

Gewalterfahrungen von Frauen mit Behinderungen und Beeinträchtigungen – Ergebnisse einer repräsentativen Studie

Mit der Studie „Lebenssituation und Belastungen von Frauen mit Beeinträchtigung und Behinderungen in Deutschland“ (BMFSFJ 2012) liegen erstmals repräsentative Erkenntnisse zu Diskriminierungs- und Gewalterfahrungen von Frauen mit Behinderungen vor.

Befragt wurden 1.561 Frauen im Alter zwischen 16 und 65 Jahren, mit und ohne Behindertenausweis, die in Einrichtungen oder in Haushalten leben und starke, dauerhafte Behinderungen und Beeinträchtigungen haben. Ergänzend berichteten 31 gewaltbetroffene Frauen in qualitativen Interviews über die erlittene Gewalt sowie über Erfahrungen und Erwartungen an Unterstützung. Die Studie zeigt ein hohes Ausmaß von Gewalterfahrungen. Frauen mit Behinderungen und Beeinträchtigungen erleben sowohl in ihrer Kindheit wie im Erwachsenenalter deutlich häufiger als Frauen ohne Beeinträchtigungen körperliche, sexuelle und psychische Gewalt. Sie berichten etwa 2-3 mal häufiger über sexuellen Missbrauch in Kindheit und Jugend - ausgeübt durch eine erwachsene Person. Im Erwachsenenalter erfahren sie etwa doppelt so häufig psychische Gewalt oder psychische verletzende Handlungen sowie körperliche Gewalt. Sexuelle Gewalt erleben sie 2-3mal häufiger als Frauen im Bevölkerungsdurchschnitt.



Im Gespräch mit der Koordinierungsstelle war Frau Prof. Dr. Barbara Kavemann. Sie ist eine der Autorinnen der Studie und war für die qualitative Befragung verantwortlich. Sie berichtet hier insbesondere über gesundheitsbezogene Erkenntnisse der Studie, über Handlungsbedarf sowie Erfahrungen und Wünsche gewaltbetroffener Frauen mit Behinderungen an die Gesundheitsversorgung.

S.I.G.N.A.L.: Frau Kavemann, die Studie zeigt ein sehr hohes Ausmaß an Gewalterfahrungen unter Frauen mit Behinderungen und Beeinträchtigungen. Gehörlose Frauen und psychische erkrankte Frauen, die in Einrichtungen leben, haben am häufigsten über psychische, körperliche und sexuelle Gewalt berichtet. Gibt es Erklärungen für die besonders hohe Gewaltbetroffenheit dieser Frauen?

Prof. Dr. Kavemann: Vor besonderen Schwierigkeiten bei der Hilfesuche standen Frauen, die in Einrichtungen der Behindertenhilfe lebten. Sie hatten keine Möglichkeiten, selbst aktiv Unterstützung zu suchen oder selbst-ständig ihre Rechte einzufordern. Hier bestehen starke Abhängigkeitsverhältnisse, die denen im Familienverband sehr ähnlich sind. Menschen leben in Einrichtungen – vorübergehend oder dauerhaft – weil sie nicht alleine leben können, Angehörige nicht in der Lage oder willens sind sie zu versorgen und ambulante Pflege und

Unterstützung nicht ausreicht. Es gibt für sie also kaum Alternativen, Beschwerdemöglichkeiten sind eher die Ausnahme als die Regel. Zudem sind Einrichtungen geschlossene Systeme, in die von außen nicht einfach zu intervenieren ist. In den Interviews berichteten einige Frauen davon, dass sie in der Einrichtung Belästigungen oder Gewalt ausgesetzt waren, aber auch ihren unterstützenden Eltern gelang es nicht, sich gegen die Insulten durchzusetzen.

S.I.G.N.A.L.: Gewalterfahrungen können zu kurz-, mittel- und langfristigen gesundheitlichen Beeinträchtigungen führen. Gibt es Zusammenhänge zwischen den Beeinträchtigungen und den Gewalterfahrungen, über die die befragten Frauen berichten?

Prof. Dr. Kavemann: Die Interviews zeigen, dass der Zusammenhang in beide Richtungen gesehen werden kann bzw. von den betroffenen Frauen benannt wird. Einige Interviewpartnerinnen sagten, die Gewalt – z.B. durch den Partner oder die Vergewaltigung durch Fremde – sei ihnen wegen ihrer Behinderung angetan worden, die Behinderung sei der Anlass gewesen bzw. sei ausgenutzt worden. Andere Interviewpartnerinnen sahen den Hintergrund des Gewalterlebens nicht in der Beeinträchtigung, sondern darin, Frau zu sein. Behinderung und Beeinträchtigung können also Gewalt nach sich ziehen. Umgekehrt kann Gewalt Behinderung und Beeinträchtigung zur Folge haben. So gaben Frauen an, dass ihre chronische Erkrankung sich durch die Gewalt verschlimmert habe, dass Beschwerden eskalierten. Einigen Interviews konnte entnommen werden, dass die Lernschwierigkeiten der Interviewpartnerin auf schwere Misshandlung und Vernachlässigung in der Kindheit zurückzuführen sind oder dass eine betroffene Frau zur Bewältigung der Gewalt zu Alkohol gegriffen hat und dies eine Beeinträchtigung zur Folge hatte. Ein spezifischer Zusammenhang war in den Interviews da zu erkennen, wo die Art der Beeinträchtigung entweder die Glaubwürdigkeit der Frau in den Augen anderer reduzierte – z.B. weil es sich um eine psychische Erkrankung handelt und es mehrere Ebenen von Realität für die betroffene Frau gab bzw. weil eine Lernbehinderung zur Folge hatte, dass eine Frau für einen Übergriff keine Uhrzeit angeben kann, weil sie die Uhr nicht lesen kann – oder weil Blindheit verhinderte, dass Täter oder Tatorte identifiziert werden konnten. Hilfreich wäre Information und Weiterbildung für Angehörige von Polizei und Justiz. Gleichzeitig muss gesehen werden, dass bestimmte Beeinträchtigungen und die notwendig engen Vorgaben des Strafrechts nicht kompatibel sind. Hier geht es darum, Schutz jenseits des Strafrechts zu gewährleisten. Vor allem ist in diesem Feld weitere Forschung über Risiken und protektive Faktoren erforderlich..

S.I.G.N.A.L.: Die Studie verweist auf vielfältige diskriminierende Verhaltensweisen und strukturell verankerte Diskriminierungen gegen Frauen mit Behinderungen.

In welcher Weise beziehen sich diese Erfahrungen auch auf die Gesundheitsversorgung?

Prof. Dr. Kavemann: Die Mehrheit der körperbehinderten Frauen hatte mit ständigen akuten Beschwerden zu tun und deshalb regelmäßig Kontakt mit dem Gesundheitssystem. In den Interviews sprechen die befragten Frauen durchaus diskriminierendem Verhalten von Ärzt_innen und Pflegepersonal. Patientinnen wurden als lästig empfunden, wenn sie nach Unterstützung verlangten und es gerade nicht passte, einer Patientin in der Psychiatrie wurde Schutz vor einem gewalttätigen Mitpatienten verweigert. Es hieß in der Psychiatrie müsse man mit so etwas klarkommen. Einigen Frauen wurde vermittelt, dass sie als Behinderte nicht als kompetent angesehen wurden: sie wurden falsch medikamentiert und ihre Beschwerden wurden nicht ernst genommen, bei Schmerzen wurden sie als zimperlich und zickig abgewiesen. Frauen berichteten davon, unangenehm oder sexualisiert angefasst zu werden, lächerlich gemacht zu werden, wenn sie protestierten usw. Teilweise lagen diese Erfahrungen zurück, teilweise waren sie ganz aktuell.

S.I.G.N.A.L.: Welche Probleme und Wünsche formulieren die Frauen an die Versorgung und Unterstützung durch MitarbeiterInnen der Gesundheitsversorgung?

Prof. Dr. Kavemann: Grundsätzlich ging es allen Interviewpartnerinnen darum, respektvoll behandelt zu werden, ernst genommen zu werden, nicht anders angesehen zu werden als andere Patient_innen, die keine Beeinträchtigung haben und sich trotzdem auf Rücksicht hinsichtlich ihrer Beeinträchtigung verlassen zu können. Sie müssen mit vielen Belastungen fertig werden, die anderen erspart bleiben, und wünschen sich, dass ihnen durch die Gesundheitsversorgung, auf die sie angewiesen sind, keine zusätzlichen Demütigungen zugefügt werden.

S.I.G.N.A.L.: Nun steht die praktische Umsetzung der vorliegenden Erkenntnisse an. Gibt es Beispiele guter Praxis in bzw. für Einrichtungen der Gesundheitsversorgung?

Prof. Dr. Kavemann: Frauen, die Gewalt erlebt haben, brauchen mehr als die Versorgung von Schmerz und Verletzung. Ob die ärztliche Behandlung über die reine medizinische Versorgung hinaus hilfreich war oder nicht, hing in hohem Maße von der Beziehung zwischen Arzt und Patientin ab. Gelungene Kommunikation und Interaktion mit dem Arzt bzw. der Ärztin ist eine Determinante für die Offenlegung der Gewalterfahrungen. Ausreichend Zeit, Geduld und Bemühen des Arztes bzw. der Ärztin und der Aufbau eines Vertrauensverhältnisses waren die Faktoren, die von den Interviewpartnerinnen als wesentlich dafür benannt wurden, dass sie sich mitteilen und

Unterstützungsangebote annehmen konnten. So wurde zum Beispiel bei einer Interviewpartnerin durch einfühlsame Intervention des Arztes der geplante Suizid verhindert und eine freiwillige Einweisung in die Psychiatrie möglich. Nach dem Klinikaufenthalt fand sie dann die Kraft sich von ihrem gewalttätigen Partner zu trennen.

Von Ärztinnen und Ärzten erwarten sich betroffene Frauen einerseits einen respektvollen Umgang und ein Erkennen ihrer Notlage. Hier können schon kleine Dinge helfen, eine vertrauensvolle Beziehung zu etablieren: Mit der Patientin direkt sprechen, nicht nur mit einer Begleitperson, ihr alle erforderlichen Informationen geben und sie an allen Entscheidungen beteiligen. Wenn vermutet wird, dass es um Gewalt oder Unterdrückung geht, ist es wichtig, sie an eine geeignete Unterstützungseinrichtung zu vermitteln und behilflich dabei zu sein, diese Einrichtung auch zu erreichen. Hier bietet sich ein Anruf beim bundesweiten Hilfetelefon an: 08000 116 016, denn nicht allen Ärztinnen und Ärzten sind die Einrichtungen und ihre Arbeitsweise gut bekannt. Der Zugang von Frauen mit Beeinträchtigungen und Behinderungen zu Psychotherapie ist erschwert, vor allem mit lernbehinderten Frauen arbeiten nur sehr wenige. Frauen beklagten zudem, dass in Beratung und Therapie zwar über das Gewalterleben gesprochen werden konnte, ihre spezielle Situation als Frau mit einer Behinderung aber nicht Thema werden konnte.

In den Interviews sprachen betroffene Frauen mehrfach an, dass Ärztinnen und Ärzte sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten mehr über die spezifische Lebenssituation von Frauen mit Behinderungen und Beeinträchtigungen wissen sollten. Hier kann an interdisziplinäre Fortbildung und Information gedacht werden.

S.I.G.N.A.L.: Frau Prof. Dr. Kavemann, wir danken Ihnen herzlich für das Interview.

Die Studie