

Zeitschrift: Schweizer Hebamme : offizielle Zeitschrift des Schweizerischen Hebammenverbandes = Sage-femme suisse : journal officiel de l'Association suisse des sages-femmes = Levatrice svizzera : giornale ufficiale dell'Associazione svizzera delle levatrici

Band: 93 (1995)

Heft: 10

Artikel: Gewalt an Frauen

Autor: Winkelmann-Perler, Regina

DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-951219>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. [Siehe Rechtliche Hinweise.](#)

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. [Voir Informations légales.](#)

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. [See Legal notice.](#)

Download PDF: 19.11.2024

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, <https://www.e-periodica.ch>

Gewalt an Frauen

Dr. med. Regina Winkelmann-Perler, Gynäkologie und Geburtshilfe FMH, Längmatt 32, 3280 Murten

Sexuelle Gewalt an Frauen – ein Thema, das uns als Mitarbeiterinnen an einer Klinik oder Praxis besonders ansprechen resp. betreffen müsste. Ich benutze bewusst den Konjunktiv, da die Realität im Alltag oft anders oder unterschiedlich erlebt wird. Werden wir in der Sprechstunde, im Nacht- oder Wochenenddienst mit dieser Situation konfrontiert, ist meistens jede von uns primär mit der Situation überfordert. Wir klammern uns jeweils rasch an die rein somatische Seite und sind froh, gemäss Merkblatt die nötigen Abstriche und Blutentnahmen durchführen zu können. Überfordert aber sind wir mit der psychischen Situation, welche uns betroffen macht. Wie reagieren wir auf die Patientin? Wie gehen wir auf sie ein? Was erwartet man von uns? Können wir der betroffenen Frau helfen? – Aber auch: Wie gehen wir mit unserer eigenen Betroffenheit um?

Dieser Umstand ist vor allem der Anlass, dieses Thema etwas näher zu beleuchten. Ziel ist es, die juristischen, gesellschaftlichen und psychosozialen Hintergründe und Folgen etwas mehr zu analysieren, um schlussendlich den Umgang mit sexuell misshandelten Frauen optimieren zu können.

Bei der Vorbereitung dieses Artikels ist mir bewusst geworden, dass das Thema der sexuellen Gewalt nicht nur gesellschaftlich noch ein Tabuthema ist, sondern auch in der Fachliteratur spärlich behandelt wird. Während im Rahmen der gesellschaftlichen Entwicklung der Frau in den letzten Jahren zunehmend Erlebnisberichte veröffentlicht wurden, existieren für den Raum Schweiz kaum statistische Angaben diesbezüglich.

Alberto Godenzi, ein Psychologe und Soziologe aus Basel, hat Mitte der achtziger Jahre an verschiedenen Forschungsprojekten zum Verhältnis von Mann und Frau mitgearbeitet, in welchen insbesondere Fragen über Gewalt behandelt wurden. 1989 wurde sein Buch «bieder – brutal» veröffentlicht, aus welchem ich in der Folge einige Zahlen nennen werde.

Was beinhaltet der Begriff der sexuellen Gewalt?

Hier scheint mir wichtig, vorerst zu betonen, dass bei sexueller Gewalt weniger von gewalttätiger Sexualität auszugehen ist als vielmehr von sexueller Gewalttätigkeit. Das mag als Wortfechtereie erscheinen, doch es gilt zu betonen, dass an der sexuellen gew. die **Gewalt** das Entscheidende

ist. Diese Gewalt sucht sich den Bereich der Sexualität, um den Gewalteffekt zu erhöhen. Diese Gewaltform versucht zum Zwecke egoistischer Interessen, Körper und Seele der Frau zu besetzen. Welche Formen sexueller Gewalt werden denn rein juristisch unterschieden?

Gemäss des zur Zeit rechtsgültigen Strafgesetzbuches gelangen vorwiegend Art. 189 und 190 zum Einsatz.

Art. 189

1 Wer eine Person zur Duldung einer beischlafähnlichen oder einer anderen sexuellen Handlung nötigt, namentlich indem er sie bedroht, Gewalt anwendet, sie unter psychischen Druck setzt oder zum Widerstand unfähig macht, wird mit Zuchthaus bis zu zehn Jahren oder mit Gefängnis bestraft.

2 Ist der Täter der Ehegatte des Opfers und lebt er mit diesem in einer Lebensgemeinschaft, wird die Tat auf Antrag verfolgt. Das Antragsrecht erlischt nach sechs Monaten.

3 Handelt der Täter grausam, verwendet er namentlich eine gefährliche Waffe oder einen anderen gefährlichen Gegenstand, so ist die Strafe Zuchthaus nicht unter drei Jahren. Die Tat wird in jedem Fall von Amtes wegen verfolgt.

Art. 190

1 Wer eine Person weiblichen Geschlechts zur Duldung des Beischlafs nötigt, namentlich indem er sie bedroht, Gewalt anwendet, sie unter psychischen Druck setzt oder zum Widerstand unfähig macht, wird mit Zuchthaus bis zu zehn Jahren bestraft.

2 Ist der Täter der Ehegatte des Opfers und lebt er mit diesem in einer Lebensgemeinschaft, wird die Tat auf Antrag verfolgt. Das Antragsrechts erlischt nach sechs Monaten.

3 Handelt der Täter grausam, verwendet er namentlich eine gefährliche Waffe oder einen anderen gefährlichen Gegenstand, so ist die Strafe Zuchthaus nicht unter drei Jahren. Die Tat wird in jedem Fall von Amtes wegen verfolgt.

Erst die Revision des Strafgesetzbuches Ende 1992 erachtet sexuelle Nötigung als gleich strafbar wie die Vergewaltigung, sprich der vollzogene Beischlaf entgegen dem Willen der Frau. Neu aufgenommen wurde auch die sexuelle Nötigung sowie die Vergewaltigung innerhalb der Ehe.

Wendet man sich nun den offiziellen – d.h. an diese eben aufgezeigten Artikel angelehnten Statistiken zu, so müssen diese wegen der geringen Anzeigebereitschaft der Frauen und der Aufnahmepraxis der Behörden mit grosser Vorsicht gelesen werden. Eine eingeschränkte Sichtweise – bedingt durch die geltenden Rechtsdefinitionen – wird durch weitverbreitete Vorurteile verstärkt. Wenn Menschen sexuelle Gewalttätigkeit bewerten sollen, so spielt die Vermischung von Gesetzestext und Vorurteil eine nicht zu unterschätzende Rolle. Dass dem so ist, zeigt eine von Kurt Weis durchgeführte repräsentative Umfrage in Deutschland: 500 Personen im Alter zwischen 16 und 60 Jahren wurde eine Reihe von Vergewaltigungssituationen geschildert, bei denen die Befragten entscheiden mussten, ob es sich ihrer Meinung nach tatsächlich um eine Vergewaltigung handelte. Zudem sollten sie einschätzen, ob die Frau jeweils für das Verhalten des Mannes mitverantwortlich war (vgl. Tab. 1).

In diesem Sinn führt denn auch die Frage nach der Anzahl und Verbreitung von Straftaten zwangsweise zur Frage nach der **Dunkelziffer**. Das Besondere am Verhältnis von sexueller Gewalt und Dunkelziffer machen im wesentlichen drei Faktoren aus:

1. Die sexuelle Gewalt in unserer Kultur ist immer noch weitgehend **tabuisiert**. Die Fälle, auf die sich die Medien und das Interesse des Publikums stürzen, sind Extremfälle.
2. Es bestehen nach wie vor **Berührungsängste von Justiz- und Polizeiorganen**: Im Gegensatz zur Ahndung von Sachbeschädigungen wird im Falle von sexuellen Gewaltdelikten sowohl auf der Ebene von Prävention wie Intervention noch zu wenig getan.
3. Die **geringe Bereitschaft der Frauen, eine sexuelle Gewalt anzuzeigen**. D.h. es wird am Bericht der Frauen gezweifelt, das Erlittene muss in Einzelheiten berichtet – und ihr Verhalten begründet werden. Es wird häufig die Glaubwürdigkeit der Frau, sowie ihre Person zum Gegenstand der Untersuchung gemacht. Ein weiterer Grund für die geringe Anzeigebereitschaft der

Die Literaturliste zum Thema, «Gewalt an Frauen» kann gegen ein frankiertes und an Sie adressiertes Couvert bei der Redaktorin Sylvia Forster bezogen werden.

Tab. 1

Fallbeispiel	Ja, es handelt sich um eine Vergewaltigung	Verhalten des Mannes wurde von der Frau ausgelöst
Eine junge Frau, die sich spätabends auf dem Heimweg befindet, wird in einer unbelebten Strasse von einem Mann gepackt und zum Geschlechtsverkehr gezwungen. Obwohl sich die Frau heftig wehrt, lässt der Mann nicht von ihr ab.	98%	6,7%
Die gleiche Situation. Die Frau wehrt sich jedoch nicht, weil sie Angst hat, sie könnte ihre Lage verschlimmern.	85,5%	32,9%
Eine Frau trifft auf einer Tanzveranstaltung einen Mann wieder, mit dem sie früher einmal eine Beziehung hatte. Als sie mit ihm in seine Wohnung geht, zwingt er sie dort zum Geschlechtsverkehr.	73,8%	48,5%
Eine Frau, die für wechselnde sexuelle Kontakte in ihrem Freundeskreis bekannt ist, wird von einem Bekannten nach einem Diskothekenbesuch in dessen Wagen zum Geschlechtsverkehr gezwungen.	78,8%	53,9%
Eine Frau trifft einen früheren Arbeitskollegen in einem Lokal. Nach einer Weile ist sie völlig betrunken. Er bringt sie nach Hause und führt mit der willenlosen Frau den Geschlechtsverkehr durch.	60,5%	63,6%
Eine Frau hat in einer Diskothek einen Mann kennengelernt, der sie in seinem Auto nach Hause bringt. Nach dem Austausch von Zärtlichkeiten kommt es zum Geschlechtsverkehr. Dabei wehrt sich die Frau heftig, während der Mann sie schlägt.	46,4%	77,1%

Frauen besteht darin, dass die sexuelle Gewalt oft von einem der Frau bekannten oder vertrauten Mann ausgeht. Je vertrauter, desto weniger Anzeigen. Frauen fühlen sich dem Täter eher verpflichtet, wenn er ihnen vertraut ist. Sie schämen sich, in einer Gewaltbeziehung zu leben und diese öffentlich zu machen.

Aufgrund des Erwähnten gibt es gute Gründe, eine zweistellige Dunkelziffer, die sich zwischen 10 und 40 bewegt, als Multiplikationsfaktor für realistisch zu halten. So sind in den achtziger Jahren in der Schweiz die mittleren Schätzungen von 4000 Vergewaltigungen im Jahr ausgegangen (bei einer Dunkelziffer von 10). Gerechnet wurden gemäss alter Rechtsprechung nur die Vergewaltigungen!

Gesellschaftlicher Rahmen

Ich möchte den Rahmen des gesellschaftlichen Aspektes zur Thematik «Gewalt an/gegen Frauen» etwas weiter spannen und einige Statements aus einem Auszug über die Gesundheit der Frauen in der Welt (Koblinsky, Timyan und Gay) zitieren:

Drei bis vier Millionen Frauen werden in den USA jährlich von ihren Partnern geschlagen. Ca. ein

Viertel aller Frauen in den USA werden mindestens einmal von ihrem Partner **geschlagen** (1989).

In Kenya berichten an einer Familienplanungsstelle, wo 733 Frauen betreut werden, 42% regelmässig von ihren Ehemännern **geschlagen zu werden** (1990).

In Bombay werden 95,5% aller weiblichen Feten nach erfolgter Amniocentese **abgetrieben** (1990).

In einer Frauenklinik in Peru berichten 90% der Frauen, zwischen 12 und 16 Jahren von ihrem Vater, Stiefvater oder nahen Verwandten vergewaltigt worden zu sein.

Weiterführende vergleichend ethnologische Untersuchungen haben deutliche Anhaltspunkte dafür ergeben, dass Vergewaltigung ganz wesentlich mit zwei gesellschaftlichen Faktoren zu tun hat: erstens mit dem **allgemeinen Gewaltpotential** in einer Gesellschaft, und zweitens mit der **Trennung und Ungleichheit der Geschlechter**.

Beispiel: Sanday konnte zeigen, dass es Stammesgesellschaften gibt, bei denen Vergewaltigung praktisch unbekannt ist. Der Stamm Tuareg der Westsahara weist zwei besondere Merkmale auf: Einerseits liegt das allgemeine Gewaltpotential sehr niedrig, d.h. Gewalt ist nicht das vorrangige Mittel der sozialen Auseinandersetzung. Sie dient nicht der Lösung von sozialen Konflikten. Andererseits kennt die

Gesellschaft keine Geschlechtertrennung in einen dominierenden, privilegierten und einen sich unterordnenden, unterprivilegierten Teil.

Anwendung von Gewalt in einer Gesellschaft wie der unseren bedeutet dabei, gewaltsame, aggressive Lösungen gegenüber anderen Konfliktlösungsmöglichkeiten in der sozialen Auseinandersetzung zu bevorzugen. Bemerkenswert sind in diesem Zusammenhang auch Befunde von Alder: Danach hängt die Bereitschaft zu sexueller Gewalt vom Kontakt zu sexuell gewalttätigen Freunden und einem allgemein gewalttätigen soziokulturellen Umfeld ab, aber auch von Einstellungen, welche sexuelle Aggression rechtfertigen und billigen. Es gibt Hinweise, dass die Vergewaltigungsrate in Gesellschaft mit hoher Aggressivität zwischen einzelnen Gruppen sowie in Gesellschaften mit Ausbildung männlicher Machtgruppen besonders hoch liegt.

Die Vorstellung, eine Vergewaltigung sei generell eine sexuelle Triebhandlung, muss heute als überholt angesehen werden. Wie bereits früher erwähnt, haben verschiedene Untersuchungen ergeben, dass eine Vergewaltigung **keine primär sexuell motivierte Handlung** ist, sondern in erster Linie eine Gewalttat. Es geht dem Täter primär nicht um sexuelle Triebbefriedigung oder Triebentspannung, sondern darum, Gewalt und Herrschaft über eine Frau auszuüben, an ihr Wut auszulassen, sie zu erniedrigen, zu demütigen und zu unterwerfen. D.h. die Gewaltausübung, die das primäre Tatziel ist, bedient sich instrumentell der Sexualität. Man spricht auch von sexualisierter Gewalt. Die Sexualität bleibt dennoch wesentliche Komponente der Gewalttat: Dadurch, dass der Täter sexuell über eine Frau verfügt, ihren Willen bricht und sie zum sexuellen Objekt herabwürdigt, übt er die höchstmögliche Form der Macht und Kontrolle aus; durch die sexuelle Form der Gewalttat wird nämlich das personale Selbst der Frau im Kern getroffen.

Die Erfahrung zeigt im übrigen, dass brutale Gewaltanwendung in Form von Faustschlägen, Würgen oder sonstigen Misshandlungen in sehr vielen Fällen weit über das Ausmass von Gewalt hinausgeht, das zur Erreichung der Vergewaltigung erforderlich ist.

Mit wenigen Ausnahmen empfinden demnach auch die Vergewaltigungsoffer die Tat als extreme, ungeheuerliche Gewalttat – und nicht als primär sexuelle Handlung oder als Ausdruck sexueller Unbeherrschtheit. In dieselbe Richtung weist auch, dass viele Vergewaltigungstaten nicht, wie man früher annahm, impulsiv aus dem Augenblick heraus geschehen. Fast zwei Drittel aller Vergewaltigungstaten sind vorgeplant. Gegen die Annahme eines erhöhten sexuellen Triebdruckes beim Täter sprechen auch neuere Erkenntnisse, dass nicht wenige Täter während der Tatausführung erektil nicht voll potent sind oder dass bei vollzogener Vergewaltigung häufig

Ejakulation bzw. Orgasmus ausbleiben. Jeder dritte Täter hat bei der Tat solche Funktionsstörungen – und zwar im Gegensatz zu seinen sonstigen einverständlichen Sexualkontakten.

Zum **Bekanntheitsgrad** zwischen Täter und Opfer finden sich in der Literatur sehr divergierende Angaben. Ca. 40% der angezeigten Taten wurden von Fremden begangen, weitere 10% der Täter waren dem Opfer nur vom Sehen bekannt und ca. die Hälfte der Täter waren Bekannte und Verwandte. Es scheint, dass erwachsene Frauen überwiegend von Fremden vergewaltigt wurden, sehr junge Frauen und Kinder dagegen eher von Personen aus dem Verwandten- und Bekanntenkreis. Anders werden die Verhältnisse aber bei den – zahlenmässig weit überwiegenden – nicht angezeigten Vergewaltigungstaten liegen.

Ein weitverbreitetes Vorurteil, das sich auch in Rechtsprechung und Kriminologie hartnäckig hält, besagt, dass sehr viele Vergewaltigungsoffer einen eigenen **Tatbeitrag** leisten. D.h. sie verhielten sich so, dass das Tatgeschehen dadurch begünstigt oder herausgefordert wird. Damit wird dem Opfer zugleich eine Mitverantwortung für die an ihm begangene Tat zugeschrieben. Es wird nicht selten unterstellt, das Opfer habe sich insgeheim die Überwältigung durch den Täter gewünscht. Es wird in diesem Zusammenhang von der sogenannten «Opferpräzipitation» gesprochen. (Minirock, leichtfertiges Mitgehen, Aufenthalt alleine im Dunkeln...). Die viktimologische¹ Theorie der Opferpräzipitation muss jedoch für den Bereich der Vergewaltigung als verfehlt angesehen werden. Völlig falsch wäre es, die häufige Passivität des Opfers während einer Vergewaltigungstat im Sinne eines Tatbeitrages zu werten. Passive Unterwerfung hat nichts mit einem Tatbeitrag oder einem bedingten Einverständnis des Tatopfers zu tun. Sie erklärt sich vielmehr daraus, dass es unter dem Eindruck der Todesangst, teilweise vielleicht auch infolge des Überraschungsschocks zum Nachgeben, sehr häufig aber auch zu einem psychischen Ausnahmezustand mit Passivierung und Reaktionslosigkeit kommt. Viel eher als am Konzept der Opferpräzipitation festzuhalten, muss die Frage interessieren, was das Opfer in der Perspektive des Täters für einen Angriff geeignet macht; also die Frage nach der Verwundbarkeit, resp. der Vulnerabilität² einer Frau für eine sexuelle Gewalttat. Hier geht es nicht mehr darum, dem Tatopfer eine Mitverantwortung für das Tatgeschehen zuzuschreiben, sondern darum, objektiv zu klären, welche Merkmale eine Frau oder eine situative Konstellation haben müssen, damit sich ein Täter zum Angriff entschliesst. Es gibt Hinweise, dass Frauen mit geringem Selbstvertrauen,

mangelndem Abgrenzungsvermögen und frühgelernter Aggressionsvermeidung eher Opfer einer Vergewaltigung werden als andere. Insbesondere prädestinieren eine sozioökonomische Unterprivilegierung und verminderte soziale Kompetenzen für die Tat.

Notfallmanagement – Krisenintervention

Zum **Konzept der Krisenintervention**: Eine Krise ist definiert als Reaktion auf ein äusseres Ereignis, bei dem frühere Bewältigungsmechanismen nicht mehr genügen. Ziel der Krisentherapie ist die Unterstützung der eigenen Fähigkeiten des Individuums, sich selber zu helfen. Der Betreuer/die Betreuerin hat dabei eine stützende Funktion. Es geht darum, mit der Betroffenen zusammen die schmerzliche Realität nicht zu verleugnen, sondern auszuhalten. Was heisst das nun für uns diensttuende Mitarbeiter/innen? Zuerst sollte sich jede/jeder darüber klar werden, was für eine Grundeinstellung sie/er gegenüber vergewaltigten Frauen hat. Bestehen Vorurteile, untergründige Voreingenommenheit? Fühlen wir uns als Frau/Mann gegenüber einer vergewaltigten Frau in irgendeiner Weise extrem verunsichert? Dieses Reflektieren ist nötig, um eine so um Hilfe suchende Frau zu akzeptieren, ihr offen und mit echter Anteilnahme begegnen zu können. Wichtig dabei scheint mir folgende Grundhaltung:

1. Echtheit in der Begegnung: Der Helfer/die Helferin soll sich als unverstellt und ohne routinemässiges Auftreten, als sich selbst geben.
 2. Notwendigkeit einer warmen Zuwendung gegenüber der Patientin und eine akzeptierende, respektierende Haltung.
- Die Opfer eines Sexualdeliktes wenden sich erfahrungsgemäss an verschiedene Stellen: die Polizei, das Nottelefon, an einen Spital- oder Privatarzt oder aber an eine Bezugsperson aus ihrem Freundes- oder Bekanntenkreis. Meldet sich eine Frau kurz nach dem erfolgten Ereignis, so ist sie unter dem frischen Eindruck einer Vergewaltigung meist nicht in der Lage, bereits endgültige Entscheidungen für oder gegen eine Anzeige zu treffen. Dies sollte zu diesem Zeitpunkt auch nicht Gegenstand der Diskussion sein, zumal die ärztliche Untersuchung in jedem Fall so durchgeführt werden soll, dass es der Frau zu einem späteren Zeitpunkt möglich ist, Anzeige zu erstatten. Vielmehr steht die physische und psychische Betreuung der Patientin im Vordergrund. Physisch kann sich entsprechend dem Vorgehen des Täters und dem Verhalten des Opfers vom verletzungsfreien bis zum schwerverletzten

Zustand die ganze Bandbreite stumpfer und scharfer Gewalteinwirkung bieten, die keineswegs auf den Genitalbereich begrenzt sein muss. Auch der psychische Zustand des Opfers kann sehr unterschiedlich sein, lässt jedoch nicht immer Rückschlüsse auf die tatsächliche psychische Belastung zu, die dem Opfer durch die Tat zugeführt wurde.

Man weiss inzwischen, dass infolge erhöhter Sensibilität gerade in den letzten Jahren der Effekt der sekundären Viktimisierung durch die ganzen polizeilichen und medizinischen Ermittlungsarbeiten geringer ist als vermutet; dennoch versteht es sich von alleine, dass ein schonender und einfühlsamer Umgang mit der Patientin bei der ärztlichen Untersuchung selbstverständlich ist.

Kommt eine Patientin aus eigener Initiative nach einem Sexualdelikt zum Arzt/zur Ärztin, so bindet diese/n die Schweigepflicht, d.h. die Einschaltung der Polizei darf ohne Einwilligung der Patientin nicht erfolgen. Unsere Funktion liegt dabei vielmehr bei der Behandlung, Betreuung und Beratung der Frau. Die Doppelfunktion von behandelndem und begutachtendem Arzt entsteht für uns, sobald die Patientin in polizeilicher Begleitung bei uns eintrifft. Wichtig ist jedoch, dass auch in diesem Fall die vertrauliche Atmosphäre der ärztlichen Untersuchung gewährleistet sein soll. Mit Sorgfalt und in Ruhe soll der Patientin das Vorgehen und der Grund der Untersuchung erklärt werden.

Die **Befunddokumentation** – vor allem bei strafrechtlich relevanten Delikten – entspricht einer Beurkundung. Zur Erstellung eines korrekten Untersuchungsbefundes ist die präzise Erhebung einer gynäkologischen Anamnese sowie die Erfassung der vorfallsbezogenen aktuellen Anamnese von grosser Bedeutung. Entsprechend der Gesamtsituation sollte gerade bei der Anamnese vorsichtig vorgegangen werden. Hat die Patientin bereits Strafanzeige erstattet, so wurde schon im Rahmen der strafrechtlichen Ermittlungen der ausführliche Tathergang erhoben, so dass ein erneutes Erzählen lediglich eine Retraumatisierung der Patientin bewirken kann. Hier hilft eine rasche Absprache mit der Polizei resp. die Überlegung, welche Rolle man selbst im Rahmen der Untersuchung spielt. Die untersuchende Person sollte sich in diesem Fall darauf beschränken, zu erfahren, über welche Beschwerden nach dem Tathergang geklagt werden, um die notwendigen Untersuchungen zu veranlassen. Aufgrund der forensischen³ Erfahrungen ist eine Untersuchung des gesamten Körpers auf Verletzungsspuren anzuraten. Zur besseren Dokumentation empfiehlt es sich, Farbfotografien von den entscheidenden Verletzungen anzufertigen und diese textlich nur noch kurz zu interpretieren. Körperregionen, an denen bei Sexualdelikten vorzugsweise Verletzungen gefunden werden,

Frauengesundheitszentrum

Aarberggasse 16
3011 Bern
Tel. 031 312 31 20

Termine nach telefonischer Vereinbarung:
Telefon Mo–Fr. 14.00–16.00 Uhr

- Wir sind eine Beratungsstelle für Frauen, Paare und Gruppen.
- Unser Team besteht aus Beraterinnen, Ärztinnen und einer Hebamme.
- Alle Mitarbeiterinnen stehen unter Schweigepflicht.
- Die Beratungen bzw. Untersuchungen finden in einem zeitlich grosszügigen Rahmen statt. Wir möchten die ganzheitliche Sicht von Gesundheit bzw. Krankheit betonen und die Frau in ihrer Selbsthilfe und Eigenverantwortung unterstützen.

Unser Angebot umfasst folgende Themen und Bereiche:

Ärztinnen

- Gynäkologische Untersuchungen und Beratungen
- Behandlungen gynäkologischer Leiden
- Erstellen von Gutachten bei unerwünschter Schwangerschaft
- Schwangerschaftskontrollen (Verrechnung nach KK-Tarifen)

Hebamme

- Schwangerschaftskontrollen
- Geburtsvorbereitung
- Wochenbettbetreuung
- Rückbildung
- Fussreflexzonenmassage
- Luna Yoga

Beraterinnen

- Verhütungsberatungen
- Anpassen von Diaphragma und Portiokappe
- Beratungen zu:
Menstruation
Kinderlosigkeit
Wechseljahre
Sexualität
Unerwünschte Schwangerschaft
usw.

Kurse

- Luna Yoga
- Beckenbodentraining bei Haminkontinenz
- Geburtsvorbereitung
- Wechseljahre
- Rückbildung nach der Geburt
- Selbstuntersuchung
- Einführung zum Diaphragma
- Zyklusbeobachtung

Nottelefone

Die Nummer des Nottelefons findet man in jeder grösseren Stadt unter «Nottelefon, oder Beratungsstelle für vergewaltigte Frauen oder Vergewaltigte Frauen», also unter N, B oder V im Telefonbuch.

Bern

Beratungsstelle für vergewaltigte Frauen und Mädchen
Tel. 031 322 14 14

Zürich

Nottelefon für vergewaltigte Frauen:
Montag–Freitag
10.00–19.00 Uhr

Samstagnachts
24.00–8.00 Uhr
Tel. 01 291 46 46

Basel

Nottelefon für vergewaltigte Frauen
Tel. 061 261 89 89

usw.

sf

Universitäts-Frauenklinik und Kantonales Frauenspital Bern

Familienplanungs- und Beratungsstelle

Falkenhöhweg 1, 3012 Bern

Telefonische Anmeldungen und Auskünfte:

Montag bis Freitag, 9.00–12.00 Uhr - Telefon 031 300 11 42

In dringenden Fällen erreichen Sie uns am Nachmittag über das Frauenspital: Telefon 031 300 11 11

Unsere Beratungsstelle steht in erster Linie der Bevölkerung der Region Bern zur Verfügung. Beratungen sind kostenlos, medizinische Leistungen berechnen wir nach kantonalen Tarifen.

In unserem Frauenteam arbeiten Ärztinnen, Beraterinnen, Sozialarbeiterinnen und Mitarbeiterinnen im Sekretariat.

Wir halten uns an die Schweigepflicht, auch bei Minderjährigen.

Wir beraten in Deutsch, Französisch, Englisch, Spanisch und Italienisch, andere Sprachen mit Übersetzerinnen.

Unsere Angebote richten sich an Frauen, Männer, Jugendliche und Paare. Auf Anfrage arbeiten wir auch mit Gruppen, wie zB Asylsuchenden, Jugendlichen in Heimen usw.

Auf unserer Stelle befindet sich eine grosse Ausleihbibliothek mit Büchern zu unseren Arbeitsbereichen.

Für Schulklassen (Oberstufe, Berufsschulen, Mittelschulen usw.), LehrerInnen und ErzieherInnen steht die «Fachstelle für Sexualpädagogik» zur Verfügung (Falkenhöhweg 1, 3012 Bern, Telefon 031 300 14 06).

Zu folgenden Themen beraten und informieren wir möglichst umfassend und bieten konkrete Hilfe an im medizinischen, sozialen und psychischen Bereich:

Sexualität/Beziehung

Beratung rund um Fragen zum Frausein, zum Körper, zur Sexualität, zu Beziehung und Partnerschaft, bei Problemen mit der Sexualität und zur Sexualität vor oder nach der Geburt eines Kindes.

Verhütung

Beratung zu den verschiedenen Methoden der Schwangerschaftsverhütung, gynäkologische Behandlung und Erstuntersuchung im Zusammenhang mit Verhütung, Verhütung im Wochenbett, Abgabe der Pille danach.

Kinder oder keine?/Schwangerschaft

Beratung und Untersuchung bei Ausbleiben der Menstruation, bei Schwangerschaftskonflikt und unerwünschter Schwangerschaft, bei ungewollter Kinderlosigkeit, bei Fragen zu Adoption sowie bei rechtlichen und finanziellen Problemen rund ums Kinderkriegen.

Wir leiten eine Gesprächsgruppe für Frauen nach einem Schwangerschaftsabbruch.

Gewalt gegen Frauen

Wir beraten, begleiten und untersuchen Frauen nach einer Vergewaltigung und unterstützen sie bei der Verarbeitung, auch bei Inzest und sexuellem Missbrauch.

sind Gesicht, Hals, Brust, Gesäss und Oberschenkelpartien sowie der Genitalbereich.

Als nächstes erfolgt in der Regel der gynäkologische Status mit Abnahme der verschiedenen Abstriche und Asservierung⁴ von Fremdmaterialien.

Im Rahmen derselben Untersuchung wird in der Regel auch eine Blutentnahme sowie eine Urinprobe genommen.

Nach erfolgter somatischer Abklärung soll mit der Patientin das weitere unmittelbare Vorgehen besprochen werden:

- wohin wird die Patientin unmittelbar gehen?
 - wer begleitet sie?
 - muss allenfalls eine kurzfristige Hospitalisation vorgenommen werden?
 - Arbeitsfähigkeit?
 - Termin für Nachbetreuungsgespräch
- Gleichzeitig empfiehlt es sich, der Frau ein Merkblatt mit wichtigen Adressen, Telefonnummern sowie anderen wichtigen Daten zu geben, wo sie sich jederzeit hinwenden kann.

In der Akutphase sollte der Patientin eine begrenzte Regression und Hilflosigkeit zugestanden werden. Als Helfende sollten wir die hilfessuchende Frau unterstützen und beruhigen, soweit dies möglich ist. Die Frau sollte nicht nach Hause geschickt werden, bevor sie dazu bereit ist. Wir sollten die Patientin einfühlsam ermutigen, über das Erlebte und die Empfindungen sprechen zu können, quasi Resonanzboden sein für Verzweiflung, Wut, Scham und Trauer der Patientin. Gleichzeitig sollte man der Patientin auch deutlich machen, dass, was sie erlebt, nichts Krankhaftes oder Abnormes ist, sondern eine normale Reaktion auf eine abnorme Belastung. Man sollte mit der Patientin, wenn sich diese bald von Hilfsangeboten zurückziehen möchte, auch vermitteln, dass sie quasi alleine mit der Tat fertig wird, dass wir dies glauben, dass man ihr dies zutraut. Auch wenn man weiss, dass die Frau noch lange an dem Ereignis zu schaffen haben wird, soll man sie unterstützen, an den konkreten Bezügen zum Alltagsleben anzuknüpfen, sobald ihr dies wieder möglich ist. Der Wunsch der Frau,

sich sobald wie möglich von Hilfe wieder unabhängig zu machen, das Streben nach Autonomie und Selbstbestimmung stellt auch einen gewissen Schutz gegen das Überschwemmtwerden vom Erlebten dar (vgl. Tab. 2).

Tab. 2

Krisenintervention nach Vergewaltigung

1. CAVE «Retraumatisierung» durch Amanese und Untersuchung
2. Unterstützung, Beruhigung
3. Medizinische Versorgung, Spurensicherung nach eingehender Erklärung und nach Einwilligung der Patientin
4. Unterstützung der Autonomie und Selbstbestimmung der Frau, Förderung einer ersten äusserlichen Wiederanpassung. Zu diesem Zeitpunkt kein Anspruch auf «Verarbeitung des Traumas»
5. Einbeziehen der Bezugspersonen / soziales Netz
6. Nachkontrollen vereinbaren, Angabe von Hilfsstellen
7. Vermeidung von «Psychiatisierung» oder «Überpsychiatisierung»

Psychische Folgen

In der Psychiatrie und Psychotherapie wurden den Vergewaltigungsoffern und ihren Leiden, den psychischen Reaktionen und Problemen der betroffenen Frauen erst ca. ab den siebziger Jahren Beachtung geschenkt. Dies geschah vor allem zuerst in den USA.

Übereinstimmend ergaben alle Untersuchungen, dass eine Vergewaltigung ein so schwerwiegendes traumatisch wirkendes Ereignis ist, dass es bei den betroffenen Frauen fast immer zu beträchtlichen psychischen Folgeerscheinungen kommt – mit oft jahrelangen Folgeschäden.

Dem zeitlichen Ablauf entsprechend unterscheidet man Reaktionen während des Tatgeschehens und psychische Reaktionen und Folgeerscheinungen nach der Tat (Kurz- und Langzeitreaktionen).

Reaktion während des Tatgeschehens:

Feldmann hat im Rahmen einer Studie 75 Frauen im Alter zwischen 15 und 62 Jahren im Durchschnitt 14 Monate nach der Tat über ihre Reaktionen während der Vergewaltigung befragt. Bezüglich Strategien während der Tat lassen sich drei verschiedene Grundmuster unterscheiden:

- **kognitive** Strategie: Überlegen, wie kann ich dem Angriff entgehen, Merkmale des Täters erkennen...
- **verbale** Strategie: versuchen, den Täter verbal zu beeinflussen
- **physische** Strategie: Fluchtverhalten oder Abwehr

Ein Grossteil der Frauen war gelähmt, willenlos, blockiert in ihrer Wahrnehmungsfähigkeit. Es wurden Gefühle des Unwirklichen beschrieben, gefolgt von Todesangst bis hin zu Schock mit Erstarrtheit. Massive Bedrohungsangst erleben alle, hoffnungsloses Ausgeliefertsein in 98% (vgl. Tab. 3). Bei seinen Untersuchungen fand Feldmann, dass ca. drei Viertel der Frauen von Anfang an ein passives Verhalten zeigen, und nur ein Viertel der Opfer verhält sich aktiv.

Psychische Reaktionen und Folgeerscheinungen nach der Tat:

- **Akute Phase** (Stunden – Tage): Diese Phase ist von Schock und Nichtglaubenkönnen

Tab. 3

Das Vergewaltigungssyndrom (nach H. Feldmann, 1992)

◆ Gefühl des hoffnungslosen Ausgeliefertseins	98,7%
◆ totale Passivierung, Willenlosigkeit, vom Täterwillen beherrscht	80,0%
◆ Ekelgefühle	56,0%
◆ Substupor:	
motorische Lähmungsreaktion	54,7%
zusätzlich körperliche Anästhesie	29,3%
emotionale Anästhesie	28,0%
◆ gedehntes Zeiterleben	41,3%
◆ kognitive Einengung (Wahrnehmung, Denken)	38,7%
◆ verlangsamte Geschehwahrnehmung	29,3%
◆ Lebensbilderschau	23,7%
◆ Gefühl des Unwirklichen, Derealisation	21,3%
◆ Gefühl der Bewusstseinsengung oder Umdämmerung	21,3%

Was heisst?

1. Viktimologisch

Lehre der Beziehungen zwischen Opfer und Täter

2. Vulnerabilität

Verletzbarkeit

3. forensischen

gerichtlichen

4. Asservierung

in amtliche Verwahrung genommen

5. inkohärent

unzusammenhängend

gekennzeichnet. Die Frauen sind bei der Anzeige entweder agiert und inkohärent⁵ oder wie erstarrt, apathisch und teilnahmslos. Diese Anfangsphase ist von starker Angst geprägt. Dies kann auch mannigfaltige somatische Störungen zur Folge haben: Zittern, Schwächegefühl, Herzklopfen... In der Regel kommt es zu massiven Schlafstörungen.

Das Ausdrucksverhalten ist bei einem Grossteil der Frauen expressiv, d.h. sie zeigen offene Gefühlsausbrüche (weinen, sich anklammern, nicht alleine sein können). Ein Teil der Frauen reagiert auch sehr kontrolliert.

Eine vorrangige Bedeutung hat eine anhaltende Angstsymptomatik: generalisierte Angst und phobische Angst (d.h. auf bestimmte Situationen bezogene Angst). Entsprechende Vermeidungsverhalten sind die Folgen mit gravierenden Einschränkungen des Lebens- und Handlungsspielraumes. Es treten Gefühle der Selbstbezichtigung auf, mit der Frage, warum gerade ihnen das passiert ist. Es kommt zu einem Verlust des Selbstvertrauens und der Selbstachtung.

– Langzeitreaktionen: Als Langzeitreaktionen werden Krankheitszeichen ab ca. einem Monat nach der Tat bezeichnet. Die meisten Frauen versuchen zwar, zur Alltagsroutine zurückzukehren. Es bestehen jedoch unter Umständen schwerwiegende psychische Folgeerscheinungen, die sich auf das Befinden und Verhalten auswirken.

Die «Angstsymptomatik» besteht in einer generalisierten Angst (diffuse Erwartungsangst, ängstliche Schreckhaftigkeit und Gespanntheit). Oft bleiben aber auch phobische Ängste zurück.

Als Ausdruck einer Hilflosigkeit bezeichnen sich Frauen als passiv und wenig Initiative zeigend («ich kann nichts mehr machen»; «ich habe mein Leben nicht mehr im Griff»). Diese Haltungen gehen über in Depressivität in Form von Resignation, Mutlosigkeit und Bedrücksein. Auch Schlafstörungen sind weiterhin zu finden. Beeinträchtigt ist auch die Sexualität der Frauen, vor allem im Sinne einer Sex-Aversion (der emotionale Partnerbezug in einer Beziehung ist davon meist nicht betroffen).

Bewältigungsversuche der Frauen zeigen sich unterschiedlich: die Verleugnung und das Vermeiden, daran zu denken, stehen der bewussten Auseinandersetzung gegenüber. Manche bemühen sich bewusst um das Erhalten einer positiven Lebensmoral durch ein inneres Selbstbehaupten. Manchen hilft eine Identifizierung und Solidarisierung mit Frauen, die ähnliches erlebt haben. Andere Frauen aber setzen sich schuldhaft mit der Tat auseinander und machen sich selbst Vorwürfe. ▀

3x Beratung und Information...

Beratungstelefon für Hebammengeburtshilfe

Interview mit Claudia Bettenmann vom Geburtshaus Delphys

sf: Seit wann existiert das Beratungstelefon für Hebammengeburtshilfe?

C.B.: Unser Beratungstelefon besteht seit der Eröffnung unseres Geburtshauses im Dezember 1990.

Anfangs wurde es vor allem von bei uns betreuten Frauen als Telefonsprechstunde benutzt.

Mit grösserem Bekanntheitsgrad des Geburtshauses erweiterte sich auch das Klientinnenspektrum.

Mit grosser Freude können wir am 6. Dezember den 5. Geburtstag unseres Geburtshauses und somit auch des Beratungstelefons feiern. Wir freuen uns um so mehr, da unsere Telefonzeiten voll ausgelastet sind und das Bedürfnis nach unserer Dienstleistung offensichtlich zunehmend vorhanden ist.

sf: Was verstehen Sie unter guter Beratung?

C.B.: Wir verstehen darunter, dass wir die Frauen ernst nehmen, ihnen zuhören und sie in erster Linie durch Aufzeigen ihrer eigenen Ressourcen unterstützen. Bei Komplikationen leiten wir die nötigen Massnahmen ein; sei dies eine Notfallkontrolle bei uns oder die Überweisung an eine Frauenärztin/Klinik.

sf: Welche BeraterInnenpolitik vertritt ihr? Wo liegt Euer Schwergewicht?

C.B.: a) Wir begreifen Schwangerschaftsvorsorge, Geburtshilfe und Nachsorge als untrennbare Einheit. Psychisches und physisches Wohlbefinden der Frau haben eine direkte positive Einwirkung auf den Verlauf von Schwangerschaft und Geburt sowie auf die spätere Mutter-Kind-Beziehung.

b) Unser Schwergewicht liegt bei allen Fragen rund um Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett.

sf: Wie viele BeraterInnen stehen zur Verfügung?

C.B.: Das Beratungstelefon wird vor allem durch unsere Bürohebamme betreut. Grundsätz-

lich stehen jedoch alle sechs Teamfrauen als Beraterinnen zur Verfügung.

sf: Wie gross ist der Aufwand?

C.B.: Unsere Telefonzeiten sind jeweils Mo/Mi/Fr von 10–12 Uhr. In dringenden Fällen steht der Telefonbeantworter zur Verfügung, der in regelmässigen Abständen abgehört wird.

sf: Was kosten die Beratungen?

C.B.: Die Beratungen sind für die Frauen kostenlos. Die Lohnkosten für die beratende Hebamme werden vom Verein Geburtshaus Delphys getragen.

sf: Wie ist die Zusammenarbeit mit den anderen Beratungstelefonen?

C.B.: Wir sind Mitglied beim Informationstelefon appella.

sf: In welcher Situation rufen Frauen an?

C.B.: Die meisten Frauen melden sich während der Schwangerschaft. In erster Linie, weil sie sich für das Geburtshaus als Geburtsort interessieren, weil sie unser Kursangebot in Anspruch nehmen möchten oder bei Komplikationen wie zum Beispiel Beckenendlage. Ausserdem wird das Beratungstelefon bei Stillproblemen oder sonstigen wochenbettspezifischen Fragen in Anspruch genommen.

sf: Was wünsch ihr Euch für die Zukunft der Hebammen?

C.B.: In erster Linie, dass wir den den Hebammen zustehenden Platz bei der Betreuung rund um Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett festigen und erweitern können. Und in zweiter Linie, dass wir dafür auch eine angemessene Entlohnung beanspruchen können.

sf: Besten Dank für dieses Gespräch! ▀