

Sexuelle Gewalt

Internationale Studien
Folgen & Versorgung
Erfahrungsberichte

Barbara Bojack
Tanja Heitmeier
(Hrsg.)

Schriften zur psychosozialen Gesundheit

Barbara Bojack und
Tanja Heitmeier (Hrsg.)

Sexuelle Gewalt

Internationale Studien, Folgen und Versorgung,
Erfahrungsberichte



Impressum

CIP-Titelaufnahme der Deutschen Bibliothek
Barbara Bojack und Tanja Heitmeier (Hrsg.)
Sexuelle Gewalt.
Internationale Studien, Folgen und Versorgung, Erfahrungsberichte

Diese Arbeit erscheint im Rahmen der Reihe
„Schriften zur psychosozialen Gesundheit“
Herausgeber:
Prof. Dr. Frank Como-Zipfel
Dr. Gernot Hahn
Prof. Dr. Helmut Pauls

Coburg: ZKS-Verlag
Alle Rechte vorbehalten

© 2016 ZKS-Verlag

Cover-Design: Leon Reicherts
Technische Redaktion: Tony Hofmann

ISBN 978-3-934247-52-9

Der ZKS-Verlag ist eine Einrichtung der Zentralstelle für Klinische Sozialarbeit (ZKS)
UG (haftungsbeschränkt), HRB Nummer 5154
Geschäftsführer: Prof. Dr. Helmut Pauls und Dr. Gernot Hahn.

Anschrift:

Zentralstelle für Klinische Sozialarbeit
Mönchswiesenweg 12 A
96479 Weitraamsdorf-Weidach

Kontakt:

info@zks-verlag.de
www.zks-verlag.de
Tel./Fax (09561) 33197

Gesellschafter der ZKS:

- IPSG-Institut für Psycho-Soziale Gesundheit (gGmbH) – Wissenschaftliche Einrichtung nach dem Bayerischen Hochschulgesetz an der Hochschule Coburg, Staatlich anerkannter freier Träger der Jugendhilfe, Mitglied im PARITÄTISCHEN Wohlfahrtsverband. Amtsgericht Coburg, HRB 2927.
Geschäftsführer: Dipl.-Soz.päd.(FH) Stephanus Gabbert
- Dr. Gernot Hahn
- Prof. Dr. Helmut Pauls

Inhaltsverzeichnis

Vorwort	7
I. Studien zum Thema sexuelle Gewalt	9
1. Sexuelle Gewalt gegen Studentinnen	11
<i>Renate Klein</i>	
1.1. Einführung	11
1.2. Empirische Befunde	14
1.3. Gesellschaftliche und institutionelle Rezeption	17
1.4. Fazit	22
1.5. Literatur	23
2. Increasing Prevalence of Intimate Partner Violence: Would Women Empowerment be of any Help in Reducing the Scourge?	27
<i>Rosemary Ogu, Agwu Uzoma</i>	
2.1. Introduction	27
2.2. IPV Study in Nigeria	29
2.3. Prevention and response	31
2.4. References and Appendices	32
3. Sexualisierte Gewalt bei Flüchtlingen in Österreich unter besonderer Berücksichtigung rechtlicher Rahmenbedingungen und aktueller Problemfelder in der Praxis	39
<i>Elisabeth Petermichl</i>	
3.1. Einführung	39
3.2. Opfer und Täter	41
3.3. Von der Gewalt zur Traumatisierung	42
3.4. Rechtliche Rahmenbedingungen – Das Asylverfahren in Österreich	45
3.4.1. Das Zulassungsverfahren	45
3.4.2. Das inhaltliche Asylverfahren	47
3.4.2.1. Ist die Asylwerberin Flüchtling im Sinne der Genfer Flüchtlingskonvention?	48
3.4.2.2. Ist subsidiärer Schutz zuzuerkennen?	48
3.4.2.3. Ist eine Rückkehrentscheidung zulässig?	48
3.4.2.4. Das Beschwerdeverfahren	49
3.4.2.5. Perspektiven	49

3.5.	Problemfelder in der Praxis	50
3.5.1.	Identifizierung von Betroffenen von Gewalt	51
3.5.2.	Rechtliche Beratung und Vertretung	53
3.5.3.	Glaubhaftmachung und individuelle Glaubwürdigkeit	55
3.5.4.	Grundversorgung und psychosoziale Betreuung	57
3.6.	Empfehlungen für die Zukunft	59
3.7.	Literatur	60
4.	Migrantinnen in Österreich als Betroffene von sexualisierter Gewalt	65
	<i>Elisabeth Petermichl</i>	
4.1.	Migrantinnen in Österreich	66
4.2.	Gewaltbetroffenheit in Österreich	68
4.3.	Schutz vor Gewalt in der Familie	71
4.4.	Strafbare Handlungen gegen die sexuelle Integrität und Selbstbestimmung . .	73
4.5.	Zwangsheirat	76
4.6.	Aktuelle Problemfelder in der Praxis	77
4.6.1.	Aufenthaltsrechtliche Implikationen und sozialrechtliche Absicherung	78
4.6.2.	Das soziale und familiäre Umfeld und damit verbundene Abhängig-	
	keiten	80
4.6.3.	Religion, Kultur und Traditionen	83
4.6.4.	Mangelndes Vertrauen in das österreichische Justizsystem in Verbin-	
	dung mit erlebtem Rassismus	83
4.6.5.	Von der Anzeige bis zur Verurteilung	84
4.6.6.	Psychosoziale Unterstützung für Betroffene nach dem Ende eines	
	Strafprozesses	85
4.7.	Empfehlungen für die Zukunft	86
4.8.	Literatur	87
II.	Folgen sexueller Gewalt und Versorgung	91
5.	Traumatisierung durch sexuelle Gewalt	93
	<i>Barbara Bojack</i>	
5.1.	Begriffsklärung	93
5.2.	Folgen der Traumatisierung	94
5.3.	Symptome und Diagnostik	95
5.4.	Epidemiologie	99
5.5.	Hypothese	101
5.6.	Umgang mit dem Trauma mittels Psychotherapie	104
5.7.	Schluss	104
5.8.	Beispiele aus Therapien	106
5.8.1.	Triggerung I & Flash-Back	107
5.8.2.	Mitleid, Schuld und vermutete eigene Anteile	108
5.8.3.	Reinszenierung	108
5.8.4.	Symptomatik I	109
5.8.5.	Symptomatik II	109

5.8.6.	Triggerung II	110
5.8.7.	Dissoziation I	110
5.8.8.	Dissoziation II	111
5.8.9.	Essstörung	111
5.8.10.	Mitleid, Schuldgefühle	111
5.8.11.	Gegenübertragung bei der Therapeutin	112
5.9.	Der Wunsch im Zusammenhang mit der Therapie	112
5.10.	Behandlungsphasen	114
5.10.1.	Phase 1: Sicherheit & Stabilisierung	114
5.10.2.	Phase 2: Verarbeitung traumatischer Erinnerungen	115
5.10.3.	Phase 3: Reintegration	115
5.10.4.	Weitere Überlegungen zur Behandlung	115
5.11.	Schluss	115
5.12.	Literatur	116
6.	Überaktive Blase und Harninkontinenz als Folge sexueller Gewalt	121
	<i>Ulrike Hohenfellner</i>	
6.1.	Einleitung	121
6.2.	Physiologisches Korrelat psychosozialer Belastung	122
6.3.	Urologische Funktionsdiagnostik	123
6.4.	Multimodale Therapie	124
6.5.	Fallbeispiel	125
6.6.	Literatur	126
7.	Akutversorgung nach Sexualdelikten: Situationsbeschreibung und Handlungsbedarf	127
	<i>H. Lilly Graß, Angela Wagner</i>	
7.1.	Einführung	127
7.2.	Ausgangslage	128
7.3.	Best Practice	128
7.3.1.	Problemlagen bei der (Erst-)Versorgung	129
7.3.2.	Hürden trotz Best Practice	131
7.3.3.	Aus den vorherigen Erörterungen ergeben sich folgende Erfordernisse bzw. Forderungen:	134
8.	Sexualisierte und nicht-sexualisierte häusliche Gewalt – Rechtsmedizinische Aspekte	137
	<i>Reinhard Dettmeyer, Hille Mathes</i>	
8.1.	Einleitung	137
8.2.	Epidemiologische Aspekte	138
8.3.	Rechtsmedizinische körperliche Untersuchung und Dokumentation von Verletzungen	138
8.4.	Verletzungsdokumentation bei Verdacht auf eine Sexualstraftat	139
8.5.	Extragenitale Verletzungen bei Sexualstraftaten	140
8.6.	Gewalt gegen Säuglinge, Kleinkinder und Kinder	141

8.7.	Spurensicherung	143
8.7.1.	Für die Spurensicherung gilt	144
8.7.2.	Verpackung/Aufbewahrung	144
8.7.3.	Sicherung von DNA-Spurenträgern	144
8.7.4.	Sicherung von Haaren	145
8.7.5.	Sicherung von Faserspuren	145
8.7.6.	Selbstbeschädigung	145
8.8.	Rechtliche Aspekte	146
8.9.	Fazit	147

III. Erfahrungsberichte 151

9. Sexuelle Übergriffe auf Jungen - Praxisbericht aus einer Beratungsstelle 153

Monika Schindler

9.1.	Die Beratungsstelle	153
9.2.	Sexualisierte Gewalt gegen Jungen	154
9.2.1.	Beispiel 1	156
9.2.2.	Beispiel 2	157
9.3.	Schlussfolgerung	159

10. Hausangestellte von Diplomaten als Opfer sexueller Gewalt 161

Behshid Najafi, Hannah Fahtima Farhan

10.1.	Frauenmigration	161
10.2.	Haushaltsangestellte in Deutschland	163
10.3.	Hausangestellte von Diplomaten in Deutschland	165
10.4.	Der Fall Frau Elena N.	167
10.5.	Fazit	170
10.6.	Literatur	172

11. Beispiele zu Traumatisierung durch öffentliche Stellen 175

Barbara Bojack

12. Schlusswort 181

Autorinnen und Autoren 183

Vorwort

Das Buch zeigt verschiedene Facetten sexueller Gewalt auf und weist darauf hin, in welchen Kontexten sie stattfinden kann. Ziel ist es, traumatisierten Menschen, eine Stimme zu geben.

Viele Traumatisierungen geschehen, ohne dass diese bekannt werden. Das hat vielfältige Gründe, bei sexueller Gewalt geht es unter anderem um Machtausübung, Scham spielt eine Rolle, teilweise wird sie als Normalität betrachtet.

Es gibt Bevölkerungsgruppen, deren Traumatisierung bisher noch nicht in den Fokus gerückt ist. Deshalb soll dies hier geschehen.

So zeigt der 1. Teil des Buches Studien, in denen bestimmte Bevölkerungsgruppen auf sexuelle Gewalt hin untersucht wurden. Auffallend ist, dass die Gewalt durch Menschen aus dem nahen Umfeld ausgeübt wird.

Weitere Befunde von sexueller Gewalterfahrung werden bei Flüchtlingen und Migranten zur Diskussion gestellt.

Der zweite Teil befasst sich mit den Folgen sexueller Gewalt und deren Erstversorgung. Es geht darum zu zeigen, wie Diagnosen gestellt werden können. Es wird der Blick auf Symptomatik gelenkt, die bisher noch nicht in Zusammenhang mit sexueller Gewalt gebracht wurde. So geht es z.B. um urologische Folgen sexueller Gewalt. Therapien bzw. der Umgang im Zusammenhang mit sexueller Gewalt werfen weitere Fragen auf. So ist die Akutversorgung von Menschen, denen sexuelle Gewalt widerfahren ist, ein wichtiges Thema. Es kommt eine Einrichtung zu Wort, die sich um die Versorgung solcher Menschen kümmert.

Darüber hinaus wird aufgezeigt, wie speziell häusliche Gewalt dokumentiert und versorgt werden kann. Dabei geht es speziell um die rechtlich notwendige Dokumentation, um später darauf zurückgreifen zu können, sollte eine Strafverfolgung gewünscht sein.

Im dritten Teil werden beispielhaft Fallbeispiele aufgeführt von männlichen Kindern und Jugendlichen. Derartige Vorkommnisse waren bisher kaum ins Blickfeld gelangt. Die Erfahrungen von Hausangestellten im diplomatischen Dienst und deren schwierige Lage werden aufgezeigt stellvertretend für in unserer Gesellschaft lebende ausländische Bevölkerungsanteile, die unserer besonderen Fürsorge bedürfen.

Zuletzt berichtet eine Therapeutin, was sie an offensichtlich staatlich genehmigten Übergriffen beobachtet hat. Dies weist darauf hin, dass den Anfängen von Gewalt keine bzw. noch nicht ausreichend Bedeutung beigemessen wird.

Bewusst außer Acht bleibt in diesem Buch sexuelle Gewalt, die durch Vertreter von Institutionen oder von Behandlern ausgeübt wurde. Hierbei handelt es sich um Täter, die die Grenzen ihrer Berufsausübung überschritten haben. Ihnen wurden Menschen anvertraut und sie waren diesem Vertrauen und der Aufgabe nicht gewachsen. Diese Konstellation bedarf einer besonderen Untersuchung und könnte ggf. einem weiteren Buch vorbehalten sein.

Insgesamt ist Ziel des Buches, für das Vorkommen von sexueller Gewalt zu sensibilisieren, sie darzustellen, wie in welchem Kontext sie stattfindet. Darüber hinaus wurden das Wissen, die Symptomatik, deren Ausmaß und nicht zuletzt der Umgang mit sexueller Gewalt beleuchtet.

Es sind Menschen betroffen von sozial mitbedingten und sozial relevanten Erkrankungen. Es geht um Beeinträchtigungen und Störungen, häufig um Multiproblemsituationen bzw. um von multiplen Auswirkungen behaftete Kontexte. Dies macht das Aufgreifen der Problematik so wichtig. Die Folgen und Schäden können verhindert werden. Das Buch dient damit auch der Vorbereitung von Prävention und soll den Zugang zu adäquater Abhilfe bzw. Behandlung aufzeigen.

Barbara Bojack

Teil I.

Studien zum Thema sexuelle Gewalt

1. Sexuelle Gewalt gegen Studentinnen

Renate Klein,
London Metropolitan University /
University of Maine

1.1. Einführung

Sexuelle Gewalt gegen Studierende betrifft im Wesentlichen Frauen. Daher wird in diesem Beitrag in erster Linie von sexueller Gewalt gegen Studentinnen gesprochen. Ziel des Beitrages ist es, diese Problematik in internationaler und historischer Perspektive anzusprechen, mit Schwerpunkt auf USA und Deutschland, und dabei kritisch auf die Entwicklung von Interventionsansätzen einzugehen. Die Problematik sexueller Gewalt gegen Studentinnen überschneidet sich mit der breiter gefassten Problematik sexueller Diskriminierung und Gewalt an Hochschulen, welche auch MitarbeiterInnen betrifft (meistens Frauen, manchmal Männer). Sexuelle Diskriminierung am Arbeitsplatz wurde schon Anfang des 20. Jahrhunderts thematisiert, und die sexuelle Ausnutzung Abhängiger sogar noch früher (Degen, 2011). Der Blick auf Hochschulen, sowie der auf Studentinnen als Betroffenengruppe, ist jüngerer Datums; aber auch hier gibt es insbesondere in Nordamerika eine vergleichsweise lange Forschungstradition (Koss, Gidycz & Wisniewski, 1987; Till, 1980). Für beide Themenbereiche liegt mittlerweile viel Datenmaterial vor; es ist viel Öffentlichkeitsarbeit betrieben worden, und in Deutschland wie in den USA hat sich die Rechtsgebung geändert. Dennoch bestehen die Probleme fort. Außerdem zeigt sich in akademischen wie auch öffentlichen Diskursen, dass strukturelle und institutionelle Geschlechterhierarchien im Laufe der Zeit eher weniger als mehr thematisiert wurden. In einer semantischen wie konzeptionellen Neutralisierung von geschlechtsspezifischen Aspekten wird so zum Beispiel sexuelle Diskriminierung zu Mobbing

(bullying). Für die Konzeption und Darlegung von Forschung und Intervention ist es aber wichtig, geschlechtsspezifische Faktoren differenziert zu erkennen und anzugehen, und hinzuschauen wo und wie Frauen oder Männer Opfer werden, und wo und wie Männer (und gelegentlich Frauen) Täter werden.

Im Vergleich zu Nord-Amerika, insbesondere den Vereinigten Staaten, wo ‚sexual violence on campus‘ seit den 1980er Jahren wissenschaftlich untersucht wird, gibt es in Europa weniger Studien bzw. die vorhandenen Studien sind noch nicht zu einem vergleichbaren Forschungsgebiet amalgamiert (Feldes, List, Schneider & Höfker, 2012). Zudem unterscheiden sich die gesetzlichen Rahmenbedingungen, denen die Hochschulen verschiedener Länder unterliegen, sowie das Selbstverständnis akademischer Institutionen in Bezug auf ihre Verantwortung gegenüber Studierenden. In einer international vergleichenden Betrachtung müssen diese gesellschaftlichen Unterschiede berücksichtigt werden.

Ebenso wichtig ist die analytische Herangehensweise an die Problematik, da sexuelle Gewalt und Diskriminierung aus unterschiedlichen Perspektiven betrachtet werden können, und die Produktion und Interpretation von Datenmaterial nicht „von selbst“ gegeben ist, sondern Herangehensweisen und Vorannahmen von ForscherInnen und AutorInnen widerspiegelt.

Meine Herangehensweise in diesem Beitrag reflektiert drei Einflüsse: praktische Erfahrung mit Gewaltprävention auf einem nordamerikanischen Campus; Beobachtung von Interventionsansätzen zu anderen Formen von Gewalt gegen Frauen; und langjährige Erfahrungen mit internationaler Forschungs-Kooperation, in der deutlich wird, dass Definitionen, Problemverständnisse und Sprachgebrauch zum Thema Gewalt und Geschlecht fließend sind. In spezialisierten Gruppen von ForscherInnen oder Fachleuten mag es eine klar definierte, von allen genutzte Terminologie geben; auf interdisziplinärer und internationaler Ebene gibt es sie noch nicht. Es geht hierbei nicht darum, einen standardisierten Sprachgebrauch auszudrücken, was bei der gesellschaftlichen Komplexität der Probleme und Herangehensweisen schwierig ist, sondern darum, für die Existenz und Bedeutung verschiedener „Sprachgebrauche“ zu sensibilisieren und sich auf mögliche Missverständnisse einzustellen.

Aus dieser dreifach Perspektive betone ich folgende Aspekte: In den USA gibt es seit den 1980er Jahren erstaunliche Bemühungen, sexuelle Gewalt gegen Studentinnen zu beenden. Diese Aktivitäten gehen zum Teil von engagierten StudentInnen und MitarbeiterInnen an Universitäten aus, zum Teil sollen sie durch gesetzliche Vorgaben ermuntert bzw. erzwungen werden; Hochschulen wird heutzutage mit Geld-Strafen gedroht, wenn sie Verbrechen auf dem Campus nicht adäquat berichten oder verfolgen (Title IX; Clery Act; siehe Quellennachweise). Gleichzeitig werden großzügige Mittel für umfassende, campus-basierte Intervention bereitgestellt, von der besseren Versorgung von Opfern bis zur Erarbeitung institutioneller Richtlinien und weitgefächter Aufklärungsarbeit (Office on Violence against Women). Trotzdem besteht das

Problem fort und es ist nicht klar, inwieweit sich die Situation insgesamt gebessert hat. Trotz aller Bemühungen greifen die Interventions-Ansätze nicht.

Dazu gibt es Parallelen in Bezug auf Interventionen gegen andere Formen von Gewalt gegen Frauen, wie zum Beispiel häusliche Gewalt. Auch hier sind in vielen Ländern enorme Fortschritte gemacht worden (Hagemann-White et al., 2008). Die Versorgung von Opfern durch spezialisierte Stellen hat sich stark verbessert; auf internationaler und nationaler Ebene gibt es fortschrittliche Übereinkünfte, Gesetze und Aktionspläne; es wird Aufklärung betrieben und die wissenschaftliche Forschung hat eine solide Informationsbasis geschaffen (Hanmer et al., 2006). Dennoch bestehen die Probleme fort und es gibt große Versorgungslücken, die zum Teil durch die wirtschaftliche Krise von 2008 noch größer wurden. Und obwohl gelegentlich die Problematik sexueller Übergriffe und sexueller Gewalt in den Medien aufflackert, wie z.B. die Sexismus-Debatte in Deutschland in 2013 oder die gegenwärtige Diskussion zu sexueller Gewalt auf dem Campus in den USA, ist die gesellschaftliche Reaktion insgesamt eher phlegmatisch.

In Bezug auf die Thematisierung „der Problematik“ fällt auf, dass die Aufmerksamkeit wesentlich stärker auf Opfer gerichtet ist als auf Täter, obwohl letztere die Probleme verursachen. Bei Interventionen gegen Täter stehen zudem Maßnahmen im Vordergrund, die in der Regel nur von Polizei und Justiz ergriffen bzw. durchgesetzt werden können (Humphreys et al., 2006). Institutioneller und gesellschaftlicher Wandel, an dem sich andere Akteure in Machtpositionen beteiligen könnten, zum Beispiel an Arbeitsplätzen und im Bildungswesen, bleibt dagegen im Hintergrund. Hierzu haben Hagemann-White und KollegInnen für die Europäische Kommission einen interessanten täterbezogenen Überblick des Forschungsstandes zu Gewalt in Geschlechter- und Generationenbeziehungen zusammengestellt, der als interaktives Modell empirisch dokumentierter Wirkfaktoren auf dem Internet einsehbar ist; (Factors at Play, 2009). Zudem lässt sich in verschiedenen Ländern beobachten, dass geschlechtsneutrale Formulierungen für Probleme benutzt werden, die aber nicht geschlechtsneutral sind; dies erschwert in der Praxis geschlechtsspezifische Ansätze (z.B. Sørensen 2013, für Dänemark).

Die Datenlage zu sexueller Gewalt gegen Studentinnen reflektiert auch die jeweiligen gesellschaftlichen Umstände, unter denen Gewalt ausgeübt und erlitten wurde, und in denen auf Opfer oder Täter reagiert oder nicht reagiert wird. Sexuelle Gewalt gegen Studentinnen ist ein Sammelbegriff für diverse Erscheinungsformen dieses Problems im historisch-geopolitischen Raum. Zum Einstieg in diesen Raum nehme ich zum einen die „Bochum-Studie“, an der Universitäten in fünf europäischen Ländern teilnahmen, und deren Ergebnisse 2012 veröffentlicht wurden (Feldes, Balloni, Czapska, Bodelon & Stenning, 2012); sie soll einen kurzen Überblick über empirische Befunde einleiten. Zum anderen beziehe ich mich auf eine im Januar 2014 eingerichtete White House Task Force, die sich seit kurzem in den USA von höchster Regierungs-

	Sexuelle Belästigung	Nachstellungen	Sexuelle Gewalt
Großbritannien	68.6% n=407	58.2% n=173	33.6% n=43
Spanien	54.2% n=122	52.9% n=54	36.7% n=11
Polen	65.8% n=2,592	48.7% n=841	47.3% n=158
Italien	47% n=965	41.8% n=340	30.2% n=52
Deutschland	68% n=6,930	50.8% n=2,627	29.9% n=363

Tabelle 1.: Ausmaß der Gewalterfahrungen (Quelle: Feltes et al., 2012)

stelle aus mit dem Problem sexueller Gewalt auf dem Campus befassen soll. Anhand der Einrichtung dieser Task Force sollen Fragen der gesellschaftlichen Rezeption der Thematik aufgeworfen werden.

1.2. Empirische Befunde

Von 2009 bis 2011 führten Feltes und KollegInnen eine großangelegte Umfrage unter 21,516 Studentinnen an über 30 Hochschulen in fünf europäischen Ländern durch (Deutschland, Großbritannien, Italien, Polen, und Spanien). Die quantitative Umfrage wurde durch qualitative Gruppen-Interviews mit Studentinnen und Einzelinterviews mit Fachleuten ergänzt. In Deutschland beteiligten sich 16 Hochschulen (dabei 12,663 Studentinnen in der Umfrage und 12 in den Gruppeninterviews, sowie 11 Fachleute). In den anderen Ländern nahmen deutlich weniger Institutionen und Einzelpersonen teil.

In der Umfrage gaben die Studentinnen an, ob sie während des Studiums sexuelle Belästigung (sexual harassment), sexuelle Gewalt (sexual violence), oder Nachstellungen (stalking) erlebt hatten, wie bedrohlich diese Erfahrungen waren, wer die Täter waren, wo die Übergriffe stattfanden, und welche gesundheitlichen, sozialen oder akademischen Auswirkungen sie hatten. Die Ergebnisse werden im Überblick in der folgenden Tabelle zusammengefasst; weitere Details finden sich in Feltes, Balloni et al. (2012). Tabelle 1 gibt einen Überblick über das Ausmaß der Gewalterfahrungen. Sie zeigt zum Beispiel, dass von 6,930 Studentinnen in Deutschland, die sich zu Fragen nach sexueller Belästigung äußerten, 68% angaben, während des Studiums solche erfahren zu haben.

Zu sexuellen Belästigungen wurden u.a. erfasst: Nachpfeifen, unnötig nahe kommen, Kommentare über Körper, Telefon-SMS-Email, betatschen/küssen, entblößen und pornographische Bilder zeigen. Zu Nachstellungen wurden u.a. erfasst: Telefonanrufe, Besuche/Auflauern, ausspionieren, Drohungen gegen die Studentin, Drohungen gegen ihre Freunde oder Familie, Einbruchversuche, und Schicken unerwünschter Dinge. Zu sexueller Gewalt wurden erfasst: intime Körperberührungen, Geschlechts-

verkehr, andere sexuelle Handlungen, versuchter Geschlechtsverkehr, und Nachspielen pornographischer Bilder oder Filme. Zu allen Übergriffen wurde gefragt, ob sie erlebt wurden und ob sie als bedrohlich erfahren wurden.

Die Ergebnisse in Tabelle 1 spiegeln ein erstaunlich hohes Maß an Gewalterfahrungen wider. In jedem der fünf Länder berichtete von den Studentinnen, die sich zum Thema äußerten, mindestens ein Drittel, sexuelle Gewalt erfahren zu haben; etwa der Hälfte ist nachgestellt worden; und bis zu zwei Dritteln sind sexuell belästigt worden. Ähnliche Befunde, insbesondere zu sexueller Belästigung, wurden auch in anderen Studien gefunden. In Umfragen zur etwa gleichen Zeit gaben in Großbritannien 68% der Studentinnen an, während des Studiums sexuell belästigt worden zu sein (NUS, 2010); in Australien waren es sogar 86% (Sloane & Fitzpatrick, 2011). Weiterhin sagten in Großbritannien 14% der Studentinnen, sie hätten einen schwerwiegenden körperlichen oder sexuellen Angriff erlebt, und in Australien berichteten 12%, sie wären vergewaltigt worden. Vohlídalová (2011) berichtet ähnliche Ergebnisse von einer Universität in der Tschechischen Republik (wobei die jeweiligen Prozentsätze für Studentinnen und Studenten nicht ganz klar sind).

Die Ergebnisse der Bochum-Studie zeigen auch, dass ein altes Problem nach wie vor andauert. Basierend auf einer Umfrage unter circa 4.000 Studentinnen in den USA Mitte der 1990er Jahre berichteten Fisher und KollegInnen, dass in einem einzelnen akademischen Jahr etwa 3% der Studentinnen vergewaltigt werden (bzw. 12-15% über 4-5 Jahre; Fisher, Cullen & Turner, 2000). Noch früher, Mitte der 1980er Jahre, fanden Koss, Gidycz und Wisniewski (1987) in einer repräsentativen Umfrage, dass 44% der Studentinnen unerwünschte sexuelle Kontakte erlebt hatten, und dass innerhalb eines einzigen Jahres 353 Vergewaltigungen stattfanden. Diese betrafen 207 Frauen, d.h. einige Studentinnen wurden innerhalb eines Jahres mehrfach vergewaltigt. Noch weiter zurück reichen Studien zur sexuellen Belästigung im Hochschulkontext (Benson & Thomson, 1982; Crocker, 1983; Till, 1980).

In den früheren Studien wurde die Problematik sexueller Gewalt und Diskriminierung in einer weiteren Perspektive angegangen, in der sowohl StudentInnen als auch MitarbeiterInnen zu Wort kamen, und in denen strukturellen Faktoren wie Machthierarchien an Hochschulen angesprochen wurden (Benson & Thomson, 1982; Dziech & Weiner, 1984; Schneider, 1987). Laut Baaken (2005), die für Deutschland diverse kleinere Studien zitiert, gaben in einer Studie von 1992 an der TU Berlin knapp die Hälfte (46.9%) der befragten Frauen an, sexuell belästigt worden zu sein. Noch mehr Frauen beobachteten sexuelle Belästigungen gegen andere Frauen, ein Hinweis auf eine höhere Dunkelziffer (Färber, 1992, zit. in Baaken, 2005). Wenn man sexuelle Belästigung und Gewalt als eine Form der Machtausübung betrachtet, dann stellt sich die Frage, inwieweit gesellschaftliche Geschlechterhierarchien und institutionelle Machtgefüge an Hochschulen zum individuellen Machtmissbrauch beitragen.

Gleichzeitig ist zu bedenken, dass ein Teil der Gewalterfahrungen von Studentinnen mit Hochschulen nichts zu tun hat.

Wer sind die Täter? In der Studie an der TU Berlin waren es Vorgesetzte (39.5%) und Kollegen (36.5%), die Mitarbeiterinnen belästigten; bei Studentinnen waren es Kommilitonen (34.4%) und Lehrende (39.8%). Die Bochum-Studie zeigt, dass die erfahrenen Belästigungen und Gewalttaten fast ausschließlich von Männern ausgingen: bei sexueller Belästigungen waren in 96% der Fälle Männer die Täter, bei Stalking waren sie es in 91% der Fälle und bei sexueller Gewalt in 97%. Es gibt einige wenige weibliche Täter; die Masse sind männliche Täter (die zum Teil auch andere Männer angreifen, siehe z.B. Holzbecher, 1996, zit. in Baaken, 2005). In einer Studie an der FH Köln fand Felten-Biermann (2005), dass die Täter sexueller Belästigung überwiegend einzelne Männer oder Männer in Gruppen waren, selten eine einzelne Frau oder eine gemischte Gruppe, nicht aber Frauen in Gruppen.

In der Bochum-Studie fand sich weiterhin, dass in Spanien, Polen, Italien und Deutschland sexuelle Belästigungen oft von Tätern außerhalb der Universität ausgeübt wurden (in Parks, Bars, Cafés etc.), wobei dies meistens Männer waren, die die Studentinnen nicht kannten. In Großbritannien demgegenüber waren es in zwei Drittel der berichteten Fälle männliche Studenten, die die Studentinnen belästigten (in Wohnheimen, im Freien auf dem Campus, in Räumen der Studentenvertretung); in Deutschland wurde ein Drittel der Studentinnen von einem Studenten belästigt; dies ist nicht die Mehrheit der Fälle, aber dennoch ein hoher Prozentsatz. Sexuelle Belästigung durch Hochschulmitarbeiter war insgesamt selten (Feldes et al., 2012).

In Bezug auf Nachstellen waren die Befunde ähnlich. In Spanien, Polen, Italien und Deutschland war der Täter meistens jemand von außerhalb der Universität, in Großbritannien war es etwa zur Hälfte ein Student, zur Hälfte jemand von außerhalb. Von den Befragten, denen jemand von außerhalb der Universität nachstellte, sagte die große Mehrheit (82%), dass dies jemand war, den sie kannten, meistens ein ex-Partner; dies ein deutlicher Unterschied zur sexuellen Belästigung. Zwischen 10% und 30% der Studentinnen sagten, ihnen wäre auf Universitätsgelände nachgestellt worden; in Großbritannien geschah dies insbesondere in Studentenwohnheimen.

Zwei Drittel der Studentinnen in Großbritannien gaben an, dass ein männlicher Student ihnen sexuelle Gewalt angetan hatte; in den anderen Ländern waren die Mehrheit der sexuellen Gewalttäter Männer von außerhalb der Universität. Dennoch war es in etwa einem Viertel der Fälle ein Student, der sexuell gewalttätig wurde. Zwischen 6% und 36% der Studentinnen sagten, dass der Täter sie auf Universitätsgelände angriff.

In einer Minderheit von Fällen waren Universitätsmitarbeiter die Täter, die Studentinnen belästigten, ihnen nachstellten, oder sexuelle Gewalt ausübten; innerhalb dieser Minderheit kam dies vergleichsweise oft in Deutschland und Polen vor (Feldes et al., 2012).

Die Übergriffe wurden von den Studentinnen als mehr oder weniger bedrohlich erlebt; Details hierzu können bei Feltes et al. (2012) eingesehen werden. Menschen unterscheiden sich darin, was für Erfahrungen sie als wie bedrohlich empfinden und warum das so ist. Das ist aber nicht nur eine individuelle Eigenart, sondern das Thema „Bedrohlichkeit“ reflektiert auch das Spannungsverhältnis Gesellschaft-Gewalt-Geschlecht. Sexuelle Übergriffe gegen Frauen werden von gesellschaftlichen Akteuren mit Definitionsmacht oft als unerheblich und normal definiert; von Frauen wird erwartet, sich nicht belästigt zu fühlen, und die Angriffe entweder über sich ergehen zu lassen oder sich forsch zu verteidigen, auch gegen Vorgesetzte und andere Machtpersonen. Derartige gesellschaftliche Definitionen reichen von Vergewaltigung in der Ehe (nicht in allen Ländern kriminalisiert) bis zu angeblich „trivialen“ Bemerkungen (siehe „Herrenwitz-Debatte“ in Deutschland) und werden in weitverbreiteten „rape myths“ (Vergewaltigungs-Mythen) artikuliert (Bohner et al., 2009). Letztere sind Haltungen zum Thema sexuelle Gewalt, die die Täter entlasten und den Opfern die Schuld zuschreiben. Was subjektiv als normal, unerhört oder bedrohlich empfunden wird, ist daher auch Ausdruck gesellschaftlicher Definitionsmacht bzw. Ohnmacht. Um dem entgegen zu wirken, muss gesellschaftlich umdefiniert werden (siehe dazu die begrüßenswerte kritische Stellungnahme von Diehl, Rees und Bohner, 2013).

Gleichermaßen wird „Bedrohung“ gesellschaftlich durch stereotype Bildvorstellungen geformt, die im Zusammenhang mit sexueller Gewalt durch Medien und Diskurse kreisen. Dazu finden sich in der Bochum-Studie ebenfalls interessante Ergebnisse. Zum Beispiel wurden Parkhäuser als besonders bedrohlich empfunden, obwohl nur sehr wenige Angriffe in Parkhäusern stattfanden. Die meisten Angriffe fanden in privaten Wohnungen oder Zimmern im Studentenwohnheim statt. Das heißt, es gibt eine Diskrepanz zwischen den Orten der Furcht und den Orten der tatsächlichen Gefahr, und diese Diskrepanz ist nicht unerheblich. Zum Beispiel scheinen Hochschulen eher bereit, bei Orten der Furcht zu intervenieren (z.B. durch bessere Beleuchtung, Einrichtung von Nottelefonen und Eskorten, oder das Stutzen von Büschen, aus denen ein Täter springen könnte) als bei Orten der Gefahr. Letzteres könnte eine kritische Diskussion gesellschaftlicher Geschlechterverhältnisse, institutioneller Machtstrukturen und der „asymmetrischen Geschlechterkultur“ (Müller, 1998) an Hochschulen nach sich ziehen.

1.3. Gesellschaftliche und institutionelle Rezeption

In die Debatte zur sexuellen Gewalt an Hochschulen in den USA mischte sich am 22. Januar 2014 auch das Weiße Haus ein (White House). Eine Arbeitsgruppe wurde ins Leben gerufen (White House Task Force to Protect Students against Sexual Assault), die am 29. April 2014 ihren ersten Bericht vorstellte; es gibt außerdem neue Webseiten mit Informationen für Einzelpersonen und Institutionen (Not Alone). Diese ak-

tuellen Diskurse betonen, dass „sexual violence“ (semantisch im Ausdruck „sexual misconduct“ leicht vernebelt) auf dem Campus ein großes Problem ist und untermauern diese Aussage mit Prävalenzstudien zur Viktimisierung. Wer die Täter sind, wird selten angesprochen. Universitäten haben erneut Zugriff auf Materialien, wie z.B. modellhafte Richtlinien für Hochschulen (model policy on „sexual misconduct“; Not Alone).

Zum einen ist dieses Engagement auf höchster Ebene begrüßenswert, zum anderen gibt es dergleichen Materialien schon seit Jahrzehnten. Die ersten Richtlinien wurden bereits in den 1980er Jahren erarbeitet (Williams, Lam & Shievely, 1992). In Folge von Gesetzen wie Clery Act und Violence against Women Act (VAWA) wurden weitere Informationen und Materialien speziell für Hochschulen erarbeitet und zur Verfügung gestellt (Office on Violence against Women; Security on Campus). Insbesondere das Campus-Programm, das mit Geldern unter VAWA finanziert wird, stellt seit 1999 Universitäten beträchtliche Summen zur Verfügung, um institutionelle Richtlinien zu entwickeln oder zu verfeinern, die Opferversorgung zu verbessern, systematische Aufklärungsarbeit zu betreiben und mit spezialisierten Unterstützungsangeboten in der Umgebung zusammenzuarbeiten (Campus Program).

An dem Campus-Programm nahm auch die Universität teil, an der ich arbeite. Im Laufe von sechs Jahren entwickelten wir ein integriertes Interventionsprogramm, vernetzt auf dem Campus und mit umliegenden Spezialisten, mit institutionellen Richtlinien zu sexueller und häuslicher Gewalt und Nachstellungen gegen StudentInnen sowie zu den Auswirkungen häuslicher Gewalt auf MitarbeiterInnen der Universität. Dies war mit umfangreichen Weiterbildungsmaßnahmen verknüpft, an denen ein Drittel der Belegschaft teilnahm. Es gab Hilfs- und Aufklärungsangebote für alle Universitätsangehörigen (StudentInnen und MitarbeiterInnen), sowie Bemühungen kreativer mit Tätern umzugehen. Nach sechs Jahren Finanzierung durch Drittmittel wurde das Interventionsprojekt von der Universität für vier Jahre weiterfinanziert, bis es von einer neuen Universitätsverwaltung in Gänze gestrichen wurde (Klein, 2013).

Dieses Beispiel illustriert, wie viel an Universitäten erreicht, und wie schnell einmal Erreichtes wieder zunichte gemacht werden kann. Es zeigt zudem, dass der gegenwärtige rechtliche Druck auf amerikanische Universitäten nicht reicht, um progressive Interventionsprojekte beizubehalten, wenn sich die Universitätsverwaltungen selbst nicht dahinterklemmen. Holzbecher (2005) weist in diesem Zusammenhang in Deutschland darauf hin, dass eine Auseinandersetzung mit der Problematik von der Bereitwilligkeit der Hochschulleitungen abhängt, solche Kommunikationsprozesse in Gang zu setzen und mitzumachen. Holzbecher spricht vom hohen „Hierarchie- und Machtgefälle“ an Hochschulen, das eine offene Diskussionskultur behindert; feministische Haltungen gelten als „überzogen“ und unsachlich (S. 59).

In den USA wird seit Jahrzehnten rechtlich Druck auf Hochschulen ausgeübt, dem Problem sexueller Gewalt entschiedener entgegenzutreten. Dieser Druck ist nur zum

Teil feministisch motiviert. Sowohl Title IX als auch VAWA betonten in ihren ursprünglichen Fassungen strukturell-verankerte Geschlechterungleichheiten; wogegen der Clery Act die Veröffentlichung von Kriminalstatistiken betont (nicht nur beschränkt auf sexuelle Gewalt). Die Clery Familie, deren Tochter in schrecklicher Weise auf einem Campus vergewaltigt und umgebracht wurde, stützte ihre Kampagne gegen Gewalt auf die Annahme, dass man sich besser gegen Verbrechen schützen kann, wenn man die Statistiken vergangener Jahre kennt (inwieweit dies tatsächlich der Fall ist, ist umstritten; Sloan, Fisher & Cullen, 1997).

Was sollen Hochschulen also machen? Und ist sexuelle Gewalt gegen Studentinnen tatsächlich ein Problem der Hochschulen? Neben ethischen Standpunkten gegen Gewalt und Ausbeutung haben Hochschulen mindestens zwei gute Gründe, sich mit dem Problemfeld sexuelle Gewalt und Diskriminierung auseinanderzusetzen. Zum einen beeinträchtigen sexuelle Gewalt und Diskriminierung die Lern- und Arbeitsfähigkeit von Studierenden und MitarbeiterInnen (Feltz, Balloni et al., 2012; Horsman, 2006). Dies wiederum unterminiert die akademischen und beruflichen Chancen der Opfer und damit die Ausbildungsleistung und Exzellenz der Hochschule. Zum anderen sind und haben sich Hochschulen verpflichtet, sexuelle Diskriminierung und Gewalt, die mehrheitlich Frauen betreffen, abzubauen. Selbst wenn keinerlei Gewalt gegen Frauen, die an Hochschulen lernen oder arbeiten, von den Hochschulen herrührte, wären sie doch mit der Problematik der Gewaltfolgen konfrontiert (wie Arbeitsausfall, schlechte Studienleistungen, Studienabbruch). Darüber hinaus entspringt ein Teil der von Opfern erfahrenen Gewalt den sozialen und institutionellen Kontexten an Hochschulen selbst. Das heißt, sowohl aus Opfer- wie aus Täterperspektive sollten Hochschulen sich der Problematik stellen und ihre eigenen Einstellungen und Herangehensweisen überdenken.

Die vor allem in der USA verbreitete Vorstellung, dass Hochschulen gegenüber Studierenden Verantwortungen haben, die über Lehre und Forschung hinausgehen, gründet in der „in loco parentis“ Doktrin aus dem Englischen common law, nach der sich Bildungsinstitutionen für die Dauer der Ausbildung gewissermaßen in Vertretung der Eltern um Lebensweise und Wohlbefinden der Studierenden zu kümmern hatten. Der Einfluss dieser Doktrin auf Hochschulen hat sich in den USA in den letzten Jahrzehnten erheblich abgeschwächt, wirkt aber institutionell in universitätseigenen Dienstleistungen und Angeboten für Studierende nach. Diese können so umfassend sein, dass ein Campus fast einer Stadt gleicht: Wohnheime, Kantinen, Gesundheits- und Beratungszentren, Sport und Unterhaltung, Polizei, und „judicial affairs“ Büros, die sich um die Einhaltung von Verhaltensregeln (codes of conduct) kümmern und dazu ihre eigenen, formalen Ermittlungen durchführen können. Diese ähneln polizeilichen Ermittlungen, finden aber unter anderen Rahmenbedingungen statt (und können polizeiliche Ermittlungen u.U. erschweren).

Gleichzeitig stellen die USA einen gesellschaftlichen Kontext dar, in dem politischer Einfluss engagierter BürgerInnen auf den amerikanischen Kongress die Rechtsgebung im Hochschulbereich, sowie Erwartungen an die Verantwortlichkeiten von Hochschulen, entscheidend beeinflusst hat (Title IX; Clery Act; VAWA). Dabei liegt aber, trotz aller Betonung von Prävention, ein Schwerpunkt auf dem Melden von Verbrechen und auf polizeilichen wie universitätsinternen Untersuchungen. In der Praxis steht sexuelle Gewalt gegen StudentInnen im Vordergrund mit einer Tendenz zu eng gefassten Ansätzen wie Trainings-Programme für Studierende; institutionelle Reform tritt in den Hintergrund. Zum Beispiel tun sich amerikanische Hochschulen schwer damit, strukturelle Veränderungen bei Burschenschaften oder Prestige-Sportarten vorzunehmen, von deren Einfluss und institutionellen Sonderregelungen gewalttätige Männer profitieren können. Ebenso unbefriedigend sind Maßnahmen in Bezug auf Studentenwohnheime, in denen zahlreiche Übergriffe stattfinden.

Zwar sehen sich amerikanische Universitäten zusehends unter Druck, bei Verdacht auf sexuelle Gewalt zu ermitteln und diese zu beenden. Dies hat in der Praxis aber dazu geführt, dass vertrauliche Mitteilungen und Offenbarungen schwieriger werden, weil immer mehr MitarbeiterInnen angehalten sind, solche an offizielle Universitätsstellen weiterzuleiten (siehe auch Geisweid, 1999, mit ähnlichen Befunden in einer Umfrage unter Gleichstellungsbeauftragten in Nordrhein-Westfalen; zit. In Baaken, 2005). Vertrauliche Offenbarungen sind aber gerade in der spezialisierten Arbeit mit Opfern von sexueller und häuslicher Gewalt ebenso wie in klinischer Beratung als Einstieg in Gespräche und Aufarbeitung entscheidend; auf ihnen bauen eventuelle weitere Schritte auf.

In Großbritannien ist die Situation wiederum anders. Viele Hochschulen haben ebenfalls Dienstleistungsangebote für Studierende, allerdings auf einem im Vergleich zu den USA reduzierten Maßstab. Die Rechtssituation ist ebenfalls anders. In 2011 trat die „public equality duty“ in Kraft, die öffentliche Institutionen und somit auch öffentliche Hochschulen dazu verpflichtet, jegliche Art von Diskriminierung, so auch sexuelle Diskriminierung, abzuschaffen. Im Prinzip werden Hochschulen damit in die Verantwortung genommen, gegen sexuelle Diskriminierung von Studentinnen vorzugehen. Die Bochum-Studie hatte gezeigt, dass eine Vielzahl von Übergriffen gegen Studentinnen in Großbritannien auf Universitätsgelände stattfinden, und Studenten häufig die Täter sind. In diesem Zusammenhang ist zum Beispiel an universitätsseitigen Veranstaltungen wie „fresher’s week“ (Unterhaltendes zur Begrüßung neuer Jahrgänge) kritisiert worden, dass diese sexistischer „lad culture“ Vorschub leisten (eine Art Jungmänner-Kultur, in der Frauen als Sexualobjekte definiert und behandelt werden; Phipps & Young, 2012). Wie sich die public equality duty auswirken wird, bleibt abzuwarten. In einer Analyse der öffentlich zugänglichen Webseiten von 56 weiterführenden Institutionen (Hochschulen sowie „further education colleges“ für 16-18-Jährige) fanden wir, dass keine Institution spezifische Richtlinien zu Ge-

walt gegen Frauen hatte; dagegen hatten alle eine Richtlinie gegen Mobbing und Belästigung im Allgemeinen (sowie Dokumente zur Gleichstellung der Geschlechter; Freeman & Klein, 2013). Dies traf auch auf Hochschulen zu, an denen Lehre und Forschung zu Gewalt gegen Frauen betrieben wurde. Eine Hochschule, an der viel akademische Arbeit zum Thema Gewalt und Geschlecht geleistet wird, ist nicht unbedingt eine Hochschule, die sich dieser Problematik im eigenen Haus annimmt. Zudem besteht eine Tendenz, die Themen Gleichstellung der Geschlechter und Gewalt gegen Frauen separat zu behandeln, obwohl Gewalt gegen Frauen Gleichstellung verhindert und unterminiert.

In Deutschland sind die Rahmenbedingungen des Hochschulsektors ein weiteres Mal anders (auf Strafrecht wird hier nicht eingegangen, siehe Degen, 2011). In Bezug auf universitäre Maßnahmen gegenüber sexueller Gewalt spielen sowohl das Allgemeine Gleichbehandlungsgesetz (AGG) eine Rolle, als auch der sogenannte Bologna-Prozess, der zu einem integrierten Europäischen Hochschulsystem führen soll. Nach dem AGG ist seit 2006 sexuelle Belästigung am Arbeitsplatz rechtswidrig; Beschäftigte haben das Recht auf Beschwerde, der Arbeitgeber muss Beschwerden nachgehen und Maßnahmen ergreifen, welche die sexuelle Belästigung unterbinden. Abgesehen davon, unter welchen Umständen Beschwerden und Maßnahmen erfolgreich sind, betrifft das AGG MitarbeiterInnen an Hochschulen, nicht Studierende. Die Bundeskonferenz der Frauen- und Gleichstellungsbeauftragten an Hochschulen (BUKOF) fordert deshalb, Hochschulgesetze und Richtlinien einzelner Hochschulen so zu modifizieren, dass auch sexuelle Belästigung von Studierenden berücksichtigt wird (BUKOF_AGG).

Im Rahmen des Bologna-Prozesses, in dem deutsche Hochschulen Bachelor- und Master-Abschlüsse einführen, soll auch auf die Gleichheit der Geschlechter geachtet werden. Hierbei werden Maßnahmen wie flexible Lernwege, Teilzeitstudium, und Vereinbarkeit von Studium, Beruf und Familie genannt, von denen insbesondere Frauen und Studentinnen profitieren sollen (Feltes, List et al., 2012). Die BUKOF arbeitet zudem daran, Diskriminierungsfreiheit als Qualitätsmerkmal einer Hochschule zu betrachten, und hat 2012 den Themenbereich „sexualisierte Diskriminierung und Gewalt“ in das Total-E-Quality-Selbstbewertungsinstrument aufgenommen (Total-E-Quality). Demnach bestehen also eindeutige Rahmenbedingungen, die auch deutsche Universitäten dazu auffordern, der sexuellen Gewalt und Diskriminierung gegen Studentinnen (und MitarbeiterInnen) entgegenzutreten.

Inwieweit dies in der Praxis erfolgreich ist, ist unklar. Obwohl sexuelle Gewalt und Diskriminierung die Gleichstellung der Geschlechter torpediert, führt das Thema eher ein Schattendasein verglichen mit Themen wie der Prozentsatz von Professorinnen, gerechte Bezahlung, und Frauen in den MINT Fächern (Mathematik, Informatik, Naturwissenschaft, Technik). Insbesondere bei sexuellen Übergriffen von Professoren und Dozenten gegen Studentinnen tun sich die Hochschulen nach wie vor schwer

(Bußmann & Lange, 1995). In einzelnen Fällen schien es so zu sein, dass Fachkräfte an Universitäten sich zwar sehr um die Unterstützung der Opfer bemühten, dass die Reaktionen der Hochschule auf die Täter aber zu wünschen übriglässt (Freeman & Klein, 2013). Im Wesentlichen scheint es den Opfern zu obliegen, Maßnahmen gegen Täter zu ergreifen (z.B. Anzeige bei der Polizei). Besonders schwierig ist dies für Opfer, wenn sie vom Täter abhängig sind; und für Studentinnen, wenn sie sich gegen einen Professor oder Dozenten wehren sollen, selbst wenn die Hochschule eine entsprechende Richtlinie hat. Mit einer Beschwerde gegen einen Professor an die Öffentlichkeit zu gehen, ist für Studentinnen riskant. Stattdessen entwickeln sich manchmal Widerstandsformen „im Untergrund“, wie zum Beispiel Mundpropaganda unter Studentinnen, welche Professoren oder Dozenten für sexuelle Übergriffe bekannt sind und wie „frau“ damit umgehen kann. Dergleichen Widerstand ist wichtig, bedeutet aber auch, dass die Hochschulen als Institutionen noch nicht in der Lage sind, sexuelle Gewalt aus den eigenen Reihen erfolgreich zu unterbinden (Freeman & Klein, 2013).

Und auch bei der Unterstützung der Opfer hapert es. In einer Studie an der FH Köln fand Felten-Biermann (2005), dass betroffene Frauen Hilfe im Wesentlichen im privaten Bereich suchen (siehe hierzu auch Klein, 2012). Über die Hälfte der Frauen hatten sowohl mit dem Gleichstellungsbüro und dem Frauen-Lesben-Referat schlechte Erfahrungen gemacht (siehe auch Just, 2005). Noch schlechter beurteilt wurde die FH-Verwaltung; nur zwei von 22 Frauen machten gute Erfahrungen (einmal mit einem Vorgesetzten, einmal mit einem Hausmeister).

Zwar haben viele deutsche Universitäten mittlerweile Richtlinien gegen sexuelle Gewalt gegen Studierende, aber die Geisteshaltungen, die mehr oder weniger subtil den Opfern die Schuld geben und die Täter entlasten, sind nach wie vor tief verwurzelt. Auch wenn klar ist, dass an Universitäten Machtgefälle und Abhängigkeitsbeziehungen bestehen, die männliche Lehrkräfte ausbeuten können, finden sich immer wieder fragwürdige Äußerungen: „Wer klar Grenzen setze und sich wehre, sei weniger gefährdet, Opfer zu werden. „Täter spüren, wenn jemand unsicher ist““ (Reaktion auf Bochum-Studie). Abgesehen davon, dass sich zur Wehr setzen nicht immer erfolgreich ist, entlasten solche Aussagen die Täter und machen die Opfer (mit)verantwortlich. Ähnlich dokumentierte Holzbecher (2005) Abwehr-Reaktionen von Hochschulmitarbeitern, wenn es darum ging, sexuelle Diskriminierung überhaupt nur anzusprechen (z.B. „selbstbewusste Frauen fühlen sich nicht belästigt“).

1.4. Fazit

Sexuelle Gewalt gegen Studentinnen ist weitverbreitet. Diese Problematik überschneidet sich mit dem ebenfalls andauernden Problem sexueller Diskriminierung an Hochschulen, die im Wesentlichen Frauen sowie einige Männer betrifft, und die im We-

sentlichen von Männern, und ab und zu von Frauen ausgeübt wird. Wenn Hochschulen sich diesen Problemen gegenüber verschließen oder sich nicht verantwortlich fühlen, machen sie einen Fehler. Sie unterminieren sowohl ihren eigenen Exzellenz-Anspruch als auch ihre Bemühungen zur Gleichstellung der Geschlechter. Hilfe für Opfer muss erleichtert werden, zum Beispiel durch enge Zusammenarbeit mit entsprechenden Stellen in der Umgebung (Vergewaltigungsnotruf, spezialisierte Beratung, Frauenhäuser, Beratung für Männer). Dabei geht es nicht um irgendwelche Beratung, sondern spezialisierte Unterstützung bei sexueller Diskriminierung und Gewalt (sowohl für Frauen als auch für Männer). Hochschulen müssen sich dem Problem der geschlechtsspezifischen Machtgefälle und Abhängigkeitsbeziehungen stellen, und darüber nachdenken, welche institutionellen Gegengewichte geschaffen werden können, und insbesondere, wie effektiver Druck auf hochschul-interne Täter ausgeübt werden kann. Dazu muss Initiative von den Hochschulleitungen ausgehen, und zwar nicht nur rhetorisch sondern auf der Ebene institutioneller Strukturen und Prozesse.

1.5. Literatur

Baaken, U., Höppel, D. & Telljohann, N. (2005). *Jenseits des Tabus: Neue Wege gegen sexualisierte Diskriminierung und Gewalt an Hochschulen*. Göttingen: Cuvillier Verlag.

Benson, D.J. & Thomson, G.E. (1982). Sexual harassment on a university campus: The confluence of authority relations, sexual interest and gender stratification. *Social Problems*, 29 (3), 236-251.

Bohner, G., Eyssel, F., Pina, A., Siebler, F., & Viki, G.T. (2009). Rape myth acceptance: Cognitive, affective and behavioural effects of beliefs that blame victims and exonerate the perpetrator. In M. Horvath & J. Brown (Eds.), *Rape: Challenging contemporary thinking* (pp. 17-45). Devon, UK: Willan Publishing.

BUKOF_AGG. <http://www.bukof.de/index.php/Rechtliches.html>

Bußmann, H. & Lange, K. (1995, eds). *Peinlich berührt – Sexuelle Belästigung von Frauen an Hochschulen*. München: Verlag Frauenoffensive.

Campus Program. <http://www.ovw.usdoj.gov/ovwgrantprograms.htm#grsa>

Clery Act. <http://www.cleryact.info/>

Crocker, P.L. (1983). An analysis of university definitions of sexual harassment. *Signs*, 8(4), 696-707.

Degen, Barbara (2011). „Sexualisierte Gewalt an der Hochschule“. Vortrag. Feministisches Referat der Universität Bielefeld, 6.4.2011. Auf YouTube, in vier Teilen.

Diehl, Rees und Bohner, 2013). <http://www.spektrum.de/news/die-alltaegliche-gewalt-gegen-frauen/1253250>

Dziech, B.W. & Weiner, L. (1984). *The lecherous professor: Sexual harassment on campus*. Boston, MA: Beacon Press.

- Factors at play (2009). http://ec.europa.eu/justice/funding/daphne3/multi-level_interactive_model/understanding_perpetration_start_unix.html
- Felten-Biermann, C. (2005). Ergebnisse einer Umfrage zur sexuellen Belästigung von Frauen. In U. Baaken et al. (Hrsg.), *Jenseits des Tabus* (49-56). Göttingen: Cuvillier Verlag.
- Feltes, T., Balloni, A., Czapska, J., Bodelon, E., & Stenning, P. (2012). Gender-based violence, stalking and fear of crime. Final report to European Commission, Directorate General Justice, Freedom and Security, Project JLS/2007/ISEC/415. <http://vmrz0183.vm.ruhr-uni-bochum.de/gendercrime/index.html>
- Feltes, T., List, K., Schneider, R. & Höfker, S. (2012). Gender-based violence, stalking and fear of crime. Länderbericht Deutschland. <http://vmrz0183.vm.ruhr-uni-bochum.de/gendercrime/index.html>
- Fisher, B.S., Cullen, F.T., & Turner, M.G. (2000). The sexual victimization of college women. Research report. U.S. Department of Justice, National Institute of Justice, Bureau of Justice Statistics.
- Freeman, M. & Klein, R. (2013). College and university responses to forced marriage. Report to the Forced Marriage Unit.
- Geisweid (1999)
- Hagemann, White, C. et al. (2008). Gendering human rights violations: The case of interpersonal violence. Coordination Action on Human Rights Violations. Report to the European Commission. http://www.cahrv.uni-osnabrueck.de/reddot/CAHRV_final_report_-_complete_version_for_WEB.pdf
- Hanmer, J. et al. (2006). Agencies and evaluation of good practice: Domestic violence, rape and sexual assault. Coordination Action on Human Rights Violations. http://www.cahrv.uni-osnabrueck.de/reddot/D_16_Agencies_and_evaluation_of_good_practice_pub.pdf
- Holzbecher, M. (2005). Vom Umgang an den Hochschulen mit einem unbequemen Thema. In U. Baaken et al., *Jenseits des Tabus* (58-67). Göttingen: Cuvillier Verlag.
- Horsman, J. (2006). Moving beyond "stupid": Taking account of the impact of violence on women's learning. *International Journal of Educational Development*, 26(2), 177-188.
- Humphreys, C. et al. (2006). The justice system as an arena for the protection of human rights for women and children experiencing violence and abuse. Coordination Action on Human Rights Violations. <http://www.cahrv.uni-osnabrueck.de/reddot/CAHRVreportJusticeSystems%283%29.pdf>
- Just, B. (2005). Allmacht-Ohnmacht-Tabu. Die Rolle der Frauen- und Gleichstellungsbeauftragten bei sexualisierter Gewalt und Diskriminierung an Hochschulen. In U. Baaken et al. (Hrsg.), *Jenseits des Tabus* (S. 69-94). Göttingen: Cuvillier Verlag.
- Klein, R. (2012). Responding to intimate violence against women: The role of informal networks. New York: Cambridge University Press.
- Klein, R. (2013). Language for institutional change: Notes from U.S. higher education. R. Klein (Ed.). *Framing sexual and domestic violence through language*. New York: Palgrave Macmillan.

- Koss, M.P., Gidycz, C.A. & Wisniewski, N. (1987). The scope of rape: Incidence and prevalence of sexual aggression and victimization in a national sample of higher education students. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55, 162-170.
- Müller, U. (1998). Asymmetrische Geschlechterkultur in Organisationen und Frauenförderung. *Zeitschrift für Personalforschung*, 12(2), 123-143.
- NUS (2010). Hidden marks: A study of women students' experiences of harassment, stalking, violence and sexual assault. National Union of Students.
- Office on Violence against Women. <http://www.ovw.usdoj.gov/overview.htm>
- Phipps, A. & Young, I. (2012). That's what she said: Women students' experience of 'lad culture' in higher education. Report to the National Union of Students, UK.
- Reaktion auf die Bochum-Studie. <http://www.haz.de/Nachrichten/Der-Norden/Übersicht/Jede-zweite-Studentin-sexuell-belaestigt>
- Schneider, B.E. (1987). Graduate women, sexual harassment, and university policy. *The Journal of Higher Education*, 58(1), 46-65.
- Sloan, J.J., Fisher, B.S. & Cullen, F.T. (1997). Assessing the Student-Right-to-Know and Campus Security Act of 1990: An analysis of the victim reporting practices of college and university students. *Crime & Delinquency*, 43, 148-168.
- Sloane, C. & Fitzpatrick, K. (2011). Talk about it survey. National Union of Students (Australia).
- Sørensen, B.W. (2013). A matter of mental health? Treatment of perpetrators of domestic violence in Denmark and the underlying perception of violence. In R. Klein (Hrsg.), *Framing sexual and domestic violence through language* (S. 211-134). New York: Palgrave Mcmillan.
- Till, F.J. (1980). Sexual harassment: A report on the sexual harassment of students. Washington, DC: National Advisory Council of Women's Educational Programs. <http://files.eric.ed.gov/fulltext/ED197242.pdf>
- Title IX. <http://www.titleix.info/History/History-Overview.aspx>
- Total E-Quality. http://www.total-e-quality.de/fileadmin/user_upload/dokumente/Bewerbungsbogen_Wissenschaft_2013.pdf
- VAWA. http://www.americanbar.org/advocacy/governmental_legislative_work/priorities_policy/access_to_legal_services/vawa_home.html
- Vohlídalová, M. (2011). The perception and construction of sexual harassment by Czech university students. *Czech Sociological Review*, 47(6), 1119-1147.
- White House (2014). <https://www.notalone.gov/>
- Williams, E.A., Lam, J.A. & Shively, M. (1992). The impact of a university policy on the sexual harassment of female students. *The Journal of Higher Education*, 63(1), 50-64.

2. Increasing Prevalence of Intimate Partner Violence: Would Women Empowerment be of any Help in Reducing the Scourge?

Ogu Rosemary N
Senior Lecturer,
University of Port Harcourt,
Port Harcourt

Agwu Uzoma M
Senior Lecturer,
Ebonyi State University,
Abakiliki

2.1. Introduction

Intimate partner violence is a significant public health problem and violation of women's human rights¹. It affects millions of women worldwide (2,3,4). Intimate Partner Violence (1) (IPV) occurs in all settings and among all socioeconomic, religious and cultural groups. The overwhelming global burden of IPV is borne by women. **Intimate Partner Violence** refers to behaviour by an intimate partner or ex-partner that causes physical, sexual or psychological harm, including physical aggression, sexual coercion, psychological abuse and controlling behaviours. Aptly put, Intimate Partner Violence refers to any behaviour within an intimate relationship that causes physical, psychological or sexual harm to those in the relationship (1). Examples of types of this behaviour are; **Acts of physical violence**, such as slapping, hitting, kicking and beating; **Sexual violence**, including forced sexual intercourse and other forms of sexual coercion; **Emotional (psychological) abuse**, such as insults, belittling, constant humiliation, intimidation (e.g. destroying things), threats of harm, threats to take away children; **Controlling behaviours**, including isolating a person

from family and friends; monitoring their movements; and restricting access to financial resources, employment, education or medical care. Intimate Partner Violence is one of the most important reproductive health and rights, gender and public health issues of our time (3). It cuts across ethnic, cultural socio-economical and religious barriers, impinging on the right of women to participate fully in the society. Globally, and especially in Nigeria, there is a gross under reporting of violence against women (5-9). The prevalence in Nigeria varies from one region to the other with a range of 11-79% (5-8). According to the World Health Organization (WHO), surveys around the world indicate that approximately 10-69% of women report being physically assaulted by an intimate male partner at some point in their lives (1,9). This wide range is believed to be mainly because of the facts that there is no standard method for estimation of intimate partner violence. The World Health Organization, non-governmental organizations and other agencies have recognized this and called on countries to take appropriate measures to prevent violence against women through numerous conventions and conferences^{1,3}. Hence a scientific session of MWIA triennial conference of 2013 was on violence against women (10), just as the theme for the 57th United Nations Commission for the Status of Women held in 2013 was on violence against women (11). The current MWIA 2013 – 2016 triennium is focused on violence against women (12).

Factors that lead to Intimate Partner Violence are complex and numerous, ranging from no offence to perceived offences like financial problems, bad social habits, religious issues, and undue interference of a third party especially in-laws (6-9,13). The WHO identifies risk factors for being a victim of intimate partner and sexual violence to include low education, witnessing violence between parents, exposure to abuse during childhood and attitudes accepting violence and gender inequality (1). Research has shown varying relationship between the level of education of a woman and intimate partner violence. Some studies show that women with less education are more likely to experience violence from intimate partners than women with more education (13-15) indicating that empowerment will protect women against violence from their partners. While other studies argued that the relationship between education and abuse is not a linear but a curvilinear relationship (16-19). It is posited that greater empowerment arising as a direct effect of education will operate to reduce the risk of violence to a certain point before the effect levels to become protective.

The health and psychosocial consequences of Intimate Partner Violence are enormous. The WHO describes the health consequences of Intimate partner violence as serious with short- and long-term physical, mental, sexual and reproductive health problems for survivors and their children, and at a high social and economic costs. Violence against women can have fatal results like homicide or suicide. It has been reported that globally, as many as 38% of all murders of women are committed by intimate partners (1). It can lead to injuries, with 42% of women who experience inti-

mate partner violence reporting an injury as a consequence of this violence¹. Intimate partner violence and sexual violence can lead to unintended pregnancies, induced abortions, gynaecological problems, and sexually transmitted infections, including HIV. Intimate Partner Violence in pregnancy also increases the likelihood of miscarriage, stillbirth, pre-term delivery and low birth weight babies (1,4,7,13). These forms of violence can lead to depression, post-traumatic stress disorder, sleep difficulties, eating disorders, emotional distress and suicide attempts. Depression and problem drinking is higher amongst victims of IPV. Other Health effects include headaches, back pain, abdominal pain, fibromyalgia, gastrointestinal disorders, limited mobility and poor overall health. Children who grow up in families where there is violence may suffer a range of behavioural and emotional disturbances. These can also be associated with perpetrating or experiencing violence later in life. Intimate partner violence has also been associated with higher rates of infant and child mortality and morbidity (e.g. diarrhoeal disease, malnutrition). The social and economic costs of intimate partner and sexual violence are enormous and have ripple effects throughout society. Women may suffer isolation, inability to work, loss of wages, lack of participation in regular activities and limited ability to care for themselves and their children. IPV poses great threat to attainment of the goals of Safe Motherhood Initiative and the Millennium Development Goals (MDGs) (3). These consequences could be through direct or indirect mechanisms and could be prevented (1,7,13).

The goal of the prevention is simply to stop IPV. Preventive efforts are targeted towards promoting healthy, respectful and non-violent relationship. Reducing the known risk factors and promoting protective factors is another modality of prevention (15-22). In high-income settings, school-based programmes to prevent relationship violence among young people (or dating violence) are supported by some evidence of effectiveness¹. Pregnancy and postnatal period provide unique opportunity to screen for domestic violence because pregnant women tend to trust and confide in health workers (9,19-22). This was the basis for screening pregnant women for intimate partner violence. Few studies have been done in this regard at a national level. Our descriptive cross-sectional study was designed to document the relationship between level of education and intimate partner violence among booked pregnant women at tertiary Health institutions in the six Geopolitical zone of Nigeria from December 2012 to July 2013.

2.2. IPV Study in Nigeria

We aimed to study the relationship between level of education and the prevalence of intimate partner violence amongst women attending antenatal care in tertiary health facilities in Nigeria. At the same time, we looked to identify the determinants of

Intimate Partner Violence, to determine the prevalence of Intimate Partner Violence, and to document the consequences of Intimate Partner Violence in Nigeria

Our methodology was a cross sectional survey of booked pregnant women at antenatal clinics in the various geopolitical zones in Nigeria between 2012 & 2013.

Nigeria has an estimated population of 160 million inhabitants and consists essentially of six-geopolitical zones with 48 tertiary health institutions.

Ethical Clearance was obtained from the hospitals ethical review board. Data was collected using pretested questionnaires distributed to consenting pregnant women. Information on whether the pregnant women had been abused physically, sexually and psychologically during pregnancy was sought. The reactions, problems, burdens and solutions to Intimate Partner Violence were also inquired from the pregnant women. The unlettered pregnant women was assisted by the research assistants who were members of the young forum of the Medical Women's Association of Nigeria (MWAN) comprising young doctors aged less than 40 years. Informed consent was obtained before administration of the questionnaire.

Descriptive statistics were used to summarize quantitative variables while categorical variables were summarized with proportions. The Chi-square test was used to investigate associations between two categorical variables and also to compare proportions.

Limitations included being a multi-centre study and the difficulty working with large number of personnel; this was overcome by restricting the number of personnel in each institution to five. The data was collected from tertiary health institutions and may not be a true representation of the general population. The informed consent form and questionnaire are attached as appendix 1 and 2.

A total of 1538 pregnant women were interviewed. The mean age of the respondents was 28.4 years while the mean parity was 2.5. 94 respondents of the total 1538 had no formal education while 821 respondents had tertiary education. 25.5% (24/94) respondents with no formal education were victims of intimate partner violence while 44.7% (367/821) with tertiary education were victims. There was a significant difference between level of education and occurrence of IPV $p < 0.0001$

Our study revealed that women with higher level of education are more likely to suffer IPV compared to those with no formal education. This is contrary to what is documented in some studies (23,24). This is however not surprising as education have been mentioned over and over again as a risk factor as well as one of the solutions to eliminating IPV (18, 24-26). What is the role of education and women empowerment in the scourge that is Intimate Partner Violence? The increased level of education and its associated increased prevalence of Intimate Partner Violence in this study were as a result of the increased awareness in the respondents with tertiary education and their willingness to speak up against a tabooed topic as well as their acceptance of all the different forms of violence as Intimate Partner Violence. Acceptance of violence as a

deserved punishment and not a violation of human right are widely documented and encourages perpetration. The global culture of discrimination which denies women equal rights with men and which legitimizes the appropriation of women's bodies for individual gratification or political ends further perpetrates this violence. There is thus an urgent need to educate the populace about the harm that is enkindled by intimate partner violence.

2.3. Prevention and response

Currently, there are few interventions whose effectiveness has been proven through well designed studies. More resources are needed to strengthen the prevention of Intimate Partner Violence, including primary prevention, i.e. stopping it from happening in the first place. Regarding primary prevention, there is some evidence from high-income countries that school-based programmes to prevent violence within dating relationships have shown effectiveness. However, these have yet to be assessed for use in resource-poor settings. Our study however reveal that increased level of formal education leads to increased awareness of intimate partner violence and can thus be a basis for empowering women to speak out against the attitude as well as altering women's response to violent attitudes/behaviours. Several other primary prevention strategies: those that combine microfinance with gender equality training; that promote communication and relationship skills within couples and communities; that reduce access to, and harmful use of alcohol; and that change cultural gender norms, have shown some promise.

To achieve lasting change, it is important to enact legislation and develop policies that address discrimination against women; promote gender equality; support women; and help to move towards more peaceful cultural norms.

An appropriate response from the health sector is critical and can play an important role in the prevention of violence. Sensitization and education of health and other service providers is therefore an imperative strategy. To address fully the consequences of violence and the needs of victims/survivors requires a multi-sectoral response.

It is necessary to build the evidence base on the magnitude and nature of violence against women in different settings and to support efforts to document and measure Intimate Partner Violence and its consequences. This is central to understanding the enormity and nature of the problem at a global level and to initiating action; especially in low resource countries; Strengthening research and research capacity to assess interventions to address partner violence as well as developing technical guidance for evidence-based Intimate Partner Violence prevention cannot be over emphasized. Strengthening the health sector responses to such violence; disseminating information and supporting efforts to advance women's rights in the prevention of and response

to violence against women is an advocacy that needs to be carried out and the current efforts of the MWIA triennium in this regard in collaborating with national agencies and organizations to reduce/eliminate violence globally is a welcome development.

In conclusion, there is no single solution. Women empowerment in terms of enhancing level of education in addition to enhanced improved communication skills, re-orientation of the society, advocacy, more and more communication are necessary tools for the elimination of intimate partner violence.

2.4. References and Appendices

1. World Health Organization (2013): Violence against women: Intimate partner and sexual violence against women. Geneva. Available online at <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs239/en>. (30/08/2014)
2. Hammoury, N.; Khawaja, M.; Mahfoud, Z.; Afifi, RA.; Madi, H. (2009): Domestic Violence during pregnancy: The case of Palestinian Refugees attending an Antenatal Clinic in Lebanon. *J Women's Health* 18(3): 337-345.
3. Heise L.; Pitangury J.; Germain A. (1994). Violence Against Women: The Hidden Health Burden. World Bank Discussion Paper, No. 255, Washington DC: World Bank.
4. De Bruyn M. (2002). Violence related to pregnancy and abortion: A violation of human rights. *Sex Health Exch*; 3:14-15.
5. Fawole OI.; Aderonmu AL.; Fawole AO. (2005). Intimate Partner abuse: Wife beating among Civil Servants in Ibadan, Nigeria. *Afr J of Reprod Health*; 9:54-64.
6. Aihmakhu CO.; Olayemi O.; Iwe CA.; Oluyemi FA.; Ojoko IE.; Shoretire KA. et al. (2004) Current causes and management of violence against women of Nigeria. *J Obstet Gynaecol*; 24:58-63.
7. Ikeme AC.; Ezegwui HU. (2003) Domestic violence against pregnant Nigerian Women. *Trop J Obstet Gynecol*; 20:116-118.
8. Odimegwu CIO.; Omideyi AK.; Okengbo CN. (2002). Prevalence, Pattern and Correlates of Domestic Violence in selected Igbo Communities of Imo State Nigeria. *Afr J Reprod Health*; 6:101-114.
9. Shamu S.; Abrahams N.; Temmerman M.; Musekiwa A.; Zarowsky C.A. (2011) Systematic Review of African Studies on Intimate Partner violence against pregnant women: Prevalence and risk factors. *PLoS One*; 6(3): e17591.
10. Medical Women International Association MWIA 2013 Conference. Scientific Session on Violence against women. Available online at http://mwia.net/wp-content/uploads/2010/02/MWIA2013_AbstractBook.pdf
11. United Nations Woman. (UN Woman). The Fifty Seventh 57th United Nations Commission for the Status of Women Conference. (2014). Elimination and prevention of all forms of violence against women and girls. Available online at <http://www.un.org/womenwatch/daw/csw/57sess.htm> (10/03/2014)

12. Medical Women International Association MWIA Triennium Theme 2013 – 2016; Prevention and elimination of domestic and sexual violence. (2013). Available at <http://mwia.net/> (10/10/2013)
13. Ameh N.; Abdul MA. (2004). Prevalence of Domestic Violence amongst pregnant women in Zaria, Nigeria. *Annals Afr Med*; 3(1):4-6.
14. Fonck, K.; Els, L.; Kidula, N.; Ndinya-Achola, J.; Temmerman, M. (2005). Increased risk of HIV in women experiencing physical partner violence in Nairobi, Kenya. *AIDS and Behavior*, 9, 335-339.
15. Jewkes, R. (2002). Intimate partner violence: Causes and prevention. *Lancet*, 359,1423-1429.
16. Koenig, M. A.; Stephenson, R.; Ahmed, S.; Jejeebhoy, S. J.; Campbell, J. (2006). Individual and contextual determinants of domestic violence in North India. *American Journal of Public Health*, 96 (1), 132-138
17. Hindin, M. J.; Adair, L. S. (2002). Who is at risk? Factors associated with intimate partner violence in the Philippines. *Social Science and Medicine*, 55, 1385-1399
18. Hindin, M. J.; Kishor S.; Ansara, D. L. (2008). Intimate Partner Violence among Couples in 10 DHS Countries: Predictors and Health Outcomes. DHS Analytical Studies No. 18. Calverton, Maryland, USA: Macro International Inc.
19. Ameh N; Shittu SO; Abdul M. Risk Scoring for Domestic Violence in Pregnancy. *Nig J Clin Pract* 2008; 11(1): 18-21.
20. BrundtLand GH. (2002) Preface. In: Krug EG, Dahlberg U, Mercy JA, ZWI AB, Lozano R.(eds). *World report on violence and health*. Geneva: WHO.
21. Fawole AO.; Hunyinbo KI; Fawole OI.. Prevalence of violence against pregnant women in Abeokuta, Nigeria. *Australia and New Zealand J Obstet Gynaecol* 2008; 48: 405-414.
22. Umeora OUI; Dimejisi BI; Ejikeme BN; Egwuatu VE. Pattern and determinants of domestic violence among prenatal clinic attendees in a referrer centre, Southeast Nigeria. *J Obstet Gynaecol* 2008; 28(8): 769-77
23. Kishor, S.; Johnson, K. (2004). *Profiling domestic violence—A multi-country study*. Calverton, MD: ORC Macro.
24. Linos N.; Slopen N.; Berkman L.; Subramanian S.; Ichiro Kawach. (2014) Predictors of help-seeking behaviour among women exposed to violence in Nigeria: a multilevel analysis to evaluate the impact of contextual and individual factors. *J Epidemiol Community Health*;68:3 211-217.
25. Taghdisi, MH.; Estebsari, F.; Dastoorpour M.; Jamshidi E.; Jamalzadeh F.; Latifi, M,. (2014) The Impact of Educational Intervention Based on Empowerment Model in Preventing Violence Against Women. *Iran Red Crescent Med J*; 16(7): doi : 10.5812/ircmj.14432
26. AIDSTAR-one; USAID; PEPFAR. The image study. Interventions with microfinance for AIDS and Gender equity. Available at http://www.aidstar-one.com/promising_practices_database/g3ps/intervention_microfinance_aids_and_gender_equity_image_study. (7/7/2013)

Appendix 1

Informed Consent Form

Dear Madam,

The Medical Women's Association of Nigeria (MWAN) humbly seeks your consent to participate in a nationwide research study which aims at evaluating Intimate Partner Violence among pregnant women in Nigeria. Below are a brief description of the study and the implications of participating in the study.

Purpose of study: The purpose of the study is to find out the determinants and the prevalence of intimate partners Violence among pregnant women in Nigeria.

Selection of Participants: Any woman who meets the eligibility criteria (being pregnant and living with a partner-husband or boyfriend and accepts to participate in the study will answer the self-administered questionnaire.

Study implementation procedure: Every participant will be asked questions on her age, parity, address, gestational age and telephone number. They will also answer other questions, as you will see in the attached questionnaire.

Time: It will take only 20 minutes to complete the questionnaire. You have right to opt out any time even if you have signed this form and your management will not be influenced by your decision to participate or not to participate.

Risks and Benefits: There are no direct risks or benefits to the participant. The only risk is that, the process of recur of any bad experience may make you feel bad for a while. However, your participation will help increase the knowledge of the existence of this menace and may help prevent many other women who are in danger of being violated from the same experience. No payments will be made to you for participating.

Confidentiality: Any information given to us in the course of this research will be treated with utmost secrecy. No other person except the investigator will know anything about your personal identity, phone number or address.

Signature/Thumbprint: Your signature or thumbprint will be taken as an indication of your willingness to participate in the study. A written copy of this consent form will be provided for you.

In case you want to ask questions later on. The Ethical committee chairman for this center is Prof AOU OKPANI, Email anthonyokpani@yahoo.co.uk. You can get MWAN on 08033129937, mwaninfo@gmail.com

Declaration: „I have read the above statement and have been able to ask questions and express concerns, which have been satisfactorily responded to by the investigator. The purposes of the study as well as the benefits and potential risks have been explained to me. I hereby give my informed free consent to be a participant in the study”

Signed:

Date:

.....

Participant

Investigator

Witness

Appendix 2

Intimate Partner Violence among Pregnant Women in Nigera

QUESTIONNAIRE BASED STUDY

Tick [X] as your answer where appropriate.

Socio-demographic factor of the woman

(1) AGE

a) <20 years [] b) 20-24 [] c) 25- 29 [] d) 30-34 [] e) 30-34 [] f) 35-39 [] g) ≥ 40 []

(2) OCCUPATION a) Nil [Housewife] [] b) Farmer [] c) Petty trader [] d) Seamstress []
e) Artisan/hairdressing [] f) Civil servant [] g) Professional [] h) Business woman [] i) Politician
[] j) Clergy [] k) student [] l) corper [] (3) DURATION OF MARRIAGE a) [] 5 year [] b)
6-9 years [] c) ≥ 10 years []

(4) FAMILY SETTING

a) Monogamous [] b) Polygamous []

(5) IF POLYGAMOUS WHAT IS YOUR POSITION

a) 1 [] b) 2 [] c) 3 [] d) 4 [] e) ≥ 5 [] f) Not applicable []

(6) RELIGION

a) Pentecostal [] b) Protestants [] c) Roman Catholic []

d) African Traditionalist [] e) Atheist [] f) Pagan [] g) Moslem []

(7) EDUCATIONAL STATUS

a) No formal education [] b) Primary [] c) Secondary [] d) Tertiary []

(8) PARITY {THIS PREGNANCY IS NUMBER}

a) 1 [] b) 2 [] c) 3 [] d) 4 [] e) 5 [] f) >5 []

(9) SOCIAL RECREATION

a) Smoking [] b) Alcohol [] c) staying outside late at night [] d) Eats outside often [] e) Has a
man or boyfriend [] f) None applicable []

Socio-demographic data of Husband

(10) AGE

a) <20 years [] b) 20-24 [] c) 25- 29 [] d) 30-34 [] e) 30-34 [] f) 35-39 [] g) 40-44 [] h)
45- 49 [] i) >50 []

(11) OCCUPATION

a) Nil [Applicant] [] b) Farmer [] c) Trader [] d) Tailor [] e) Accountant [] f) Civil servant []
g) Professional [] h) Business man [] i) Politician [] j) Clergy [] k) student [] l) corper [] m)
Automobile mechanic [] n) Cyclist(Okada) or Driver []

(12) RELIGION

a) Pentecostal [] b) Protestants [] c) Roman Catholic []

d) African Traditionalist [] e) Atheist [] f) Pagan [] g) Moslem []

(13) EDUCATIONAL STATUS

a) No formal education [] b) Primary [] c) Secondary [] d) Tertiary []

(14) SOCIAL RECREATION

2. Increasing Prevalence of Intimate Partner Violence

a) Smoking[] b) Alcohol[] c) Stays outside late at night[] d) Eats outside often[] e) Has girlfriends or woman friends[] f) None applicable[]

PATTERN OF INTIMATE PARTNER VIOLENCE

(15) THIS INDEX PREGNANCY IS YOUR NUMBER?

a) 1 [] b) 2 [] c) 3 d) 4 e) 5 f) >5

(16) AT WHAT TRIMESTER (month in pregnancy) IS THIS PREGNANCY?

a) 1-3months[] b) 4-6months[] c) 7-9months[]

(17) HAVE YOU EVER HAD A MISUNDERSTANDING WITH YOUR HUSBAND SINCE THE ONSET OF THIS PREGNANCY?

Yes [] No []

(18) AT WHAT TRIMESTER(month in pregnancy) WAS THE FIRST MISUNDERSTANDING?

a) 1-3months[] b) 4-6months[] c) 7-9months[]

(19) HOW OFTEN DO YOU HAVE THE MISUNDERSTANDING?

a) Daily [] b) <weekly[] c) 1- 2weekly[] d) Monthly[] e) 2-6 monthly[] f) 7-12monthly[] g) > 1 yearly[] h) can't remember[]

(20). WHAT IS THE CAUSE OF MISUNDERSTANDING WITH YOUR PARTNER?

a) His late night activity [] b) Financial problems [] c) extramarital affairs [] d) sickness [] e) In-laws [] f) Religious issues[] g) His social habits[] h) his unemployment[] i) just nothing[] j) Domestic issues[] k) inability to conceive[]

(21) IS THE MISUNDERSTANDING RELATED TO THIS PREGNANCY?

a) Yes[] b) No[]

(22) TYPE OF REACTION FROM THE MISUNDERSTANDING BY YOUR PARTNER:

a) Shouting [] b) Slapping [] c) Punching [] d) Beaten you []
e) Forced sex [] f) Late nights g) Extramarital affairs [] h) Driving you out of the house [] i) throwing something at you [] j) Abused you verbally k) Threatened you l) Financial Denial

(23) WHAT ARE YOUR REACTIONS FROM THE MISUNDERSTANDING?

a) Fighting back [] b) Crying [] c) Begging [] d) Reporting to his parents [] e) Reporting to your parents [] f) Reporting to external agents e.g. police, NGO's [] g) Praying [] h) Breaking home properties []

i) Reporting to your sibling or his j) Reporting to your Doctor or Nurse

k) Reporting to your friend. L) State others.....

(24) HAVE YOU BEEN HOSPITALISED FOLLOWING THE EFFECTS OF THE MISUNDERSTANDING?

a) Yes [] b) No []

(25) HAVE YOU SUSTAINED AN EMOTIONAL OR PHYSICAL INJURY FOLLOWING THE MISUNDERSTANDING

a) Yes b) No

(26) HOW LONG DOES IT TAKE TO RESOLVE THE MISUNDERSTANDING?

a) About 1 day [] b) About 1 week c) About 1 month [] d) ≥ 1 month[]

(27) HAS HE EVER APOLOGISED TO YOU?

a) Yes b) No

(28) HAVE YOU EVER APOLOGISED TO HIM?

a) Yes b) No

(29) DO YOU THINK THAT SUCH MISUNDERSTANDINGS SHOULD BE REPORTED?

a) Yes b) No

(30) IF YES, TO WHOM?

a) your parents b) Your husband's parent c) Your siblings d) His siblings

e) Police f) Your pastor, Rev. Father or Priest g) Your friend h) Your doctor

(31) IF NO, WHY?

a) Religiously wrong b) He will beat me more c) I was advised against that

d) Culturally wrong e) Personal decision f) To protect my marriage g) He will drive me away

(32) WHAT ARE YOUR SUGGESTIONS ON THE SOLUTION TO DOMESTIC VIOLENCE?

a) Killing the man b) Reporting to the police c) Putting the man in a Reformatory d) Public enlightenment e) Reporting to the parents f) Reporting to his Kinsmen g) Reporting to the Church officials Specify Others.

THANK YOU.

NB. THIS WILL HELP US TO DEVISE WAYS OF PROTECTING WOMEN FROM SUSTAINING INTIMATE PARTNER VIOLENCE IN PREGNANCY.

3. Sexualisierte Gewalt bei Flüchtlingen in Österreich unter besonderer Berücksichtigung rechtlicher Rahmenbedingungen und aktueller Problemfelder in der Praxis

Elisabeth Petermichl

3.1. Einführung

In diesem Artikel soll die komplexe Situation von Betroffenen sexualisierter Gewalt, die in Österreich einen Antrag auf internationalen Schutz (Asylantrag) stellen, aus verschiedenen Perspektiven beleuchtet werden. Dabei sollen aktuelle Problemfelder in der Praxis aufgezeigt und entsprechende Empfehlungen ausgesprochen werden. Aufgrund der Dichte des Materials liegt der Fokus auf sexualisierten Gewalterfahrungen, die bereits im Herkunftsland erfolgten und - eventuell verbunden mit anderen Umständen - zur Flucht führten.

Anfangs soll auf die zentralen Begriffe dieses Artikels näher eingegangen werden. Der Fokus des Textes wird so konkretisiert bzw. der Ausgangspunkt der Betrachtung skizziert. So wurde die Bezeichnung "Betroffene" gewählt, da sie als Überbegriff gelten kann für „Opfer“, als auch „Überlebende“. Sie greift einerseits die Beschreibung des Opfers auf, die die Situation eines Menschen in einer akuten Gewaltsituation einhergehend mit erzwungener Passivität beschreibt (Vgl. Ammer, M.; Kronsteiner, R.; Schaffler, Y.; Kurz, P.; Kremla, M., 2013, S. 20). Andererseits aber auch die der

Überlebenden, der auf das „Danach“ fokussiert, das aktive Überleben sowie die Entwicklung vom Opfer hin zur Überlebenden beschreibt (Vgl. Fischer, G.; Riedesser, P., 2009, S. 339).

Der Ausdruck „sexualisierte Gewalt“ stellt klar, dass es in erster Linie um einen gewalttätigen Übergriff einhergehend mit Demütigung und Erniedrigung der Betroffenen geht. Dies steht in Verbindung mit Machtausübung und Unterdrückung seitens des Täters. Erst in zweiter Linie spielt die sexuelle Komponente der Tat eine Rolle, die vor allem durch ein Übergehen der sexuellen Selbstbestimmung gekennzeichnet ist. Eine sexuelle Motivation des Täters ist keine notwendige Voraussetzung (Vgl. Gahleitner, S., 2005, S. 12 sowie Amesberger, H.; Auer, K.; Halbmayer, B., 2007, S.27). Der Begriff sexualisierte Gewalt bringt darüber hinaus zum Ausdruck, dass es nicht nur um körperliche, direkte Gewalt geht („sexuelle Gewalt“). Er umfasst darüber hinaus auch andere Grenzüberschreitungen wie psychische Nötigung zu sexuellen Handlungen, verbale Erniedrigung, erzwungene Entkleidungen, gezielte Schläge auf Brüste und/oder Genitalien, Infektion mit Geschlechtskrankheiten (z.B. HIV), erniedrigende medizinische Behandlungen oder eine Verletzung des Schamgefühls. Sexualisierte Gewalt bezieht sich sowohl auf die direkte bzw. personale Dimension der Gewalt als auch auf die indirekte bzw. strukturelle Gewalt auf gesellschaftlicher Ebene (Vgl. ebenda, S. 27, sowie Medica mondiale e.V., HG, 2004, S.18).

Der Begriff des „Flüchtlings“ leitet sich von der Genfer Flüchtlingskonvention ab (i.d.F. GFK, eigentlich „Abkommen über die Rechtsstellung der Flüchtlinge“, UNHCR, 1951):

Artikel 1: Im Sinne dieses Abkommens findet der Ausdruck „Flüchtling“ auf jede Person Anwendung, die (Absatz 2):(...) aus begründeter Furcht vor Verfolgung, wegen ihrer Rasse, Religion, Nationalität, Zugehörigkeit zu einer bestimmten sozialen Gruppe oder wegen ihrer politischen Überzeugung, sich außerhalb des Landes befindet, dessen Staatsangehörigkeit sie besitzt, und den Schutz dieses Landes nicht in Anspruch nehmen kann oder wegen dieser Befürchtungen nicht in Anspruch nehmen will (...)

Diese Flüchtlingsdefinition bildet nach wie vor den Kern nationaler Asylverfahren. Sie sollen der Feststellung dienen, ob eine Person Flüchtling im Sinne der GFK ist bzw. ob ihr ein komplementärer Schutzstatus zuzuerkennen ist (Näheres dazu unter 0.3).

In Österreich stellten 2013 insgesamt 17503 Menschen einen Asylantrag, von denen 72% Männer und 28% Frauen waren. Die Länder, aus denen die meisten Asylwerberinnen stammten, sind die Russische Föderation, Afghanistan, Syrien, Pakistan, Algerien, Kosovo, Nigeria, Iran, Marokko und Irak (Vgl. Bundesministerium für Inneres, 2014a, S. 4,6). Dies entspricht auch im Wesentlichen der Situation in Gesamteuropa (Vgl. European Asylum Support Office, 2014, S.15). Die Anerkennungsquoten bzw. die Häufigkeit der Gewährung eines komplementären Schutzes variiert in Hinblick auf die genannten Herkunftsländer stark. Eine genaue Auflistung wür-

de deshalb den Rahmen dieses Artikels sprengen. Im Jahr 2013 kam es insgesamt zu 16675 rechtskräftigen Entscheidungen, wobei diese sich größtenteils auf Asylanträge bezogen, die vor 2013 gestellt wurden. Davon waren 25% positive Entscheidungen (Asylanerkennung oder Gewährung eines komplementären Schutzes), 72% negative (Rückkehrentscheidung) und 12% sonstige Entscheidungen (Gegenstandslosigkeit, Zurückweisung, Einstellung) (Vgl. Bundesministerium für Inneres, 2014a, S.18,32f). Im ersten Halbjahr 2014 stieg die Zahl der Asylsuchenden leicht an (1,9%). Die meisten Asylsuchenden stammen aus Syrien, Afghanistan, der Russischen Föderation, Somalia und Pakistan (Bundesministerium für Inneres, 2014b, S.6). Österreich nimmt, wie bereits 2013, auch 2014 an einem Resettlement-Programm für syrische Flüchtlinge teil (UNHCR Büro Österreich, 2014). Dies steht (auch) in Verbindung mit der hohen Anzahl der Asylsuchenden aus Syrien.

3.2. Opfer und Täter

Bei sexualisierter Gewalt wird in erster Linie an weibliche Betroffene gedacht. Von manchen Autorinnen wird sie auch als geschlechtsspezifische Gewalt beschrieben, die sich typischerweise gegen Frauen richtet (Vgl. Medica mondial, Hg., 2004, S.18). Tatsächlich gibt es mehrere anerkannte geschlechtsspezifische Fluchtgründe (Verfolgung aufgrund der Zugehörigkeit zu einer bestimmten sozialen Gruppe, d.h. der Frauen). Dazu zählen Zwangsverheiratung, Genitalverstümmelung (Female Genital Mutilation, FGM), Ehrenmorde etc.. Hier führt tatsächlich das Geschlecht der Betroffenen vor dem Hintergrund patriarchal-konservativer Strukturen zur Verfolgung. Die Täter sind überwiegend Männer, wobei auch Frauen z.B. als Mütter oder Schwiegermütter bzw. weitere Verwandte an Zwangsverheiratungen und Ehrenmorden beteiligt sind. Bei Genitalverstümmelung sind ausschließlich Frauen die (direkten) Täterinnen. Sei es als Beschneiderinnen oder als Mütter, die ihre Töchter der Prozedur unterziehen. Im Hintergrund steht die patriarchal-gesellschaftliche Annahme, dass nur eine beschnittene Frau später einen Ehemann bekommen könne. Ohne einen Ehemann müsse sie ein Leben im Abseits der Gesellschaft führen (indirekte Täterschaft) (Vgl. Milborn, C., 2009, S.114ff). In vielen Fällen steht aber auch politisch, religiös oder ethnisch motivierte Verfolgung im Vordergrund. Sexualisierte Gewalt dient der gezielten Demütigung, Erniedrigung und nachhaltigen Schädigung der Betroffenen:

Frau X. ist aus Tschetschenien geflüchtet. Ihr Ehemann, ein Widerstandskämpfer, wird wegen seiner politischen Tätigkeit gesucht. Auch sie unterstützt die Widerstandskämpfer. Mehrfach kommt es zu Hausdurchsuchungen, im Zuge derer sie vergewaltigt wird (Vgl. Ammer, M.; Kronsteiner, R.; Schaffler, Y.; Kurz, P.; Kremla, M., 2013, S. 165).

Frau O. stammt aus Somalia, einem Land in dem seit 1991 Bürgerkrieg herrscht. Sie ist Angehörige eines Minderheitenclans, der sich kaum vor den mächtigeren Clans schützen kann. Einen funktionierenden, Schutz gewährenden Staat gibt es nicht. Sie wird von mehreren Angehörigen eines Mehrheitsclans brutal vergewaltigt. Als der Bruder von Frau O. diese zur Rede stellen

will, wird er erschossen. Die Täter bleiben unbestraft (Vgl. Akt einer Klientin der Deserteurs- und Flüchtlingsberatung).

Der Autorin sind keine Fälle bekannt, in denen Männer aufgrund ihres Geschlechts (Verfolgung aufgrund der Zugehörigkeit zu einer bestimmten sozialen Gruppe, d.h. der Männer) Verfolgung ausgesetzt waren. Männer können aber im Zuge politischer, religiöser oder ethnisch motivierter Verfolgung ebenfalls zu Betroffenen sexualisierter Gewalt werden:

Herr B. gehört einer ethnisch-religiösen Minderheit an und stammt aus der Türkei. Er arbeitet bei einer Widerstandsorganisation und nimmt an Demonstrationen teil. Bei einer dieser Demonstrationen wird er verhaftet und sexuell gefoltert, um Informationen über andere Demonstranten von ihm zu erpressen (Vgl. Ammer, M.; Kronsteiner, R.; Schaffler, Y.; Kurz, P.; Kremla, M., 2013, S. 92ff).

Herr E. stammt aus Afghanistan. Sein Vater stirbt den „Märtyrertod“. Danach wird der damals Jugendliche von Bekannten seines Vaters physisch wie psychisch misshandelt und anal vergewaltigt. Sie wollen, dass Herr E. einen Bombenanschlag auf die westlichen Besatzungstruppen verübt. Da in seinem Herkunftsland Homosexualität mit der Todesstrafe geahndet wird, wagt er mit niemandem darüber zu sprechen (Vgl. Ammer, M.; Kronsteiner, R.; Schaffler, Y.; Kurz, P.; Kremla, M., 2013, S.66ff).

Die Täter sind hier überwiegend Männer, die Betroffene bewusst demütigen und erniedrigen möchten. Bis dato gibt es keine Erhebungen, wie hoch der Prozentsatz der Männer unter den Betroffenen sexualisierter Gewalt ist. Generell liegt vergleichsweise wenig Literatur zur Thematik vor. Sexualisierte Gewalt gegen Männer und Jungen ist (noch) tabuisierter als sexualisierte Gewalt an Frauen und Mädchen (Vgl. Heinrich Böll Stiftung, 2010, sowie Perras, A., 2012). Die Vorstellung von Männlichkeit ist eng mit Heterosexualität verknüpft. Deshalb wird die Vergewaltigung eines Mannes sowohl seitens der Betroffenen als auch dessen Umfeld als physische wie auch symbolische „Ent-Männlichung“ interpretiert (Vgl. Medica Mondiale e.V., 2004, S.32).

3.3. Von der Gewalt zur Traumatisierung

Das Wort „Trauma“ stammt aus dem Griechischen und bedeutet Wunde oder auch Verletzung. In der Medizin wird es sowohl für physische als auch psychische Verletzungen verwendet. Extreme Gewalterfahrungen können für Betroffene traumatisch sein, d.h. sie hinterlassen eine bleibende physische oder psychische Verletzung (Vgl. Fischer, G.; Riedesser, P., 2009, S.17ff).

Gottfried Fischer und Peter Riedesser beschreiben Merkmale und Auswirkungen psychotraumatischer Erfahrungen als vitales Diskrepanzerlebnis zwischen bedrohlichen Situationsfaktoren und den individuellen Bewältigungsmöglichkeiten. Es geht mit Gefühlen von Hilfslosigkeit und schutzloser Preisgabe einher und bewirkt so eine

dauerhafte Erschütterung des Selbst- und Weltbildes (Fischer, G.; Riedesser, P., 2009, S.9). Der Riss im Selbst- und Weltverständnis hinterlässt eine „Narbe“. Das Trauma kann bei der Konfrontation mit bestimmten Reizen auch wieder aufbrechen.

Insbesondere von Menschen verursachte Traumata (man made disaster), vor allem wenn sie absichtlich herbeigeführt wurden, führen tendenziell öfter zur Entwicklung einer Erkrankung aus dem Traumaspektrum (Vgl. Friedmann, A. ,Hg., 2004, S. 5ff). Von Experten werden die Prävalenzraten von Traumafolgestörungen bei Opfern von Krieg und Vergewaltigungen sowie Flüchtlingen aus Kriegs- und Krisengebieten auf bis zu 50% geschätzt (Vgl. Gröschel, C., 2008, S.37). Die individuellen Möglichkeiten der Verarbeitung traumatischer Erlebnisse zur Vermeidung pathogener Entwicklungen hängen maßgeblich mit dem jeweiligen Lebenskontext der Betroffenen zusammen. Der Psychoanalytiker und Arzt Hans Keilson hat das Konzept der „sequentiellen Traumatisierung“ entwickelt. In diesem arbeitet er die Bedeutung der Geschehnisse vor und nach der traumatischen Sequenz heraus(prä- bzw. posttraumatische Sequenz) (Vgl. Kühner, A., 2002, S.26).

In Bezug auf die prätraumatische Sequenz ist von Bedeutung, in welchem Alter die traumatischen Erlebnisse stattfanden. Ebenso bedeutsam ist die Frage, ob zu diesem Zeitpunkt bereits eine Festigung der eigenen Persönlichkeit erfolgen oder Copingstrategien entwickelt werden konnten. Für die traumatische Sequenz selbst stellt sich die Frage nach Dauer bzw. Häufigkeit traumatischer Erlebnisse. Von Bedeutung ist auch, ob dauerhafte physische Schäden zurück bleiben, die das weitere Leben beeinträchtigen oder ständig an das Erlebte erinnern lassen. Wesentlich ist auch die posttraumatische Phase. Hier geht es darum, ob nach dem Erlebnis wieder ein Gefühl der Sicherheit und Stabilität entwickelt werden kann oder ob eine Dauerspannung erhalten bleibt (z.B. Furcht vor erneuter Inhaftierung). Das individuelle Wertesystem kann eine Verarbeitung des Geschehenen erleichtern, wenn es im Nachhinein als sinnvoll interpretiert werden kann. In seinem Konzept der „Salutogenese“ beschreibt Aaron Antonovsky das sogenannte Kohärenzgefühl als einen maßgeblichen Faktor für psychisches Wohlbefinden. Es setzt sich aus den Gefühlen bzw. Komponenten der Verstehbarkeit, der Handhabbarkeit sowie der Sinnhaftigkeit bzw. Bedeutsamkeit zusammen (Vgl. Jork, K., Peseschkian, H., 2003, S.17ff). Sinnfindung kann so zur Überlebensstrategie werden (Z.B. Zeugenschaft ablegen und erlebte Menschenrechtsverletzungen publik machen). Betroffene sind der Situation dann nicht mehr ohnmächtig ausgesetzt, sondern können dem Trauma aktiv etwas entgegen setzen. Die Reaktion der umgebenden Gesellschaft spielt eine ebenso bedeutende Rolle. Vor allem in Hinblick auf die Anerkennung Betroffener als Opfer von Gewalt bzw. ob sie für das Geschehene (mit) beschuldigt werden. Weiter in Betracht zu ziehen sind individuelle Ressourcen, verlässliche Bezugspersonen sowie die Möglichkeit, professionelle Hilfe in Anspruch zu nehmen (Vgl. Reddemann, L.; Dehner-Rau, C., 2008, S.14ff). David Becker sowie die Autorinnen einer psychotherapeutischen und juristi-

schen Fallstudie zu Betroffenen extremer Gewalt, die in Österreich ein Asylverfahren durchlaufen, beschreiben die Flucht und das Asylverfahren als Teil der traumatischen Sequenz selbst (Vgl. Becker, D., 2006, S.190ff sowie Ammer, M.; Kronsteiner, R.; Schaffler, Y.; Kurz, B.; Kremla, M., 2013, S.27,32). Das bedeutet, ein erneute Traumatisierung bzw. Retraumatisierung durch behördliche Vorgänge ist durchaus möglich und muss mit bedacht werden.

Frauen als Betroffene sexualisierter Gewalt stammen zumeist aus Herkunftsländern, die stark patriarchal-konservativ geprägt sind. Teilweise wird auch Scharia- Rechtsprechung praktiziert. Betroffene wagen es oft nicht, erfahrene Gewalttaten anzuzeigen. Viele können auch mit ihren Partnern bzw. ihrer Familie nicht darüber sprechen. Sie würden riskieren, als entehrt, „beschmutzt“ zu gelten oder verstoßen zu werden. In Ländern, in denen die Scharia gilt, besteht das Risiko, im Falle von Vergewaltigung, selbst wegen Unzucht bzw. außerehelichen Geschlechtsverkehrs als „Täterin“ staatlicher Strafverfolgung ausgesetzt zu sein. Als mögliche Strafen kommen körperliche Strafen wie Auspeitschungen bis hin zur Todesstrafe in Frage. Minderjährige unverheiratete Mädchen werden teilweise auch dazu gezwungen, ihre Vergewaltiger zu heiraten. So soll ihre „Ehre“ wieder hergestellt werden. Besonders belastend sind Schwangerschaften aufgrund von Vergewaltigungen. Frauen haben oftmals nicht die Möglichkeit, sich aktiv für oder gegen ein Kind zu entscheiden. Die Möglichkeit eines Schwangerschaftsabbruchs besteht teilweise nicht bzw. ist sie in zahlreichen Ländern ebenso unter Strafe gestellt.

Männliche Betroffene wagen ebenso zumeist nicht, über erfahrene Gewalt zu sprechen. Die Vorstellung von Männlichkeit ist eng mit Heterosexualität verknüpft. Deshalb wird die Vergewaltigung eines Mannes sowohl seitens der Betroffenen als auch dessen Umfeld häufig als physische wie auch symbolische „Ent-Männlichung“ interpretiert (Vgl. Medica Mondiale e.V., 2004, S.32). Die Angst, als homosexuell angesehen zu werden ist groß. Dieser Verdacht kann abseits von gesellschaftlicher Ausgrenzung in zahlreichen Ländern auch strafrechtliche Konsequenzen nach sich ziehen (Vgl. diverse Länderberichte des European Country of Origin Network, 2014).

In Bezug auf physische sowie psychische Folgen sexualisierter Gewalt sei einerseits auf die entsprechenden Artikel der anderen Autorinnen des Buchs verwiesen. Andererseits muss in Bezug auf Betroffene, die als Flüchtlinge nach Europa kommen, mitgedacht werden, dass diese in ihren Herkunftsländern oftmals nicht über ihre Erfahrungen sprechen können. Sie haben kaum Zugang zu entsprechenden Hilfsmöglichkeiten. Die Qualität medizinischer Versorgungsmöglichkeiten spielt in akuten Krisengebieten wie z.B. Afghanistan und Somalia eine wesentliche Rolle. Dies insbesondere wenn es um die fachgerechte Versorgung von Verletzungen bzw. mögliche Chronifizierungen geht.

3.4. Rechtliche Rahmenbedingungen – Das Asylverfahren in Österreich

Das Asylverfahren soll der Feststellung dienen, ob eine Person Flüchtling im Sinne der GFK ist bzw. ob ihr ein komplementärer Schutzstatus zu gewähren ist. Aufgrund der komplexen rechtlichen Regelungen beschränkt sich die Darstellung ausschließlich auf die aktuell geltende Rechtslage.

Ein Antrag auf internationalen Schutz (Asylantrag) kann nur im Inland (d.h. Österreich) eingebracht werden. Die wenigsten Asylsuchenden können die strikten Einreisebestimmungen erfüllen oder ein Visumserteilungsverfahren aufgrund akuter Verfolgungsgefahr nicht abwarten. Die Einreise erfolgt größtenteils unterstützt durch Fluchthelfer und somit in Ermangelung von Alternativen formaljuristisch illegal. Ein Asylantrag kann prinzipiell bei jeder Polizeidienststelle oder in den Erstaufnahmestellen gestellt werden. Diese befinden sich in Traiskirchen in Niederösterreich, Thalham in Oberösterreich oder im Sondertransitbereich am Flughafen Wien Schwechat (Vgl. Schumacher, S.; Peyrl, J.; Neugschwendtner, T., 2012, S.240ff).

3.4.1. Das Zulassungsverfahren

Im Zuge der Asylantragstellung erfolgt eine Ersteinvernahme. Bei dieser liegt der Fokus auf der Feststellung der Identität des Flüchtlings sowie der Fluchtroute. Asylwerber werden nur sehr kurz zu ihren eigentlichen Fluchtgründen befragt. Zunächst wird geklärt, ob Österreich für die inhaltliche Behandlung des Asylverfahrens zuständig ist. Es wird geprüft, ob die Person aus einem sicheren Drittstaat (in dem sie Schutz vor Verfolgung finden kann) oder aus einem anderen EU-Mitgliedsstaat nach Österreich gereist ist. Wenn ja, so wird der Asylantrag wegen Unzuständigkeit zurückgewiesen. Die Person wird dann wieder in das betreffende Land zurück geschoben. In der Praxis spielt vor allem die Zuständigkeit anderer EU-Länder eine große Rolle. Entsprechend der „Dublin III Verordnung“ ist geregelt, dass jener Mitgliedsstaat zuständig für die Durchführung des Asylverfahrens ist, wo der Flüchtling das erste Mal das Hoheitsgebiet der Europäischen Union betreten hat. Ausnahmen gibt es, wenn sich bereits Familienmitglieder in EU-Mitgliedsstaaten aufhalten, bei unbegleiteten minderjährigen Flüchtlingen, wenn eine Aufenthaltsberechtigung für einen anderen Mitgliedsstaat besteht, etc. oder Österreich von seinem Selbsteintrittsrecht Gebrauch macht (Vgl. Schumacher, S.; Peyrl, J.; Neugschwendtner, T., 2012, S.245ff). Kritisiert wird an der Dublin-Verordnung, dass sie von der – nachweislich falschen – Prämisse ausgeht, dass die rechtlichen Rahmenbedingungen als auch die Versorgungslage von Asylsuchenden in allen EU-Mitgliedsstaaten vergleichbar wären (Vgl. Ammer, M.; Kronsteiner, R.; Schaffler, Y.; Kurz, B.; Kremla, M., 2013, S.179ff, 202). Flüchtlinge versuchen deshalb meist in bestimmte Zielländer zu gelan-

gen. Dies gelingt jedoch nicht immer, z.B. wenn sie in einem Transitland innerhalb der EU erkennungsdienstlich behandelt werden. Das bedeutet, dass Personendaten sowie Fingerabdrücke registriert und in dem europaweiten Datennetzwerk EURO-DAC abgespeichert werden. Asylbehörden aller EU-Mitgliedsstaaten können auf dieses Netzwerk zugreifen und so feststellen, über welche Länder die Person eingereist ist.

Bei einem Folgeantrag (neuerlicher Asylantrag nach einem bereits rechtskräftig negativ abgeschlossenen Asylverfahren) wird geprüft, ob sich der maßgebliche Sachverhalt seit der letzten Entscheidung verändert hat oder ob der Antrag wegen unterschiedener Sache zurück zu weisen ist.

Ab dem Zeitpunkt der Antragstellung verfügen Asylwerber über ein vorübergehendes Aufenthaltsrecht bis zum Abschluss ihres Asylverfahrens. In der ersten Woche nach der Antragstellung dürfen Flüchtlinge die Erstaufnahmestellen nicht verlassen. Nach dieser ersten Woche bis zum Abschluss des Zulassungsverfahrens besteht eine Gebietsbeschränkung für den Bezirk der jeweiligen Erstaufnahmestelle. Auf die besonderen Bedürfnisse von „Opfern von Gewalt“ (Terminus des Gesetzestextes) wird lediglich in §30 Asylgesetz Bezug genommen. Dieser ist jedoch äußerst restriktiv. Er bestimmt, dass der Antrag auf internationalen Schutz (Asylantrag) im Zulassungsverfahren inhaltlich nicht negativ entschieden werden darf (also nicht abgewiesen), wenn mit hoher Wahrscheinlichkeit davon auszugehen ist, dass

- die asylsuchende Person durch Folter oder durch ein gleichwertiges Ereignis an einer belastungsabhängigen krankheitswertigen psychischen Störung leidet,
- die sie hindert, ihre Interessen im Verfahren wahrzunehmen
- oder die Gefahr eines Dauerschadens oder von Spätfolgen darstellt.

Diese Einschränkung führt dazu, dass die Bestimmung nur auf äußerst wenige Betroffene von Gewalt anwendbar ist. Sie greift insofern auch zu kurz, als dass die rechtliche Möglichkeit, einen Asylantrag bereits im Asylverfahren inhaltlich abzuweisen, in der Praxis kaum eine Rolle spielt. Eine zurückweisende Entscheidung wegen der Zuständigkeit eines anderen EU-Mitgliedsstaates ist trotzdem möglich. Österreich muss jedoch von seinem „Selbsteintrittsrecht“ Gebrauch machen, wenn die Überstellung in den zuständigen Mitgliedsstaat im Einzelfall die ernsthafte Gefahr einer unmenschlichen Behandlung (Artikel 3 der Europäischen Menschenrechtskonvention, i.d.F. EMRK) mit sich brächte. Die Rechtsprechung des Europäischen Gerichtshofs für Menschenrechte ist jedoch äußerst streng. Die nationale Rechtsprechung orientiert sich an dieser, sodass diese Regelung in der Praxis äußerst selten angewandt wird (Vgl. Ammer, M.; Kronsteiner, R.; Schaffler, Y.; Kurz, B.; Kremla, M., 2013, S.192ff).

Das Zulassungsverfahren endet mit einer Zulassungsentscheidung. Das nunmehr inhaltliche Asylverfahren wird in den Bundesämtern für Fremdenwesen und Asyl in

den Bundesländern fortgesetzt. Die Asylwerber werden zur Grundversorgung (Unterkunft, Lebensmittelversorgung, Versicherung etc.) in die Bundesländer zugewiesen. Gegen eine zurückweisende Entscheidung, die immer mit der Ausweisung in ein anderes Land verbunden ist, kann das Rechtsmittel der Beschwerde ergriffen werden (Vgl. Schumacher, S.; Peyrl, J.; Neugschwendtner, T., 2012, S.244ff). Der Instanzenzug ist derselbe wie unter Punkt 0.3.2.4 beschrieben. Einer Beschwerde kommt die aufschiebende Wirkung, d.h. negative Entscheidungen dürfen bis zum rechtskräftigen Abschluss des Beschwerdeverfahrens noch nicht vollzogen werden, nicht automatisch zu. Deshalb kann es noch im laufenden Beschwerdeverfahren zu Zurückschiebungen in andere EU-Mitgliedsstaaten kommen (Vgl. ebenda, S.403f, 451).

3.4.2. Das inhaltliche Asylverfahren

Es erfolgt eine neuerliche Einvernahme, in welcher Asylwerber ausführlich zu ihren Fluchtgründen befragt werden. Wesentlich für die Asylgewährung ist der Begriff der „Verfolgung“. Er beschreibt einen ungerechtfertigten Eingriff von erheblicher Intensität, der vom Staat ausgeht bzw. von Dritten. Verfolgung durch Dritte ist dann asylrelevant, wenn der Staat nicht willens bzw. in der Lage ist, die betroffene Person vor Verfolgungshandlungen zu schützen. Diese Gefahr der Verfolgung muss aktuell sein und es darf keine innerstaatliche Fluchtalternative bestehen. Eine innerstaatliche Fluchtalternative wird z.B. angenommen, wenn die Asylwerberin durch Übersiedlung in einen anderen Landesteil der Verfolgung entgehen könnte (Vgl. Schumacher, S.; Peyrl, J.; Neugschwendtner, T., 2012, S. 215ff). Im Asylverfahren gelten andere Verfahrensregeln als z.B. im Strafrecht. Aus nachvollziehbaren Gründen können oftmals keine eindeutigen Beweise vorgelegt werden. Vielmehr müssen Betroffene die Verfolgungsgefahr glaubhaft machen. Das bedeutet, sie müssen die Behörde davon überzeugen, dass die vorgebrachten Tatsachen mit maßgeblicher Wahrscheinlichkeit der Realität entsprechen (Vgl. Ammer, M.; Kronsteiner, R.; Schaffler, Y.; Kurz, B.; Kremla, M., 2013, S.240ff). Eine besondere Regelung gibt es in Hinblick auf die Einvernahme von „*Opfern von Eingriffen in die sexuelle Selbstbestimmung*“ (Terminus des Gesetzestexts). Gemäß §20 Asylgesetz sind sie von Einvernahmeleiterinnen desselben Geschlechts einzuvernehmen, außer sie wünschen etwas anderes. Diese Regelung wird auch hinsichtlich des Geschlechts der Dolmetscher angewandt. Das Bundesamt für Fremdenwesen und Asyl entscheidet schriftlich per Bescheid. In seiner Entscheidung hat es über drei Fragen zu entscheiden:

1. Ist die Person Flüchtling im Sinne der GFK?
2. Ist ihr der Status als subsidiär Schutzberechtigter zuzuerkennen?
3. Ist eine Rückkehrentscheidung zulässig?

3.4.2.1. Ist die Asylwerberin Flüchtling im Sinne der Genfer Flüchtlingskonvention?

Wenn ja, so ist ihr der Status des Flüchtlings zuzuerkennen (Asylanerkennung). Praktische Beispiele insbesondere in Bezug auf Betroffene von sexualisierter Gewalt sind frauenspezifische Fluchtgründe (Verfolgung aufgrund der Zugehörigkeit zu einer bestimmten sozialen Gruppe). Hierzu zählen Zwangsverheiratung, Ehrenmord, Blutrache, Genitalverstümmelung (FGM), von gesellschaftlichen Konventionen abweichende Frauen (z.B. westlich orientierte Frauen in Afghanistan, Iran, Irak), Zwangsabtreibung/-sterilisation (z.B. Tibet, China), „korrigierende Vergewaltigungen“ (Südafrika), Homosexualität etc.. Wenn es z.B. im Rahmen politischer Verfolgung zu sexualisierter Gewalt wie etwa sexueller Folter kam, steht bei der Anerkennung die politische Orientierung im Vordergrund (Vgl. Schumacher, S.; Peyrl, J.; Neugschwendtner, T., 2012, S. 224).

3.4.2.2. Ist subsidiärer Schutz zuzuerkennen?

Wenn der Betroffenen Asyl nicht zuerkannt wird, ist zu prüfen, ob die Abschiebung in den Herkunftsstaat zulässig ist (sog. Refoulementprüfung). Asylsuchende dürfen nicht in einen Staat abgeschoben werden, in dem ihr Leben oder ihre körperliche Integrität bedroht ist. Dies insbesondere weil sie dort Gefahr laufen würden, einer unmenschlichen oder erniedrigenden Behandlung oder Strafe (Artikel 2 und 3 EMRK) oder der Todesstrafe (6. und 13. Zusatzprotokoll zur EMRK) unterworfen zu werden. Dies inkludiert auch die Gefahr, als Zivilperson einer ernsthaften Bedrohung des Lebens oder der körperlichen Unversehrtheit infolge willkürlicher Gewalt im Rahmen eines internationalen oder innerstaatlichen Konflikts ausgesetzt zu sein. In diesen Fällen ist Betroffenen „subsidiärer Schutz“ zu gewähren. Praktische Beispiele sind z.B. Bürgerkrieg im Herkunftsland oder wenn Betroffene an einer schwerwiegenden (physischen und/oder psychischen) Erkrankung leiden, die im Herkunftsland nicht behandelbar ist (Vgl. Schumacher, S.; Peyrl, J.; Neugschwendtner, T., 2012, S. 260, 390ff).

3.4.2.3. Ist eine Rückkehrentscheidung zulässig?

Wenn der Antrag sowohl in Bezug auf die Zuerkennung des Asylstatus als auch in Hinblick auf die Gewährung subsidiären Schutzes abgewiesen wird, ist zu prüfen, ob eine „Rückkehrentscheidung“ zulässig ist. Eine Rückkehrentscheidung bedeutet die Verpflichtung zur Ausreise aus dem Bundesgebiet, welche zwangsweise durch Abschiebung durchgesetzt werden kann. Nicht zulässig ist eine Rückkehrentscheidung, wenn dadurch das Recht des Betroffenen auf Privat- und Familienleben (Art.8

EMRK) verletzt wird. Dies liegt insbesondere dann vor, wenn Asylverfahren mehrere Jahre dauern und die Betroffenen sich vorbildlich integrieren. Das bedeutet, dass Asylsuchende die deutsche Sprache gelernt haben, ein schützenswertes Familienleben in Österreich begründet haben und zahlreiche private Verbindungen innerhalb Österreichs bestehen. In diesen Fällen wird entschieden, dass eine Rückkehrentscheidung auf Dauer unzulässig ist und Betroffene erhalten einen Aufenthaltstitel (Vgl. Schumacher, S.; Peyrl, J.; Neugschwendtner, T., 2012, S. 260, 172ff; bzw. neu seit 1.1.2014 §55 Asylgesetz). Seit dem 1.1.2014 gibt es weitere Regelungen für besonders berücksichtigungswürdige Fälle (§56 Asylgesetz). Diese beziehen sich auf Menschen, die sich schon sehr lange im Bundesgebiet aufhalten und ausgezeichnet integriert sind. Ebenso geregelt sind nun die Sonderfälle, in denen Betroffene eine „Aufenthaltsberechtigung besonderer Schutz“ (§57 Asylgesetz) erhalten. Dies ist vorgesehen für Personen, die Opfer von Gewalt in der Familie, Zeugen oder Opfer von Menschenhandel (Termini des Gesetzestextes) sind, oder bereits seit mehr als einem Jahr geduldet sind (Vgl. Neugschwendtner, T., 2014, S31ff).

3.4.2.4. Das Beschwerdeverfahren

Wenn alle oder einer dieser Punkte negativ beschieden wird (z.B. wird subsidiärer Schutz gewährt, Asyl jedoch abgelehnt) kann das „Rechtsmittel der Beschwerde“ ergriffen werden. Dieser kommt die aufschiebende Wirkung zu. Gemäß §18 BFA-Verfahrensgesetz kann sie nur unter bestimmten Voraussetzungen aberkannt werden. Das Verfahren wird vor dem Bundesverwaltungsgericht weiter geführt.

Bei Opfern von Eingriffen in die sexuelle Selbstbestimmung ist gemäß §20 Asylgesetz eine Verhandlung vor einer RichterIn desselben Geschlechts zu führen, außer die Asylwerberin wünscht etwas anderes. An sich handelt es sich bei den Verhandlungen um öffentliche Verhandlungen. Gemäß §20 Asylgesetz kann auf Wunsch der Betroffenen die Öffentlichkeit von einer Verhandlung ausgeschlossen werden.

Sollte auch das Bundesverwaltungsgericht (BVwG) negativ entscheiden, ist eine Revision an das Verwaltungsgericht oder eine außerordentliche Beschwerde an den Verfassungsgerichtshof möglich. Die Höchstgerichte entscheiden jedoch nicht in der Sache selbst. Sie heben die Entscheidung des BVwG gegebenenfalls auf und verweisen das Verfahren unter Hinweis auf den Aufhebungsgrund zur neuerlichen Entscheidung an das BVwG zurück (Vgl. Neugschwendtner, T., 2014, S.42).

3.4.2.5. Perspektiven

Eine Asylanerkennung geht einher mit einer unbefristeten Aufenthaltsberechtigung für Österreich. Sozialrechtlich sind anerkannte Konventionsflüchtlinge Österreichern

weitestgehend gleich gestellt. Asyl kann nur aberkannt werden, wenn die Person besonders schwere Verbrechen begeht, ihren Lebensmittelpunkt in ein anderes Land verlegt, freiwillig in ihr Herkunftsland zurückkehrt oder der Grund für die Asylzuerkennung wegfällt (Vgl. §7 Asylgesetz).

Menschen, denen der Status der subsidiär Schutzberechtigten zuerkannt wurde, erhalten zuerst eine befristete Aufenthaltsberechtigung für ein Jahr. Diese kann bei weiterem Vorliegen der Gründe, die zur Zuerkennung des Status geführt haben, jeweils um zwei weitere Jahre verlängert werden. Nach 5 Jahren ist ein Umstieg auf den Aufenthaltstitel „Daueraufenthalt-EU“ möglich, der eine unbefristete Aufenthaltsberechtigung darstellt. Sozialrechtlich bestehen gewisse Nachteile gegenüber Asylberechtigten, z.B. in Bezug auf den Zugang zu Familienleistungen sowie sozialem Wohnbau. Eine Aberkennung ist möglich in denselben Fallkonstellationen wie bei anerkannten Flüchtlingen. Jedoch sind bereits geringere Verbrechen relevant (Vgl. §§8, 9 Asylgesetz).

Personen, deren Rückkehr einen Eingriff in ihr Recht auf Privat- und Familienleben darstellen würde (§55 AsylG.), die eine Aufenthaltsberechtigung besonders berücksichtigungswürdiger Fall (§56AsylG.) oder einen Aufenthaltstitel besonderer Schutz (§57AsylG.) erhalten, können nach einem Jahr auf einen Aufenthaltstitel nach dem Niederlassungs- und Aufenthaltsrecht umsteigen. Auch sie können in weiterer Folge auf einen „Daueraufenthalt-EU“ umsteigen.

Wer eine rechtskräftige Rückkehrentscheidung erhalten hat, kann nur noch unter besonderen Voraussetzungen einen Antrag auf eine Aufenthaltsberechtigung (Vgl. §§55,56,57 AsylG.) stellen. Nach einer negativen Entscheidung werden abgewiesene Asylsuchende dazu aufgefordert, das Bundesgebiet innerhalb von 14 Tagen zu verlassen. Wird dieser Aufforderung nicht entsprochen, kann die Behörde zur Durchsetzung der Rückkehrentscheidung auch Zwangsmaßnahmen ergreifen (Schubhaft bzw. Abschiebung). In manchen Fällen ist eine Abschiebung aus faktischen Gründen, die nicht dem Betroffenen zuzurechnen sind, nicht möglich. Meist ist dies der Fall, wenn das Herkunftsland die Ausstellung von Dokumenten verweigert, die für eine Abschiebung notwendig wären. Dann sollte der Aufenthalt der abgewiesenen Asylwerber amtswegig geduldet werden (Aufenthaltstitel „Duldung“, vgl. § 46a Fremdenpolizeigesetz).

3.5. Problemfelder in der Praxis

In der Praxis zeigt sich, dass die besondere Situation von Betroffenen von (sexualisierter) Gewalt, die vielfach Erkrankungen aus dem Traumaspektrum aufweisen, nicht ausreichend berücksichtigt wird. Im Folgenden soll auf die wichtigsten Punkte eingegangen werden.

3.5.1. Identifizierung von Betroffenen von Gewalt

Im Asylgesetz selbst findet sich keine Definition, welche Personen als Opfer von Gewalt anzusehen sind. Auch der Begriff Traumatisierung wird rechtlich weder verbindlich definiert, noch im österreichischen Recht überhaupt verwendet. Inwiefern für Gewaltbetroffene und/oder traumatisierte Asylsuchende besondere Verfahrensgarantien zu tragen kämen, wird nicht ausgeführt. §20 Asylgesetz bezieht sich auf Opfer von Eingriffen in die sexuelle Selbstbestimmung, beinhaltet jedoch ebenso keine nähere Definition des Terminus. §30 Asylgesetz bezieht sich nur auf Asylsuchende, die „eine belastungsabhängige krankheitswertige psychische Störung aufweisen, die sie daran hindern, ihre Interessen im Verfahren wahrzunehmen“. Es handelt sich um eine einschränkende Regelung, die für viele Gewaltbetroffene keine Anwendung findet (Vgl. Ammer, M.; Kronsteiner, R.; Schaffler, Y.; Kurz, B.; Kremla, M., 2013, S.30f,213ff).

Im österreichischen Recht finden sich im strafrechtlichen Kontext Definitionen für Opfer von Gewalt wie z.B. im Verbrechensofergesetz oder im Strafgesetzbuch bzw. Strafprozessrecht. Diese sind in der Regel auf Asylsuchende jedoch nicht anwendbar. Asylsuchende haben aufgrund dessen auch keinen Anspruch auf ein Äquivalent zur Prozessbegleitung im Asylverfahren (zur Prozessbegleitung siehe Artikel „Migrantinnen als Betroffene sexualisierter Gewalt“) (Vgl. Ammer, M.; Kronsteiner, R.; Schaffler, Y.; Kurz, B.; Kremla, M., 2013, S.23).

Das „Istanbul-Protokoll“ ist ein Manual für internationale Mindeststandards für die Untersuchung und Dokumentation von Folter und anderen Formen von Gewalt. Es richtet sich an verschiedene Berufsgruppen, die potentiell mit Betroffenen in Kontakt kommen können wie z.B. Ärzte, Psychologinnen, Juristen, Beamte und NGO-Mitarbeiterinnen. Es ist in Österreich wenig bekannt und spielt im Asylverfahren bis dato keine Rolle, obwohl es eine wichtige Orientierungshilfe bietet. So enthält das Protokoll Richtlinien für die Befragung von Betroffenen, Standards für den Nachweis physischer oder psychischer Folgen von Folter und Gewalt sowie Richtlinien für die psychologische Untersuchung Betroffener (Vgl. ebenda S.210f). Die Autorinnen der psychotherapeutischen und juristischen Studie Krieg und Folter im Asylverfahren kommen zu der ausdrücklichen Empfehlung, dass es Maßnahmen sowohl im legislativen als auch im praktischen Bereich bedarf, um Opfer von Gewalt auch als solche zu identifizieren. Insbesondere Schulungen und Trainings der Entscheidungsfinder, verpflichtende Beiziehung von Experten bei Anzeichen von Folter bzw. Gewalt sowie eine Implementierung des Istanbul-Protokolls als Referenzrahmen für psychologische und ärztliche Untersuchungen, Gesprächsführung mit Betroffenen etc. sollte stattfinden. Eine Schulung der Beamten sowie Richterinnen ist nicht nur notwendig, damit diese Anzeichen einer Traumatisierung erkennen können bzw. mit Symptomen einer PTBS (Posttraumatische Belastungsstörung) vertraut sind. Diese wäre auch wichtig, um ihre Gesprächsführung (Verhandlungsführung) entsprechend anzu-

passen sowie ihre Aufmerksamkeit hinsichtlich eigener unbewusster Reaktionen zu schulen. Aus den analysierten Fällen geht hervor, dass Entscheidungsfinder - trotz bereits vorgebrachter Traumatisierung der Betroffenen - teilweise zu Detailerzählungen auffordern, konfrontativ befragen oder bohrende Nachfragen stellen, was potentiell retraumatisierend wirken kann. In anderen Fällen reagieren sie auf das Vorbringen von Folter und anderen Traumata scheinbar gar nicht oder gehen nicht darauf ein. Häufig kommt es zu Vermeidungsverhalten seitens der Einvernahmeleiter bzw. Richterinnen, z.B. wird spontan das Thema gewechselt, wenn Betroffene beginnen von erlebten Gewalterfahrungen zu sprechen. Teilweise kam es auch zu Abwehrreaktionen wie Abspaltungen, Abwertung der Betroffenen oder Intellektualisierung. Auch Phänomene der Gegenübertragung wurden aus den Fallanalysen ersichtlich. Übertragungen, Gegenübertragungen und auch Abwehr finden in allen menschlichen Interaktionen und so auch zwischen den Beteiligten in einem Asylverfahren statt. Eine Reflexion dieser Mechanismen mit professioneller Unterstützung (Supervision) seitens der Entscheiderinnen im Asylverfahren wäre, auch in Hinblick auf deren eigene Psychohygiene, äußerst wünschenswert. Die Möglichkeit, Supervision in Anspruch zu nehmen, sollte darüber hinaus auch für Dolmetscher bestehen (Vgl. ebenda, S.55, 69f, 77ff, 90, 97ff, 100, 119f, 124f, 162, 263, 350ff).

Mangelnde Schulungen sowie fehlende interne Richtlinien hinsichtlich des Umgangs z.B. mit Frauen, die sexualisierte Gewalterfahrungen angegeben haben, führten in der Praxis zu logisch kaum nachvollziehbaren Unterschieden in der Entscheidungspraxis verschiedener Senate. Der bis Ende 2013 tätige Asylgerichtshof entschied jeweils in Senaten zu je zwei Richtern. 2014 wurde er abgelöst durch das Bundesverwaltungsgericht, wo Einzelrichter die Entscheidungen treffen. Zwei Senate des ehemaligen Asylgerichtshofs waren für die Bearbeitung der Asylverfahren von Frauen, die aus der Russischen Föderation stammen und angaben, sexualisierte Gewalt erlebt zu haben, zuständig. Die Fluchtvorbringen waren ähnlich bis gleich gelagert. Ein Senat gewährte nie Asyl, die Atmosphäre in den Verhandlungen wurde von Rechtsvertreterinnen als äußerst angespannt beschrieben, die Richterinnen als streng wahrgenommen. Der andere Senat kam hingegen in 25% der bearbeiteten Fälle zu einer positiven Entscheidung, was die Vermutung nahe legt, dass die Richterinnen der betroffenen Senate andere Maßstäbe in Hinblick auf die Glaubhaftmachung von Zeugenaussagen von betroffenen sexualisierter Gewalt (siehe hierzu auch 0.4.3) anwenden. Auf diese Untersuchung hingewiesen erklärte der damalige Präsident des Asylgerichtshofes, eine spezielle Schulung der Richterinnen, die Fälle von Betroffenen sexualisierter Gewalt bearbeiteten (sowie dies bei Strafrichtern der Fall ist), sei nicht notwendig. Man verfüge über langjährige Erfahrung im Umgang mit traumatisierten Asylsuchenden und die Richter seien in ihrer Beweiswürdigung frei (Vgl. Brickner, I., Ruep, S., 2013). Inwiefern sich die Arbeit des seit 2014 tätigen Bundesverwaltungsgerichts von je-

ner des Asylgerichtshofs qualitativ unterscheidet, bleibt abzuwarten. Bis dato liegen noch keine Untersuchungen hierzu vor.

3.5.2. Rechtliche Beratung und Vertretung

Asylsuchende befinden sich in einer äußerst vulnerablen Situation, da sie sich mit einem komplexen Asylverfahren konfrontiert sehen. Sie sind mit den rechtlichen Rahmenbedingungen nicht vertraut, die deutsche (Behörden)Sprache verstehen sie (zumindest am Beginn) nicht und sie sind vielfach aufgrund erlittener Gewalterfahrungen traumatisiert. Umso wichtiger ist eine kompetente rechtliche Beratung. Sie hilft Betroffenen, sich im Asylverfahren zurecht zu finden, die für eine mögliche Asylanerkennung relevanten Aspekte entsprechend darlegen zu können und ihre (Verfahrens-) Rechte geltend machen zu können (Vgl. UNHCR Büro Österreich, 2013, S.7, 52).

Verstärkt wird diese Situation durch häufige Novellen im Bereich der Asylgesetzgebung. Sie führt zu einer Überforderung bzw. Rechtsunsicherheit, da sich kaum gesicherte Behördenpraxis sowie Rechtsprechung herausbilden kann (Vgl. Schumacher, S.; Peyrl, J.; Neugschwendtner, T., 2012, S.15f).

Seit der Asylgesetz-Novelle 2003 werden Asylsuchenden in den Erstaufnahmestellen „Rechtsberater“ zur Seite gestellt. Diese führen in von der Behörde bereit gestellten Räumlichkeiten innerhalb des Areals der Erstaufnahmestellen Beratungen durch und übernehmen und auch die rechtliche Vertretung unbegleiteter minderjähriger Flüchtlinge. Durch die Umsetzung der EU-Asylverfahrensrichtlinie sowie einer Erkenntnis (Gerichtsurteil) des Verfassungsgerichtshofs wurde 2011 eine kostenlose Rechtsberatung im zweitinstanzlichen Asylverfahren gesetzlich verankert. Diese Aufgabe wurde seitens des zuständigen Ministeriums für Inneres ausgeschrieben und letztlich an die Arbeitsgemeinschaft (i.d.F. ARGE) Rechtsberatung (Diakonie und Volkshilfe) sowie den Verein Menschenrechte Österreich (i.d.F. VMÖ) vergeben (Vgl. UNHCR Büro Österreich, 2013, S.11f).

Die Vergabe an den VMÖ wurde seitens mehrerer Menschenrechtsorganisationen kritisiert, da der Verein bis dato ausschließlich Rückkehrberatung sowie Schubhaftbetreuung angeboten hatte. Zudem wird die Unabhängigkeit des Vereins in Frage gestellt, da er fast ausschließlich durch das Bundesministerium für Inneres finanziert wird (Vgl. Pferschinger, S., 2011, S.61ff sowie Meinhart, E., 2013). Unabhängig von einem staatlichen Auftrag bietet zudem die Caritas in allen Bundesländern rechtliche Beratung für Asylsuchende an. Weiter existieren in allen Bundesländern kleine Vereine und NGOS, die Beratungsleistungen anbieten (Vgl. UNHCR Büro Österreich, 2013, S.11). Aus einer Erhebung der Qualitätsstandards der Rechtsberatung in Österreich geht hervor, dass für die Beratung insbesondere im Zulassungsverfahren zu wenig Zeit vorhanden bzw. eingeplant ist. Im zugelassenen inhaltlichen Verfahren

vor dem Bundesamt für Fremdenwesen und Asyl ist gesetzlich ausschließlich „beratende Unterstützung“ vorgesehen. Oft sind Asylsuchende nicht hinreichend darüber informiert, dass sie (auch nach Zulassung des Verfahrens und der Zuweisung zu einer Unterkunft in den Bundesländern) Beratungen bei Rechtsberatern in den Außenstellen der Bundesasylämter in Anspruch nehmen können. Hier spielt auch die Erreichbarkeit, der fehlende Reisekostenersatz sowie der Umstand, dass die Beratungen in den Räumlichkeiten der Behörde stattfinden (weshalb ein gewisses Misstrauen vorherrscht) eine Rolle.

Wenn Asylsuchende einen negativen Bescheid bekommen, wird ihnen eine der Rechtsberatungsorganisationen (ARGE Rechtsberatung oder VMÖ) zugewiesen, welche in der Regel eine Beschwerde verfasst. Inwieweit darüber hinaus Betreuung und Beratung stattfinden, wird von den Organisationen unterschiedlich gehandhabt. Auffallend sind die qualitativen Unterschiede der Arbeit der ARGE Rechtsberatung und des VMÖ. Dies zeigt sich z.B. bei der Qualifikation sowie Schulung der Beraterinnen, der Beiziehung professioneller Dolmetscher und dem Umfang der Betreuung außerhalb des Verfassens einer Beschwerde.

Generell kritisch anzumerken ist, dass keine kontinuierliche Rechtsberatung von der Asylantragstellung bis zum Verfahrensende vorgesehen ist. Den Aussagen der Asylsuchenden im erstinstanzlichen Verfahren wird verstärkte Glaubwürdigkeit geschenkt bzw. besteht im Beschwerdeverfahren teilweise ein Neuerungsverbot. Dennoch wird in diesem Verfahrensstadium nur eingeschränkt rechtliche Beratung und Unterstützung angeboten. Bei Folgeanträgen besteht die Möglichkeit einer kostenlosen Rechtsberatung in der Regel nicht.

Besondere Bestimmungen für Asylsuchende, die Eingriffe in die sexuelle Selbstbestimmung geltend machen, gibt es nicht. Sinnvoll wäre eine analoge Regelung zu §20 Asylgesetz, sodass die betroffene Asylwerberin Leistungen einer Rechtsberaterin sowie einer Dolmetscherin desselben Geschlechts in Anspruch nehmen kann (außer anderes ist gewünscht). Ebenso wäre es notwendig, dass bei geflohenen Familien, die einzelnen (mündigen) Mitglieder darüber informiert werden, dass sie getrennt voneinander rechtliche Beratung in Anspruch nehmen können. Von sexualisierter Gewalt betroffene Eheleute haben ihre Erfahrungen vielfach vor ihren Ehepartnern/Familienmitgliedern geheim gehalten. Es kann auch der Ehepartner/ Familienangehörige der bzw. ein möglicher Täter sein. Demnach bräuchte es ein geschütztes Setting, um dies ansprechen bzw. etwaige Konsequenzen für das Asylverfahren besprechen zu können. Generell wäre eine bessere Abstimmung auf die individuellen Bedürfnisse im Einzelfall notwendig sowie eine realistische Kostenabgeltung seitens des zuständigen Innenministeriums (Vgl. UNHCR Büro Österreich, 2013, S. 21f, 25, 7f, 40f, 46f, 49, 55 sowie eigene Erfahrungen der Autorin).

3.5.3. Glaubhaftmachung und individuelle Glaubwürdigkeit

Asylsuchende müssen ihre Verfolgung nicht beweisen, sondern diese glaubhaft machen. Asylsuchende sollen eine zusammenhängende Darstellung aller Gründe, die für die Feststellung der Flüchtlingseigenschaft wesentlich sind, geben und diesbezügliche Fragen umfassend beantworten. Wenn möglich sollen zur Untermauerung Beweismittel wie Dokumente, Fotos, Filmmaterial etc. vorgebracht werden. Die Behörde hat relevante Herkunftsländerinformationen mit einzubeziehen und soll die individuelle Lage und persönliche Umstände berücksichtigen. Bereits erlittene Verfolgung stellt ein wichtiges Indiz für das Vorliegen wohlbegründeter Furcht dar. Deshalb haben Expertenberichte über das Vorliegen von Folter- und Misshandlungsspuren einen wichtigen Beweischarakter. Von Expertinnen kritisiert wird die Tatsache, dass - auch für Opfer von Gewalt - so eine Beweislastverschiebung zu Lasten der Asylsuchenden entsteht. Zudem kommt den Angaben in den Einvernahmen in der Erstaufnahmestelle verstärkte „Glaubwürdigkeit“ zu. Insbesondere in Hinblick auf Betroffene (sexualisierter) Gewalt ist dies problematisch. Für sie ist es äußerst schwierig, von Anfang an offen und umfassend über erlittene Gewalterfahrungen zu sprechen. Hinzu kommt, dass die Erstbefragungen von (uniformierten) Polizisten durchgeführt werden. Insbesondere für Betroffene staatlicher Verfolgung stellt das eine enorme Herausforderung dar. Auch die Tatsache, dass Dolmetscher teilweise in der Sprache der Hegemonie übersetzen, kann in manchen Fällen problematisch sein, z.B. wenn eine betroffene Tschetschenin auf Russisch befragt wird (Vgl. Ammer, M.; Kronsteiner, R.; Schaffler, Y.; Kurz, B.; Kremla, M., 2013, S.167, 187, 240ff, 248).

Eine wesentliche Rolle spielt die individuelle Glaubwürdigkeit der Asylsuchenden bzw. ihrer Aussagen. Vielfach können vorgebrachte Tatsachen nicht durch eindeutige Bescheinigungen belegt werden. Internationale Normen zur Feststellung der Glaubwürdigkeit fehlen, sodass Staaten diese Verfahren vergleichsweise frei ausgestalten können. Der Fokus liegt zumeist auf dem mündlichen Vorbringen. Dieses soll sinnvoll und plausibel sein und den allgemein bekannten Tatsachen (insbesondere Informationen über das Herkunftsland) nicht widersprechen. Es muss ausreichend substantiiert sein, d.h. es müssen konkrete und detaillierte Angaben über Erlebnisse gemacht werden. Die Aussagen müssen vor den verschiedenen Instanzen im Wesentlichen gleichbleibend und ohne Widersprüche sein. D.h. es wird (unhinterfragt) davon ausgegangen, dass Flüchtlinge ihre Geschichte jederzeit ohne Widersprüche und stets gleich präsentieren können. Diese Annahme wurde bereits durch diverse medizinische und psychologische Studien widerlegt. Die Tatsache, dass zwischen einer ersten Einvernahme und späteren Verhandlungen vor der zweiten Instanz mitunter Jahre liegen können, wird nicht berücksichtigt. Asylbehörden stellen auch auf nonverbale Faktoren ab (z.B. Vermeidung von Blickkontakt, Lächeln), wobei der kulturelle Hintergrund oder das Geschlecht jedoch meist unberücksichtigt bleibt.

Insbesondere Betroffene von Gewalt, die an psychischen Erkrankungen leiden, haben häufig Probleme, sich genau zu erinnern, Details wiederzugeben oder Abläufe chronologisch richtig wiederzugeben. Traumatisierte können oft überhaupt nur in eingeschränktem Maße zusammenhängend und kohärent über ihre Erlebnisse berichten (Vgl. Ammer, M.; Kronsteiner, R.; Schaffler, Y.; Kurz, B.; Kremmla, M., 2013, S.240ff, 250ff). Sabine von Hinckeldey und Gottfried Fischer beschreiben in ihrem Buch *Psychotraumatologie der Gedächtnisleistung* wie Traumata das Erinnerungsvermögen beeinflussen und welche Implikationen sich daraus in Hinblick auf die Glaubhaftigkeitsbeurteilung von Zeugenaussagen ergeben. Sie kommen zu dem Schluss, dass es Modifikationen der aussagepsychologischen Kriterien bei der Begutachtung von Traumapatienten bedarf (Vgl. Hinckeldey, S.; Fischer, G., 2002, S.166ff). Eine Berücksichtigung dieses Faktums in der Praxis der Behörden bzw. Gerichte hat bisher jedoch nur in unzureichendem Maß stattgefunden. Dies obwohl aufgrund völker- und verfassungsrechtlicher Vorgaben psychische Erkrankungen zu berücksichtigen sind, d.h. dass sie in die Würdigung des Fluchtvorbringens einzufließen haben. Die Autorinnen der Studie *Folter und Krieg im Asylverfahren* konnten im Rahmen ihrer Fallanalysen folgende bedenkliche Auffälligkeiten herausfiltern:

- Fehlen klarer Feststellungen zum psychischen Gesundheitszustand trotz Vorliegens medizinischer, psychologischer oder psychotherapeutischer Expertinnenberichte. Psychische Beeinträchtigungen werden bei der Glaubwürdigkeitsprüfung in der Folge nicht berücksichtigt.
- Es gibt Feststellungen hinsichtlich vorhandener psychischer Erkrankungen. Diese werden jedoch in der Beurteilung der Glaubwürdigkeit nicht berücksichtigt.
- Hinsichtlich vorgebrachter Folterungen fehlen konkrete Feststellungen bzw. ob diese mit vorgebrachten Folterverletzungen bzw. -narben übereinstimmen. Entsprechende Untersuchungen werden auch nicht in die Wege geleitet.
- Feststellungen zum Gesundheitszustand sind nicht immer nachvollziehbar, z.B. wenn behördlich beauftragten Sachverständigengutachten ohne stichhaltige Begründung mehr Glaubwürdigkeit geschenkt wird als privat beigebrachten Expertinnenmeinungen. An dieser Stelle muss auch auf die oft mangelhafte Qualität der Gutachten hingewiesen werden, die von diversen Experten kritisiert wird. Auch Fälle, in denen allein aufgrund der Aussage der Asylsuchenden, sie seien gesund, von ihrer Gesundheit ausgegangen wird, obwohl gegenteilige Expertenmeinungen vorliegen, sind keine Seltenheit. Hier wäre die nicht immer vorhandene Krankheitseinsicht traumatisierter Menschen zu berücksichtigen.
- Teilweise stellen Asylbehörden bzw. Gerichte selbst die psychische Gesundheit bzw. Beeinträchtigung der Asylsuchenden fest. Dabei ist davon auszugehen, dass den Entscheiderinnen die hierfür notwendige Fachexpertise fehlt.

- Das Faktum einer psychischen Erkrankung wird nur in Hinblick auf die Gewährung subsidiären Schutzes als relevant erachtet und fließt nicht in die Glaubwürdigkeitsprüfung mit ein.
- Gutachter überschreiten ihren Auftrag, nämlich der Feststellung, ob eine psychische Beeinträchtigung vorliegt. Darüber hinaus tätigen sie Aussagen hinsichtlich der Glaubwürdigkeit der Asylsuchenden (Vgl. Ammer, M.; Kronsteiner, R.; Schaffler, Y.; Kurz, B.; Kremla, M., 2013, S.221ff,234,355ff).

3.5.4. Grundversorgung und psychosoziale Betreuung

Seit 2004 gibt es für sogenannte hilfs- und schutzbedürftige Fremde (Menschen, die nicht die österreichische Staatsbürgerschaft besitzen mit Ausnahme von Staatsbürgern aus EU-Mitgliedsländern) das System der „Grundversorgung“. Es gilt für Asylsuchende ab dem Zeitpunkt der Antragstellung bis zu einer rechtskräftigen negativen Entscheidung. In einzelnen Bundesländern wie z.B. Wien wird sie auch danach weiter gewährt. In den Erstaufnahmestellen ist der Bund für die Grundversorgung zuständig. Nach der Zulassung des Asylverfahrens in Österreich werden die Asylsuchenden nach einem Quotenschlüssel einem Bundesland zugewiesen (Vgl. Ammer, M.; Kronsteiner, R.; Schaffler, Y.; Kurz, B.; Kremla, M., 2013, S.313). Die Versorgung und Unterbringung ist in den Bundesländern jeweils in eigenen Ländergesetzen geregelt. Deshalb kommt es trotz eines vorgegebenen einheitlichen Mindestleistungskatalogs in der Vollzugspraxis zu erheblichen Unterschieden (Vgl. Rosenberger, S., Hg., 2010, S. 272ff).

Das Asylwesen in Österreich erfuhr Anfang 2014 eine systematische Umstellung. Der Gesetzgeber richtete die Bundesämter für Fremdenwesen und Asyl ein, die die vormaligen Bundesasylämter ersetzen. Die neu eingerichteten Ämter erhielten auch einige neue Kompetenzen, die früher bei der Fremdenpolizei angesiedelt gewesen waren. An Stelle des aufgelösten Asylgerichtshofes trat das Bundesverwaltungsgericht. Die amtliche Umwälzung führte insgesamt zu erheblichen Verzögerungen bei der Bearbeitung von Asylverfahren. Dies liegt an dem offensichtlich schlecht vorbereiteten Wechsel, technischen Gebrechen sowie einem Mangel an Mitarbeitern. Trotz einer kaum gestiegenen Anzahl an Asylanträgen waren in der Erstaufnahmestelle Traiskirchen im Juli schließlich fast drei Mal so viele Asylsuchende untergebracht, wie eigentlich vorgesehen, da viel zu wenige Entscheidungen im Zulassungsverfahren getroffen wurden. Deshalb erließ der zuständige Landeshauptmann von Niederösterreich einen Aufnahmestopp für die Erstaufnahmestelle in Traiskirchen. Asylsuchende sollen behelfsmäßig in Kasernen untergebracht werden. Dies hängt auch damit zusammen, dass mehrere Bundesländer ihre Aufnahmequoten für Asylsuchende nicht erfüllen. Darum mangelt es an Betreuungsplätzen für Grundversorgte. Wie lange es dauert, bis die genannten Missstände beseitigt sind, ist derzeit noch nicht

absehbar (Vgl. Meinhart, E., 2014, sowie Profil Online, 2014, sowie Kurier Online, 2014).

Grundversorgung wird gewährt in sogenannten organisierten Unterkünften, in denen entweder Vollverpflegung oder Essensgeld angeboten wird, oder in privaten Unterkünften durch Auszahlung einer Geldleistung. Darüber hinaus besteht ein Versicherungsschutz. Die meisten Grundversorgten wohnen in organisierten Unterkünften. Diese werden von Hilfsorganisationen wie z.B. Caritas oder Diakonie bereit gestellt, oder Asylsuchende werden in Gasthöfen oder Pensionen untergebracht. Viele Betreiber von Gasthöfen und Pensionen, die dauerhaft zu wenig ausgelastet sind, haben sich zur Aufnahme von Flüchtlingen entschlossen. Seitens der Länder wird dies jeweils mit Pauschalbeträgen abgegolten. Diese Gasthöfe und Pensionen befinden sich teilweise in sehr abgeschiedenen Gegenden. In Bezug auf medizinische sowie psychosoziale Versorgung oder den Besuch von Deutschkursen ist das problematisch, da Reisekosten nicht abgegolten werden. D.h. Asylsuchende müssen diese von ihrem monatlichen „Taschengeld“ in der Höhe von 40€ bestreiten. Privat wohnende Asylsuchende können Mietbeihilfe in Höhe von 110€ (Einzelpersonen) bzw. 220€ (Familien) bekommen. Darüber hinaus können sie Verpflegungsgeld in Höhe von 180€ (Erwachsene) oder 80€ (Kinder) pro Monat beziehen. Erhöhte Beträge sind lediglich für unbegleitete minderjährige Flüchtlinge vorgesehen.

2013 deckten Journalisten der Plattform Dossier erhebliche Missstände, insbesondere in Unterkünften in Pensionen und Gasthöfen auf. Teilweise wurden menschenunwürdige bis hin zu gesundheitsgefährdenden Umständen wie z.B. akuter Schimmelfall nachgewiesen. Fremdenfeindlichkeit und Ausgrenzung belasteten Asylsuchende besonders. Entsprechende Anzeigen von Hilfsorganisationen waren davor seitens der zuständigen Landespolitiker vielfach ignoriert worden (Plattform Dossier, 2014). Auch in Bezug auf die Grundversorgung mangelt es an einem Screeningverfahren, um Betroffene schwerer Gewalt, psychisch Kranke und somit besonders vulnerable Asylsuchende zu identifizieren und bei deren Unterbringung auf ihre besonderen Bedürfnisse Rücksicht zu nehmen. So passiert es nach wie vor, dass Asylsuchende trotz medizinischen, psychotherapeutischen oder psychiatrischen Behandlungsbedarfs in abgelegenen Quartieren untergebracht werden. Dieser Umstand kann zu einer Verschlechterung des Gesundheitszustandes der Betroffenen führen. Für alleinstehende Frauen und Mädchen gibt es in manchen Bundesländern sowie in den Erstaufnahmestellen eigene Wohnhäuser bzw. Wohngemeinschaften, die z.B. Betroffenen von sexualisierter Gewalt mehr Sicherheitsgefühl vermitteln können.

Asylsuchende werden in der jeweiligen Gebietskrankenkasse der Länder, in denen sie untergebracht sind, versichert. Nur in Wien erhalten Grundversorgte seit 2011 sogenannte e-Cards, die die Inanspruchnahme von Versicherungsleistungen erleichtern. In allen anderen Bundesländern müssen sich Asylsuchende bei der jeweiligen Gebietskrankenkasse pro Quartal und Arzt Krankenscheine holen, was eine weitere Hür-

de darstellt. Spezielle Behandlungszentren für traumatisierte bzw. psychisch kranke Asylsuchende gibt es mit Ausnahme von Vorarlberg in jeder Landeshauptstadt. Diese sind ausnahmslos überlastet, man muss auf frei werdende Therapieplätze oft monatelang warten. Niedergelassene Therapeutinnen stellen für Asylsuchende keine Option dar, da es kaum Therapeutinnen gibt, die die notwendigen Sprachkenntnisse mitbringen. Zudem müsste eine Therapie vorfinanziert werden, erst nachträglich kann um Kostenrefundierung angesucht werden. Im psychiatrischen Bereich gibt es erst zwei inter- bzw. transkulturelle Ambulanzen in Wien und in Linz. Sie sind als Spezialambulanzen sowie Schnittstellen zum Regelversorgungssystem konzipiert. Das allgemeine Gesundheitssystem ist auf die Bedürfnisse Asylsuchender kaum eingestellt. Die Sprachbarriere stellt die größte Hürde dar, zudem es auch an qualifizierten Dolmetscherinnen fehlt. Besonders prekär ist die Situation für Asylsuchende, die aus dem System der Grundversorgung herausfallen. Neben finanziellen Ansprüchen verlieren sie auch ihren Versicherungsschutz. Dies passiert regelmäßig, wenn sie z.B. das ihnen zugewiesene Quartier verlassen und in ein anderes Bundesland ziehen.

Der Zugang zum Arbeitsmarkt ist für Asylsuchende generell rigide eingeschränkt. Das trägt dazu bei, dass die oft jahrelangen Wartezeiten auf eine Entscheidung als besonders belastend erlebt werden (Vgl. Ammer, M.; Kronsteiner, R.; Schaffler, Y.; Kurz, B.; Kremla, M., 2013, 315-329). Vielfach werden gerade diese Wartezeiten als (re)traumatisierend erlebt. Betroffene erleben sich als äußerst fremdbestimmt (erzwungene Passivität). Sie können weder ihr Verfahren beschleunigen, noch die Rahmenbedingungen ihres Lebens wesentlich beeinflussen.

Der teils verkomplizierte Zugang zu psychosozialer Hilfe birgt das Risiko einer Chronifizierung bzw. Verschlechterung der Traumasymptomatik. Insbesondere nicht verarbeitete Traumata wiederum können jedoch im Sinne einer möglichen transgenerationalen Weitergabe in den folgenden Generationen weiter wirken (Vgl. Tambke, K., 2010, S.95ff).

Hinzu kommt der in Österreich nach wie vor weit verbreitete Rassismus in verschiedenen Ausformungen, der von staatlichen als auch privaten Akteuren ausgeht. Er erschwert es Betroffenen, in Österreich ein Gefühl der Sicherheit aufzubauen und trägt zur Ausgrenzung Asylsuchender bei (Vgl. ZARA – Zivilcourage und Anti-Rassismus-Arbeit, 2014, S.11, 21ff, 31ff, 46ff).

3.6. Empfehlungen für die Zukunft

Um Betroffenen von Gewalt ihren Bedürfnissen entsprechend gerecht zu werden bzw. auch im Asylverfahren auf ihre erlebten Erfahrungen Rücksicht nehmen zu können, bedürfte es eines entsprechenden Screeningverfahrens. Dieses müsste geeignet sein, Betroffene von (sexualisierter) Gewalt zu identifizieren. Eine dementsprechende

Identifizierung müsste im Asylverfahren sowohl in Bezug auf das Zulassungs- auch als auf das inhaltliche Verfahren berücksichtigt werden. Ebenso müsste der Umstand auch entsprechende Beachtung im Rahmen der Zuteilung zur Grundversorgung in den Bundesländern finden.

Eine Anhebung der seit 2004 nicht wertangepassten Geldleistungen wäre vonnöten, um Asylsuchende nicht noch mehr zu marginalisieren und vom gesellschaftlichen Leben auszuschließen. Fahrtkosten, um notwendige medizinische als auch psychologische Hilfe in Anspruch zu nehmen, müssten übernommen werden. Weiter sollte die Aufnahme einer geregelten Beschäftigung bzw. Arbeit ermöglicht werden. Insbesondere für traumatisierte Asylsuchende kann eine sinnvolle Beschäftigung rehabilitativ wirken, da sich Betroffene wieder als selbstbestimmt bzw. selbstwirksam erfahren können. Auf rechtlicher Ebene ist eine Implementierung des Istanbul-Protokolls als Rahmen für den Umgang mit Betroffenen von Folter und anderen Gewalttaten zu empfehlen. Insbesondere sollten Schulungen sowie Supervision für Beamte sowie Richterinnen im Asylverfahren verbindlich eingerichtet werden. Dies dient der Fürsorge gegenüber den verantwortlichen Entscheiderinnen und den Asylsuchenden.

Auch wenn die Wahrheitsfindung in der Praxis vielfach eine Gratwanderung darstellt, sollten traumaspezifische Verhaltensmuster wie z.B. Verdrängung berücksichtigt werden. Gerade dieser Abwehrmechanismus erlaubt es Betroffenen mit den Traumata zu überleben, bis sie sich mit diesem auseinandersetzen können.

Dem Wort Asyl, das ursprünglich aus dem Griechischen stammt und einen sicheren Zufluchtsort beschreibt, wird die Situation Asylsuchender in Österreich noch nicht gerecht. Asylsuchende befinden sich während eines Asylverfahrens in einer äußerst prekären Situation. Auch Menschen, die von Expertinnen bereits als Betroffene von extremer Gewalt identifiziert sind, können sich nicht sicher sein, in Österreich ein Aufenthaltsrecht zu bekommen.

Es bleibt abzuwarten, ob die Umsetzung der EU-Richtlinien zu Standards des Verfahrens, der Anerkennung sowie der Aufnahme von Asylsuchenden in österreichisches Recht bis Juli 2015 sowie die entsprechende Behördenpraxis effektive Verbesserungen auch für Betroffene von (sexualisierter) Gewalt mit sich bringt (Vgl. Bundesministerium für Inneres, 2013 sowie Einzenberger, B., 2013).

3.7. Literatur

Amesberger, H.; Auer, K.; Halbmayr, B. (2007) Sexualisierte Gewalt. Weibliche Erfahrungen in NS-Konzentrationslagern. Wien.

Ammer, M.; Kronsteiner, R.; Schaffler, Y.; Kurz, B.; Kremla, M. (2013) Krieg und Folter im Asylverfahren. Eine psychotherapeutische und juristische Studie. Wien, Graz.

Becker, D. (2006) Die Erfindung des Traumas. Verflochtene Geschichten. Berlin.

- Brickner, I.; Ruep, S. (2013) Asylsenat gewährte nie Asyl. Online verfügbar: <http://dersstandard.at/1360681309944/Asylsenat-gewaehrte-niemals-Asyl> [9.8.2014]
- Bundesministerium für Inneres (2013) Asylwesen. Europäische Entwicklungen. Online verfügbar: http://www.bmi.gv.at/cms/BMI_Asylwesen/eu_entwicklung/start.aspx [14.7.2014]
- Bundesministerium für Inneres (2014a) Asylstatistik 2013. Online verfügbar: http://www.bmi.gv.at/cms/BMI_Asylwesen/statistik/files/Asylstatistik_Jahresstatistik_2013.pdf [8.7.2014]
- Bundesministerium für Inneres (2014b) Vorläufige Asylstatistik. Juni 2014. Online verfügbar: http://www.bmi.gv.at/cms/BMI_Asylwesen/statistik/files/2014/Asylstatistik_Juni_2014.pdf [9.8.2014]
- Einzenberger, B. (2013) Frauenspezifische Aspekte im Asylsystem. Vortrag im Rahmen des Asylforums am 4.11.2013.
- European Asylum Support Office (2014) Annual Report. Situation of Asylum in the European Union. Online verfügbar: <http://www.bfa.gv.at/files/berichte/EASO%20AR%20final.pdf> [8.7.2014]
- European Country of Origin Network, 2014. Online verfügbar: <http://www.ecoi.net/> [13.7.2014]
- Fischer, G.; Riedesser, P. (2009) Lehrbuch der Psychotraumatologie. München.
- Friedmann, A. (Hg.).(2004) Psychotrauma. Die Posttraumatische Belastungsstörung. Wien.
- Gahleitner, S. (2005) Neue Bindungen wagen. Beziehungsorientierte Therapie bei sexueller Traumatisierung. München.
- Gröschel, C. (2008) Traumatisierung durch Krieg, Flucht und Migration. Der Stellenwert der Psychologie im Umgang mit Betroffenen. Stuttgart.
- Heinrich Böll Stiftung (2010) Sexualisierte Gewalt gegen Männer und Jungen: Die UN-Sicherheitsratsresolutionen 1325, 1820 und 1888. Online verfügbar: <http://www.gwi-boell.de/de/2011/01/17/sexualisierte-gewalt-gegen-m%C3%A4nner-und-jungen-die-un-sicherheitsratsresolutionen-1325-1820> [12.7.2014]
- Hinckeldey, S.; Fischer, G. (2002) Psychotraumatologie der Gedächtnisleistung. Diagnostik, Begutachtung und Therapie traumatischer Erinnerungen. München.
- Jork, K.; Peseschkian, H. (Hg.).(2003) Salutogenese und Positive Psychotherapie. Gesund werden – gesund bleiben. Bern.
- Kühner, A. (2002) Kollektive Traumata. Eine Bestandsaufnahme. Berlin.
- Kurier Online (2014) Aufnahmestopp in Traiskirchen ab Mittwoch. Online verfügbar: <http://kurier.at/politik/inland/fluechtlingspolitik-asyl-aufnahmestopp-in-traiskirchen-ab-mittwoch/77.379.151> [9.8.2014]
- Medica mondiale e.V. (Hg.) (2004) Sexualisierte Kriegsgewalt und ihre Folgen. Handbuch zur Unterstützung traumatisierter Frauen in verschiedenen Arbeitsfeldern. Frankfurt am Main.
- Meinhart, E. (2013) Blackboxkampf: Die Diakonie steht unter Betrugsverdacht. Online verfügbar: <http://www.profil.at/articles/1310/560/353982/blackboxkampf-die-diakonie-betrugsverdacht> [11.7.2014]

- Meinhart, E. (2014) Im neuen Bundesamt für Fremdenwesen und Asyl herrscht Stillstand. Online verfügbar: <http://www.profil.at/articles/1431/980/377072/im-bundesaamt-fremdenrecht-asyl-stillstand> [9.8.2014]
- Milborn, C. (2009) Weibliche Genitalverstümmelung in Europa. (S.114-130) In : Sauer, B., Strasser, S. (Hg.) (2009) Zwangsfreiheiten. Multikulturalität und Feminismus. Wien.
- Neugschwendtner, T. (2014) Update Fremdenrecht. Schulung der Asylkoordination Österreich am 12.6.2014. Wien.
- Perras, A. (2012) Die unaussprechliche Katastrophe. Vergewaltigung von Männern in Krisengebieten. Online verfügbar: <http://www.sueddeutsche.de/panorama/vergewaltigung-von-maennern-in-kriegsgebieten-die-unaussprechliche-katastrophe-1.1255767> [13.7.2014]
- Pferschinger, S. (2011) Unabhängige Rechtsberatung von AsylwerberInnen in Österreich? Online Verfügbar: http://othes.univie.ac.at/15660/1/2011-08-08_0403433.pdf [11.7.2014]
- Plattform Dossier (2014) Asyl. Online verfügbar: <http://www.dossier.at/asyl/> [12.8.2014]
- Profil Online (2014) Asyl: Mikl-Leitner stellt Ultimatum an säumige Bundesländer. Online verfügbar: <http://www.profil.at/articles/1429/980/376779/asyl-mikl-leitner-ultimatum-bundeslaender> [9.8.2014]
- Reddemann, L.; Dehner-Rau, C. (2008) Trauma. Folgen erkennen, überwinden und an ihnen wachsen. Stuttgart.
- Rosenberger, S. (Hg.) (2010) Asylpolitik in Österreich. Unterbringung im Fokus. Wien.
- Schumacher, S.; Peyrl, J.; Neugschwendtner, T. (2012) Ratgeber Fremdenrecht. Asyl. Ausländerbeschäftigung. Einbürgerung. Einwanderung. Verwaltungsverfahren. Wien.
- Tambke, K. (2010) Transgenerationale Weitergabe traumatischer Erfahrungen kriegs- und vertreibungsbelasteter Kindheiten unter Berücksichtigung nationalsozialistisch geprägter Erziehung und deren Bedeutung für die heutige Familienberatung. Oldenburg. Online verfügbar: http://www.bkge.de/download/Tambke-Transgenerationale_Weitergabe_traumatischer_Erfahrungen_kriegs-_und_vertreibungsbelasteter_Kindheiten.pdf [16.7.2014]
- UNHCR. (1951) Abkommen über die Rechtsstellung der Flüchtlinge. Online verfügbar: http://www.unhcr.at/fileadmin/user_upload/dokumente/03_profil_begriffe/genfer_fluechtlingskonvention/Genfer_Fluechtlingskonvention_und_New_Yorker_Protokoll.pdf [1.7.2014]
- UNHCR Büro Österreich. (2013) Erhebung zu Qualitätsstandards der Rechtsberatung im österreichischen Asylverfahren. Online verfügbar: http://www.unhcr.de/fileadmin/rechtsinfos/fluechtlingsrecht/4_oesterreich/4_2_asyl_positionen/4_2_4_positionen_ab_2011/UNHCR-Rechtsberatungs-Monitoring.pdf [9.7.2014]
- UNHCR Büro Österreich. (2014) Resettlement. Online verfügbar: <http://www.unhcr.at/?id=189> [9.8.2014]
- ZARA – Zivilcourage und Anti-Rassismus-Arbeit (2014) Rassismus Report 2013. Einzelfall-Bericht über rassistische Übergriffe und Strukturen in Österreich. Online verfügbar: http://www.zara.or.at/_wp/wp-content/uploads/2014/03/ZARA_RR_2013_webversion_fin2.pdf [14.7.2014]

Gesetzestexte

Asylgesetz 2005 (in der geltenden Fassung vom 1.1.2014)

Bundesamt für Fremdenwesen und Asyl-Verfahrensgesetz (in der geltenden Fassung vom 1.1.2014)

Fremdenpolizeigesetz 2005 (in der geltenden Fassung vom 1.1.2014)

4. Migrantinnen in Österreich als Betroffene von sexualisierter Gewalt

Elisabeth Petermichl

In diesem Artikel soll auf die Situation von Betroffenen von - insbesondere sexualisierter - Gewalt, die als Migranten in Österreich leben, eingegangen werden. Der Fokus liegt hierbei auf Gewalterfahrungen, die in Österreich gemacht werden. Neben statistischen Daten werden die rechtlichen Rahmenbedingungen abgesteckt. Um aktuelle Problemfelder aus der Praxis aufgreifen zu können, wurden Expertinneninterviews mit insgesamt 5 Beraterinnen aus verschiedenen Opferschutzeinrichtungen geführt. 3 von ihnen betreuen weibliche Gewaltbetroffene, ein Berater männliche Betroffene und eine Beraterin weibliche Gewaltbetroffene sowie Kinder und Jugendliche.

Die Termini Betroffene sowie sexualisierte Gewalt werden analog zu den Darstellungen im Artikel über Betroffene als Flüchtlinge in Österreich verwendet. Als „Migranten“ bezeichnet die UNO jene Personen, die den Ort ihres gewöhnlichen Aufenthalts verlassen, und sich an einem anderen Ort in einem anderen Staat niederlassen (Vgl. Perchinig, B., 2010, S.13). Im österreichischen Recht gelten all jene Menschen als Migranten, die sich nicht nur vorübergehend im Bundesgebiet aufhalten, sondern sich hier dauerhaft niederlassen. Das bedeutet, sie verlegen ihren Lebensmittelpunkt nach Österreich (Vgl. Schumacher, S.; Peyrl, J.; Neugschwendtner, T., 2012, S.41ff). Laut österreichischem Recht gelten all jene Menschen als „Fremde“ (Terminus des Gesetzestexts), die nicht die österreichische Staatsbürgerschaft besitzen, staatenlos sind oder deren Staatsangehörigkeit nicht geklärt ist (Vgl. Niederlassungs- und Aufenthaltsgesetz, §2 Abs.1 Ziffer 1, sowie Statistik Austria, 2014, S.23). Wesentliche Unterschiede bestehen zwischen den Regelungen, die die Zuwanderung von Staatsbürgern anderer EU/EWR-Mitgliedsstaaten sowie Schwei-

zern bzw. sogenannten Drittstaatsangehörigen regeln. Als „Drittstaatsangehörige“ werden jene Menschen bezeichnet, die weder die österreichische Staatsbürgerschaft, noch die Staatsbürgerschaft eines EWR-Mitgliedsstaates oder der Schweiz haben. Das österreichische Recht trennt strikt zwischen unfreiwilliger Flucht und gewollter Migration. Für beide Bereiche gelten größtenteils unterschiedliche Gesetzesmaterien und andere Behördenzuständigkeiten. In Hinblick auf die Situation von Asylwerberinnen in Österreich sei auf den entsprechenden eigenen Beitrag in Rahmen dieses Buches verwiesen.

Aufgrund der Komplexität der Thematik muss auf eine Darstellung der Voraussetzungen und Rahmenbedingungen für die Zuwanderung nach Österreich an dieser Stelle verzichtet werden. Für eine genaue Auseinandersetzung kann der *Ratgeber Fremdenrecht* empfohlen werden.

Grundlegende Informationen finden Sie auch auf der Homepage

<http://www.migration.gv.at/>.

Der Themenkomplex des grenzüberschreitenden Frauenhandels in Verbindung mit erzwungener Prostitution kann an dieser Stelle nicht aufgegriffen werden. Aufgrund der Komplexität der Thematik bedürfte es einer eigenen Auseinandersetzung¹. Auch die Thematik der Genitalverstümmelung (Female Genital Mutilation, FGM) kann hier nicht besprochen werden².

4.1. Migrantinnen in Österreich

In Österreich leben 8.374.800 Menschen, von denen 19,4% einen Migrationshintergrund haben. 14,3 % von ihnen sind Migranten der ersten Generation, d.h. sie sind selbst noch im Ausland geboren und nach Österreich zugewandert. 5,13% sind Migrantinnen der zweiten Generation, d.h. sie sind in Österreich geborene Nachkommen von Eltern mit ausländischem Geburtsort. Die größten Gruppen der in Österreich lebenden Migrantinnen (gereiht nach deren zahlenmäßiger Größe) stammen aus Deutschland (15,5% der Migranten³), der Türkei (10,8%), Serbien (10,5%), Bosnien und Herzegowina (8,5%), Kroatien (5,8%), Rumänien (5,6%), Polen (4,7%), Ungarn

¹Hierfür kann folgende Literatur empfohlen werden: Interkultüres Forschungsnetzwerk Kultur und Konflikt der Alpen-Adria-Universität Klagenfurt (Hg.) (2009) Frauenhandel in Österreich. Kulturwissenschaftliche Aspekte. Klagenfurt. Kreutzer, M., Milborn, C. (2008) Ware Frau. Auf den Spuren moderner Sklaverei von Afrika nach Europa. Salzburg. IBF – Interventionsstelle für Betroffene von Frauenhandel: <http://www.lefoe.at/index.php/ibf.html>

²Interessierten können folgende Quellen empfohlen werden: Milborn, C. (2009) Weibliche Genitalverstümmelung in Europa. (S.114-130) In: Sauer, B., Strasser, S. (Hg.)(2009) Zwangsfreiheiten. Multikulturalität und Feminismus. Wien2. Österreichische Plattform gegen weibliche Genitalverstümmelung: <http://www.stopfgm.net>

³Gerundet jeweils auf eine Kommastelle

(4,3%), der Russischen Föderation (2,7%), Slowakei (2,7%), Italien (1,9%), Mazedonien (1,9%), dem Kosovo (1,9%), Bulgarien (1,5%), Afghanistan (1,3%), Slowenien (1%), der Tschechischen Republik (1%), China (1%), Großbritannien und Nordirland (0,9%) und dem Iran (0,7%).

Seit den 1960er Jahren hat sich die Anzahl der in Österreich lebenden Migrantinnen von 1,4% auf 8% in den 1990er Jahren bis zum aktuellen Stand von 12,5% der Gesamtbevölkerung hin entwickelt. Seit dem Beitritt Österreichs zur Europäischen Union 1995 hat sich vor allem die Zuwanderung aus Mitgliedsstaaten der EU/EWR erhöht. Zu beachten ist, dass es sich hierbei um offizielle Zahlen handelt. Wie hoch die Zahl jener ist, die z.B. nach Ablauf eines Visums in Österreich bleiben, oder von Unionsbürger, die ihren Aufenthalt in Österreich nicht offiziell dokumentieren (zusätzlich zur Wohnsitzanmeldung), ist nicht bekannt. Aktuell stammen zwei Fünftel der Migranten aus EU bzw. EWR-Mitgliedsstaaten oder der Schweiz. Statistisch gesehen bleibt die Hälfte der Zuwanderer nicht länger als fünf Jahre in Österreich. Dieser Wert ist vor allem bedingt durch die unterdurchschnittliche Aufenthaltsdauer von Migrantinnen aus EU/EWR-Mitgliedsstaaten. Der Aufenthaltsstatus von Drittstaatsangehörigen ist zu 5% ein vorübergehender Aufenthaltstitel, zu 25% handelt es sich um befristete Niederlassungen und 53% verfügen bereits über einen unbefristeten Aufenthaltstitel. 3% sind Asylwerberinnen während eines laufenden Asylverfahrens. Die restlichen 14% sind anerkannte Flüchtlinge, Saisoniers und Menschen mit sonstigen Aufenthaltstiteln. 41% der Bevölkerung mit Migrationshintergrund haben sich bereits eingebürgert und sind nun österreichische Staatsangehörige (Vgl. Statistik Austria, 2014, S.9, 24, 26, 27, 39). Die österreichische Staatsangehörigkeit kann nur durch Geburt oder Verleihung erworben werden. Der Erwerb durch Geburt setzt voraus, dass zumindest ein Elternteil die österreichische Staatsbürgerschaft besitzt. Die Verleihung der Staatsbürgerschaft ist in der Regel nach 10 Jahren, unter bestimmten Voraussetzungen bereits nach 6 Jahren möglich. Regelmäßig wird verlangt, die bisherige Staatsangehörigkeit abzulegen. Zudem sind eine Reihe von Erteilungsvoraussetzungen zu erfüllen wie z.B. ein gesicherter Lebensunterhalt, strafrechtliche Unbescholtenheit, ausreichende Deutschkenntnisse, Bezahlung der anfallenden Gebühren sowie die positive Absolvierung eines Tests. Dieser Test umfasst Grundkenntnisse hinsichtlich der demokratischen Ordnung Österreichs, der Geschichte des Landes sowie des jeweiligen Bundeslandes, in dem man seinen Wohnsitz hat (Vgl. Staatsbürgerschaftsgesetz §§10,10a,11,11a ff).

Wie auch viele andere europäische Länder hat sich Österreich in den letzten Jahrzehnten zu einem Einwanderungsland entwickelt. Das Zusammenleben verschiedener Menschen aus verschiedenen Ländern und Kulturen stellt eine Gesellschaft regelmäßig vor neue Herausforderungen. Dieser gilt es sich bewusst zu werden und Umgangsformen zu entwickeln.

4.2. Gewaltbetroffenheit in Österreich

2011 veröffentlichte das österreichische Institut für Familienforschung eine umfangreiche Prävalenzstudie zu Gewalt an Frauen und Männern in Österreich. Sie erforscht die Gewaltbetroffenheit in der österreichischen Gesamtgesellschaft. Abgefragt wurden psychische sowie physische Gewalterfahrungen, erlebte sexuelle Belästigung und sexualisierte Gewalt im Laufe ihres Lebens.

Es zeigten sich klare geschlechtsspezifische Unterschiede im Gewalterleben von Frauen und Männern. Frauen erfahren häufiger Gewalt als Männer und dies in allen Formen. Eine Ausnahme ist körperliche Gewalt, derartige Übergriffe werden von Männern etwas häufiger angegeben. Frauen erleben eine stärkere Viktimisierung, empfinden die Gewalterfahrungen als bedrohlicher und erleben häufiger eine Kombination der Gewaltformen. So schildert jede fünfte Frau alle vier Gewaltformen erlebt zu haben, jedoch nur jeder zwanzigste Mann (innerhalb der Gruppe der gewaltbetroffenen Personen).

Auch in Bezug auf die Lebensbereiche, in denen es zu Übergriffen kommt, zeigen sich geschlechtsspezifische Unterschiede. Männer erfahren z.B. körperliche Gewalt öfter an öffentlichen Plätzen. Frauen erfahren Gewalt häufiger in der eigenen Wohnung oder in Wohnungen anderer. Die Täter sind dem sozialen Nahraum zuzuordnen. Ein Ort, an dem sexuelle Belästigung stattfindet, ist bei Frauen auch oft der Arbeitsplatz. Frauen sind insgesamt häufiger von systematischer Misshandlung durch Partner im Erwachsenenleben betroffen. Das äußert sich in der Überschneidung sowie Verbindung verschiedener Gewaltformen.

Drei Viertel der betroffenen Frauen berichten von sexueller Belästigung, jedoch nur etwa ein Viertel der Männer. Wenn es um sexualisierte Gewalterfahrungen im engeren Sinne geht, so wurden diese von 29,5% der gewaltbetroffenen Frauen und 8,8% der gewaltbetroffenen Männer geschildert. Erfasst wurden auch Fälle, in denen es gegen den Willen der Betroffenen zu sexuellem Eindringen kam. Diese Erfahrungen standen bei Frauen mehrheitlich in Verbindung mit anderen Gewaltformen und führten wesentlich häufiger zu körperlichen Folgen - wie diversen Verletzungen bis hin zu Fehlgeburten - als bei Männern (Vgl. Österreichisches Institut für Familienforschung, 2011, S.30,59, 60,80,102, 111).

Auch die Befragung hinsichtlich der Inanspruchnahme von Hilfsangeboten brachte aufschlussreiche Ergebnisse. Am stärksten wurden medizinische Hilfe sowie Unterstützung durch eine Beratungsstelle oder eine Therapeutin in Anspruch genommen. Am seltensten wurden Kriseneinrichtungen kontaktiert. Diese werden am ehesten von Frauen, die körperliche Gewalt erfahren haben, aufgesucht (6,5%). Am häufigsten wurden Hilfsangebote sowohl von Frauen als auch Männern bei körperlicher Gewalt in Anspruch genommen. Frauen mit zunehmendem Lebensalter suchen fast alle Hilfseinrichtungen öfter auf als jüngere Frauen. Eine derartige Entwicklung ist

bei Männern nicht erkennbar. Generell fällt es Frauen leichter, Hilfsangebote in Anspruch zu nehmen. Sowohl bei Frauen als auch Männern zeigt sich, dass Personen mit Pflichtschulabschluss, Lehrabschluss oder Fachschulabschluss am stärksten Gebrauch von unterschiedlichen Hilfsangeboten machen. Personen, die über einen Studienabschluss verfügen, wenden sich am häufigsten an Beratungsstellen oder therapeutische Einrichtungen (Vgl. Österreichisches Institut für Familienforschung, 2011, S. 204ff).

Derzeit liegt keine bundesweite Erhebung vor, die den Zusammenhang zwischen Migration und Gewaltbetroffenheit näher unter die Lupe nimmt. 2007 wurde jedoch in Deutschland eine derartige Repräsentativuntersuchung an Frauen aus drei unterschiedlichen Herkunftsregionen – Deutschland, der Türkei und der ehemaligen Sowjetunion - publiziert, deren Ergebnisse zumindest tendenziell auf Österreich umlegbar sind. Deshalb werden im Folgenden nun die zentralen Ergebnisse dieser Studie kurz erörtert.

Insgesamt gaben 42% der Befragten an, seit ihrem 16.Lebensjahr psychische Gewalt erlebt zu haben. Diskriminierungen aufgrund des Geschlechts, Alters oder der Herkunft gaben 21% bzw. 22% der Frauen mit Migrationshintergrund an, jedoch nur 9% der deutschen Frauen. Hier kann davon ausgegangen werden, dass es sich in hohem Maße um Diskriminierungen aufgrund des ethnischen Hintergrunds handelt. Bei Frauen türkischer Herkunft nahm psychische Gewalt häufiger bedrohlichere Formen an. Diese Gruppe gaben auch häufiger an, durch ihren Partner und/oder andere Familienmitglieder psychische Gewalt zu erleben und zudem in einer höheren Frequenz (Vgl. Schröttle, M.; Khelaifat, N., 2007, S. 60ff).

45% der Frauen türkischer Herkunft gaben an, seit dem 16.Lebensjahr von körperlicher Gewalt betroffen zu sein. Frauen aus der ehem. Sowjetunion waren zu 40% betroffen und Frauen deutscher Herkunft zu 38%. Bei allen drei Gruppen wurde die Gewalt überwiegend durch den eigenen Partner verübt, am häufigsten bei Frauen türkischer Herkunft. Bei gewaltbetroffenen Frauen türkischer Herkunft wurden insgesamt höhere gesundheitliche und psychische Belastungen festgestellt. Die Autorinnen vermuten, dass dies in Verbindung mit der höheren Gewaltintensität als auch der engeren Täter-Opfer-Beziehung steht (Vgl. ebenda S. 46ff).

Das Thema „sexualisierte Gewalt“ in Paarbeziehungen wird in unterschiedlichen ethnischen und sozialen Bevölkerungsgruppen, auch abhängig von Alter und Geschlecht, unterschiedlich stark tabuisiert. Das kann zu einer Untererfassung dieser Form der Gewalt bei einigen Bevölkerungsgruppen führen. Hinweise hierzu tauchten auch in der Untersuchung selbst auf. Von sexueller Belästigung waren Frauen aus Deutschland zu 60% betroffen, Frauen mit türkischer Herkunft zu 50% und Frauen aus der ehem. Sowjetunion zu 54%. Es ergaben sich jedoch keine Hinweise auf Unterschiede in den Schweregraden sexueller Belästigung.

Befragt nach ungewollten sexuellen Handlungen unter psychisch-moralischem Druck seit dem 16. Lebensjahr gaben 42,5% der Frauen türkischer Herkunft an, sich nicht getraut zu haben, ihren Unwillen zu zeigen. Frauen aus Deutschland gaben dies zu 37% an und Frauen aus der ehem. Sowjetunion zu 17%. Sexuelle Handlungen gegen den Willen der Frauen wurden von Frauen deutscher und türkischer Herkunft zu 12-13% erlebt, von Frauen aus der ehem. Sowjetunion zu 18%. Signifikante Unterschiede ergaben sich in der Altersgruppe der Frauen unter 35 Jahren. Frauen aus der ehem. Sowjetunion waren doppelt so oft (23%) von sexualisierter Gewalt betroffen wie Frauen deutscher bzw. türkischer Herkunft (11% bzw. 12%). Auch hier zeigt sich eine Tendenz zu Mehrfachbetroffenheit und häufigeren Verletzungsfolgen bei Frauen türkischer Herkunft. Dies korrespondiert mit einer höheren Rate von Tätern aus dem engsten sozialen Nahraum (zumeist Partner). Frauen aus den Ländern der ehem. Sowjetunion erlebten vergleichsweise häufiger sexualisierte Gewalt durch kaum oder nicht bekannte Personen. Mit Blick auf die erlebte sexualisierte Gewalt gaben vier von fünf Frauen psychische Folgebeschwerden an. Sichtbar wurde eine höhere psychische Belastung infolge sexualisierter Gewalt bei Frauen mit türkischer Herkunft. Die Autorinnen vermuten, dass kulturelle Aspekte der Bewertung und Verarbeitung von sexualisierter Gewalt sowie mangelnde Unterstützung im sozialen Umfeld eine Rolle spielen. Weiter wird davon ausgegangen, dass es sich häufiger um Gewalt seitens des Partners handelt. Diese geht in der Regel mit einer höheren Frequenz und verstärkten Schwierigkeiten der Beendigung der Gewalt einher. Eine innere Abgrenzung der Frauen von Tat und Tätern ist so erschwert im Vergleich zu „Fremdtätern“. Besonders schwer wiegt auch der erlebte Vertrauensverlust. Es konnte auch eindeutig erhoben werden, dass sexualisierte Gewalt sich noch stärker negativ auf den körperlichen und psychischen Gesundheitszustand der Frauen auswirkt als körperliche Gewalt (Vgl. ebenda, S.50ff).

Insgesamt gaben 25% der Befragten an, mindestens einmal Gewalt durch ihren aktuellen oder früheren Partner erlebt zu haben. Bei Gewalt durch Partner liegt der Anteil der Betroffenen, die mehrfach Gewalt erlebten sowie der Anteil von Frauen mit Verletzungsfolgen, deutlich höher (>60%). Frauen türkischer Herkunft erlebten signifikant häufiger körperliche und/oder sexualisierte Gewalt durch ihren Partner (37%) als die anderen Untersuchungsgruppen (26% bzw. 27%). Die erlebte Gewalt war zudem massiver und höher frequentiert (Vgl. ebenda, S.63ff).

Die Autorinnen der Studie kommen zu dem Schluss, dass berufliche und soziale Förderung, unabhängige ökonomische Absicherung sowie psychosoziale Unterstützung im Kontext von Trennung und Scheidung eine zentrale Voraussetzung für die Reduktion der Gewaltbelastung für Frauen mit und ohne Migrationshintergrund darstellt (Vgl. ebenda, S.88ff).

Es kann demnach davon ausgegangen werden, dass Migrantinnen abhängig von ihrer Herkunftsregion häufiger von Gewalt betroffen sind. Mehrere Faktoren spielen hier

eine Rolle: der sozioökonomische Status, die Bildung und traditionelle Geschlechterrollenvorstellungen. Sie führen oftmals zu einer Abhängigkeit vom Partner, erschweren Trennungen und machen Beziehungen gewaltbelasteter. Erschwerend kommt hinzu, dass das Sprechen über Sexualität bzw. sexualisierte Gewalt in vielen Kulturen noch tabuisierter ist als in der Gesamtgesellschaft (Vgl. Verein Wiener Frauenhäuser, 2010, S.12). Hinsichtlich der Gewaltbetroffenheit männlicher Migranten im Unterschied zur Gesamtgesellschaft sind der Autorin keine konkreten Daten bekannt.

Eine Studie des Vereins Wiener Frauenhäuser aus dem Jahr 2010 deckte auf, dass weit über die Hälfte der Frauen, die in den Frauenhäusern wegen körperlicher Gewalt Schutz suchten, auch von sexualisierter Gewalt betroffen waren. Derartige Gewalterfahrungen wurden mehrfach und über einen längeren Zeitraum erlebt. Dennoch gaben die Frauen diese Erfahrungen von sich aus kaum an. Die Studie legt die Vermutung nahe, dass speziell im Bereich sexualisierter Gewalt von einem großen Dunkelfeld auszugehen ist. Die Studie führte so auch zu einer Sensibilisierung der Beraterinnen in diesem Arbeitsfeld, die seither von sich aus die Thematik in Beratungsgespräche mit einbeziehen (Vgl. ebenda, S.13ff).

4.3. Schutz vor Gewalt in der Familie

Seit 1997 gibt es in Österreich das Gesetz zum Schutz vor Gewalt in der Familie (Gewaltschutzgesetz). Wenn Betroffene mit ihrem gewalttätigen Partner in einem Haushalt leben, können sie die Polizei rufen. Diese macht sich vor Ort ein Bild der Situation und kann dem Gewalttäter anordnen, sofort die Wohnung zu verlassen (Wegweisung). Ebenso kann sie ein Betretungsverbot für die Wohnung und die unmittelbare Umgebung für 14 Tage aussprechen (geregelt in §38a Sicherheitspolizeigesetz). Eigentums- oder Mietverhältnisse spielen dabei keine Rolle. Das Gesetz gilt natürlich auch für andere in einem Haushalt lebende Personen bzw. Angehörige. Darüber hinaus wird automatisch in Wien die Interventionsstelle gegen Gewalt in der Familie bzw. in den anderen Bundesländern das jeweilige Gewaltschutzzentrum verständigt. Diese Einrichtungen setzen sich mit den Betroffenen in Verbindung und versuchen sie bestmöglich zu unterstützen. In manchen Fällen ist es dennoch notwendig, die gewohnte Umgebung zu verlassen und in eine sichere Unterkunft wie z.B. ein Frauenhaus auszuweichen (Vgl. Frauennotruf der Stadt Wien, 2006, S.26).

Das erste Frauenhaus Österreichs eröffnete 1978 in Wien (Vgl. Verein Wiener Frauenhäuser, 2014, S. 8). Mittlerweile gibt es insgesamt 30 Frauenhäuser österreichweit. Zwei Drittel der Frauenhäuser sind über den Verein Autonome österreichische Frauenhäuser vernetzt, die anderen in eigenen Vereinen. Sie bieten gewaltbetroffenen Frauen und ihren Kindern eine vorübergehende betreute Wohnmöglichkeit (Vgl. Verein Autonome österreichische Frauenhäuser, 2014). Ein derartiges Angebot für

gewaltbetroffene Männer gibt es in Österreich nicht. Der Autorin ist auch keine Erhebung hinsichtlich eines diesbezüglichen Bedarfs bekannt. Wenn Betroffene eine Verlängerung des Schutzes über die Dauer des 14tägigen Betretungsverbots benötigen, müssen sie sich an das zuständige Bezirksgericht ihres Wohnsitzes wenden. Dort können sie eine einstweilige Verfügung beantragen, die je nach den Bedürfnissen der Betroffenen verschiedene Schutzmaßnahmen inkludieren kann (Vgl. § 382b Exekutionsordnung). So kann beantragt werden, dass das Gericht dem Täter die Rückkehr in die Wohnung und jedes weitere Zusammentreffen verbietet. Sollte der Täter dies missachten, können Betroffene sofort die Polizei rufen, die umgehend einzuschreiten hat. Eine einstweilige Verfügung dauert in der Regel 6 Monate bei Eheleuten bzw. der Kernfamilie, in allen weiteren Fällen in der Regel ein Jahr. Sie kann aber auch bis zum Ende eines Scheidungsverfahrens oder eines Verfahrens zur Klärung der Benützungsberechtigung an der Wohnung beantragt und erlassen werden. Eine Verlängerung des Betretungsverbots ist gültig ab dem Tag der Antragstellung bis zur Prüfung. Auch bei der Erlassung einer einstweiligen Verfügung spielen die Miet- und Eigentumsverhältnisse keine Rolle (Vgl. Frauennotruf der Stadt Wien, 2006, S. 26). Seit dem 1.7.2006 kann man sich auch wegen Stalkings an die Polizei wenden. Juristisch korrekt spricht man hier vom Tatbestand der beharrlichen Verfolgung. Seit 2008 ist die Strafverfolgung nicht mehr an den Antrag des Opfers gebunden, sondern es gilt das Offizialprinzip. Das bedeutet, die Behörde bzw. Polizei muss Anzeige erstatten und selbst Ermittlungen durchführen, wenn sie einen diesbezüglichen begründeten Verdacht hat. Auch in diesem Fall kann beim zuständigen Bezirksgericht eine einstweilige Verfügung bzw. ein Kontaktverbot beantragt werden (Vgl. Frauennotruf der Stadt Wien, 2006, S. 31).

Nach österreichischem Recht kann eine Scheidung einvernehmlich beantragt werden oder ein Ehepartner kann die Scheidung wegen Verschuldens des anderen Partners begehren. Das Zufügen körperlicher Gewalt bzw. schwerem seelischen Leid wird als schwere Eheverfehlung gewertet.

Der nicht schuldige bzw. nicht überwiegend schuldige Ehepartner kann eine Klage beim zuständigen Bezirksgericht einbringen. Das Gericht entscheidet in einem Scheidungsurteil, welches einen Verschuldensauspruch enthält. Dieser ist insbesondere für die Frage der unterhaltsrechtlichen Folgen von Bedeutung. Der allein oder überwiegend schuldige Ehegatte hat dem anderen, sofern dieser nicht über ausreichende finanzielle Mittel verfügt, einen angemessenen Unterhalt zu gewähren (Vgl. Loderbauer, B., 2009, S.38ff). Gegen ein Urteil kann Berufung erhoben werden. Als Berufungsinstanz entscheidet das Landesgericht in einem Berufungssenat (Vgl. Bundesministerium für Justiz, 2014).

Homosexuelle Paare können in Österreich nicht heiraten, aber eine sogenannte eingetragene Partnerschaft eingehen. Die Voraussetzungen für die Begründung einer ein-

getragenen Partnerschaft sowie deren Auflösung sind analog zum Eherecht geregelt (Vgl. Wendehorst, C.; Zöchling-Jud, B., 2013, S.94).

Ist ein Ehegatte nicht österreichischer Staatsbürger, ist zunächst zu prüfen, ob ein österreichisches Gericht für das Scheidungsverfahren zuständig ist. Dies ergibt sich aus der EU-Eheverordnung in Verbindung mit der Jurisdiktionsnorm. Wenn Ehemann und Ehefrau verschiedene Staatsangehörigkeiten oder nicht die österreichische Staatsangehörigkeit haben, ist das internationale Eherecht zu berücksichtigen (Internationales Privatrechtsgesetz, IPRG). Fremdes Eherecht ist auch dann anzuwenden, wenn es vom inländischen Recht erheblich abweicht. Die Grenze der Anwendung fremden Eherechts ist die Unvereinbarkeit mit Grundwerten der österreichischen Rechtsordnung. Die persönlichen Rechtswirkungen der Ehe z.B. in Bezug auf die Gestaltung der ehelichen Lebensgemeinschaft, sind nach dem gemeinsamen Personalstatut⁴ der Ehegatten zu beurteilen. Wenn kein gemeinsames Personalstatut vorliegt, ist das Recht jenes Landes anzuwenden, in dem beide Ehegatten ihren gewöhnlichen Aufenthalt haben (Vgl. Loderbauer, B., 2009, S.35, 44).

4.4. Strafbare Handlungen gegen die sexuelle Integrität und Selbstbestimmung

Strafbare Handlungen gegen die sexuelle Integrität und Selbstbestimmung sind Offizialdelikte. Das bedeutet, dass im Fall einer Anzeige die Staatsanwaltschaft ermitteln muss. Nicht nur Betroffene selbst, sondern jede Person kann Anzeige erstatten. Eine einmal erstattete Anzeige kann nicht mehr zurück genommen werden. Die Staatsanwaltschaft entscheidet schließlich, ob Anklage erhoben werden kann oder nicht. Die zu den strafbaren Handlungen gegen die sexuelle Selbstbestimmung zählenden Tatbestände und die angedrohten Strafen sind im Strafgesetzbuch geregelt (i.d.F. StGB). Der Gesetzgeber hat insbesondere folgende Tatbestände genau geregelt:

- Vergewaltigung, wobei in Absatz 2 eine Deliktqualifikation vorgenommen wird. Das bedeutet, dass durch Hinzutreten weiterer Faktoren die Tat mit einer strenger Strafe bedroht ist. Dies ist zum Beispiel der Fall, wenn die betroffene Person durch die Handlung schwer verletzt oder schwanger wird, für längere Zeit in einen qualvollen Zustand versetzt oder in einer besonderen Weise erniedrigt wird (§201 StGB).
- Geschlechtliche Nötigung, auch hier gibt es in Absatz 2 eine Deliktqualifikation analog zum Tatbestand der Vergewaltigung (§202 StGB).

⁴Das Personalstatut einer Person ist das Recht des Staates, dem sie angehört, d.h. dessen Staatsangehörigkeit sie besitzt. Bei Staatenlosigkeit oder im Zweifelsfall gilt das Recht des Staates ihres gewöhnlichen Aufenthalts (Vgl. § 9 Internationales Privatrechtsgesetz).

- Sexueller Missbrauch einer wehrlosen oder psychisch beeinträchtigten Person (§205StGB).
- Sexuelle Belästigung und öffentliche geschlechtliche Handlungen (§218 StGB).

Vergewaltigung und geschlechtliche Nötigung sind seit 1989 auch in der Ehe oder einer Lebensgemeinschaft strafbar. Das Strafmaß ist gleich wie bei Fremdtätern (Vgl. Verein Wiener Frauenhäuser, 2010, S.52).

In Bezug auf sexuelle Belästigung in der Arbeitswelt finden sich darüber hinaus Bestimmungen im Gleichbehandlungsgesetz.

Wer als Opfer im Sinne des Gesetzes anzusehen ist, wird in der Strafprozessordnung näher ausgeführt. Opfer haben das Recht auf juristische und psychosoziale Prozessbegleitung. Juristische Prozessbegleitung umfasst die rechtliche Vertretung und Beratung durch Rechtsanwältinnen. Psychosoziale Prozessbegleitung bedeutet Vorbereitung der Betroffenen auf ein Verfahren sowie die Begleitung zu Vernehmungen im Ermittlungs- und Gerichtsverfahren. Für Betroffene ist die Prozessbegleitung kostenlos. Die Kosten trägt vorerst der Staat, genau genommen das Bundesministerium für Justiz. Im Fall einer Verurteilung hat der Täter einen Anteil der Kosten zu ersetzen. Betroffene haben weiter das Recht, sich als Privatbeteiligte dem Verfahren anzuschließen. So kann z.B. Schadenersatz für Heilungskosten oder entgangenen Verdienst, Schmerzensgeld oder eine Entschädigung für die erlittene Beeinträchtigung geltend gemacht werden. Wenn das Gericht ein Verfahren einstellt, können Privatbeteiligte bzw. deren Anwältinnen dagegen Beschwerde erheben.

Personen, die in ihrer sexuellen Integrität verletzt worden sein könnten, sind spätestens vor ihrer ersten Einvernahme über folgende Rechte (§ 70 Absatz 2 Strafprozessordnung) zu informieren:

- Sie können beantragen, dass sie im Ermittlungsverfahren nach Möglichkeit von einer Person des gleichen Geschlechts einvernommen werden.
- Sie können die Beantwortung von Fragen nach Umständen aus ihrem höchstpersönlichen Lebensbereich oder nach Einzelheiten der Straftat, deren Schilderung sie für unzumutbar halten, verweigern.
- Sie können verlangen sowohl im Ermittlungsverfahren als auch in der Hauptverhandlung auf schonende Weise einvernommen zu werden. Das kann eine kontradiktorische Einvernahme oder eine besonders schonende Einvernahme vor Gericht bedeuten. Bei einer kontradiktorischen Einvernahme wird die Vernehmung der betroffenen Person im Rahmen des Ermittlungsverfahrens durch speziell geschultes Personal, d.h. Richter oder Sachverständige, in einem eigenen Raum durchgeführt. Sie kann per Video „live“ in den Gerichtssaal übertragen oder aufgezeichnet und später bei der Verhandlung gezeigt werden. Betroffene müssen dann nicht mehr während der Verhandlung aussagen. Sie können

sich bei der Hauptverhandlung auch nur anwaltlich vertreten lassen und müssen bei dieser nicht anwesend sein.

- Sie können den Ausschluss der Öffentlichkeit bei der Hauptverhandlung verlangen. In der Praxis stellen meist die Anwältinnen der Betroffenen diesen Antrag.

Betroffene dürfen nicht gezwungen werden, sich durchsuchen zu lassen. Auch wenn sie sich dem Verfahren als Privatbeteiligte anschließen, sind Betroffene im Strafverfahren primär Zeuginnen. Als solche sind sie verpflichtet, richtig und vollständig auszusagen. Eine falsche Zeugenaussage ist strafbar.

Betroffene, die durch die Straftat Gewalt erfahren haben, gefährlicher Drohung ausgesetzt waren oder in ihrer sexuellen Integrität beeinträchtigt worden sein könnten, müssen bei einer Enthaltung des angezeigten Täters aus der Untersuchungshaft verständigt werden. Ihnen müssen die Gründe für die Enthaltung sowie allfällige Auflagen genannt werden. Diese können ein Kontaktverbot mit der Betroffenen als auch Anweisungen, bestimmte Orte nicht aufzusuchen, beinhalten.

Nach Abschluss des Ermittlungsverfahrens entscheidet die Staatsanwaltschaft, ob Anklage erhoben wird. Wenn das Verfahren von der Staatsanwaltschaft eingestellt wird, haben Betroffene über ihre Anwältin als juristische Prozessbegleiterin das Recht, einen Antrag auf Fortführung des Verfahrens zu stellen. Wenn die Staatsanwaltschaft eine Anklageschrift erstellt, beraumt das zuständige Gericht eine Hauptverhandlung an. Zu einer Verhandlung sind die Beteiligten, der Betroffene sowie seine Vertreter (Prozessbegleitung) zu laden. Wenn bereits eine kontradiktorische Einvernahme durchgeführt wurde, wird das Video bei der Verhandlung vorgespielt. Die Interessen der Betroffenen werden in der Verhandlung von der juristischen Prozessbegleiterin wahrgenommen. Wenn sich Betroffene auch als Privatbeteiligte dem Verfahren angeschlossen haben, so hat die juristische Prozessbegleiterin auch die zivilrechtlichen Ansprüche wahrzunehmen. In der Verhandlung werden alle Zeugen befragt und alle Beweise aufgenommen. Das Urteil wird unmittelbar danach mündlich verkündet (Vgl. Verein Wiener Frauenhäuser, 2010, S. 66ff).

Abhängig von dem angedrohten Strafmaß ist als erste Instanz das Bezirks- oder das Landesgericht zuständig. Bei einem Vergehen mit angedrohter Freiheitsstrafe bis zu einem Jahr oder einer Geldstrafe bis zu 360 Tagsätzen ist das Bezirksgericht in erster Instanz zuständig. Gegen ein Urteil können der Angeklagte oder die Staatsanwaltschaft das Rechtsmittel der Berufung oder der Nichtigkeitsbeschwerde ergreifen. Diese sind spätestens binnen 3 Tagen nach der Verkündung des Urteils anzumelden. Innerhalb von 4 Wochen nach Zustellung des schriftlich ausgeführten Urteils müssen die Rechtsmittel dann schriftlich ausgeführt werden. Bei einem Rechtsmittel, das zugunsten des Angeklagten ergriffen wurde, besteht ein Verschlechterungsverbot. Das bedeutet, eine Verschärfung der Strafe wäre unzulässig. Wenn die Staatsanwaltschaft ein Rechtsmittel ergreift, kann die Strafe durchaus höher werden. Das Landesgericht

entscheidet in einem Dreirichter-Senat über die Berufung betreffend eines Urteils des Bezirksgerichts. Bei Vergehen oder Verbrechen, die mit einer Freiheitsstrafe von bis zu fünf Jahren bedroht sind, entscheidet das Landesgericht durch Einzelrichter. Für eine Berufung gegen ein Urteil des Landesgerichts ist das Oberlandesgericht zuständig. Eine Berufung kann wegen Nichtigkeit, d.h. Verfahrensfehlern, wegen der Schuldfrage oder wegen des Strafausmaßes erhoben werden.

Für schwere Verbrechen, die mit bis zu lebenslanger Freiheitsstrafe bedroht sind, ist in erster Instanz das Landesgericht zuständig. Es entscheidet als Schöffen- oder Geschworenengericht. Gegen ein Urteil kann eine Nichtigkeitsbeschwerde oder eine Berufung erhoben werden. Mit einer Nichtigkeitsbeschwerde werden formelle Fehler im Prozess bekämpft. Sie ist vom Obersten Gerichtshof zu prüfen. Eine Berufung kann gegen die Strafhöhe oder die Entscheidung über privatrechtliche Ansprüche erhoben werden. Sie ist vom Oberlandesgericht zu bearbeiten (Vgl. Bundesministerium für Justiz, 2014, sowie [Help.gv.at](http://help.gv.at). Informationsportal des Bundeskanzleramts, 2014). In Betracht zu ziehen sind natürlich auch Verjährungsfristen. Generell gilt, dass Freiheitsstrafen, die mit zehn bis zu zwanzig Jahren oder mit lebenslanger Freiheitsstrafe bedroht sind, nicht verjähren (Vgl. §57 Absatz 1 StGB). Dies trifft auf schwere Formen der Vergewaltigung als auch der geschlechtlichen Nötigung zu. Bei Vergewaltigung ohne erschwerende Umstände beträgt das Strafmaß 1 bis 10 Jahre. Die Verjährungsfrist beträgt demnach 10 Jahre. Bei geschlechtlicher Nötigung ohne erschwerende Umstände umfasst das Strafmaß 6 Monate bis hin zu 5 Jahren. Die entsprechende Verjährungsfrist beträgt 5 Jahre. Bei Opfern einer strafbaren Handlung gegen Leib und Leben, gegen die Freiheit, gegen die sexuelle Integrität und Selbstbestimmung oder wenn das Opfer zur Zeit der Tatbegehung minderjährig war, wird jedoch die Zeit bis zur Vollendung des 28. Lebensjahres nicht mit einberechnet. Die zu berücksichtigenden Fristen beginnen erst ab dem 28. Lebensjahr zu laufen (Vgl. § 58 Absatz 3 Ziffer 3 StGB). Für eine praxisorientierte Auseinandersetzung sei auf das Buch *Die Begleitung des Verbrechensopfers durch den Strafprozess* von Jesionek und Hilf verwiesen (Vgl. Jesionek & Hilf, 2006).

4.5. Zwangsheirat

Zwangsheirat ist in Österreich strafbar. Sie wird im Strafgesetzbuch definiert als eine Form schwerer Nötigung, bei der die genötigte Person zur Eheschließung oder zur Begründung einer eingetragenen Partnerschaft gezwungen wird. Das vorgesehene Strafmaß ist eine Freiheitsstrafe von sechs Monaten bis zu 5 Jahren (Vgl. § 106 Absatz 2 Ziffer 3 StGB). Schätzungen von Experten gehen davon aus, dass in Österreich jährlich um die 200 Mädchen und junge Frauen von Zwangsehen betroffen sind. Mehrheitlich handelt es sich dabei um Mädchen und Frauen, die Migrantinnen der zweiten oder dritten Generation sind (Vgl. Bundesministerium für Familien und

Jugend, 2013). In der Praxis ist die Grenze zwischen arrangierten und erzwungenen Ehen fließend. Auch wenn Betroffene äußerlich keinen Widerstand leisten, bedeutet das noch keine echte innere Zustimmung (Vgl. Kelek, N., 2005, S.214ff).

Als Maßnahme gegen Zwangsehen wurde durch eine Änderung des Niederlassungs- und Aufenthaltsgesetzes, die am 1.1.2010 in Kraft trat, das erforderliche Mindestalter beim Familiennachzug von Drittstaatsangehörigen erhöht. Ehegattinnen bzw. Ehegatten sowie eingetragene Partner von Drittstaatsangehörigen, die zu ihren Partnern nach Österreich nachziehen möchten, müssen demnach mindestens 21 Jahre alt sein. Davor mussten sie volljährig, d.h. 18 Jahre alt sein. Türkische Staatsangehörige sind von dieser Regelung aufgrund eines Abkommens aus den 1970er Jahren ausgenommen. In der Praxis hat sich bestätigt, was in diesem Bereich tätige Beratungsstellen bereits zuvor artikulierten. Zwangsehen können nach wie vor im Ausland geschlossen werden. Es verzögert sich die Einreise ins Bundesgebiet. Oder eine traditionell-religiöse Heirat findet bereits mit 18 statt und eine standesamtliche Trauung folgt, sobald Betroffene 21 Jahre alt sind. Dadurch wird die Abhängigkeit von Frauen, die gegen ihren Willen verheiratet wurden, verlängert (Vgl. Logar, R.; Weiss, K.; Sticker, M.; Gurtner, A., 2010, sowie Interviews mit Expertinnen der Interventionsstelle gegen Gewalt in der Familie sowie der Frauenberatungsstelle Orient-Express).

Inwiefern Männer von Zwangsehen betroffen sind bzw. diesbezüglich Unterstützungsangebote benötigen würden, ist der Autorin mangels Untersuchungen hinsichtlich der Thematik nicht bekannt.

In Österreich gibt es seit dem 1.8.2013 erstmals eine Notwohnung für von Zwangsheirat bedrohte oder aus einer Zwangsehe geflohene junge Frauen und Mädchen. Sie wird von der Frauenberatungsstelle Orientexpress betrieben und steht Mädchen und Frauen aus ganz Österreich offen.

In Bezug auf Strukturen, Risikofaktoren sowie Folgen von Zwangsheirat wird des Weiteren auf den Beitrag von Beshid Najafi zu Heiratsmigrantinnen verwiesen.

4.6. Aktuelle Problemfelder in der Praxis

Die Situation von gewaltbetroffenen Migrantinnen hat sich in den letzten Jahren verbessert. Dies ist insbesondere der Zusammenarbeit von Opferschutzeinrichtungen mit den zuständigen Politikern der zuständigen Ministerien zu verdanken. Das Buch „Migration von Frauen und strukturelle Gewalt“, herausgegeben 2003 von der *Arbeitsgruppe MigrantInnen und Gewalt*, zeichnet ein durchwegs düsteres Bild. Dieses hat sich bis heute zwar „aufgehellt“. Dennoch bestehen in der Praxis noch Problemfelder, die im Folgenden kurz thematisiert werden sollen.

4.6.1. Aufenthaltsrechtliche Implikationen und sozialrechtliche Absicherung

Um Betroffenen von Gewalt effektiv helfen zu können bzw. ihnen den Zugang zu Hilfsangeboten zu erleichtern, ist ihre Aufenthalts- sowie sozialrechtliche Absicherung unabdingbar. Wenn die familienzusammenführende Person auch die Person ist, von der Gewalthandlungen ausgehen, brauchen Familienangehörige ein eigenständiges Aufenthaltsrecht.

Drittstaatsangehörige, die als Familienangehörige nach Österreich nachgekommen sind, haben ein eigenständiges Niederlassungsrecht. Liegen die Voraussetzungen für Familiennachzug, d.h. in der Regel eine aufrechte Ehe, nicht mehr vor, so ist ein dementsprechender eigenständiger Aufenthaltstitel zu erteilen. Nicht alle Betroffenen können jedoch die umfangreichen Erteilungsvoraussetzungen (sofort) erfüllen wie z.B. ausreichendes Einkommen, ortsübliche Unterkunft, Krankenversicherung etc.. Der Gesetzgeber hat deshalb geregelt, dass in besonders berücksichtigungswürdigen Gründen dennoch ein Aufenthaltstitel zu erteilen ist. Als besonders berücksichtigungswürdige Gründe sind im Niederlassungs- und Aufenthaltsgesetz (i.d.F. NAG) explizit angeführt:

- Wenn Familienangehörige Opfer von Zwangsheirat oder Zwangspartnerschaft sind
- Wenn sie Opfer von Gewalt wurden und gegen den Zusammenführenden eine einstweilige Verfügung erlassen wurde
- Wenn der Zusammenführende aufgrund einer begangenen Straftat seinen Aufenthaltstitel verliert (vgl. § 27 Absatz 2 und 3 NAG).

Das bedeutet, dass Betroffene strafrechtlich gegen den Täter vorgehen müssen, um aufenthaltsrechtlich von diesen Regelungen profitieren zu können. Dabei ist die Hemmschwelle, den eigenen Partner oder andere Familienmitglieder (im Falle von Zwangsheirat) anzuzeigen, sehr groß. Auch ist davon auszugehen, dass nicht alle Betroffenen von entsprechenden Möglichkeiten wissen. Bewusst falsche Informationen seitens gewaltausübender Täter sind keine Seltenheit. Die Herausforderung besteht demnach darin, potentiell Betroffene zu erreichen und auch hinreichende muttersprachliche Beratungsangebote, wenn nötig unterstützt durch einen Dolmetscher, anzubieten.

Innerhalb der Communities kann es ebenfalls zu Spannungen führen, wenn jemand aus ihrer Gemeinschaft ein anderes Mitglied der Gemeinschaft anzeigt. Bekannt sind auch Fälle, in denen Betroffene nach einer Anzeige bzw. Trennung von ihrem Partner von der jeweiligen Community ausgeschlossen werden.

Migranten sind nach ihrer Ankunft in Österreich dazu verpflichtet, innerhalb einer Frist von zwei Jahren die sogenannte Integrationsvereinbarung zu erfüllen. Das bedeutet, dass sie innerhalb dieser Frist Sprachkenntnisse in Deutsch auf Niveau A2 nachweisen müssen. Erleichterungen gibt es auch hier für Betroffene von Gewalt.

Wenn sie nachweislich von Gewalt betroffen sind, z.B. eine Bestätigung hinsichtlich einer einstweiligen Verfügung vorlegen können oder eine Stellungnahme einer Opferschutzereinrichtung, erhalten sie mehr Zeit zur Erfüllung der Integrationsvereinbarung. Aufenthaltstitel werden dann verlängert, aber Betroffene haben unter gewissen Umständen dann noch keinen freien Zugang zum Arbeitsmarkt. Sie müssen dann gesondert beim Arbeitsmarktservice eine Arbeitserlaubnis beantragen. Doch eine Trennung ist, insbesondere für Frauen mit Kindern, noch mit weiteren Sorgen verbunden. Einerseits ist die finanzielle Absicherung zu klären und andererseits stellt sich bei Trennungen auch die Frage nach der Obsorge für gemeinsame Kinder. Wenn Betroffene einer geregelten Arbeit nachgehen, stellt sich die Frage, ob das damit erzielte Einkommen für den Erhalt der aktuellen Wohnverhältnisse bzw. für die Versorgung von Kindern ausreicht. Wenn Familienleistungen wie Familienbeihilfe oder Kinderbetreuungsgeld bezogen werden, müssen diese oftmals vom Partner auf Betroffene umgemeldet werden. Haben Betroffene bereits die österreichische Staatsbürgerschaft oder einen unbefristeten Aufenthaltstitel, so haben sie im Falle eines unzureichenden eigenen Einkommens Anspruch auf bedarfsorientierte Mindestsicherung. Von einem Antrag bis hin zu einer ersten Überweisung kann es jedoch mehrere Wochen dauern. Betroffene, die nur über einen befristeten Aufenthaltstitel verfügen, können keine Mindestsicherung beziehen. Es besteht jedoch die Möglichkeit, für einen befristeten Zeitraum Hilfe in besonderen Lebenslagen zu beantragen. Hierfür wird die Stellungnahme einer Opferberatungsstelle benötigt. In dieser muss eine bestehende Perspektive aufgezeigt werden, dass Betroffene in einem absehbaren Zeitraum wieder selbsterhaltungsfähig sein werden.

In verschiedenen Kulturen ist es Tradition, dass Kinder nach einer Trennung bei ihrem Vater bzw. dessen Familie bleiben. Frauen, die aus diesen Kulturen stammen, haben häufig Angst ihre Kinder zu verlieren bzw. Aggressionen seitens der Familie des Mannes ausgeliefert zu sein, falls die Kinder bei ihnen bleiben. Österreichische Gerichte berücksichtigen von wem Gewalthandlungen ausgingen und entscheiden im Sinne des Kindeswohls.

Alle interviewten Expertinnen gaben an, dass sich kaum Asylwerberinnen während noch laufender Asylverfahren an Hilfseinrichtungen wenden. Manche knüpfen erste Kontakte, suchen aber erst nach Abschluss des Verfahrens aktive Unterstützung z.B. in Hinblick auf eine Trennung von ihrem Partner. Es wird vermutet, dass laufende Asylverfahren eine Ausnahmesituation verbunden mit latentem Stress sowie Existenzproblemen darstellt. Betroffene haben in dieser Situation kaum die Kraft, sich mit der Gewaltproblematik auseinander zu setzen bzw. diese zu beenden. Zudem steht die Befürchtung im Raum, dass eine Anzeige negative Konsequenzen in Bezug auf das Asylverfahren des Partners haben könnte. Es sind auch Konstellationen denkbar, in denen primär der Partner von Verfolgung betroffen war. Familienangehörige fliehen mit der primär verfolgten Person, um nicht selbst ins Visier der Verfolger zu

geraten. Es könnte die Befürchtung im Raum stehen, dass Familienangehörige nur über den Partner eine Chance auf einen Aufenthaltstitel in Österreich haben (vgl. Interviews mit Expertinnen der Interventionsstelle gegen Gewalt in der Familie, der Frauenberatungsstelle Orientexpress und der Männerberatung).

4.6.2. Das soziale und familiäre Umfeld und damit verbundene Abhängigkeiten

Von mehreren Expertinnen angesprochen wurde die essentielle Rolle der Erziehung von Mädchen und jungen Frauen. Problematisch sind insbesondere patriarchal- autoritäre Erziehungsmuster, in denen Mädchen und junge Frauen kaum lernen (können) offen „Nein“ zu sagen gegenüber ihrer Familie bzw. ihrem Partner. Abhängig von konkreten Machtverhältnissen und Beziehungsstrukturen in Familien können Mädchen und junge Frauen über wesentliche Themen ihres Lebens nicht unabhängig und frei entscheiden. Passives Erdulden des eigenen „Schicksals“ kann sich auf die Ebene intimer Beziehungen auswirken. Das, was der Partner will, gilt es hinzunehmen. Sexualisierte Gewalt wird oftmals nicht als solche bzw. widerrechtlich wahrgenommen, sondern als „natürliche“ Pflicht. Wenn Frauen als Migrantinnen der ersten Generation nach Österreich kommen, bedeutet dies oftmals keine direkte Verbesserung ihrer Situation. Insbesondere, wenn sie als Familienangehörige bzw. Ehegattinnen zuwandern oder gar in Zwangsehen gedrängt werden. Ihren Aufenthaltstitel erhalten sie über ihren Ehemann und sie verfügen zumeist auch noch über keine eigene Einkommensquelle, was Abhängigkeiten entstehen lässt.

Im Rahmen statistischer Erhebungen zur Erwerbssituation und Lebensbedingungen von Migranten in Österreich wurde auch die Quote der Erwerbstätigen der 15 – 64-Jährigen mit und ohne Migrationshintergrund erforscht. Bei jener Personengruppe mit Migrationshintergrund lag die Erwerbstätigenquote bei 65%, bei der Vergleichsgruppe ohne Migrationshintergrund bei 74%. Dieser Unterschied geht wesentlich auf die niedrigere weibliche Erwerbsbeteiligung von Migrantinnen (58%) gegenüber Frauen ohne Migrationshintergrund (70%) zurück. Die Erwerbsbeteiligung von Frauen aus anderen EU-Staaten sowie dem ehemaligen Jugoslawien unterscheidet sich nur mäßig (67% bzw. 60%). Die Erwerbsbeteiligung türkischer Frauen mit 40% jedoch deutlich. Migrantinnen gehen auch wesentlich häufiger Tätigkeiten als Arbeiterinnen nach als auch Angestellte. D.h. sie erzielen statistisch gesehen ein geringeres Einkommen. Sie sind häufiger von Arbeitslosigkeit betroffen und sind häufiger in unterqualifizierten Berufen tätig, da im Ausland erworbene Ausbildungen nicht bzw. vielfach nur nach zusätzlichen Schulungen in Österreich anerkannt werden.

Niedrigere Einkommen wiederum sind mit einem höheren Armutsrisiko verbunden. Verstärkt wird dies durch meist größere Haushalte und eine niedrigere Frauenerwerbsquote, die das Haushaltseinkommen pro Kopf ebenso sinken lässt. 2012 wa-

ren insgesamt 14% der österreichischen Bevölkerung armutsgefährdet und 5% von manifester Armut betroffen. Ausländische Staatsangehörige waren deutlich stärker armutsgefährdet (31%) als auch von manifester Armut betroffen (16%). Geringere Einkommen und höhere Armutsgefährdung spiegeln sich auch in den Wohnverhältnissen wieder. So wurde ermittelt, dass die durchschnittliche Wohnfläche pro Kopf bei 44m² liegt. Personen mit Migrationshintergrund dagegen verfügen durchschnittlich über 30m² Wohnfläche. Besonders beengt leben Personen aus dem ehemaligen Jugoslawien bzw. der Türkei (25m² bzw. 21 m²) (Vgl. Statistik Austria, 2014, S. 11ff).

Sexualisierte Gewalt in Paarbeziehungen scheint weniger als andere Gewaltformen mit der ökonomischen Situation zu korrelieren. Sie wird von verschiedenen Autorinnen als besondere Form patriarchaler Kontrolle verstanden. In Hinblick auf physische und psychische Gewalt erhöhen jedoch schwierige soziale Situationen, Armutsgefährdung und beengte Wohnverhältnisse die Wahrscheinlichkeit des Auftretens von Gewalt. Frauen, die über höheres Einkommen, eine bessere Ausbildung oder berufliche Stellung und höhere ökonomische und /oder soziale Ressourcen verfügen als ihre Beziehungspartner, scheinen besonders betroffen zu sein. Sie fordern traditionelle Geschlechterhierarchien latent heraus, was zu Spannungen bis hin zu offenen Aggressionen führen kann (Vgl. Verein Wiener Frauenhäuser, 2010, 17f). Doch auch die Sprache und damit verbunden die Möglichkeit zur Teilnahme am gesellschaftlichen Leben in Österreich spielen in Bezug auf Abhängigkeitsverhältnisse eine Rolle. Seit Juli 2011 müssen drittstaatsangehörige erwachsene Personen, die einen Aufenthaltstitel für Österreich bekommen möchten, Deutschkenntnisse auf Niveau A1 bereits vor dem Zuzug nach Österreich vorweisen. Insbesondere für Familienmitglieder aus wenig entwickelten oder strukturschwachen Ländern, in denen die dafür notwendigen Kurse und Prüfungen wenn überhaupt nur in den Hauptstädten absolviert werden können, stellt dies eine kaum überwindbare Hürde dar. Einerseits finanziell, andererseits aber auch logistisch, wenn Betroffene mehrere Monate ihren eigenen Wohnsitz verlassen müssen, um andernorts entsprechende Kurse zu absolvieren. An sich besteht auch die Möglichkeit, mit einem Touristenvisum einzureisen und innerhalb von drei Monaten das entsprechende Sprachzertifikat hier zu erwerben (Vgl. Cultura Wien, 2014). Wer jedoch z.B. mit unserem Alphabet nicht vertraut ist, generell wenig formale Schulausbildung genossen hat oder zusätzlich noch mit der Betreuung von Kindern beschäftigt ist, wird sich unter diesen Umständen verständlicherweise schwer tun. Das Konzept des *Deutsch vor Zuzug* sowie die Verpflichtung innerhalb der ersten zwei Jahre in Österreich die Integrationsverpflichtung zu erfüllen, wurde politisch unter anderem damit argumentiert, dass Frauen aus patriarchal geprägten Kulturen sich so schneller und besser in Österreich integrieren könnten. Immer wieder gibt es Konstellationen, in denen Frauen mehr oder weniger offensichtlich daran gehindert werden, ihre Sprachkenntnisse zu vertiefen bzw. Kontakte zu Menschen au-

Berhalb der eigenen Community aufzubauen. Im Hintergrund steht die Befürchtung von Familien bzw. Partnern, Frauen, Töchter und auch Söhne könnten sich durch den Kontakt mit der westlichen Kultur von der eigenen Kultur und ihren Traditionen entfernen. Inwiefern Zwangselemente geeignete Maßnahmen sind, um derartige Verhaltensweisen hintanzustellen, sei dahingestellt. Bis dato gibt es noch keine Evaluierung der praktischen Auswirkungen dieser gesetzlichen Änderungen. Praktisch gesehen wirken diese Regelungen vielfach wie ein Filter, um vorrangig gut gebildeten und monetär abgesicherten Personen die Zuwanderung zu ermöglichen.

Doch der Fokus darf keineswegs bei der genauen Betrachtung der Situation von Mädchen und Frauen stehen bleiben. Von ebenso wesentlicher Bedeutung ist natürlich auch die Erziehung von Burschen und jungen Männern. Welches Frauenbild wird ihnen vermittelt und welche Erwartungen hegen sie in Bezug auf eine zukünftige Beziehung? Werden sie dazu erzogen, dass sie stets „stark“ sein müssen oder dürfen sie auch Gefühle zeigen? Welches Selbstbild entwickeln insbesondere junge Männer der zweiten Generation vor dem spannungsgeladenen Hintergrund zwischen der Kultur und den Traditionen der Eltern und jener in Österreich? Wenn Burschen und junge Männer von Gewalt betroffen sind, lassen sich derartige Erfahrungen oft schlecht mit dem eigenen Selbst- und Fremdbild vereinbaren. Die meisten Bilder und Stereotype, die es hinsichtlich Opfern bzw. Betroffenen gibt, sind mit Vorstellungen männlicher Identität wenig kompatibel. Besonders tabuisiert sind sexualisierte Gewalterfahrungen. Oftmals sind Tendenzen der Bagatellisierung von derartigen Erfahrungen erkennbar. Diese Umgangsstrategie ist jedoch bei österreichischen Burschen und Männern gleichfalls verbreitet. Betroffene selbst hegen oftmals die Befürchtung homosexuell zu sein bzw. zu werden. Sie fragen sich, weshalb der Täter gerade sie ausgewählt hat bzw. ob sie vielleicht unbewusst Signale ausgesendet haben, die so hätten verstanden werden können. Auch Angehörige scheinen derartige Gedanken häufig zu haben. Besonders herausfordernd für Betroffene als auch Helfer sind Situationen, in denen Betroffene beides sind – also sowohl Betroffene als auch Täter. Neuerliche Krisen, zum Teil in Verbindung mit Drogenkonsum bzw. Kriminalität, führen dazu, dass Betroffene ihr Schweigen brechen. Sie erzählen dann unter anderem von sexualisierten Gewalterfahrungen, die teilweise direkt oder indirekt mit der aktuellen Krise in Verbindung stehen. Von Seiten eines Experten problematisiert wird, dass Betroffene dann seitens Exekutiv- oder Justizbeamter zumeist nur noch in ihrer Eigenschaft als Täter wahrgenommen werden (Vgl. Interviews mit Expertinnen der Frauenberatungsstelle Orient Express, der Interventionsstelle gegen Gewalt in der Familie und der Männerberatung).

4.6.3. Religion, Kultur und Traditionen

Gewalttätiges Verhalten bis hin zu Praktiken wie Zwangsverheiratungen werden immer wieder mit der eigenen Religion, Kultur oder Traditionen aus der Heimat begründet. In der Realität verwischt die Grenze zwischen diesen Bereichen oftmals. Ebenso gibt es in jeder Religion verschiedene Strömungen. Eine wichtige Errungenschaft der Geschichte ist das Recht auf Religionsfreiheit sowie die Trennung von Staat und Religion. Die politische und gesellschaftliche Debatte um Toleranz bzw. Akzeptanz gegenüber anderen Kulturen und Religionen wirft aber immer wieder schwierige Fragen der individuellen Grenzziehung auf. Wo endet das Recht auf Ausübung der eigenen religiösen bzw. kulturellen Werte? Demokratische Grundwerte wie die persönliche Freiheit, das Recht auf individuelle Selbstbestimmung sowie die Gleichberechtigung von Frauen dürfen nicht untergraben werden. Für eine Minderheit andere Regeln gelten zu lassen, die diesen Grundwerten zuwider laufen, ist falsch verstandene Toleranz und sozialer Sprengstoff zugleich. Sie befördert die Selbstausgrenzung von Minderheiten und trägt zur Einzementierung von Parallelgesellschaften bei. Staatliche Neutralität gegenüber dem Recht auf kulturelle und religiöse Freiheit muss dort enden, wo basale Menschenrechte verletzt werden (Vgl., Kelek, N., 2005, S. 249, 261f).

4.6.4. Mangelndes Vertrauen in das österreichische Justizsystem in Verbindung mit erlebtem Rassismus

Negative, auch rassistisch gefärbte, eigene Erfahrungen mit Polizei und Justiz und/oder anderer Mitglieder der Community prägen das Bild von diesen Einrichtungen. Verallgemeinerungen spielen sowohl auf der Seite der Mehrheitsgesellschaft als auch in den migrantischen Communities selbst eine Rolle. Z.B. wird Migranten aus bestimmten Kulturen teilweise ein erhöhtes Aggressionspotential zugeschrieben. Auch gibt es Schilderungen von Betroffenen, die deutliche Unterschiede im Verhalten von involvierten Polizisten schildern, wenn es z.B. um Gewalt unter Migranten oder Gewalt zwischen einem Ausländer und einem Österreicher geht. Migrantinnen haben hier oftmals die Befürchtung, österreichische Institutionen würden automatisch auf der Seite der Österreicher stehen.

Hier gilt es natürlich zu berücksichtigen, dass Migrantinnen aus verschiedenen Herkunftsländern unterschiedlich lange in Österreich sind, sich in eher geschlossenen oder offeneren Communities bewegen und die Kulturen, aus denen sie stammen, dem gesellschaftlichen Leben in Österreich mehr oder weniger fern sind. Auch Erfahrungen mit der Polizei oder mit Gerichten im Herkunftsland können eine Rolle spielen. Tendenziell sind stärker marginalisierte bzw. diskriminierte Migrantinnen-gruppen stärker in sich geschlossen.

Menschen, die selbst diskriminierende Erfahrungen mit österreichischen Institutionen machen mussten, verlieren mitunter das Vertrauen in diese. Für sie stellt es eine große Herausforderung dar, sich dann bei erlebter Gewalt an eben diese zu wenden. Mangelndes Vertrauen in das österreichische Rechtssystem kann dazu führen, dass man Angelegenheiten eher „unter sich“ regeln möchte. Dies kann natürlich auch der Fall sein, wenn Täter, Betroffene und/oder Familien der Meinung sind, das österreichische Rechtssystem würde ein Problem nicht so lösen, wie sie es für richtig halten. Im Extremfall kann dies bis hin zu Racheaktionen und Selbstjustiz seitens des Betroffenen und/oder seiner Familie führen.

Positiv gesehen wird die Tatsache, dass inzwischen auch Polizistinnen z.B. mit türkischen Wurzeln in Österreich tätig sind. Hierbei darf jedoch nicht vergessen werden, dass Sprach- und Kulturkenntnisse allein noch keinen kompetenten Umgang garantieren. Entsprechende Schulung bzw. Sensibilisierung sind weiterhin unabdingbar (Vgl. Interviews mit Expertinnen der Frauenberatungsstelle Orient Express, der Männerberatung und der Interventionsstelle gegen Gewalt in Familie).

4.6.5. Von der Anzeige bis zur Verurteilung

In den überwiegenden Fällen sind bei sexualisierter Gewalt nur der Betroffene und der Täter anwesend. Bei einem Strafverfahren kommt deshalb den Zeugenaussagen der involvierten Personen besonders viel Gewicht zu, da anderweitige Beweise vielfach fehlen. Wenn erzwungene sexuelle Handlungen gerade erst passiert sind, kann man innerhalb von 3 Tagen DNA Spuren des Täters sichern. Doch auch diese können noch nicht beweisen, dass etwas gegen den Willen der betroffenen Person geschehen ist. Da bei strafbaren Handlungen gegen die sexuelle Integrität und Selbstbestimmung lange Verjährungsfristen vorgesehen sind, ist eine Anzeige auch später noch möglich (Vgl. Sterkl, M., 2011).

Seit dem Jahr 2001 steigt die Anzahl polizeilich registrierter Fälle von Vergewaltigung und sexueller Nötigung, die im häuslichen Nahraum passieren, kontinuierlich. Bei Beziehungsdelikten wird demnach häufiger Anzeige erstattet als früher (Vgl. Verein Wiener Frauenhäuser, 2010). Schätzungen zufolge wird dennoch insgesamt nur jede zehnte Vergewaltigung tatsächlich angezeigt. In vielen Fällen führt eine Anzeige auch gar nicht erst zur Anklage. Die Staatsanwaltschaft darf nur jene Fälle zur Anklage bringen, in denen eine reale Aussicht auf eine Verurteilung besteht. Und auch eine Anklage bedeutet letztlich nicht, dass es zu einer Verurteilung kommt (Vgl. Sterkl, M., 2011). Die Wiener Interventionsstelle gegen Gewalt in der Familie hat basierend auf offiziellen Daten des Bundesministeriums für Justiz eine Statistik betreffend Anfall und Erledigungen von Fällen von Vergewaltigung bei der Staatsanwaltschaft Wien bzw. des Landesgerichts für Strafsachen Wien erstellt. Von insgesamt 652 Anzeigen im Jahr 2013 kam es nur in 9,7% der Fälle zur Anklageerhebung und gar nur

in 7,2% der Fälle zu einer Verurteilung. In 51,5% der Fälle wurden die Verfahren eingestellt, die übrigen Verfahren waren zum Zeitpunkt der Veröffentlichung noch anhängig (Vgl. Wiener Interventionsstelle gegen Gewalt in der Familie, 2014).

Im letzten Jahrzehnt ist die Zahl der Verurteilungen in Relation zu den Anzeigen zurück gegangen. Wurden vor zehn Jahren noch rund 20% der angezeigten Täter verurteilt, so sind es heute nur noch rund 13%. Bei den Verurteilungen wurde jedoch eine Tendenz zu längeren Haftstrafen festgestellt (Vgl. Frauenberger, S., 2011, S.69ff). Expertinnen zufolge hat dies auch mit einer Überlastung der justiziellen Institutionen im Allgemeinen zu tun (Vgl. Interviews mit Expertinnen der Wiener Interventionsstelle gegen Gewalt in der Familie sowie der Frauenberatungsstelle Orient Express).

Für Betroffene ist die Einstellung eines Verfahrens bzw. ein Freispruch des Täters belastend, frustrierend, enttäuschend etc. Insbesondere wenn der Grund dafür ist, dass ihrer Aussage nicht geglaubt wird. Aufgabe der psychosozialen sowie juristischen Prozessbegleitung ist es deshalb nicht nur, Betroffene auf ein Verfahren vorzubereiten und sie durch das Verfahren zu begleiten. Es gilt zu erarbeiten, was eine Anzeige innerpsychisch im Gefühl zu sich selbst bzw. in Bezug auf eigene Einstellungen bedeutet. Anzeige zu erstatten bzw. über das Erlebte zu sprechen, bedeutet (wieder) aktiv und selbstbestimmt das eigene Leben zu gestalten und stellt einen Gewinn dar. Sie haben symbolisch gesprochen den Kreis der erzwungenen Passivität durchbrochen – und dieses Gefühl bleibt auch nach einem Verfahren. (Vgl. Interviews mit Expertinnen der Beratungsstelle Tamar sowie der Männerberatung).

Wenn es aufgrund von Gewalterfahrungen zu einer Ehescheidung kommt, spielt die Art der Scheidung eine wesentliche Rolle in Hinblick auf die unterhaltsrechtlichen Folgen der Scheidung. Betroffene scheuen belastende strittige Scheidungen vielfach bzw. wird ihnen oftmals auch vom Gericht eine einvernehmliche Scheidung nahe gelegt, da diese weniger aufwändig ist. Dennoch sollte auf die Möglichkeit, Unterhaltsansprüche geltend zu machen, nicht verzichtet werden. Prinzipiell können Unterhaltsansprüche auch befristet zugesprochen werden. Eine neuerliche Überprüfung der Einkommensverhältnisse nach einem gewissen Zeitraum kann ebenso vorgesehen werden (Vgl. Interviews mit Expertinnen der Wiener Interventionsstelle gegen Gewalt in der Familie sowie der Frauenberatungsstelle Orient-Express).

4.6.6. Psychosoziale Unterstützung für Betroffene nach dem Ende eines Strafprozesses

Strafverfahren sind für Betroffene mit verschiedenen Belastungen verbunden. Sie müssen sich an ihre schmerzlichen Erfahrungen erinnern und deren Details mit mehreren unterschiedlichen Personen besprechen, die in das Verfahren involviert sind. Es gilt zahlreiche Termine wahrzunehmen, Verfahren können mehrere Monate in Anspruch nehmen und es gibt keine Sicherheit, dass der Täter tatsächlich verurteilt wird.

Angesichts der selbst erlittenen physischen wie psychischen Schmerzen erscheinen die Strafen der Täter manchen zu gering, doch sie haben hierauf keinen direkten Einfluss. Während des Verfahrens sind die psychosozialen und juristischen Prozessbegleiterinnen die Ansprechpersonen für Betroffene. Mit dem Ende des Strafverfahrens endet jedoch ihre Zuständigkeit. Manches kann in einem Abschlussgespräch geklärt werden, doch es braucht auch die Möglichkeit einer weiterführenden Betreuung bzw. einer Therapie. Eine Option ist der Gang zum Bundessozialamt, das entsprechend dem Verbrechensopfergesetz Therapiekosten ersetzen kann. Wie viele Betroffene diese Möglichkeit in Anspruch nehmen, ist jedoch nicht bekannt (Vgl. Interviews mit Expertinnen der Beratungsstelle Tamar sowie der Männerberatung).

4.7. Empfehlungen für die Zukunft

In den letzten Jahren kam es durchwegs zu positiven Veränderungen. Dies betrifft einerseits die Institutionalisierung der Prozessbegleitung. Involvierte Professionen sind mit dem Institut der Prozessbegleitung vertraut und Polizistinnen können bereits bei einer Anzeige an entsprechende Einrichtungen verweisen. Andererseits gibt es auch Verbesserungen für Betroffene von Gewalt in Beziehungen. Insbesondere betroffene Frauen, die als Familienangehörige nach Österreich zugewandert sind, sind aufenthalts- und sozialrechtlich heute wesentlich besser abgesichert als noch vor 10 Jahren. Dennoch gibt es Verbesserungspotential. Von Expertinnen werden (noch) mehr sensibilisierende Schulungen für involvierte Berufsgruppen wie z.B. Polizistinnen, Richter, Ärztinnen und auch Lehrer gefordert. Für die Zukunft wäre eine Verankerung von Schulungen zum Thema Rassismus, Gewaltstrukturen, Besonderheiten sexualisierter Gewalt etc. bereits in der Ausbildung zu den jeweiligen Berufen wünschenswert.

In der Ausbildung anderer helfender Berufe wie Sozialarbeiter oder Sozialpädagoginnen hat eine standardmäßige Integration dieser Themen seit vielen Jahren stattgefunden. Vielfach findet jedoch eine überwiegende Konzentration auf betroffene Kinder und Frauen statt. Dabei fällt es männlichen Betroffenen statistisch nachweisbar schwerer, Hilfsangebote in Anspruch zu nehmen. Teilweise wählen sie andere Bewältigungsstrategien und es gilt geschlechtsspezifische Ängste zu berücksichtigen. Dementsprechend wäre eine Verankerung auch dieses Aspekts der Gewaltthematik in den Lehrplänen begrüßenswert.

Für Ambulanzen und Krankenhäuser scheint es bis dato keine einheitlichen Standards hinsichtlich des Umgangs mit Betroffenen insbesondere sexualisierter Gewalt zu geben, z.B. was den standardisierten Einsatz von HIV-Prophylaxen betrifft. Nicht nur, aber insbesondere auch für Gewaltbetroffene problematisch, ist die mangelnde Dichte an verfügbaren Übersetzerinnen und Dolmetschern. Eine einheitliche Vor-

gehensweise, praxisorientierte Schulung des Personals sowie eine Aufstockung des Dolmetscherinnenpools wären empfehlenswert.

In Wien bzw. in den Landeshauptstädten gibt es bereits ein Netz an Beratungs- und Hilfsangeboten, das auch muttersprachliche Beratung bzw. Beratung mit Unterstützung durch Dolmetscherinnen anbieten. Mehrsprachige Beratungsangebote gilt es insbesondere auch abseits der Städte im ländlichen Bereich weiter auszubauen. Sowohl bei der Polizei als auch bei Gericht haben Betroffene ein Recht auf die Beigebung eines Dolmetschers, wenn sie dies benötigen. Von Expertinnen kritisch gesehen wird, dass man nur Präferenzen hinsichtlich des Geschlechts des Dolmetschers äußern kann. Die Bestellung eines Übersetzers richtet sich vor allem nach deren jeweiliger Verfügbarkeit. Insbesondere für psychisch stark belastete Betroffene stellt der Wechsel von Dolmetschern – verschiedene Dolmetscher in der Prozessbegleitung oder Therapie, bei der Polizei bzw. vor Gericht – eine Belastung dar. Derzeit fehlt es jedoch an ausgereiften Ideen, wie dieses Problem gelöst werden könnte.

Der Dialog zwischen Beratungsstellen bzw. Anbietern von Prozessbegleitung und den zuständigen Ministerien hat sich in den letzten Jahren als durchwegs produktiv erwiesen und sollte in jedem Fall beibehalten, im besten Fall weiter ausgebaut werden. Das Ziel sämtlicher Bemühungen muss die effektive Gewährung von Schutz vor Gewalt für alle in Österreich lebenden Menschen unabhängig von ihrer Herkunft sein.

4.8. Literatur

Bundesministerium für Familien und Jugend (2013) Zwangsehen gibt es auch in Österreich. Online verfügbar: http://www.gewaltinfo.at/themen/2013_08/zwangsehen-oesterreich.php [19.8.2014]

Bundesministerium für Justiz (2014) Instanzenzug in Zivilsachen und Instanzenzug in Strafsachen. Online verfügbar: <http://www.justiz.gv.at/web2013/html/default/8ab4a8a422985de30122a927b1fc6340.de.html> [26.8.2014]

Cultura Wien (Wien) Deutsch vor Zuzug. Online verfügbar: <http://www.deutschvorzug.at> [26.8.2014]

Frauenberger, S. (2011) Konferenzband der Fachkonferenz „...selber schuld!“ Sexualisierte Gewalt – Begriffsdefinition, Grenzziehung und professionelle Handlungsansätze. Online verfügbar: <http://www.wien.gv.at/menschen/frauen/pdf/selber-schuld.pdf> [24.9.2014]

Frauennotruf der Stadt Wien (2006) Fragen, Antworten, Tipps. Service-Folder für Betroffene und Angehörige. Wien.

Help.gv.at. Informationsportal des Bundeskanzleramtes (2014) Berufung, Nichtigkeitsbeschwerde. Online verfügbar: <https://www.help.gv.at/Portal.Node/hlpd/public/content/246/Seite.2460510.html> [26.8.2014]

Interview mit 2 Expertinnen der Frauenberatungsstelle Orientexpress (www.orientexpress-wien.com), 21.3.2014.

Interview mit einer Expertin der Beratungsstelle Tamar- Beratungsstelle für misshandelte und sexuell missbrauchte Frauen, Mädchen und Jugendliche (www.tamar.at), 25.6.2014.

Interview mit einer Expertin der Interventionsstelle gegen Gewalt in der Familie (www.interventionsstelle-wien.at), 2.7.2014.

Interview mit einem Experten der Beratungsstelle Männerberatung Wien, (www.maenner.at), 16.7.2014.

Jesionek, U.; Hilf, M. (Hg.) (2006) Die Begleitung des Verbrechensofners durch den Strafprozess. Innsbruck.

Kelek, N. (2005) Die fremde Braut. Ein Bericht aus dem Inneren des türkischen Lebens in Deutschland. Köln.

Loderbauer, B. (Hg.) (2009) Recht für Sozialberufe. Wien.

Logar, R.; Weiss, K.; Sticker, M.; Gurtner, A. (2010) Migrantinnen und familiäre Gewalt. Online verfügbar: http://www.interventionsstelle-wien.at/images/doku/migrantinnen_familiaere_gewalt_ttb2009.pdf [19.8.2014]

Österreichisches Institut für Familienforschung (2011) Gewalt in der Familie und im nahen sozialen Umfeld. Österreichische Prävalenzstudie zur Gewalt an Frauen und Männern. Wien.

Perchinig, B. (2010) Migration, Integration und Staatsbürgerschaft – was taugen die Begriffe noch? In: Langthaler, H. (Hg.) (2010) Integration in Österreich. Sozialwissenschaftliche Befunde. Innsbruck.

Schrötle, M.; Khelaifat, N. (2008) Gesundheit-Gewalt-Migration. Eine vergleichende Sekundäranalyse zur gesundheitlichen und sozialen Situation und Gewaltbetroffenheit von Frauen mit und ohne Migrationshintergrund in Deutschland. Bielefeld. Online verfügbar: <http://www.bmfsfj.de/RedaktionBMFSFJ/Broschuerenstelle/Pdf-Anlagen/gesundheit-gewalt-migration-langfassung-studie,property=pdf,bereich=bmfsfj,sprache=de,rwb=true.pdf> [14.8.2014]

Schumacher, S.; Peyrl, J.; Neugschwendtner, T. (2012) Ratgeber Fremdenrecht. Asyl. Ausländerbeschäftigung. Einbürgerung. Einwanderung. Verwaltungsverfahren. Wien.

Statistik Austria (2014) Migration & Integration. Zahlen. Daten. Indikatoren 2014. Wien.

Sterkl, M. (2011) Bei Vergewaltigungen wird selten verurteilt. Online verfügbar: <http://derstandard.at/1319182071768/Mangel-an-Beweisen-Bei-Vergewaltigung-wird-selten-verurteilt> [24.9.2014]

Verein Autonome österreichische Frauenhäuser (2014) Frauenhäuser in Österreich. Online verfügbar: <http://www.aeof.at/index.php/frauenhaeuser2> [16.8.2014]

Verein Wiener Frauenhäuser (2010) Sexualisierte Gewalt in Paarbeziehungen. Eine Studie des Vereins Wiener Frauenhäuser. Wien.

Verein Wiener Frauenhäuser (2014) 35 Jahre Verein Wiener Frauenhäuser. Tagungsbericht: „Ohne mich bist du nichts“ – psychische Gewalt in der Familie. Online verfügbar unter: <http://www.frauenhaeuser-wien.at/dokumente/tagungsbericht2013/35Jahre-WienerFrauenhaeuser.pdf> [6.9.2014]

Wendehorst, C.; Zöchling-Jud, B. (2013) Einführung in die Rechtswissenschaften und ihre Methoden. Teil II. Privatrecht. Studienjahr 2013/2014. Wien.

Wiener Interventionsstelle gegen Gewalt in der Familie (2014) Daten zu §§ 107, 107a, 107b und 201 StGB – Erledigung von Verfahren.

Gesetzestexte

Niederlassungs- und Aufenthaltsgesetz (In der Fassung vom 1.1.2014)

Staatsbürgerschaftsgesetz (In der Fassung vom 1.8.2013)

Strafgesetzbuch (in der geltenden Fassung) Strafprozessordnung (in der geltenden Fassung)

Teil II.

Folgen sexueller Gewalt und Versorgung

5. Traumatisierung durch sexuelle Gewalt

Barbara Bojack

5.1. Begriffsklärung

Trauma bedeutet nach Freud, ein überwältigendes Ereignis überrollt den psychischen Apparat, durchbricht den Reizschutz des Ich, das die Gewalterfahrung nicht mehr integrieren kann. Es handelt sich um ein komplexes Prozessgeschehen. Es müssen Notmaßnahmen ergriffen werden, die sich, wie später aufgeführt, z. B. in Dissoziation oder Internalisierung der Gewalt zeigen (Hirsch, 2014, S. 37).

Bekannt ist, dass Traumatisierung, speziell sexuelle Gewalt bzw. sexueller Missbrauch, bei den Opfern früher oder später zu Folgeerscheinungen und Problemen im weiteren Leben führen kann (Gahleitner, 2005, S. 31); somit ist ein Leidensweg vorgezeichnet. Dies ist der Grund, weshalb es wichtig ist, sich diesem Thema zu widmen und es zu bearbeiten.

Sexueller Missbrauch hat viele Schattierungen: es wird suggeriert, es gäbe einen „gerechtfertigten Gebrauch“ von Kindern. Gleichzeitig tritt die Assoziation von Macht- bzw. Vertrauensmissbrauch auf, was Aspekte des sexuellen Übergriffs beschreibt (ebd., S. 20). Besonders in den letzten Jahren überwiegt ausnahmslos die Ansicht, dass es sich dabei um traumatische Erfahrungen für das Kind handelt. Das Kind ist das Opfer eines Vertrauensbruches, indem es von Seiten einer (meist ihm nahestehenden Person) für deren Lustgewinn benutzt wird. Zwischen Täter und Opfer besteht in diesem Fall eine Art von hierarchischem Verhältnis - der Täter ist der stärkere Part in dieser Beziehung. Wird der Begriff *sexuelle Gewalt* benutzt, so zeigt sich gleich, dass es sich um einen Übergriff handelt und danach erst um ein sexuelles Geschehen. Die Handlungen selbst sind breit gefächert. Ausschlaggebend ist, ob die Handlungen

mit oder ohne Körperkontakt stattfanden. Dabei wird der kindliche Wille missachtet. Fremd- und Selbsteinschätzung spielen für die Auswirkungen der Gewalt eine Rolle. Es kann nämlich nicht vorausgesetzt werden, dass dem Opfer die Auswirkungen klar sind. Insofern wird die Definition von Gahleitner (2005) übernommen. Sie besagt, dass sexuelle Gewalt an Kindern eine sexuelle Handlung eines Erwachsenen an einem mindestens sechs Jahre jüngeren Kind (als der Täter) ist, die entweder gegen den Willen des Kindes vorgenommen wird oder das Kind kann auf Grund seines Entwicklungszustandes nicht frei und informiert zustimmen.

Das bedeutet auch, dass die Unterlegenheit des Kindes in jeder Weise ausgenutzt wird und eine Befriedigung des Erwachsenen auf Kosten des Kindes geschieht. Eine Folge traumatischer Erfahrungen ist die Schwächung der Resilienz, also die Fähigkeit interne und externe Ressourcen erfolgreich zu nutzen (Oerter, 1999). Gleichzeitig steigt damit die Vulnerabilität.

Dies zeigt sich nicht zuletzt in den zu Tage tretenden Symptomen und Erkrankungen. Allerdings sind Fälle bekannt, in denen die negativen Erfahrungen auf positive Weise bewältigt werden können.

Mit anderen Worten, es werden Ausdrucksmöglichkeiten und Formen gefunden, die Belastung umzusetzen und darzustellen. Einerseits können sich diese Erfahrungen als psychische Störungen auswirken, andererseits können aber auch Erkrankungen im eher körperlichen Bereich auftreten.

Diese Belastungen können in bestimmten Fällen allerdings in kreativer Weise umgesetzt und ausgedrückt werden. Dabei vollzieht sich die Umsetzung der Traumatisierung im kreativen, künstlerischen Bereich.

Es handelt sich dann um den glücklichen Fall, dass die vom Missbrauch Betroffenen in der (prätraumatischen) Zeit positive äußere Anregungen erhalten haben, so dass sie sowohl über eine gewisse psychische Stärke als auch über eine entsprechende Begabung verfügen. Das zeigt sich unter anderem in der Möglichkeit, die Traumen künstlerisch aufzuarbeiten. Ich gehe darauf noch detaillierter ein.

5.2. Folgen der Traumatisierung

Zunächst zu weiteren negativen Folgen der Traumatisierung:

Die Traumatisierung kann auf verschiedene Art und Weise zum Ausdruck kommen. Die Erfahrung mit traumatisierten Patienten, bei denen vielfältige Symptome auftreten können, die zum Teil unerklärbar sind und eventuell nicht zusammenpassen, sollte an Missbrauch als Ursache der Traumatisierung denken lassen.

In einem aktuellen Buch (Gast & Wabnitz, 2014) wird z. B. betont, dass besonders dissoziative Störungen als Folgeschäden von seelischer, körperlicher oder sexueller

Gewalt, die im Kindesalter erlitten wurde, wegen ihrer unterschiedlichen, oft diskreten Ausprägung leicht übersehen werden.

Bei Korrelationen und Verbindungen, die früher so nicht gesehen wurden, besteht die Möglichkeit, dass hinter einer Reihe von Symptomen oder Krankheiten, von denen Patienten berichten, eine Missbrauchserfahrung steht. Oft erinnern Patienten den Traumatisierungsvorgang nicht mehr, weil er z.B. abgespalten, verdrängt wurde.

Veranschaulicht wird dies an einem Beispiel aus der Praxis:

In Behandlung kam eine 22 Jahre alte Studentin wegen einer Arbeitsstörung, depressiver Verstimmung und gelegentlicher Essstörung im Sinne einer Bulimie. Sie gab an, sie könne nicht mehr gezielt für ihr Studium arbeiten. Sie berichtete in der ersten Stunde von verschiedenen Beziehungen mit Männern, die einem anderen sozialen Umfeld angehörten.

Nach mehreren Stunden stand fest, dass eine analytische Behandlung notwendig sein würde.

Etwa in der zwölften Stunde berichtete sie, nachdem sie bereits zweimal pro Woche kam, von einem Traum. Sie wache immer wieder nachts auf und habe das Gefühl, es beuge sich jemand über sie. Sie sei schweißgebadet, wie gelähmt und habe Angst. Im Rahmen der weiteren Stunden zeigte sich die Problematik des sexuellen Missbrauchs im frühen Kindesalter (ab dem 3. Lebensjahr), der sich über Jahre hinweg zog und sich unter anderem durch einen angeheirateten Großvater ereignete. Nachfragen beim Kinderarzt und bei den Eltern objektivierten die bis dahin nicht bekannte Diagnose des sexuellen Missbrauchs.

5.3. Symptome und Diagnostik

Diese Fallvignette führt die Symptomatik bzw. Diagnostik des sexuellen Missbrauchs vor Augen. Die Darstellung der Traumatisierung kann im möglichen Verhalten bzw. Symptomen oder Auffälligkeiten dargeboten werden (siehe dazu Tabelle 1). Es sind auch körperliche Leiden als Folgeerscheinung bekannt, so trat z.B. Diabetes (Witt, 2013) (Thomas, 2008) auf. Dies konnte auch im eigenen Patientengut festgestellt werden. Diabetes trat bei 2 Patientinnen auf, nachdem räumlicher Abstand zum Täter möglich war.

Die Reaktionsweisen auf traumatische Erfahrungen können sich in einer totalen Gefühlsabstumpfung zeigen oder in einer Gefühlsüberflutung. Letztere bedeutet, dass die Gefühle außer Kontrolle geraten. Im Verhalten kann sich dies einerseits in Erstarrung, Lähmung oder Apathie zeigen. Andererseits kann sich auch ein übermäßiger Aktivismus zeigen, der unbewusst dem Gefühl der Hilflosigkeit, Ohnmacht und Angst entgegensteht.

Tabelle 3 gibt einen Überblick über Symptomatik und über Verarbeitungsversuche von Traumata:

Art der Traumatisierung	Mögliches Verhalten, Symptome oder Erkrankungen Aus: Pschyrembel (2009)	Literatur, die diese Erkrankungen als Indiz für Traumatisierung angibt und zur Vertiefung (Bibliografie s. unten)
Dissoziative Störung	Anteilige oder vollständige Abspaltung von psychischen Funktionen, eigenen Gefühlen. Körperempfindungen oder Wahrnehmung der eigenen Person und/oder der Umgebung Beispiel: Der Patient liegt im Bett und spürt sich und seinen Körper nicht mehr.	Möllering, 2011; Brodsky, Cloitre, Dulit, 1995; Subic-Wrana, Tschan, Michal, Zwerenz, Beutel, Wiltink, 2010
Essstörung	z.B. Bulimie (Ess-Brechsucht), massives Übergewicht, Anorexie (Magersucht)	Möllering 2011; Subic-Wrana, Tschan, Michal, Zwerenz, Beutel, Wiltink, 2010
Süchte	Stoffgebundenes Abhängigkeitssyndrom mit Substanzstörungen, wie sie in der WHO gelistet sind, z.B. Heroin, Kokain, Alkohol; nicht stoffgebundene Abhängigkeit, z.B. Arbeitssucht, Kaufsucht, Spielsucht, Fernsehsucht, Internetsucht	Möllering, 2011; Crowley, Mikulich, Ehlers, Hall, Whitmore, 2003; Haller, Miles, 2004; Petry, Steinberg, 2005
Durchbrüche, Affektdysregulation	Auftreten von der Situation unangemessenen, oft heftigen Verhaltensweisen Beispiel: Ein Patient zieht sich in einer Eingangshalle aus und schreit	Haller, Miles, 2004
Beziehungsstörung und -abbrüche	Verändertes/ erhöhtes Abstandsbedürfnis: Beziehungen (auch nicht-sexuelle) können unbewusst als potenzielle Gefahr empfunden werden und Angst oder Panik auslösen	

Art der Traumatisierung	Mögliches Verhalten, Symptome oder Erkrankungen Aus: Pschyrembel (2009)	Literatur, die diese Erkrankungen als Indiz für Traumatisierung angibt und zur Vertiefung (Bibliografie s. unten)
Depersonalisation	Gefühl der Entfremdung ggü. dem eigenen Körper und dem personalen Selbst bei intaktem Realitätsurteil; der Betroffene erlebt sich selbst als fremd, unwirklich, uneinheitlich	Michal, Beutel, Jordan, Zimmermann, Wolters, Himmelreich, 2007
Psychosomatische Krankheitsbilder, somatoforme Störung	Wechselwirkung zwischen Körper und Seele, beide spielen wechselseitig eine Rolle für die Entstehung oder den Verlauf der Erkrankung Beispiel: Unter Stress bekommt der Patient starke Hautausschläge und wechselnde körperliche Symptome; oft treten diese zusammen mit Depression oder Angst auf	Möllering, 2011; Haller, Miles, 2004; Subic-Wrana, Tschan, Michal, Zwerenz, Beutel, Wiltink, 2010
Depression	gedrückte Stimmung, Interessenlosigkeit, Antriebslosigkeit, verminderte Leistungsfähigkeit in verschiedener Ausprägungsstärke	Möllering, 2011; Bosinski 2000; Subic-Wrana, Tschan, Michal, Zwerenz, Beutel, Wiltink, 2010
Bipolare Störung	Immer wiederkehrende Erkrankung, in deren Verlauf Depression und Manie auftreten	Haller, Miles. 2004
Angststörung	übermäßig starke oder anhaltende Angst, die nicht kontrollierbar ist und unter der der Betroffene stark leidet Symptome: Schwitzen, Gedanken an Gefahr, Vermeidungsverhalten	Möllering, 2011; Haller, Miles, 2004; Subic-Wrana, Tschan, Michal, Zwerenz, Beutel, Wiltink, 2010
Zwangsstörung	Zwangsstörung Psychische Störung mit wiederkehrenden Zwangsgedanken, Zwangsimpulsen oder Zwangshandlungen; diese werden als übertrieben, unangenehm oder unsinnig erlebt. Beispiel: der Patient muss sich mehrfach hintereinander die Hände waschen, wenn er einem anderen Menschen die Hand gegeben hat	Möllering, 2011

Art der Traumatisierung	Mögliches Verhalten, Symptome oder Erkrankungen Aus: Pschyrembel (2009)	Literatur, die diese Erkrankungen als Indiz für Traumatisierung angibt und zur Vertiefung (Bibliografie s. unten)
Erneute Gewalterfahrung	z.B. Mobbing, häusliche Gewalt (meist durch den Partner)	
Borderline-Störung	Störung der Affektregulation, im sozialen Kontext rasch aufschießende und verzögert abklingende Affekte bei gleichzeitig quälender, rasch einschließender innerer Anspannung	Brodsky, Cloitre, Dulit, 1995; Pabst, Aldenhoff, Schauer, Ruf, Elbert, Seeck-Hirschner, 2012
Persönlichkeitsstörungen	Andauerndes Verhaltens-Erlebensmuster, das deutlich von den Erwartungen der soziokulturellen Umgebung abhängt Beispiel: abhängiges, ängstliches, vermeidendes, zwanghaftes Verhalten	Andauerndes Verhaltens-Erlebensmuster, das deutlich von den Erwartungen der soziokulturellen Umgebung abhängt Beispiel: abhängiges, ängstliches, vermeidendes, zwanghaftes Verhalten
Traumatische Psychose	Psychische Störung mit gestörtem Selbst- und Realitätsbezug; Auftreten von Denk-, Wahrnehmungs- und motorische Störungen, abnormen Erlebnissen und Erfahrungen eines gesteigerten subjektiven Bedeutungsbewusstseins z.B. Menschen nach Foltererfahrungen geraten in einen solchen Zustand; deshalb die Bezeichnung „traumatische Psychose“	Hamburger, 2012; Möllering, 2011; Bruns, 2012

Tabelle 3.: Traumatisierung am Beispiel sexueller Gewalt (Bojack, 2013, S. 43)

Die Verarbeitung des Traumas kann sich durch expressives, aggressives bis psychotisches Verhalten zeigen oder durch depressive stille Trauer, fast Lähmung bzw. see-

lischen Rückzug. Diese Angstlähmung kann zur Entwicklungsstörung bis hin zum Entwicklungsstillstand führen (Auchter, 2009) (Hamburger, 2012).

Diese Breite der möglichen Verhaltensweisen zeigt, dass die Bandbreite der möglichen Erkrankungen und Formen des in Erscheinung Tretens der Symptome weit ist (Möllering, 2011, S. 399 ff.). Dass es sich dabei um Notmaßnahmen des Ich handelt, wurde bereits angesprochen (Hirsch, 2014, S. 37).

Im Rahmen der Psychoanalyse ist es möglich, die Traumatisierung zu bearbeiten und zu integrieren. Trotz der hohen Zahl an Traumata durch sexuellen Missbrauch spiegeln sich diese Zahlen in den Therapien bzw. psychischen Störungen nicht unmittelbar wieder (Wittchen, 1998) (Jacobi, 2004) (Schulz, 2008). Die Frage ist, ob sie in der Therapie nicht auftauchen oder ob sie nicht in Erscheinung treten (dürfen).

An dieser Stelle soll der Frage nachgegangen werden, wie es aber um Menschen steht, die keinen Zugang zu Psychotherapie haben oder eine solche nicht in Anspruch nehmen wollen oder können?

Wie kann mit solchen schweren Traumatisierungen umgegangen werden?

5.4. Epidemiologie

Hier zunächst einige Zahlen:

Inzidenzstudien bzw. Inzidenzstatistiken aggregierter institutioneller Daten, wie sie z.B. grundsätzlich in den USA wegen der dortigen gesetzlichen Meldepflicht üblich sind (NCCAN, 1988), sind in Deutschland nicht vorrätig. Zwar gibt es Einrichtungen, die solche Statistiken führen, allerdings verschaffen diese keinen aussagefähigen Überblick über die Gesamtsituation. Die Daten werden nicht zusammengeführt und eine tatsächliche Vergleichbarkeit wird nicht erreicht (aus Wetzels).

Wetzels (1997, S. 19) kommt zu dem Ergebnis, dass circa 1/5 aller Erwachsenen in ihrer Kindheit schwerwiegenderen bzw. häufigeren Formen der sexuellen und/oder physischen Gewalt ausgesetzt waren. Dabei wird eine restriktive Gewaltdefinition zugrunde gelegt.

Unter Verwendung der weitesten Opferdefinition und unter Verwendung sowohl unspezifischer als auch exhibitionistischer Handlungen sind bei den Frauen 18,1% Opfer (n=301) und bei den Männern 7,3% betroffen (n=115). Dabei wird keine Schutzaltersgrenze extern bestimmt, sondern die Eingrenzung von Kindheit und Jugend wird durch die Befragten selbst festgelegt. Im Übrigen handelt es sich um einen Vergleich verschiedener Studien (Peters, Wyatt, & Finkelhor, 1986).

Gahleitner (2005, S. 23) und auch Bange/Deegener (Bange & Deegener, 1996) kommen zu dem Ergebnis, dass jedes vierte Mädchen und jeder zwölfte Junge sexuell missbraucht wurden.

Es gibt Annahmen, dass in Deutschland jede 4. Frau von häuslicher Gewalt betroffen sei, 70% aller Frauen weltweit erleben in ihrem Leben Gewalt (UN Women, Deutschland, 2013a, 2013b), jede 3. Frau sei weltweit Opfer von Gewalt (UN Women, Deutschland, 2013a, 2013b). Hierbei handelt es sich um Zahlenangaben, die nicht im streng wissenschaftlichen Rahmen erhoben wurden. Dennoch sind sie bedenkenswert.

Die in Deutschland durchgeführte Studie (Bundesministerium für Familie Senioren Frauen und Jugend, 2008) gibt an, dass seit dem 16. Lebensjahr:

- 37 % der befragten Frauen körperliche Gewalt erfahren haben,
- 13 % der befragten Frauen sexuelle Gewalt (in strafrechtlich relevanter Form) erfahren haben,
- 40 % körperliche oder sexuelle Gewalt oder beides widerfuhr.
- Unterschiedliche Formen von sexueller Belästigung erlebten 58%.
- 42 % erfuhren psychische Gewalt.

Der Großteil sexuellen Missbrauchs findet unter dem 16. Lebensjahr statt (Bieneck, Stadler, & Pfeiffer, 2011).

Bedauerlicherweise geben die Statistiken keinen Grund zur Entwarnung (Polizeiliche Kriminalstatistik 2013).

Besonders die Verbreitung kinderpornographischer Materialien gibt Grund zur Sorge. Hier kam es zu Anstiegen von 16% bei bekannt hoher Dunkelziffer.

Zurück zur Frage, wie traumatisierte Menschen ohne Behandlung leben und sich in der Gesellschaft zurecht finden. Es gibt Künstler, denen es gelingt ihre Traumata darzustellen und sie dadurch zu bearbeiten und ggf. sogar zu integrieren. Das heißt, die Traumen und Belastungen kommen zur Darstellung im kreativen Bereich. Mit anderen Worten, schöpferische Kräfte werden wirksam, die dazu verhelfen, das Leben nicht in einem Übermaß durch das Trauma überschatten zu lassen. Gleichzeitig wird das Trauma aber, teils unbewusst, zum Ausdruck gebracht, was im besten Fall zu einer Bearbeitung und Integration des Traumas und somit zur Entlassung des Betroffenen führt.

Als Möglichkeiten bieten sich z.B. Musik, Tanz und bildende Kunst an (Bild des Koreaners Vann Nath „Überleben von Folter“ auf der documenta 13, Kassel 2012; Nikki de Saint Phalle's Werke).

Es gibt Künstler, die ihre Erfahrungen, meist traumatischer Art (nicht nur im sexuellen Bereich), in der Musik verarbeiten. Als Beispiele seien folgende Künstler und Werke genannt: Britten mit seinem War-Requiem; Schostakowitsch, der die Erschießung eines Kindes auf der Straße durch Armeeangehörige in Musik fasste; Mahler den Tod seiner Tochter oder Nikki de Saint-Phalle (Schröder, 2009), die ihren Missbrauch in Bildern und Skulpturen verarbeitete. Der Koreaner Vann Nath zeigte seine

Foltererfahrungen im Bild („Überleben von Folter“, documenta 13, Kassel, 2012). György Konrad (1983) und Alexander Solschenizyn (1999) stellten ihre traumatischen Erfahrungen in der Literatur dar.

Den Tanz betreffend liegt wenig Literatur vor. Unbestritten ist, dass im Tanz und Ballett Gefühle ausgedrückt werden, die Seele berührt wird.

Im frei improvisierten Tanz ist es möglich, nicht nur Gefühle darzustellen, sondern sie auch zu verstehen und zu bearbeiten, dasselbe geschieht mit Beziehungen. Dies macht sich die Tanztherapie zunutze. Sie nutzt Tanz und Bewegung in psychotherapeutischer Weise zur Integration von körperlichen, emotionalen und kognitiven Prozessen. Möglich erscheint die Erweiterung der Persönlichkeit des Menschen durch die Tanztherapie. Mary Wigman (1986) beschreibt den Tanz als eine gewissermaßen bildhauerische Arbeit, in der sich „der bewegte Körper zum feinnervig vibrierenden und meisterlich beherrschten Instrument des Tanzes umbildet und zu einem in seiner Transparenz sich erleuchtenden Gefäß wird, in dem die erregenden und bewegenden Inhalte des Tanzes zusammenspielen und zu geläuterter Form verdichten“ (ebd., S. 109). Mit anderen Worten, durch die Zentrierung könnte eine Katharsis eintreten im Sinne einer Verarbeitung von Gefühlen und Traumata.

Bloch spricht davon, dass Tanz Erfahrungen kreiert und gleichzeitig Körperprozesse katalysiert (Bloch, 2010a).

Der Tänzer Rudolf von Laban betonte freie Improvisation beim künstlerischen Tanz als Ausdruck seelischen Erlebens (Müller-Braunschweig, 2010). Müller-Braunschweig beschreibt, dass Körperbewegungen (speziell in der Behandlung) heute als eine Darstellung von psychischen Vorgängen aufgefasst werden können.

Henningsen gibt an, dass eine enge Verbindung von „Körperwahrnehmung, begleitenden Affekten und Kognitionen“ (Henningsen, 2006) bestehe.

Methoden zu kennen, die nicht allein in einem professionellen Setting bestehen und mit entsprechenden monetären Mitteln verbunden sind, ist besonders deshalb wichtig, weil zu diesen Möglichkeiten ein Zugang besteht oder bestehen kann, der nicht unbedingt an finanzielle Ressourcen, an das Vorhandensein einer Krankenversicherung oder an den Zugang zu professioneller Behandlung überhaupt geknüpft ist.

5.5. Hypothese

Die Traumatisierung steht wie eine Wand, ein Block oder ein Klotz vor dem Erleben in der Gegenwart und lähmt. Die Wand sollte wie ein Vorhang beiseite zu schieben sein und damit integrierbar werden. Das wäre eine mögliche Zielsetzung.

Musik als Ausdruck von Gefühlen verpackt diese in Töne, die zu den Traumata gehören, die nicht in Worte fassbar sind und für die es keine Adressaten gibt und keinen,

der sich dem Traumatisierten zuwendet. Die Gefühle werden ausdrückbar, nicht in Worten, aber in Klängen, Tönen, Lauten, Musik. Es wird auf diese Weise quasi eine Verbalisierung oder Verlautbarung erreicht. Die Traumen werden ausdrückbar. Es kann eine Läuterung eintreten, als würden Schalen von Scham abfallen, ein Prozess in Gang kommen (Bloch, 2010b). Klang kann emotionale Zustände direkter ausdrücken als im visuellen oder intellektuellen Bereich. Klang erreicht archaische Tiefen. Denn der Zuhörer ist daran schon intrauterin gewöhnt. Es handelt sich um die ersten Erfahrungen eines Menschen zur Außenwelt (ebd.).

Hintergrund ist nach Auffassung von Bion (1962; repr. 1994), dass es z.B. beim Kind möglich ist, Gefühle bei der Mutter loszuwerden, wobei die Mutter dem Kind insofern als Container dient. Wurde das verhindert, kann es möglich sein, diese belastenden Gefühle z.B. in Zusammenhang mit einer Traumatisierung in Form von Musik umzusetzen. Musik klingt oder hört sich an, wie Gefühle sich anfühlen. Musik kann auf einem tiefen Niveau ohne Worte kommunizieren (Wetzler, 2010).

Klang vermittelt einen unmittelbaren verkörperten Sinn und drückt oft emotionale Zustände direkter aus als visuelle oder intellektuelle (Bloch, „Night Is a Sound“: The Music of the Black Sun, 2010b).

Willeford (2010) z. B. beschreibt, dass im Blues meist „Sorgen“ ausgedrückt werden, eigentlich also Traumatisierungen in Anbetracht der Thematik. Als Beispiele werden unter anderem Tod, Mord oder Prostitution genannt.

Als eine Aufgabe des Blues wird gesehen, dass er noch nicht Ausgedrücktes ausdrückt. Dabei soll etwas bewusst gemacht werden, was bereits bekannt ist. Ziel ist es, eine Verbindung zwischen Imagination und Gefühlen aufzuzeigen (Eigen & Govrin, 2007).

So führt Mitzlaff (o.J.) aus, dass Oberhoff, Leikert und Tenbrink (2004) im Zusammenhang mit der Möglichkeit zum Containment von tonaler Musik die Aussage treffen, dass die diatonische Musik die Fähigkeit besitze, das Wiedererleben des archaischen Gefühls zusammen mit einem liebevollen Containment dieses Gefühls zu präsentieren. Dadurch kann die Reaktualisierung des ängstigenden Gefühls nicht erneut traumatisierend wirken, sondern wird aushaltbar. Harmonische Kräfte in der Musik verhindern eine erneute Fragmentierung des Selbst.

Mitzlaff (o.J.) will allerdings diese Aussage nicht nur auf tonale Musik beschränkt wissen. Sie greift auf, dass Lorenzer (1986) die Funktion von Kunstwerken insoweit diskutiert, als es deren Aufgabe sei, Handlungsmuster und Denkweisen zur Diskussion zu stellen. Dabei können auch die aus dem öffentlichen Diskurs sonst ausgeschlossenen verpönten Lebensläufe zum Tragen kommen.

Insofern erlaubt dieser Gedanke, Kunstwerke als Container (im Sinne von Bion) der ausgeschlossenen Wünsche und der mit ihrer Zurückweisung verbundenen Affekte zu begreifen. Im Unterschied zu neurotischen Symptomen, die auch auf Verdrängtes

verweisen, kommt Kunstwerken dabei ein „überindividuell kollektiver Darstellungswert“ zu (Mitzlaff, S. 34). Mitzlaff weist weiter darauf hin, dass Musikstücke im Zusammenhang mit Psychotherapie von der Kultur fertig bereit gestellte Container, musikalische Improvisationen als in therapeutischen Situationen spontan hergestellte Container sind für emotionale Erfahrungen aufgefasst werden.

Damit kann auch ein Bezug zu Künstlern hergestellt werden, die ihre Affekte und Emotionen in Musik, Tönen oder Kunstwerken zum Ausdruck bringen. Ein Beispiel hierfür ist die Lebensgeschichte des H.-J. Ortheil (Ortheil, 2009), der samt der traumatisierten Mutter nicht in der Lage war, sich in Worten auszudrücken. Er selbst war zunächst stumm. Die Mutter war stumm vor Entsetzen über den Tod eines vor ihm geborenen Kindes. Dafür konnte er sich ebenso wie die Mutter in Musik ausdrücken, fand darüber zur Sprache und wurde Pianist.

Es gibt verschiedene Möglichkeiten: Bereits vorhandene Musikstücke können sich als Container anbieten und der Verarbeitung/Ableitung der Affekte dienen. Aber auch die Improvisation oder die Komposition neuer Stücke bzw. die Interpretation neuer Stücke können hier ihren Beitrag liefern.

Es kann entgegnet werden, nicht jeder könne komponieren wie Schostakowitsch, Mahler oder Britten. In heutiger Zeit gibt es andere Genres. Zu denken ist an Hip-Hop, eine moderne Art und Weise, Traumatisierungen in Musik, Sprache und Tanz darzustellen. Als Beispiel seien hier die Titel der Rapgruppe West-Coast genannt mit ihrem Album „Straight Outta Compton“. In diesem Werk schildern sie fast teilnahmslos und ohne sich moralisch zu positionieren Kriminalität und Gewalt. Als sie dafür kritisiert wurden und ihnen die Verherrlichung von Gewalt unterstellt wurde, argumentierten sie, sie hätten die Zustände im Ghetto abgebildet (siehe wikipedia 16.1.2013, Hip-Hop). Sicherlich ist dies nur ein möglicher Aspekt im Hip-Hop.

Anders ausgedrückt, wohl wissend, dass Hip-Hop Sprechen und Tanzen beinhaltet:

„Musik verbindet geistige Komplexität mit dinglicher Eindeutigkeit. Ihr Thema scheint im rein Körperlichen, noch nicht gestisch Gefassten zu liegen. Für diesen Bereich aber verfügt die Psychoanalyse über Denkmöglichkeiten und Fassungsorgane, durch die mir eine Überwindung der Sprachlosigkeit denkbar scheint.“ (Berheide, 2013, S. 64)

Außerdem fügt der Autor an: „Wie man sieht, sind also an der Entstehung eines Werkes Bereiche des Bewusstseins beteiligt, auf die vorsubjektive, kulturell vermittelte Erfahrungen unmittelbaren Einfluss haben“ (ebd., S. 66).

Um die Auffassung von Lorenzer (Lorenzer, 1986) erneut aufzugreifen, kann postuliert werden, dass dasselbe auch für die Erschaffung von Kunstwerken oder den Ausdruck im Tanz gelten kann.

Mit anderen Worten, Musik kann „als ein Medium der Kommunikation, das über die Sprache hinaus Zugang zu all den menschlichen Erlebens- und Daseinsbereichen

eröffnen kann, die als „exkommunizierte“ Persönlichkeitsanteile zu psychischen und somatischen Leiden führen können“ (Tüpker, 2010, S. 250) verstanden werden.

Noch ein Wort des Künstlers Akram Khan (2011, S. 167) sei an dieser Stelle angeführt. Er sagt, frei übersetzt: „Eines der besten Dinge an unserer Arbeit ist, sie erlaubt es uns zu träumen und uns die Welt anders vorzustellen. Durch diesen Prozess wird es uns möglich, die Welt auf sehr kleinen Wegen zu verändern“.

5.6. Umgang mit dem Trauma mittels Psychotherapie

Es gibt verschieden Psychotherapieverfahren. Häufig angewandt werden Verhaltenstherapie, tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie und analytische Psychotherapie.

Verhaltenstherapie wird oft empfohlen zur Behandlung der unmittelbaren Folgen von plötzlicher externer Gewalteinwirkung. Die psychoanalytischen Verfahren sind bei Folgen von chronischen familiären Beziehungstraumata angezeigt (Hirsch, 2014, S. 38). Es haben sich auch andere Therapie- und Mischformen entwickelt, die aber hier nicht weiter dargestellt werden.

Dabei wird das Trauma abgeschwächt, indem es immer wieder zumindest partiell erlebt werden muss. Das bedeutet es wird fragmentiert, wieder erlebt, durchgearbeitet samt einem Teil der Affekte (ebd., S. 41) und Gefühle.

Damit werden die Vorgehensweise und die Technik immer speziell und individuell auf den Patienten angepasst. Es handelt sich um eine psychoanalytisch- psychodynamische Beziehungstherapie. Intuition und Erfahrung samt aktivem Vorgehen bei Abstinenz bestimmen das therapeutische Vorgehen (ebd.).

Im Rahmen einer psychoanalytischen Therapie wird ein Prozess der Loslösung verfolgt und zwar von den inneren Objekten, die dem erlittenen Trauma entsprechen. Dies wird als Trennungs- und Trauerprozess verstanden (Hirsch, 2014), vielleicht vergleichbar dem Künstler, der seine Erfahrungen auf die Leinwand bringt und sie dadurch darlegt, verarbeitet und sie sich im Abstand von außen ansehen kann. Er muss sie nicht mehr in sich behalten.

5.7. Schluss

Weshalb ist diese Thematik Traumatisierung, speziell sexueller Missbrauch, so wichtig? Die sexuelle Gewalt und ihre Auswirkungen sind hoch mit Scham besetzt. Dies kann zu Diskriminierungen durch die Gesellschaft und Ausstoß aus dem familiären Gefüge führen.

So berichtete eine Patientin, dass ihre Ehe nicht zuletzt aus diesem Grunde zerbrochen sei. Ihr Mann habe es nicht verkraftet, dass sie nicht als Jungfrau in die Ehe gekommen war. Sie konnte ihm nicht gestehen, dass ein naher Verwandter sie ihrer Jungfernschaft beraubt hatte. Es war im damaligen kulturellen Kontext ein absolutes Muss als Jungfrau in die Ehe zu gehen.

Dieses Schicksal haben viele Frauen vor Augen, zumal zum Beispiel Vergewaltigung eine Waffe im Rahmen der Kriegsführung ist. Sie wird nicht offen als solche deklariert. Allerdings sprechen die Anordnungen und die Grundlagen der Ausbildung und Indoktrinierung von Soldaten dahingehend eine deutliche Sprache (Schlindwein, 2013). Nicht weniger gewichtig sind die Übergriffe auf Männer. Es berichtete ein männlicher Patient von Übergriffen und intimer körperlicher Nähe durch seine Mutter, die er in der Pubertät zulassen musste. Vorstellig wurde er in der Therapie wegen schwerer depressiver Störung, Burnout und innerer Unruhe.

Diese beiden Beispiele aus der Praxis verdeutlichen, dass Männer wie Frauen Opfer von sexueller Gewalt werden können. Eine Bearbeitung dieser Themen und Unterstützung der Betroffenen sind angesagt.

Ziel dieser Ausführungen ist, allen diesen Frauen und Männern eine Stimme zu geben, denen dies widerfahren ist.

Es soll darauf aufmerksam gemacht werden, dass es verschiedene Möglichkeiten gibt, ein solch schweres Trauma zu integrieren bzw. damit umzugehen. Möglich ist eine Linderung der durch die Traumatisierung verursachten Stressverarbeitungsstörung. Möglich ist auch eine Integration der Traumatisierung in die eigene Lebensgeschichte, sie zu verschmerzen und sie zu betrauern. Dadurch kann eine Milderung der Symptome bzw. deren Verschwinden erreichbar werden.

Wenn dies durch Psychotherapie nicht möglich ist, so kann die Bearbeitung der Traumata auch durch Zuwendung zu anderen Bereichen der Kunst, Kreativität und anderen Aktivitäten geschehen, die hier nicht abschließend genannt wurden.

Damit wird gezeigt, dass an der Bewältigung und Heilung mit gearbeitet werden kann und dass gegebenenfalls neue Methoden entwickelt werden bzw. wurden, die zur Heilung beitragen.

Notwendig ist es, neue Forschungen in die Wege zu leiten, um einerseits das Ausmaß und die Tragweite des sexuellen Missbrauchs zu erfassen und andererseits Wege zu finden, dass Menschen mit diesem Schicksal fertig werden können, damit nicht ihr ganzes Leben von diesen negativen Erfahrungen überschattet sein muss.

Ärztinnen und Ärzte können hier einwirken und tätig werden. In vielen Fällen sind diese entscheidende Ansprechpartner, aber auch Diagnostiker für gewaltbetroffene Frauen und Männer. Dies wurde bereits in einer Studie (Bundesministerium für Familie Senioren Frauen und Jugend, 2008) belegt.

5.8. Beispiele aus Therapien

Die ersten Fallgeschichten in der Psychoanalyse wurden zur Hysterie von Freud und Breuer vorgestellt. Dabei wurden Erzählung und Symptom erfasst. Geschehnisse und innere Vorgänge, die weder beobachtet noch demonstriert werden können, wurden dargestellt. Dabei vermittelt Freud die Komplexität von Beziehungen und unbewussten Prozessen an der Symptomentstehung und an der Interaktion (Brockmann, 2012, S. 220). Dies steht im Gegensatz zu dem, was in z. B. organischen Fächern beobachtbar und untersuchbar ist, z. B. die Fehlstellung bei einer gebrochenen Gliedmaße.

Diese Fallgeschichte in der Psychoanalyse steht im Dienste der Theorieentwicklung und verdeutlicht, weshalb neuen Überlegungen gefolgt werden soll (Kiceluk, 1993). Es können neue Erkenntnisse aus diesen Behandlungen und den dazu gehörigen Reflexionen gewonnen werden.

Nach Freud (Freud, 1927) ist mit der Fallgeschichte das Junktim von Heilen und Forschen eng verbunden. Der Therapieprozess ist Forschungsprozess und die therapeutische Behandlung ist Forschungspraxis. Die in der psychoanalytischen Situation gewonnenen Erkenntnisse werden dem Gegenstand der Psychoanalyse gerecht (Brockmann, 2012).

Das Unbewusste generiert als Forschungsgegenstand spezifische methodische Implikationen und Probleme psychoanalytischer Forschung (Leuzinger-Bohleber, 1995a, 1995b).

Der spezifische Wert einer Fallgeschichte liegt in der kommunikativen Struktur oder dem Gehalt, der zur Interpretation, Supervision anregt. Gegen diese Auffassung regte sich Widerstand. Hier Moser (1989, S. 171): Will die Psychoanalyse Wissenschaft sein, muss sie ihre Hypothesen überprüfen oder überprüfen lassen.

Schließlich besteht eine Forderung, dass Beobachtung und Interpretation getrennt werden sollten. Einzelfälle sollten systematisch und detailliert dargestellt werden. Neben biographischen und soziodemographischen Fakten gehören detaillierte Stundenprotokolle dazu. Diese eröffnen die Möglichkeit, verschiedene Hypothesen zu Theorie und Behandlungstechnik zu diskutieren (Lehmkuhl et al., 2003, S. 308). Auch Symptomatik und Informationen aus der Sicht des Patienten zum Behandlungsverlauf sollten vorhanden sein.

Wissenschaftliche Standards heutiger Einzelfallforschung sind:

- vollständige Tonband- oder Videoaufzeichnungen
- Klinische Diagnose nach DSM IV vom Therapeuten und von einem unabhängigen Beobachter
- Erfassung der Symptomatik und anderer Merkmale wie interpersonale Problematik durch Fragebögen (Brockmann, 2012)

Insgesamt sollen dadurch Nachvollziehbarkeit, Objektivität und Vergleichbarkeit möglich sein. Es gibt verschiedene Methoden der Einzelfallforschung bzw. der klinischen Fallformulierung (ebd., S. 226). Diese sollen hier nicht dargestellt werden. Darüber hinaus gibt es Gütekriterien für eine evidenzbasierte Studie. Dafür sollen als Wirksamkeitsmaße die Effektstärken und die klinisch signifikanten Veränderungen angegeben werden. Außerdem sollen Behandlungsausschnitte von verschiedenen Patienten- und Therapeuteninteraktionen und eine Zustimmung des Patienten vorliegen (ebd., S. 230).

Alles übrige Notwendige sind Empathie bzw. Kunst. Empathie benötigen wir bei dem Sprung in die Ungewissheit, einem Handeln ohne ausreichende Daten (ebd., S. 233 und Baron-Cohen, 2005). Darüber hinaus wird die Kunst notwendig. Kunst deshalb, weil Adorno (1951, S. 298) sagt, deren Aufgabe sei es, Chaos in Ordnung zu bringen. An dieser Stelle werden einige Sequenzen aus eigenen Behandlungen vorgestellt, um darauf aufmerksam zu machen, wie sich Trauma im Rahmen einer Therapie in Symptomen und Gefühlen zeigen kann.

Dabei äußern einerseits die Patienten ihre Gefühlslage oder ihr Empfinden. Das können auch körperliche Empfindungen sein. Andererseits treten auch beim Therapeuten Empfindungen zutage.

Was in Worten ausdrückbar ist, muss sich nicht mehr in körperlichen Beschwerden oder entsprechenden Symptomen darstellen oder dahinter verstecken. Durch eine Therapie können entsprechende bisher unzugängliche Erinnerungen bewusster werden. Diese können dann durch eine entsprechende therapeutische Beziehung gehalten, ausgehalten und bearbeitet werden. So ist die Wirkungsweise einer Therapie vorstellbar. Ziel der folgenden Sequenzen ist es, wie auch in längeren Einzelfalldarstellungen, eine Geschichte samt Handlung zu erzählen und eine Botschaft zu vermitteln, wie auch Brockmann äußert (Brockmann, 2012, S. 231).

5.8.1. Triggerung I & Flash-Back

Eine Patientin äußert, sie habe „Anfälle“ bekommen. Ihr sei heiß-kalt geworden, sie habe Hitzewallungen verspürt. Sie arbeite in R., dazu müsse sie mit dem Auto durch den Wald fahren. Das sei nicht schön und sie habe kein gutes Gefühl dabei. Bevor sie abends nach der Spätschicht losfahre, gucke sie ins Auto, ob auch keiner drin sei. Kritisch sei dann die Fahrt durchs Waldstück.

Zum Hintergrund: In der Kindheit fanden im Wald im Auto Übergriffe auf die Patientin statt. Aber das genaue Geschehen wird nicht vollständig erinnert.

Aber auch zuhause seien die Nächte nicht gut. Ihr sei im Bett heiß-kalt. Sie wache auf, sei klatschnass geschwitzt. Mache sie die Augen zu, komme eine schwarze Wand auf sie zu und erdrücke sie. Sie habe das Gefühl, sie müsse die schwarze Wand weghalten. Sie mache vor Angst schnell die Augen auf.

Als ein wesentlicher Hintergrund wird klar: Ein enger Verwandter kam nachts zu ihr ins Bett und es kam zu Übergriffen.

Sie habe mit ihrer Freundin in der Küche gesessen, die Kerzen am Adventskranz seien angezündet gewesen. Sie habe sich wie in einem extrem verstärkten Trancezustand gefühlt. Sie habe einen Traum erinnert: sie sehe nur die Kerzen, wie einen Raumteiler. Es sei beängstigend gewesen.

Zum Hintergrund: es fanden Übergriffe statt, bei denen Kerzen als Raumteiler verwendet wurden.

5.8.2. Mitleid, Schuld und vermutete eigene Anteile

Als sie ihre Lebensgeschichte erzählt, werden weitere Auslöser für die späteren Schwierigkeiten gefunden.

Nachdem die Mutter einen neuen Ehepartner gefunden hatte, zog sie mit den Kindern aus. In der Kindheit, die Patientin war zu der Zeit 12 Jahre alt, hatte die Patientin das Gefühl, sie könne den Vater (der sie über Jahre missbraucht hatte) nicht alleine zurück lassen. Sie wollte zunächst bei ihm bleiben. Doch schließlich zog sie zur Mutter mit um. Dieses Mitgefühl und Mitleid dem Täter gegenüber beschleicht die Patientin immer wieder. Allerdings jeweils in anderem Gewande. So glaubt sie, er könne ihr doch nicht das ganze Studium zahlen, sondern sie müsse selbst dafür arbeiten gehen, um ihn zu entlasten.

5.8.3. Reinszenierung

Ich denke an das Beispiel aus der Therapie einer Patientin, die circa zwischen dem 8. und 15. Lebensjahr sexuell missbraucht wurde. Im weiteren Verlauf kam es zu Erfahrungen mit einem Stalker, der zunächst ihr Lebenspartner war und von dem sie sich getrennt hatte.

Im Anschluss daran berichtet sie, es falle ihr schwer, mehr Nähe zuzulassen. Dies zeigt sich auch gegenüber der Therapeutin. Sie sitzt zusammengekauert im Sessel, gerne in eine Decke gehüllt, welche auf der Analyse Couch bereit lag. Es ist ihr nicht möglich, sich auf die Couch zu legen. Sie fühlt sich sicherer und kann alles kontrollieren, wenn sie in ihrem Sessel sitzt. Dies zur äußeren Situation.

Sie erzählt, sie könne zwar eine sexuelle Begegnung haben, es sei ihr aber nicht möglich, wenn emotionale Nähe hinzukommt bzw. hinzukommen könnte, den Kontakt zu halten. Die Beziehung verlaufe dann im Sande.

Es sei, als sei der andere nicht erreichbar, als bestehe eine gläserne Wand. So berichtet sie.

Ein wesentlicher Hintergrund für die Unerreichbarkeit: in der frühen Kindheit standen ihre Eltern für Nähe nicht zur Verfügung. Der erste „nahe“ Kontakt war ein Nachbar, der sie sexuell missbrauchte.

5.8.4. Symptomatik I

Die folgende von mir geschilderte Patientin gab an, sie sei sehr depressiv, sie könne ihre Arbeit (in verantwortlicher Position) noch gut ausüben, allerdings falle ihr die Arbeit seit einiger Zeit schwer. Sie könne sich in persönlichen Gesprächen mit anderen Menschen kaum öffnen. Ihre erwachsenen Kinder hätten sich von ihr abgewendet. Sie könnten ihre depressive Stimmung nicht mehr ertragen.

Sie berichtet, dass sie immer wieder die Bilder vor Augen habe, in denen ihr Bruder sie missbraucht habe. Sie habe nie darüber sprechen können, weil in ihrem Kulturkreis eine derartige Anschuldigung nicht toleriert worden wäre und eine entsprechende körperliche Schädigung dazu geführt hätte, dass sie aus der Familie ausgestoßen worden wäre.

Desweiteren hätte sie nicht verheiratet werden können. Insofern blieb sie immer allein mit ihrer schweren Verwundung.

In Behandlung begeben sie sich nur, weil sie ihre Stabilität für die Arbeit nicht verlieren und sie dieser Aufgabe gerecht werden wolle. Außerdem hätten ihre Kinder die Therapie von ihr verlangt, sonst käme es zum totalen Kontaktabbruch.

5.8.5. Symptomatik II

Die Patientin berichtet, sie wache nachts auf, habe das Gefühl, jemand beuge sich über sie. Sie könne auch nur bei Licht schlafen. Wenn nicht, komme es zu unerträglicher Angst und Panik.

Am Bauch dürfe sie nicht berührt werden, ein solcher Kontakt bereite ihr allergrößte Schwierigkeiten.

Auffallend ist, dass sie zunächst Kontakt zu Männern pflegte aus einem Milieu, das ihr eher fern stand.

Hintergrund: sie wurde jahrelang von ihrem Vater missbraucht.

Dieser kam besonders nachts zu ihr und fasste sie zunächst an den Beinen, von da aus weiter nach oben und besonders am Bauch an.

Sie wurde außerdem von einem anderen nahen Verwandten missbraucht, der einem Milieu offensichtlich nahe stand, das sie längere Zeit zunächst für eigene entsprechende Kontakte bevorzugte.

5.8.6. Triggerung II

Wie Ihnen zum Teil bekannt sein dürfte, spricht man von Triggerung, wenn eigene bisher nicht zugängliche Erinnerungen durch ein äußeres Geschehen angesprochen werden. Eine Patientin kommt in die Therapie und gibt an, Sie leide unter Ekel und körperlichen Beschwerden, Depressivität steige hoch. Dies geschehe besonders seit der Vorgesetzte sexuell untermalte Anspielungen gemacht und außerdem entsprechende Witze erzählt habe. Dies beunruhige sie in höchstem Maße. Seither sei es ihr schwer möglich, körperliche Nähe zum Ehemann auszuhalten. Sie lehne den Geschlechtsverkehr ab. Glücklicherweise habe ihr Mann zumindest derzeit dafür Verständnis.

Dadurch, dass sie die Situation in der Therapie aussprechen und bearbeiten konnte, änderte sich auch ihr Verhältnis zum Ehemann.

Hintergrund war ein jahrelanger Missbrauch durch den Vater, was als Familiengeheimnis schwelte und bisher nicht offen gelegt werden konnte.

5.8.7. Dissoziation I

Dieser Begriff wurde längere Zeit wenig in der Theorie verwandt. Dissoziation bedeutet, dass ein Komplex von bewussten oder häufiger unbewussten Eindrücken gewissermaßen als seelischer Schutzmechanismus voneinander getrennt wird.

Der Grund ist, dass ein Teil der Psyche von einem anderen Teil getrennt wird. Man könnte auch sagen, ein Teil wird abgespalten.

Die Folge ist, dass der Patient bei belastenden Erfahrungen sozusagen neben sich steht.

Die Patientin kam im Rahmen einer ärztlichen Begutachtung, bei der eine körperliche Untersuchung mit einbezogen werden musste.

Die Patientin war für eine bestimmte Uhrzeit bestellt, kam früher und wurde sofort untersucht. Im Rahmen dieser Begutachtung wurde sie gebeten, sich in Kleidung auf die Liege zu legen. Es wurde eine kurze neurologische Untersuchung angeschlossen. Es verlief alles unauffällig. Die Patientin verließ den Raum.

Zum eigentlichen Untersuchungszeitpunkt, etwa 45 min später, kam die Patientin erneut und gab an, sie wolle nun untersucht werden.

Dass die Untersuchung bereits erfolgt war, war ihr nicht in Erinnerung. Es stellte sich heraus, dass diese Erinnerung völlig abgespalten war.

Zum Hintergrund: Nach verschiedenen Recherchen stellte sich heraus, dass die Patientin jahrelang unter einer Missbrauchssituation gelitten hatte. Insofern hatte sie im Rahmen dieser ärztlichen Untersuchung auf der Liege in Kleidung eine Erinnerung an das frühere Trauma erlebt. Diesem konnte sie nur durch Dissoziation begegnen.

5.8.8. Dissoziation II

Entsprechende dramatische Begegnungen und Situationen, wie sie sexuelle Gewalt darstellen, sind häufig für den Betroffenen nur aushaltbar, wenn quasi ein Teil abgespalten wird. Die Empfindungen und die Gefühle sind dadurch abgestellt. In entsprechenden Situationen kommt dieses Verhalten wieder zum Vorschein. Die Patientin gibt an, bevor sie in Therapie gekommen sei, sei sie völlig verkrampft und starr gewesen. Ein Geschlechtsverkehr sei nicht möglich gewesen, eine gynäkologische Untersuchung auch nicht. Berührungen fallen ihr sehr schwer. Die Beziehung zu ihrem Partner sei wegen dieser Distanzierung im Rahmen der körperlichen, aber auch seelischen Nähe vorübergehend auseinandergegangen. Mittlerweile kam es wieder zu einer Annäherung (in jeder Weise).

Zum Hintergrund: die Patientin wurde seit dem etwa 3. Lebensjahr vom Großvater, dem sie zur Betreuung und Beaufsichtigung anvertraut war, sexuell missbraucht.

5.8.9. Essstörung

In einem anderen Fall kommt zu den Symptomen Erstarrung und Dissoziation eine Essstörung hinzu.

Die Patientin berichtet, zeitweise sei sie völlig starr, stehe neben sich, würde sich nicht mehr spüren. Dies könne über längere Zeit gehen. Meist komme es dann zu einer Essattacke und zum anschließenden Erbrechen. Der Trigger oder Auslöser dafür sei jeweils unterschiedlich, zum Beispiel Kontakt zu potentiell gewalttätigen Männern oder durch entsprechende Erinnerungen. Diese können etwa durch die Erzählung einer nahen Angehörigen, die ebenfalls einen Missbrauch erlebt hatte, hoch kommen.

Zum Hintergrund und zur Erklärung: sie wurde ebenfalls über viele Jahre missbraucht, seit dem 3. Lebensjahr.

5.8.10. Mitleid, Schuldgefühle

Ein Patient musste jeden Abend zur Mutter auf das Sofa, sie berührte ihn überall, streichelte ihn.

Er war nicht in der Lage, nein zu sagen, zu gehen, sich zu verweigern. Der Patient konnte aus Schuldgefühl und Mitleid gegenüber der allein gelassenen Mutter diese Art von Kontakt nicht ablehnen. Diese Übergriffe geschahen zwischen dem 9. und 16. Lebensjahr.

Hintergrund war: Der Patient bildete für die Mutter den Ausgleich für den Vater, respektive den Ehemann, der sich sofort nach dem Abendessen in den Keller verzog und dort bastelte. Die Mutter nutzte den Patienten als Ersatz für den Ehemann.

Der Patient zog frühzeitig aus dem Elternhaus aus. Er kam in die Therapie, weil er über Burn-Out klagte und sich schwer abgrenzen konnte.

5.8.11. Gegenübertragung bei der Therapeutin

Auch bei Therapeuten können Gefühle auftreten. Der Begriff der Gegenübertragung wird häufig in der Psychotherapie und Psychoanalyse genutzt. So kann die Therapeutin plötzlich Gefühle haben, die ihr eigentlich selbst fremd sind.

So bekam ich bei einer Patientin das Gefühl, als ob ich neben mir stünde, zeitweise als ver falle ich in Schlaf.

Auch hier war es so, dass die Patientin gewisse eigene Gefühle nicht ertrug. Als unwillkürliche Abwehrmaßnahme projizierte sie diese Gefühle in die Therapeutin. Auf diese Art bewältigte sie die ihr unerträglichen Gefühle. Es geht also um etwas, was sie noch nicht aussprechen kann.

Das kann folgendermaßen geschehen: die Patientin möchte an diesem Tage nicht über ihre frühen traumatischen Erfahrungen sprechen, kann diese aber nicht völlig verschieben oder ausklammern. Insofern spürt diese die Therapeutin.

Die Patientin berichtete in einer früheren Stunde, sie sei mit dem Vater im Gartengrundstück gewesen. Die dort in der Gartenlaube erfolgten Übergriffe werden an diesem Tage nicht benannt, stehen allerdings im Raum.

Die Therapeutin fühlt sich während der Stunde plötzlich total müde, wie erstarrt, abgeschaltet, neben sich, hat das Gefühl, sie bekomme nichts mit.

Zum Hintergrund: die Patientin wurde regelmäßig missbraucht, schilderte die Situation völlig sachlich, konnte allerdings die dazugehörigen Gefühle nicht mehr erinnern. Diese empfand allerdings die Therapeutin. Die Gefühle waren sozusagen „ausgelagert“.

5.9. Der Wunsch im Zusammenhang mit der Therapie

Der Wunsch im Zusammenhang mit der Therapie ist, zunächst das Trauma überhaupt zu erkennen, die Patientin oder den Patienten zu ermutigen, die Verletzung überhaupt behandeln zu lassen und schließlich dies anzugehen, auch wenn es gelegentlich weh tun kann.

Ziele für die Behandlung von posttraumatischen Symptomen sind abhängig von gegebenenfalls vorausgegangenen Testungen und natürlich von den Bedürfnissen des Patienten.

Einige Ziele speziell für die Behandlung stärkerer posttraumatischer Belastungsstörungen und deren Symptome wurden definiert (Wilson, Friedman & Lindy, 2001). Zu ihnen zählen:

- die Erhöhung der physischen und psychischen Sicherheit und Stabilität
- die Stärkung der Selbstachtung und des Selbstvertrauens
- die Verringerung der posttraumatischen Belastungssymptome
- die Wiederherstellung der Fähigkeit normal auf Belastungen zu reagieren,
- die Dekonditionierung von Angst- und Furchtreaktionen
- die Verarbeitung von Emotionen und traumatischen Erinnerungen
- die Auflösung komorbider Probleme
- die Aufrechterhaltung und Verbesserung adaptativer Funktionsfähigkeit und sozialer Beziehungen
- die Wiederermöglichung der Teilnahme am Leben
- die Verbesserung der sozialen Unterstützung
- und die Entwicklung eines Plans zur Minderung von Rückfällen.

Es hat sich herausgestellt dass bei komplexen Traumastörungen häufig ein Entwicklungs- bzw. Bindungsdefizits besteht, das eines ergänzenden Behandlungsfokuses bedarf. Durch einen entsprechenden Fokus im Behandlungsplan soll das Entwicklungsdefizit verringert werden und auf die verschiedenen Symptome eingewirkt werden. Ziele dieser therapeutischen Arbeit sind:

- die Überwindung von Entwicklungsdefiziten
- die Entwicklung von Fertigkeiten, die das Erleben, den Ausdruck und die Selbstregulation von Emotionen verbessern
- die Wiederherstellung oder Entwicklung der Fähigkeit, sichere und organisierte Bindungsbeziehungen aufzubauen
- die verstärkte Integration der Persönlichkeit und die Reintegration dissoziierter Emotionen und dissoziierten Wissens
- die Wiederherstellung oder die Aneignung persönlicher Autorität über den Prozess des Erinnerns
- die Wiederherstellung oder Verbesserung der körperlichen Gesundheit.

(Courtois, Ford, & Cloitre, 2011)

Um diese Ziele zu erreichen, gilt es verschiedene Bereiche in die therapeutische Arbeit mit einzubeziehen:

- Körperliche und mentale Funktionsfähigkeit, einschließlich sensomotorischer Integration sowie neurochemische und psychophysiologische Integrität
- Die Fähigkeit emotionales Leiden nicht nur zu ertragen, sondern aktiv einzuwirken, möglicherweise eine Wirkmächtigkeit zu erlangen

- Wiederherstellung oder Neuentwicklung innerer Modelle von Bindungssicherheit und die Fähigkeit, sich bewusst auf andere einzulassen und ihnen zu vertrauen
- Der Erwerb von Fertigkeiten zur Hemmung riskanter und ineffektiver Verhaltensweisen und zur Aktivierung und konsistenten Nutzung effektiver Problemlösungs- und Lebensbewältigungstechniken
- Identifikation dissoziativer Prozesse und dissoziativer Abspaltung von Emotionen, Gedanken, Wahrnehmungen und Erinnerungen bei gleichzeitiger Förderung der Integration der Persönlichkeit sowie von Emotionen und Wissen, die dissoziiert waren
- Ein Selbstempfinden als ganz, integriert, wertvoll und wirkmächtig und gleichzeitiges Erkennen dessen, wie eine Selbstsicht als unvollkommen, versagend, inkompetent, abhängig oder irreversibel geschädigt entstehen konnte
- Verhinderung von Traumareinszenierungen und erneuter Viktimisierung der eigenen Person und anderer Menschen
- Überwindung der Dynamik des Verratstraumas und ambivalente Gebundenheit ein dysfunktionale und nicht beschützende Eltern oder Bezugspersonen
- Wiederherstellung oder Erwerb des existenziellen Gefühls, dass das Leben lebenswert ist, und eines Empfindens spiritueller Verbundenheit und spiritueller Sinns.

(ebd.)

5.10. Behandlungsphasen

Die Behandlung verläuft in drei Phasen oder Stufen. Es ist notwendig, zunächst auf Sicherheit und Emotionsregulation zu achten. Danach muss gleichzeitig darauf geachtet werden, die Funktionsfähigkeit des Patienten zu bewahren. Steht diese zur Diskussion, so sollte an der Verringerung der Intensität der emotionalen Reaktionen, an der Stärkung der Quellen der Unterstützung und der Beziehungssicherheit außerhalb der Therapie gearbeitet werden (ebd.).

5.10.1. Phase 1: Sicherheit & Stabilisierung

Hier stehen persönliche und interpersonale Sicherheit im Vordergrund.

Der Patient soll in die Lage versetzt werden mit extremen Zuständen fertig zu werden. Innere körperliche und affektive Zustände und äußere Ereignisse, die ein Wiedererleben, emotionale Taubheitsempfindungen oder Dissoziation sowie Hyper- und Hypoarousal, die durch äußere Einflüsse hervorgerufen werden, sollen gemeistert werden.

Psychoedukation, dabei geht es um die Aufklärung über Traumata und deren Wirkung Selbstgewahrsein und Beziehungskompetenz stärken.

In dieser Phase wird der Patient darüber aufgeklärt, warum posttraumatische Belastungen und Probleme zu erwarten sind und diese im Grunde eine adaptive Reaktion auf traumatische Kindheitserlebnisse darstellen.

5.10.2. Phase 2: Verarbeitung traumatischer Erinnerungen

Die narrative Rekonstruktion soll zum richtigen Zeitpunkt erfolgen, es sollen das Gefühl der Selbstwirksamkeit und eine kohärente Lebensgeschichte sich entwickeln.

5.10.3. Phase 3: Reintegration

Arbeit an unaufgelösten Entwicklungsdefiziten und Fixierungen, Feinabstimmung von Fertigkeiten der Selbstregulation.

5.10.4. Weitere Überlegungen zur Behandlung

Abhängig von den Symptomen sollte die Therapie komplex und multimodal sein. Der Therapeut sollte sich der Übertragungsreaktionen, eigener Traumatisierungen und ihrer Gegenübertragungsreaktionen bewusst sein und mit deren Umgang.

Der Patient sollte dazu ermutigt werden, äußere Unterstützungssysteme aufzubauen. Im Rahmen einer analytischen Therapie wird sich der Patient im Rahmen eines Prozesses von den inneren Objekten, die der erlittenen traumatischen Gewalt entsprechen, lösen. Verstehbar ist dies als ein Trennungs- und Trauerprozess, der in Gang kommt. Wenn diese Objekte, die quasi im Bild gesprochen innerlich auf Eis gelegt wurden, um deren Schädlichkeit zu vermindern, im Rahmen der therapeutischen Beziehung aufgetaut werden zusammen mit den zu ihnen gehörenden Affekten, können die Affekte entäußert werden und das Geschehen kann überlebt werden, auch im seelischen Sinn (Giovacchini, 1967) (Hirsch, 2014).

5.11. Schluss

Abschließend kann empfohlen werden, traumatische Erfahrungen zu bearbeiten. Vorausgesetzt selbstverständlich, dass der Betroffene dazu innerlich bereit ist.

Wie bei anderen körperlichen Verletzungen, z. B. einem Beinbruch, ist es möglich eine Heilung in Gang zu bringen und erfolgreich abzuschließen. Wie bei verheilten Frakturen können, bildlich gesprochen, Restbeschwerden z.B. bei Wetterumschwung auftreten.

5.12. Literatur

Adorno, Theodor (1951). *Minima moralia: Reflexionen aus dem beschädigten Leben*, Berlin: Suhrkamp.

Auchter, T. (September 2009). Psychoanalyse Aktuell - Trauma und Psychanalyse, <http://www.pschoanalyse-aktuell.de/therapie/trauma.html>, 16.10.2012. Abgerufen am 16. 12 2012 von Trauma und Psychoanalyse, S. 1-6.

Bange, D., & Deegener, G. (1996). Sexueller Mißbrauch an Kinder. Ausmaß, Hintergründe, Folgen. Weinheim: Beltz - Psychologie Verlags Union.

Baron-Cohen, Simon (2005). *Understanding other minds. Perspectives from developmental cognitive neuroscience*. Oxford: Oxford University Press.

Berheide, H. J. (2013). Komponist und Psychoanalytikerin im Gespräch. Von der Prämotion bis zum Werk. *psychosozial*(Nr. 130, Heft IV), S. 63-68.

Bieneck, S., Stadler, L., & Pfeiffer, C. (2011). ERster Forschungsbericht zur Repräsentativbefragung Sexueller Missbrauch 2011. Niedersachsen: Bundesministerium für Bildung und Forschung, KFN.

Bion, W. R. (1962; repr. 1994). *Learning from Experience*. Northvale, NJ: Jason Aronson.

Bloch, S. (2010a). An E-Mail Interview with Michael Eigen. In P. W. Ashton, *Music & Psyche* (S. 161-176). New Orleans, Louisiana: Spring Journal, Inc.

Bloch, S. (2010b). „Night Is a Sound“: The Music of the Black Sun. In P. W. Ashton, *Music & Psyche* (S. 193-212). New Orleans, Louisiana: Spring Journal, Inc.

Bojack, B. (2013). Traumatisierung am Beispiel sexueller Gewalt. *Forum Ausbildung* 1/2013, 42-44.

Bosinski, H. A. (2000). Häufigkeit und Symptome sexuellen Kindesmissbrauchs. *Sexuologie* 8 (1) , S. 55-62.

Brockmann J, K. H. (2012). Von der psychoanalytischen Falldarstellung zur Einzelfallforschung. In J. B. Springer A, *Nutzt Psychoanalyse?! (S. 221-236)*. Giessen: Psychosozial-Verlag.

Brodsky, B. S., Cloitre, M., & Dulit, R. (1995). Relationship of Dissociation to Self-Mutilation and Childhood Abuse in Borderline Personality Disorder. *American Journal of Psychiatry*, 152: 12, S. 1788-1792.

Bruns, G. J. (2012). Gefährliche Nähe.Trauma und schizophrenes Dilemma. *Forum Psychoanalyse*, S. 225-243.

Bundeskriminalamt (Hrsg.): *Polizeiliche Kriminalstatistik Bundesrepublik Deutschland Jahrbuch 2013*. Wiesbaden: Bundeskriminalamt 2013.

Bundesministerium für Familie Senioren Frauen und Jugend. (2008). *Lebenssituation, Sicherheit und Gesundheit von Frauen in Deutschland (Nachdruck)*. Berlin.

Courtois, Christine M., Ford, Julian D. (2011). Optimale Behandlungsverfahren für die psychotherapeutische Arbeit mit Erwachsenen. In: Courtois, Christine, A., Ford, Julian D., Cloitre: *Komplexe traumatische Belastungsstörungen und ihre Behandlungen*. 107-132. Paderborn Junfermannverlag.

- Crowley, T. J., Mikulich, S. K., Ehlers, K. M., Hall, S. K., & Whitmore, E. (160:8 2003). Discriminative Validity and Clinical Utility of an Abuse-Neglect Interview for Adolescents with Conduct and Substance Use Problems. *American Journal of Psychiatry*, S. 1461-1469.
- Eigen, M., & Govrin, A. (2007). *Conversation with Michael Eigen*. London: Karnac Books.
- Freud S. (1927). Nachwort zur Laienanalyse. In F. S, GW XIV (S. 293).
- Gahleitner, S. B. (2005). *Sexuelle Gewalt und Geschlecht*. Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Gast, U., & Wabnitz, P. (2014). *Dissoziative Störungen erkennen und behandeln*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Giovacchini, P. (1967). The frozen introject. *Journal of analytic Psychology* 48, S. 61-67.
- Haller, D. I., & Miles, D. R. (2004). Personality Disturbances in Drug-Dependent Women: Relationship to Childhood Abuse. *The American Journal of Drug and Alcohol* (30:2), S. 269-286.
- Hamburger, A. (2012). *Leben wahr nehmen, Mikroanalyse der Videozeugnisse chronisch hospitalisierter Holocaustüberlebender*. München: C.G. Jung-Institut München.
- Henningsen, P. (2006). Narzissmus, Schmerz und somatoforme Störungen. In O. H.-P. Kernberg, Narzissmus. *Grundlagen - Störungsbilder - Therapie*. Stuttgart: Schattauer Verlag.
- Hirsch, M. (1 2014). Modifizierte psychoanalytische Psychotherapie traumatisierter Patienten. *Psychotherapeutenjournal*, S. 37-43.
- Jacobi, F. W. (2004). Prevalence, co-morbidity and correlates of mental disorders in the general population: results from the German health Interview and Examination Survey (GHS). *Psychological Medicine*, S. 594-611.
- Khan, A. (2011). Akram Khan Künstler. In F. u. e.V., *mouson Ein Haus in Bewegung Spiel in 23 Akten* (S. 166-167). Frankfurt: Grafik Verlag.
- Kiceluk S. (1993). Der Patient als Zeichen und als Erzählung: Krankheitsbilder, Lebensgeschichten und die erste psychoanalytische Fallgeschichte. *Psyche - Z Psychoanal*(47), S. 815-854.
- Konrad, G. (1983). *Der Komplize*. Frankfurt: Suhrkamp Verlag.
- Lehmkuhl, Gerd, Breuer, Ulla, Lehmkuhl, Ulrike (2003). Individualpsychologische Fallgeschichten. In: Lehmkuhl, Ulrike (Hrsg.) *Wie arbeiten Individualpsychologen heute?* Göttingen: Vandenhoeck und Ruprecht, 285-311 Opladen.
- Leuzinger-Bohleber, M. (1995a) Die Einzelfallstudie als psychoanalytisches Forschungsinstrument. In: Kaiser, Erwin *Psychoanalytisches Wissen. Beiträge zur Forschungsmethodik*. Opladen: Westdeutscher Verlag, 2015-240.
- Leuzinger-Bohleber M. (1995b). Die Einzelfallstudie als psychoanalytisches Forschungsinstrument. *Psyche - Z Psychoanal*(49), S. 434-480.
- Lorenzer, A. (1986). Tiefenhermeneutische Kulturanalysen. In H.-D. e. König, *Kultur-Analysen*. Frankfurt am Main: Fischer.
- Michal, M., Beutel, M., Jordan, J., Zimmermann, M., Wolters, S., & Himmelreich, T. (Vol. 195, No. 8 2007). Depersonalization, Mindfulness, and Childhood Trauma. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, S. 693-696.
- Mitzlaff, S. (ohne Jahr). Bions Container/Contained-Modell im Kontext einer Theorie des Denkens. In D. Niedecken, *Szene und Containment*.

- Möllering, A. (2011). Posttraumatische Störung. In W. Senf, & M. Broda, Praxis der Psychotherapie (S. 397-405). Stuttgart, 5. Auflage: Thieme Verlag.
- Moser, Tilman (1989). Körpertherapeutische Phantasien: Psychoanalytische Fallgeschichten neu betrachtet. Berlin: Suhrkamp.
- Müller-Braunschweig, H. (2010). Körper, Kopf und Kommunikation: körperorientierte Psychotherapie und allgemeine Psychotherapie. In H. S. Müller-Braunschweig, Körperorientierte Psychotherapie (S. 4-46). Heidelberg: Springer.
- NCCAN. (1988). Study of the national incidence and prevalence of child abuse and neglect. Washington: Department of Health and Human Services.
- Oberhoff, Leikert & Tenbrink (2004). Musik als Ausdruck unbewußter Phantasien. psychosozial Nr. 96/II. Gießen: psychosozial.
- Oerter, R. (1999). Klinische Entwicklungspsychologie: Zur notwendigen Integration zweier Fächer. In: Oerter, R.; Hagen, C. von; Röper, G.; Noam, G.; (Hg.): Klinische Entwicklungspsychologie. Weinheim: Beltz - Psychologie Verlags Union.
- Ortheil, H.-J. (2009). Die Erfindung des Lebens. München: Luchterhand Literaturverlag.
- Pabst, A., Aldenhoff, J., Schauer, M., Ruf, M., Elbert, T., & Seeck-Hirschner, M. (9 2012). Borderline-Störungen mit komorbider posstraumatischer Belastungsstörung. Nervenheilkunde, S. 645-652.
- Peters, S., Wyatt, G., & Finkelhor, D. (1986). Prevalence. In A sourcebook on child sexual abuse (S. 15-59). Beverly Hills: Sage.
- Petry, N. M., & Steinberg, K. L. (2005). Childhood Maltreatment in Male and Female Treatment-Seeking Pathologic Gamblers. Psychology of Addictive Behaviors(19:2), S. 226-229.
- Pschyrembel - Psychiatrie, Klinische Psychologie, Psychotherapie (2009). Hrsg.: Margraf, J.; Müller-Spahn, F.J. et al. Walter de Gruyter, Berlin, New York
- Sch lindwein, S. (2013). Der gefährlichste Ort der Welt. Amnesty Journal(02/03), S. 20-24.
- Schröder, S. (2009). Ein starkes verwundetes Herz - Niki de Saint Phalle (7. Auflage Ausg.). Freiburg im Breisgau: Verlag Herder GmbH.
- Schulz, H. B. (2008). Psychotherapeutische Versorgung. Berlin: Robert Koch-Institut.
- Solschenizyn, A. (1999). Ein Tag im Leben des Iwan Denissowitsch. Knaur: München.
- Springer A, J. B. (2012). Nutzt Psychoanalyse?! (K. Münch, Hrsg.) Giessen: Psychosozial-Verlag.
- Subic-Wrana, C., Tschan, R., Michal, M., Zwerenz, R., Beutel, M., & Wiltink, J. (2010). Kindheitstraumatisierungen, psychische Beschwerden und Diagnosen bei Patienten in einer psychosomatischen Universitätsambulanz . Psychotherapie Psychologie, Medizin.
- Thomas, C. H. (121 2008). Obesity and type 2 diabetes risk in midadult life: the role of childhood adversity. Pediatrics, S. e1240-e1249.
- Tüpker, R. K. (2010). Musiktherapie. In H. S. Müller-Braunschweig, Körperorientierte Psychotherapie (S. 239-252). Heidelberg: Springer.
- Tyrka, A. R., Wyche, M. C., Kelly, M. M., Price, L. H., & Carpenter, L. L. (165 2009). Childhood maltreatment and adult personality disorder symptoms: Influence of maltreatment type. Psychiatry Research, S. 281-287.

- UN Women, Deutschland. (2013a). One Billion Rising - Eine Milliarde erhebt sich, 15.2.2013. UN Women Deutschland.
- UN Women, Deutschland. (2013b). Pressemitteilung: Valentinstag „Den Opfern eine Stimme geben“, 13.2.2013. UN Women Deutschland.
- Wetzels, P. (1997). Zur Epidemiologie physischer und sexueller Gewalterfahrung in der Kindheit. Ergebnisse einer repräsentativen retrospektiven Prävalenzstudie für die BRD. Hannover: Kriminologisches Forschungsinstitut Niedersachsen e.V. (KFN).
- Wetzler, L. A. (2010). The Music of Unthinkable Anxiety and Nameless Dread. In P. W. Ashton, Music & Psyche (S. 177-192). New Orleans, Louisiana: Spring Journal, Inc.
- Wigman, M. (1986). Die Sprache des Tanzes. München: Battenberg Verlag.
- Wikipedia (2015). Hip-Hop. Online verfügbar unter <https://de.wikipedia.org/wiki/Hip-Hop>. Zuletzt abgerufen am 05. 01. 2015
- Willeford, W. (2010). Abandonment, Wish and Hope in the Blues. In P. W. Ashton, Music & Psyche (S. 243-260). New Orleans, Louisiana: Spring Journal, Inc.
- Wilson, Friedman, Lindy (2001). Treating psychological trauma and PTSD. New York: Guilford Press.
- Witt, A. R. (11 2013). Das Ausmaß von Kindesmissbrauch, Misshandlung und Vernachlässigung in Deutschland. Nervenheilkunde, S. 813-818.
- Wittchen, H. M. (1998). Psychische Störungen: Häufigkeit, psychosoziale Beeinträchtigungen und Zusammenhänge mit körperlichen Erkrankungen. Gesundheitswesen 60 Sonderheft 2, S. S. 95-S.100.

6. Überaktive Blase und Harninkontinenz als Folge sexueller Gewalt

Ulrike Hohenfellner

6.1. Einleitung

Ebenso wie rezidivierende Harnwegsinfekte und das Chronische Beckenschmerzsyndrom sind auch die Überaktive Blase bzw. die Dranginkontinenz häufig Ausdruck einer somatoformen urologischen Störung mit Spannungscharakter (1, 2). Der psychosomatische Hintergrund dieser funktionell bedingten Harninkontinenz ist vielfältig, so kann die Symptomatik u.a. der unbewussten Vermeidung bzw. pathologischen Lösung interpersonell bedingter Konflikte dienen, sie kann ein Mittel zur Abwehr darstellen, sie findet sich aber auch typischerweise als Folge sexuellen Missbrauchs.

Die Prävalenz des sexuellen Missbrauchs von Jungen und Mädchen unter 16 Jahren hat eine klinisch relevante Dimension. Aber auch Frauen, die als Erwachsene fehlende Rücksichtnahme bei der körperlichen Intimität oder Nötigung in einer nach außen hin intakten Partnerschaft erlebt haben oder noch immer erleben, stellen in der Urologischen Praxis keinen Einzelfall dar. Nimmt man zur Kenntnis, wie viele Urologen dennoch offensichtlich noch nie mit sexuellem Missbrauch konfrontiert worden sind, scheint die erfahrene sexuelle Gewalt der Patientin sicherlich meistens unerkannt zu bleiben bzw. vom Arzt nicht verstanden zu sein. Offensichtlich scheinen die konsekutiven urologischen Beschwerden vielmals gar nicht als funktionell betrachtet zu werden und Missbrauch, insbesondere in der Ehe, als Ursache nicht einmal vermutet zu werden.

Erlebte sexuelle Gewalt hinterlässt kein spezifisches Stigma am Körper und auch keine wegweisenden Merkmale im Verhalten der Patientin, dadurch ist naturgemäß das

Erkennen-Können in der urologischen Sprechstunde so schwierig und erfordert ein bio-psycho-soziales Krankheits-Verständnis, eine empfindsame und über die Symptome hinausgehende ganzheitliche Wahrnehmung der Patientin. Neben achtsamer und empathischer ärztlicher Gesprächsführung im Umgang mit Inkontinenz-Patienten ist es wichtig zu wissen, wonach man bei der Befunderhebung suchen muss.

Ohnehin ist die richtige Diagnosestellung einer funktionellen Blasenentleerungsstörung Voraussetzung für einen Therapieerfolg bzw. um Therapieversagen zu vermeiden. So beträgt die Versagerrate anticholinerger Präparate bei somatoformer Überaktiver Blase mit abwehrbedingter koitaler Inkontinenz 59 - 95 Prozent (3). So kann bei Verkennen der somatoformen Dranginkontinenz als fälschlicherweise idiopathische Überaktive Blase mit Anticholinergika-Resistenz die intravesikale Injektion von Botulinumneurotoxin N selbst bei niedriger Dosierung von therapiebedürftigem Restharn mit Notwendigkeit des Intermittierenden Selbstkatheterismus gefolgt sein (4).

6.2. Physiologisches Korrelat psychosozialer Belastung

Ätiologisch ist eine durch den seelischen Konflikt ausgelöste fortgesetzt erhöhte innere Anspannung, die ihren Niederschlag in einem erhöhten Tonus der Beckenbodenmuskulatur und nicht mehr möglicher willkürlicher Relaxierung des externen Sphinkters findet (2). So tritt insbesondere auch die Sonderform der koitalen Harninkontinenz häufig zusätzlich bei somatoform bedingter Überaktiver Blase auf und scheint verursacht durch unbewusstes und abwehrendes Pressen nach kaudal aufgrund von Schwierigkeiten in der Paarbeziehung (5, 6).

Ebenso sind oftmals auch die Dyspareunie und die Vestibuläre Adenopathie bzw. Vulvodynie mit der durch sexuellen Missbrauch bedingten funktionellen Harninkontinenz vergesellschaftet. Ursächlich ist auch hier der erhöhte Tonus des M. bulbocavernosus, der beim Geschlechtsverkehr angespannten Muskulatur (7). Durch die vermehrte bzw. dauernde Kontraktion entstehen einerseits paravaginale schmerzhafte muskuläre Triggerpunkte (8, 9), andererseits ruft die anhaltende Aktivität der peripheren Innervation Veränderungen im Stoffwechsel der sensiblen Nervenzelle hervor, wodurch der Schmerz auch bei Nachlassen der Muskelaktivität bestehen bleibt (10). Die Problematik ist, dass untere, dem Bewusstsein nicht zugängliche Teile des Gehirns zu einem ständigen Festhalten der Muskulatur führen. Der sensomotorische Kortex hat vergessen, wie sich die betroffenen Muskeln fühlen und entspannen lassen im Sinne einer sogenannten sensomotorischen Amnesie. Dadurch kommt es zur Verselbständigung der körperlichen Symptome und zum dauerhaften Verlust der willkürlichen Ansteuerbarkeit (11).

6.3. Urologische Funktionsdiagnostik

Hilfreich für das Verständnis und also dienlich für uns Urologen zum Lernen, worauf wir achten müssen, um die Harnkontinenz als somatoform und sexuellen Missbrauch als ursächlich verstehen zu können, sind uns Patientinnen, die stattgehabten Missbrauch im Rahmen der Anamnese-Erhebung klar mitteilen oder im Rahmen behutsamer Konfrontation bei entsprechendem Verdacht dann zugeben. Letztlich ist das Erkennen-Können auf viel Erfahrung im Umgang mit missbrauchten Patientinnen und insbesondere in deren Diagnostik angewiesen, es erfordert also spezifische Kenntnisse über Missbrauch und deren Opfer und vor allem, an sexuellen Missbrauch als Ursache einer Harninkontinenz zu denken. Das heißt, man muss wissen, was man sucht. Wir Ärzte müssen mit unserer Wahrnehmung bei der Patientin und offen für ihre persönliche Geschichte sein, auf Hinweise und Befunde reagieren, um eine Verdachtsdiagnose entwickeln zu können. Für die Konfrontation sind ein die Patientin auffangendes und wertschätzendes Setting sowie eine authentische und verlässliche Arzt-Patienten-Beziehung Voraussetzung.

Neben Hinweisen in der Anamnese und in standardisierten Fragebögen erhärten die ängstlich-unsichere Körpersprache der Patientin und insbesondere ihr Verhalten während der invasiven Diagnostik die Verdachtsdiagnose einer funktionellen Blasenentleerungsstörung. So sind bei der Zystoskopie wegweisende Reaktionsmuster von inadäquat apathisch bis irrational panisch zu beobachten, das tatsächlich atraumatische Eingehen in die Blase ist aufgrund des erhöhten Sphinktertonus und situativ noch zusätzlicher Kontraktion meist eine Herausforderung. Entsprechend ist sorgfältig zu unterscheiden zwischen der anatomischen Stenose der distalen Harnröhre, also der organisch bedingten Meatusstenose, und der proximalen funktionellen bzw. dynamischen Stenose, also der erworbenen bzw. habituellen Überaktivität des externen Sphinkters (2).

Entsprechend lässt die digitale Evaluation des Beckenbodens eine hypertone Muskulatur bei nur geringer oder gar fehlender willkürlicher Ansteuerbarkeit feststellen, das willkürliche Lockerlassen ist kaum oder gar nicht möglich. Analog zeigt die Uroflowmetrie meist eine typische Detrusor-Sphinkter externus-Dyskoordination unterschiedlicher Ausprägung im Sinne einer obstruktiven Miktion, manchmal sogar mit Restharnbildung.

Die Urodynamik dokumentiert einen stabilen Detrusor mit sensorischer oder motorischer Urge, zudem findet sich ein normaler bis überhöhter Verschlussdruck im Urethradruckprofil. Die in Narkose bestimmte anatomische Kapazität ist meist normal oder sogar vergrößert, wenn zuvor ein Infrequent-Voiding-Syndrom bestanden hatte. Eher selten findet sich die Kapazität reduziert im Sinne einer begleitenden fibrosierten Low Compliance-Blase, meist bei Frauen, die über viele Jahre unter begleiten-

den rezidierten Harnwegsinfekten durch die funktionelle obstruktive Blasenentleerungsstörung gelitten haben.

6.4. Multimodale Therapie

Entsprechend muss die urologische Therapie auf Wiederherstellung bzw. Erlernung der Willkürkontrolle über den Beckenboden, Senkung des Sphinkter-Tonus und Anleitung zur koordinierten Miktionsabzielen. Sinnvoll ist ein multimodales Konzept, das sowohl die Wahrnehmung des Beckenbodens und die gezielte Ansteuerbarkeit des externen urethralen Sphinkters schult als auch die aktive Dehnung und damit die Lockerung der meist kontrahierten Muskulatur ermöglicht (11). Bewährt haben sich insbesondere die wiederholte geduldige Anleitung unter elektromyographischer Kontrolle mit Oberflächen-Elektroden, der Einsatz der Progressiven Muskelrelaxation, die Verwendung von Biofeedback-Geräten für das häusliche Training sowie die Massage der oftmals zusätzlich vorhandenen Triggerpunkte in der unteren Bauch-, Lenden- oder Oberschenkel-Muskulatur. Dabei dient diese primär auf den Beckenboden ausgerichtete Therapie aber auch sehr wohl darüberhinausgehend der Wiedererlernung des allgemeinen Körpergefühls, dem Sich-Selbst-Fühlen und der Selbstwahrnehmung. Es können wieder die eigene Mitte, Schwere und Bedeutung gespürt werden, die abgespaltene Körperregion kann gefühlsmäßig integriert und kontrolliert werden. So ist nicht nur muskuläres Loslassen möglich, sondern auch ein Hinter-Sich-Lassen und Wiederfinden der vegetativen bzw. emotionalen Balance, auch ein Wiedererlangen von Selbstkontrolle.

Flankierend ist die passagere medikamentöse Blasen Halsrelaxation mit Tamsulosin meist sinnvoll, bei Unverträglichkeit versuchsweise mit Alfuzosin in Kinder-Dosierung. Die intravesikale Botulinumneurotoxin-Injektion ist im Hinblick auf die zu erwartende Restharnbildung prinzipiell kontraindiziert. Im Einzelfall kann es dennoch sinnvoll sein, sich gemeinsam mit der Patientin parallel zur kurativen Therapie für die Injektion zu entscheiden, wofür dann aber postoperativ ggf. die Notwendigkeit des passageren intermittierenden Selbstkatheterismus in Kauf genommen werden muss. Um mit der Beckenboden-Therapie aber nicht nur symptomatisch und kurzfristig wirksam Beschwerdebesserung erreichen zu können, ist unbedingt auch die Reduktion der psychischen Anspannung zur Heilung erforderlich. Dazu sind parallel zur multimodalen Körper-Behandlung die gut nachvollziehbare Erläuterung der Erkrankung als somatoform und die Erarbeitung eines Verständnisses für die reaktive und abwehrende Symptomatik mit Bewusstmachung des ursächlichen Hintergrunds in wertschätzender und annehmender Sprachführung unabdingbar. In der Regel stellt die psychosomatische Grundversorgung sogar eine erste, wichtige emotionale Entlastung für die Patientin dar und ermöglicht zudem die Einleitung einer ggf. sinnvollen begleitenden Traumatherapie. Durch Kombination eines pathogenetisch begrün-

deten Beckenboden-Trainings und einer salutogenetisch orientierten psychosomatischen Begleitung ist die Überaktive Blase bzw. Dranginkontinenz als Folge sexuellen Missbrauchs erfolgreich und oftmals sogar innerhalb weniger Monate für den Urologen behandelbar, ggf. interdisziplinär mit einem Psychotherapeuten.

6.5. Fallbeispiel

Eine 37-jährige Patientin stellte sich zur zweiten Meinung vor mit therapieresistenter Harninkontinenz nach sechs Wochen zuvor erfolgter abdominaler Hysterektomie in einer Gynäkologischen Klinik wegen Belastungs-Harninkontinenz und Myom. Postoperativ hatte sich keinerlei Verbesserung gezeigt, so dass Klinik-intern eine urologische Konsiliaruntersuchung mit Zystoskopie und Urodynamik veranlasst worden war. Diese hatte die Patientin dann verweigert, da sie sich von einem männlichen Arzt nicht untersuchen lassen wollte. Entsprechend waren ihr dann vom Gynäkologen Beckenboden-Training und vaginale Elektrostimulation rezeptiert worden. Anamnestisch berichtete die Patientin über eine seit 2 Jahren zunehmende Dranginkontinenz und Pollakisurie mit inzwischen über 20 Toilettengängen pro Tag sowie den täglichen Verbrauch diverser Vorlagen. Dennoch werde manchmal auch die Kleidung nass, so dass sie bewusst nur weniger als 1 l Liter pro Tag trinke. Sie sei ganz normal trocken geworden, so mit 2-3 Jahren, seit etwa 15 Jahren leide sie unter chronisch-rezidivierenden Harnwegsinfekten und anhaltender Mikrohämaturie. Sie gab an, jahrelang vom Bruder und Onkel sexuell missbraucht worden zu sein, zudem habe die Mutter sie auf den Kinderstrich geschickt. Sie sei dann bei sehr lieben Pflegeeltern aufgewachsen, lange in psychotherapeutischer Behandlung gewesen und arbeite jetzt in einem Behindertenheim. Im Erstkontakt bereits erschien die Patientin psychisch auffällig, mehrfach wie völlig abwesend im Gespräch während der Sonographie, sie wirkte sehr freundlich und anlehnungsbedürftig. Nach zunächst antibiotischer Behandlung einer Zystitis erschien sie zum Zystoskopie-Termin mit einem großen Teddybären. Im Untersuchungsraum wurde sie sehr unruhig und ängstlich, ließ sich aber beruhigen und die Endoskopie dann wie apathisch und ausdruckslos über die rechte Schulter starrend über sich ergehen, reagierte erst nach Beendigung wieder adäquat auf Ansprache. Diagnostisch fand sich eine ausgeprägte proximale funktionelle Urethrastenose bei hypertonem Beckenboden, keinerlei Willkürkontrolle über den Beckenboden, d.h. selbst unter digitaler Anleitung waren der Patientin willentlich weder weitere Anspannung noch Relaxation möglich. Darüber hinaus imponierte die Blase mit einer chronischen Urozystitis und schweren Zystitis cystica bei frühem 1. Drang und deutlicher Detrusortrakulierung. Die Uroflowmetrie zeigte eine typische Detrusor-Sphinkter-Dyskoordination mit mehreren Portionen, eine mittlere Harnflussrate (Q mittel) von nur 3,2 ml/s und über 70 Sekunden deutlich protrahierte Miktionszeit bei nur 220 ml Miktionsvolumen, Restharn 50 ml. Dies bestätigte die

durch die proximale Urethrastr stenose bedingte funktionelle subvesikale Obstruktion und damit somatoforme Dranginkontinenz. Im Hinblick auf die Eindeutigkeit dieser Befunde und Vorgeschichte der Patientin war eine zusätzliche Urodynamische Messung bei fehlender Konsequenz nicht indiziert und musste der Patientin also auch nicht zugemutet werden.

Therapeutisch hat die Patientin eine sich über 6 Termine innerhalb von 8 Wochen erstreckende multimodale Beckenboden-Schulung erfahren und das Erlernte über weitere 4 Monate eigenständig fortgesetzt. Die zusätzliche medikamentöse Blasenhalss-relaxation war aufgrund orthostatischer Nebenwirkung frustan. Parallel erfolgte eine konsequente Infektsanierung mit mehrmonatiger Metaphylaxe und Immunmodulation der unteren ableitenden Harnwege. Nach 6 Monaten war die Patientin weiterhin infektfrei und letztlich ohne Erythrozyturie. Die Uroflowmetriekurve hatte sich deutlich gebessert bei nun 475 ml Miktionsvolumen, Restharnfreiheit und Kontinenz.

6.6. Literatur

1. Diederichs, P (2000). Urologische Psychosomatik. Bern: Huber
2. Günthert, EA (2013). Psychosomatische Urologie. Stuttgart: Schattauer
3. Serati M, Salvatore S, Uccella S, et al. Urinary incontinence at orgasm: relation to detrusor overactivity and treatment efficacy. Eur Urol 2008; 54:911–17. <http://dx.doi.org/10.1016/j.eururo.2007.11.008>
4. Hegele, A (2013). BTX-A-Injektion in den Detrusor bei idiopathischer OAB. Posterpräsentation auf dem 65. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Urologie in Dresden
5. Coyne KS, Margolis MK, Jumadilova Z, Bavendam T, Mueller E, Rogers R. Overactive bladder and women's sexual health: what is the impact? J Sex Med 2007; 4:656–66. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1743-6109.2007.00493.x>
6. Lamm D, Fischer W, Maspfuhl B. Sexuality and urinary incontinence. Zentralblatt für Gynäkologie 1986; 108:1425–30
7. Handa et al., Female Pelvic Med Reconstr Surg, 2011; 17(1)
8. Travell & Simons. The Myofascial Pain and Dysfunction – The Triggerpoint Manual, 1998, Lippincott, Williams&Wilki, Baltimore
9. Yang, J Urol. 2003, 170:823-827
10. Shah, Arch Phys Med Rehabil. 2008, 89:16-23
11. Hanna, Beweglich sein ein Leben lang. Die heilsame Wirkung körperlicher Bewußtheit 1990, Kösel, München

7. Akutversorgung nach Sexualdelikten: Situationsbeschreibung und Handlungsbedarf

H. Lilly Graß,
Angela Wagner

7.1. Einführung

Die Situation vergewaltigter Frauen und Mädchen ist durch eine geringe Anzeigebereitschaft und eine niedrige Verurteilungsquote der Beschuldigten gekennzeichnet. Häufig ist jedoch bei den Betroffenen das Bedürfnis nach einer medizinischen Versorgung und ggf. Spurensicherung vorhanden.

Verfahrensweisen (Versorgung, Spurensicherung, Vermittlung in das Unterstützungssystem), wie sie im Fall einer vorausgegangenen Anzeigeerstattung bundesweit etabliert sind, sind vielerorts nicht umfänglich verfügbar, nicht standardisiert geregelt, immer wieder werden Frauen und Männer in Krankenhäusern und Arztpraxen abgewiesen.

Die Problematik der nach wie vor unklaren Versorgungslage für Personen nach sexueller Gewalt, oder provokanter formuliert: der Skandal der Abweisung von vergewaltigten Frauen in bundesdeutschen Krankenhäusern wird von den Betroffenen i.d.R. nicht öffentlich gemacht. Der durch die Presse aufgegriffene Fall aus Köln im Januar 2013 war diesbezüglich ein Beispiel sowohl für die Ausnahme (Öffentlichkeit wurde informiert) als auch den Regelfall (Abweisungen erfolgen bundesweit und nicht nur aufgrund des Wunsches nach der ‚Pille danach‘).

Insofern hat die Thematik zunehmend mehr öffentliche Aufmerksamkeit erfahren und an verschiedenen Orten werden bereits etablierte Versorgungsangebote bekannter bzw. neue Angebote implementiert.

Das Papier informiert über best practice Beispiele und die (noch vorhandenen Hürden) bei der Umsetzung.

7.2. Ausgangslage

In vielen Bundesländern ist das medizinische und befund sichernde Vorgehen nach einer polizeilich angezeigten Vergewaltigung seit Jahren weitgehend standardisiert geregelt. Die Federführung (und Finanzierung) der in einem Krankenhaus beauftragten Untersuchung und Spurensicherung obliegt in diesen Fällen der zuständigen Kriminalpolizei.

Aus der Beratungsarbeit ergibt sich die Erfahrung, dass für viele vergewaltigte Frauen eine Anzeigenerstattung zunächst, oft auch für einen längeren Zeitraum nach dem Vorfall, nicht in Betracht kommt. Häufig finden diese Frauen dann keinen frühzeitigen Weg in die Hilfesysteme und bleiben dadurch auch medizinisch unversorgt. Befunde (im Sinne einer Spurensicherung) für eine mögliche spätere polizeiliche Anzeige können nicht erhoben werden.

Es gibt kein auf einheitlichen Standards beruhendes, bundesweit etabliertes Konzept für die Versorgung nach einem sexuellen Übergriff, wenn keine polizeiliche Anzeige erstattet wird. Nur im Falle einer Anzeige erfolgt in der Regel sowohl eine strafrechtliche als auch medizinische und meist auch psychosoziale Versorgung.

Auch wenn nur durch die Polizei eine umfängliche Bearbeitung inklusive einer tatortrelevanten Untersuchung gewährleistet werden kann, so bleibt es unbefriedigend, dass es eine Versorgungslücke für solche Personen gibt, die (noch) keine Strafanzeige erstatten wollen.

7.3. Best Practice

Die Versorgungslücke versuchen einige Kommunen und Bundesländer erfolgreich zu schließen. Die Angebote gestalten sich unterschiedlich, folgende Vorgehensweisen sind bekannt:

- **eine Versorgung durch besondere Angebote, oft rechtsmedizinische Ambulanzen an örtlichen rechtsmedizinischen Instituten** bspw. in Düsseldorf, Fulda, Hamburg, Hannover, Lübeck, Mainz, Münster, etc.
- **die Versorgung in örtlichen Krankenhäusern** durch Initiativen, welche je nach Schwerpunkt in der Darstellung und Ansprache der Zielgruppe

- die **vertrauliche (manchmal auch anonyme) Spurensicherung in den Fokus stellen**, bspw. in Köln, Rhein-Sieg-Kreis etc. oder
- die **medizinische Versorgung und Spurensicherung** anbieten, bspw. in Frankfurt am Main, Offenbach; die Spurensicherung erfolgt unter vertraulichen Bedingungen.

Das gemeinsame Ziel dieser Bestrebungen ist es, die medizinische und auch rechtsmedizinische Versorgung von vergewaltigten Frauen (perspektivisch auch Männern) zu verbessern und sie möglichst zeitnah nach dem sexuellen Übergriff zu unterstützen. Die Angebote tragen dazu bei, für eine später u.U. gewünschte Strafanzeige Befunde einschließlich möglicher Spuren dergestalt zu sichern, dass die Unterlagen oder Spureenträger für eine spätere gerichts feste Analyse und Beurteilung herangezogen werden können. Die Betroffenen können möglichst zeitnah erreicht und in Unterstützungs- und Beratungsangebote zielgerichtet vermittelt werden.

In der (Erst-)Versorgung kann unterschieden werden zwischen

- der primären bzw. vorrangig medizinischen Versorgung und der
 - Spuren- und Befundsicherung
- und zwischen zwei Akteuren:
- den rechtsmedizinischen Instituten und
 - Krankenhäusern bzw. ärztlichen Praxen.

7.3.1. Problemlagen bei der (Erst-)Versorgung

a) In Krankenhäusern und ärztlichen Praxen

ist das Vorhandensein der für die Opferbetreuung notwendigen Ressourcen erforderlich (Personal, Raum, Ausstattung, Zugänglichkeit, Vernetzung mit örtlichen medizinischen Versorgungs- und Hilfeangeboten, insbesondere mit Fachstellen zum Thema sexualisierte Gewalt). Die Spuren- und Befundsicherung gehört unter dem diagnostisch-therapeutischen Fokus der Akteurinnen und Akteure nicht zu ihren originären Aufgaben.

Ärztinnen und Ärzte, die nicht entsprechend geschult sind, tun sich zudem zumindest anfangs schwer mit den rechtlichen bzw. rechtsmedizinischen Anforderungen einer adäquaten – gerichts festen – Dokumentation von Befunden und einer spezifischen Spurensicherung im Zusammenhang mit Gewalthandlungen.

Viele Krankenhäuser, respektive die dort ärztlich und oder kaufmännisch Verantwortlichen, sehen sich auch generell nicht in der Verantwortung, vergewaltigte Patientinnen und Patienten, die ohne vorherige Anzeige und ohne Polizei zu ihnen kommen, einschließlich einer Befund- und Spurensicherung zu versorgen. Sie verweisen

schnell auf die für sie „zwingend“ erforderliche Anzeige und tragen so auch dazu bei, dass vergewaltigte Frauen abgewiesen werden und dadurch unzureichend versorgt oder gar (medizinisch) unversorgt bleiben.

Es ist darauf hinzuweisen, dass die Erstattung einer Anzeige unter keinen Umständen Voraussetzung für eine Untersuchung und Befundsicherung im Rahmen des Möglichen und Erforderlichen nach einer Vergewaltigung ist. Patientinnen und Patienten dürfen daher mit einer solchen (weil falschen) Begründung nicht weggeschickt werden. Ärztlicherseits besteht – selbst bei minderjährigen Patientinnen und Patienten – keine Anzeigepflicht gegenüber den Organen der Ermittlungsbehörden.¹

b) In rechtsmedizinischen Instituten

ist das Vorhandensein der für die Opferbetreuung notwendigen Ressourcen erforderlich (Personal, Raum, Ausstattung, Zugänglichkeit, Vernetzung mit örtlichen medizinischen Versorgungs- und Hilfeangeboten, insbesondere mit Fachstellen zum Thema sexualisierte Gewalt). Je nach aktueller Situation der rechtsmedizinischen Institute kann und wird bereits ein Angebot zur Versorgung von Gewaltopfern ressourcenaufgepasst gestaltet. Es ist aber auch darauf hinzuweisen, dass eine flächendeckende rechtsmedizinische Angebotsstruktur zur Untersuchung von Gewaltopfern nicht ohne eine kritische Analyse der rechtsmedizinischen Ressourcen in Verbindung mit einem politischen Willen zur Stärkung der Rechtsmedizin möglich sein wird. Rechtsmedizinische Institute können(ten) dann sowohl Untersuchung und Spurensicherung anbieten, als auch in der Region Qualifizierungsmaßnahmen und fachliche konsiliäre Entlastung anbieten. Zusätzlich wäre es u.U. möglich, dass über die rechtsmedizinischen Institute zusätzlich eine sachgerechte Spurenlagerung mit zugehörigen Transportwegen angeboten bzw. mitgestaltet wird, um Spuren, die durch Dritte gesichert wurden, gerichtsfest zu lagern.

Zu beachten ist, dass die rechtsmedizinischen Institute keine medizinischen Behandlungen leisten können, (gynäkologische Behandlung, Wundbehandlung etc.). Der Fokus der rechtsmedizinischen Aufgaben liegt auf der Untersuchung, Dokumentation und Beurteilung. Daher muss ein rechtsmedizinisches Angebot durch die Kooperation und Vernetzung mit örtlichen Krankenhäusern und Praxen ergänzt werden, in denen die weitere Versorgung (spezifische Diagnostik und Behandlung) stattfinden kann.

¹Die Mitteilungspflicht nach SGB V über die Schadensverursachung durch Dritte zur Regelung der Regressforderungen der Krankenversicherungen ist bereits heute für die Fälle von Gewalt gegen Kinder ausgesetzt. (§ 294a SGB V).

7.3.2. Hürden trotz Best Practice

Örtliche Krankenhäuser (oder auch Arztpraxen oder Notfallpraxen) mit einer gynäkologischen Ambulanz/Abteilung, die willens sind, die Versorgung nach einer Vergewaltigung zu leisten, sehen sich mit vielfältigen Problemen konfrontiert, für die sich vor Ort oft keine (zufriedenstellenden) Lösungen finden lassen.

Stichwort „standardisierte medizinische und rechtsmedizinische Versorgung und Dokumentation“

Die Versorgung sollte medizinischen, rechtsmedizinischen, juristischen und psychologischen Erfordernissen Rechnung tragen, ohne die Belange einer Profession in den Mittelpunkt zu stellen. Nur dann gelingt die Balance zwischen den Erfordernissen einer sorgfältigen medizinischen Versorgung einerseits sowie einer qualifizierten gerichtsverwertbaren Dokumentation andererseits. Nicht jede Untersuchungssituation und nicht alle verwendeten Dokumentationsbögen – und nicht alle Spurensicherungskits – tragen beiden Anforderungen derzeit Rechnung.

Stichwort „Zeitfaktor“

Die Versorgung einer vergewaltigten Frau ist nicht in 15 Minuten zu leisten. Auch erfahrene Ärztinnen und Ärzte benötigen i.d.R. ca. eine Stunde, mit Befundsicherung auch länger (optimal ist die Unterstützung durch eine Assistenz, z.B. für die Beschriftung der Materialien oder auch für die Protokollierung/Dokumentation der erhobenen Befunde).

Stichwort „Kostenfaktor“

Die Finanzierung für diese aufwändige Untersuchung ist nicht geregelt. Krankenhäuser, die die Versorgung ohne eine Beauftragung durch die Polizei leisten, erhalten bis auf die Notfallpauschale (je nach Vereinbarung ca. 24 €) keine Vergütung. Dies erhöht die Vorbehalte gegenüber dieser Versorgung.

Eine Spurensicherung ist einfach und qualifiziert durchzuführen, wenn entsprechende auf dem Markt befindliche Untersuchungssets und Manuale Verwendung finden, deren Einsatz aber auch mit Anschaffungskosten verbunden ist, die bis dato nicht abrechnungsfähig sind.

Gleiches Problem stellt sich auch für Laboruntersuchungen und Postexpositionsprophylaxe im Kontext von sexuell übertragbaren Erkrankungen und Schwangerschaft (Stichwort „Pille danach“, dabei handelt es sich um ein Medikament, das die Einnistung einer ungewollten Schwangerschaft verhindert, allerdings nur in einem sehr kleinen Zeitfenster anwendbar ist).

Die Frage der Finanzierung der medizinischen Kosten stellt sich zunehmend auch bei der Versorgung von Frauen, die eine Anzeige erstattet haben. Viele Kriminaldienststellen tun sich schwer damit, Untersuchungskosten, die aus polizeilicher Sicht (zunächst) nicht beweissichernd sind, zu übernehmen.

Im Extremfall müssen die Krankenhäuser einspringen oder aber die Kosten werden der Patientin in Rechnung gestellt, was wiederum dazu führt, dass viele Frauen von vorneherein auf die Untersuchungen verzichten und medizinische Risiken in Kauf nehmen.

Dass mikrobiologische Untersuchungsbefunde, z.B. HI-Virus-Typisierung, auch für die Ermittlungsbehörden von Relevanz sein können, weil darüber Übertragungswege ermittelt werden können, die für die Ermittlung von möglichen Verursachern (Tätern) genutzt werden können, ist in der polizeilichen Arbeitsweise offenkundig noch stärker bekannt zu machen.

Stichwort „Abrechnung und Regressanfragen“

Bezüglich der Kostenfrage ist nach wie vor ungeklärt, wie mit der Dokumentation der Untersuchungsanlässe und der medizinischen Prozeduren im Rahmen der erforderlichen Kodierung der ärztlichen und sonstigen Leistungen für die Leistungsdokumentation und Abrechnung umgegangen werden kann und soll, ohne durch Nachfragen zur Regressklärung die Patientin/ den Patienten in eine gefährdende Situation zu bringen. Zur Zeit hat die Verwendung der Diagnose „Zustand nach Vergewaltigung“ – in Analogie zur Angabe über ein Unfallgeschehen - sowohl theoretisch als auch de facto (je nach regionalen Verfahrensweisen der zuständigen Institutionen) zur Folge, dass die Krankenkassen gemäß SGB V Regressforderungen an die Täter/Verursacher des gesundheitlichen Schadens stellen (können) und zur entsprechenden Klärung ein Auskunftersuchen an die Patientinnen gestellt wird. Ein solches Vorgehen kann eine problematische persönliche Lebenslage eskalieren lassen und die Patientin gefährden. Diese Situation ist aber auf Dauer nicht tragbar; eine adäquate Regelung ist zu fordern. Die Regelung zum Umgang mit Kindern als Opfer von Gewalt (siehe zuvor §294a SGB V) sollte hier als Richtschnur auch für die Regelung im Umgang mit erwachsenen Gewaltopfern herangezogen werden. Nur so kann über eine eindeutige Kodierung eine Kostenklärung und Sicherung der Versorgung von Betroffenen erfolgen und zusätzlich der Weg gebahnt werden, diese Form der Gewalt und Gesundheitsschädigung aus dem Dunkelfeld ins Hellfeld zu verlagern.

Wenn die politisch und gesellschaftlich Verantwortlichen die Tatsache anerkannt haben, dass Gewalt krank macht, dann müssen auch die damit verbundenen Kosten als krankheitsbezogene Behandlungskosten abzugelten sein.

Stichwort „Beweissichere Lagerung von gesichertem Spurenmaterial“

Neben der sachdienlichen Befundsicherung im Rahmen einer ärztlichen Untersuchung ist eine sichere Lagerung (nebst zugehörigem sicheren Transport) der Materialien zu gewährleisten. Die neuen Spureenträger für DNA-Untersuchungen (selbsttrocknende Abstrich(Abrieb)-Tupfer) sind nunmehr unkompliziert einzusetzen und nach der Anwendung ohne weiteren Aufwand lagerungsfähig. Lediglich die sorgfältige Beschriftung und die sichere Überführung zur Lagerung an einem für Unbefugte unzugänglichen Ort sind zu gewährleisten.

Die Örtlichkeit für eine solche sichere Lagerung, die eine spätere Verwertung von Untersuchungsergebnissen z.B. in einem Gerichtsverfahren gestaltbar macht, ist allerdings nicht allerorten als gegeben anzunehmen. Ein Kühlschrank oder Gefrierschrank in einer Klinikambulanz allein ist KEIN „sicherer Lagerungsort“.

Daher wird in bereits etablierten Versorgungsmodellen i.d.R. eine gesicherte Verbringung der Spureträger in ein Institut für Rechtsmedizin organisiert, verbunden mit einem gesicherten und transparenten Übergabe- und Transport-Prozedere inklusive protokollierter Lagerung im Institut für Rechtsmedizin gemäß geregelter Qualitätsstandards.

Diese Form der Lagerung verursacht Kosten für die Planung und Durchführung, für die bis dato noch keine klare Regelung getroffen werden konnte.

Zudem ist die Frage noch ungeklärt, welche Orte/Institutionen alternativ zu Instituten für Rechtsmedizin als sichere Lagerungsorte in Betracht gezogen werden können. Hier ist neben der Kostenklärung auch eine Klärung mit den Ermittlungsbehörden herbeizuführen, welche Konditionen von deren Seite aus für die Lagerung verbindlich gemacht werden.

Stichwort „Ausbildung, Fortbildung, Lehre“

Neben den faktischen Kosten für Material und Untersuchung sowie Behandlung ist nicht zu vernachlässigen, dass ein spezifischer Schulungs- und Supervisionsbedarf besteht, wenn sich medizinische Versorgungsanbieter um Opfer sexualisierter Gewalt umfassend und angemessen kümmern wollen. Das Personal (nichtärztlich sowie ärztlich) ist entsprechend fortzubilden, sowohl durch Basisschulung als auch mit wiederkehrenden Angeboten einschließlich eines fallbezogenen Austausches, um von den Erfahrungen im Versorgungsteam gemeinsam zu profitieren; dies auch vor dem Hintergrund der Personalfluktuations.

Stichwort „Öffentlichkeitsarbeit“

Die Hemmschwelle, sich nach einem Vergewaltigungsgeschehen – selbst im geschützten Rahmen einer ärztlichen Behandlung – zu offenbaren, ist hoch. Die Barrieren durch Schockreaktionen, Schuld- und Schamgefühle und auch durch Mythen und Selbstzweifel müssen ernst genommen werden. Damit Betroffene und auch ihr Umfeld von den Strukturen erfahren und Betroffene diese in Anspruch nehmen können, müssen die Initiativen, die eine Akutversorgung ohne vorausgegangene Anzeige gestalten, durch eine adäquate Öffentlichkeitsarbeit begleitet werden.

7.3.3. Aus den vorherigen Erörterungen ergeben sich folgende Erfordernisse bzw. Forderungen:

Eine medizinische Versorgung unter Einschluss von spurensichernden Maßnahmen und der Vermittlungen in psychosoziale Hilfeangebote ist dringlich geboten und durch die vorhandenen Strukturen prinzipiell auch leistbar.

Regionale Besonderheiten und die Einbeziehung örtlicher Akteur_innen sind bei der lokalen Gestaltung eines solchen Angebotes zu beachten, um funktions-tüchtige Abläufe vor Ort zu etablieren.

- Die Untersuchung und Befundsicherung nach einem Sexualdelikt ohne vorausgegangene Anzeige muss bundesweit regional gut zugänglich angeboten werden. Die dafür notwendigen Strukturen (in Instituten, Krankenhäusern, Fachstellen) müssen bereitgestellt und finanziert werden: (Personal, Zeit für die Untersuchungen, Schulungen, Ausstattung...). Dieses Angebot muss angemessen öffentlich bekannt gemacht werden.
- Die Untersuchung sollte nach der Leitlinie der DGGG „Ärztliche Gesprächsführung, Untersuchung und Nachbetreuung von Frauen nach mutmaßlicher sexueller Gewaltanwendung AWMF-Nr. 015/068 (S1)“ bzw. unter Beachtung der Empfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Rechtsmedizin „Forensisch-medizinische Untersuchung von Gewaltopfern“ stattfinden. Diese legen den Standard für die Untersuchung fest.²
- Die Krankenkassen müssen verbindlich (zumindest bis zur Klärung der persönlichen Lage der Betroffenen) bei einer Versorgung ohne eine polizeiliche Anzeige auf Regressansprüche an die Täter verzichten, um Frauen nicht von der medizinischen Versorgung nach einer Vergewaltigung abzuschrecken. Hier bedarf es einer veränderten Regelung durch den Gesetzgeber (Änderung des § 294a, Mitteilung von Krankheitsursachen und drittverursachten Gesundheitsschäden, SGB V).
- Die ungeklärten finanziellen Fragen, die sich auftun, wenn als Kostenträger nicht die Polizei zur Verfügung steht, müssen geklärt werden, bspw.:
 - ob die Spurensicherung zur medizinischen Dokumentation zählt
 - wer eine serologische Diagnostik zur Abklärung von sexuell übertragbaren Krankheiten u.a. zahlen soll/muss
 - wie die Kosten bspw. für eine Postexpositionsprophylaxe und eine postkoitale Schwangerschaftsverhütung zu regeln sind. Eine Kostenübernahme durch Betroffene ist diesen nicht zuzumuten.

²Empfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Rechtsmedizin auf der Grundlage der Empfehlungen der Schweizer Rechtsmedizin. S. Banaschak, K. Gerlach, D. Seifert, B. Bockholdt, H.L. Graß, Zeitschrift für Rechtsmedizin 21/Heft 5: 483 – 488, 2011, (zur Zeit in Überarbeitung).

- Die für die Spurensicherung notwendigen Materialien (Befundbögen, Spurensicherungskits, sonstige Ausstattungsbedarfe etc.) müssen vor Ort über eine verbindliche Regelung zur Organisation und Finanzierung z.B. durch lokale Institutionen der öffentlichen Sicherheit und Ordnung zur Verfügung gestellt werden.
- Die Mitwirkung rechtsmedizinischer Kompetenz bei der Ausgestaltung der Angebote und Initiativen und die Einbindung in die erforderlichen Fortbildungsmaßnahmen ist geboten. Darüber hinaus muss der regionale Zugang zu einer rechtsmedizinischen Institution für Krankenhäuser und ggf. Praxen gewährleistet werden, die Kosten für den rechtssicheren Transport etwaiger Spurenträger müssen übernommen werden. Insbesondere als sicherer Ort für die Lagerung von Spurenträgern sind die rechtsmedizinischen Institute über das etablierte Qualitätssystem die am besten geeigneten Lagerungsorte – Alternativen können im Einzelfall etabliert werden, sofern vergleichbare Sicherheitsstandards abgebildet werden können.
- Die Thematik muss verstärkt in der universitären Lehre, in der ärztlichen Fort- und Weiterbildung und in der Krankenpflegeaus- und Weiterbildung verankert werden.
- Die Thematik bedarf adäquater und anhaltender Öffentlichkeitsarbeit, damit Betroffenen und ihrem Umfeld im Bedarfsfall Informationen über die Versorgungsstrukturen vorliegen. Hierfür sind sowohl finanzielle Ressourcen als auch strukturelle Unterstützung bereitzustellen.
- Unterstützungseinrichtungen für die weitergehende ambulante Beratung und Betreuung müssen vorgehalten und entsprechend ausgestattet werden, da neben der medizinischen Primärversorgung sowohl psychosoziale als auch psychotherapeutische Nachsorge-Angebote ein wesentlicher Baustein für die ganzheitliche Versorgung eines Gewaltopfers und damit unverzichtbar sind. Mit Hilfe von Kriseninterventionen und stabilisierenden Beratungsgesprächen erhalten die Betroffenen frühzeitig Entlastung, so können Chronifizierung und Sekundärtraumatisierungen vermieden werden.
- Es hat sich bewährt, dass die vorhandenen Kompetenzzentren für sexualisierte Gewalt (Fachberatungsstellen) die Koordinierung der Versorgungsstrukturen übernehmen. Für diese Aufgabe müssen den Beratungsstellen Mittel zur Verfügung gestellt werden.

Es gilt dringend Versorgungsstrukturen zu schaffen, die vergewaltigten Frauen und perspektivisch auch vergewaltigten Männern die Zugangswege zu einer guten medizinischen Versorgung, einer rechtsmedizinischen Befundung und ins weiter betreuende und unterstützende Hilfesystem erleichtern.

Betroffene, die medizinisch gut versorgt wurden und somit eine erste gute Erfahrung nach der Tat machen, haben es mutmaßlich im Anschluss leichter, weitere Unterstützungsangebote in Anspruch zu nehmen und sind auch eher bereit die Frage einer Anzeigerstattung zu prüfen. Zumal durch eine ärztliche Versorgung (Befunddokumentation und u.U. weitere Spurensicherungsmaßnahmen) wichtige Unterlagen für ein späteres Strafverfahren zu Grunde gelegt werden können, als dies ohne eine solche Versorgung der Fall wäre. Außerdem wird eine psychische Auseinandersetzung mit dem Trauma erleichtert bzw. dessen Be- und Verarbeitung begünstigt.

8. Sexualisierte und nicht-sexualisierte häusliche Gewalt – Rechtsmedizinische Aspekte

Reinhard Dettmeyer,
Hille Mathes

8.1. Einleitung

Häusliche Gewalt einschließlich der Verübung von Straftaten weist eine hohe Dunkelziffer auf. Hinzu kommt, dass leichtere Körperverletzungen als Folge häuslicher Gewalt unter erwachsenen Familienangehörigen einerseits nur auf Antrag verfolgt werden (Antragsdelikt), andererseits steht insbesondere misshandelten und sexuell missbrauchten Ehefrauen und sonstigen näheren Verwandten unter Umständen ein Aussageverweigerungsrecht zu, was im Ergebnis dazu führen kann, dass Täter nicht bestraft werden können. In der Rechtsmedizin können und werden bei einer körperlichen Untersuchung feststellbare körperliche Verletzungen dokumentiert und gegebenenfalls im Hinblick auf ihre Entstehungsursache begutachtet. Dieses Gebiet der „Klinischen Rechtsmedizin“ ist in der Öffentlichkeit relativ unbekannt, jedoch seit Jahrzehnten Bestandteil regelmäßiger rechtsmedizinischer Tätigkeit. Gerade in den letzten 10 Jahren wurden an einer Reihe von Instituten für Rechtsmedizin Projekte gestartet, um von Gewalt betroffenen Personen eine Dokumentation und Begutachtung ihrer Verletzungen einschließlich gegebenenfalls erforderlicher Maßnahmen zur Spurensicherung zu ermöglichen. Dies geschieht auch unabhängig davon, ob die Polizei informiert oder eine Strafanzeige gestellt wird. Zu den Gewaltopfern zählen neben Erwachsenen zwischen 18 und 60 Jahren häufig Säuglinge, Kleinkinder, Kinder

und Jugendliche, gelegentlich z.B. pflegebedürftige ältere Menschen. Ohne derartige (rechtsmedizinische) Untersuchungen werden Gewalttäterinnen/Gewalttäter nicht selten aus Mangel an Beweisen freigesprochen.¹ Im Folgenden soll die Tätigkeit des Rechtsmediziners mit dem Schwerpunkt auf sexualisierte und nicht-sexualisierte Gewalt insbesondere gegen Frauen und Kinder erläutert werden, auch im Hinblick auf bestehende Handlungsoptionen und der aktuellen Gesetzeslage.

8.2. Epidemiologische Aspekte

Unter „Straftaten gegen die sexuelle Selbstbestimmung“ fasst die polizeiliche Kriminalstatistik Sexualdelikte zum Nachteil minder- und volljähriger Personen zusammen. Danach wurden im Jahr 2012 insgesamt 22.548 Erwachsene und 12.623 Kinder in Deutschland Opfer eines Sexualdeliktes². Rund 25% der in Deutschland lebenden Frauen wurden Opfer körperlicher und/oder sexueller Gewalt in der aktuellen oder vergangenen Beziehung³. Für Frauen in Deutschland liegt damit das Lebensrisiko, Opfer „häuslicher Gewalt“ zu werden, bei 25%⁴. Nach Auswertung von 323 Studien mit insgesamt 9,9 Mio. minderjährigen Opfern sexualisierter Gewalt ergab sich eine Prävalenz von 12,7% für beide Geschlechter. Für Mädchen wird die Prävalenz Opfer sexualisierter Gewalt zu werden mit 18% angegeben, für Jungen mit 7,6%⁵. Viele Studien weisen darauf hin, dass die Täter sexualisierter Gewalt in der Mehrzahl der Fälle aus der Familie des Opfers oder dem sozialen Nahraum stammen⁶. Die Dunkelziffer dieser Delikte wird als hoch angenommen.

8.3. Rechtsmedizinische körperliche Untersuchung und Dokumentation von Verletzungen

Stellt sich ein Gewaltopfer nach Misshandlung oder Missbrauch zeitnah zum Geschehen in einer (rechtsmedizinischen) Ambulanz vor, oder wird ein Rechtsmedizi-

¹B.R. Sharma et al. (2005) Clinical forensic medicine in the present day trauma-care system – an overview. S. 600.

²Polizeiliche Kriminalstatistik (PKS) 2012, S. 50

³Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2004) Lebenssituation, Sicherheit und Gesundheit v. Frauen in Deutschland, eine repräsentative Untersuchung zu Gewalt gegen Frauen in Deutschland. S. 220

⁴Kohler et al. (2013) General practitioners and managing domestic violence: results of a qualitative study in Germany. Journal of Forensic and Legal Medicine 20, S. 734

⁵Pereda N et al. (2009) The prevalence of child sexual abuse in community and student samples: a meta-analysis. Clinical Psychology Review, S. 7

⁶Bieneck S. et al. Kriminologisches Forschungsinstitut Niedersachsen, erster Forschungsbericht zur Repräsentativbefragung sexueller Missbrauch 2011, Tabelle 31, S. 29, Kapitel 3.2.1 Täterkreis, Deutschland 2011

ner von einer Klinik oder der Polizei hinzugezogen, folgt in einem persönlichen Gespräch die Erörterung des zugrunde liegenden Sachverhalts, soweit dies möglich ist. Schilderungen zum Tatgeschehen können protokolliert werden. Die anschließende körperliche Untersuchung auf Verletzungen erfolgt durch bloße Inaugenscheinnahme (berührungsfrei), vorhandene Verletzungen werden fotografisch dokumentiert. Im Einzelfall kann es, je nach behauptetem Tathergang, auch sinnvoll sein, fotografisch zu dokumentieren, dass bestimmte Verletzungen an bestimmten Körperregionen gerade nicht vorhanden sind. Das Spektrum einwirkender Arten von Gewalt wird in der Rechtsmedizin unterteilt:

- Stumpfe Gewalt (Schlagen, Treten, Werfen, Anstoßverletzungen etc.)
- Scharfe Gewalt (unter Einsatz eines Messer, einer abgeschlagenen Flasche, sonstiger scharfrandiger Gegenstände)
- Halbscharfe Gewalt (durch z.B. Beißen, Schlagen mit einem Beil, einer Axt etc.)
- Thermische Gewalt (Beibringen von Verbrühungen/Verbrennungen)
- Sexualisierte Gewalt (z.B. Verletzungen der Anogenitalregion oder der Brüste mit sexuellem Hintergrund).

Neben diesen großen Gruppen der Gewalteinwirkung gibt es spezielle Gewaltformen gerade bei Gewalt gegen Säuglinge und Kinder (z.B. das Schütteltrauma – Shaken baby syndrome auch: nicht-akzidentelle Kopfverletzungen – non-accidental head injury (NAHI), das Münchhausen-Syndrom by proxy u.a.m.).

Mit dem Wissen um die verschiedenen Gewaltformen werden bei der rechtsmedizinisch-körperlichen Untersuchung alle Verletzungen und Narben am Körper in Farbe und Ausprägung präzise protokolliert und mit einer hochauflösenden Kamera „bezugspunkttreu“ fotodokumentiert, ggf. kann später eine Aussage zur Entstehung einer Verletzung erfolgen⁷.

8.4. Verletzungsdokumentation bei Verdacht auf eine Sexualstraftat

Bei begründetem Verdacht auf eine Sexualstraftat muss zum Zwecke der Beweissicherung bei weiblichen Gewaltopfern sowohl eine gynäkologische Untersuchung als auch eine körperliche Untersuchung zur Dokumentation extragenitaler Verletzungen erfolgen. Zuvor sollte eine kurze Anamnese aufgenommen werden, wobei insbesondere danach zu fragen ist, ob das Opfer nach der Tat Spuren verändert hat (Waschen bzw. Duschen, Kleidung wechseln o.ä.). Vor allem aber nicht ausschließlich im Rah-

⁷Ryan MT. et al. (2000) Resident´s perspective. Clinical Forensic Medicine, S. 271

men der gynäkologischen Untersuchung erfolgen Maßnahmen zur Beweis- und Spurensicherung:

- Dokumentation anogenitaler Verletzungen (beschreibend, wenn möglich fotografisch) Entnahme von Abstrichen (je nach Tatgeschehen: oral, anal, vaginal, vom Penis). Der Nachweis von Spermien gelingt am ehesten innerhalb von 24 Stunden nach der behaupteten Tat, gelegentlich noch bis zu 48 Std., selten bis 72 Std.
- Abstriche gegebenenfalls von extragenitalen Hautregionen, wenn Sekretantragungen vorhanden sind.
- Abstriche auch dort, wo das Opfer von Körperkontakt mit der Möglichkeit von Sekretantragungen berichtet (Lokalisation von angegebenen Küssen, Bissen, Verdacht auf getrocknete Spermaantragungen).
- Wenn sich aus der Vorgeschichte ein entsprechender Verdacht ergibt: Entnahme einer Blutprobe zur Feststellung von Alkohol/Drogen/Medikamenten im Blut.
- Gegebenenfalls zusätzlich Abgabe einer Urinprobe bei berichteter Erinnerungslücke und weiteren Symptomen, die an die Beibringung sog. K.o.-Tropfen denken lassen müssen (bei sog. K.o.-Tropfen nur sehr zeitnah zum Tatgeschehen sinnvoll, max. 12-24 Std.).
- Entnahme einer Blutprobe zum Ausschluss einer vorbestehenden sexuell übertragbaren Krankheit.

Im Rahmen von Sexualstraftaten können, je nach Intensität der Gegenwehr des Opfers, weitere Verletzungen auftreten, die später den Rückschluss auf ein bestimmtes Tatgeschehen zulassen.

8.5. Extragenitale Verletzungen bei Sexualstraftaten

Neben einer Befundaufnahme durch Untersuchung der Anogenitalregion sollte bei Verdacht auf sexuellen Missbrauch insbesondere zur Dokumentation etwaiger Begleitverletzungen auf das rechtsmedizinische Wissen zurückgegriffen werden. Dabei liegt der rechtsmedizinische Fokus insbesondere auf den erlittenen Begleitverletzungen und deren Interpretation im Hinblick auf das geschilderte oder angenommene Tatgeschehen. Gerade bei Sexualstraftaten ist auf folgende zusätzlich mögliche Verletzungen zu achten:

- Schlagverletzungen (Monokel- oder Brillenhämatom, Untersuchung der Mundregion auf Verletzungen der Lippen, der Schleimhaut des Mundvorhofes, der Zähne, Zungenbissverletzungen)

- Sog. Griffspuren: das Opfer wurde fest an den Oberarmen gepackt, was Hämatome (blau-livide, danach bräunlich bis grün-gelbliche Hautverfärbungen) hinterlassen kann, typischerweise an der Oberarmaußenseite im mittleren Drittel und – als Daumenabdruck – an der Oberarminnenseite
- Sog. Abwehrverletzungen: bei Schlägen hat das Opfer die Streckseiten der Unterarme oder die Hände schützend vor sich bzw. vor das Gesicht gehalten, was zu Hämatomen auf den Handrücken oder der kleinfingerseitigen Haut der Unterarme führen kann (sog. aktive und passive Abwehrverletzungen)
- Widerlagerverletzungen: gerade bei eher schlanken Gewaltopfern, die bei der Sexualstraftat (Vergewaltigung) auf einen harten Untergrund gedrückt wurden, können sich in der Rückenhaut über den Dornfortsätzen der Wirbelkörper Hämatome finden Würge- bzw. Drosselmale: ebenfalls nicht ganz selten wird das Opfer im Zusammenhang mit einer Sexualstraftat ein- oder beidhändig gewürgt bzw. der Hals mit einem Gegenstand gedrosselt, so dass auf sog. Würge- bzw. Drosselmale in der Halshaut zu achten ist. War das Würgen/Drosseln massiv und hämodynamisch relevant, so kann es zu punktförmigen Blutungen oberhalb der Würge- bzw. Drosselebene kommen, vor allem in den Lidhäuten, den Lidbindehäuten, in der Schleimhaut des Mundvorhofes und in der Haut hinter den Ohren. Es gibt aber auch Fälle, in denen das massive Würgen zu komplett blutunterlaufenen Augen führt. In derartigen Fällen stellt sich die Frage nach der Lebensbedrohlichkeit des Würgens, dann muss ggf. an ein versuchtes Tötungsdelikt gedacht werden
- Saug- bzw. Bissverletzungen (halbrunde voneinander unterscheidbare geformte Hautrötungen in charakteristischem Abstand)

Neben von Gewalt betroffenen erwachsenen Opfern können Minderjährige ebenfalls einbezogen sein.

8.6. Gewalt gegen Säuglinge, Kleinkinder und Kinder

Bei häuslicher Gewalt sind Säuglinge (1.Lebensjahr), Kleinkinder (2.-6. Lebensjahr) und Kinder (7.-14. Lebensjahr) besonders gefährdet, schon weil sie sich körperlich kaum wehren können. Das Risiko, dass es im häuslich-familiären Umfeld zur körperlichen Gewalt kommt, kann im Einzelfall erhöht sein, was von mehreren Faktoren abhängt.

Nach Erfahrungen aus der rechtsmedizinischen Praxis wären zu nennen:

- Besondere junge Mutter/Eltern
- Schwierige sozio-ökonomische Situation (fehlende soziale Kontakte, schwierige oder unzureichende finanzielle Lage)

- Tendenziell eher niedrigeres Bildungsniveau
- Eigene Gewalterfahrungen in der Kindheit, Jugend etc.
- Alkohol- bzw. Drogenkonsum
- Vorbestehende Erkrankungen (Persönlichkeitsstörung, andere psychiatrisch definierte Erkrankungen)
- Geringe Frustrationstoleranz

Neben diesen Aspekten wäre zu erwähnen, dass nach rechtsmedizinischer Erfahrung die individuelle Gewaltbereitschaft von Bedeutung ist, z.B. die Neigung zu Gewaltausbrüchen (fehlende Impulskontrolle). Treffen mehrere Risikofaktoren zusammen, so scheint die Hemmschwelle zur Gewalt gegenüber Kindern bei den Männern höher zu sein, die nicht biologischer Vater des gewaltbetroffenen Kindes sind (neuer Freund der Mutter, die ein Kind oder mehrere Kinder in die Beziehung einbringt).

Auch beim sexuellen Missbrauch von Kindern gilt die Dunkelziffer als sehr hoch. Allerdings umfasst der Begriff des sexuellen Missbrauchs nicht nur die Vergewaltigung als penetrierenden Vorgang im engeren Sinne, sondern auch weniger gravierende Taten mit sexuellem Bezug.

Wird ein Kind nach vermutetem Missbrauch bei einem Pädiater, Gynäkologen oder Rechtsmediziner vorgestellt, ist ein hohes Maß an Sensibilität und Zeit gefordert. Im Idealfall sind alle 3 Fachrichtungen involviert. Dabei wird bei der nachfolgenden Untersuchung keine Sedierung empfohlen, wenn diese nicht aus medizinischer Sicht, bei schweren Verletzungen, indiziert ist. Um aber eine weitere Traumatisierung des Kindes durch die Untersuchung zu vermeiden, wird die Anogenitalregion in der Regel nur von außen inspiziert. Von weiteren invasiven Untersuchungen, wie z.B. der Vaginoskopie, sollte – wen nicht anderweitig medizinisch indiziert - Abstand genommen werden⁸.

Alle erhobenen Befunde sollten während der Untersuchung schriftlich und fotografisch⁹ dokumentiert werden, ohne dass das Kind oder der Untersucher auf den Bildern identifiziert werden kann. In sehr vielen Fällen können jedoch keine Befunde am Körper des Kindes erhoben werden. Nach sexuellem Missbrauch weisen bis zu 90 % der Kinder keine Verletzungen auf! Ob es beim Missbrauch zu Verletzungen des Kindes kommt oder nicht, ist von mehreren Faktoren abhängig:

- vom Alter des Kindes
- von der Häufigkeit des Missbrauchs
- von der angewendeten Gewalt
- von der Intensität der Gegenwehr.

⁸Herrmann et al. (2010) Kindesmisshandlung. Springer-Verlag, Berlin Heidelberg, 2. Aufl., S. 125

⁹Finkel MA (1998) Technical conduct of the child abuse medical examination. Child Abuse & Neglect 22, 555-566

Wird das betroffene Kind nicht zeitnah zum Geschehen untersucht, können Verletzungen bereits verheilt oder in Heilung begriffen sein. Findet eine zeitnahe Vorstellung statt, besteht die Möglichkeit z.B. zirkuläre Hämatome um die Afteröffnung nach analer Vergewaltigung nachzuweisen, häufig kombiniert mit Schleimhauteinrisen und Ödembildung (Schwellung) in diesem Bereich. Dabei ist eine ggf. vorhandene Dilatation (Erschlaffung des Schließmuskeltonus) weniger signifikant für eine stattgehabte Penetration. Nach vaginaler Vergewaltigung eines Kindes kann es insbesondere bei einem sehr jungen Opfer zu unvollständigen bis kompletten Einrissen mit Blutungen des Hymens (sog. Jungfernhäutchen) kommen. Diese Einrisse weisen jedoch je nach Ausprägung eine relative kurze Heilungsperiode von wenigen Stunden bis wenigen Wochen auf. Trotzdem können prinzipiell sog. „Kerben, Spalten und Ausbuchtungen“ als Residuen des Missbrauchs im Hymenalsaum nachgewiesen werden, deren Interpretation im Hinblick auf eine Vergewaltigung jedoch zurückhaltend erfolgen muss. Prinzipiell kann es beim sexuellen Missbrauch auch zu tieferen Einrissen der Dammregion mit Rissen der Schließmuskulatur des Afters, Verletzungen der Gebärmutter und anderen schweren Verletzungen kommen.

Ähnlich wie bei Erwachsenen (siehe oben), können auch nach sexuellem Missbrauch von Kindern extragenitale Begleitverletzungen gefunden werden, bei z.B. der stumpfen Gewalt in Form von Schlägen kommen als Schlaggegenstände in Betracht: Kleiderbügel, Baseballschläger, Aschenbecher, die flache Hand bzw. eine Faust. Entscheidend aber ist, bei Kindern und Erwachsenen, dass die Diagnose eines sexuellen Missbrauchs häufig nicht auf medizinisch erhobenen Untersuchungsbefunden basiert, sondern allein auf der Schilderung des Gewaltopfers.

Sexuell übertragbare Krankheiten wie z.B. Hepatitis B und C und HIV müssen unabhängig vom Alter des Opfers nach einem sexuellen Übergriff ausgeschlossen werden, wenn dabei eine Übertragung stattgefunden haben könnte.

8.7. Spurensicherung

Die Sicherung von Spuren umfasst in einem weiten Sinne alle Dinge, die hilfreich sein können, um ein (Tat-)Geschehen nach den strengen Beweisanforderungen des Strafrechts mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit beweisen. Spuren sind z.B. Spermien, Fingerabdrücke, biologische Antragungen, Verletzungen und/oder beschädigte Kleidung. Gab es eine tätliche Auseinandersetzung mit z.B. Reißen an der Kleidung, so ist besonders auf Nahteinrisse in Höhe der Achselhöhlen zu achten, aber auch auf Knopflochausrisse und fehlende Knöpfe.

8.7.1. Für die Spurensicherung gilt

- eindeutige Kennzeichnung der gesicherten Spur (Nummer, Ort der Sicherung, Datum/Uhrzeit)
- zur Spurensicherung Schutzkleidung verwenden (z.B. Handschuhe), die nur im Bereich der Öffnung berührt werden darf
- Spureenträger, die als Beweismaterial in Betracht kommen, als Ganzes sichern (Textilien etc.) und bei Feuchtigkeit lufttrocknen lassen!
- genau beschriften
- Anhaftungen sofort sichern/dokumentieren/fotografieren
- Kleidung zusammenlegen, Papier einlegen (Vermeidung Spurenübertragung)

8.7.2. Verpackung/Aufbewahrung

- Schutz vor Umwelteinflüssen
- Verhinderung von Kontamination
- Versiegelung der Verpackung
- Spuren/Spureenträger getrennt voneinander aufbewahren
- Papiertüten/Kartonfaltschachtel für luftgetrocknete Asservate verwenden, diese bei Raumtemperatur lagern
- scharfe oder spitze Spureenträger wegen Verletzungsgefahr in festem Behältnis lagern

8.7.3. Sicherung von DNA-Spurentägern

- Trockene Spuren die DNA enthalten können, sollten mit einem mit sterilem Aqua dest. angefeuchteten(!) Stieltupfer entnommen werden. Feuchte Spuren analog mit trockenem Wattetupfer
- Bei saugenden Oberflächen, z.B. Textilien, diesen am besten als Ganzes asservieren und weitere Auswertungen im Labor vornehmen lassen
- Bei der Sicherung von DNA am Körper gilt das gleiche Prinzip; trockene Körperstellen mit angefeuchteten Stieltupfer, feuchte mit trockenem Stieltupfer. Abhängig vom Tathergang Körperpartien wählen.
- Sicherung von Vergleichs-DNA von Opfer und Täter um eine spätere Zuordnung möglich zu machen! (z.B. Abstrich der Mundschleimhaut)

Bei günstiger Lagerung ist die DNA über Jahrzehnte haltbar, wenn ordnungsgemäß gewonnen und asserviert. Wichtig ist dabei, dass die DNA-Proben vor der Lagerung

luftgetrocknet werden, um den Befall durch Mikroorganismen zu verhindern! Plastikröhrchen oder Papiertüte als Aufbewahrungsort des DNA-Trägers sollten unbedingt sofort kenntlich beschriftet werden, z.B. mit: Achtung! DNA-Spurenträger! Auch Angaben zum Entnahmeort sollen angebracht werden.

8.7.4. Sicherung von Haaren

Mit einem Kamm oder einer Pinzette können Haare gesichert werden, aber die Haare sollten nicht im Wurzelbereich mit der Pinzette berührt werden, wenn der Wurzelbereich noch vorhanden ist (ausgerissenes Haar)! Die Aufbewahrung sollte erfolgen in Spurensäckchen oder gefaltetem Papier. Vergleichshaarproben können knapp über der Kopfhaut beginnend an mehreren Stellen entnommen werden. Für chemisch-toxikologische Untersuchungen von Haaren, z.B. zum Nachweis der häufigeren bzw. regelmäßigen Aufnahme von Alkohol, Drogen etc., soll ein bleistiftdickes Haarbündel kopfhautnah abgeschnitten werden, das wurzelnahe Ende ist durch einen Faden zu markieren.

Bei einem Sexualdelikt empfiehlt sich das Auskämmen der Schamhaare des Opfers, da dort ein- oder mehrere Schamhaare des Täters hängengeblieben sein können.

8.7.5. Sicherung von Faserspuren

Faserspuren unterschiedlicher Lokalisation können mit einer Pinzette oder einem speziellem Klebeband gesichert werden. Auch dabei ist an eine Probe von unverdächtiger Stelle als Vergleichsmaterial zu denken.

8.7.6. Selbstbeschädigung

Gelegentlich kommt es durch Selbstbeibringung von Verletzungen zur Vortäuschung einer Straftat. Tendenziell sind es eher junge (pubertierende) Frauen, die von einem Tatgeschehen berichten, dies sogar phantasievoll ausschmücken (unbekannter Mann, am Waldrand, in der Dämmerung, maskiert, bewaffnet mit einem Messer) und schildern, sie seien tätlich angegriffen und verletzt worden. Am häufigsten werden Verletzungen als Folge scharfer Gewalt präsentiert: rotbraune Oberhautanritzungen, meist ausschließlich an den eigenen Händen zugänglichen Körperpartien, häufig von gleichmäßiger Tiefe und parallel gestellt. Schmerzintensive Regionen (z.B. Finger, Brustwarzenregion) und die Gesichtshaut sind fast immer ausgespart, für die Tat gibt es keine Zeugen und bei genauerer Befragung ergeben sich nicht selten inhaltliche Widersprüche. In derartigen Fällen muss geprüft werden, inwieweit die gebotene „Inszenierung“ Ausdruck einer besonderen psychischen Belastung ist und ob eine angemessene psychologische Betreuung helfen kann.

8.8. Rechtliche Aspekte

Unter dem Begriff der „häuslichen Gewalt“ werden Delikte und Straftaten zusammengefasst, die eine äußerst heterogene Gruppe bilden. Sowohl Straftaten gegen die „sexuelle Selbstbestimmung“, leichte und schwere Formen der Körperverletzung, Nötigung, Beleidigung u.v.m. werden häufig unter diesem Begriff subsummiert. Dabei haben die verschiedenen Tatbestände nicht nur juristisch einen unterschiedlichen Stellenwert. Das Gewaltschutzgesetz (GewSchG) erlaubt Maßnahmen zum Schutz des Opfers. In der Akutsituation kann ein Täter/begründet Tatverdächtiger zeitlich befristet der Wohnung/des Hauses verwiesen werden, ihm kann auferlegt werden, sich dem Gewaltopfer nicht zu nähern und keinen Kontakt aufzunehmen. Dem Täter können dabei bis zu 1 Jahr Freiheitsstrafe drohen, sollte er sich nicht an die erteilten Anordnungen halten.

Die sog. „häusliche Gewalt“ betrifft quasi uneingeschränkt auch die im Haushalt lebenden Kinder, entweder indem sie ebenfalls Opfer einer Misshandlung oder eines Missbrauchs werden, oder indem sie die Misshandlung eines Elternteils miterleben müssen. Das elterliche Erziehungsrecht ist in Art. 6 GG verankert:

„Pflege und Erziehung der Kinder sind das natürliche Recht der Eltern und die zuvörderst ihnen obliegende Pflicht. Über ihre Betätigung wacht die staatliche Gemeinschaft.“

Während auch gewalttätig gewordene Eltern sich auf das ihnen zustehende elterliche Erziehungsrecht berufen, wird häufig vergessen, dass die Berechtigung der „staatlichen Gemeinschaft“ über die elterliche Erziehung zu „wachen“ Verfassungsrang hat (sog. staatliches Wächteramt).

Die Gesetze zum Schutz minderjähriger Gewaltopfer sind in den letzten Jahren vielfach modifiziert worden, u.a. wurde mit § 4 des neuen Bundeskinderschutzgesetzes (BKisSchG) allen Ärzten ein Weg zur Meldung des Verdachts auf Kindesmisshandlung bzw. Kindesmissbrauch an das Jugendamt aufgezeigt. Dabei handelt es sich letztlich um eine gesetzlich zugelassene Durchbrechung der ärztlichen Schweigepflicht (§ 203 StGB). Eine Arbeitsgruppe des Bundesministeriums für Justiz hat sich explizit dafür ausgesprochen, dass jedenfalls alle Formen sexueller Gewalt gegen Minderjährige der Polizei zur Kenntnis gebracht werden sollen. Die Empfehlungen dieser Arbeitsgruppe sind jedoch nicht rechtlich verbindlich, es gibt also weiterhin in Deutschland keine Meldepflicht für stattgefundene Straftaten an Kindern, insbesondere nicht für Sexualstraftaten einschließlich einer Vergewaltigung.

Ist eine Person Opfer einer Gewalttat oder eines sexuellen Übergriffes geworden, besteht die Möglichkeit der Strafanzeige bei der Polizei. Bei schwereren Straftaten – sog. Officialdelikten – werden auch unabhängig vom Opfer Ermittlungen durch die Polizei und Staatsanwaltschaft aufgenommen. Nähere Regelungen zum polizeilichen Umgang mit im Zusammenhang mit einer Straftat „Beschuldigten“ und „Geschädigten“ finden sich vor allem in der Strafprozessordnung (StPO) und in den „Richtlinien

für das Straf- und Bußgeldverfahren“ (RiStBV). Danach kann die Polizei im Falle einer Strafanzeige u.a. eine (rechtsmedizinische) körperliche Untersuchung einer von Gewalt betroffenen Person veranlassen, sei es bei einer Person mit Beschuldigtenstatus (§ 87a StPO), sei es bei einer geschädigten Person (§ 87c StPO). Eine solche rechtsmedizinisch-körperliche Untersuchung ist jedoch auch unabhängig von einer Strafanzeige möglich (siehe oben), z.B. wenn sich das Gewaltopfer (noch) nicht entscheiden kann, eine Strafanzeige zu erstatten. Sollte es zu einem strafrechtlichen Ermittlungsverfahren oder zu einer Hauptverhandlung vor Gericht kommen, so haben Gewaltopfer eine Reihe von Rechten, vor allem wenn es sich um minderjährige Gewaltopfer handelt:

- um minderjährigen Gewaltopfern unnötige Vernehmungen zu ersparen, soll deren Aussage mittels Video aufgezeichnet werden
- dem Gewaltopfer wird ein Anwalt gestellt zur Wahrnehmung der zustehenden Opferrechte
- ein Gewaltopfer kann nach Abschluss der Ermittlungen über seinen Rechtsanwalt Einsicht in die Ermittlungsakte nehmen
- im Gerichtsverfahren kann das Gewaltopfer mit Hilfe seines Anwalts als Nebenkläger auftreten und z.B. Anträge stellen
- im Rahmen eines Strafverfahrens können Ansprüche auf Schadensersatz und Schmerzensgeld erhoben werden (sog. Adhäsionsverfahren), dies geschieht jedoch häufig erst in einem nachfolgenden Zivilverfahren.

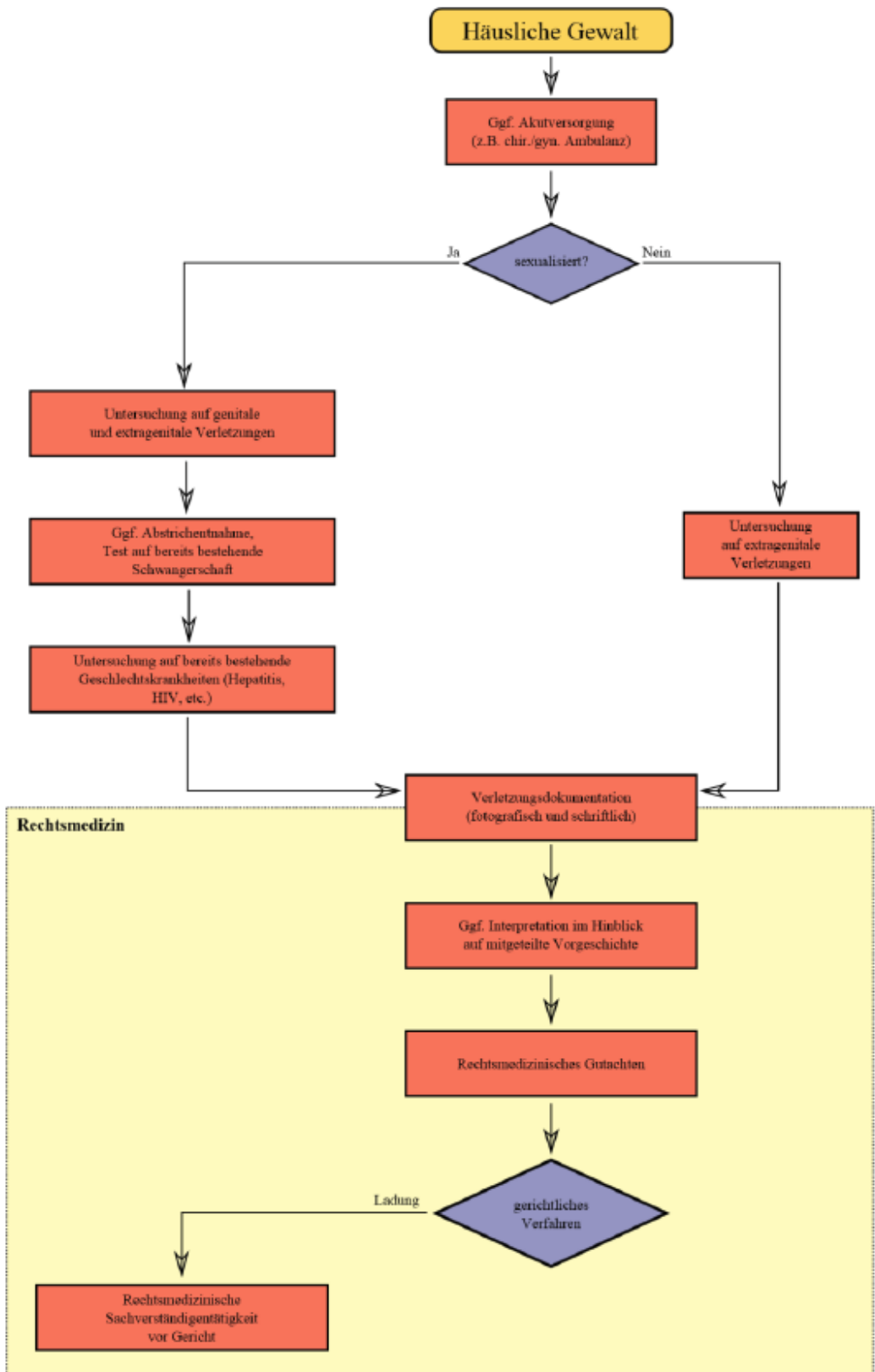
8.9. Fazit

Häusliche Gewalt unter Erwachsenen und/oder mit Einbeziehung Minderjähriger weist ein größeres Dunkelfeld auf. Während die Folgen körperlicher Gewalt – meist zeitlich begrenzt – gesehen und dokumentiert werden können, bleiben die psychischen Langzeitfolgen oft unbeachtet. Entscheidend ist im Einzelfall der Blick für die Gesamtkonstellation, die sich ergibt, wenn einzelne Faktoren summiert werden. Insgesamt führt Gewalt, unabhängig davon gegen wen sie gerichtet ist, auch zu hohen Kosten im Gesundheitssystem. Als Beispiel sei eine Schweizer Hochrechnung aller Kosten der Folgen von physischer und psychischer Gewalt genannt, die eine Summe von 260 Mio. Euro pro Jahr angibt¹⁰. Gewaltprävention und Hilfe, die heute geleistet werden, helfen, zukünftige Kosten zu sparen. Bei häuslicher Gewalt spielen zahlreiche weitere Aspekte eine Rolle. Neben der adäquaten Reaktion seitens betroffener bzw. zuständiger Behörden (siehe Flussdiagramm) gibt es rechtsmedizinische Aspekte, die wesentlich auf die rechtzeitige und angemessene Sicherung von Beweisen ab-

¹⁰Godenzi a. et al., Erster Bericht zu den ökonomischen Kosten der Gewalt gegen Frauen, Universität Freiburg, Schweiz, 1998

stellen, damit gegebenenfalls in einem späteren Strafverfahren, spätestens in einer Hauptverhandlung vor einem Strafgericht, alle Tatsachen belegt bzw. überprüft werden können. Aber schon im Ermittlungsverfahren ist die Frage entscheidend, ob einer beschuldigten Person die von Zeugen oder seitens Polizei und Staatsanwaltschaft vorgeworfene Straftat nachgewiesen werden kann. Da körperliche Verletzungen relativ rasch heilen, ist eine zeitnahe präzise Dokumentation solcher Verletzungen nach Art und Lokalisation entscheidend. Dies gilt auch für eine angemessene Sicherung aller relevanten Spuren. Eine differenzierte Begutachtung und ein Abgleich mit einem behaupteten Tatgeschehen kann bei guter Dokumentation und Spurensicherung auch zu einem späteren Zeitpunkt erfolgen.

Einen Überblick über die Vorgehensweisen findet sich in der abschließenden Abbildung.



Teil III.

Erfahrungsberichte

9. Sexuelle Übergriffe auf Jungen - Praxisbericht aus einer Beratungsstelle

Monika Schindler

9.1. Die Beratungsstelle

Der Gießener Kinderschutzbund ist Träger der Beratungsstelle für Kinder, Jugendliche und Eltern sowie Fachkräfte in Konflikt- und Krisensituationen mit den Schwerpunkten körperliche und psychische Gewalt an Kindern sowie Vernachlässigung und sexueller Missbrauch an Mädchen und Jungen.

Bei drohenden oder bereits eskalierten Gewaltproblemen bietet unser Team mit spezifischem Fachwissen Beratung und Hilfe für Kinder und Jugendliche, die in ihrer Familie und im sozialen Umfeld von Gewalt betroffen oder bedroht sind – mit dem Ziel den Schutz der Kinder zu sichern, bzw. wieder herzustellen.

Der überwiegende Teil der Ratsuchenden kommt aus eigener Motivation, ein knappes Drittel wird von anderen Institutionen, dem Jugendamt oder Familiengericht verpflichtet. Etwa 20 % der Fälle, die an unsere Beratungsstelle herangetragen werden, betreffen den Beratungsschwerpunkt sexualisierte Gewalt.

Die Anzahl der betroffenen Jungen ist hierbei in der Minderheit. Meist handelt es sich um Jungen, die jünger als 10 Jahre sind. Sie kommen nicht von sich aus, sondern werden von Eltern(teilen) oder durch Vermittlung von Fachkräften aus der stationären Jugendhilfe bei uns vorgestellt.

Ziel unserer Arbeit ist es, den Schutz von Kindern sicher zu stellen. Dies bedeutet, Familiensysteme durch Beratung, aber auch durch Vermittlung von Hilfen im Ju-

gendhilfesystem zu stärken. Zudem wissen wir, dass eine effektive Hilfe oft nur in Kooperation von Jugendhilfe, Justiz und therapeutischen Angeboten gelingen kann.

Wir selbst bieten Beratung in einer ersten Krisensituation an und begleiten im Einzelfall Eltern oder Kinder bis sich die Lebenssituation stabilisiert hat. Wir halten kein Therapieangebot vor sondern verweisen bei Bedarf an niedergelassene Kolleginnen und Kollegen.

Um die Kooperation in Fällen von Gewalt gegen Kinder zu fördern und zu verbessern, koordiniert der Gießener Kinderschutzbund einen interdisziplinären Arbeitskreis, an dem Fachkräfte aus den Arbeitsfeldern Jugendhilfe, Justiz und Gesundheitswesen teilnehmen.

9.2. Sexualisierte Gewalt gegen Jungen

Die Thematisierung von Gewalt gegen Kinder und Jugendliche in der Öffentlichkeit und den Medien unterliegt eigenen Gesetzmäßigkeiten. So werden bestimmte Gewaltformen zu unterschiedlichen Zeiten skandalisiert. Zu Beginn der 90er Jahre war es die sexualisierte Gewalt gegen Mädchen. Als Gegenbewegung darauf erfolgte die Verleugnung und Bagatellisierung durch Gruppen wie „Missbrauch mit dem Missbrauch“ oder „Schuldig auf Verdacht“. Es handelt sich um bundesweit existierende Interessengruppen, die i.d. 90er Jahren entstanden und teilweise auch wieder verschwunden sind.

Die vernachlässigten und zu Tode gekommenen Kinder Jessica (2005, Hamburg) und Kevin (2006, Bremen) führten zu einer Diskussion um Vernachlässigung und körperliche Gewalt sowie eine kritische Bewertung eines nicht abgestimmten Vorgehens in der Jugendhilfe. Dies führte zum Bundeskinderschutzgesetz, das erst im Januar 2012 in Kraft trat.

Anfang 2010 schockierten Berichte von sexuellen Übergriffen in Schulen, Heimen und Internaten die Öffentlichkeit. Diese Berichte bezogen sich zuerst auf Taten aus den 80er und 90er Jahren, führten aber auch zu einem Blick auf die aktuelle Situation in sozialen und kirchlichen Einrichtungen. Von den bekannt gewordenen Fällen waren in der Mehrzahl Jungen betroffen, was so aber nicht deutlich benannt wurde.

Nachdem das Thema des Kindesmissbrauchs erneut in den Fokus des öffentlichen Interesses gerückt war, wurde im März 2010 der Runde Tisch „Sexueller Kindesmissbrauch in Abhängigkeits- und Machtverhältnissen in privaten und öffentlichen Einrichtungen und im familiären Bereich“ ins Leben gerufen. Den Vorsitz führten drei Bundesministerinnen: Sabine Leutheusser-Schnarrenberger (Justiz), Dr. Kristina Schröder (Familie, Senioren, Frauen und Jugend) sowie Prof. Dr. Annette Schavan (Bildung und Forschung). Als unabhängige Beauftragte zur Aufarbeitung des sexuellen Kindesmissbrauchs wurde Dr. Christine Bergmann berufen. Auch im Abschluss-

bericht des Runden Tisches aus dem Jahr 2012 wird durchgängig von Kindern und Jugendlichen und nicht ausdrücklich von Jungen als Opfer geredet. Junge sein und Opfer sein scheint nach wie vor im Rollenverständnis nicht zu passen.

Warum fällt es Männern wie auch Frauen so schwer, Jungen als Opfer sexualisierter Gewalt zu verbalisieren?

Was wäre anders gewesen, wenn es in den untersuchten Fällen mehrheitlich um weibliche Opfer gegangen wäre? Es ist anzunehmen, dass Mädchen deutlicher benannt worden wären.

Es gibt verschiedene Überlegungen dazu, warum Jungen als Opfer „unsichtbar“ bleiben:

Betroffene Jungen kommen nicht von alleine in die Beratungsstellen. Sie sind damit in der klassischen Beratungspraxis mit dem Thema nicht präsent. Man findet sie ‚draußen‘ auf den Straßen und in Jugendzentren. Sie benötigen einen besonderen Zugang zum Thema.

In Peergruppen ist der Ausspruch „du Opfer“ eine übliche Beschimpfung. Opfer sein ist unmännlich und uncool.

Der Missbrauch ist oft mit einer sexuellen Stimulation verbunden. Das kann zu einer emotionalen Verwirrung des Jungen führen, bei der er in Frage stellt, ob er das nicht doch selbst gewollt habe.

Häufig trifft man in der Fachöffentlichkeit noch auf eine enge Verknüpfung von Opfer sein und Täter werden. Das kann möglicherweise eine Angst vor Öffnung zur Folge haben.

Es gibt keine Erfahrungen und keine kulturelle Tradition, sich um verletzte Jungen zu kümmern.

Der „Runde Tisch“ in Berlin hat einiges angestoßen, aber es fehlt nach wie vor die öffentliche Auseinandersetzung damit, Jungen als Opfer zu sehen sowie die Schaffung von Hilfs- und Beratungsangeboten für Jungen als Opfer sexualisierter Gewalt zu initiieren. In Deutschland ist die Anzahl der Beratungsstellen mit einem spezialisierten Angebot für Jungen überschaubar.

In der Rückschau der Beratungsarbeit im Gießener Kinderschutzbund der letzten Jahre fällt auf, dass bei vielen Jungen die wegen Anzeichen für sexuelle Gewalterfahrungen vorgestellt wurden, keine eindeutige Klärung der Vorkommnisse stattfinden konnte. Es stellt sich die Frage, ob es nicht möglich war,

weil sich die Jungen weiterhin in einer ungeschützten Lebenssituation befunden haben, also in irgendeiner Form Kontakt zum Misshandler bestand, oder weil es so schambesetzt war, dass es den Jungen nicht möglich war, sich als Opfer zu identifizieren oder weil wir als weibliche Beraterinnen keinen Zugang gefunden haben. Anhand von zwei Beispielen bei denen die ‚Opfersituation‘ geklärt werden konnte, soll im Folgenden die Arbeitsweise der Beratungsstelle dargestellt werden:

9.2.1. Beispiel 1

Eltern, die ihre Kinderärztin auf ihr Problem ansprachen, wurden an unsere Beratungsstelle verwiesen.

Sie kamen zum Erstgespräch und berichteten, dass ihre 7-jährige Tochter Anna im Zusammenhang mit einem Familienstreit berichtet habe, die älteste Tochter Celine (12) habe sexuelle Handlungen an ihr und dem älteren Bruder Johannes (9) vorgenommen. Es gibt noch zwei weitere jüngere Geschwister in der Familie. Die älteste Tochter habe dies unter Tränen zugegeben.

In der Folge, wurden Celine alleine sowie Anna und Johannes einzeln und gemeinsam von verschiedenen Therapeutinnen in mehreren Terminen beraten. Die Eltern bekamen ebenfalls – in größeren Abständen - Termine mit beiden Beraterinnen. Im Rahmen der Beratung stellte sich heraus, dass Celine selbst Missbrauchserfahrungen hatte, und zwar durch den Sohn des Partners der Großmutter mütterlicherseits. Auch die Mutter selbst wurde als Kind vom Partner ihrer Mutter – also von ihrem Stiefvater – missbraucht.

Nach der Offenlegung der sexuellen Übergriffe brachen die Eltern den Kontakt zur Familie der Mutter ab. Diese wertete die Offenlegung als Verleumdung. Zur Herkunftsfamilie des Vaters bestand seit längerem kein Kontakt.

Die Tragik im Umgang mit dem Rechtssystem wurde deutlich, nachdem die Mutter sich endlich zur Strafanzeige entschließen konnte. Die Anzeige ihres eigenen Missbrauchs wurde nicht weiter verfolgt, da die Übergriffe verjährt waren. Zudem waren die Übergriffe auf die Tochter strafrechtlich nicht relevant, da der Junge zum Tatzeitpunkt noch nicht strafmündig war. Beide Opfer erfuhren deshalb keine juristische Anerkennung des an ihnen begangenen Unrechts.

Johannes ist ein kognitiv und emotional gut entwickeltes Kind. Er kann gut auf Beziehungsangebote eingehen und klar seine Wünsche und Gefühle artikulieren. Sein zentrales Thema in der Beratung war seine große Beschämung über das, was er an sexuellen Handlungen bei seiner Schwester Celine tun musste. Die sexuellen Übergriffe hatten eine große Verunsicherung und seinen Rückzug zur Folge. Dieser Rückzug fand sowohl innerhalb als auch außerhalb der Familie statt. In der Auseinandersetzung mit dem Thema malte Johannes seine Scham großflächig in roten und schwarzen Farben. Im weiteren Prozess konnte er die Scham als „Klette“ begreifen, die zwar an ihm haftete, aber ursprünglich zu seiner älteren Schwester gehörte. Er beschloss, die Scham in Gestalt eines Bildes zu verbrennen, damit die Scham ihren Platz im „Klettenhimmel“ finden könne. Danach konnte Johannes formulieren, was er im Umgang mit seiner Schwester nicht will und was er benötigt, um sich sicher und geschützt zu fühlen. Er hat mit seiner kleinen Schwester konkrete Vorschläge erarbeitet, wie er sich den Umgang mit seiner älteren Schwester vorstellt.

Bemerkenswert ist, dass er ohne die Aussage seiner Schwester Anna den Eltern gegenüber diese Übergriffe deutlich länger ausgehalten hätte oder sie vielleicht auch nie zur Sprache gebracht hätte. Er hätte sich nicht getraut, diese den Eltern gegenüber öffentlich zu machen.

Nach den getrennten Beratungen, gab es ein gemeinsames Gespräch der Kleinen mit Celine, wo sie ihre Erwartungen und Forderungen an die große Schwester formulieren konnten. Celine hat dies anerkannt, versprach es nie wieder zu tun und übernahm die Verantwortung für ihr Handeln. Sicherungssysteme wurden mit allen Beteiligten (auch den Eltern) besprochen.

Gemeinsam mit den Eltern wurde Kontakt zur Jugendhilfe aufgenommen mit dem Ziel der Unterstützung der Familie durch ambulante Familienhilfe.

Ein Jahr später kam es zu einer Paarkrise, woraufhin das Paar sich erneut Beratung holte und eine Paartherapie begann. Es wurde ein weiteres Kind geboren.

Es folgte das Bestreben von Celine zu Hause auszuziehen. Es mussten Widerstände überwunden werden, damit Eltern und Tochter hierüber reden konnten. Als die Eltern ihre Bereitschaft zur Erlaubnis zeigten, entschied sich Celine doch zu Hause zu bleiben. Zu dem Zeitpunkt war Johannes erneut Opfer von drei Jungen aus seiner Klasse geworden, die ihn gemobbt hatten.

Es war uns nicht gelungen, die Mutter zu motivieren, selbst eine Therapie zu machen. Ihr nicht bearbeiteter Missbrauch hat einen ganz zentralen Stellenwert für die Familiendynamik. Den Kindern durfte es nicht gut gehen, sie wurden später immer wieder Therapeuten vorgestellt. So verlagerte die Mutter die Verarbeitung des eigenen Missbrauchs von sich weg auf ihre Kinder. Sie selbst reagierte mit psychosomatischen Symptomen – erkrankte zwischenzeitlich an einer Kehlkopfentzündung und konnte nicht mehr sprechen.

Es fällt auf, dass vor allem Jungen, die Opfer sexualisierter Gewalt geworden sind, auch in ihrem weiteren sozialen Umfeld Gewalt erleiden und in ihrer Opferrolle gefangen bleiben, so z. B. als Mobbingopfer in der Schule.

So ist es gut nachvollziehbar, dass ein Junge mit der Erfahrung von emotionaler Unterversorgung und fragilem Selbstbewusstsein im außerfamiliären Kontakt jede Form von Zuneigung und Anerkennung annimmt und so zu einem 'idealen' Opfer werden kann.

9.2.2. Beispiel 2

Im zweiten Beispiel geht es um den 6-jährigen Jungen Michael. Er hat eine kognitive Einschränkung und besucht eine Schule für Lernhilfe.

Die Mutter nahm in großer Sorge um ihren Sohn Kontakt zur Beratungsstelle auf. Ein Jahr zuvor hatten die Eltern sich wegen ihres älteren Sohnes Kevin beraten lassen,

da sie vermuteten, dass Kevin einen sexuellen Übergriff auf Michael gemacht habe. Da zu dem Zeitpunkt anstand, dass Kevin in der Kinder- und Jugendpsychiatrie vorgestellt wird, wurden weitere Beratungen auf die Zeit danach verschoben.

Aktueller Anlass war nun, dass Michael nach einem Wochenende bei der Oma starke Schmerzen und Blutergüsse im Po-Bereich hatte. Er weinte, konnte nicht schlafen, wollte der Mutter aber nicht berichten, was ihm passiert war.

Die Oma hat einen Lebensgefährten mit einem 13-jährigen Sohn Maximilian, der an Besuchswochenenden auch dort lebt.

Michael sagte der Mutter, dass er nie wieder zur Oma gehen würde, wenn Maximilian auch dort sei. Kevin, der auch an dem Wochenende bei der Oma übernachtet hatte, bestritt energisch, „irgendwie“ beteiligt gewesen zu sein.

Das erste gemeinsame Gespräch fand mit den Eltern, Michael und auch Kevin statt. Michael konnte über die Vorkommnisse bei der Oma nicht reden und nahm das Angebot zu malen an.

Michael malte zuerst Maximilian als riesige, bedrohlich aussehende Krake, die sich zu einem Monster weiterentwickelte. Anschließend malte er die Schlafsituation. Die Erwachsenen hatten berichtet, dass es für die Jungen zwei Betten gegeben hatte. Alle drei Jungen hatten in einem Zimmer übernachtet. Maximilian mit Michael zusammen in einem Bett, Kevin im Gästebett. Michael malte zuerst sehr detailreich das Zimmer, dann alle drei Jungen in einem Bett liegend.

Daraufhin empörte sich Kevin darüber und Michael malte ihn dann zusätzlich in das Gästebett, ließ ihn aber im Bild auch im anderen Bett liegen.

Als die Therapeutin ihn auf die Erzählung der Mutter anspricht, dass es ihm an dem Abend sehr schlecht gegangen und sein Po entzündet gewesen sei, bestreitet er dies mit: „Das stimmt nicht, die lügt!“ Danach wollte er nicht weiter reden und war sehr deutlich in seiner Ablehnung.

Ich bat Kevin um Unterstützung. Der beschrieb, dass er gesehen habe, dass Maximilian seinen Penis in den Po von Michael gesteckt habe. Da ergänzte Michael und sagte: „Und ich habe nein, nein, nein gesagt, bis zum Platzen.“

Kevin sagte er habe nicht gewusst, was er machen solle, und habe sich einfach schlafen gelegt. Am nächsten Morgen habe er das der Oma erzählt.

Die Eltern haben Strafanzeige gestellt und in der Vernehmung hat Maximilian den Übergriff bestätigt.

In der weiteren Einzelarbeit mit Michael war es unmöglich zum Thema Übergriffe, aber auch zu Familienbeziehungen zu arbeiten. Er konnte nicht in Beziehung zur Therapeutin bleiben. Er antwortet selten auf die persönliche Ansprache oder Fragen und konnte sich schlecht auf ein Spielangebot konzentrieren. Allerdings beschäftigte er sich länger mit Barbiepuppen, wobei die Frauenpuppe schlecht behandelt wurde. Im seinem Spiel dominierten Themen wie Unfälle und Katastrophen.

Parallel zu den Einzelsitzungen mit Michael kamen die Eltern zu einer anderen Therapeuten in Beratung. Zudem gab es Abstimmungen im Helfersystem mit dem Jugendamt und einer anderen Beratungsstellen, bei denen der übergriffige Junge angemeldet ist.

Auch der Umstand, dass der Misshandler den Missbrauch zugegeben hat, ermöglichte es Michael nicht, über den erlebten Missbrauch zu reden. Es besteht kein Kontakt zwischen Maximilian und ihm. Dieser wird in eine spezielle stationäre Jugendhilfeeinrichtung für jugendliche Täter wechseln.

Es stellt sich die Frage, ob Michael das Reden unmöglich ist, weil er Opfer von weiteren Übergriffen im familiären Umfeld war oder ist. Diesbezüglich konnte keine Klärung erfolgen.

9.3. Schlussfolgerung

Zwar haben aktuelle Ereignisse auf Jungen als Opfer sexualisierter Gewalt aufmerksam gemacht, dies führte aber nicht zu einer konsequenten Aufarbeitung der Problematik und ist in vielen Aspekten nach wie vor ein unerforschter Bereich.

Es wäre wünschenswert, dass in verschiedenen fachlichen Bereichen hierüber eine Diskussion geführt wird. Klinische Forschung und soziologische Untersuchungen wären notwendig, um für das Hilfesystem Antworten unter anderem auf folgende Fragen zu erhalten:

- Welche spezifischen Beratungs- und Unterstützungsangebote benötigen Jungen, die sexuellen Missbrauch erlebt haben?
- Welche Schädigung tritt in Abhängigkeit vom Geschlecht des Täters/der Täterin auf?
- Wie können Fachkräfte in der Jugendhilfe so sensibilisiert werden, bei Verhaltensauffälligkeiten eines Jungen die Möglichkeit von sexuellen Übergriffen in Betracht zu ziehen, auch wenn der Junge sie als Folge anderer Gewalt präsentiert?
- Welche geschlechtsspezifischen Präventionsangebote könnten für Jungen hilfreich sein?

10. Hausangestellte von Diplomaten als Opfer sexueller Gewalt

Behshid Najafi,
Hannah Fahtima Farhan

Bei Hausangestellten von Diplomaten in Deutschland handelt es sich um Personal, welches aus dem Herkunftsland des Regierungsmitarbeiters oder auch aus Drittstaaten stammt, aus denen häufig Haushaltspersonal angestellt wird. Sie erledigen eine Vielzahl von Haushalts- und Pflegearbeiten wie Kochen, Putzen, Einkaufen und die Betreuung von Kindern sowie älteren Familienmitgliedern.

Diese Angestellten sind zum größten Teil Frauen¹ und leben als Migrantinnen überall auf der Welt und in Deutschland. Um die Situation dieser Hausangestellten besser zu beleuchten, müssen wir uns daher mit dem Thema der Frauenmigration auseinandersetzen.

10.1. Frauenmigration

Der Begriff Frauenmigration ist ein Oberbegriff für ein sehr vielschichtiges Phänomen und ergänzt Migration um eine frauenspezifische Dimension. Frauen migrieren oder flüchten aus wirtschaftlichen, sozialen, politischen, gesellschaftlichen, familiären und/oder persönlichen Gründen und sind auf der Suche nach einer Verbesserung ihrer Lebenssituation.

Die Hintergründe und die individuellen Entscheidungen von Frauen, ihr Land zu verlassen, sind ebenso verschieden wie die Bedingungen der Migration und die Situation im Aufnahmeland. Frauen migrieren freiwillig oder aus Notlagen heraus bzw. unter

¹Die International Labour Organisation beziffert den Anteil von Frauen an der Gesamtzahl von Hausangestellten auf 83% von insgesamt mehr als 52 Millionen weltweit (ILO 2013).

Zwang. Die Grenzen zwischen freiwilliger und unfreiwilliger Migration sind fließend, dementsprechend sind die Formen von Frauenmigration nicht immer klar von erzwungenen Lebens- und Arbeitsverhältnissen, wie Frauenhandel, abzugrenzen.

Ein Grund für Migrations- und Fluchtbewegungen, von Frauen und Männern, sind Menschenrechtsverletzungen, worunter wir unter anderem Hunger, mangelnde medizinische Versorgung, mangelnde Schulbildung, Krieg und Bürgerkrieg zählen. Frauen sind jedoch zusätzlich spezifischen Menschenrechtsverletzungen ausgesetzt, weil sie einem patriarchalischen Normensystem ausgesetzt sind. Diese Normen gelten fast ausschließlich für Frauen und sind eng mit dem Körper und der Sexualität von Frauen verbunden. Sie verletzen die Selbstbestimmungsrechte von Frauen schwerwiegend; zu diesen gehören erzwungene Jungfräulichkeit, Kleidervorschriften, wie Zwangsverschleierung und -entschleierung, Zwangsheterosexualität, Zwangsabtreibung, Zwangssterilisation, Zwangsverheiratung, Zwangsprostitution, Vergewaltigung, Genitalbeschneidung, Steinigung, Witwenverbrennung und mehr. Diese Menschenrechtsverletzungen, die häufig in Zusammenhang mit patriarchalischen Normen in den Herkunftsländern stehen, werden zusätzlich durch die wirtschaftliche Misere der Frauen und die politische Situation in den jeweiligen Ländern verstärkt.

In vielen Ländern ist der erschwerte Zugang zu Bildung und zum Arbeitsmarkt ein Grund, warum Frauen ihre Herkunftsorte verlassen. Zugleich tragen Frauen aber häufig die alleinige Verantwortung für das ökonomische Überleben ihrer Familien und Kinder. Nicht selten erwarten die zurückgelassenen Familien große finanzielle Unterstützung von der Tochter, Schwester, Mutter oder Tante, die sich ins Ausland begeben haben, um Geld zu verdienen. Neben ökonomischen Ursachen spielen vor allem Schwierigkeiten in der Familie, Gewalterfahrungen, der Wunsch nach Selbstbestimmung und Liebe sowie ein paradiesisches Bild vom reichen Ausland eine große Rolle bei der Entscheidung zur Migration von Frauen. Sie verlassen daher ihr Herkunftsland in der Hoffnung auf eine bessere Zukunftsperspektive für sich und ihre Familien.

In der weltweiten Mobilität spielen Frauen eine immer größere Rolle. Es wird in diesem Zusammenhang von der Feminisierung der Migration gesprochen.² Die Arbeitsmigration befindet sich in einem Prozess der Veränderungen, in dem Frauen und Mädchen immer stärker an der nationalen und internationalen Arbeitsmigration beteiligt sind. Sie sind überwiegend in der Landwirtschaft, in der Gastronomie, im Unterhaltungssektor und im Haushalt tätig. Auf Grund von patriarchalischen Strukturen des internationalen Arbeitsmarktes bekommen Frauen nur in diesen spezifischen Bereichen eine Chance zu arbeiten. Dennoch befinden sich speziell Frauen im Migrationsprozess in potenziell prekären, unsicheren Verhältnissen, in denen sie leicht Ausbeutung und Gewalt ausgesetzt werden können.

²Nach einem Bericht der UN Population Division beträgt der Anteil der Frauen an der internationalen Migration 48%. Seit 1990 ist diese Zahl mit Ausnahme der Kontinente Afrika und Asien gestiegen (UN 2013).

Eine besondere Gruppe unter diesen Arbeitsmigrantinnen sind Hausangestellte, die auf Grund eines privaten und informellen Arbeitsverhältnisses sowie diskriminierenden Aufenthaltsbestimmungen im besonderen Maße von Ausbeutung und Gewalt bedroht sind.

10.2. Haushaltsangestellte in Deutschland

Nach Deutschland migrierte Frauen finden sich häufig in ungewohnten und problematischen Situationen wieder. In der Regel reisen sie als Touristin, Studentin, Heiratsmigrantin oder Flüchtlingsfrau an. Ihr Aufenthaltsstatus ist jedoch gefährdet, wenn das Touristenvisum abgelaufen ist, das Studium vorzeitig abgebrochen wird, es zu einer Trennung der Lebensgemeinschaft vor Ablauf der dreijährigen Ehebestandsfrist³ kommt bzw. das Asylverfahren erfolglos endet und eine Rückkehr auf Grund der Gefährdung im Herkunftsland nicht möglich ist. Wenn diese Frauen mit prekärem Aufenthaltsstatus sich entscheiden, weiterhin in Deutschland zu leben, dann gibt es für die Sicherung ihres Lebensunterhalts neben Beschäftigungen in der Gastronomie und der Prostitution nur noch die Arbeit in Privathaushalten.

Eine andere Gruppe, die in privaten Haushalten tätig ist, setzt sich aus den Frauen zusammen, die zwar einen regulären Aufenthaltsstatus besitzen, aber auf Grund anderer Barrieren dazu gezwungen sind. Es sind Frauen mit mangelnden Deutschkenntnissen, mit fehlender schulischer und beruflicher Ausbildung oder mit nicht anerkannten, im Ausland erworbenen Abschlüssen; sie haben kaum Zugang zu anderen Bereichen des Arbeitsmarktes.

Aus diesen Gründen arbeiten immer mehr Frauen aus Afrika, Asien, Lateinamerika und Osteuropa als Pflegekräfte sowie Putz- und Haushaltshilfen in Deutschland. Nach Angaben der ILO-Berlin beschäftigen laut Schätzungen des Deutschen Gewerkschaftsbunds DGB 2,6 Millionen Haushalte in Deutschland regelmäßig Hausangestellte – 90 Prozent auf irregulärer Basis, das heißt ohne Arbeitsvertrag, ohne Anmeldung, ohne Sozialversicherung und Steuerabgaben (ILO-Berlin 2013). Auf Grund der Irregularität und der Informalität dieser Arbeitsverhältnisse liegen keine Zahlen zum Anteil der Migrantinnen an den privaten Hausangestellten in Deutschland vor.

Haushaltsarbeiten zählen zu den gesellschaftlich abgewerteten, schlecht bezahlten Möglichkeiten der Beschäftigung für Migrantinnen. Zwar schaffen diese Arbeitsverhältnisse neue Verdienstmöglichkeiten für Frauen, zugleich bergen diese teils extreme Arbeitsbedingungen in sich, innerhalb dessen Frauen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen konfrontiert werden sowie dem Risiko, ökonomisch und sexuell aus-

³Nach §31 Aufenthaltsgesetz kann der ausländische Ehegatte im Fall der Aufhebung der Ehe ein eigenständiges Aufenthaltsrecht erhalten, wenn die eheliche Lebensgemeinschaft seit mindestens 3 Jahren rechtmäßig im deutschen Bundesgebiet bestanden hat.

gebeutet, rassistisch diskriminiert und somit Menschenrechtsverletzungen ausgesetzt zu werden.

Zusätzlich existiert eine weitere Gruppe von Hausangestellten in Deutschland: Migrierte Hausangestellte. Diese sind Frauen, die mit ihren Arbeitgebern aus dem Ausland einreisen und für sie tätig sind. Sie leben mit ihren Arbeitgebern in einem gemeinsamen Haushalt und ihr Aufenthaltsstatus ist an das Arbeitsverhältnis mit der Familie gebunden, mit der sie eingereist sind. Ihre Situation wird vor allem beeinträchtigt durch die erschwerten Einreise- und Aufenthaltsbestimmungen in Deutschland sowie durch Isolation und Mangel an sozialen Auffangmechanismen und Informationen in ihrer neuen Arbeits- und Lebenssituation.

Migrierte Hausangestellte leben oftmals gemeinsam mit ihren Arbeitgebern in einem Haushalt. Dieser Umstand lässt Raum für eine Vielzahl von Ausbeutungsmechanismen. Der Mangel an räumlicher Distanz ermöglicht den ständigen Zugriff bzw. Verfügbarkeit von Hausangestellten. Geregelter Arbeits- und Ruhezeiten werden dabei nicht selten außer Acht gelassen. Diese Form der Wohnverhältnisse erschwert den Hausangestellten zudem die Möglichkeit, soziale Kontakte zu anderen – außerhalb des Familienverbandes – aufzunehmen. Dies führt nicht nur zu Isolation und psychischen Instabilität der Frauen, sondern stellt eine enorme Hürde dar, wenn Frauen sich im Fall von gewalttätigen und sexuellen Übergriffen durch den Arbeitgeber zur Wehr setzen wollen. Erfahren die Hausangestellten Gewalt oder sexuelle Übergriffe, haben sie zwar die Möglichkeit, diese zur Anzeige zu bringen, jedoch wird ihnen das Ausbrechen aus dieser Situation massiv erschwert. Eines der gängigen Praktiken, die wir in der Beratung erfahren haben, ist das Einbehalten des Passes durch die Arbeitgeber. Einige Hausangestellte, denen die Flucht gelang und dabei ihre Ausweisdokumente mitnahmen, wurden im Nachhinein von ihren ehemaligen Arbeitgebern des Diebstahls beschuldigt, da sie ihren eigenen Pass aus dem „Besitz“ des Arbeitgebers genommen hätten.

Fehlende soziale Kontakte beschränken zudem den Zugang zu Informationen und zu Interessensverbänden bzw. zu Beratungs- und Hilfseinrichtungen, in denen Frauen ein Austausch über ihre Rechte und arbeitsrechtliche Bedingungen ermöglicht wird. Dies begünstigt auch die ökonomische Ausbeutung der Frauen, deren Bezahlung auf Grund der freien Kost und Logis an ihrem Wohn- und Arbeitsplatz zu Gunsten des Arbeitgebers ausgelegt und somit geringer oder gar nicht erfolgt. Oftmals werden vorher festgelegte Arbeitsbedingungen nicht eingehalten, ohne dass die Möglichkeit für die Hausangestellten bestünde, ursprünglich besprochene Bedingungen einzufordern; zum Teil arbeiten die Frauen unter Bedingungen, die nicht annähernd den deutschen Mindeststandards entsprechen.

Die speziellen Aufenthaltsbestimmungen von migrierten Hausangestellten erschwert zusätzlich die Situation dieser Frauen, da die Flucht aus diesem Arbeitsverhältnis dazu führt, dass sie auch ihren Aufenthaltsstatus verlieren. Somit droht ihnen mit der

Beendigung des Arbeitsverhältnisses zwangsläufig die Ausweisung aus Deutschland oder ein illegalisiertes Leben.

Dies hat wiederum zur Folge, dass den Frauen bei einer Rückkehr in ihr Herkunftsland oftmals eine Verschlechterung ihrer Situation droht. Sie erleben nicht selten Zurückweisung und Verurteilung durch ihre Familien und die Gesellschaft, die das Ausbrechen aus einem vermeintlich lukrativen Arbeitsverhältnis im Ausland als mangelnde Arbeitsbereitschaft oder als Folge eines Fehlverhaltens der Frau deuten. Auch die finanzielle Notsituation der Frauen, der sie durch ihre Migration entfliehen wollten, wird auf Grund von Gebühren, die sie oft vor ihrer Ausreise an private Vermittleragenturen in ihrem Herkunftsland zahlen mussten, unter Umständen verschlimmert. Zudem riskieren die Frauen mit dem Ende ihres Arbeitsverhältnisses, dass das Auskommen ihrer Familien nicht länger gesichert ist.

10.3. Hausangestellte von Diplomaten in Deutschland

Während die Lebens- und Arbeitssituation von migrierten Hausangestellten in Deutschland bereits in höchstem Maße prekär und von Ausbeutung, Gewalt und Diskriminierung geprägt ist, leben in Deutschland Frauen, die vollkommen aus dem bestehenden rechtlichen Rahmen ausgeschlossen und gänzlich auf das Verhalten und das Wohlwollen ihrer Arbeitgeber angewiesen sind: Hausangestellte von Diplomaten in Deutschland.

Hausangestellte von Diplomaten leben nicht nur unter dem Mangel an Schutz- und Unterstützungsmechanismen, sondern haben zusätzlich keinerlei Möglichkeit, rechtliche Schritte gegen ihre Arbeitgeber einzuleiten. Auf Grund des Wiener Übereinkommens von 1961 über diplomatische Beziehungen genießen diplomatische Vertreter in Deutschland Immunität. Laut §18 des Gerichtsverfassungsgesetzes sind sowohl Diplomaten, ihre Familienmitglieder wie auch ihre privaten Hausangestellten von der deutschen Gerichtsbarkeit ausgeschlossen.⁴ Die Hausangestellten können sich also weder bei gewalttätigen oder sexuellen Übergriffen durch Diplomaten und ihren Familienangehörigen noch bei nicht gezahlten Löhnen oder anderen Formen der Ausbeutung strafrechtlich wehren. Offiziell ist der Entsendestaat des Diplomaten dazu verpflichtet, seine diplomatischen Vertreter in solchen Fällen zur Rechenschaft zu ziehen, jedoch zeigt die Praxis, dass die gerichtliche Verfolgung der Regierungsvertreter im eigenen Land wenig Erfolg hat.

⁴ „Die Mitglieder der im Geltungsbereich dieses Gesetzes errichteten diplomatischen Missionen, ihre Familienmitglieder und ihre privaten Hausangestellten sind nach Maßgabe des Wiener Übereinkommens über diplomatische Beziehungen vom 18. April 1961 (Bundesgesetzbl. 1964 II S. 957 ff.) von der deutschen Gerichtsbarkeit befreit.“

Nach einer Kleinen Anfrage⁵ von Bundestagsabgeordneten der SPD-Fraktion vom Juli 2012 waren derzeit 226 private Hausangestellte beim Auswärtigen Amt angemeldet. Davon waren 75% weibliche Angestellte, sie kommen aus insgesamt 58 Ländern, davon die meisten (80%) von den Philippinen. Sie können in der Regel als Hausangestellte von Diplomaten und ihren Familien nach Deutschland einreisen, um für sie im Privathaushalt tätig zu werden. Nachdem sie von der deutschen Auslandsvertretung im Herkunftsland ein Visum erteilt bekommen, erhalten sie in Deutschland einen sogenannten Protokollausweis. Dieser Ausweis ersetzt einen Aufenthaltstitel nach dem deutschen Aufenthaltsgesetz. Er wird für ein Jahr ausgestellt und wird jährlich, jedoch höchstens für fünf Jahre, verlängert und ist an das Arbeitsverhältnis mit dem Diplomaten gebunden, von dem sie beim Auswärtigen Amt – nicht bei der lokalen Ausländerbehörde – angemeldet wurden. Wie bei migrierten Hausangestellten von Nichtregierungsmitarbeitern birgt diese Form der Aufenthaltserlaubnis große Risiken für die Frauen.

Dem Auswärtigen Amt sind nach Angaben der Bundesregierung zwischen 2008 und 2011 insgesamt 22 Fälle von Missbrauch gegen private Hausangestellte bekannt, in keinem Fall wurde der betreffende ausländische Regierungsvertreter als „Personanongrata“ erklärt, das heißt aus dem diplomatischen Dienst in Deutschland entlassen, oder die Immunität des Diplomaten aufgehoben (Kleine Anfrage 2012). Die Nichtregierungsorganisation Ban Ying e.V. mit Sitz in Berlin schätzt, dass jährlich 5 bis 10 neue Fälle der Ausbeutung von Hausangestellten durch Diplomaten auftreten.⁶ Hier wird deutlich, dass die diplomatischen Beziehungen Deutschlands Vorrang vor teils schwerwiegenden Menschenrechtsverletzungen haben.

Zusätzlich sind die Diplomaten nach einer Rundnote vom Auswärtigen Amt aus dem Jahr 2007 dazu verpflichtet, ihren privaten Hausangestellten freie Kost und Logis bereitzustellen und die Frauen in ihrem eigenen Haushalt unterzubringen, „wenn möglich, in einem eigenen Raum“(!). Die Hausangestellten sind also gezwungen mit ihren Arbeitgebern gemeinsam zu leben und sind somit einer Vielzahl von Risiken der ökonomischen und sexuellen Ausbeutung ausgesetzt.

Die Abhängigkeit der Frauen von ihrem Arbeitgeber wird ähnlich wie bei migrierten Hausangestellten dadurch gefördert, dass ihr Aufenthalt in Deutschland an das Arbeitsverhältnis gebunden ist; unabhängig davon, aus welchen Gründen das Verhältnis endet. Der entscheidende Unterschied zwischen migrierten Hausangestellten und den Angestellten von Diplomaten ist jedoch, dass letztere auf Grund der Immunität ihrer Arbeitgeber keine Möglichkeiten haben, gegen Gewalttaten und Ausbeutung anzu-

⁵Am 12.07.2012 hat die deutsche Bundesregierung eine Kleine Anfrage der Abgeordneten Josip Juratovic, Anette Kramme, Anton Schaaf, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der SPD im deutschen Bundestag beantwortet zum Thema „Rechte von Hausangestellten in Diplomatenhaushalten“.

⁶Für mehr Informationen, siehe Website von Ban Ying e.V.: <http://www.ban-ying.de/hausangestellte-von-diplomatinnen>.

gehen, weil die Rechtsstaatlichkeit für diese Frauen nicht gilt. Hier wird somit die ausgesprochene rechtliche Ungleichheit zwischen Diplomat und seinen Hausangestellten deutlich: Immunität versus rechtliche Schutzlosigkeit.

In welchen prekären Situationen sich Hausangestellte von Diplomaten in Deutschland befinden, wollen wir anhand des folgenden Fallbeispiels aus unserer Beratungspraxis bei agisra e.V. aufzeigen.

10.4. Der Fall Frau Elena N.⁷

agisra e.V. ist eine Informations- und Beratungsstelle für Migrantinnen und Flüchtlingsfrauen.⁸ Seit 1993 unterstützen wir Frauen in schwierigen Lebenssituationen. agisra e.V. unterstützt eine Frau von den Philippinen, die als Hausangestellte einer Familie aus Katar und eines Diplomaten aus den Vereinigten Arabischen Emiraten in Deutschland Demütigung, Misshandlungen und Vergewaltigung erlebt hat.

Frau Elena N. kommt von den Philippinen und hielt sich bereits in Deutschland auf, als sie zu agisra e.V. kam, um Unterstützung zu suchen. In ihrem Herkunftsland ist sie verheiratet und Mutter zweier Kinder. Sie kam gemeinsam mit einer Familie aus Katar als Hausangestellte nach Deutschland, für die sie bereits ein Jahr tätig war. Bereits in Katar erlebte Frau Elena N. Ausbeutung und Misshandlungen durch ihre Arbeitgeber, die den vereinbarten Lohn kürzten sowie die versprochenen Arbeitsbedingungen nicht einhielten. Frau Elena N. lebte bei ihren Arbeitgebern und war gezwungen, für drei Familien mit insgesamt 15 Erwachsenen sowie ihren Kindern gleichzeitig und alleine tätig zu sein. Sie litt nicht nur an der zu hohen Arbeitsbelastung – ihr wurde täglich eine Ruhezeit von nur 4 Stunden gewährt – sondern auch an der unmenschlichen und erniedrigenden Behandlung durch ihre Arbeitgeber, die sie wiederholt schlugen und ihr lediglich Reste ihrer Mahlzeit zu essen gaben. Als Frau Elena N. den Arbeitsauftrag auflösen wollte, wurde ihr dies mit dem Hinweis verweigert, dass sie noch Schulden an ihre philippinische Vermittleragentur abzarbeiten hätte.

Einige Monate später kam Frau Elena N. schließlich mit ihrem Arbeitgeber nach Deutschland, der wegen einer medizinischen Behandlung nach Deutschland gereist ist. Auch hier litt Frau Elena N. an unwürdigen Arbeitsbedingungen; ihr wurde jeglicher Kontakt zu anderen untersagt, sie wurde bei Abwesenheit des Arbeitgebers im Haus eingeschlossen und sie bekam keine den Wetterverhältnissen angemessene Kleidung.

Frau Elena N. konnte sich schließlich mit Hilfe u.a. der philippinisch-katholischen Gemeinde aus dieser Notsituation befreien. Zu dieser Zeit besaß Frau Elena N. ein

⁷Der Name der Frau wurde von uns geändert.

⁸www.agisra.org

Visum und eine Arbeitserlaubnis als Haushaltsangestellte bei der aus Katar stammenden Familie. Dieser gültige Aufenthaltsstatus war jedoch an das bestehende Arbeitsverhältnis mit der katarischen Familie gebunden und endete mit ihrer Flucht. Da sie jedoch weiterhin für den Lebensunterhalt ihrer Familie auf den Philippinen aufkommen musste, entschied sie sich, eine Stelle als Haushaltshilfe bei einem Diplomaten aus den Vereinigten Arabischen Emiraten anzunehmen.

Frau Elena N. erledigte für ihren neuen Arbeitgeber zweimal in der Woche einige Haushaltsaufgaben. Zunächst empfand Frau Elena N. ihren Arbeitgeber als sehr zuvorkommend und freundlich. Jedoch kam es einige Zeit später, während ihrer Tätigkeit in seinem Haus, zu einem sexuellen Übergriff. Er näherte sich ihr an und als sie sich wiederholt wehrte, verschloss ihr Arbeitgeber die Tür und drohte Frau Elena N., dass er die Polizei rufen würde, wenn sie nicht tun würde, was er verlangte. Daraufhin kam es zu einer Vergewaltigung, die sich im Zeitraum von vier Monaten mehrmals wiederholte. Trotz dieser massiven Übergriffe sah Frau Elena N. sich gezwungen, immer wieder zu diesem Arbeitgeber zurückzukehren. Sie war ohne Aufenthaltsstatus und befürchtete, dass sie deswegen verhaftet und in Deutschland ins Gefängnis müsste. Zusätzlich verspürte sie einen sehr großen Druck, weiterzuarbeiten, da ihre Familie auf den Philippinen stark von ihrer finanziellen Unterstützung abhängig war.

Frau Elena N. wurde schließlich als Folge dieser Vergewaltigungen schwanger. Als sie dies merkte, teilte sie es ihrem Arbeitgeber mit, der einige Wochen später Deutschland verließ. Zu dem Zeitpunkt, an dem der Arbeitgeber aus Deutschland ausreiste, wusste er somit von ihrer Schwangerschaft. Frau Elena N. konnte sich auf Grund ihres katholischen Glaubens und ihrer persönlichen Überzeugung nicht dazu entscheiden, die Schwangerschaft abzubrechen und brachte ihre Tochter in Deutschland zur Welt.

Zwei Monate nach der Geburt wandte sich Frau Elena N. an agisra e.V., von der sie durch die philippinische Gemeinde erfuhr. Zu dieser Zeit lebte sie bereits ohne gültigen Aufenthaltsstatus in Deutschland. agisra e.V. hat zunächst eine Anwältin eingeschaltet und gemeinsam mit Frau Elena N. nach Lösungen für ihre problematische Situation gesucht. Zunächst wurde Frau Elena N. bei der lokalen Ausländerbehörde vorstellig. Trotz des diplomatischen Status und der Immunität des Täters riet agisra e.V. Frau Elena N. zur Erstattung einer Strafanzeige. Nach unserer Auffassung ist Deutschland als Rechtsstaat dazu verpflichtet, die Rechte aller Menschen zu wahren. Daraufhin erstattete Frau Elena N. Strafanzeige gegen den arabischen Diplomaten wegen wiederholter Vergewaltigung. Auf Grund dieser Strafanzeige hat sie eine vorübergehende Duldung nach § 60a Abs. 2 Aufenthaltsgesetz erhalten, da ihre Anwesenheit in Deutschland zur Verfolgung einer Straftat erforderlich ist.

Als problematisch gestalteten sich weiterhin die Ausstellung einer Geburtsurkunde und die Feststellung der Vaterschaft für ihre in Deutschland geborene Tochter. Da das Kind rechtlich als das von Frau Elena Ns Ehemann auf den Philippinen angese-

hen wird, war es ihr nicht möglich, ihrer Tochter ohne Einwilligung ihres Ehemannes einen Vornamen zu geben; ihre Tochter besitzt also offiziell keinen Vornamen. Frau Elena N. hat zudem einen Antrag auf die Anfechtung der Vaterschaft für ihre Tochter gestellt. Sie verlangt von dem beschuldigten Diplomaten die Anerkennung der Vaterschaft und die Gewährleistung des Kindesunterhalts. Dieser Antrag liegt dem Familiengericht vor und wird derzeit geprüft.

Aus Angst vor der Reaktion ihrer Familie auf den Philippinen und dem Druck, die finanzielle Versorgung für sie zu tragen, hat Frau Elena N. ihnen weder erzählt, dass sie ihre Anstellung verloren hat, noch dass sie als Folge einer Vergewaltigung eine Tochter zur Welt gebracht hat. Sie leidet sehr darunter, dass sie ihre Situation nicht mit ihrer Familie teilen kann.

Zur Verfolgung des Beschuldigten wandten wir uns gemeinsam an den damaligen Bundesaußenminister Guido Westerwelle. Das Auswärtige Amt hatte zunächst eine Vermittlung mit dem Außenministerium der Vereinigten Arabischen Emirate zum Zweck einer außergerichtlichen zivilrechtlichen Vereinbarung mit dem Beschuldigten zugesichert. Nachdem der beschuldigte Diplomat jedoch alle Vorwürfe abstritt und den persönlichen Kontakt zu Frau Elena N. und ihrer Anwältin verweigerte, verwies das Bundesaußenministerium Frau Elena N. nunmehr auf den ordentlichen Rechtsweg mit der Begründung, dass Frau Elena N. nach Angaben des Ministeriums zu keinem Zeitpunkt als private Hausangestellte bei dem Diplomaten angemeldet war und dieser nicht länger als Botschafter in Deutschland akkreditiert ist.

Die Situation von Frau Elena N. verdeutlicht, wie Haushaltsangestellte in Deutschland durch Abhängigkeitsverhältnisse, verstärkt durch einen illegalisierten Status sowie auf Grund von extremen rechtlichen Ungleichheiten zwischen ihnen und Diplomaten, ausgebeutet werden. Ihre Arbeitgeber machten sich die Abhängigkeit, die Isolation und die finanzielle Notsituation von ihr zu Nutze. Insbesondere der Diplomat missbrauchte seine Immunität in Deutschland, um sich an Frau Elena N. zu vergehen. Sie ist traumatisiert und leidet unter den Folgen der Vergewaltigungen und den Misshandlungen sowie unter dem Druck, ihre Familie auf den Philippinen schweigend versorgen zu müssen.

Auf Grund der Umstände, in denen ihre Tochter zur Welt kam, ist es Frau Elena N. nicht möglich und unzumutbar zu ihrer Familie auf die Philippinen zurückzukehren. Durch das konservativ-katholisch geprägte Heimatland von Frau Elena N. ist zu befürchten, dass sie nicht nur von ihrem Umfeld, sondern auch von ihrer eigenen Familie verstoßen und ausgegrenzt wird. Sie wird im gesellschaftlichen Kontext als „Fremdgeherin“ stigmatisiert und muss befürchten, dass nicht nur ihr Ehemann sich von ihr entfernt, sondern sie auch ihre zwei Kinder verliert. Sie und ihre Tochter, die ebenfalls auf Grund ihrer ausländischen Erscheinung mit sozialer Ausgrenzung zu kämpfen haben wird, sind somit bei einer Rückkehr auf die Philippinen gefährdet.

Derzeit befindet sich Frau Elena N. weiterhin in Deutschland und macht sich vor allem Sorgen darüber, dass sie keine Zukunftsperspektive für sich und ihre Tochter sieht, die sie unter keinen Umständen alleine in Deutschland zurücklassen möchte – wie sehr das Kind sie auch an ihre negativen Erlebnisse erinnert. Sie möchte für ihre Tochter und ihre Familie auf den Philippinen sorgen und wünscht sich eine Aufenthaltserlaubnis für Deutschland, mit Hilfe dessen es ihr möglich wäre, sich und ihrer Familie eine Perspektive zu schaffen.

Die Erfahrungen von Frau Elena N. sind keine Seltenheit. In den vergangenen Jahren sind mehrfach Fälle aufgetreten, in denen in Europa lebende Hausangestellte von Diplomaten ungerechten Arbeits- und Lebensbedingungen ausgesetzt waren. Dies verdeutlicht, dass es einen extremen Handlungsbedarf zum Schutz dieser Gruppe von Migrant_innen gibt.

10.5. Fazit

Bislang wurde das internationale „Übereinkommen zum Schutz der Wanderarbeitnehmer und ihren Familienangehörigen“ ICRMW, das im Jahr 1990 von den Vereinten Nationen verabschiedet wurde, von keinem EU-Mitgliedstaat unterzeichnet. Dies war eines der ersten Versuche, die bürgerlichen und politischen Rechte von Arbeitsmigranten im Allgemeinen zu stärken.

Die International Labour Organisation ILO hat 2011 mit dem *ILO-Übereinkommen* 189 über „Menschenwürdige Arbeit für Hausangestellte“ erstmals die besonders von Ausbeutung bedrohte Gruppe der Hausangestellten in den Mittelpunkt gerückt. In dem Übereinkommen 189 wird gefordert, Hausarbeit erstmals als reguläre Lohnarbeit anzuerkennen und somit die rechtliche Stellung der Hausangestellten mit den Beschäftigten aus anderen Sektoren gleichzusetzen; sprich, sie nicht aus der nationalen Arbeitsgesetzgebung herauszunehmen. Das bedeutet, dass den Hausangestellten fundamentale arbeitsrechtliche Standards und der Zugang zu sozialen Sicherungssystemen gewährt werden sollen, wie Kranken- und Rentenversicherung, die Einhaltung von Ruhe- und Freizeiten sowie das Recht sich zu Interessensverbänden zu vereinigen. Ziel des im September 2013 in Kraft getretenen Übereinkommens ist dabei, Hausangestellte vor Gewalt und Missbrauch zu schützen. Deutschland hat im September 2013 als eines von derzeit 14 Ländern weltweit die Konvention unterschrieben.⁹

⁹Von den aktuell 14 Ländern, die die Konvention unterschrieben haben befinden sich 8 in Südamerika und bisher hat lediglich Italien neben Deutschland aus der Reihe der EU-Länder das Dokument unterschrieben.

agisra e.V. unterstützt dieses ILO-Übereinkommen ausdrücklich und setzt sich dafür ein, dass auch den Hausangestellten von Diplomaten der Schutz ihrer Menschenrechte und der Zugang zum deutschen Rechtssystem gewährt werden.

Hierzu hat das Auswärtige Amt in Folge von bekannt gewordenen Missbrauchsfällen von privaten Hausangestellten durch Diplomaten eine Rundnote verabschiedet, die den Arbeitgebern deutsche arbeits- und sozialrechtliche Mindeststandards vorschreibt. Demnach müssen die Diplomaten ihren Hausangestellten einen schriftlichen Arbeitsvertrag vorlegen sowie einen Mindestlohn zahlen. Dennoch versanden derartige Vorgaben angesichts der Informalität des Privaten und aus Mangel an Kontroll- und Überprüfungsmöglichkeiten durch die Bundesbehörden.

Zudem wirken sich die Einreise- und Aufenthaltsbestimmungen für die Hausangestellten negativ auf ihre Arbeits- und Lebenssituation aus und drängen sie nicht selten in die „Illegalität“. Wir sehen vor allem die Unterschiede zwischen den regulären Migrationsformen, die unter die Zuständigkeit der lokalen Ausländerbehörden fallen, und den Bestimmungen für die Haushaltsangestellten von Diplomaten als problematisch an. Das Auswärtige Amt als zuständige Bundesbehörde sieht für die Hausangestellten von Diplomaten keinerlei integrative Maßnahmen, wie Deutschkurse, vor. Die Hausangestellten sind gänzlich auf ihre Arbeitgeber angewiesen und weisen neben fehlenden Deutschkenntnissen große Orientierungslosigkeit auf, die ihre Isolation und die Abhängigkeit von ihren Arbeitgeber verschlimmern. Wir sprechen uns aus diesen Gründen für die Einführung von Integrations- und Regulierungsmaßnahmen auch für Hausangestellte von Diplomaten aus, wie sie beispielsweise für Au-pairs in Deutschland gelten.¹⁰

Die Irregularität und die Informalität sind die Hauptursachen für die prekären Lebens- und Arbeitsverhältnisse von Hausangestellten im Allgemeinen. Länder wie Italien und Frankreich haben daher verschiedene Legalisierungsprogramme geschaffen, die Hausangestellte in einer irregulären Situation den Zugang zu regulären Arbeits- und Lebensbedingungen ermöglichen sollen (FRA 2012). Die Möglichkeit für Migrantinnen als Hausangestellte nach Deutschland einzureisen und hier einen offiziellen Aufenthaltstitel sowie eine Arbeitserlaubnis mit arbeitsrechtlichen Standards zu erlangen, ist unserer Ansicht nach notwendig.

Für die Situation von Hausangestellten von Diplomaten spielt die Immunität der Regierungsvertreter eine besondere Rolle. Diese Form des Schutzes hat für den diplomatischen Dienst sicherlich eine Berechtigung, jedoch sehen wir die fehlende Ge-

¹⁰Das „Europäische Abkommen über die Au-pair-Beschäftigung“ von 1969, nach dem in Deutschland verfahren wird, enthält Rahmenvorschriften über die Arbeits- und Lebensbedingungen von Au-pairs in Deutschland, wie die Art und Dauer der Beschäftigung, Regelungen über die Arbeits- und Freizeiten, die Gewährung von Erholungsurlaub sowie die Teilnahme an Deutschkursen. Zusätzlich werden Au-pairs in Deutschland die Möglichkeit eingeräumt, innerhalb einer Frist von 2 Wochen den Arbeitgeber zu wechseln ohne, dass ihnen direkt eine Ausweisung aus Deutschland droht.

richtbarkeit von Diplomaten in Bezug auf private Belange als problematisch an. Wir fordern daher die Beschränkung der Immunität für Diplomaten auf ihr dienstliches Handeln und die Möglichkeit, sie bei Vergehen strafrechtlich zu belangen.

Weiterhin sehen wir die Einrichtung von Präventivmaßnahmen, wie den persönlichen Kontakt zu den beschäftigten Hausangestellten sowie die Bereitstellung von offiziellen Anlauf- und Koordinationsstellen durch die zuständige Behörde als erforderliche Maßnahme an. Die Schweiz hat bereits 1995 das *Bureau de l'Amiable Compositeur* (BAC) ins Leben gerufen, welches mit Hilfe eines Gremiums als Mediator zwischen Diplomaten und ihren Hausangestellten jährlich 70 bis 80 Fälle behandelt.

Diese Maßnahmen sind erste notwendige Bemühungen zur Verbesserung der Situation von Hausangestellten allgemein und von Hausangestellten von Diplomaten insbesondere. Grundsätzlich gilt es jedoch, die Internationalen und Europäischen Menschenrechtskonventionen umzusetzen. Denn Deutschland hat sich mit der Unterzeichnung dieser Konventionen dazu verpflichtet, sie zu achten und einzuhalten. Frauenrechte sind Menschenrechte, Menschenrechte sind universal und unveräußerlich. Sie gelten überall und für alle. Wir fordern die Umsetzung dieser Menschenrechtskonventionen auch für Migrantinnen, insbesondere für Hausangestellte von Diplomaten.

Wenn Deutschland als einer der reichsten Länder der Welt mit demokratischen Werten diese Rechte nicht wahrt, wer dann?

10.6. Literatur

Auswärtiges Amt: Rundnote 7/2003.

Bundesweiter Koordinierungskreis gegen Frauenhandel und Gewalt an Frauen im Migrationsprozess KOK (2008): Frauenhandeln in Deutschland. Berlin.

European Union Agency for Fundamental Rights FRA (2012): MigrantInnen in einer irregulären Situation, die als Hausangestellte arbeiten: Grundrechtliche Herausforderungen für die Europäische Union und ihre Mitgliedstaaten. Luxemburg. Online verfügbar: http://fra.europa.eu/sites/default/files/migrantinnen_in_einer_irregularen_situation_die_als_hausangestellte_arbeiten_de.pdf.

Internationale Arbeitsorganisation ILO-Berlin. Presseinformationen (06.06.2013). „Deutschland ratifiziert ILO-Konventionen für Hausangestellte und Seeleute“. Online verfügbar: http://www.ilo.org/berlin/presseinformationen/WCMS_215323/lang--de/index.htm [28.06.2014].

International Labour Organisation (2013): Domestic Workers Across the World: Global and regional statistics and the extent of legal protection. Genf.

International Labour Organisation (2011): The ILO Domestic Workers Convention. New Standards to Fight Discrimination, Exploitation and Abuse. Genf. Online verfügbar: http://m.hrw.org/sites/default/files/related_material/2013ilo_dw_convention_brochure.pdf [25.06.2014].

Kleine Anfrage der Abgeordneten Josip Juratovic, Anette Kramme, Anton Schaaf, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der SPD, Bundesdrucksache 17/10352 vom 12.07.2012.

UNO, Department of Economic and Social Affairs. Population Division (2013): Population Facts. No. 2013/2. New York. Online verfügbar: http://esa.un.org/unmigration/documents/The_number_of_international_migrants.pdf [25.06.2014].

Links zu Interessenverbänden von „domestic worker“

www.respectnetwork.eu.org

www.picum.org

11. Beispiele zu Traumatisierung durch öffentliche Stellen

Barbara Bojack

Nachdem Übergriffe aus dem sozialen Umfeld breitgefächert dargestellt wurden, stellt sich die Frage, inwieweit Übergriffe auch im Zusammenhang mit Institutionen erfolgen können. Hieran sind unter Umständen Behörden oder entsprechende Stellen beteiligt.

Einige Beispiele aus der Praxis können einen Eindruck vermitteln:

Die Schwester einer Patientin, beide wurden vom Vater über Jahre missbraucht, erstattete im Alter von 14 Jahren diesbezüglich Anzeige bei der Polizei. Die Polizei nahm die geschilderten Vorkommnisse zu Protokoll. Im weiteren Verlauf bestellte die Polizei die Mutter samt Tochter ein. Die Mutter widersprach vehement den Ausführungen der Tochter, bezichtigte diese gar der Lügen, die Anzeige wurde nicht als solche betrachtet, die Anzeige fiel unter den Tisch und die Angelegenheit wurde nicht weiter verfolgt. 11 Jahre später stellte sich heraus, dass beide Eltern Täter waren. Der Vater missbrauchte alle Töchter über Jahre sexuell, die Mutter schaute tatenlos zu und duldete insofern die Übergriffe. Das Protokoll fiel nicht unter die Aufbewahrungsvorschriften. Der Vater wurde nie zur Rechenschaft gezogen. Die Rolle der Polizei darf diskutiert werden.

Ein weiterer Fall wird hier vorgestellt, der eine andere Behörde betrifft.

Eine bereits zuvor traumatisierte Frau wurde von ihrem Ex-Partner massiv durch Stalking in ihrem Leben eingeschränkt. Die Angelegenheit landete schließlich vor Gericht und wurde dort verhandelt. Die Patientin musste an allen Verhandlungstagen (2-stellige Zahl) teilnehmen, und dem Ex-Partner begegnen. Obwohl sie dem Gericht mitgeteilt hatte, dass sie durch die Gerichtsverhandlungen erneut traumatisiert werde, weil alle Verletzungen wieder erlebt würden, musste sie erscheinen. Sie war zuletzt nur noch froh, als es eine Möglichkeit gab, das Verfahren durch einen Kom-

promiss zu beenden. Sie willigte sofort ein und nahm schwere Verluste in Kauf. Um den Nachstellungen des Ex-Partners zu entgehen, zog sie weit weg ins Ausland.

Ein anderes Beispiel aus dem behördlichen Bereich bildet der folgende Fall:

Eine 2011 in der Zeitung angekündigte Baustelle wurde 2013 ohne jegliche zeitnahe vorherige Ankündigung bei den Anwohnern von der Stadt eröffnet. Nicht angekündigt wurde, dass dadurch keinerlei Zugang zur Arztpraxis bestand oder zur Garage, weil der gesamte Gehsteig entfernt wurde. Mögliche Folgen für die Arztpraxis und ihre Patienten wurden von der Stadt nicht reflektiert. Die Baustelle selbst bestand über Monate und damit der fehlende geordnete Zugang zum Haus.

Der Gehsteig wurde plötzlich entfernt, so dass die Aus- oder Einfahrt aus der Garage unmöglich war. Schlimmer war, dass der Zugang zum Haus und damit zur Praxis war nur durch den mit Büschen bepflanzten Vorgarten, ohne Beleuchtung möglich. Gehbehinderte Patienten wurden von anderen Patienten durch den Vorgarten geschleift, damit sie in die Praxis gelangen konnten. Nicht nur den PatientInnen, auch den MieterInnen wurde von den Bauarbeitern und anderen Stadtbediensteten aufgelauert. Sie wurden befragt, weshalb sie ins Haus wollten, was sie da zu schaffen hätten. Interessant war, dass vor allem die PatientInnen mit sexueller Gewalt in der Vorgeschichte von den Bauarbeitern gestellt und detailliert befragt wurden, was sie in dem Haus zu suchen hätten. Die PatientInnen wurden dadurch erneut in ihrer seelischen Befindlichkeit verletzt. Keine/r wäre von sich aus auf die Arbeiter zugegangen. Die meisten hatten große Angst vor Männern entwickelt, speziell vor Fremden. Zum Teil saßen die PatientInnen zusammengekauert in der Ecke der Haustür. Einige trauten sich nicht durch den Garten. Sie kletterten lieber über die beleuchtete, abgesperrte Baustelle als durch den dunklen, unbeleuchteten Vorgarten, um in Haus und Praxis zu gelangen.

Eingaben bei der Stadt und beim Ministerium wurden letztlich wie folgt beschieden:

„Hinsichtlich einer Wiedergutmachung sind in Ihrem Fall keine gravierenden Versäumnisse der Stadt Giessen zu erkennen, die einen Anspruch auf Entschädigung Ihrerseits auslösen könnten. Dies wäre nur der Fall, wenn die wirtschaftliche Existenz Ihres Betriebes gefährdet gewesen wäre. Die mit der Baumaßnahme einhergegangenen Unannehmlichkeiten in Bezug auf die Erreichbarkeit des Grundstückes können nicht als so bedeutsam gewertet werden, dass hierdurch das Eintreten eines außergewöhnlichen, bezifferbaren Schadens für Sie, Ihre Patienten oder Mieter anzunehmen ist.“

Der Brief zeigt, dass eine rechtliche Bewertung – vielleicht – erfolgt ist, eine menschliche Stellungnahme fehlt. Denn seelische Verletzungen zählen demnach überhaupt nicht im Selbstverständnis von Behörden. Auch ein Wort des Bedauerns für die Situation der Patienten erübrigt sie nicht. Den Wortlaut zeigt der Brief, siehe Anlage.

Mit diesem Beitrag soll sensibilisiert werden für die Tatsache, dass teilweise Routinemaßnahmen und -entscheidungen Auswirkungen auf Menschen haben können, die für diese schwerwiegende Folgen im seelischen Bereich nach sich ziehen kön-

nen. Möglich ist auch, dass sie den Betroffenen schädigen oder retraumatisieren bei entsprechender Vorgeschichte.

Gelingt es den entsprechenden beteiligten Entscheidungsträgern sich in die Position des Anderen zu versetzen, könnte diese zusätzliche Traumatisierung vermieden werden. Die Fähigkeit, sich in andere hineinzusetzen bzw. sich die Angelegenheit aus der Position des Gegenübers anzusehen, erwirbt der Mensch bereits im 4.-5. Lebensjahr. Deshalb bin ich hoffnungsvoll, dass Erwachsene dies auch bei der Ausübung ihrer Tätigkeit abrufen können und sich entsprechend verhalten, alles unter Berücksichtigung der Vorschriften und Einhaltung von Recht und Ordnung.

Anlage: Brief der Behörde

**Hessisches Ministerium
für Wirtschaft, Verkehr und Landesentwicklung**

HESSEN



Hessisches Ministerium für Wirtschaft, Verkehr und
Landesentwicklung, Postfach 31 29, 65021 Wiesbaden

Geschäftszeichen [REDACTED]

Dst.-Nr. [REDACTED]

Bearbeiter/in [REDACTED]

Telefon 815 - [REDACTED]

Telefax 815 - [REDACTED]

E-Mail [REDACTED]

Ihr Zeichen

Ihre Nachricht vom 12.06.2013

Datum 13.12.2013

**Petition Nr. 4800/18 betreffend Abhilfe und Wiedergutmachung bzgl. einer nicht
zumutbaren Dauerbaustelle in der [REDACTED]**

Sehr geehrte [REDACTED]

der Hessische Landtag hat in seiner 149. Plenarsitzung am 20.11.2013 beschlossen, Ihre Petition der Landesregierung mit der Bitte zu überweisen, Sie über die Sach- und Rechtslage zu informieren. Dieser Bitte komme ich gerne nach und teile Ihnen Folgendes mit:

Mit Ihrer Petition wenden Sie sich gegen eine seit März 2013 bestehende Dauerbaustelle vor Ihrem Haus in der [REDACTED]. Sie wenden ein, dass Ihnen der Beginn und der Verlauf nicht mitgeteilt wurde. Sie wenden weiter ein, dass Ihnen, Ihren Patienten und Ihren Mietern von den Bauarbeitern aufgelauert wurde, die Sie daraufhin befragten weshalb Sie zum Haus wollten und erst nach längerer Auskunft den Weg durch den Garten freigaben.

Des Weiteren wenden Sie ein, dass am 10.06.2013 die Straße ohne weitere Vorwarnung und ohne Umleitungsempfehlung in eine Fahrtrichtung gesperrt wurde und das Anfahren Ihres Hauses wäre nur noch auf Umwegen möglich gewesen. Weiter sei Ihre Garage seit Monaten wegen der versperrten Zufahrt nicht mehr und ein Ihnen zugewiesener Parkplatz auf der THM sei für Sie nur bedingt nutzbar gewesen. Als Ärztin haben Sie Nachtdienste und brauchten deshalb einen Parkplatz in Ihrer Nähe.

Nach Ihrem Dafürhalten seien die vorgebrachten Sachverhalte Organisationsmängel und Verhaltensweisen, die nicht zumutbar sind. Sie bitten deshalb um Prüfung sowie um Abhilfe und eine entsprechende Wiedergutmachung.

Ihre vorgebrachten Sachverhalte wurden geprüft und hierzu eine Stellungnahme des Regierungspräsidiums Gießen als zuständige Straßenaufsichtsbehörde eingeholt. Hierin wurde mitgeteilt, dass die Stadt Gießen die Anlieger im Vorfeld über die Baumaßnahme in der [REDACTED] durch die Presse sowie über deren Homepage informiert hatte, und dass im Jahr 2011 eine Anliegerversammlung stattfand. Wie üblich wurden die betroffenen Anlieger von der örtlichen Bauleitung über die geplante und durchzuführende Straßenbaumaßnahme vor Ort informiert.

Hausanschrift Ministerium: Kaiser-Friedrich-Ring 75 (Landeshaus), 65185 Wiesbaden (Nähe Hauptbahnhof)
Tel.: (0611) 815(0), Telefax der Poststelle: (0611) 815 2225, E-Mail: poststelle@hmvwl.hessen.de



Bedauerlich ist, dass Sie über eine weitere Baumaßnahme nicht informiert wurden, die eine ca. einwöchige Straßensperrung in eine Fahrtrichtung der [REDACTED] ab dem 10.06.2013 zur Folge hatte.

Zu dem Sachverhalt der Nichtnutzbarkeit Ihrer Garage haben Sie selbst dargelegt, dass Ihnen durch die Stadt Gießen ein Ausweichparkplatz auf dem Gelände der benachbarten [REDACTED] zur Verfügung gestellt worden sei. Daran war sicherlich zu erkennen, dass die Stadt Gießen als Bauherr der Baumaßnahme für Sie im Rahmen des Möglichen Vorkehrungen getroffen hatte.

Im § 22 Abs. 2 des Hessischen Straßengesetzes (HStrG) ist in Bezug auf Zufahrten und Zugänge Folgendes geregelt:

„ Werden für längere Zeit Zufahrten oder Zugänge durch Straßenarbeiten unterbrochen oder wird ihre Benutzung erheblich erschwert, ohne dass von Behelfsmaßnahmen eine wesentliche Entlastung ausgeht, und wird dadurch die wirtschaftliche Existenz eines anliegenden Betriebes gefährdet, so kann dessen Inhaber eine Entschädigung in der Höhe des Betrages beanspruchen, der erforderlich ist, um das Fortbestehen des Betriebes bei Anspannung der eigenen Kräfte und unter Berücksichtigung der gegebenen Anpassungsmöglichkeiten zu sichern. “

Hinsichtlich einer Wiedergutmachung sind in Ihrem Fall keine gravierenden Versäumnisse der Stadt Gießen zu erkennen, die einen Anspruch auf Entschädigung Ihrerseits auslösen könnten. Dies wäre nur der Fall, wenn die wirtschaftliche Existenz Ihres Betriebes gefährdet gewesen wäre. Die mit der Baumaßnahme einhergegangenen Unannehmlichkeiten in Bezug auf die Erreichbarkeit Ihres Grundstückes können nicht als so bedeutsam gewertet werden, dass hierdurch das Eintreten eines außergewöhnlichen, bezifferbaren Schadens für Sie, Ihre Patienten oder Ihre Mieter anzunehmen ist.

Es bleibt Ihnen jedoch unbenommen, in einem Verfahren, letztlich vor einem ordentlichen Gericht, etwaig bestehende Ansprüche gegen die Stadt Gießen geltend zu machen. Allerdings müssten Sie den Beweis antreten können, ggf. durch eine gutachterliche Beurteilung, dass eine Gefährdung im vorgenannten Sinne durch die eine der oder beide Baumaßnahmen eingetreten war.

Die von Ihnen angesprochene Wahrnehmung der Art und Weise der Behandlung durch die Bauarbeiter kann ich, da ich nicht zugegen war, nicht beurteilen, bedauere aber, wenn Sie sich dadurch nachteilig behandelt fühlten.

Nach der vorliegenden Aktenlage sind die aus Ihrer Sicht nicht zumutbaren Zustände der Dauerbaustelle und der Sanierungsmaßnahme nicht mehr gegeben, da seit Anfang Mai 2013 Ihr Grundstück von der Wolfstraße aus (hier befinden sich Ihre Garagenzufahrten und Pkw-Stellplätze) und seit dem 16.06.2013 von der [REDACTED] aus (hier befindet sich Ihr Zugang zur Haustür sowie eine Garagenzufahrt) wieder uneingeschränkt zugänglich ist. Ihre Petition hat sich somit insoweit sachlich erledigt.

Mit freundlichen Grüßen
Im Auftrag
[REDACTED]

12. Schlusswort

All die angeführten Artikel erbringen einen Einblick in die Vielfalt der Orte und Erscheinungsformen der sexuellen Gewalt. Gleichzeitig wird darauf verwiesen, dass es Möglichkeiten gibt, den Schäden, Folgeerscheinungen und Erkrankungen zu begegnen und sie zu behandeln. Sexuelle Gewalt sollte aus der Tabuzone des Schweigens herausgebracht werden. Dabei ist es wichtig zu wissen, dass alle Beiträge Teile eines großen Puzzles darstellen. Viele Varianten, wie sexuelle Gewalt in Vereinen, im Leistungssport, in Schulen und Internaten oder im familiären Umfeld, um nur einige zu benennen, wurden an dieser Stelle nicht einzeln vorgestellt und ausgeführt. Ziel des Buches war es für das Auftreten und die Behandlung von sexueller Gewalt zu sensibilisieren. Es ist nicht möglich sexuelle Gewalt durch deren Aufdecken und Therapie ungeschehen zu machen. Hingegen ist es sicher möglich, Folgen abzumildern, Gelegenheiten zu reduzieren, bei denen das geschehen kann, und aufzuklären, dass es sich hierbei um eine schwerwiegende Verletzung der Menschenwürde handelt, begleitet von seelischen und körperlichen Schäden.

Auch wenn Fortschritte in der Behandlung klein erscheinen mögen, sollten wir nicht aufhören anzufangen, sexuelle Gewalt aufzudecken, sie zu behandeln und die Täter ggf. zur Rechenschaft zu ziehen. Wichtig ist es im Menschen Selbstbewusstsein, Selbstwertgefühl und Selbstverantwortung zu stärken, damit er offenen Auges durch die Welt gehen, sehen, helfen und sich helfen lassen kann. Dies könnte auch eine präventive Wirkung haben.

Neben dieser Sorge um die Betroffenen sollten die Täter nicht vergessen werden. Die präventiven Maßnahmen müssten verstärkt werden, wobei solche Maßnahmen aus der Tabuzone gelangen müssten. Nur so könnten Täter offener mit ihrer Schwäche umgehen und das soziale Umfeld könnte sie in ihrem Kampf unterstützen, mit entsprechenden Neigungen und Affekten umzugehen, ohne weitere Opfer zu fordern.

Barbara Bojack

Autorinnen und Autoren

Der Sammelband „Sexuelle Gewalt“ wird herausgegeben von Barbara Bojack und Tanja Heitmeier.

Barbara Bojack studierte Medizin an der Universität Tübingen, promovierte dort im Bereich Kinderchirurgie. Sie ist Fachärztin für Urologie, war viele Jahre in Kliniken, im öffentlichen Gesundheitswesen und im Strafvollzug tätig. Seit einigen Jahren arbeitet sie in eigener Praxis als Psychotherapeutin und Psychoanalytikerin. Sie ist Honorarprofessorin an der Universidad de Buenos Aires und seit 2015 in der Soziologie habilitiert. Forschungsschwerpunkte sind Gewalt in verschiedenen Bereichen und deren Erscheinungsformen.

Kontakt:

bbojack@web.de;

Telefon +49 (0) 641-24960

Tanja Heitmeier studierte Veterinärmedizin an der Ludwig-Maximilians-Universität München, war in der Kleintierklinik Gießen als praktische Tierärztin tätig und promoviert aktuell zum Dr. med. vet. am Fachbereich Medizin der Justus-Liebig-Universität Gießen. Sie ist ehrenamtlich im Voltigiersport tätig und doziert dort Veterinärkunde im Rahmen der Trainerausbildung. Frau Heitmeier hat auf Grund ihrer IT-Kenntnisse die Erstellung des Buches unterstützt.

Kontakt:

tanja.heitmeier@innere.med.uni-giessen.de,

Justus-Liebig-Universität Gießen, Excellence Cluster Cardio-Pulmonary System (EC-CPS),

Aulweg 130,

D-35390 Gießen,

+49 (0) 176 21943090

Folgende **Autorinnen und Autoren** haben Beiträge veröffentlicht:

- Renate Klein, PhD, Assoc. Prof. of Human Development & Family Studies
London Metropolitan University/University of Maine, USA
- Rosemary Nkemdilim, Ogu MBBS, FWACS, FWCOG, FICS Senior Lecturer/Consultant Obstetrician Gynaecologist, University of Port Harcourt/University of Port Harcourt Teaching Hospital, Port Harcourt, Nigeria
- Agwu Uzoma, Nigeria
- Mag.(FH) Elisabeth Maria Petermichl, Sozialarbeiterin und angehende Juristin, Österreich
- Dr. Barbara Bojack, FÄ für Urologie, Psychotherapeutin, Psychoanalytikerin, Honorarprofessorin an der Universidad de Buenos Aires, habilitiert in der Soziologie, Deutschland
- Dr. Ulrike Hohenfellner, FÄ für Urologie, Beratungsstelle der Deutschen Kontinenzgesellschaft, Fachärztliche Praxis, Deutschland
- PD Dr. H. Lilly Graß, Beratungsstelle Frauennotruf, Frankfurt, Deutschland
- Angela Wagner, Beratungsstelle Frauennotruf, Frankfurt, Deutschland
- Prof. Dr. Dr. Reinhard Dettmeyer, Leiter des Instituts für Rechtsmedizin, Justus-Liebig-Universität, Giessen, Deutschland
- Hille Mathes, Instituts für Rechtsmedizin, Justus-Liebig-Universität, Giessen, Deutschland
- Monika Schindler, Leitung Beratungsstelle, Dipl.-Psychologin, Psychologische Psychotherapeutin für Kinder und Jugendliche, Deutscher Kinderschutzbund Orts- und Kreisverband Gießen e. V., Deutschland
- Behshid Najafi, Agisra e.V. Köln Informations- und Beratungsstelle für Migrantinnen und Flüchtlingsfrauen, Deutschland
- Hannah Fahtima Farhan, Agisra e.V. Köln Informations- und Beratungsstelle für Migrantinnen und Flüchtlingsfrauen, Deutschland

Korrespondenz mit den Autorinnen und Autoren ist über Frau Dr. Barbara Bojack (Kontakt siehe oben) möglich.