *Bundesgesundheitsbl* 59(1):73–80
51. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg) (2013) Bericht der Bundesregierung zur Situation der Frauenhäuser und Fachberatungsstellen und anderer Unterstützungsangebote für gewaltbetroffene Frauen und deren Kinder. BMFSFJ, Berlin
52. Schröttle M, Vogt K, Rosemeier J (2016) Studie zur Bedarfsermittlung zum Hilfesystem für gewaltbetroffene Frauen und ihre Kinder in Bayern. Institut für empirische Soziologie, Universität Erlangen-Nürnberg, Nürnberg
53. Bühring P (2012) Medizinische Interventionen gegen Gewalt an Frauen I: Teil eines helfenden Netzwerks. *Dtsch Arztebl Int* 109(16):A-797
54. Wieners K, Hellbernd H, Oesterhelweg L (2012) Gewalt in Partnerschaften und ärztliche Dokumentation körperlicher Verletzungen. *Berliner Ärzte* 2012(1):30–33
55. Gesetz für den Schutz vor Masern und zur Stärkung der Impfprävention (Masernschutzgesetz) vom 10. Februar 2020, BGBl. I, Nr. 6, S. 148–157. www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav#_gbL_%2F%2F*%5B%40attr_id%3D%27bgbl20s0148.pdf%27%5D_1583831280406 (Stand: 01.04.2020)
56. Europarat (2011) Übereinkommen des Europarats zur Verhütung und Bekämpfung von Gewalt gegen Frauen und häuslicher Gewalt. <https://rm.coe.int/CoERMPublicCommonSearchServices/DisplayDCTMContent?documentId=0900001680462355> (Stand: 01.04.2020)

