

Hochschule Kempten  
Hochschule für angewandte Wissenschaften  
Bahnhofstr. 61  
87435 Kempten

## Diplomarbeit

# Häusliche Gewalt und der Gesundheitsbereich

*Theoretische Aspekte, Situation, Einschätzung und Bedarfe der  
ÄrztInnen in Kempten und Altlandkreis Kempten*

1. Prüfer	Prof. Dr. Markus Jüster
2. Prüfer	Prof. Dr. Brigitte Trippmacher
Verfasserin	Simone Feneberg
	Ringstr. 20
	87463 Probstried
	Matrikelnummer 180 114
	8. Studiensemester
	Studiengang: Sozialwirtschaft
Eingereicht am:	10. September 2008

## Vorwort

Die vorliegende Diplomarbeit wurde in der Zeit von April bis September 2008 an der Fachhochschule Kempten unter der Leitung von Prof. Dr. Markus Jüster angefertigt. Das vorausgegangene Praktikum im Frauenhaus Kempten und die aktuellen Ereignisse bezüglich häuslicher Gewalt in den Medien – auch im beschaulichen Allgäu – hatten auf die Wahl des Themas großen Einfluss.

Mein besonderer Dank gilt Herrn Prof. Dr. Markus Jüster für die umfassende Betreuung der Arbeit, Frau Barbara Zick, Frau Roswitha Ziegerer und Frau Amelia Ulbrich für die fachliche Hilfestellung und Unterstützung. Ein großer Dank auch Frau Sabine Blessing bzw. der Stadt Kempten für die Übernahme der Portokosten, die durch die Umfrage entstanden sind. Nicht zuletzt auch vielen Dank an Frau Prof. Dr. Brigitte Trippmacher für die Übernahme der Zweitkorrektur.

Probstried, September 2008

Simone Feneberg

# Inhaltsverzeichnis

Vorwort	II
Inhaltsverzeichnis	III
Abkürzungsverzeichnis	V
Abbildungsverzeichnis	V
Tabellenverzeichnis	VI
1. Einleitung	1
2. Gewaltformen und Folgen von Gewalt, Maßnahmen und Handlungsmöglichkeiten der Beteiligten	4
2.1 Begriffserläuterungen	4
2.1.1 Häusliche Gewalt	4
2.1.2 Arten von Gewalt	5
2.1.3 Dynamik der Gewalt	6
2.1.4 Zyklustheorie der Gewalt	7
2.1.5 Stockholm-Syndrom	9
2.1.6 Erlernte Hilflosigkeit	10
2.2 Folgen häuslicher Gewalt	11
2.2.1 Gesundheitliche Folgen	11
2.2.2 Wirtschaftliche Folgen	12
2.3 Beteiligte Professionen in Fällen häuslicher Gewalt	13
2.4 Maßnahmen der Bundesregierung gegen häusliche Gewalt	13
2.5 Die besondere Rolle der ÄrztInnen bei häuslicher Gewalt	15
2.6 Interventions- und Handlungsmöglichkeiten	16
2.6.1 Aktuelle Gesetzeslage	16
2.6.2 Interventionsmöglichkeiten der ÄrztInnen	18
2.6.3 Handlungsmöglichkeiten für betroffene Frauen	20
3. Situationsanalyse in Kempten und im Altlandkreis Kempten	22
3.1 Vorbereitende Maßnahmen	23
3.1.1 Auswahl der Fachrichtungen	23
3.1.2 Regionale Einschränkung	23
3.2 Die Ermittlung der Adressen	24
3.3 Zielsetzung	24
3.4 Fragebogenkonstruktion	25
3.4.1 Eingangsfrage	26
3.4.2 Wahrnehmung von Gewalt	26
3.4.3 Verhalten bei häuslicher Gewalt und Selbsteinschätzung der ÄrztInnen	27
3.4.4 Maßnahmen und Hindernisse bei häuslicher Gewalt	27
3.4.5 Verbesserungsvorschläge bezüglich Informationen	27
3.4.6 Interesse an einem pro-aktiven Beratungsangebot	28
3.4.7 Einstellung zu offiziellen Dokumentationsbögen	28

3.4.8	Statistische Angaben zur Person und Praxis .....	28
3.5	Datenerhebung .....	28
3.6	Realisierte Stichprobe .....	29
3.7	Auswertung .....	31
3.8	Ergebnisse .....	31
3.8.1	Auswertung der gesonderten Antworten .....	31
3.8.2	Wahrnehmung von Opfern häuslicher Gewalt .....	32
3.8.3	Anzahl der wahrgenommenen Fälle häuslicher Gewalt .....	34
3.8.4	Wahrnehmung der Gewaltformen .....	34
3.8.5	Körperliche und psychische Symptome .....	36
3.8.6	Anteil der Patientinnen mit erlebter häuslicher Gewalt .....	36
3.8.7	Verhalten der Ärztinnen und Ärzte in der Praxis .....	38
3.8.8	Einschätzung eigener Möglichkeiten .....	40
3.8.9	Mögliche Problematiken .....	44
3.8.10	Hilfreiche Angebote für Ärztinnen und Ärzte .....	46
3.8.11	Einstellung zu einem pro-aktiven Beratungsangebot .....	51
3.8.12	Anmerkungen der Ärzte .....	53
3.8.13	Zusammenfassung der wichtigsten Ergebnisse .....	54
4.	Hilfsmöglichkeiten und ihre mögliche Umsetzung in der Region .....	57
4.1	Vorstellung des Interventionsprojekts S.I.G.N.A.L. ....	57
4.2	Denkbare Umsetzung eines pro-aktiven Beratungsangebotes für ÄrztInnen in der Stadt und im Altlandkreis Kempten .....	60
4.2.1	Beschreibung des Projektes .....	60
4.2.2	Zielgruppe .....	60
4.2.3	Ziele des Projektes .....	61
4.2.4	Vorteile des Projektes .....	61
4.2.5	Projekttablauf .....	61
4.2.6	Qualitätssicherung .....	62
4.3	Einschätzung der Realisierbarkeit eines pro-aktiven Hilfsangebotes im Hinblick auf die Ergebnisse der Befragung .....	63
5.	Zusammenfassung/ Schlussfolgerung .....	64
6.	Resümee .....	68
7.	Literaturverzeichnis .....	70
8.	Anhang .....	73
8.1	Anhang A: Anschreiben der Erhebung .....	73
8.2	Anhang B: Fragebogen der Erhebung .....	74
8.3	Anhang C: Auswertungsbogen der Erhebung .....	78
9.	Eidesstattliche Erklärung .....	94

## Abkürzungsverzeichnis

AllgemeinärztInnen = Allgemeinärztinnen und Allgemeinärzte  
ÄrztInnen = Ärztinnen und Ärzte  
BeraterInnen = Beraterinnen und Berater  
BGB = Bürgerliches Gesetzbuch  
BMFSFJ = Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend  
ESF = Europäische Sozialfond  
GewSchG = Gewaltschutzgesetz  
KIM = Kemptener Interventionsmodell  
M.I.G.G = Bundesweites Modellprojekt Medizinische Intervention gegen Gewalt  
PAG = Polizeiaufgabengesetz Bayern  
PolizeibeamtInnen = Polizeibeamtinnen und Polizeibeamte  
RichterInnen = Richterinnen und Richter  
S.I.G.N.A.L = Berliner Interventionsmodell für Krankenhäuser  
StaatsanwältInnen = Staatsanwältinnen und Staatsanwälte  
VertreterInnen = Vertreterinnen und Vertreter

## Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Das Rad der Gewalt .....	6
Abbildung 2: Das Rad zur Unterstützung und Stärkung von Opfern .....	16
Abbildung 3: Zusammensetzung der realisierten Stichprobe - ärztlichen Fachrichtungen .....	30
Abbildung 4: Zusammensetzung der Antworten – Ärztinnen zu Ärzte .....	30
Abbildung 5: Kontakt zu Opfern häuslicher Gewalt .....	32
Abbildung 6: Vermuteter Kontakt zu Opfern häuslicher Gewalt .....	33
Abbildung 7: Vermuteter Kontakt mit Opfer häuslicher Gewalt: Vergleich der Ärztinnen und Ärzte .....	33
Abbildung 8: Anzahl behandelter Fälle häuslicher Gewalt .....	34
Abbildung 9: Anteil von Opfern häuslicher Gewalt in der Praxis .....	37
Abbildung 10: Anteil vermutlicher Opfer häuslicher Gewalt in der Praxis .....	37
Abbildung 11: Verhalten bei vermuteter Gewalttätigkeit .....	38
Abbildung 12: Passives Verhalten in Verdachtsmomenten .....	39
Abbildung 13: Wiederholtes Nachfragen bei ausweichendem Verhalten .....	39
Abbildung 14: Arbeitsbelastung in der Praxis .....	40
Abbildung 15: Informationsstand unserer Ärzte .....	40
Abbildung 16: Hinweis auf vorhandene Möglichkeiten der Frauen .....	42
Abbildung 17: Selbsteinschätzung: Ärztin/Arzt als Ansprechpartner .....	43
Abbildung 18: Einschätzung Patientinnensicht: Ärztin/Arzt als Ansprechpartner.	43
Abbildung 19: Fehlende Qualifikation der ÄrztInnen .....	44
Abbildung 20: Arzt als falsche/r Ansprechpartner/in .....	45
Abbildung 21: Schriftliches Informationsmaterial für Patientinnen .....	46

Abbildung 22: Informationsmaterial zu rechtlichen Aspekten . . . . .	47
Abbildung 23: Leitfaden zur Vorgehensweise für Ärztinnen und Ärzte . . . . .	47
Abbildung 24: Leitfaden zur gerichtsverwertbaren Dokumentation . . . . .	48
Abbildung 25: Fortbildungen zum Erkennen und Umgang mit Opfern . . . . .	49
Abbildung 26: Fortbildung zur Gesprächsführung mit Opfern . . . . .	49
Abbildung 27: Eine neue 'Abrechnungsziffer' . . . . .	50
Abbildung 28: Vorstellbarkeit eines pro-aktiven Beratungsangebotes . . . . .	51
Abbildung 29: Pro-aktives Beratungsangebot als hilfreiches Angebot . . . . .	52
Abbildung 30: Pro-aktive Angebote als Entlastung für unsere ÄrztInnen . . . . .	52

## Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Unterschiedliche Ausprägungsformen von Gewalt . . . . .	5
Tabelle 2: Der Gewaltzyklus in der Partnerschaft . . . . .	8
Tabelle 3: Gesundheitliche Folgen durch erlebte Gewalt . . . . .	11
Tabelle 4: Die wichtigsten Paragraphen zur häuslichen Gewalt . . . . .	17
Tabelle 5: Interventionsmöglichkeiten der ÄrztInnen . . . . .	18
Tabelle 6: Themenkomplexe des Fragebogens . . . . .	25
Tabelle 7: Grundgesamtheit der Befragung . . . . .	29
Tabelle 8: Zusammensetzung der realisierten Stichprobe . . . . .	29
Tabelle 9: Formen von Gewalt (Mehrfachnennung möglich) . . . . .	35
Tabelle 10: Formen von Gewalt – Einschätzung nach Geschlecht der Befragten. . . . .	35
Tabelle 11: Wissensstand der befragten Ärztinnen und Ärzte . . . . .	41
Tabelle 12: Handlungsschritte und –ziele von S.I.G.N.A.L. . . . .	58

## 1. Einleitung

Frauen sind auch in der modernen Gesellschaft stark von unterschiedlichsten Formen von Gewalt betroffen. Das Thema war, ist und bleibt bis heute aktuell. Laut der repräsentativen Untersuchung „Lebenssituationen, Sicherheit und Gesundheit von Frauen in Deutschland“ des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, erlebten 37 % aller befragten Frauen mindestens einmal körperliche Gewalt. Sexualisierte Gewalt erlebten 13 % der Befragten, wobei 58 % aller Frauen sexuelle Belästigungen erlebt haben. Ein weiterer großer Anteil – der oft nicht als Gewalt identifiziert wird – ist psychische Gewalt. Einschüchterung, aggressives Anschreien, Verleumdung, Drohung, Demütigung oder Psychoterror haben in Deutschland 42 % aller Frauen schon erlebt.<sup>1</sup>

Die polizeiliche Kriminalstatistik hat für das Jahr 2007 folgende Zahlen ermittelt:

- 972 Frauen wurden ermordet und totgeschlagen oder es wurde ein Versuch des Mordes oder Totschlags angezeigt. Das bedeutet, dass täglich 2-3 Frauen ermordet oder totgeschlagen wurden oder ein entsprechender Versuch an ihnen verübt wurde.
- 211.947 mal wurde Anzeige erstattet, weil die Frauen körperlich, zum Teil schwer, verletzt worden sind. Somit wurden täglich etwa 580 Anzeigen wegen Körperverletzung an Frauen bei der Polizei aufgenommen.<sup>2</sup>

Diese Zahlen präsentieren sich täglich in den Medien, oft in Form aufreißerischer Berichte. Täglich bekommen Frauen aus gewaltgeprägten Lebensverhältnissen über diese Medien die Botschaft, dass die eigene Situation wirklich gefährlich ist. Dies führt zu einer Bestätigung ihrer Angst und ihrer Machtlosigkeit, ihre Situation zu verändern.

Die offiziellen Zahlen zeigen aber nur einen Teil der vorhandenen Gewalt in Deutschland, die Dunkelziffer liegt um vieles höher. Frauen haben oft Hemmungen, eine Anzeige zu erstatten. Ein großer Teil der Taten wird somit nicht bekannt. Zum einen haben Frauen oft Angst, nicht glaubwürdig zu wirken, zum anderen geben sie sich selbst die Schuld, dass es zur Gewalttat gekommen ist.

Besonders schwierig ist der Bereich häusliche Gewalt. Die erlebte Gewalt durch den Partner oder andere männliche Verwandte ist Alltag für viele Frauen. Hochrechnungen ergaben, dass in jeder dritten Partnerschaft speziell häusliche Gewalt zu einem bestimmten Zeitpunkt oder auch kontinuierlich ein Thema ist. Hier ist die Anzahl der Anzeigen verschwindend gering. Die Angst vor der Zukunft, vor weiteren Angriffen und die fehlende Hoffnung auf Besserung durch eine Anzeige halten die Frauen oft davon ab.<sup>3</sup>

---

<sup>1</sup> Vgl.: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) (Hrsg.) (2004): Lebenssituation, Sicherheit und Gesundheit von Frauen in Deutschland – Eine repräsentative Untersuchung zu Gewalt gegen Frauen in Deutschland; Stand 2004, Nachdruck 2006; Berlin; S. 9

<sup>2</sup> Vgl.: Bundeskriminalamt (2008) (Hrsg.): Polizeiliche Kriminalstatistik 2007 – Bundesrepublik Deutschland; Paderborn: Bonifatius GmbH, 55. Ausgabe; S.62 ff.

<sup>3</sup> Vgl.: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) (Hrsg.) (2004): Frauen in Deutschland – Von der Frauen- zur Gleichstellungspolitik; Berlin; S. 156 f.

Unsere Bundesregierung hat das Problem erkannt. Sie hat deshalb bereits zwei Aktionspläne zur Bekämpfung häuslicher Gewalt verabschiedet. Der erste Aktionsplan (1999) benennt als Hauptziele eine effizientere Bekämpfung der Gewalt gegen Frauen und einen besseren Schutz von gewaltbetroffenen Frauen. Bereiche wie Prävention, Rechte, Kooperationen, Vernetzung, Täterarbeit, internationale Zusammenarbeit und nicht zuletzt die Sensibilisierung von Fachleuten sind Schwerpunkte, die bearbeitet werden sollen.<sup>4</sup>

Der zweite Aktionsplan (2007) des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend sieht unter anderem eine große Herausforderung darin, den Gesundheitsbereich zu aktivieren. Ärzte sind oft damit konfrontiert, gesundheitliche, physische und psychische Verletzungen festzustellen. Ärztinnen und Ärzte können entscheidende Ansprechpartner sein, um Gewaltsituationen zu beenden. Oft werden jedoch nicht die wahren Hintergründe der Verletzungen erkannt oder es wird unsicher auf Offenlegungen reagiert. Deshalb fordert die Bundesregierung eine Veränderung, die es ermöglicht, gewaltbetroffenen Frauen eine situationsgerechte Versorgung zu bieten und sie auch über vorhandene Möglichkeiten zu informieren.<sup>5</sup>

Von der Bundesregierung wurde hierfür in Berlin ein Gesundheitspräventionsprogramm namens S.I.G.N.A.L. gefördert. Dieses beschäftigte sich erfolgreich mit dem Thema der Sensibilisierung der ÄrztInnen im Krankenhaus. In dem Projekt wurde die Ärzteschaft und das Pflegepersonal im Krankenhaus zum Thema häusliche Gewalt geschult. Nach erfolgreicher Durchführung soll das Projekt nun nicht nur auf andere Krankenhäuser in Deutschland übertragen werden, sondern auch auf den Bereich der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte. Das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend fördert hierfür unterschiedliche Implementierungsmaßnahmen.<sup>6</sup>

Das neue Bundesmodellprojekt 'Medizinische Intervention gegen Gewalt' (M.I.G.G), das im März 2008 gestartet ist, konzentriert sich auf die Schlüsselrolle der Ärztinnen und Ärzte im ambulanten Bereich. In der dreijährigen Projektdauer wird es in fünf Städten in Deutschland erprobt und dabei wissenschaftlich begleitet.<sup>7</sup>

Das Ziel dieser Diplomarbeit ist es, die Hilfsmöglichkeiten, die Frauen aus gewaltgeprägten Partnerschaften von Seiten ambulanter ÄrztInnen erfahren können, zu erfassen. Aus der Befragung soll sich die momentane Situation speziell im Bereich der ÄrztInnen in der Stadt Kempten und im Altlandkreis Kempten ergeben. Kempten und der Altlandkreis Kempten wurden gewählt, weil für diesen Einzugsbereich schon seit mehreren Jahren ein pro-aktives Unterstützungsangebot in Zusammenarbeit mit der Polizeiinspektion Kempten besteht und damit ein Vergleich zum Bedarf und Aufwand möglich ist.

---

<sup>4</sup> Vgl.: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) (Hrsg.) (2007): Aktionsplan II der Bundesregierung zu Bekämpfung von Gewalt gegen Frauen; Berlin; S. 14 f.

<sup>5</sup> Vgl.: ebd.; S. 12

<sup>6</sup> Vgl.: ebd.; S. 41 ff.

<sup>7</sup> Vgl.: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend:

<http://www.bmfsfj.de/bmfsfj/generator/Politikbereiche/gleichstellung,did=98090.html> (19.08.08)

Der regionale Blick der ÄrztInnen spielt eine wichtige Rolle. Wie begegnen Ärztinnen und Ärzte häuslicher Gewalt und inwieweit wird das Problem wahrgenommen? Besteht ein Interesse an Angeboten für den Gesundheitsbereich? Welche Handlungsansätze zum Thema häusliche Gewalt und dem Gesundheitsbereich gibt es?

Die Ergebnisse der Befragung sollen eine Abschätzung der Lage zulassen, um einen möglichen Lösungsweg zu zeigen, der einen Schritt weiter in Richtung Bekämpfung der Gewalt gegen Frauen führt.

## 2. Gewaltformen und Folgen von Gewalt, Maßnahmen und Handlungsmöglichkeiten der Beteiligten

### 2.1 Begriffserläuterungen

Im folgenden Teil soll die Differenzierung der häuslichen Gewalt zu anderen Gewaltformen klarer werden. Häusliche Gewalt ist eine besondere Form der erlebten Gewalt. Gerade aus diesem Grund ist es wichtig, die genaue Definition, die Inhalte und die Abgrenzungen zu anderen Gewaltformen zu kennen.

#### 2.1.1 Häusliche Gewalt

Häusliche Gewalt wird offiziell als „Gewalt zwischen zwei Personen, die aktuell oder in der Vergangenheit eine partnerschaftliche Beziehung eingegangen sind“<sup>8</sup> definiert. In dieser Arbeit wird unter dem Begriff ausschließlich die „männliche Gewalt gegen Frauen...im engen sozialen Nahbereich wie Ehe, Familie und Partnerschaft“<sup>9</sup> gefasst.

In über 90 % der Fälle sind Frauen und Kinder die Opfer, Männer sind im überwiegenden Teil die Täter.<sup>10</sup> Männer erleben ebenfalls unterschiedlichste Formen von Gewalt, jedoch haben sie andere Zusammenhänge und Folgen als bei Frauen.<sup>11</sup> Die Abgrenzung der von Männern erlebten Gewalt zum Thema häuslicher Gewalt ist deshalb für diese Arbeit notwendig.

Häusliche Gewalt war lange Zeit ein Tabuthema. Was hinter verschlossenen Türen geschah, betraf die Außenwelt nicht. Mit dem Slogan aus der Frauenbewegung 'Das Private ist politisch', wurde das Thema langsam enttabuisiert und es bildeten sich mit der Frauenbewegung die ersten Frauenhäuser.<sup>12</sup> Immer wieder ist zu hören, die Frauen hätten ihre Männer provoziert und sind somit selber an ihrer Situation Schuld. Jedoch kann eine Frau ihr 'provozierendes Verhalten' nur damit ablegen, indem sie sich der Autorität ihres Mannes fügt. Das bedeutet, dass eine Frau, die ihre Meinung vertritt, bereits ein provozierendes Verhalten zeigen würde.<sup>13</sup> Die

---

<sup>8</sup> Zitat: Seifert Dragana, Heinemann Axel, Püschel Klaus: Frauen und Kinder als Opfer häuslicher Gewalt; Deutsches Ärzteblatt 18.08.2006; Jg. 103; Heft 33; Seite A-2168

<sup>9</sup> Zitat: BIG e.V. (Berliner Interventionsprojekt gegen häusliche Gewalt e.V.): Standards und Empfehlungen für die Aus- und Fortbildung zum Thema häuslicher Gewalt (2002), Berlin; Seite 3

<sup>10</sup> Vgl.: Seifert Dragana, Heinemann Axel, Püschel Klaus: Frauen und Kinder als Opfer häuslicher Gewalt; Deutsches Ärzteblatt 18.08.2006; Jg. 103; Heft 33; Seite A-2168

<sup>11</sup> Vgl.: Institut für angewandte Familien-, Kindheits- und Jugendforschung: Hintergründe und Auswirkungen häuslicher Gewalt – Ein Curriculum für die Familienbildung – <http://www.uni-potsdam.de/u/ifk/sites/curriculum-site/currend.pdf>: (19.08.08); Seite 4

<sup>12</sup> Vgl.: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) (Hrsg.) (1999): Aktionsplan der Bundesregierung zur Bekämpfung von Gewalt gegen Frauen; Berlin; S. 6

<sup>13</sup> Vgl.: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) (Hrsg.) (2000): Neue Fortbildungsmaterialien für Mitarbeiterinnen im Frauenhaus – Gewalt im Geschlechterverhältnis; Berlin: Kohlhammer Verlag; S. 7

Verantwortung für Gewalt kann folglich nicht dem Opfer zugeschoben werden, sondern ausschließlich dem Täter.

Körperliche Gewalt ist die offensichtlichste Gewaltart, bei häuslicher Gewalt muss es sich jedoch nicht ausschließlich um Schläge handeln. Es gibt unterschiedliche Formen von Gewalt. Diese werden im Folgenden deutlich gemacht.

### 2.1.2 Arten von Gewalt

Es gibt eine Reihe unterschiedlicher Arten von Gewalt. Für die Arbeit mit gewaltbetroffenen Frauen ist es von Bedeutung, die unterschiedlichen Ausprägungsformen bewusst wahrzunehmen. Die folgende Tabelle zeigt die möglichen Formen von Gewalt, die einzeln oder parallel auftreten können.

Tabelle 1: Unterschiedliche Ausprägungsformen von Gewalt

<b>1. Körperliche, physische Gewalt</b>
Bei der körperlichen, beziehungsweise physischen Gewalt wird von einem tätlichen Angriff gesprochen. Im schlimmsten Fall kann dieser Angriff zum Tode führen. Beispiele für körperliche Angriffe sind Schläge mit den Händen oder Gegenständen, Misshandlungen, Würgen, Fesseln oder Ohrfeigen.
<b>2. Psychische Gewalt</b>
Unter den Begriff psychische Gewalt fallen beispielsweise Drohungen, Beleidigungen, Demütigungen, Unterdrückung oder Einschüchterung.
<b>3. Sexualisierte Gewalt</b>
Hierunter fallen Situationen wie sexuelle Nötigung, Missbrauch, Vergewaltigung oder Zwangsprostitution.
<b>4. Ökonomische Gewalt</b>
Bei der ökonomischen Gewalt besteht ein Zwang oder ein Verbot gegenüber der betroffenen Person. Das bedeutet, die Frau <i>muss</i> oder <i>darf nicht</i> arbeiten gehen. Das Ziel des Partners ist es, die alleinige Macht über die Finanzen zu haben.
<b>5. Soziale Gewalt</b>
Der Partner kontrolliert oder verbietet bei der sozialen Gewalt die Kontakte nach außen. Das Bestreben ist es, die Frau sozial zu isolieren und sie noch abhängiger zu machen.

Vgl.: Seifert Dragana, Heinemann Axel, Püschel Klaus: Frauen und Kinder als Opfer häuslicher Gewalt; Deutsches Ärzteblatt 18.08.2006; Jg. 103; Heft 33; Seite A-2169

Die unterschiedlichen Formen treten oft miteinander auf und die Übergänge sind fließend. Die in Tabelle 1 aufgeführten Gewaltformen sind jedoch eher theoretisch zu sehen. Eine Frau, die beispielsweise vergewaltigt wird, erleidet in diesem Moment nicht nur sexualisierte Gewalt, sondern auch psychische Gewalt wie Demütigung oder Einschüchterung und physische Gewalt durch

die erlittenen körperlichen Schäden.<sup>14</sup> Eine Differenzierung ist trotzdem sinnvoll, um die einzelnen Gewaltformen deutlicher wahrzunehmen. Täter möchten durch das Ausüben der körperlichen, psychischen, sexuellen, ökonomischen oder sozialen Gewalt ihre Macht und Kontrolle stärken.<sup>15</sup> Die Macht und Kontrolle durch Gewalt ist in der folgenden Abbildung gut sichtbar, sie ist eingebettet in die unterschiedlichen Gewaltformen und kann somit nicht leicht durchbrochen werden.

Abbildung 1: Das Rad der Gewalt



Hildegard Hellbernd, Petra Brzank, Karin Wieners, Ulrike Maschewsky-Schneider; S.I.G.N.A.L Hilfe für Frauen (2003): Häusliche Gewalt gegen Frauen: gesundheitliche Versorgung – Das S.I.G.N.A.L. Interventionsprogramm. Handbuch für die Praxis und wissenschaftlicher Bericht; Berlin; S. 24

### 2.1.3 Dynamik der Gewalt

Jeder Mensch macht in seinem Leben Erfahrungen mit Aggressionen. „Dies kann z.B. eine Beleidigung durch unseren Gesprächspartner, das dichte Auffahren eines anderen Autofahrers auf der Autobahn ... sein. Die eigene

<sup>14</sup> Vgl.: Mark Heike (2001): Häusliche Gewalt gegen Frauen – Ergebnisse einer Befragung niedergelassener Ärztinnen und Ärzte; Marburg: Tectum Verlag; S. 13 f.

<sup>15</sup> Vgl.: Institut für angewandte Familien-, Kindheits- und Jugendforschung: Hintergründe und Auswirkungen häuslicher Gewalt – Ein Curriculum für die Familienbildung – <http://www.uni-potsdam.de/u/ikf/sites/curriculum-site/currend.pdf>: (07.09.08); S.4

Reaktion darauf ist nur recht und billig. Eine Zurechtweisung, ein kurzer Tritt auf die Bremse zu erzieherischen Zwecken ... erscheint als angemessen und legitim. Aggressiv sind immer nur die anderen. Wir selbst haben nur reagiert.“<sup>16</sup>

Bei der Gewaltdynamik im Allgemeinen erleben beide Interaktionspartner das eigene Handeln als gerechtfertigt und die Reaktion des Gegenüber als unangemessen. Die Folge ist eine heftigere Reaktion auf den Interaktionspartner. Das Gegenüber reagiert wieder verstärkt auf die vorangegangene Reaktion. Der Weg zu einer Eskalation ist somit eröffnet. Die Wahrnehmung der beiden Interaktionspartner ist als Motor der Eskalationsspirale zu sehen.<sup>17</sup>

Durch die Wechselbeziehung kann es im Bereich einer Partnerschaft zu einem Differenzierungsprozess der Normen von den einzelnen Partnern kommen. Das bedeutet, dass auch ohne äußere Einflüsse – also dritte Personen – die dominante Person A immer dominanter wird und die unterwürfige Person B immer unterwürfiger wird.<sup>18</sup> Die Rolle der unterwürfigen Person fällt in den meisten Fällen auf die Frau. Das folgende Zitat erklärt diese Tatsache: „Die unbewussten Bedürfnisse von beiden, Frau und Mann, verstärkt durch die traditionelle Rollenteilung in der Ehe, scheinen ihren extremen Ausdruck in der Grenzenlosigkeit zwischen Fürsorge und Kontrolle zu finden: Das Bedürfnis des Mannes nach totaler Liebe gerät zur absoluten Machtübernahme, das Bedürfnis der Frau nach totaler Liebe gerinnt zur völligen Abhängigkeit.“<sup>19</sup>

#### 2.1.4 Zyklustheorie der Gewalt

Die Zyklustheorie ist ein Erklärungsmodell, in der häusliche Gewalt dargestellt werden kann. Dabei handelt es sich um eine Gewaltspirale, die einer Gewaltdynamik unterliegt (siehe 2.1.3). Typisch ist, dass sich die Gewalt zyklisch wiederholt und die Abstände zwischen den einzelnen Vorfällen immer kürzer und immer schwerwiegender werden.

Die Phasen der Zyklustheorie wurden von Leonore E. Walker durch Forschungen in diesem Feld festgelegt. Eine groß angelegte persönliche Befragung und eine anschließende durchgeführte Kontrolle, haben deutlich gemacht, dass der Gewaltzyklus folgenden Ablauf hat:

---

<sup>16</sup> Zitat: Christof Nachtigall (1998): Selbstorganisation und Gewalt; Münster: Waxmann Verlag; S. 24

<sup>17</sup> Vgl.: ebd. S. 24

<sup>18</sup> Vgl.: Watzlawick Paul, Beavin Janet H., Jackson Don D. (2003): Menschliche Kommunikation – Formen, Störungen, Paradoxien; Bern: Hans Huber Verlag; 10. unveränderte Auflage; S. 68 f.

<sup>19</sup> Zitat: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) (Hrsg.) (2000): Neue Fortbildungsmaterialien für Mitarbeiterinnen im Frauenhaus – Gewalt im Geschlechterverhältnis; Berlin: Kohlhammer Verlag; S. 84

Tabelle 2: Der Gewaltzyklus in der Partnerschaft

<b>1. Phase: 'tension building phase' – Der Spannungsaufbau</b>
Zwischen den Partnern ist ein steigender Spannungsaufbau zu erkennen, es sind kleinere gewalttätige Übergriffe möglich. Das Opfer hat Strategien, um den Täter zu besänftigen, wie beispielsweise Fürsorge gegenüber dem Täter, um die Gewalttat zu umgehen. Das Verhalten der Frau hinterlässt beim Mann den Eindruck, dass er sich richtig verhält. Die Spannung zwischen beiden Personen steigt bis ins Unerträgliche.
<b>2. Phase: 'violent phase' – Die Gewalttat</b>
Die Strategien des Opfers reichen nicht mehr aus, um die Gewalttat zu umgehen. Der Täter erleichtert seine stark innerlich gestiegene Spannung, indem er gewalttätig wird. Die zerstörerische Wirkung unterscheidet die 2. Phase von der 1. Phase, in der bereits kleinere gewalttätige Vorfälle vorhanden sein können. Auslöser kann ein Streit, Alkohol oder ein anderer (äußerer) Auslöser sein.
<b>3. Phase: 'honeymoon-phase' – Die neue Verliebtheit</b>
Der Eintritt in die dritte Phase wird von beiden Personen positiv empfangen. Der Täter empfindet Reue für seine Tat, entschuldigt und erklärt sein Verhalten. Es wird um Vergebung gebeten und das Versprechen abgegeben, dass so ein Vorfall nie mehr passieren wird. Eine neue Harmonie und Verliebtheit setzt ein. Die Frauen sind voller Glück, sind liebevoll und vertrauen wieder ihren Partnern. Die dritte Phase ist eine Erholung für die Opfer, jedoch geht sie unbemerkt zur ersten Phase über und der neue Spannungsaufbau beginnt.

Vgl.: Leonore E. Walker (1994): Warum schlägst du mich? Frauen werden misshandelt und wehren sich. Eine Psychologin berichtet; München: R. Piper GmbH; S. 84 ff.

Auffallend ist, dass nicht nur die Zeitabstände immer enger werden, sondern dass der Täter die Schuld für den Gewaltausbruch immer stärker dem Opfer zuschiebt. Auch das Opfer ist immer stärker in der Annahme, die Schuld des Gewaltausbruches zu tragen. Das Opfer gibt somit dem Täter eine zusätzliche Bestätigung seines Verhaltens und schützt ihn.

Der Übergang von Phase 3 zurück in die Phase 1 verläuft schleichend und es kommt somit zu einer Wiederholung. Jedoch ist nochmals zu betonen, dass sich neben den verkürzten Zeitabständen nun auch die 'Qualität' der Gewaltausbrüche steigert.<sup>20</sup> Wird der Zyklus nicht unterbrochen, wird das Verhalten der Partner zu einer Spirale und die Spannungsphasen bestimmen die Beziehung.

Oft kommt es bei deutlich ungleichen Ressourcen- und Machtverhältnissen zwischen Frau und Mann zu diesem Gewaltzyklus. Das Rollenbild der Geschlechter hat großen Einfluss. Die Hauptgründe für die gewalttätigen

<sup>20</sup> Vgl.: Koordinierungsstelle gegen häusliche Gewalt – Ministerium für Justiz, Gesundheit und Soziales des Saarlandes (2006): Eine Information für Ärztinnen und Ärzte – Häusliche Gewalt erkennen, behandeln, dokumentieren; Saarbrücken; 3. Auflage; Seite 8 f.

Männer liegen in der mächtigen Rolle, die sich die Männer auch durch das traditionelle Rollenbild zuschreiben. Das traditionelle Rollenbild der Frau sieht klassisch vor, dass Frauen in Konfliktsituationen vieles erdulden, sich zurücknehmen, sich still verhalten und ihre Aufgabe, sich um das Wohl der Familienmitglieder zu kümmern, ausfüllen. Dieses Problem ist gesellschaftlich bedingt, dabei tritt häusliche Gewalt aber in allen sozialen Schichten auf.

#### 2.1.5 Stockholm-Syndrom

Die Folgen von häuslicher Gewalt werden im öffentlichen Bewusstsein teilweise mit den Ursachen verwechselt. So wird immer wieder angenommen, dass misshandelte Frauen ihre Situation nicht verändern möchten.

Das ambivalente Verhalten von Opfern häuslicher Gewalt kann mit einem weiteren Erklärungsmodell – dem „Stockholm-Syndrom“ – beschrieben werden.

Frauen, die Opfer häuslicher Gewalt werden, verhalten sich teilweise nach den selben psychischen Mechanismen, die auch bei Geiseln zu finden sind, das bedeutet, sie passen sich dem Täter an und identifizieren sich mit seinen Zielen, um zu überleben.<sup>21</sup>

Der Ursprung des Stockholm-Syndroms ist auf ein Geiseldrama im Jahr 1973 in Stockholm zurückzuführen. Damals entwickelten die Geiseln in den Tagen ihrer Geiselnahme mehr Angst gegenüber der Polizei als gegenüber ihren Geiselnehmern. Das bedeutet, die Helfer werden tendenziell als gefährlich wahrgenommen, weil das Opfer nicht weiß, wie der Geiselnehmer auf das Verhalten von außen reagieren wird.

Auch nach Beendigung der Geiselnahme durch die Polizei verspürten die Opfer keinen Hass gegenüber den Geiselnehmern. Sie bauten eher ein positives, emotionales Verhältnis zu den Entführern auf. Dies kann sogar dazu führen, dass Opfer und Täter sich in einander verlieben.<sup>22</sup>

Das Stockholm-Syndrom kann auch auf Opfer häuslicher Gewalt übertragen werden.

Das Syndrom entsteht unter den vier folgenden Bedingungen:

- das Leben des Opfers wird bedroht, und der Täter hat die Macht, diese Drohung auszuführen
- das Opfer ist von anderen Menschen isoliert
- das Opfer glaubt, nicht entkommen zu können
- der Täter ist zeitweise freundlich zu dem Opfer

---

<sup>21</sup> Vgl.: Frauenhaus Kempten (2006) (Hrsg.): Jahresbericht 2005; Kempten; S. 19

<sup>22</sup> Vgl.: Internet Publikation für Allgemeine und Integrative Psychotherapie:  
[http://www.sgip.org/gipt/entw/bindung/path\\_1.htm](http://www.sgip.org/gipt/entw/bindung/path_1.htm) (07.09.08)

Die Bindung an den Täter ist durch die Partnerschaft so stark, dass die Betroffenen häufig dessen Perspektive übernehmen. Dadurch entsteht für Außenstehende eine unerklärliche Koalition mit dem Täter. Für helfende Personen und Institutionen ist es daher wichtig zu wissen, dass die Passivität, Ambivalenz und die Identifizierung des Opfers mit dem Täter eine Folge der Beziehungsgewalt ist. Durch die Demonstration der Allmacht des Täters entsteht und wächst das Ohnmachtgefühl der Frau. Eine tiefgreifende Skepsis und großes Misstrauen gegenüber eigenen Rettungsmöglichkeiten und Hilfe von außen sind weitere Folgen.<sup>23</sup>

#### 2.1.6 Erlernte Hilflosigkeit

Die Erfahrungen in der Kindheit spielen eine wichtige Rolle für die Beziehungen, die eine Frau im Erwachsenenalter lebt. Die Hälfte aller gewaltbetroffenen Frauen erlebte bereits direkt oder indirekt Gewalt in ihrer Kindheit.<sup>24</sup> Es kann hierbei von einer erlernten Hilflosigkeit gesprochen werden. Die Frau hat in ihrer Kindheit oder im späteren Leben erlernt, dass sie keinen Einfluss auf den Ablauf von Situationen hat. Besonders bei Mädchen, die im Kinder- und Jugendalter erleben, dass Bemühungen, etwas zu erreichen, erfolglos bleiben, kann dies zur 'erlernten Hilflosigkeit' führen. Diese Frauen sind überzeugt, wenn sie Gewalt erlebt haben, selbst die Kontrolle verloren zu haben.<sup>25</sup>

Die Theorie der gelernten Hilflosigkeit basiert auf drei Komponenten:

- die Information darüber, was geschehen wird
- das Lernen, Erwarten, Meinen und Wahrnehmen, was geschehen wird
- das Verhalten in Bezug auf das, was geschieht

„Wenn ... eine Person eigentlich die Variablen von Verhalten und Konsequenz unter Kontrolle hat, aber glaubt, sie/er habe das nicht, dann reagiert sie/er mit dem Phänomen der gelernten Hilflosigkeit.“<sup>26</sup>

Das größte Problem entsteht, wenn eine Frau erst einmal von ihrer Hilflosigkeit überzeugt ist. Diese Selbstwahrnehmung wird zu ihrer Realität und sie wird passiv, unterwürfig und hilflos. Es werden Situationen zugelassen, die für die Frau außerhalb ihrer Kontrolle zu sein scheinen und somit tatsächlich ihrer Kontrolle entgleiten.<sup>27</sup> Durch den Realitätsverlust sieht die Frau keine Möglichkeit, aus der Beziehung auszusteigen.

---

<sup>23</sup> Vgl.: Frauenhilfe München (2004) (Hrsg.): Jahresbericht 2003; München; S.4

<sup>24</sup> Vgl.: Institut für angewandte Familien-, Kindheits- und Jugendforschung: Hintergründe und Auswirkungen häuslicher Gewalt – Ein Curriculum für die Familienbildung – <http://www.uni-potsdam.de/u/ifk/sites/curriculum-site/currend.pdf>; (07.09.08); S. 17

<sup>25</sup> Vgl.: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) (Hrsg.) (2000): Neue Fortbildungsmaterialien für Mitarbeiterinnen im Frauenhaus – Gewalt im Geschlechterverhältnis; Berlin: Kohlhammer Verlag; S. 74

<sup>26</sup> Zitat: Leonore E. Walker (1994): Warum schlägst du mich? Frauen werden misshandelt und wehren sich. Eine Psychologin berichtet; München: R. Piper GmbH; S. 75

<sup>27</sup> Vgl.: ebd.; S. 75 f.

## 2.2 Folgen häuslicher Gewalt

Beziehungsgewalt gegen Frauen ist die häufigste erlebte Gewalt im Erwachsenenleben. Etwa jede vierte Frau in Deutschland zwischen 18 – 85 Jahre hat mindestens einmal Gewalterfahrungen in der aktuellen und/oder früheren Beziehung erlebt.<sup>28</sup> Die erlebte Gewalt bleibt nicht ohne Folgen, auch in finanzieller Hinsicht. Auch wenn ein großer Teil der Kosten gar nicht sichtbar wird, da es keine Statistik gibt, die alle Werte wiedergibt und die Dunkelziffer hoch ist. Somit sind die Zahlen, die zu finden sind, Hochrechnungen und Schätzungen. Neben den materiellen Kosten, die durch häusliche Gewalt entstehen, dürfen die immateriellen Kosten nicht außer Acht gelassen werden.<sup>29</sup> Die gesundheitlichen und wirtschaftlichen Folgen sind unter 2.2.1 und 2.2.2 zu lesen.

### 2.2.1 Gesundheitliche Folgen

„Alle Formen von Gewalt können zu erheblichen psychischen, psychosozialen und gesundheitlichen Folgen für Betroffene führen.“<sup>30</sup> In der Tabelle 3 wird ersichtlich, welche Folgen Gewalt haben kann:

Tabelle 3: Gesundheitliche Folgen durch erlebte Gewalt

<b>Körperliche Folgen:</b>
Blaue Flecken, Schmerzen im Körper, Verstauchungen, offene Wunden, Knochenbrüche, Kopf- und Gesichtsverletzungen, Verletzungen im Genitalbereich, chronische Schmerzsymptome,... bis hin zum Tode
<b>Psychosomatische / psychische Folgen:</b>
Schlafstörungen, vermindertes Selbstwertgefühl, Niedergeschlagenheit, Suizidgedanken, selbstverletzendes Verhalten, Essstörungen, Schuldgefühle, Schamgefühle, Konzentrationsstörung, Angstzustände, Panikattacken, Depression, soziale Isolation,...
<b>Gelebte Überlebensstrategie</b>
Medikamentenmissbrauch, Drogenkonsum, Tabak-, Alkoholkonsum,...

vgl.: Netzwerk Frauengesundheit Berlin: <http://www.frauengesundheit-berlin.de/index.php4?request=themen&topic=2245&type=infotext> (07.09.08)

<sup>28</sup> Vgl.: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) (Hrsg.) (2008): Gesundheit - Gewalt - Migration – Eine vergleichende Sekundäranalyse zur gesundheitlichen und Gewaltsituation von Frauen mit und ohne Migrationshintergrund in Deutschland; Berlin; S.63 f.

<sup>29</sup> Vgl.: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) (Hrsg.) (2000): Neue Fortbildungsmaterialien für Mitarbeiterinnen im Frauenhaus – Gewalt im Geschlechterverhältnis; Berlin: Kohlhammer Verlag; S. 19

<sup>30</sup> Zitat: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) (Hrsg.) (2004): Lebenssituation, Sicherheit und Gesundheit von Frauen in Deutschland – Eine repräsentative Untersuchung zu Gewalt gegen Frauen in Deutschland; Nachdruck 2006; Berlin; S. 13

Opfer häuslicher Gewalt, die durch ihren Partner oder Ex-Partner verletzt werden, erleiden wesentlich häufiger Verletzungen als Frauen, die durch Fremdtäter verletzt werden. Zudem erleiden Opfer häuslicher Gewalt meist heftigere Verletzungen als durch Fremdtäter. Das BMFSFJ ermittelte durch eine Umfrage, dass nur etwa ein Drittel dieser Frauen, die Verletzungen durch den Partner oder Ex-Partner erlitten hatten, ärztliche Hilfe in Anspruch nahmen.<sup>31</sup>

Oft ist es für die Ärzte schwer, die wirkliche Ursache 'Gewalt' zu erkennen. Viele Frauen kommen nicht als Akutpatientinnen oder sie teilen die wahre Ursache nicht mit. Gerade bei seelischen Verletzungen liegt zwischen dem Auslöser und den Folgesymptomen oft eine größere Zeitspanne. Somit ist es für die Ärztin oder den Arzt – und auch für die Patientin – schwer, auf die wirkliche Ursache zu kommen.<sup>32</sup>

### 2.2.2 Wirtschaftliche Folgen

Durch häusliche Gewalt entstehen der Gesellschaft hohe Kosten. Gründe für die Entstehung der Kosten sind beispielsweise:

- akute Verletzungen, die zu Krankheitstagen in der Arbeit führen
- akute Verletzungen, die zu Behandlungskosten führen
- Arbeitsfehler durch Konzentrationsprobleme
- Arbeitsunfälle aufgrund psychischer Probleme
- Rehabilitationskosten aufgrund häuslicher Gewalt
- Frühverrentung wegen Arbeitsunfähigkeit als Folge häuslicher Gewalt<sup>33</sup>
- Kosten durch Polizeieinsätze
- Kosten durch Frauenhäuser und Beratungsstellen

Unterschiedliche Untersuchungen sprechen von einem Schaden, der etwa 15 Milliarden Euro jährlich beträgt.<sup>34</sup> Ein früheres Erkennen und Handeln im Bereich häuslicher Gewalt kann nicht nur viel Leid ersparen, sondern auch den wirtschaftlichen Schaden verringern.

---

<sup>31</sup> Vgl.: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) (Hrsg.) (2004): Lebenssituation, Sicherheit und Gesundheit von Frauen in Deutschland – Eine repräsentative Untersuchung zu Gewalt gegen Frauen in Deutschland; Nachdruck 2006; Berlin; S. 13

<sup>32</sup> Vgl.: Ministerium für Gesundheit, Soziales, Frauen und Familie des Landes Nordrhein-Westfalen (Hrsg.) (2004): Häusliche Gewalt – Die Rolle des Gesundheitswesens; Düsseldorf; S. 10

<sup>33</sup> Vgl.: Der Paritätische Nordrhein-Westfalen: [http://vs6.paritaet-nrw.org:8080/pbw/content/e78/e30/downloads/flyer\\_D\\_regio.pdf](http://vs6.paritaet-nrw.org:8080/pbw/content/e78/e30/downloads/flyer_D_regio.pdf) (07.09.08)

<sup>34</sup> Vgl.: Netzwerk Frauengesundheit Berlin: <http://www.frauengesundheit-berlin.de/index.php4?request=themen&topic=2245&type=infotext> (07.09.08)

### 2.3. Beteiligte Professionen in Fällen häuslicher Gewalt

Der Kreis der Beteiligten im Bereich häuslicher Gewalt beschränkt sich nicht nur auf das Opfer und den Täter. Neben Familienmitgliedern, Nachbarn oder Freunden gibt es viele Berufsgruppen, die in Fällen häuslicher Gewalt mit beteiligt sind und helfen können. Folgende Professionen können im Fall häuslicher Gewalt eine Rolle spielen:

- Polizei: bei akuten Situationen
- Justiz: Gerichte, deren RichterInnen & StaatsanwältInnen bei Verhandlungen
- Jugendämter: falls Kinder betroffen sind
- Gesundheitswesen: bei physischen, psychischen Problemen
- Frauenhäuser: für Zuflucht und fachliche Aufklärung/Beratung
- andere Beratungsstellen: weitere fachliche Aufklärung/Beratung<sup>35</sup>

Ärztinnen und Ärzte sind oft die ersten Ansprechpersonen bei erlebter häuslicher Gewalt, in zweiter Linie werden Beratungsstellen kontaktiert. An dritter Stelle steht die Polizei, die oft verständigt wird, wenn ein hoher Grad an körperlicher Gewalt vorhanden ist. Die Gerichtsverfahren, die sich aus den wenigen Anzeigen ergeben (nur 3 % bis 4 % aller Fälle) erreichen die Justiz. Jedoch kann die Rolle der Justiz seit dem Eintritt des Gewaltschutzgesetzes (GewSchG) im Jahr 2002 nicht nur auf die strafrechtliche Verfolgung der Täter reduziert werden. Familien- und Zivilgerichte sehen sich zunehmend direkt mit dem Thema konfrontiert. Es werden Anträge betroffener Frauen nach dem GewSchG gestellt, mit und ohne Polizeieinsätze oder Kontakt zu Beratungsstellen. Damit kann der Justiz im Umgang mit Opfern häuslicher Gewalt eine sehr wegweisende Rolle zufallen.

Um häusliche Gewalt wirksam zu bekämpfen, ist eine möglichst optimale Zusammenarbeit und Vernetzung der unterschiedlichen Professionen - auch in der Zukunft - nötig.

Der Stellenwert der ÄrztInnen ist dabei klar erkennbar. Sie stehen noch vor den offiziellen Beratungsstellen und nehmen somit eine Schlüsselrolle ein.<sup>36</sup>

### 2.4 Maßnahmen der Bundesregierung gegen häusliche Gewalt

Bis Mitte der 70er Jahre war das Thema häusliche Gewalt tabu, besonders Gewalt durch den Partner. Im internationalen Jahr der Frau, im Jahr 1975, wurde das Thema erstmals öffentlich gemacht. Die Bundesregierung reagierte auf diese Bewegung und förderte die Enttabuisierung und Gewinnung neuer Erkenntnisse. Am 1. November 1976 wurde das erste Frauenhaus in Berlin als Modellprojekt

---

<sup>35</sup> Vgl.: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) (Hrsg.) (2007): *Gemeinsam gegen häusliche Gewalt: Kooperation, Intervention, Begleitforschung*; Berlin; S. 12

<sup>36</sup> Vgl.: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) (Hrsg.) (2004): *Lebenssituation, Sicherheit und Gesundheit von Frauen in Deutschland – Eine repräsentative Untersuchung zu Gewalt gegen Frauen in Deutschland*; Nachdruck 2006; Berlin; Seite 16ff.

gegründet. Bald darauf folgte das Frauenhaus Regensburg, um ein Modell für den ländlichen Bereich zu testen.

In den darauffolgenden Jahren wurden eine Vielzahl von Untersuchungen durchgeführt und Fortbildungsmaterialien sowie Publikationen zu diesem Bereich veröffentlicht.<sup>37</sup>

In ganz Deutschland wurden nach und nach Frauenhäuser gegründet, die je nach Bundesland sehr unterschiedlich gefördert sind.

Es wurde jedoch deutlich, dass die bisherigen Maßnahmen der Bundesregierung nur punktuelle Verbesserungen mit sich brachten. Es gab viele öffentliche Diskussionen sowie Projekte (Notrufe, Beratungsstellen), aber es folgten keine langfristig angelegten Strategien. Für die Bundesregierung wurde immer deutlicher, dass sich etwas an ihrem Vorgehen ändern musste. Positiv waren hierfür die Erfahrungen der letzten 20 Jahre aus der Erprobung unterschiedlicher Hilfsmaßnahmen wie Frauenhäuser oder Notrufe. Im Jahr 1999 brachte die Regierung den „Aktionsplan der Bundesregierung zur Bekämpfung von Gewalt gegen Frauen“ heraus. Darin wurden konkrete Ziele zur Bekämpfung häuslicher Gewalt festgelegt. In den letzten zehn Jahren sind in Deutschland unterschiedliche Entwicklungen erkennbar. So wurde 2002 beispielsweise das Gewaltschutzgesetz eingeführt (GewSchG). Dieses ermöglicht es, den Täter aus der gemeinsamen Wohnung zu weisen, die Redewendung 'Wer schlägt, der geht' ist hierfür das Schlagwort.

Ein anderes Ziel ist es, die Frauen zeitlich früher zu beraten. Hierfür wurden in Deutschland Interventionsprojekte gegründet. Diese haben das Ziel, Opfer häuslicher Gewalt pro-aktiv zu beraten. Ein weiteres (bisher wenig vertretenes) Projekt ist beispielsweise die Täterarbeit. Die Täterarbeit zielt darauf ab, dass die Täter lernen, Beziehungskonflikte und Beziehungskrisen gewaltfrei zu lösen. Ferner veröffentlichte die Bundesregierung Praxismaterialien zum Umgang mit Opfern häuslicher Gewalt im stationären medizinischen Bereich.<sup>38</sup>

Im Jahr 2007 wurde der „Aktionsplan II der Bundesregierung zur Bekämpfung von Gewalt gegen Frauen“ veröffentlicht. Dort findet sich eine Reihe von Hauptzielen, die in den nächsten Jahren bundesweit umgesetzt werden sollen. Ein Hauptziel ist ein Hilfesystem zur Unterstützung und Beratung gewaltbetroffener Frauen. Im Rahmen dieses Hilfesystem sollen in einem neuen Projekt die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte aktiviert werden.<sup>39</sup>

---

<sup>37</sup> Vgl.: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) (Hrsg.) (1999): Aktionsplan der Bundesregierung zur Bekämpfung von Gewalt gegen Frauen; Berlin; S. 7

<sup>38</sup> Vgl.: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) (Hrsg.) (2007): Aktionsplan II der Bundesregierung zur Bekämpfung von Gewalt gegen Frauen; Berlin; S. 7

<sup>39</sup> Vgl.: ebd.; S. 41

## 2.5 Die besondere Rolle der ÄrztInnen bei häuslicher Gewalt

Der Umgang mit häuslicher Gewalt verlangt von allen beteiligten Berufsgruppen Kompetenz und Sensibilität. Der Gesundheitsbereich nimmt hierbei eine zentrale Rolle ein. ÄrztInnen können einen wichtigen Beitrag leisten. Sie haben die Möglichkeit, die Frau in ihrer Entscheidung, etwas an ihrer Situation zu verändern, zu unterstützen. Die ÄrztInnen diagnostizieren und behandeln die Gewaltopfer. Zwischen der Ärztin beziehungsweise dem Arzt und der Frau besteht eine vertrauensvollere Basis als zwischen der Frau und anderen Berufsgruppen. Diese besondere Nähe der ÄrztInnen zur betroffenen Frau kann eine wesentliche Unterstützung für den ersten Schritt aus der Gewaltbeziehung sein. Die ÄrztInnen werden somit vor unterschiedlichste Anforderungen gestellt.<sup>40</sup>

Frauen, die häusliche Gewalt erleben, müssen unterschiedlichste Barrieren überwinden, meist ist dies mit Scham und Schuldgefühlen verbunden. Deshalb ist es wichtig, die Patientinnen, die (vermutlich) Gewalt erlebt haben, anzusprechen, um das Angebot zu machen, sie an eine Beratungsstelle oder Notfalleinrichtung zu vermitteln. Das kann bereits die Ermutigung für die Frau bedeuten, aus der Situation auszubrechen. ÄrztInnen sollten auch, wenn möglich, die Verletzungen der Frau so dokumentieren, dass sie gerichtlich verwertbar sind.

ÄrztInnen müssen keine umfassende Beratung anbieten, sie sollen die Frauen allerdings ermutigen, ihr Leben zu ändern und ihr Schweigen zu brechen.<sup>41</sup>

Wenn Fachwissen zum Thema häusliche Gewalt bei den ÄrztInnen nicht vorhanden ist, kann das oft widersprüchliche Verhalten der Frauen dazu führen, dass der Hilfebedarf nicht erkannt oder die Glaubwürdigkeit der Frauen bezweifelt wird. Die eigentliche Erkenntnis, dass sich diese Frauen in einem stetigen Konflikt befinden, aus dem sie alleine nicht heraus finden, fehlt dann.<sup>42</sup>

Die folgenden Abbildungen zeigen Handlungsmöglichkeiten von ÄrztInnen auf und welche Bedeutung die Handlungen für die Patientinnen einnehmen können. Das Verhalten der ÄrztInnen kann somit zu einem Abbau von Gewaltverhältnissen beitragen.

---

<sup>40</sup> Vgl.: Ministerium für Gesundheit, Soziales, Frauen und Familie des Landes Nordrhein-Westfalen (Hrsg.) (2004): Häusliche Gewalt – Die Rolle des Gesundheitswesens; Düsseldorf; S. 11

<sup>41</sup> Vgl.: Bühring Petra; Häusliche Gewalt: Ärzte in der Schlüsselrolle; Deutsches Ärzteblatt 2004; 101(46): A-3064/B-2596/C-2472; AKTUELL

<sup>42</sup> Koordinierungsstelle gegen häusliche Gewalt – Ministerium für Justiz, Gesundheit und Soziales des Saarlandes (2006): Eine Information für Ärztinnen und Ärzte – Häusliche Gewalt erkennen, behandeln, dokumentieren; Saarbrücken; 3. Auflage; S. 8

Abbildung 2: Das Rad zur Unterstützung und Stärkung von Opfern



Hildegard Hellbernd, Petra Brzank, Karin Wieners, Ulrike Maschewsky-Schneider; S.I.G.N.A.L Hilfe für Frauen (2003): Häusliche Gewalt gegen Frauen: gesundheitliche Versorgung – Das S.I.G.N.A.L. Interventionsprogramm. Handbuch für die Praxis und wissenschaftlicher Bericht; Berlin; S. 36

## 2.6 Interventions- und Handlungsmöglichkeiten

### 2.6.1 Aktuelle Gesetzeslage

Die Gesetzeslage hat sich in den letzten Jahren zum Positiven entwickelt. Am 01.01.2002 wurde das „Gesetz zum zivilrechtlichen Schutz vor Gewalttaten und Nachstellungen“, kurz „Gewaltschutzgesetz“ (GewSchG), eingeführt. Ferner wurden in den Ländern die Polizeigesetze angepasst. In Bayern handelt es sich hierbei um das Polizeiaufgabengesetz (PAG).

Das Opfer kann – im Vergleich zu vorher – gegen Gewalttäter frühzeitig gerichtliche Hilfe erlangen. Es kann gehandelt werden, auch wenn noch nicht das Schlimmste passiert ist. Das bedeutet, – laut § 1 GewSchG – wenn „eine Person vorsätzlich den Körper, die Gesundheit oder die Freiheit einer anderen Person widerrechtlich verletzt hat“ können Maßnahmen nach den GewSchG eingeleitet werden. Das könnte beispielsweise ein Schlag ins Gesicht oder

psychische Gewalt durch den Partner sein. Die Polizei hat die Möglichkeit, den Gewalttäter vorläufig aus der Wohnung zu verweisen und ein vorläufiges Näherungsverbot auszusprechen, auch wenn noch keine richterliche Anordnung vorliegt. Wenn die Situation es erfordert, hat die Polizei auch die Möglichkeit, den Täter vorerst in Gewahrsam zu nehmen.

In der folgenden Tabelle finden sich die wichtigsten Gesetze und Paragraphen zur häuslichen Gewalt.

Tabelle 4: Die wichtigsten Paragraphen zur häuslichen Gewalt

<b>Platzverweis – Art. 16 PAG &amp; § 2 GewSchG</b>
Die Polizei kann zur Abwehr einer Gefahr den Täter vorübergehend von einem Ort verweisen oder dem Täter vorbeugend das Betreten eines Ortes verbieten.
<b>Wohnungszuweisung - § 2 Absatz 6 Satz 1 GewSchG &amp; § 1361 B Absatz 2 BGB</b>
Bei Gewalttätigkeit kann das Opfer die Zuweisung der Wohnung beantragen.
<b>Betretungsverbot - § 1 Abs. 1 Satz 3 Nr. 1 GewSchG</b>
Das Betretungsverbot kann vorübergehend von der Polizei angeordnet werden. Das bedeutet, dem Täter wird untersagt, die Wohnung des Opfers zu betreten.
<b>Näherungsverbot - § 1 Abs. 1 Satz 3 Nr. 2 GewSchG</b>
Gemäß dem Paragraphen kann ein sogenanntes Näherungsverbot angeordnet werden. Das bedeutet, dass sich der Täter einem bestimmten Umkreis um die Wohnung nicht nähern darf. Das Opfer soll sich ohne ständiges Gefühl der Bedrohung auch im eigenen Wohngebiet aufhalten können.
<b>Erweitertes Näherungsverbot - § 1 Abs. 1 Satz 3 GewSchG</b>
Das Anordnen eines erweiterten Näherungsverbotest sagt aus, dass der Täter sich nicht an Orten aufhalten darf, an denen sich das Opfer regelmäßig aufhält (z.B. Arbeitsplatz des Opfers, Schule und Kindergarten der Kinder,...).
<b>Kontaktverbot - § 1 Abs. 1 Nr. 3 und 4 GewSchG</b>
Bei der Anordnung eines Kontaktverbotes, ist es dem Täter untersagt, in irgendeiner Form Kontakt zum Opfer aufzunehmen. Das beinhaltet die persönliche Kommunikation (ansprechen, anrufen), sowie den Kontaktaufbau durch Briefe, E-Mail, SMS oder Ähnliches.
<b>Gewahrsamnahme – Art. 17 PAG</b>
Die Polizei kann den Täter in Gewahrsam nehmen, wenn „das unerlässlich ist, um die unmittelbar bevorstehende Begehung oder Fortsetzung einer Straftat oder einer Ordnungswidrigkeit von erheblicher Bedeutung für die Allgemeinheit zu verhindern“. Die Gewahrsamnahme ist auch möglich, um einen Platzverweis oder ein Kontaktverbot durchzusetzen.

## Verstoß der Anordnung - § 4 GewSchG

Der Verstoß gegen eine vollstreckbare gerichtliche Anordnung ist eine Straftat, die mit einer Freiheitsstrafe bis zu einem Jahr oder Geldstrafe geahndet werden kann.

Vgl.: Finn Zwißler (2006): Gewaltschutzgesetz - So wehren Sie sich erfolgreich gegen Nötigung, Stalking und Mobbing; Regensburg: Regensburg, Berlin: Walhalla Verlag; S. 19 ff

Vgl.: Polizei Bayern – Polizeidirektion Unterfranken :

<http://www.polizei.bayern.de/unterfranken/schuetzenvorbeugen/kriminalitaet/haeuslichegewalt/index.html/614>  
(07.09.08)

Die oben stehenden Maßnahmen der Polizei sind vorläufig. Die Maßnahmen der Polizei sollen dazu dienen, dem Opfer genügend Zeit zu lassen, eine Verfügung des Gerichtes zu beantragen. Das Gericht entscheidet dann, welche der vorläufigen Maßnahmen langfristig gelten.

Bei allen Maßnahmen muss klar sein, dass sie für beide Parteien gelten. So darf bei einem Kontaktverbot auch das Opfer keinen Kontakt zum Täter aufbauen. Bei einem Verstoß sind alle bisherigen Ansprüche nichtig.

Zum Schutz des Opfers besteht jederzeit die Möglichkeit, bei Anwesenheit des Täters in der Wohnung, in Begleitung der Polizei wichtige Unterlagen und persönliche Gegenstände aus der Wohnung zu holen.<sup>43</sup>

### 2.6.2 Interventionsmöglichkeiten der ÄrztInnen

Es liegt natürlich weder im Verantwortungsbereich noch in der Macht der ÄrztInnen, Gewalt zu beenden. Jedoch können ÄrztInnen dem Opfer wertvolle und professionelle Hilfe anbieten. Die folgende Tabelle beinhaltet die wichtigsten Maßnahmen der Ärztinnen und Ärzte gegenüber Opfer häuslicher Gewalt:<sup>44</sup>

Tabelle 5: Interventionsmöglichkeiten der ÄrztInnen

<b>Gewalteinwirkungen erkennen</b>
Das Erkennen einer Gewalteinwirkung kann sich in manchen Fällen als schwierig erweisen. Beispielsweise können ein 'überfürsorglicher' Partner (der darauf besteht, in der Nähe zu bleiben), Ängstlichkeit, das Meiden des Blickkontaktes oder Anderes, Hinweise darauf sein.
<b>Patientinnen sensibel ansprechen</b>
Da Patientinnen in der Regel ihre Gewaltbeziehung jahrelang verschweigen und verheimlichen, sprechen sie nur selten von sich aus über ihr eigentliches Problem. Spricht die Ärztin oder der Arzt das Thema in einer

<sup>43</sup> Vgl.: Polizei Bayern – Polizeidirektion Unterfranken :

<http://www.polizei.bayern.de/unterfranken/schuetzenvorbeugen/kriminalitaet/haeuslichegewalt/index.html/614> (07.09.08)

<sup>44</sup> Vgl.: Koordinierungsstelle gegen häusliche Gewalt, Ministerium für Justiz, Gesundheit und Soziales des Saarlandes (Hrsg.) (2006): Häusliche Gewalt erkennen - behandeln - dokumentieren – Eine Information für Ärztinnen und Ärzte; Ensheim; S. 11

ruhigen, vorurteilsfreien Atmosphäre an, besteht die Möglichkeit, dass das Opfer sein Schweigen bricht. Sehr wichtig ist dabei, die Patientin bei Verdacht auf häusliche Gewalt alleine zu sprechen. Es sollte signalisiert werden, dass die Ärztin beziehungsweise der Arzt ein geeigneter Ansprechpartner ist.

#### Patientinnen gründlich untersuchen

Die Patientin sollte gründlich untersucht werden. Dabei sollte sie nicht bedrängt werden. Durch die schambesetzten Erlebnisse stellt dies eine eventuelle Belastung dar. Der Patientin sollte deutlich gemacht werden, dass die Weitergabe der Befunde, sowie die Dokumentation nur auf ihren Wunsch hin erfolgen wird.

#### Gerichtsverwertbare Dokumentation

Die Dokumentation der Anamnese aller körperlichen und psychischen Symptome sollte exakt und nachvollziehbar sein. Auch Fotografien der Verletzung sind mit Einverständnis der Patientin sehr hilfreich. Für die strafrechtlichen Gerichtsverfahren können sie von ausschlaggebender Bedeutung sein. Die Beweisführung ist durch eine genaue Dokumentation sehr erleichternd, ferner ist das persönliche Erscheinen der Ärztin oder des Arztes dann nicht mehr nötig.

#### Spezialisierte Unterstützungs- und Beratungsstellen aufzeigen

Das Schutzbedürfnis der Patientin sollte abgeklärt werden. Möglichkeiten wie Schutz durch ein Frauenhaus oder ein sofortiger Schutz durch die Polizei sollten geklärt werden. Die Ärztin oder der Arzt kann hier rechtzeitig an professionelle sozialpädagogische BeraterInnen abgeben. Sie sollten der Patientin Mut machen, diese fachlichen Beratungsangebote zu nutzen, um einen Weg aus der Gewaltspirale zu finden.

Es kann angeboten werden, dass ein Erstkontakt hergestellt wird, um die Hemmschwelle zu senken.

#### Dem Opfer Mut machen, ihr Leben zu ändern

Die Ärztin oder der Arzt sollte der Patientin in jedem Fall Mut machen, ihr Leben zu ändern. Die meist verspürte Schwäche, Perspektivlosigkeit und Lähmung ist eine typische Folgewirkung häuslicher Gewalterfahrungen. Die spezialisierten Beratungsstellen wissen, wie sie den Opfern dabei helfen können, bei diesen Folgewirkungen anzusetzen und diese zu überwinden.

#### Informationsmaterial auslegen

Das Auslegen von Informationsmaterial macht deutlicher, dass ÄrztInnen mögliche Ansprechpartner darstellen. Die Hemmschwelle des Opfers wird herabgesetzt. Ferner kann sich die Frau selbst die Unterlagen nehmen und sich bei geeigneten Beratungsstellen melden.

Vgl.: Koordinierungsstelle gegen häusliche Gewalt, Ministerium für Justiz, Gesundheit und Soziales des Saarlandes (Hrsg.) (2006): Häusliche Gewalt erkennen - behandeln - dokumentieren – Eine Information für Ärztinnen und Ärzte; Enselm; S. 11 ff.

### 2.6.3 Handlungsmöglichkeiten für betroffene Frauen

Die Handlungsmöglichkeiten haben sich durch das GewSchG positiv weiterentwickelt. Jedoch nutzen viele Frauen die Möglichkeiten des Gewaltschutzgesetzes nicht aus.

Bei einer akuten Situation kann eine betroffene Frau die Polizei rufen, die verpflichtet ist, dem Notruf zu folgen und sofort zu kommen. Der Einsatz wird dokumentiert und die Aufzeichnungen werden auf Anfrage der Gerichte an diese übermittelt.<sup>45</sup>

Bei einer strafbaren Handlung ist es wichtig, Anzeige zu erstatten. Um den Täter bestrafen zu können, sind die Polizei und Staatsanwaltschaft auf die Mithilfe des Opfers angewiesen. Die Anzeigenerstattung ist nur sinnvoll, wenn die Frau einer Strafverfolgung gegen den Täter zustimmt und nicht von ihrem Zeugnisverweigerungsrecht – auch vor Gericht – Gebrauch machen möchte.<sup>46</sup> Dem Opfer sollte auch klar sein, dass ein Zeugnisverweigerungsrecht nur bei Ehepartnern und engsten Verwandten besteht. Ist der Täter der Lebenspartner, trifft dies nicht zu. Der Tathergang muss dann wahrheitsgetreu wiedergegeben werden. Ein Zurückziehen der Aussage ist nicht mehr möglich, ansonsten macht sich das Opfer selbst strafbar.

Wie in Tabelle 4 zu sehen ist, gibt es unterschiedliche, sofort umsetzbare Möglichkeiten wie den Platzverweis (Art. 16 PAG, § 2 GewSchG), das Kontaktverbot (§ 1 Abs. 1 Nr. 3 und 4 GewSchG) oder die Gewahrsamnahme des Täters (Art. 17 PAG). Die Maßnahmen ermöglichen dem Opfer in Ruhe für seine zukünftige Sicherheit zu sorgen und auch Unterstützung zu suchen. Auf der anderen Seite wird dem Täter vom Staat gezeigt, dass sein Verhalten nicht akzeptabel ist.

Nicht in jedem Fall ist es ratsam, dass die Frau in der eigenen Wohnung bleibt. Subjektive Empfindungen des Opfers oder der Polizei, sowie Sicherheitsgründe können dagegen sprechen. Hier empfiehlt es sich, dass die Frau (mit ihren Kindern) vorübergehend zum Beispiel in ein Frauenhaus zieht. Dort kann sie sich in Ruhe und mit pädagogischer Begleitung neu orientieren und ihre Zukunft planen.

Neben den bisher genannten Schutzanordnungen und der Zuweisung der Wohnung, kann das Opfer auch Schadensersatz und Schmerzensgeld fordern.<sup>47</sup>

---

<sup>45</sup> Vgl. : Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) (Hrsg.) (2003): Mehr Schutz bei häuslicher Gewalt – Informationen zum Gewaltschutzgesetz; Berlin; S. 7

<sup>46</sup> Vgl.: Polizei Bayern – Polizeidirektion Unterfranken : <http://www.polizei.bayern.de/unterfranken/schuetzenvorbeugen/kriminalitaet/haeuslichegewalt/index.html/614> (07.09.08)

<sup>47</sup> Vgl.: Vgl. : Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) (Hrsg.) (2003): Mehr Schutz bei häuslicher Gewalt – Informationen zum Gewaltschutzgesetz; Berlin; S. 9

Es ist sehr wichtig, bei Verstößen des Täters erneut Anzeige bei der Polizei zu erstatten. Nur so kann das Verhalten des Täters weiter gerichtlich verwertbar festgehalten werden.

### 3. Situationsanalyse in Kempten und im Altlandkreis

#### Kempten

Unter 2.5 ist ersichtlich, dass das Gesundheitswesen mit seinen Ärztinnen und Ärzten eine wichtige Rolle spielt, um häusliche Gewalt zu bekämpfen. Der zweite Aktionsplan des BMFSFJ sieht die Aktivierung des Gesundheitsbereiches als große Herausforderung (siehe Punkt 1). Die Bundesregierung fordert eine Veränderung, die es ermöglicht, Opfer über vorhandene Möglichkeiten zu informieren und sie situationsgerecht zu versorgen.<sup>48</sup>

In den letzten Jahren wurde das Thema häusliche Gewalt gegen Frauen auch immer wieder in medizinischen Fachzeitschriften behandelt. Leider ist das Thema 'Häusliche Gewalt und der Gesundheitsbereich' in Bayern noch nicht gut thematisiert. Andere Bundesländer wie Sachsen, Baden-Württemberg, Niedersachsen und viele weitere bieten über die Landesärztekammern Informationen, Leitfäden und Dokumentationsbögen. Die Landesärztekammer Bayern stellt in diesem Bereich bis heute keine Informationen zum Thema häusliche Gewalt zur Verfügung. Das lässt vermuten, dass die Wahrnehmung und Sensibilität unserer Ärztinnen und Ärzte noch nicht ausreichend existent sind.

Wie in Bayern wurde auch in Kempten im Bereich Gesundheit und häusliche Gewalt noch nichts entwickelt. Das Hilfsangebot für Frauen aus gewaltgeprägten Lebensverhältnissen ist aber vor Ort gut ausgebaut und integriert. Seit Januar 2006 wird das „Kemptener Interventionsmodell“ (KIM) durchgeführt, ein pro-aktives Modell, das in Bayern erst in wenigen Städten umgesetzt wird. Der pro-aktive Ansatz beinhaltet, dass PolizeibeamtInnen nach einem Einsatz mit Einverständniserklärung der Frau die Daten an die pädagogische Beraterin von KIM weiterleiten. So können Frauen erreicht und beraten werden, die von sich aus, auch nach einem Polizeieinsatz, keine weiteren Schritte unternehmen würden.

ÄrztInnen haben hier ein ähnliches Problem wie die PolizeibeamtInnen. Sie möchten der Frau helfen, sind jedoch an ihre Schweigepflicht gebunden. Ein ähnlicher Aufbau des Vorgehens wie bei KIM wäre jedoch möglich. So können ÄrztInnen – nach aufgedeckter häuslicher Gewalt – mit Einverständniserklärung der Frau die Daten an eine pädagogische Beraterin weiterleiten und die Verantwortung abgeben.

Zwischen dem Interventionsmodell der Polizei und dem möglichen Interventionsmodell des Gesundheitswesens könnten im Aufbau Parallelen gezogen werden. Genaues findet sich unter dem Punkt 4.2.

---

<sup>48</sup> Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) (Hrsg.) (2007): Aktionsplan II der Bundesregierung zu Bekämpfung von Gewalt gegen Frauen; Berlin; S. 12

Ein erster Schritt zu einem möglichen Konzept für den Gesundheitsbereich in der Stadt Kempten und dem Altlandkreis Kempten ist die Situationsanalyse bezüglich der Kompetenzen, der Sensibilität und des Interesses der ÄrztInnen der festgelegten Region. Aus diesem Grunde wurde vor der Konzepterstellung eine Umfrage gestartet.

Im folgenden Kapitel ist das genaue Vorgehen und die Auswertung über die empirische Erhebung zum Thema häusliche Gewalt und den Gesundheitsbereich in Kempten und dem Altlandkreis beschrieben.

### 3.1 Vorbereitende Maßnahmen

#### 3.1.1 Auswahl der Fachrichtung

Im Anfangsstadium wurde zuerst die Auswahl der Fachrichtungen der zu befragenden Ärztinnen und Ärzte festgelegt. Neben der großen Auswahl an Fachrichtungen, spielte bei der Festlegung auch der Kontakt mit den Patientinnen eine Rolle.

Die Wahl fiel auf die Ärztinnen und Ärzte der Allgemeinmedizin, der Gynäkologie und der Inneren Medizin. Die anfangs eingeplanten Psychologen und Psychiater fielen heraus, da eine Befragung in diesem Bereich ein anderes Vorgehen vorausgesetzt und den Rahmen dieser Arbeit überschritten hätte. Das Gleiche gilt für die Ärztinnen und Ärzte in den Krankenhäusern. Der Bereich wäre sehr gut zu analysieren, jedoch kann es nicht im Rahmen dieser Arbeit geschehen.

#### 3.1.2 Regionale Einschränkung

Eine regionale Einschränkung war nötig, da das gesamte Oberallgäu für diese Erhebung zu umfangreich geworden wäre. Eine Befragung alleine in Kempten wäre wiederum zu gering gewesen, besonders weil die Rücklaufquote bei empirischen Erhebungen erfahrungsgemäß relativ gering ist.

Somit wurde die Entscheidung getroffen, die Befragung im Stadtgebiet Kempten und im Altlandkreis Kempten durchzuführen. Die Daten, um den Altlandkreis Kempten vom Altlandkreis Sonthofen zu trennen, wurden über Herrn Dr. Franz Rasso Böck, dem Stadtarchivar von Kempten, ermittelt. Der Altlandkreis Kempten setzt sich wie folgt zusammen: Altusried, Betzigau, Buchenberg, Dietmannsried, Durach, Frauenzell, Haldenwang, Kimratshofen, Kreuzthal, Krugzell, Lauben, Martinszell, Memmhözl, Mittelberg, Moosbach, Muthmannshofen, Petersthal, Probstried, Reicholzried, Sankt Lorenz, Sankt Mang, Schrattenbach, Sulzberg, Überbach, Waltenhofen, Weitnau, Wengen, Wiggensbach und Wildpoldsried.

### 3.2 Die Ermittlung der Adressen

Für die Ermittlung der Adressen diente der AOK-Ratgeber 2007/2008 „Ärzte und Zahnärzte – Krankenhäuser – Apotheken in der Stadt Kempten und im Kreis Oberallgäu“. In der Broschüre sind alle Ärztinnen und Ärzte der ausgewählten Fachrichtungen mit Adressen zu finden.

Die vorhandenen Daten wurden in einer Accessdatenbank aufgenommen, aus der im Anschluss mittels Serienbrief ein Anschreiben an alle ÄrztInnen des Befragungsgebietes verfasst wurde.

### 3.3 Zielsetzung

Wie unter 2.5 bereits aufgeführt, haben ÄrztInnen im Bereich häusliche Gewalt eine Schlüsselrolle. Das Ziel der durchgeführten Befragung ist es, die Aufgeschlossenheit und die Bedarfe der Ärztinnen und Ärzte zum Thema häusliche Gewalt zu ermitteln.

Um die vorhandenen Möglichkeiten der ÄrztInnen zu nutzen und die Hilfsangebote für betroffene Frauen zu verbessern wurden folgende Fragestellungen gewählt:

- Wurden die ÄrztInnen von Frauen mit erlebter häuslicher Gewalt aufgesucht?
- Nehmen ÄrztInnen Gewalterfahrungen ihrer Patientinnen wahr?
- Reagieren die ÄrztInnen aktiv auf Patientinnen bei vermuteten und bei offensichtlichen Gewalterfahrungen?
- Welchen Standpunkt vertreten ÄrztInnen zum Thema häusliche Gewalt?
- Wie ist der Informationsstand der ÄrztInnen und was wäre hilfreich für sie?
- Bestehen Unterschiede zwischen Ärztinnen und Ärzten?
- Wie ist die Selbsteinschätzung der Ärztinnen und Ärzte zum Thema häusliche Gewalt?
- Sind die Ärztinnen und Ärzte bereits zum Thema sensibilisiert?
- Sind offizielle Dokumentationsbögen hilfreich?
- Wäre ein pro-aktives Beratungsangebot hilfreich?

Durch die Befragung soll deutlich werden, wie aufgeschlossen die ÄrztInnen sind und welche Ansätze bereits bestehen. Die vorhandenen Potenziale und besonderen Problembereiche sollen durch die Befragung ebenfalls deutlich werden.

Die Ergebnisse sollen ermöglichen, ein passendes Konzept zu erstellen, um zum einen die Ärztinnen und Ärzte der Region zu sensibilisieren und zum anderen

auch Hemmungen abzubauen.<sup>49</sup> Zum Schluss soll es möglich sein, ein passgenaues pro-aktives Beratungsangebot zu entwerfen, das den Ansprüchen der ÄrztInnen in der Region entspricht. Unter einem pro-aktiven Beratungsangebot versteht man ein frühzeitig initiatives Handeln im Gegensatz zu bisher abwartendem reaktiven Handeln.<sup>50</sup> Der genaue Aufbau eines pro-aktiven Beratungsangebotes im Gesundheitsbereich ist ab Punkt 4 zu finden.

### 3.4 Fragebogenkonstruktion

Aufgrund der zeitlichen Knappheit der Ärztinnen und Ärzte ist der Fragebogen zu großen Teilen aus geschlossenen Fragen gestaltet. Ein anderer Teil besteht aus halboffenen Fragen. Am Ende besteht die Möglichkeit, sich zum Thema häusliche Gewalt nochmals speziell zu äußern. Folgende Themenkomplexe sind vorhanden:

Tabelle 6: Themenkomplexe des Fragebogens

A.: Fragen zum Thema häusliche Gewalt
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Eingangsfragen: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Wahrnehmung häuslicher Gewalt in der Praxis (Fragen 1-3)</li> </ul> </li> <li>• Wahrnehmung von häuslicher Gewalt <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Symptome, die bei häuslicher Gewalt auftreten/auftraten (Frage 4-5)</li> <li>○ Das Vorkommen häuslicher Gewalt tatsächlich und geschätzt (Frage 6-7)</li> <li>○ Selbsteinschätzung der ÄrztInnen zum Thema (Frage 8)</li> </ul> </li> <li>• Maßnahmen und Hindernisse bei häuslicher Gewalt <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Reaktion bei vermuteter häuslicher Gewalt (Frage 9)</li> </ul> </li> <li>• Verbesserungsvorschläge bezüglich Informationen <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Einschätzung zu möglichen Informationen zum Thema (Frage 10)</li> </ul> </li> <li>• Interesse an einem pro-aktiven Beratungsangebot <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Persönliches Interesse der Ärztinnen und Ärzte (Frage 11)</li> </ul> </li> <li>• Einstellung zum offiziellen Dokumentationsbogen <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Interesse und Wissensstand zum Dokumentationsbogen (Frage 12)</li> </ul> </li> </ul>
B.: Demographische Angaben
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fragen zur Person und der Praxis (Frage 1-3)</li> </ul>
C.: Anregungen zum Thema häusliche Gewalt

Die gewählten Fragen sind zum Teil an den Fragebogen der empirischen Erhebung aus dem Jahr 2000 in Berlin angelehnt.<sup>51</sup>

<sup>49</sup> Vgl.: Mark Heike (2001): Häusliche Gewalt gegen Frauen – Ergebnisse einer Befragung niedergelassener Ärztinnen und Ärzte; Marburg: Tectum Verlag; S. 26

<sup>50</sup> Vgl.: Niedersächsisches Ministerium für Soziales, Frauen, Familie und Gesundheit (2005) (Hrsg.): Mit BISS gegen häusliche Gewalt – Evaluation des Modellprojekts „Beratungs- und Interventionsstellen (BISS) für Opfer häuslicher Gewalt“ in Niedersachsen; Hannover; S. 14

<sup>51</sup> Vgl.: ebd.; Anhang S. 110 ff.

### 3.4.1 Eingangsfrage

Die 1. Frage „Wurden Sie jemals von Patientinnen aufgesucht, **weil** sie Opfer häuslicher Gewalt wurden?“ dient als Einleitungsfrage, die Frage soll einen allgemeinen Bezug zum Thema herstellen und helfen, die nachfolgenden Fragen besser beantworten zu können.<sup>52</sup> Die Frage 2: „Wurden Sie bisher von Patientinnen aufgesucht, die Ihrer Ansicht nach bereits einmal häusliche Gewalt erfahren haben?“ soll ersichtlich machen, wie die Wahrnehmung der Ärztinnen und Ärzte ist. Die Fragen sind als geschlossene Fragen konstruiert, um den ÄrztInnen eine eindeutige und rasche Zuordnung zu ermöglichen.

### 3.4.2 Wahrnehmung von Gewalt

Bereits in den ersten beiden Fragen soll ersichtlich werden, wie die Wahrnehmung der ÄrztInnen zum Thema 'Häusliche Gewalt' ist. In der Frage 3 soll durch die Frage „Bitte schätzen Sie die Anzahl der Frauen, die im letzten Jahr wegen häuslicher Gewalt bei Ihnen waren“ in Erfahrung gebracht werden, wie oft sich ÄrztInnen aktiv mit dem Thema auseinandersetzen.

In Frage 4 „Welche Gewaltform(en) haben Ihre Patientinnen erlebt?“ wurden die Formen der Gewalt – körperliche, sexuelle, psychische, ökonomische und soziale – als geschlossene Frage mit der Möglichkeit von Mehrfachnennungen gestellt. Es liegt die Vermutung nahe, dass die körperliche Gewalt am ehesten wahrgenommen wird, da sie sehr offensichtlich ist. Jedoch steht die körperliche Gewalt meist am Ende der Gewaltspirale. Für ein präventives Vorgehen sollten andere Formen von Gewalt eher erkannt werden, um eine frühzeitigere Intervention zu ermöglichen.

Die Frage 5 „Welche Symptome (körperlich oder psychisch) weisen Ihrer Ansicht nach darauf hin, dass die Patientin vom Partner misshandelt werden könnte?“ ist absichtlich als offene Frage gestellt. Die Symptome sind zum einen äußerst vielfältig und zum anderen sollen die Antworten zeigen, auf welche Symptome ÄrztInnen achten.

Die Fragen 6 und 7 ermitteln, wie viele der Patientinnen tatsächlich und mutmaßlich wegen häuslicher Gewalt die Praxis aufgesucht haben. Die Anzahl der Fälle lässt sich sehr gut in Relation mit dem Bericht „Lebenssituation, Sicherheit und Gesundheit von Frauen in Deutschland“ bringen. Dort sind Angaben über die Häufigkeit der erlebten 'Häuslichen Gewalt' zu finden, die anhand einer groß angelegten Umfrage ermittelt worden sind. So kann indirekt der Grad der Wahrnehmung durch die Ärztinnen und Ärzte eingeschätzt werden.

---

<sup>52</sup> Vgl.: Peter Atteslander (2003): Methoden der empirischen Sozialforschung; Berlin: Walter de Gruyter GmbH & Co. KG; 10. neu bearbeitete und erweiterte Auflage S. 154

### 3.4.3 Verhalten bei häuslicher Gewalt und Selbsteinschätzung der ÄrztInnen

In Frage 8 wird in unterschiedlichen geschlossenen und zum Teil halboffenen Fragen ermittelt,

- wie sich die ÄrztInnen bei vermuteter 'Häuslicher Gewalt' verhalten (Frage 8a)
- ob sie denken, dass die Patientinnen sie als möglichen Ansprechpartner sehen (Frage 8b)
- ob die ÄrztInnen sich selbst als möglichen Ansprechpartner sehen (Frage 8c)
- inwieweit und mit welchen Mitteln sie sich die Informationen zum Thema 'Häusliche Gewalt' angeeignet haben (8d-8j)
- ob Informationsmaterial zum Thema sichtbar für Patientinnen zugänglich ist (8i)
- inwieweit sich die ÄrztInnen Zeit nehmen können, mit ihren Patientinnen über erlebte Gewalt zu sprechen (8j)

Diese Fragen sollen einen groben Einblick in die Selbsteinschätzung, Haltung und Unsicherheiten der ÄrztInnen geben.

### 3.4.4 Maßnahmen und Hindernisse bei häuslicher Gewalt

In Frage 9 wird wieder durch unterschiedliche geschlossene Fragestellungen ermittelt, inwieweit die Ärztinnen und Ärzte bei häuslicher Gewalt reagieren und welche Hindernisse im Praxisalltag zu finden sind.

In den Fragen 9a und 9b wird das Verhalten bei entsprechenden Symptomen ermittelt. In Frage 9c wird konkret erfragt, in welcher Intensität die Ärztin oder der Arzt Situationen erörtert. Es ist dem Opfer gegenüber sehr wichtig, sich wiederholt als möglichen Ansprechpartner anzubieten und eine Vertrauensbasis zu schaffen.

In Frage 9d bis 9e und Frage 9g werden Hindernisse, wie zu hohe Arbeitsbelastung, zu geringes Wissen und die Selbsteinschätzung ermittelt. Letztlich wird auch erfragt, ob man als Ärztin oder Arzt überhaupt der geeignete Ansprechpartner ist. Falls sich zeigt, dass die Hindernisse sehr hoch sind, wären hier wichtige Ansatzpunkte für Veränderungen zu finden.

In Frage 9f wird ermittelt, inwieweit Ärztinnen und Ärzte die Möglichkeit nutzen, auf andere Hilfsangebote zu verweisen (zum Beispiel Frauenhaus oder Beratungsstellen).

### 3.4.5 Verbesserungsvorschläge bezüglich Informationen

In der Frage 10 wird in geschlossenen Fragen ermittelt, welche Angebote sehr hilfreich wären und welche Angebote nicht hilfreich sind. Unter anderem werden dort Fragen zu Leitfaden, Fortbildungen, schriftliches

Informationsmaterial, bessere Honorierung gestellt. Unter der Frage 10h haben die Ärzte noch die Möglichkeit, zusätzliche, für sie hilfreiche, Angebote anzugeben.

#### 3.4.6 Interesse an einem pro-aktives Beratungsangebot

In Frage 11 wird nach kurzer Erläuterung ermittelt, wie die Resonanz für ein pro-aktives Beratungsangebot in unserer Region wäre, inwieweit die befragten Ärztinnen und Ärzte die Aufgabe einer Beratung selbst übernehmen oder inwiefern sie solches als unnötig betrachten.

#### 3.4.7 Einstellung zu offiziellen Dokumentationsbögen

In vielen Bundesländern gibt es offizielle Dokumentationsbögen, die zur gerichtsverwertbaren Dokumentation verwendet werden. Sie gewinnen bundesweit an Bedeutung. Leider hat Bayern bis zum heutigen Tag keinen Dokumentationsbogen, der verwendet werden könnte. Dieser könnte bei Gerichtsverhandlungen sehr hilfreich sein, da diese Art der ärztlichen Dokumentation die Glaubwürdigkeit der Opfer belegen kann. Die Frage ist jedoch in der Auswertung selber nicht zu finden, da sie in der Frage 10 g (inwiefern ein Leitfaden zur gerichtverwertbaren Dokumentation hilfreich wäre) mitbeantwortet wurde. Somit nimmt diese Antwort keinen weiteren Einfluss auf diese Arbeit.

#### 3.4.8 Statistische Angaben zur Person und Praxis

Die demographischen Daten – Fachrichtung, Geschlecht – sollen helfen, Unterschiede zwischen Fachrichtungen und den Geschlechtern im Gesamtergebnis zu erkennen.

Die unterschiedlichen Einstellungen zwischen den Fachrichtungen oder den Ärztinnen und Ärzten, könnten zu interessanten Ergebnissen führen.

### 3.5 Datenerhebung

Die Grundgesamtheit besteht aus allen niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten der Fachgruppen Allgemeinmedizin, Innere Medizin und Gynäkologie in der Stadt und dem Altlandkreis Kempten. Die Daten für die Befragung wurden über eine Ärzteliste ermittelt. Die Publikation „Ärzte und Zahnärzte – Krankenhäuser – Apotheken in der Stadt Kempten und im Kreis Oberallgäu“ der AOK Kempten beinhaltet sämtliche niedergelassenen Ärzte aus den oben genannten Fachrichtungen. Daraus ergab sich die Grundgesamtheit von N = 101 Ärztinnen und Ärzten, die in der folgenden Tabelle 7 dargestellt wird.

Tabelle 7: Grundgesamtheit der Befragung

Allgemeinmedizin	Weiblich	21	75
	Männlich	54	
Gynäkologie	Weiblich	3	13
	Männlich	10	
Innere Medizin	Weiblich	0	13
	Männlich	13	
<b>Gesamt</b>		<b>101</b>	<b>101</b>

Alle ermittelten Ärztinnen und Ärzte erhielten per Post einen Fragebogen mit Anschreiben zugeschickt. Es wurde eine zeitliche Antwortfrist von 2 Wochen gesetzt. Ein längerer Zeitraum wäre nicht sinnvoll gewählt, da die Bearbeitung bei Interesse im Normalfall in den ersten Tagen abläuft. Die zwei Wochen waren jedoch wichtig, falls Ärztinnen oder Ärzte sich auf Fortbildungen oder im Urlaub befinden sollten.

Ärztinnen sind in der Umfrage geringer vertreten. Es musste festgestellt werden, dass es in der Stadt und dem Altlandkreis Kempten keine Internistin gibt, die befragt werden könnte. Somit ist der Bereich der Inneren Medizin ausschließlich mit Ärzten belegt.

### 3.6 Realisierte Stichprobe

Die Rücklaufquote war für eine nichtangekündigte Befragung sehr zufriedenstellend. Von den 101 versendeten Fragebögen wurden 42 zurückgesandt. Somit lag die Rücklaufquote aller verwertbaren Antworten bei 41,58 %. Zwei weitere erhaltene Antworten, die hier nicht ausgewertet werden konnten, wurden separat unter Punkt 3.8.1 betrachtet.

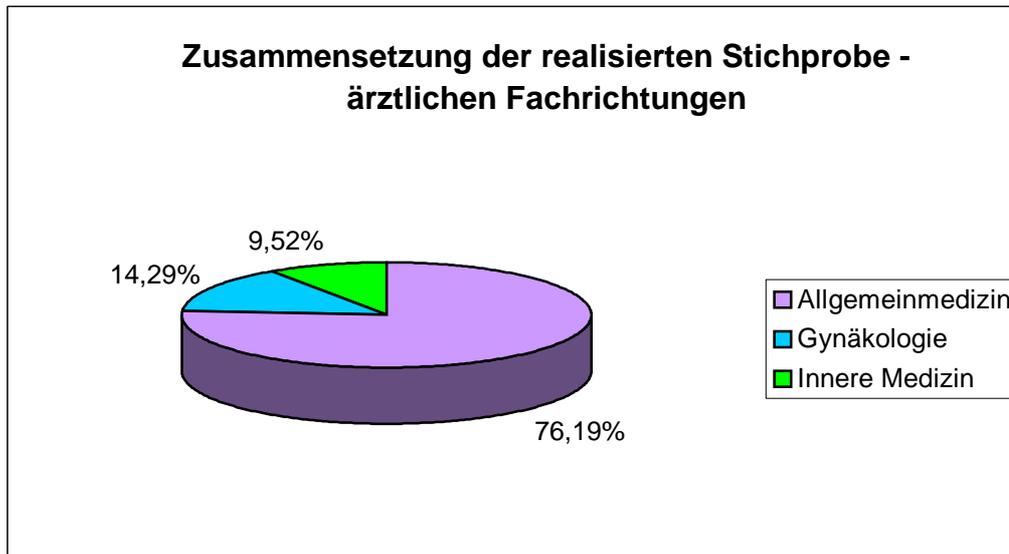
In der folgenden Tabelle 8 ist die genaue Zusammensetzung der realisierten Stichprobe ersichtlich.

Tabelle 8: Zusammensetzung der realisierten Stichprobe

Allgemeinmedizin	Weiblich	5	32
	Männlich	27	
Gynäkologie	Weiblich	2	6
	Männlich	4	
Innere Medizin	Weiblich	0	4
	Männlich	4	
<b>Gesamt</b>		<b>42</b>	<b>42</b>

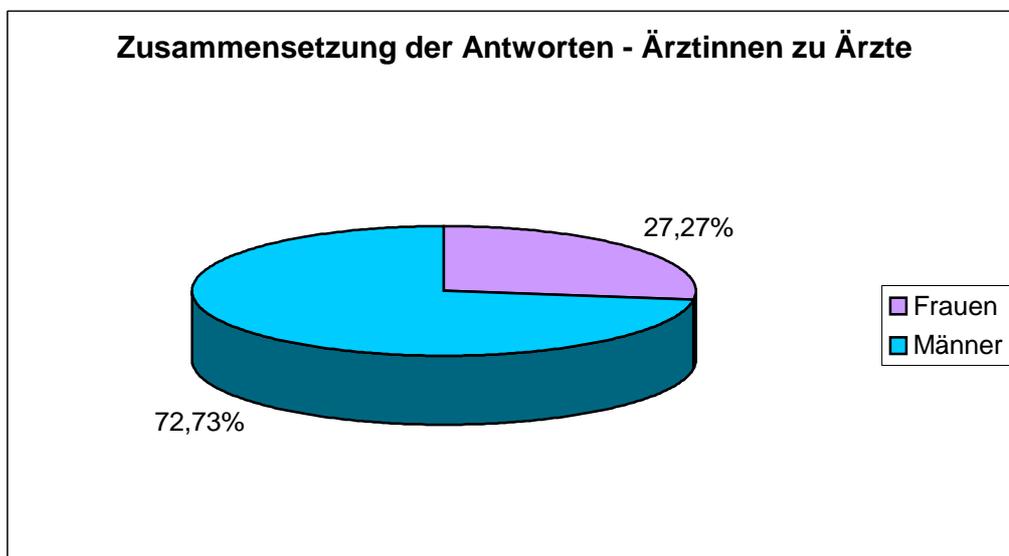
Der Rücklauf bei der Allgemeinmedizin liegt bei 42,67 %, bei der Gynäkologie bei 46,15 % und bei der Inneren Medizin bei 30,77 %. Daraus lässt sich schließen, dass die Ärzte der Inneren Medizin keinen so starken Bezug zum Thema häusliche Gewalt haben, wie die anderen Fachrichtungen.

Abbildung 3: Zusammensetzung der realisierten Stichprobe - ärztlichen Fachrichtungen



Über  $\frac{3}{4}$  der Antworten kommen aus der Allgemeinmedizin, was natürlich auch daran liegt, dass diese Ärzteschaft am Stärksten vertreten ist. Knapp 15 % der Antworten wurden von Ärztinnen und Ärzten der Gynäkologie bearbeitet und knapp 10 % kommen aus der Inneren Medizin.

Abbildung 4: Zusammensetzung der Antworten – Ärztinnen zu Ärzte



In der Grundgesamtheit ( $p=101$ ) lag das Verhältnis zwischen Ärztinnen und Ärzten bei 25,24 % (Ärztinnen) zu 75,76 % (Ärzte), in der realisierten Stichprobe ist das Verhältnis 27,27 % (Ärztinnen) zu 72,73 % (Ärzte).

Das etwas verbesserte Verhältnis ergibt sich, da insgesamt 50 % aller befragten Ärztinnen und 43 % der befragten Ärzte geantwortet haben.

### 3.7 Auswertung

Die Daten wurden per Hand ausgezählt. Jede Antwortmöglichkeit, sowie fehlende Angaben wurden festgehalten. Die offenen Antworten wurden kategorisiert. Um Fehler zu vermeiden, wurde die Auszählung mit zwei Personen durchgeführt und die Quersummen der Antworten geprüft. Die Ergebnisse der Zählung wurden in Excel eingegeben und Abbildungen dazu erstellt.

Die zwei Antworten, die dabei nicht auswertbar waren, wurden separat betrachtet und ausgewertet (siehe 3.8.1).

### 3.8 Ergebnisse

#### 3.8.1 Auswertung der gesonderten Antworten

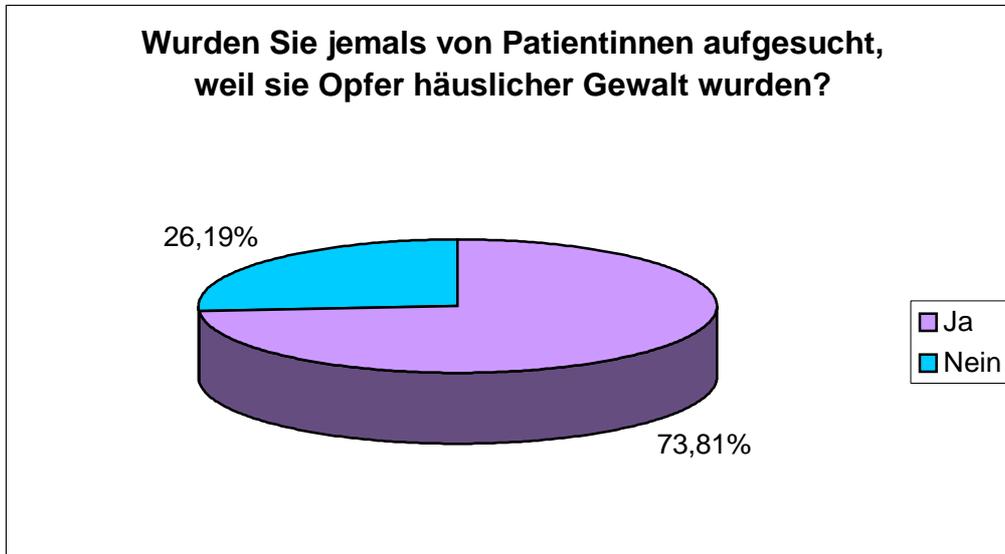
Zwei Zuschriften konnten nicht ausgewertet werden, da sich der eine Arzt laut seiner Aussage sehr stark auf die Kardiologie spezialisiert hat und somit laut seiner Aussage „fast keinen Einblick in familiäre Verhältnisse“ hat.

Der zweite Arzt, der den leeren Fragebogen mit einem Kommentar zurückgeschickt hat, teilte mit: „Solange nur von Gewalt eines Partners gegenüber einer Partnerin die Rede ist, ist der Fragebogen 'häusliche Gewalt' unvollständig. Ich kann ihn so nicht beantworten“. Dem Arzt war es wichtig, seine Meinung mitzuteilen. Ihm war es nicht möglich, den Fragebogen auszufüllen, obwohl über 90 % der Opfer weiblich sind. Da die Zahl der weiblichen Opfer signifikant höher ist als die der männlichen Opfer, ist die Abgrenzung für diese Arbeit jedoch notwendig. Genaueres ist unter dem Punkt 2.1.1 beschrieben.

### 3.8.2 Wahrnehmung von Opfern häuslicher Gewalt

Auf die Frage, ob die Ärztinnen und Ärzte schon jemals aufgrund häuslicher Gewalt aufgesucht worden sind, antworteten von den 42 Befragten 31 Personen (73,81 %) mit 'Ja' und 11 Personen (26,19 %) mit 'Nein'.

Abbildung 5: Kontakt zu Opfern häuslicher Gewalt



Es sind starke Unterschiede in der Beantwortung dieser Frage zwischen den Fachbereichen zu erkennen. Nur eine Person aus der Gynäkologie (16,67 %) und zwei Personen (50 %) aus dem Fachbereich Innere Medizin gaben an, bisher Opfer häuslicher Gewalt behandelt zu haben. Im Bereich Allgemeinmedizin gaben jedoch 28 Personen (87,5 %) an, bisher Patientinnen behandelt zu haben, die aufgrund häuslicher Gewalt zu ihnen in Behandlung kamen. Es zeigt sich, dass Allgemeinärztinnen und Allgemeinärzte den intensivsten Kontakt zu diesem Thema haben.

Zwischen den Ärztinnen und Ärzten gab es keine großen Differenzen bei der Wahrnehmung häuslicher Gewalt. 75 % der Ärztinnen und 73,33 % der Ärzte gaben an, Opfer häuslicher Gewalt behandelt zu haben.

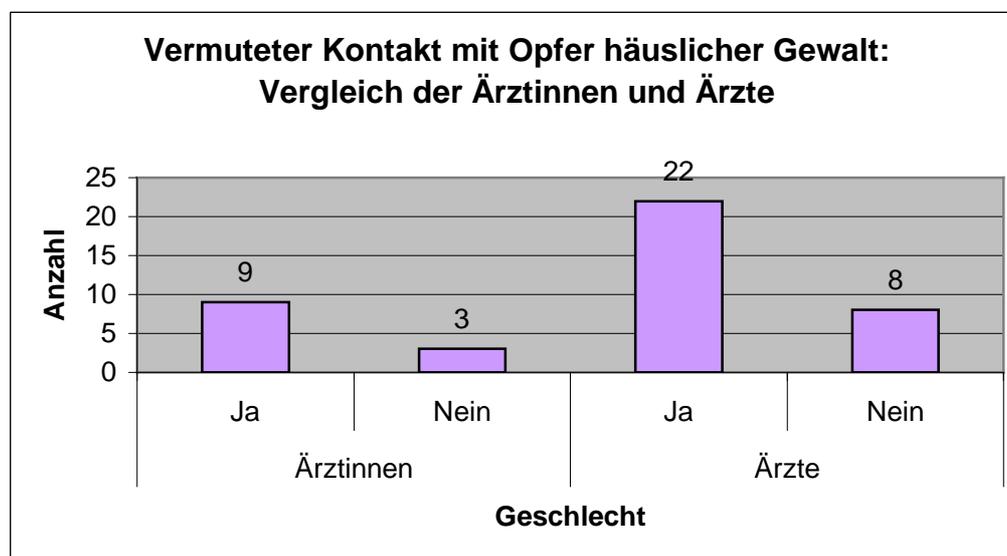
Jedoch ist deutlich zu sehen, dass fast jede Ärztin und jeder Arzt Patientinnen hatte, bei denen die Vermutung bestand, dass sie häusliche Gewalt erlebt hatten.

Abbildung 6: Vermuteter Kontakt zu Opfern häuslicher Gewalt



Fast alle Ärztinnen und Ärzte - 40 Personen, also 95,24 % - gaben an, bereits Patientinnen behandelt zu haben, die ihrer Vermutung nach häusliche Gewalt erlebt haben.

Abbildung 7: Vermuteter Kontakt mit Opfer häuslicher Gewalt: Vergleich der Ärztinnen und Ärzte

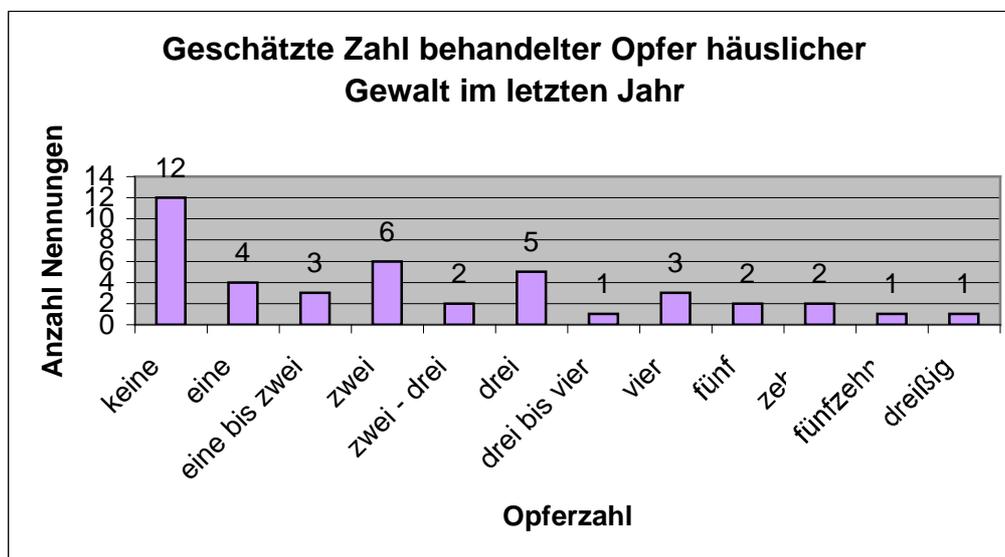


Es zeigt sich hier ein leichter geschlechtsspezifischer Unterschied. Insgesamt 12 Ärztinnen (100 %) und 28 Ärzte (93,33 %) gaben an, bisher vermutete Opfer häuslicher Gewalt behandelt zu haben.

### 3.8.3 Anzahl der wahrgenommenen Fälle häuslicher Gewalt

Im Folgenden wurde nach der geschätzten Anzahl Frauen gefragt, die im Laufe des letzten Jahres aufgrund häuslicher Gewalt von den Ärzten behandelt wurden.

Abbildung 8: Anzahl behandelter Fälle häuslicher Gewalt



Die 42 Befragten gaben insgesamt 131 geschätzte Fälle an, die von ihnen wegen häuslicher Gewalt behandelt wurden. Somit hat jede Ärztin und jeder Arzt im Durchschnitt (arithmetisches Mittel)<sup>53</sup> etwa 3,1 Patientinnen wegen häuslicher Gewalt behandelt.

12 ÄrztInnen gaben an, keinen Fall häuslicher Gewalt im letzten Jahr behandelt zu haben. Von den Personen, die Fälle häuslicher Gewalt behandelt haben, liegt der Modus<sup>54</sup> (häufigster Wert) bei 2 Patientinnen.

Es handelt sich hier um eine linkssteile Verteilung,<sup>55</sup> das bedeutet, die meisten Ärztinnen und Ärzte nahmen keine oder wenige Fälle wahr, beziehungsweise nur wenig Ärztinnen und Ärzte nahmen viele Fälle wahr.

### 3.8.4 Wahrnehmung der Gewaltformen

Die ÄrztInnen sollten hier deutlich machen, welche Gewaltformen von ihnen wahrgenommen werden. Sie konnten hierbei die verschiedenen Gewaltformen (körperlich, sexuell, psychisch, ökonomisch, sozial) ankreuzen. Mehrfachnennungen waren bei dieser Frage möglich.

Von allen 42 befragten Personen gaben 38 Personen eine oder mehrere Antworten an. Deshalb ist hier als Grundmenge  $n = 38$  gewählt.

<sup>53</sup> Vgl.: Helmut Kromrey (2002): Empirische Sozialforschung; Opladen: Leske + Budrich; 10. vollständig überarbeitete Auflage; S. 431

<sup>54</sup> Vgl.: ebd.; S. 426

<sup>55</sup> Vgl.: ebd.; S. 424

Tabelle 9: Formen von Gewalt (Mehrfachnennung möglich)

Formen von Gewalt	Anzahl der Nennungen	Prozent
Körperliche Gewalt	34	89,47 %
Psychische Gewalt	27	71,05 %
Sexuelle Gewalt	13	34,21 %
Soziale Gewalt	8	21,05 %
Ökonomische Gewalt	5	13,16 %

Körperliche Gewalt wurde von allen Gewaltformen am häufigsten genannt. 89,47 % sagten aus, körperliche Gewalt an ihren Patientinnen wahrgenommen zu haben. Gefolgt wird sie anteilmäßig mit 71,05 % von der psychischen Gewalt, die nach diesem Ergebnis zu urteilen relativ gut erkannt wird. Sexuelle Gewalt liegt im Mittelfeld mit 34,21 %. Soziale Gewalt (21,05 %) und ökonomische Gewalt (13,16 %) wurden seltener genannt. Das macht deutlich, dass der Einblick in diesen 'sehr privaten' Bereich begrenzt ist und die Ärztinnen und Ärzte sich dort noch wenig Einblick verschaffen oder verschaffen können. Zudem besteht hier kein direkter Bezug zur Gesundheit. Deutliche Unterschiede waren zwischen den Geschlechtern im Bereich Wahrnehmung von Formen der Gewalt erkennbar.

Tabelle 10: Formen von Gewalt – Einschätzung nach Geschlecht der Befragten

Formen von Gewalt	Nennung Ärztinnen	Prozent Ärztinnen	Nennung Ärzte	Prozent Ärzte
Körperliche Gewalt	11	91,67 %	23	88,46 %
Psychische Gewalt	11	91,67 %	16	61,54 %
Sexuelle Gewalt	5	41,67 %	8	30,77 %
Soziale Gewalt	5	41,67 %	3	11,54 %
Ökonomische Gewalt	0	0 %	5	19,23 %

Die Werte der Ärztinnen lagen bis auf den Bereich ökonomische Gewalt deutlich über den Werten der Ärzte. So liegt bei den Ärztinnen körperliche und psychische Gewalt mit 91,67 % auf gleicher Höhe. Die Ärzte nennen zu 88,46 % körperliche Gewalt und psychische Gewalt zu 61,54 %. Auch wichtig zu erwähnen ist der Unterschied bei der sozialen Gewalt. Ärztinnen nennen sie zu 41,67 %, Ärzte nur zu 11,54 %. Auch sexuelle Gewalt wird von Ärztinnen öfters genannt als von Ärzten (41,67 % zu 30,77 %). Sehr interessant ist zu erkennen, dass 19,23 % der Ärzte ökonomische Gewalt erkannt haben, jedoch keine Ärztin einen Fall der ökonomischen Gewalt angegeben hat.

### 3.8.5 Körperliche und psychische Symptome

In einer offenen Frage wurde nach körperlichen oder psychischen Symptomen gefragt, die darauf hinweisen könnten, dass die Patientin misshandelt werden könnte.

Am meisten, nämlich 21 mal wurden Hämatome genannt. Weitere körperliche Symptome wie Brüche, Genitalverletzungen oder anderes wurde 18 mal genannt. Unterschiedliche Ängste und Alpträume wurden auch 18 mal angegeben. Gefolgt wurden diese Symptome von Depressionen mit 17 Nennungen. Andere, mehrfach genannte Symptome waren soziale Probleme und Rückzug, Schlafstörungen, Wesensveränderungen, psychosomatische Störungen oder auch Nervosität. Mehrmalig wurde auch davon gesprochen, dass ein Symptom auch ein unklarer Symptomkomplex sein kann, also das Zusammenspiel unterschiedlicher Symptome, die nicht zueinander passen oder die Bagatellisierung, Verschüchterung sowie die unglaublichen Erklärungen einer Patientin.

Gerade durch die offene Fragestellung wird deutlich, wie komplex die Symptomatik einer Patientin sein kann, die häusliche Gewalt erlebt.

### 3.8.6 Anteil der Patientinnen mit erlebter häuslicher Gewalt

In einer geschlossenen Frage wurde erfragt, wie viele der bisherigen Patientinnen dem Wissen nach und der Vermutung nach Opfer häuslicher Gewalt wurden. Die Grundmenge bei dem realen Anteil liegt bei  $n = 39$  (drei Personen gaben keine Antwort) und bei der Schätzung  $n = 41$  (eine Person gab keine Antwort).

Abbildung 9: Anteil von Opfern häuslicher Gewalt in der Praxis

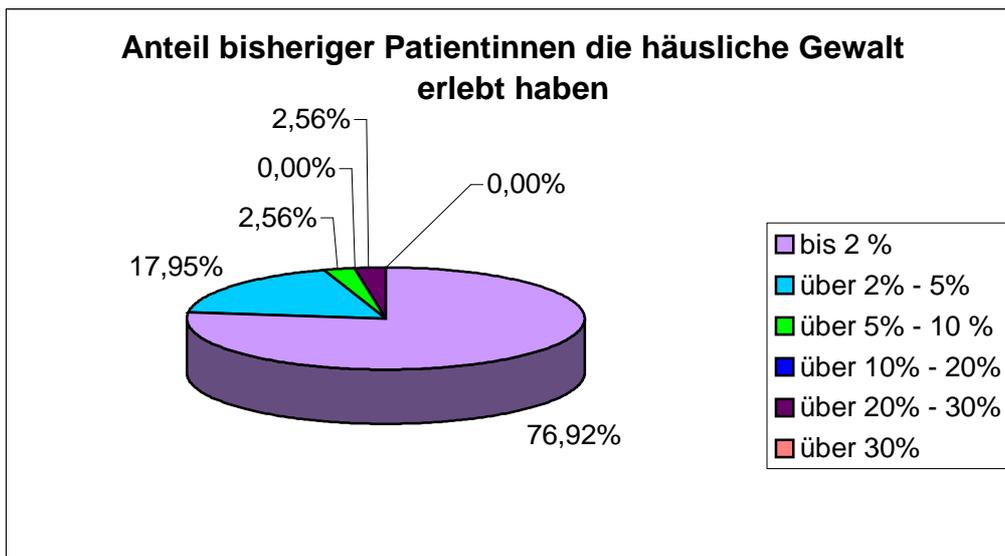
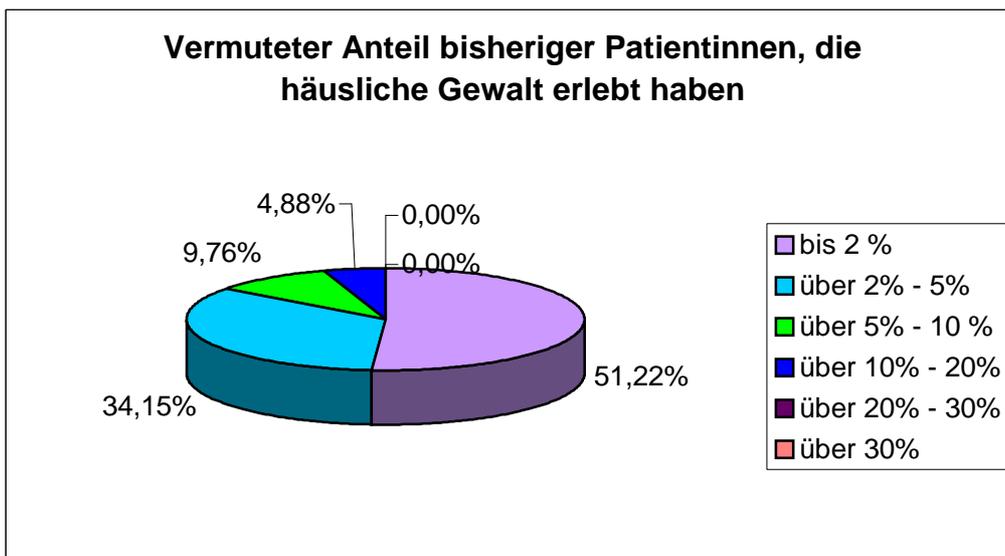


Abbildung 10: Anteil vermutlicher Opfer häuslicher Gewalt in der Praxis



Es ist deutlich zu erkennen, dass der Anteil bei vermuteter häuslicher Gewalt höher liegt. Jedoch ist in der empirischen Erhebung „Lebenssituation, Sicherheit und Gesundheit von Frauen in Deutschland“ ersichtlich, dass etwa 25 % aller Frauen von häuslicher Gewalt betroffen sind beziehungsweise waren. Das bedeutet, jede vierte Frau hat entweder durch den aktuellen oder den früheren Beziehungspartner mindestens einmal häusliche Gewalt erlebt.<sup>56</sup> Die wahrgenommenen sowie die geschätzten Zahlen spiegeln die ermittelten Zahlen des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend nicht wieder. Es macht klar, dass nicht nur unsere Gesellschaft dieses hohe

<sup>56</sup> Vgl.: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) (Hrsg.) (2004): Lebenssituation, Sicherheit und Gesundheit von Frauen in Deutschland – Eine repräsentative Untersuchung zu Gewalt gegen Frauen in Deutschland; Nachdruck 2006; Berlin; S. 9

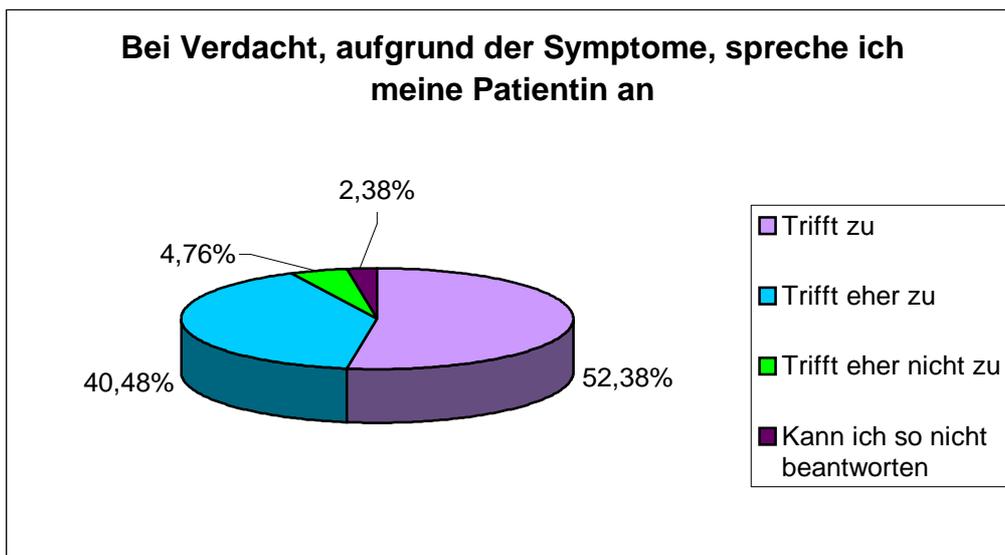
Maß an Vorfällen nicht wahrnimmt, sondern auch die befragten Ärztinnen und Ärzte.

In der Frage zeigten sich tendenzielle geschlechtsspezifische Unterschiede in der Einschätzung. So schätzen Ärztinnen den Anteil der Patientinnen eher höher ein als die Ärzte. Ferner zeigte sich, dass die Einschätzungen der Inneren Medizin und der Gynäkologie den Anteil der Patientinnen, die häusliche Gewalt erleben, bis 2 % einschätzt. Es macht wiederum deutlich, dass die Ärztinnen und Ärzte der Allgemeinmedizin stärker mit dem Thema häuslicher Gewalt konfrontiert sind, beziehungsweise auch sensibler dem Thema gegenüber sind.

### 3.8.7 Verhalten der Ärztinnen und Ärzte in der Praxis

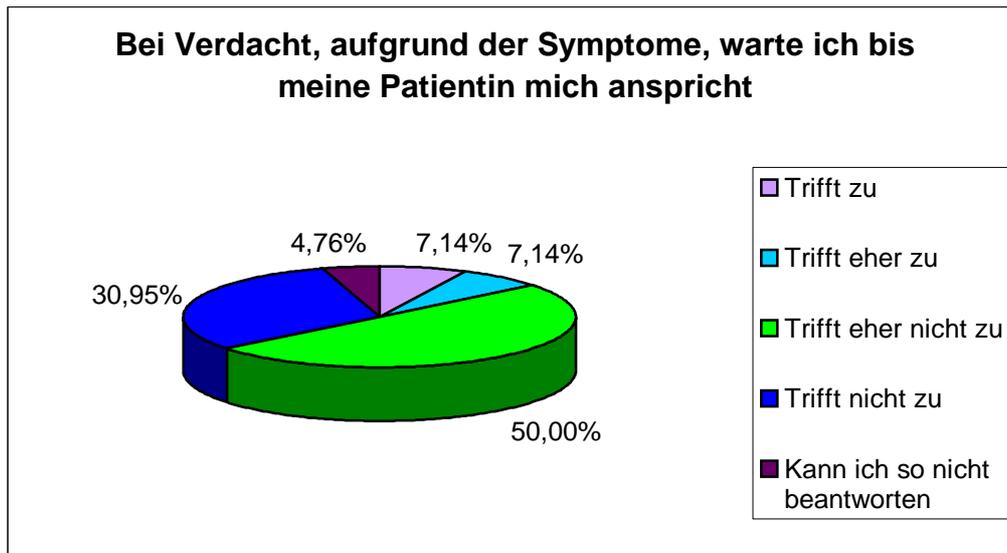
Ein interessanter Bereich ist das Verhalten der Ärztinnen und Ärzte im Praxisalltag. Es wurden Informationen über das Vorgehen der Ärztinnen und Ärzten ermittelt.

Abbildung 11: Verhalten bei vermuteter Gewalttätigkeit



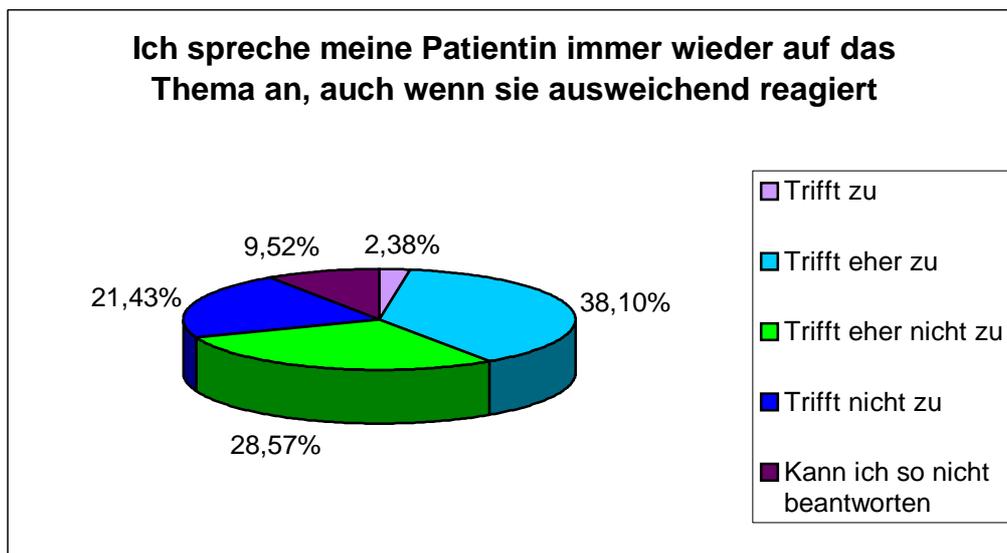
Von den Befragten gaben insgesamt 92,86 % an, dass sie bei vermuteter Gewalt ihre Patientin darauf ansprechen. Dabei stehen 52,38 % komplett hinter dieser Aussage und 40,48 % können es sich eher vorstellen, bei Verdacht genauer nachzufragen. 4,76 % sagen aus, dass sie bei Verdacht aufgrund der Symptome eher nicht fragen, ob es sich eventuell um eine Gewalterfahrung handelt und 2,38 % konnten die Frage so nicht beantworten. Sowohl unter den Fachbereichen als auch unter den Geschlechtern gab es keine starken Abweichungen.

Abbildung 12: Passives Verhalten in Verdachtsmomenten



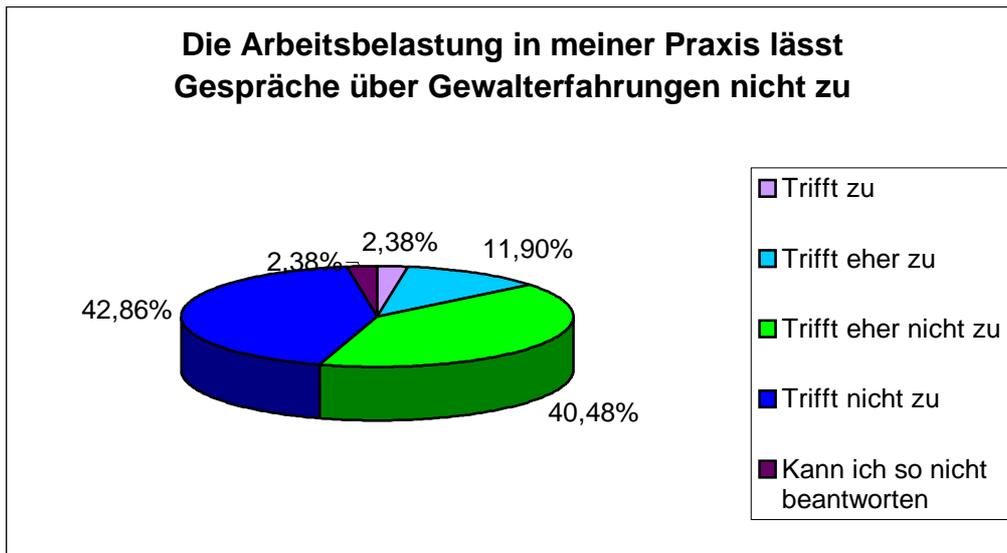
Sehr positiv ist das Verhalten der Ärzte bei Verdacht zu deuten. Nur 14,28 % der Ärzte bleiben insgesamt eher passiv in ihrem Verhalten. 80,95 % sehen sich nicht in der passiven Position und reagieren auch schon bei Verdachtsmomenten auf ihre Patientinnen.

Abbildung 13: Wiederholtes Nachfragen bei ausweichendem Verhalten



Es gaben insgesamt 40,48 % (17 Personen) an, sich wiederholt mit der Patientin über das Thema Gewalt auseinander zu setzen, wobei 2,38 % der Aussage voll zustimmt und 38,10 % der Aussage eher zustimmen. 50,00 % (21 Personen) gaben an, sich nicht wiederholt mit der Patientin und dem eventuellen Gewaltproblem auseinander zu setzen.

Abbildung. 14: Arbeitsbelastung in der Praxis



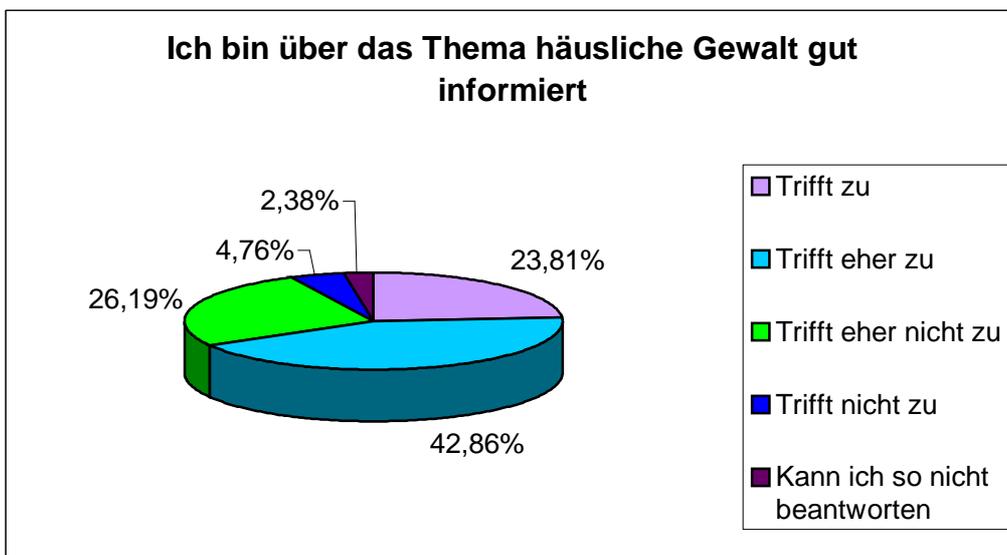
Die befragten Ärztinnen und Ärzte machen deutlich, dass sie für ihre Patientinnen zur Verfügung stehen. 83,34 % aller Ärzte sagen aus, dass sie sich mit ihren Patientinnen über das Thema Gewalt unterhalten können. Nur 14,28 % teilen mit, dass ihre Arbeitsbelastung es nicht zulässt, Gespräche über Gewalterfahrungen zu führen.

Das sind sehr positive Werte, die deutlich machen, dass Ärztinnen und Ärzte ihre Schlüsselrolle sehr gut annehmen.

### 3.8.8 Einschätzung eigener Möglichkeiten

Die Selbsteinschätzung der ÄrztInnen ist wichtig, da sie in ihrer Schlüsselrolle eine Reihe von Möglichkeiten haben.

Abbildung 15: Informationsstand der ÄrztInnen



2/3 der befragten Ärztinnen und Ärzte geben an, über das Thema Gewalt gut informiert zu sein. 23,81 % stimmen hierbei der Aussage voll zu und 42,86 % stimmten der Aussage eher zu. 30,95 % der Ärztinnen und Ärzte sagen aus, eher nicht oder nicht gut über das Thema informiert zu sein. Es gibt bei dieser Frage keinen geschlechtsspezifischen Unterschied.

Im Folgenden soll aufgezeigt werden, wodurch unsere Ärztinnen und Ärzte ihr Wissen erlangt haben (Mehrfachnennungen waren möglich).

Tabelle 11: Wissensstand der befragten Ärztinnen und Ärzte

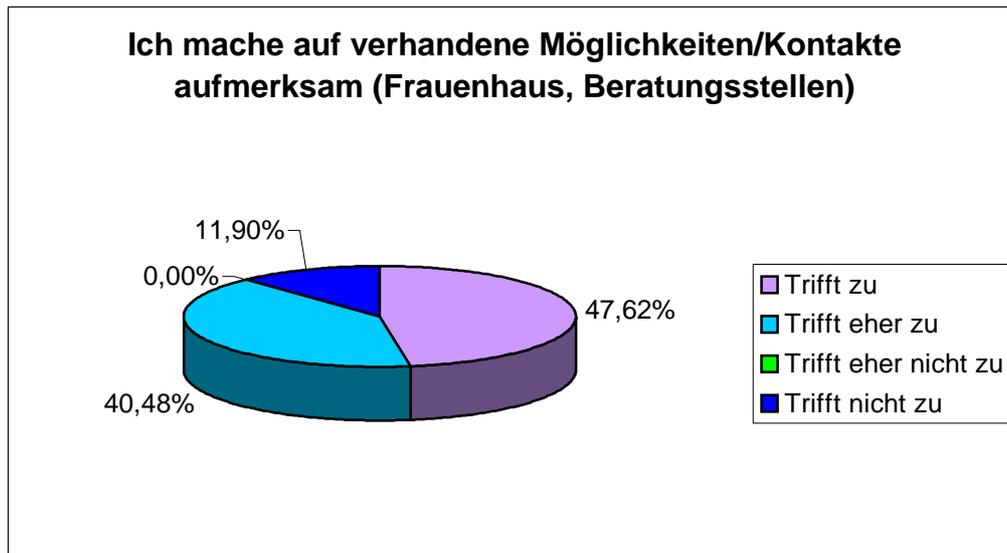
Wissen durch ...	Nennung Gesamt	Prozent Gesamt	Nennung Ärztinnen	Prozent Ärztinnen	Nennung Ärzte	Prozent Ärzte
Fortbildungen	13	30,95 %	3	25,00 %	10	33,34 %
Informationsmaterial	26	61,91 %	9	75,00 %	17	56,67 %
Fachliteratur	24	57,14 %	8	67,00 %	16	53,33 %

Bei dem Erlangen vom Wissen zum Thema sind (siehe Tabelle 11) leichte Unterschiede bei den Geschlechtern zu erkennen. So haben etwas mehr Ärzte ihr Wissen durch Fortbildungen erhalten, dagegen haben Ärztinnen vermehrt ihr Wissen zum Thema häusliche Gewalt über Informationsmaterial und Fachliteratur erhalten.

In den Fachbereichen gibt es starke Unterschiede. Der Fachbereich Innere Medizin hat sein Fachwissen eher durch Informationsmaterial und Fachliteratur erhalten. Die Gynäkologie hat ihr Fachwissen eher durch Fortbildungen erhalten, eventuell werden Ärztinnen und Ärzte der Fachrichtung Gynäkologie hier mehr gefördert als die anderen Fachrichtungen. Die ÄrztInnen der Allgemeinmedizin haben ihr Wissen über häusliche Gewalt aus allen Bereichen, wobei der Wissenserhalt aus Informationsmaterial und der Fachliteratur am Stärksten vertreten ist.

Sehr gut feststellbar ist, dass unsere Ärztinnen und Ärzte auf vorhandene Möglichkeiten aufmerksam machen.

Abbildung 16: Hinweis auf vorhandene Möglichkeiten der Frauen



Insgesamt 37 von den 42 ÄrztInnen (88,10 %) sagen, sie machen auf vorhandene Möglichkeiten wie Frauenhaus oder Beratungsstellen aufmerksam. Dabei sagen 20 Personen (47,62 %), dass die Aussage voll zutrifft und 17 Personen, dass die Aussage eher zutrifft. Nur 5 ÄrztInnen (11,90 %) teilen mit, sie zeigen keine Informationen über vorhandene Möglichkeiten auf.

Im Antwortverhalten ergeben sich keine wesentlichen Unterschiede zwischen den Fachgruppen. Das bedeutet, das Verhalten aller Fachgruppen ist relativ gleich. In den Aussagen nach Geschlechtern differenziert ist zu erkennen, dass die Aussage 'Trifft nicht zu' nur von Ärzten genannt wird.

Im Fragebogen wurde neben dem Verhalten auch die Selbsteinschätzung als Ansprechpartner/in abgefragt. Wichtig ist hierbei die Einschätzung, inwieweit die Ärztin oder der Arzt sich selbst als Ansprechpartner/in sieht und inwieweit der/die ÄrztIn denkt, dass die Patientinnen sie/ihn als Ansprechpartner/in sehen.

Abbildung 17: Selbsteinschätzung: Ärztin/Arzt als Ansprechpartner

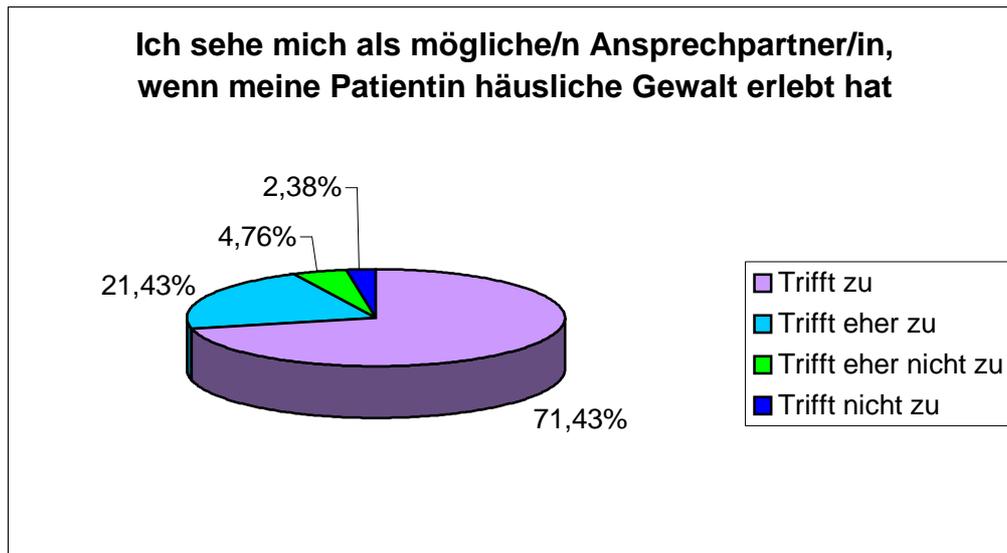
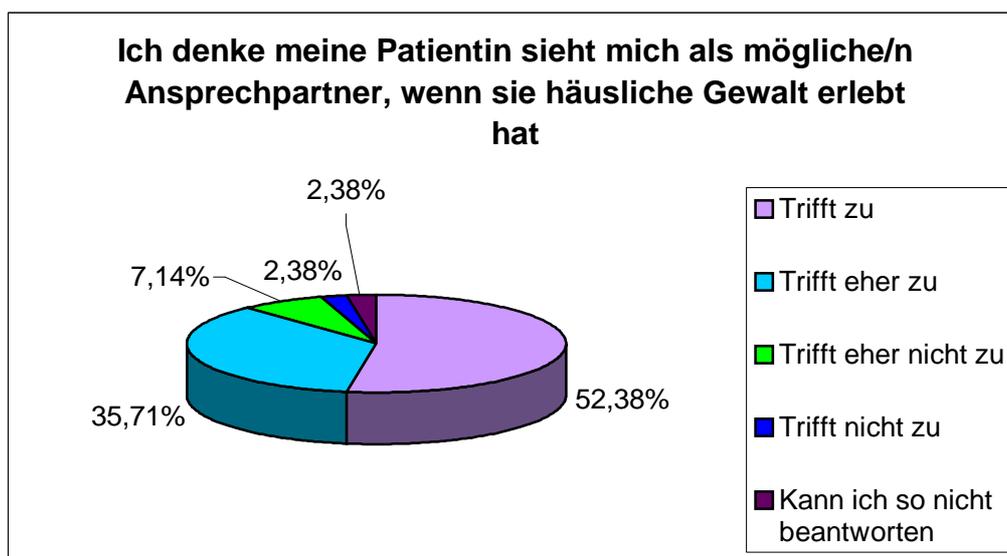


Abbildung 18: Einschätzung Patientinnensicht: Ärztin/Arzt als Ansprechpartner



Fast alle Ärztinnen und Ärzte (92,86 %) sehen sich als möglichen Ansprechpartner, wenn Patientinnen häusliche Gewalt erlebt haben. 22 Personen (71,43 %) stimmen der Aussage dabei voll zu und 15 Personen (21,43 %) teilen mit, der Aussage eher zuzustimmen. Nur 4 Personen (7,14 %) sagen aus, sich selbst (eher) nicht als Ansprechpartner/in zu sehen.

Bei der Frage, wie sie denken, dass die Sicht der Patientinnen ist, ist die Zustimmung etwas geringer.

Es zeigt sich, dass zwischen den ÄrztInnen und Patientinnen eine große Vertrauensbasis vorhanden zu sein scheint. Die ÄrztInnen sehen sich als möglichen Ansprechpartner und gehen davon aus, dass die Patientinnen sie auch als möglichen Ansprechpartner sehen.

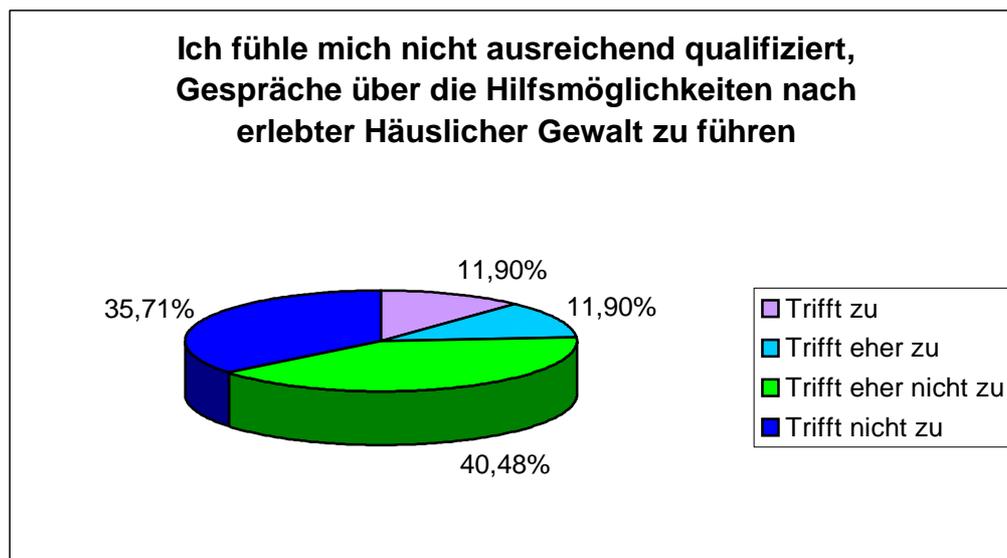
Zwischen den Fachrichtungen und den Geschlechtern gab es keine wesentlichen Unterschiede. Das heißt, über alle untersuchten Gruppen ist die

Einschätzung gleich, inwieweit sie sich selbst oder aus Patientensicht als Ansprechpartner sehen.

### 3.8.9 Mögliche Problematiken

Ein Problem, das eventuell vorhanden ist, ist die Überforderung aufgrund von zu geringem Wissen über das Thema häusliche Gewalt.

Abbildung 19: Fehlende Qualifikation der ÄrztInnen

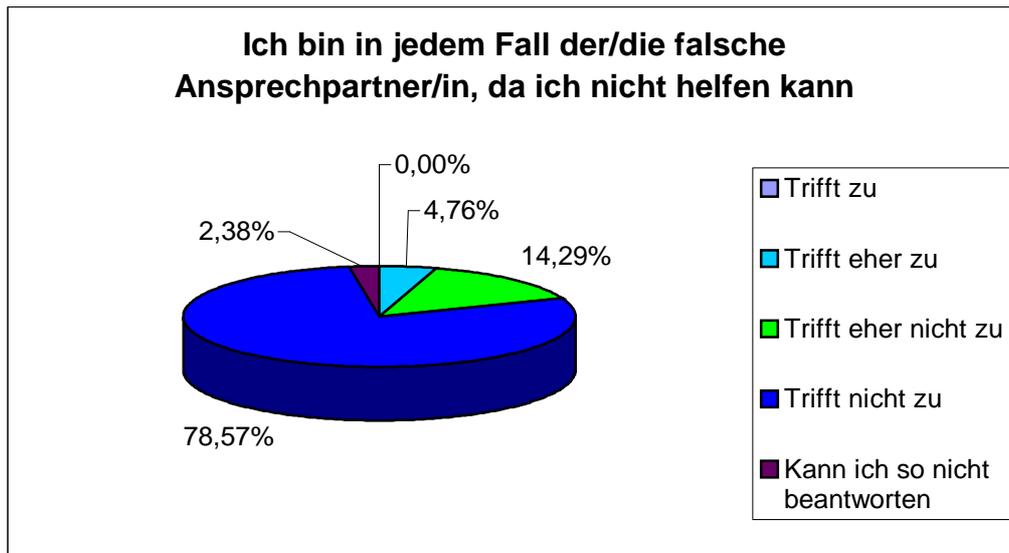


Von allen befragten Ärztinnen und Ärzten geben insgesamt 10 Personen (23,8 %) an sich (eher) unqualifiziert zu fühlen. Andererseits gaben 32 Personen (76,19 %) an, sich imstande zu fühlen, Gespräche über Hilfsmöglichkeiten nach erlebter Gewalt mit ihren Patientinnen zu führen.

Hier gibt es keine wesentlichen Unterschiede zwischen den Geschlechtern. Es wird deutlich, dass die Hälfte der Ärztinnen und Ärzte der Fachrichtung Gynäkologie sich in diesem Bereich unterqualifiziert finden. Bei den Befragten der Allgemeinmedizin liegt dieser Wert nur bei 18,76 %, bei den Befragten der Inneren Medizin bei 25 %.

Letztlich wurde in der Aussage 'Ich bin in jedem Fall der/die falsche Ansprechpartner/in, da ich nicht helfen kann' geprüft, wie viele Ärztinnen und Ärzte sich nicht als mögliche Hilfsperson sehen.

Abbildung 20: ÄrztInnen als falsche Ansprechpartner



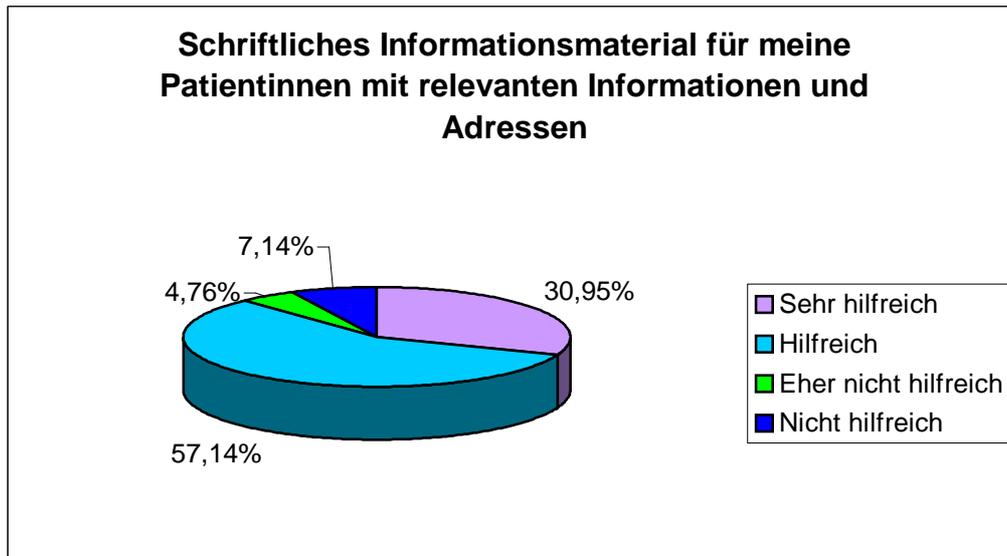
Bei dieser Aussage stimmten zwei Personen (4,76 %) eher zu. 39 Personen (92,86 %) dagegen teilten mit, dass sie sich schon als mögliche Ansprechperson sehen. Die Aussagen 'Trifft eher zu' und 'Kann ich so nicht beantworten' wurden ausschließlich von Ärzten gegeben. Alle Ärztinnen gaben an, als Ansprechperson geeignet zu sein.

Das Ergebnis lässt erkennen, dass die Ärztinnen und Ärzte grundsätzlich 'ein offenes Ohr' für die Probleme ihrer Patientinnen haben, wobei sich alle befragten Ärztinnen als Ansprechpartner für die Frauen, die häusliche Gewalt erleben, fühlen.

### 3.8.10 Hilfreiche Angebote für Ärztinnen und Ärzte

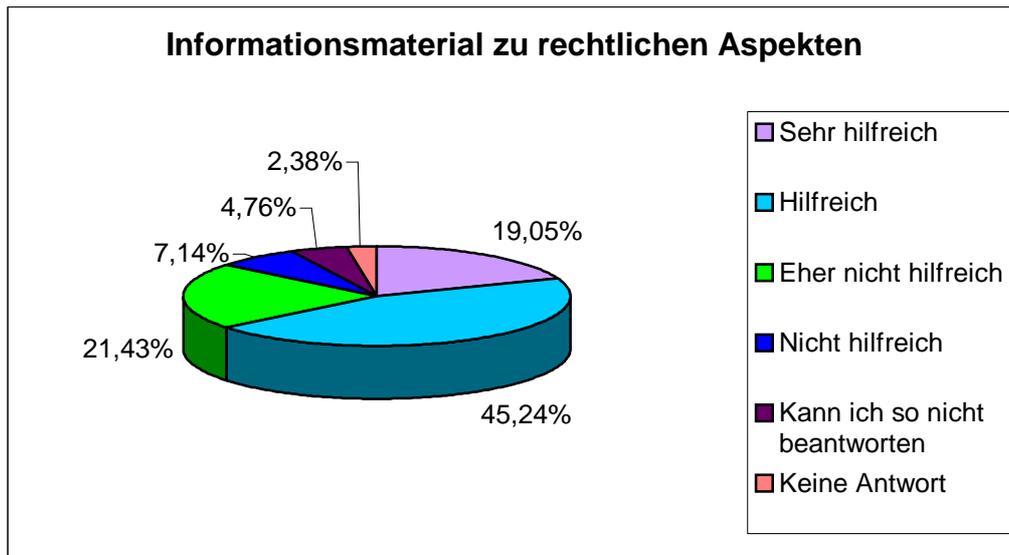
Es gibt eine Reihe von Möglichkeiten, die hilfreich im Umgang mit Opfern häuslicher Gewalt sein können. Um zu prüfen, welche Angebote unsere Ärztinnen und Ärzte positiv einschätzen, wurden hier unterschiedliche Möglichkeiten abgefragt.

Abbildung 21: Schriftliches Informationsmaterial für Patientinnen



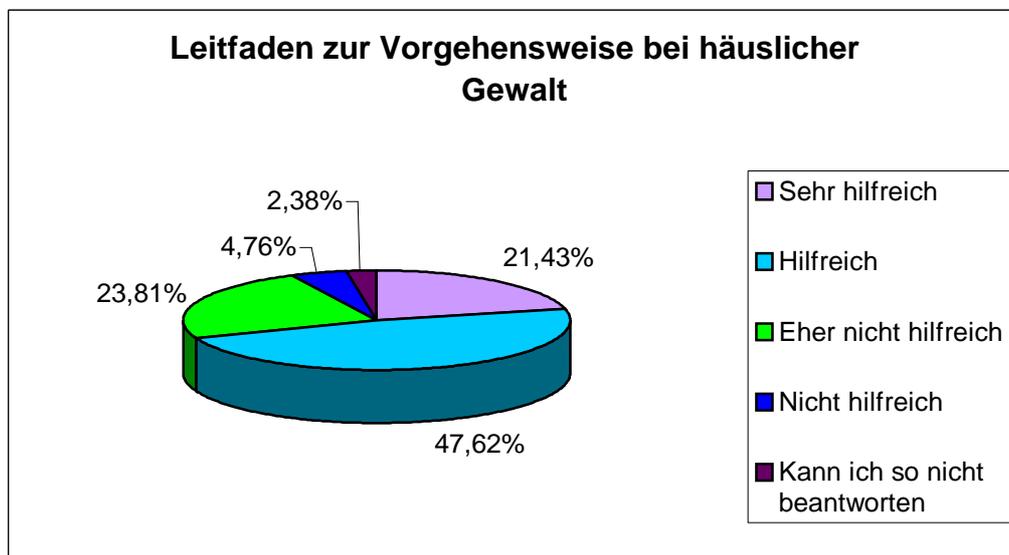
Von allen befragten ÄrztInnen empfinden 88,09 % Informationsmaterial für Patientinnen mit relevanten Informationen und Adressen als 'Sehr hilfreich' oder 'Hilfreich'. Lediglich 11,90 % empfinden es als 'Eher nicht hilfreich' oder 'Nicht hilfreich'. Dem Fragebogen, der an die ÄrztInnen versandt wurde, lag der Flyer „Hilfe bei Gewalt gegen Frauen und Kinder“ bei, der vom 'Runden Tisch gegen Gewalt in Kempten' entworfen und gedruckt wurde. Nach der Befragung hat sich ein Arzt gemeldet, und bestellte für seine Praxis einige Flyer zum Auslegen. Es kann nicht davon ausgegangen werden, dass die meisten ÄrztInnen bereits Informationsmaterial für Patientinnen zum Thema ausgelegt haben. Nur 4,76 % der Befragten stimmten bei der Frage, ob sie Informationsmaterial sichtbar für Patientinnen ausgelegt haben, mit 'Trifft zu' und 9,52 % mit 'Trifft eher zu'.

Abbildung 22: Informationsmaterial zu rechtlichen Aspekten



Zu der Frage, inwieweit Ärztinnen und Ärzte Informationsmaterial zu rechtlichen Aspekten hilfreich fänden, sagten 64,29 % aus, dass sie es 'Sehr hilfreich' oder 'Hilfreich' finden. Das Interesse ist somit deutlich geringer als bei den Informationen, die direkt an die Patientinnen weiter gegeben werden können. 28,47 % teilten mit, dass sie es 'Eher nicht hilfreich' oder 'Nicht hilfreich' empfinden.

Abbildung 23: Leitfaden zur Vorgehensweise für Ärztinnen und Ärzte



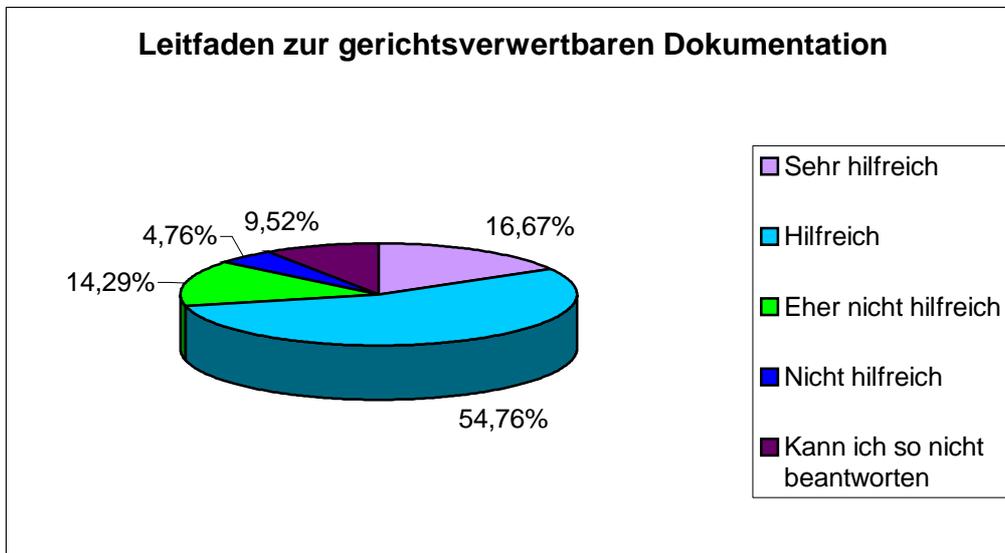
Die Bundesärztekammer forderte am Deutschen Ärztetag 2007 erstmals die Landesärztekammern auf, offizielle Leitfäden anzubieten.<sup>57</sup> Die meisten Bundesländer stellen diese Leitfäden zur Vorgehensweise für Ärztinnen und Ärzte bei häuslicher Gewalt mittlerweile zur Verfügung. Lediglich Bayern,

<sup>57</sup> Vgl.: Bundesärztekammer, Arbeitsgemeinschaft der deutschen Ärztekammern (Hrsg.) (2007): 110. Deutscher Ärztetag 2007 – Stenografischer Wortbericht; Berlin; S. 212 ff.

Brandenburg und Thüringen bieten bisher keinen Leitfaden für Ärztinnen und Ärzte an.

Auch die Antworten der befragten Personen lassen erkennen, dass ein Leitfaden als sehr hilfreich angesehen wird. Knapp 70,00 % können sich vorstellen, einen Leitfaden 'Sehr hilfreich' oder 'Hilfreich' zu finden.

Abbildung 24: Leitfaden zur gerichtsverwertbaren Dokumentation

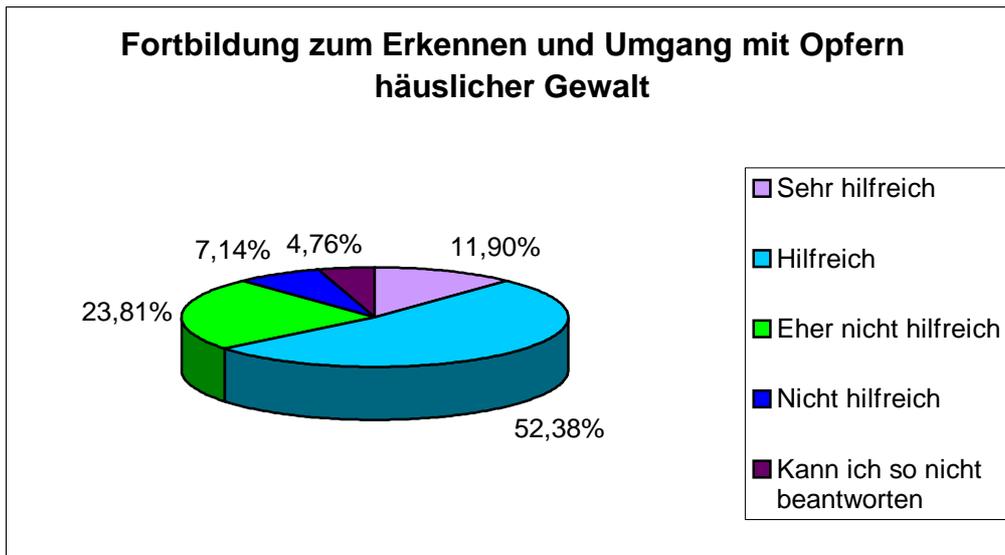


Auch hier ist ersichtlich, dass über 70,00 % einen Leitfaden zur gerichtsverwertbaren Dokumentation als hilfreich empfinden würden. 19,05 % sagten aus, dass sie ihn weniger hilfreich fänden. Knapp 10,00 % konnten die Frage so nicht beantworten, was daran liegen könnte, dass sie sich mit dem Thema bisher nicht auseinandergesetzt haben.

Auch die gerichtsverwertbare Dokumentation wurde von der Bundesärztekammer am Deutschen Ärztetag als wichtiger Punkt genannt, um häusliche Gewalt zu bekämpfen.<sup>58</sup>

<sup>58</sup> Vgl.: ebd.; S. 212 ff.

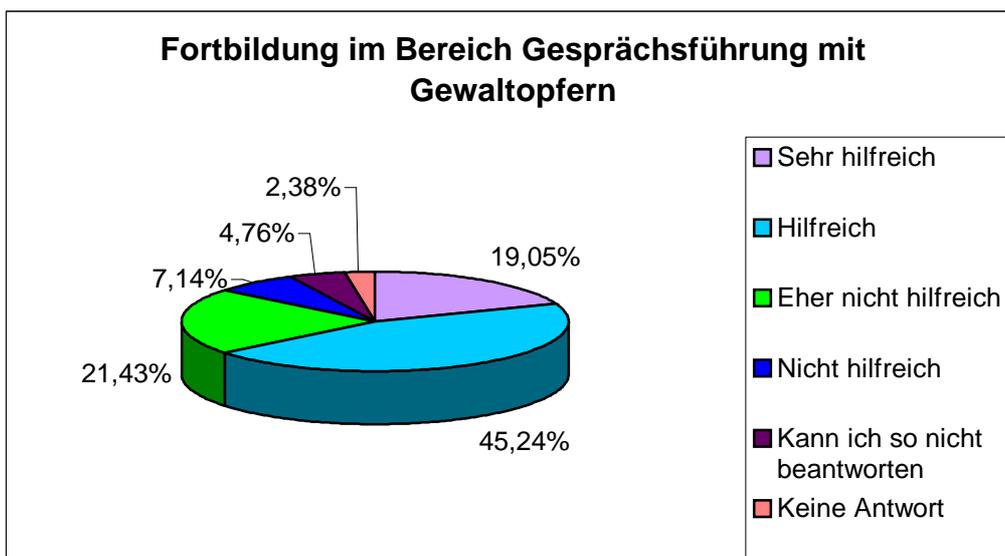
Abbildung 25: Fortbildungen zum Erkennen und Umgang mit Opfern



Von allen befragten Ärztinnen und Ärzten empfinden 27 Personen (64,28 %) Fortbildungen zum Erkennen und Umgang mit Opfern häuslicher Gewalt 'Sehr hilfreich' oder 'Hilfreich'. 13 Personen (30,95 %) sagten aus, es sei 'Eher nicht hilfreich' oder 'Nicht hilfreich' und 2 Personen (4,76 %) teilten mit, sie können die Frage so nicht beantworten.

Sehr interessant ist dort das Handeln der Bundesärztekammer. Sie forderte auf dem 110. Deutschen Ärztetag nicht nur dazu auf, Fortbildungen im Bereich häusliche Gewalt für Ärztinnen und Ärzte anzubieten, sondern das Thema häusliche Gewalt auch im Studium als Pflichtfach zu unterrichten. Ferner sollen bundesweit praxisrelevante Veranstaltungen in einem vierstündigen Fortbildungsmodul angeboten werden.<sup>59</sup>

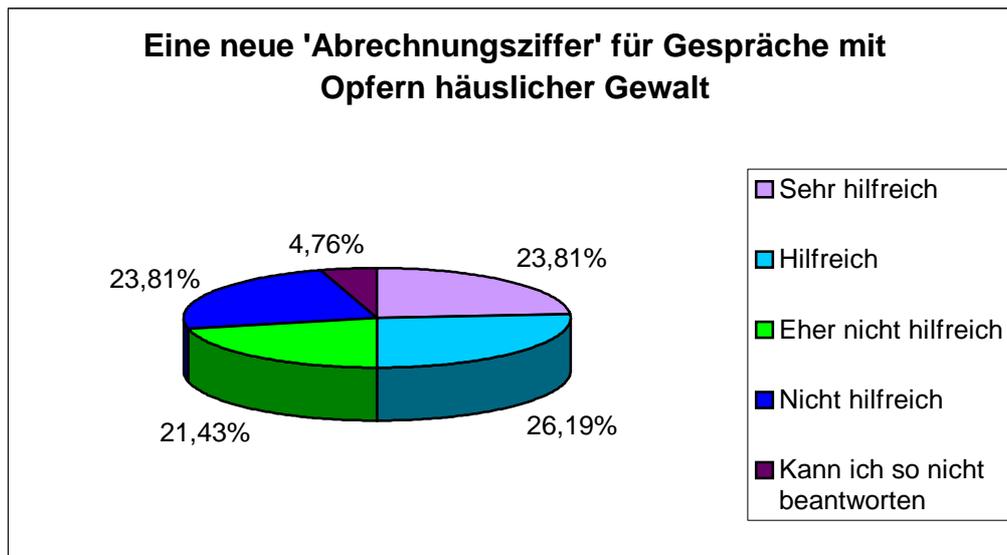
Abbildung 26: Fortbildung zur Gesprächsführung mit Opfern



<sup>59</sup> Vgl.: ebd.; S. 212 ff.

Das Interesse an einer Fortbildung zur Gesprächsführung ist im Gesamten gesehen gleich wie bei der Fortbildung zum Erkennen und Umgang mit Opfern häuslicher Gewalt (64,28 %), jedoch ist ein tendenzieller Unterschied zu erkennen. 19,05 % der Befragten empfinden eine Fortbildung in diesem Bereich als 'Sehr hilfreich' und 45,24 % als 'Hilfreich' (Abbildung 25 11,90 % und 52,38 %). Es ist erkennbar, dass gewisse pädagogische Grundkenntnisse von den ÄrztInnen positiv eingestuft werden.

Abbildung 27: Eine neue 'Abrechnungsziffer' für Gespräche mit Opfern häuslicher Gewalt



Eine neue Abrechnungsziffer würde der Ärztin beziehungsweise dem Arzt ermöglichen, den Fall häusliche Gewalt über die Krankenkasse abzurechnen. Momentan ist es für die ÄrztInnen eine unbezahlte Leistung. Deshalb war die Frage an die ÄrztInnen sehr interessant. Jedoch kam kein eindeutiges Ergebnis zustande. Genau 50,00 % (21 Personen) der Befragten empfinden eine neue Abrechnungsziffer positiv, 45,24 % (19 Personen) sagten aus, diese Abrechnungsziffer nicht zu benötigen. 4,76 % (2 Personen) konnten diese Frage nicht beantworten.

Am Ende dieser eventuell hilfreichen Angebote stand eine offene Frage. Dort konnten die Ärztinnen und Ärzte mitteilen, welche Angebote für sie noch besonders hilfreich wären. Ein Arzt teilte hier mit, dass er eine „extra budgetäre Vergütung“ positiv fände, „da viel Zeit beansprucht wird“. Ein anderer Arzt teilte mit: Die Angebote „könnten alle sehr hilfreich sein“, seien aber „aus zeitlichen Gründen nicht machbar“.

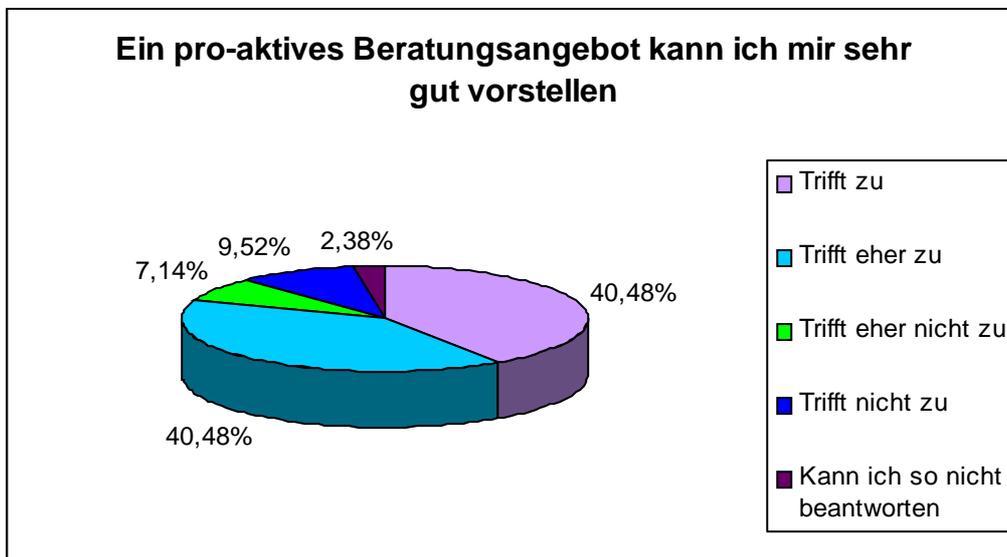
Diese Antworten machen nochmals deutlich, dass der Wille der ÄrztInnen grundlegend vorhanden ist, aber doch ein Zeitproblem und zu wenig Anreiz für manche ÄrztInnen besteht.

### 3.8.11 Einstellung zu einem pro-aktiven Beratungsangebot

In Deutschland werden vermehrt pro-aktive Beratungsangebote für den Gesundheitsbereich und für Opfer häuslicher Gewalt angeboten. Bei einem pro-aktiven Beratungsangebot für den Gesundheitsbereich geben die Ärztinnen beziehungsweise Ärzte – nach Einverständniserklärung der Patientin – den Namen und die Telefonnummer per Fax an eine professionelle Stelle weiter. Die Beraterin meldet sich pro-aktiv bei der Patientin und berät sie, welche Möglichkeiten bestehen. Das S.I.G.N.A.L. Interventionsprojekt ist das erste Modell dieser Art und wird unter Punkt 4.1 vorgestellt.

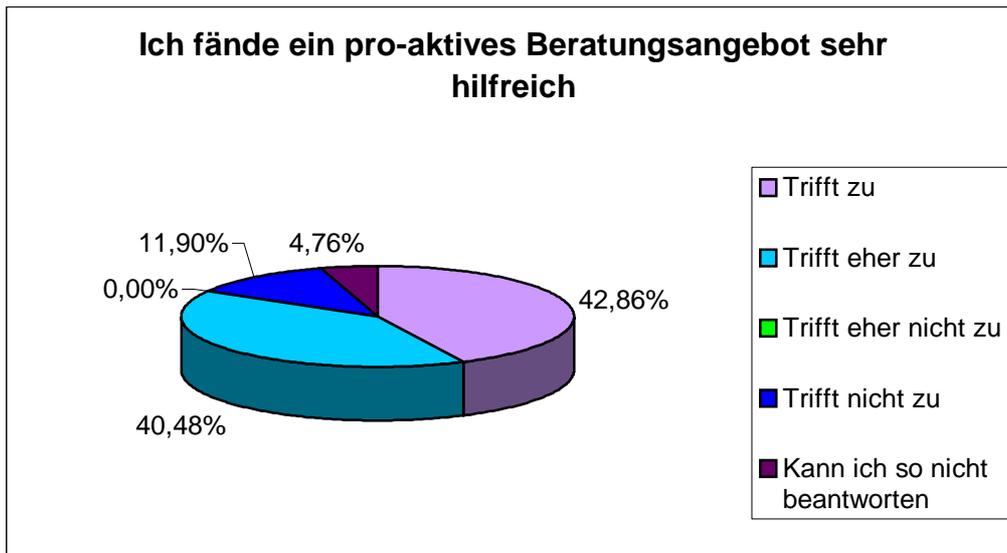
Um das Interesse der Ärztinnen und Ärzte zu dieser Möglichkeit zu prüfen, wurden Fragen zur möglichen Umsetzung gestellt.

Abbildung 28: Vorstellbarkeit eines pro-aktiven Beratungsangebotes



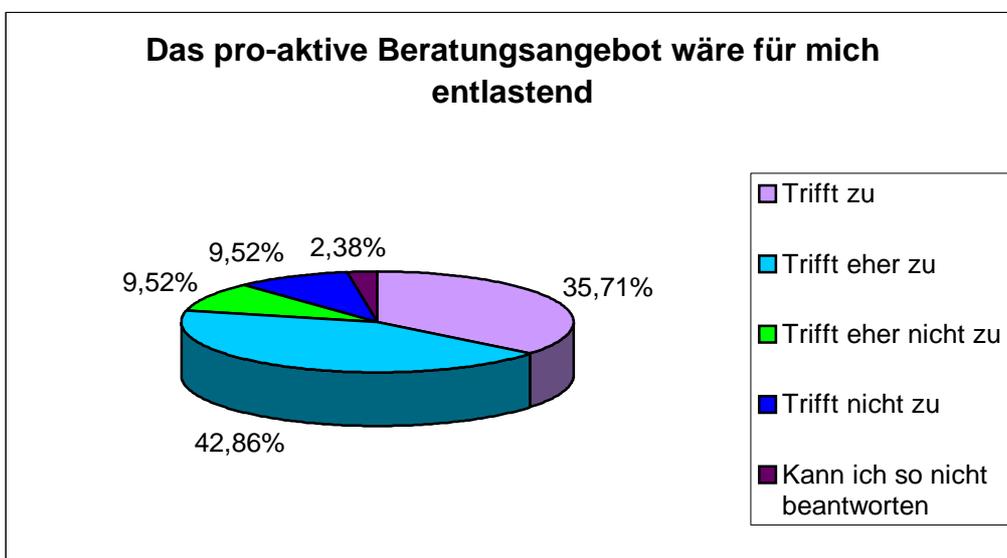
Die Ärztinnen und Ärzte zeigen eine sehr große Offenheit gegenüber einem pro-aktiven Beratungsangebot. Von allen befragten Ärztinnen und Ärzten gaben 80,96 % (34 Personen) an, dass sie hinter einem pro-aktiven Beratungsangebot stehen. 16,66 % (7 Personen) können sich kein pro-aktives Beratungsangebot vorstellen. 2,38 % (1 Person) konnte diese Frage nicht beantworten.

Abbildung 29: Pro-aktives Beratungsangebot als hilfreiches Angebot



Die Frage, ob ein pro-aktives Angebot hilfreich für sie wäre, stimmen 83,34 % (35 Personen) mit 'Trifft zu' oder 'Trifft eher zu'. 11,90 % (5 Personen) sagten aus, es 'Trifft nicht zu' und 4,76 % (2 Personen) konnten diese Frage nicht beantworten. Es wird deutlich, dass die überwiegende Zahl der Ärztinnen und Ärzte dem pro-aktiven Beratungsangebot sehr positiv gegenübersteht.

Abbildung 30: Pro-aktive Angebote als Entlastung für unsere ÄrztInnen



Der Vorteil des pro-aktiven Beratungsangebotes ist die Weiterleitung der Beratung an eine professionelle Kraft. Die Ärztin beziehungsweise der Arzt kann somit die Verantwortung abgeben und hat der Patientin, die Opfer häuslicher Gewalt wurde, trotzdem weiter geholfen, ohne selbst alle Möglichkeiten im Detail zu kennen. Von allen Befragten teilten 78,57 % (33 Personen) mit, dass sie das pro-aktive Angebot als Entlastung empfinden

würden. 19,52 % (8 Personen) stimmten hier mit 'Trifft eher nicht zu' oder 'Trifft nicht zu'. 2,38 % (1 Person) konnten diese Frage nicht beantworten.

### 3.8.12 Anmerkungen der Ärzte

Am Ende der Befragung bestand die Möglichkeit für die Ärztinnen und Ärzte, Anmerkungen zum Thema zu machen. Einige Personen nutzen diese Möglichkeit. Was die Ärztinnen und Ärzte mitteilten ist im Folgenden zu finden.

Allgemeinärztin, zwischen 45 –54 Jahre:

„Tabu Thema in der Bevölkerung. In meiner Praxis gibt es viel Zeit und Raum für Gespräche. Dennoch kommen diese betroffenen Frauen nicht. Ich bin pessimistisch gegenüber Infomaterial etc. in meiner Praxis.“

Allgemeinarzt, über 55 Jahre:

„Je nach Patienten Klientel hohe Dunkelziffer!“

Allgemeinarzt, über 55 Jahre:

„Letztlich sind Probleme mit häuslicher Gewalt in meiner 30-jährigen Praxistätigkeit selten vorgekommen.“

Gynäkologe, über 55 Jahre:

„Ich kann mich an keinen einzigen Fall häuslicher Gewalt erinnern, der in den letzten 20 Jahren aktiv an mich herangetragen wurde, mit Ausnahme von drei Fällen in denen Mütter ihre 1-4 jährigen Töchter vorstellten mit der Mutmaßung der von den Müttern jeweilige, inzwischen getrennte Partner habe das Kind während des Aufenthaltes beim Partner missbraucht! In allen 3 Fällen wollten die Mütter den Vätern etwas anhängen! Diese Art der sexuellen Gewalt ist aber in Ihrem Fragebogen über häusliche Gewalt ja nicht gemeint!“

Allgemeinarzt, über 55 Jahre:

„Ich kann Ihr Engagement nur unterstützen.“

Allgemeinarzt, über 55 Jahre:

„Die Dunkelziffer der psychischen Gewalt ist enorm. Im ländlichen Bereich kommt noch der Druck der Sozialstrukturen hinzu. Verletzungen innerhalb fester Beziehungen werden oft 'umdeklariert'. Lange zurückliegende Vergewaltigungen/Misshandlungen kommen jedoch relativ häufig zur Sprache. Anders ist jedoch die Situation in Fällen, wenn Trennung der Partnerschaft erfolgt oder bevorsteht. Hier wird relativ offen gesprochen. Das ist jedoch auf Grund der Beziehungsdynamik verstehbar. Insgesamt jedoch hier sicherlich nicht über 2 %.“

Allgemeinarzt, über 55 Jahre:

„Schwer einzuschätzen ist der soziale Druck, z.B. materielle Kürzungen und Drohungen, welche nur selten angesprochen werden.“

### 3.8.13 Zusammenfassung der wichtigsten Ergebnisse

Es ist aus der Auswertung zu erkennen, dass auch in der Stadt und im Altlandkreis Kempten ÄrztInnen mit dem Thema häusliche Gewalt konfrontiert sind. 73,81 % der Befragten gaben an, bereits von Patientinnen aufgesucht worden zu sein, weil sie Opfer häuslicher Gewalt wurden (siehe Punkt 3.8.2). Es wurde dabei deutlich, dass in dieser Umfrage besonders die Hausärztinnen und Hausärzte Kontakt zu Opfern häuslicher Gewalt haben. Im Bereich vermuteter häuslicher Gewalt ist das Ergebnis eindeutig. 95,24 % der befragten Ärztinnen und Ärzte gaben an, bereits Patientinnen behandelt zu haben, die ihrer Vermutung nach häusliche Gewalt erlebt haben. Es macht deutlich, dass das Thema auch die ÄrztInnen betrifft.

Unter 3.8.4 ist zu erkennen, dass besonders die körperliche (89,47 %) und psychische (71,05 %) Gewalt von den ÄrztInnen wahrgenommen wird. Die sexualisierte Gewalt lag mit 34,21 % auf dem dritten Platz. Die soziale und die ökonomische Gewalt wurden weniger genannt. Das liegt vermutlich an dem geringen Einblick in das Privatleben der Patientinnen und dem fehlenden Bezug zum Gesundheitsthema. Es wurde auch deutlich, dass Ärztinnen im Allgemeinen mehr Gewalt wahrnehmen. Körperliche Gewalt und psychische Gewalt lagen mit jeweils 91,67 % auf gleicher Höhe. Gefolgt von sexueller und sozialer Gewalt mit jeweils 41,67 %, jedoch nannte keine Ärztin ökonomische Gewalt. Ärzte nannten körperliche Gewalt mit 88,46 %, psychische Gewalt mit 61,54 %, sexuelle Gewalt mit 30,77 %, soziale Gewalt mit 11,54 % und ökonomische Gewalt mit 19,23 %.

Unter 3.8.5 wurden die Antworten bezüglich der körperlichen und psychischen Symptome betrachtet. Dort ist ersichtlich, dass die körperlichen Symptome wie Hämatome, Brüche und Genitalverletzungen deutlich mehr genannt wurden als psychische Symptome. Das ist auf die Offensichtlichkeit der Verletzungen zurückzuführen. Bei den psychischen Symptomen wurden besonders oft Depressionen, Ängste, Alpträume genannt.

Der Anteil der Patientinnen, die dem Wissen und der Vermutung nach häusliche Gewalt erlebt haben, ist unter 3.8.6 zu sehen. Dort wird deutlich, dass der reale Anteil der Patientinnen, die häusliche Gewalt erlebt haben, zu 76,92 % unter 2 % eingeschätzt wird, nur 23,07 % sagten aus, dass der Anteil höher liegt. Auch der vermutete Anteil wird mit 51,22 % unter 2 % eingeschätzt. 34,15 % schätzten den vermutlichen Anteil bei 2 % bis 5 % ein, 9,76 % der Befragten sagten aus, er läge bei 5 % bis 10 % und 4,88 % sagten aus, er läge bei 10 % bis 20 %. Das lässt den Rückschluss zu, dass die ÄrztInnen die realen Zahlen nicht kennen. Laut der Umfrage

„Lebenssituation, Sicherheit und Gesundheit von Frauen in Deutschland“ von dem BMFSFJ sind rund 1/4 aller Frauen mindestens einmal Opfer häuslicher Gewalt geworden.<sup>60</sup> Die hohe Tabuisierung liegt zum einen an dem sehr mit Scham besetzten Thema und zum anderen daran, dass die Frauen so lange wie möglich versuchen, die Situation zuhause zu verstecken. Das bedeutet, die genannten Zahlen zeigen, wie wenig Opfer häuslicher Gewalt sich von sich aus Ärztinnen und Ärzten anvertrauen. Um den ÄrztInnen im Umgang mit Opfern häuslicher Gewalt mehr Sensibilität zu verschaffen, könnten Fortbildungen in diesem Bereich hilfreich sein.

Unter dem Punkt 3.8.7 wurde das Verhalten der Ärztinnen und Ärzte in der Praxis ausgewertet. Das Ergebnis war, dass die befragten ÄrztInnen bei Verdacht (aufgrund der Symptome) die Patientin zu 92,86 % ansprechen. Die befragten Personen zeigten hier eine hohe Bereitschaft, sich auch mit dem Thema häusliche Gewalt auseinander zu setzen. Lediglich 4,76 % der befragten Personen bleiben hier eher passiv. Die Zahlen zeigen, dass die Befragten das Thema häusliche Gewalt nicht umgehen, sondern auch aktiv die Patientinnen auf ihre Verletzungen ansprechen.

Es ist in der Befragung deutlich geworden, dass die überwiegende Mehrheit (83,34 %) der ÄrztInnen die zusätzliche Arbeitsbelastung so einschätzt, dass Gespräche über Gewalterfahrungen zeitlich möglich sind. Die Vermutung, dass die Ärztinnen und Ärzte für eventuelle Opfer häuslicher Gewalt keine Zeit aufbringen können, wurde somit widerlegt. Es zeigt sich, dass die Ärztinnen und Ärzte ihre Schlüsselrolle auch sehr gut ausüben könnten.

Die Einschätzung der eigenen Möglichkeiten wurde unter 3.8.8 ausgewertet. Sehr wichtig war hierbei zu erkennen, dass 2/3 der ÄrztInnen davon ausgehen, gut über das Thema häusliche Gewalt aufgeklärt zu sein. Zum größten Teil wurde das Wissen zum Thema häusliche Gewalt über Informationsmaterial (61,91 %) erlangt. Wissen durch Fachliteratur lag mit 58,97 % auf Platz zwei und Wissen durch Fortbildungen zum Thema lag mit 30,95 % auf Platz drei.

Die Ärztinnen und Ärzte sagten mit insgesamt 88,10 % aus, dass sie bei Frauen, die häusliche Gewalt erlebt haben, auf mögliche Fachstellen wie Frauenhaus oder Beratungsstellen aufmerksam machen. Der Vorteil ist hier für die Ärzte, die Verantwortung abzugeben und der Frau pädagogische Beratung anbieten zu können.

Besonders positiv sind die Antworten zur Frage, ob sich die ÄrztInnen selbst als Ansprechpartner sehen, wenn eine Patientin häusliche Gewalt erlebt hat. Es gaben 92,86 % an, ein möglicher Ansprechpartner zu sein.

Unter 3.8.9 wurden mögliche Problematiken ausgewertet. Es zeigte sich, dass sich 76,19 % der befragten Ärztinnen und Ärzte (eher) qualifiziert fühlen, Gespräche über Hilfsmöglichkeiten nach erlebter häuslicher Gewalt zu

---

<sup>60</sup> Vgl.: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) (Hrsg.) (2004): Lebenssituation, Sicherheit und Gesundheit von Frauen in Deutschland – Eine repräsentative Untersuchung zu Gewalt gegen Frauen in Deutschland; Nachdruck 2006; Berlin; S. 9

führen. Lediglich 23,8 % teilten mit, sich (eher) unqualifiziert zu fühlen. Die Antworten zeigen, dass sich die ÄrztInnen selbst als kompetent empfinden. Jedoch sind weitere Fortbildungen notwendig, um den ÄrztInnen den wirklichen Umfang häuslicher Gewalt und deren Folgesymptome deutlich zu machen.

Bei der Frage, inwieweit sich die ÄrztInnen als Ansprechpartner sehen, wurde deutlich, dass sich nur zwei (4,76 %) ÄrztInnen absolut nicht als möglichen Ansprechpartner sehen. 39 von 42 ÄrztInnen (92,86 %) sehen sich (eher) als möglichen Ansprechpartner. Das Ergebnis zeigt eine große Offenheit der ÄrztInnen gegenüber den Patientinnen, die häusliche Gewalt erlebt haben.

Unter Punkt 3.8.10 wurden unterschiedliche Angebote geprüft, die für ÄrztInnen hilfreich sein könnten. Als besonders hilfreich wurde hier das Informationsmaterial für Patientinnen (88,09 %) eingeschätzt. An zweiter Stelle steht ein Leitfaden zur gerichtsverwertbaren Dokumentation (71,43 %), gefolgt von einem Leitfaden zur Vorgehensweise bei häuslicher Gewalt (69,05 %) und Fortbildungen im Bereich Gesprächsführung mit Gewaltopfern (64,29 %). Das Informationsmaterial für die Patientinnen wird als sehr positiv bewertet, jedoch hat nur ein Arzt weitere Flyer des mitgesendeten Notfallkärtchens angefordert. Die Umfrage zeigt auch deutlich, dass Interesse der Ärztinnen und Ärzte an einem Leitfaden besteht. Anleitungen zur Vorgehensweise in Fällen häuslicher Gewalt und zur gerichtsverwertbaren Dokumentation werden in allen Bundesländern angeboten – außer in Bayern, Brandenburg und Thüringen.

Zuletzt wurde unter Punkt 3.8.11 das Interesse gegenüber einem pro-aktiven Beratungsangebot erfragt. Die ÄrztInnen zeigten großes Interesse gegenüber diesem speziellen Beratungsangebot. 80,95 % können sich das Angebot in der Region „Stadt und Altlandkreis Kempten“ vorstellen und 83,34 % empfinden es als hilfreich. Dem Ziel des Angebotes, dass ÄrztInnen dadurch Entlastung erfahren würden, stimmen 78,57 % zu. Eine Möglichkeit zur Umsetzung eines pro-aktiven Beratungsangebotes ist unter Punkt 4.2 nachzulesen.

## 4. Hilfsmöglichkeiten und ihre mögliche Umsetzung in der Region

Den Ergebnissen nach besteht Interesse an einem pro-aktiven Beratungsangebot für den Gesundheitsbereich in der Region. Sowohl Niederschwelligkeit als auch der pro-aktive Ansatz bei dem Angebot im Gesundheitsbereich sind sehr wichtig, da vor allem auch Opfer erreicht werden sollen, denen ein aktiver Schritt zu einem Hilfsangebot in ihrer akuten Situation nicht möglich ist.

Im Folgenden wird ein mögliches Konzept zur Umsetzung eines pro-aktiven Beratungsangebotes vorgestellt. Unter Punkt 4.1 wird zuerst das Pilotprojekt S.I.G.N.A.L. aus Berlin vorgestellt, das erstmals ein Modell des präventiven Ansatzes im Bereich des Gesundheitswesens für häusliche Gewalt umsetzte.

### 4.1 Vorstellung des Interventionsprojekts S.I.G.N.A.L

Das S.I.G.N.A.L. Interventionsprojekt gegen Gewalt an Frauen wurde 1999 gestartet und an der Charité Berlin (ehemals Universitätsklinik Benjamin Franklin) erstmals durchgeführt. Es ist das erste Projekt auf dem Gesundheitssektor, das sich mit häuslicher Gewalt beschäftigte. Es wurde vom BMFSFJ gefördert und unterstützt. Vor dem Beginn des Projektes wurde der Versorgungsbedarf in Berlin ermittelt. Da Gewalt bis dato nicht als Ursache von Verletzungen und Beschwerden berücksichtigt wurde, ist die Gefahr von Unter-, Über- oder Fehlversorgung, sowie eine Chronifizierung von Beschwerden vorhanden.

Die Erfahrungen zeigten, dass

- entsprechende Sensibilität und Handlungskompetenzen einen entscheidenden Beitrag bei der Unterstützung der Frauen und in der Prävention häuslicher Gewalt leisten.
- gewaltbetroffene Patientinnen ÄrztInnen und Pflegekräfte als potentielle Gesprächspartner sehen, wenn diese sich aktiv und zugewandt zeigen.
- sich die Fachkräfte oft im Umgang mit der Gewaltproblematik überfordert fühlen, sowie aufgrund der bestehenden gesellschaftlichen Mythen keinen Handlungsbedarf erkennen.

Wie schon unter Punkt 2.2.2 erläutert, spricht auch S.I.G.N.A.L. davon, dass ein präventiveres Vorgehen zu größeren Einsparungen im Gesundheitswesen führen kann.<sup>61</sup>

Das Ziel von S.I.G.N.A.L. ist primär der Aufbau und die Sicherstellung einer entsprechenden Versorgung gewaltbetroffener Frauen. Die Unterziele stellen sich wie folgt zusammen:

---

<sup>61</sup> Vgl.: Hildegard Hellbernd, Petra Brzank, Karin Wieners, Ulrike Maschewsky-Schneider; S.I.G.N.A.L. Hilfe für Frauen (2003): Häusliche Gewalt gegen Frauen: gesundheitliche Versorgung – Das S.I.G.N.A.L. Interventionsprogramm; Fact Sheet der wissenschaftlichen Begleitforschung; Berlin; S. 1

- Gewalt erkennen und ansprechen
- gerichtsverwertbare Dokumentation der Verletzungen und Beschwerden durchführen
- Gefährdungsgrundlage abklären
- Informationen über Beratungs- und Zufluchtsangebote geben

Um die Ziele umzusetzen, wurde von S.I.G.N.A.L. ein Leitfaden entwickelt, der genaue Handlungsanweisungen enthält und für eine verbesserte Versorgung sorgen soll.<sup>62</sup>

Die Idee für das Interventionsprojekt gegen häusliche Gewalt gegen Frauen entstand im Anschluss an die 4. Weltfrauenkonferenz 1995 in Peking. An dieser nahmen die Frauenbeauftragten des Klinikums teil und hörten von verschiedenen Interventionsprojekten im Gesundheitsbereich, die bereits im Ausland existierten. Die einzelnen Buchstaben des Namens S.I.G.N.A.L. stehen für die zentralen Handlungsschritte und –ziele des Projektes. Diese werden dadurch in einer kurzen und einprägsamen Form formuliert.<sup>63</sup>

Tabelle 12: Handlungsschritte und –ziele von S.I.G.N.A.L.

<b>S</b>	Sprechen Sie die Patientin an, signalisieren Sie ihre Bereitschaft. Frauen öffnen sich, wenn sie spüren, dass ihre Situation verstanden wird.
<b>I</b>	Interview mit konkreten einfachen Fragen. Hören Sie zu, ohne zu urteilen. Den meisten Frauen fällt es schwer, über Gewalterlebnisse zu sprechen.
<b>G</b>	Gründliche Untersuchung alter und neuer Verletzungen. Verletzungen in unterschiedlichen Heilungsstadien können Hinweise auf häusliche Gewalt sein.
<b>N</b>	Notieren und dokumentieren Sie alle Befunde und Angaben, so dass sie gerichtsverwertbar sind.
<b>A</b>	Abklären des aktuellen Schutzbedürfnisses. Schutz und Sicherheit für die Patientin sind Grundlage und Ziel jeder Intervention.
<b>L</b>	Leitfaden mit Notrufnummern und Unterstützungsangeboten anbieten. Frauen werden zu einem für sie richtigen Zeitpunkt von ihnen Gebrauch machen.

Hildegard Hellbernd, Petra Brzank, Karin Wieners, Ulrike Maschewsky-Schneider; S.I.G.N.A.L. Hilfe für Frauen (2003): Häusliche Gewalt gegen Frauen: gesundheitliche Versorgung – Das S.I.G.N.A.L. Interventionsprogramm. Handbuch für die Praxis und wissenschaftlicher Bericht; Berlin; S. 11

Um das Projekt in der Charité umzusetzen, erhielten die ÄrztInnen und das Pflegepersonal Schulungen und Fortbildungen. Neben dem Vermitteln von Fachwissen und Handlungsstrategien, die im Umgang mit Opfern häuslicher Gewalt wichtig sind, wurde auch die Sensibilität im Umgang mit traumatisierten Patientinnen geschult.

<sup>62</sup> Vgl.: Hildegard Hellbernd, Petra Brzank, Karin Wieners, Ulrike Maschewsky-Schneider; S.I.G.N.A.L. Hilfe für Frauen (2003): Häusliche Gewalt gegen Frauen: gesundheitliche Versorgung – Das S.I.G.N.A.L. Interventionsprogramm. Handbuch für die Praxis und wissenschaftlicher Bericht; Berlin; S. 11

<sup>63</sup> Vgl.: ebd.; S. 11

In den Jahren 2000 bis 2003 wurde das Projekt wissenschaftlich begleitet. Das ermöglichte eine genaue Einsicht in die einzelnen Vorgänge und Ergebnisse des Projektes. Während der Befragung wurden 806 Fälle dokumentiert und in dem wissenschaftlichen Bericht von S.I.G.N.A.L. ausgewertet.<sup>64</sup>

Die Umsetzung des Projektes wurde sehr positiv von den Fachkräften bewertet, auch die anfängliche Angst, dass es mit einer zeitlichen und inhaltlichen Mehrbelastung verbunden wäre, wurde im Verlauf des Projektes gemindert. Die klar definierte Verantwortlichkeit, die Handlungsmöglichkeiten und deren Grenzen erlebten die Fachkräfte als gut integrierbar und umsetzbar.<sup>65</sup>

Die Bundesregierung plant dieses Projekt nicht nur auf andere Krankenhäuser auszuweiten, sondern auch die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte mit einzubinden.<sup>66</sup> Im Aktionsplan II zur Bekämpfung von Gewalt gegen Frauen ist das Gesundheitswesen ein wichtiger Bereich, der verändert und weiterentwickelt werden muss.

Seit März 2008 gibt es das Bundesmodellprojekt 'Medizinische Intervention gegen Gewalt' (M.I.G.G.). An dem Projekt sind S.I.G.N.A.L. und das BMFSFJ beteiligt. Es konzentriert sich auf die Schlüsselrolle von Ärztinnen und Ärzten im ambulanten Bereich. Das neue Modellprojekt wird wissenschaftlich begleitet und die Ergebnisse werden voraussichtlich im Sommer 2011 vorliegen. Da sich M.I.G.G. in der Aufbauphase befindet ist das genaue Vorgehen noch nicht erkennbar. Zum momentanen Zeitpunkt ist erkennbar, dass M.I.G.G. als Ziele die Aufklärung und Sensibilisierung von ÄrztInnen, eine bessere gerichtsverwertbare Dokumentation und die Vernetzung zwischen ÄrztInnen und Fachstellen formuliert.<sup>67</sup> Es ist nicht ersichtlich, ob M.I.G.G. einen pro-aktiven Ansatz verfolgen wird.

Die bisherigen Entwicklungen zeigen einen Wandel im Umgang mit häuslicher Gewalt. Sie haben mittlerweile auch den Gesundheitsbereich erreicht, so dass es auch in der Region in den nächsten Jahren zu Veränderungen im Bereich der ambulanten Versorgung kommen könnte.

Diese Veränderungen sind nötig, um Opfer häuslicher Gewalt zeitlich früher zu erreichen und das Thema stärker in das öffentliche Bewusstsein zu rücken. Die Vorstellung eines möglichen Beratungsangebotes in der Region findet sich ab Punkt 4.2

---

<sup>64</sup> Vgl.: ebd.; S. 103

<sup>65</sup> Vgl.: ebd.; S. 165

<sup>66</sup> Vgl.: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) (Hrsg.) (2007): Aktionsplan II der Bundesregierung zu Bekämpfung von Gewalt gegen Frauen; Berlin; S. 52

<sup>67</sup> Vgl.: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend:

<http://www.bmfsfj.de/bmfsfj/generator/Politikbereiche/gleichstellung,did=98090.html> (19.08.08)

## 4.2 Denkbare Umsetzung eines pro-aktiven Beratungsangebotes für ÄrztInnen in der Stadt und im Altlandkreis Kempten

Im zweiten Aktionsplan der Bundesregierung wird betont, dass Veränderungen in der ambulanten Versorgung nötig sind, um Opfer häuslicher Gewalt frühzeitiger zu erreichen. Es soll möglich sein, betroffenen Frauen so früh wie möglich – neben der medizinischen Versorgung – professionelle fachliche Beratung anzubieten.

Im Folgenden wird eine denkbare Umsetzung eines pro-aktiven Beratungsangebotes vorgestellt.

### 4.2.1 Beschreibung des Projektes

Für ein pro-aktives Beratungsangebot ist die Zusammenarbeit mit den Ärztinnen und Ärzten eine wichtige Voraussetzung. Die ÄrztInnen informieren ihre Patientinnen, die häusliche Gewalt erlebt haben, über die Möglichkeiten des Angebotes und geben mit dem Einverständnis der Frauen deren Daten an die zuständige Person weiter.

Diese professionelle Beraterin meldet sich – zeitnah – telefonisch bei der betroffenen Frau, um eine Beratung anzubieten (pro-aktiver Ansatz). Bei Bedarf sollen dann telefonisch oder in einem persönlichen Beratungsgespräch folgende Punkte geklärt werden:

- Klärung der aktuellen Anliegen/Bedürfnisse des Opfers
- erste Orientierungshilfe
- Information über rechtliche und polizeiliche Möglichkeiten, z.B. nach dem Gewaltschutzgesetz
- Information über Schutz, Unterkunftsmöglichkeiten und weiterführende Beratungs- und Unterstützungsangebote
- Trennungsberatung
- Informationen über das Scheidungsrecht
- Besprechen und Einleiten von ersten Maßnahmen
- Angebot von Begleitung bei eventuellen Antragsstellungen
- Entwicklung eines individuellen Sicherheitsplanes
- Hinweis auf die Möglichkeit der Anzeigenerstattung bei Straftaten und Stabilisierung der Anzeigenbereitschaft
- sozialpädagogische Betreuung beziehungsweise psychotherapeutische Weitervermittlung
- Prävention

### 4.2.2 Zielgruppe

Zielgruppe sind alle von häuslicher Gewalt betroffenen Frauen, die über die Ärztinnen und Ärzte erreicht werden.

#### 4.2.3 Ziele des Projektes

Hauptanliegen bei der Umsetzung des Projektes ist eine frühzeitige und eine fachlich professionelle Beratung, die den Betroffenen eine erste Orientierungsmöglichkeit bietet. Mit der Frau wird ein für sie passender Schutzrahmen erarbeitet, beispielsweise mit Hilfe von Maßnahmen nach dem Gewaltschutzgesetz (zum Beispiel Wegweisung) oder durch das Erstellen eines Sicherheitsplanes (zum Beispiel die Planung der Flucht bei Eskalation der Situation).

Eine Vernetzung mit den ÄrztInnen ist dabei grundlegende Voraussetzung, das bedeutet, die Kooperation zwischen den ÄrztInnen und der Beratungsstelle ist sehr wichtig. Wie die Umfrage zeigt kann es gleichzeitig für die Ärztin oder den Arzt entlastend sein, wenn sie den Frauen ein fachliches Hilfsangebot anbieten können. Somit stellt die Beratungsstelle auch eine Anlaufstelle für ÄrztInnen dar.

Durch eine breite Öffentlichkeitsarbeit sollen auch Institutionen und vor allem die Öffentlichkeit über Ausmaß, Folgen und Hintergründe von Gewalt gegen Frauen und Kinder sensibilisiert werden. Meinungen und Haltungen von ÄrztInnen haben in der Gesellschaft einen hohen Stellenwert. Die hohe Stellung von ÄrztInnen in der Gesellschaft könnte zu einer stärkeren Enttabuisierung des Themas häusliche Gewalt beitragen.

Nicht zuletzt ist es Ziel, die Gewalt gegen Frauen und ihre Kinder zu unterbrechen und zu ächten.

#### 4.2.4 Vorteile des Projektes

Für Frauen aus gewaltgeprägten Lebensverhältnissen ist es meist sehr schwer aus der Gewaltspirale auszubrechen. Das besondere Vertrauensverhältnis zwischen den ÄrztInnen und ihren Patientinnen ermöglicht es, betroffene Frauen frühzeitiger zu erreichen und sie in ihrer Entscheidung zu unterstützen, ein professionelles Beratungsangebot anzunehmen.

Ein wichtiger Vorteil ist die Niederschwelligkeit des Angebotes. Nur dadurch können Betroffene erreicht werden, denen in ihrer aktuellen Situation ein aktiver Schritt nicht möglich ist.

#### 4.2.5 Projektablauf

Vor Umsetzung des Projektes ist es nötig, die ÄrztInnen über das Unterstützungsprojekt und dessen Angebot zu informieren. Ein Informationsabend für alle in der Region praktizierenden ÄrztInnen und die Ausgabe einer Informationsmappe mit allen nötigen Unterlagen bietet sich

hierbei als erster Schritt am besten an. Inhalte dieser Informationsveranstaltung wären hierbei

- die Vorstellung des Projektes
- allgemeine Informationen zum Thema häusliche Gewalt
- die Sensibilisierung der ÄrztInnen
- das Vorgehen bei Verdacht auf häusliche Gewalt
- die Handlungsmöglichkeiten mit Einverständnis der Patientin
- die Anwendung des Leitfadens
- die gerichtsverwertbare Dokumentation
- ein Überblick über die Informationsmappe

Die ÄrztInnen, die an dem Abend keine Zeit haben zu kommen, werden persönlich über das Projekt und deren Inhalte informiert. Somit ist eine flächendeckende Weitergabe der Informationen gegeben.

Die praktische Umsetzung würde wie folgt aussehen: Bei einer Zustimmung der Frau sendet die Ärztin beziehungsweise der Arzt eine von der Frau unterzeichnete Einverständniserklärung mit den wichtigsten Daten der Patientin per Fax an die Beraterin. Die Daten setzen sich aus dem Namen, der Telefonnummer, einer Kurzbeschreibung der aktuellen Situation, sowie die beste zeitliche Erreichbarkeit zusammen.

Die Beraterin wird möglichst schnell (maximal innerhalb von drei Werktagen) telefonisch Kontakt zu der betroffenen Frau aufnehmen.

#### 4.2.6 Qualitätssicherung

Standards zum Projekt werden erstellt. Um die Wirksamkeit des Projektes überprüfen zu können, ist eine fortlaufende Dokumentation über den Verlauf wichtig. Statistische Erhebungen der Daten in anonymisierter Form sind hierfür nötig. Sie sollten folgende Daten enthalten

- Alter der Frau und des Täters
- Staatsangehörigkeit der Frau und des Täters
- Familienstand
- Kinderzahl
- Art und Häufigkeit der erlittenen Gewalt
- Art und Häufigkeit der Kontakte mit der Beraterin
- Eingeleitete Maßnahmen
- Zeitaufwand für pro-aktiven Ansatz
- Zeitaufwand für weitergehende persönliche Beratung

Die Kooperationsqualität zwischen den verschiedenen Fachkräften soll in regelmäßigem, strukturiertem Austausch hinterfragt werden. Auch aus der Auswertung der statistischen Erhebung können Aussagen hierzu gemacht werden.

### 4.3 Einschätzung der Realisierbarkeit eines pro-aktiven Hilfsangebotes im Hinblick auf die Ergebnisse der Befragung

Die Realisierbarkeit ist für die Zukunft gesehen optimistisch zu sehen. Die Befragung hat ergeben, dass über 80 % der Ärztinnen und Ärzte gegenüber einer Weiterentwicklung in diesem Bereich offen sind. Diese Offenheit und Mitarbeit ist Grundlage für ein solches Projekt.

Das Angebot könnte als Projekt des Vereins „Frauen helfen Frauen e.V.“ umgesetzt werden. Der Verein unterstützt bereits in Kooperation mit der Polizeiinspektion Kempten ein pro-aktives Beratungsangebot. Das 'Kemptener Interventionsmodell' (KIM) ist für Opfer häuslicher Gewalt, die nach einem Polizeieinsatz mit Einverständniserklärung weitervermittelt werden. KIM besteht seit Januar 2006. Der Vorteil, das Projekt für den Gesundheitsbereich auch an den Verein „Frauen helfen Frauen e.V.“ anzuschließen, liegt eindeutig in den vorhanden Strukturen und Erfahrungen, die bisher mit KIM gesammelt werden konnten. Da die Polizeiinspektion Kempten jährlich etwa 150 Einsätze<sup>68</sup> wegen häuslicher Gewalt hat, kann im Gesundheitsbereich von einer wesentlich höheren Prävalenz ausgegangen werden, da die Polizei in der Regel erst in bedrohlichen Akutsituationen von der Frau oder Helfern gerufen wird.

Wenn der Verein „Frauen helfen Frauen e.V.“ als Trägerin fungiert, können gerade in der Anfangsphase die Mitarbeiterinnen des Frauenhauses Kempten eng mit der Beraterin zusammenarbeiten.

Die Finanzierung könnte über Fördergelder aus dem Europäischen Sozialfond (ESF), Zuschüsse der Kommunen, dem Gesundheitsamt und einem Eigenanteil des Vereins „Frauen helfen Frauen e.V.“ gesichert werden.

---

<sup>68</sup> Vgl.: Frauenhaus Kempten (2006) (Hrsg.): Jahresbericht 2005; Kempten; Seite 22

## 5. Zusammenfassung/Schlussfolgerung

Die Diplomarbeit wurde für die Hochschule für angewandte Wissenschaften Kempten (FH) und dem Frauenhaus Kempten erstellt. Das Thema behandelt häusliche Gewalt und den Gesundheitsbereich in der Region.

Hierfür wurde vorab ein Überblick zum momentanen Wissenstand über häusliche Gewalt erarbeitet. Darauf aufbauend wurde eine umfangreiche Befragung der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte in der Stadt und im Altlandkreis Kempten durchgeführt. Diese diente dazu, die Aktualität des Themas, den Wissensstand, die Sensibilität und die Meinung der Ärztinnen und Ärzte zu erforschen. Die Ergebnisse aus der Befragung trugen dazu bei, ein passgenaues Konzept für ein pro-aktives Beratungsangebot zu erstellen.

Im Folgenden werden die wichtigsten Fakten der Arbeit dargestellt:

Häusliche Gewalt wird als „Gewalt zwischen zwei Personen, die aktuell oder in der Vergangenheit eine partnerschaftliche Beziehung eingegangen sind“<sup>69</sup> definiert. In über 9 von 10 Fällen ist der Täter männlich. Häusliche Gewalt ist ein Thema, das sehr viele Frauen betrifft. Etwa jede dritte Frau – aus unterschiedlichsten Schichten – ist in ihrer Partnerschaft zu einem bestimmten Zeitpunkt oder auch kontinuierlich davon betroffen. Dabei beschränkt sich häusliche Gewalt nicht nur auf die offensichtliche körperliche Gewalt. Psychische, sexualisierte, ökonomische und soziale Gewalt treten neben der körperlichen Gewalt ebenfalls auf.

Typisch für häusliche Gewalt ist die zyklische Wiederholung der Gewalt. Nach dem Spannungsaufbau und der darauf folgenden Gewalttat tritt bei den Partnern eine neue Verliebtheit ein. Der Täter entschuldigt und erklärt sein Verhalten. Jedoch folgt nach der Phase der Harmonie ein schleichender Übergang zurück zum Spannungsaufbau und ein neuer Zyklus beginnt.

Das Verhalten von Gewalt betroffenen Frauen kann dazu führen, dass sie sich dem Täter anpassen und sich mit seinen Zielen identifizieren, um zu überleben (das sogenannte Stockholm-Syndrom). Die starke Bindung an den Täter kann zu einem ambivalenten Verhalten des Opfers führen. Für Außenstehende ist das Verhalten daher oft schwer nachzuvollziehen. Gerade für helfende Personen oder VertreterInnen von Institutionen ist es wichtig zu wissen, dass Passivität und Ambivalenz beziehungsweise die partielle Identifizierung des Opfers mit dem Täter psychische Folgen der Beziehungsgewalt sind.

Die erlebte Gewalt kann zu erheblichen gesundheitlichen Folgen führen. Neben den körperlichen, psychischen und psychosomatischen Folgen kann es auch zu einer gelebten Überlebensstrategie führen. Solch eine gelebte Überlebensstrategie kann beispielsweise Alkohol oder Medikamentenmissbrauch sein. Es kann für ÄrztInnen, aber auch für die Patientinnen, schwer sein, die wirkliche Ursache 'Gewalt' zu

---

<sup>69</sup> Zitat: Seifert Dragana, Heinemann Axel, Püschel Klaus: Frauen und Kinder als Opfer häuslicher Gewalt; Deutsches Ärzteblatt 18.08.2006; Jg. 103; Heft 33; Seite A-2168

benennen. Der Auslöser – gerade bei seelischen Verletzungen – kann in fernerer Vergangenheit liegen.

Neben den gesundheitlichen Folgen entstehen durch häusliche Gewalt hohe Kosten für die Gesellschaft. Verletzungen führen zu Behandlungskosten, eventuell auch zu Krankheitstagen in der Arbeit. Die Folgen können letztlich bis zu einer Frühverrentung der Frau wegen Arbeitsunfähigkeit führen.

Häusliche Gewalt fordert von allen beteiligten Berufsgruppen Kompetenz und Sensibilität. Neben den beteiligten Professionen, wie Polizei, Justiz, Jugendämter, Frauenhäuser und Beratungsstellen nehmen ÄrztInnen eine besondere Rolle ein. Das besondere Vertrauensverhältnis, zwischen Ärztin/Arzt und Patientin stellt eine wesentliche Unterstützungsmöglichkeit dar. Dabei ist es neben der ärztlichen Untersuchung nicht von so großer Bedeutung, dass eine umfassende Beratung über rechtliche Möglichkeiten angeboten wird, sondern viel mehr, dass die Frauen ermutigt werden, ihr Leben zu ändern und das Schweigen zu brechen. Es ist jedoch wichtig, dass ÄrztInnen Fachwissen zum Thema haben, denn sonst kann das oft widersprüchliche Verhalten der Betroffenen dazu führen, dass ein Hilfebedarf nicht erkannt wird. Bedeutend ist, dass ÄrztInnen die Gewalt erkennen und darauf reagieren.

Die momentane Gesetzeslage ermöglicht es, dass Frauen bei einem aktuellen Vorfall rechtliche Schritte nach dem Gewaltschutzgesetz (GewSchG) einleiten können. Die Polizei kann dann gegenüber dem Täter beispielsweise ein vorübergehendes Näherungsverbot (§ 1 Abs. 1 Satz 3 Nr. 2 GewSchG) aussprechen. Alle Maßnahmen der Polizei sind vorläufig. Dennoch geben sie dem Opfer genügend Zeit, um eine Verfügung bei Gericht zu beantragen. Wenn es sich jedoch beispielsweise um psychische Gewalt handelt, sind oft die Probleme des Gewaltschutzgesetzes erreicht. Nachweisbarkeit der Gewalt ist besonders bei psychischer Gewalt schwierig. Außerdem nutzen viele Frauen die Möglichkeiten des Gewaltschutzgesetzes nicht aus, da die dadurch bestehenden Möglichkeiten für einzelne Frauen keine echte Option darstellen. Das GewSchG erfordert, dass Frauen bereit sind, im Umfeld der Gewalt zu bleiben (Wohnung, Wohngebiet), um sich mit dem Täter zu konfrontieren. Gleichzeitig kriminalisieren sie ihn, indem sie ihn anzeigen, um ihren Anträgen Gewicht geben zu können. Dies fordert viel Einsatz und Energie von den betroffenen Frauen ein.

Aus der erstellten Untersuchung werden im Folgenden nochmals die wichtigsten Ergebnisse dargestellt: In der Analyse wurde eine Stichprobe der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte aus den Fachgebieten Allgemeinmedizin, Gynäkologie und Innere Medizin in der Stadt Kempten und im Altlandkreis Kempten zu ihrem Umgang mit Opfern häuslicher Gewalt in der Praxis befragt. Insgesamt wurden 101 Fragebögen mit Anschreiben und Informationsflyer versendet. Es wurden insgesamt 44 Antworten zurück gesendet, wobei davon 42 Antworten auswertbar waren.

Fast  $\frac{3}{4}$  der befragten ÄrztInnen teilten mit, von Patientinnen aufgrund häuslicher Gewalt aufgesucht worden zu sein. Die Wahrnehmung häuslicher Gewalt ist im Fachbereich Allgemeinmedizin am höchsten. So gaben knapp 90 % der AllgemeinärztInnen an, bereits Patientinnen aufgrund häuslicher Gewalt behandelt zu haben. Es zeigt sich, dass die Allgemeinärztinnen und Allgemeinärzte – die in der Regel die Hausärzte sind – den intensivsten Kontakt mit diesem Thema haben. Das kann an dem besonderen Vertrauensverhältnis durch häufige Kontakte liegen.

Es konnte durch die Befragung eine hohe Aufgeschlossenheit gegenüber den Patientinnen festgestellt werden. Über 90 % teilten hier mit, dass sie ihre Patientin bei Verdacht (aufgrund der Symptome) ansprechen.

Körperliche Gewalt wurde als offensichtlichsste Gewalt am meisten wahrgenommen, gefolgt von psychischer und sexueller Gewalt. Soziale Gewalt und ökonomische Gewalt wurde eher selten genannt. Als Grund kann hier der sehr private Bereich und der fehlende Bezug zur Gesundheit genannt werden.

Sehr positiv ist zu sehen, dass sich über 90 % als möglichen Ansprechpartner sehen, wenn Patientinnen häusliche Gewalt erlebt haben. Dieser hohe Prozentsatz unterstreicht die Offenheit der ÄrztInnen gegenüber dem Thema.

Durch die Befragung hat sich gezeigt, dass sich  $\frac{2}{3}$  der ÄrztInnen mit dem Thema bereits auseinandergesetzt haben, dabei haben sich die meisten ÄrztInnen ihr Wissen über Informationsbroschüren angeeignet.

Ein Leitfaden zur gerichtsverwertbaren Dokumentation und zur Vorgehensweise bei häuslicher Gewalt, sowie Fortbildungen und Informationsmaterial für Patientinnen wurden von den ÄrztInnen als besonders hilfreich eingestuft.

Dem pro-aktiven Beratungsangebot stehen über 80 % positiv gegenüber. Die ÄrztInnen können sich ein solches Angebot sehr gut vorstellen und sehen es als hilfreich an.

Die ermittelten Ergebnisse legen es nahe, ein mögliches pro-aktives Konzept für den Gesundheitsbereich zu erstellen. Um ein pro-aktives Beratungsangebot in der Region umzusetzen, ist eine enge Zusammenarbeit mit den Ärztinnen und Ärzten nötig. Die Ärztin oder der Arzt informiert hierbei die Patientin – die häusliche Gewalt erlebt hat – über die Möglichkeiten des Angebotes und sie/er gibt mit Einverständniserklärung der Frau die Daten an die zuständige Beraterin weiter. Nachdem die Daten bei der Beraterin eingegangen sind, meldet diese sich zeitnah bei dem Opfer, um eine Beratung anzubieten (pro-aktiver Ansatz). Bei dem Anruf kann entschieden werden, ob es bei einer telefonischen Beratung bleiben soll oder ob die Frau gerne ein persönliches Beratungsgespräch möchte. Die Frau wird über wichtige Punkte, die sie betreffen, aufgeklärt und sie erhält bei Bedarf die nötige Unterstützung.

Die ermittelten Ergebnisse lassen folgende Schlüsse zu: Auch ambulante Arztpraxen können als potentielle Anlaufstelle für Opfer häuslicher Gewalt angesehen werden. Jedoch benötigen ÄrztInnen Informationsmaterial zum Erkennen der Symptome und zum Umgang mit Opfern häuslicher Gewalt. Der weit verbreitete Leitfaden zum Vorgehen bei häuslicher Gewalt und zur gerichtsverwertbaren Dokumentation sollte

möglichst bald auch in Bayern einführt werden. Die bayerische Staatsregierung sollte hier für Verbesserung sorgen, wie es bereits in den meisten anderen Bundesländern gängige Praxis ist.

Wie auf dem 110. deutschen Ärztetag im Jahr 2007 empfohlen, sollte neben Fortbildungsveranstaltungen für praktizierende ÄrztInnen das Thema häusliche Gewalt bereits im Medizinstudium behandelt werden.

Die Ergebnisse aus der Umfrage zeigen, dass Veränderungen im Bereich des Gesundheitswesens auch für die Region greifen können, somit sind die von der Bundesregierung bereits gestarteten Änderungen ein positives Signal.

ÄrztInnen sind das Bindeglied zwischen den betroffenen Frauen und der Beratungsstelle. Ziel ist, sie mit einem pro-aktiven Beratungsangebot auch zu entlasten. ÄrztInnen sind für die medizinische Untersuchung zuständig und nur, wenn sie Vorteile für den Ablauf in der Praxis und für die Patientinnen sehen, werden sie motiviert sein, das Unterstützungsangebot anzubieten und Frauen weiterzuvermitteln. So wäre neben der Polizei ein weiterer wichtiger Bereich abgedeckt, der Frauen aus gewaltgeprägten Lebensverhältnissen erreicht, die von sich aus (noch) keine Hilfe suchen würden.

## 6. Resümee

Durch mein Praxissemester im Frauenhaus Kempten und meine darauf folgende ehrenamtliche Tätigkeit im Verein „Frauen helfen Frauen e.V.“, wurde es für mich – durch die persönliche Betroffenheit – wichtig, in meiner Diplomarbeit ein sozialkritisches Thema zu wählen. In dieser Arbeit war es mir außerdem möglich, einen Mehrwert an Wissen über häusliche Gewalt und dem Gesundheitsbereich in der Region hervorzubringen.

Ich habe mit dieser Arbeit viel Wissen und Erfahrungen gesammelt, die mir in meinem zukünftigen Berufsleben sicher von Nutzen sein werden. Das theoretische Wissen über häusliche Gewalt, die rechtlichen Möglichkeiten und die Entwicklungen bis heute zeigen mir, dass Veränderungen in der Gesellschaft vorhanden sind. Dennoch ist deutlich geworden, dass häusliche Gewalt immer noch stark tabuisiert ist.

Die PolitikerInnen – auch in Bayern – müssen Verantwortung übernehmen. In Bayern besteht noch keine standardisierte Vorgehensweise für ÄrztInnen. Für mich war es sehr bedauerlich zu erkennen, dass Bayern eines der drei Bundesländer ist, die bisher keinen Dokumentationsbogen und Leitfaden für die ÄrztInnen hat.

Durch die Befragung der ÄrztInnen der Region und der darauffolgenden Erstellung eines beispielhaften Konzepts erhoffe ich mir eine regionale Veränderung. Die Umsetzung des Projektes wäre mit relativ geringem Aufwand möglich, da es analog zu dem bereits bestehenden Konzept KIM gestartet werden könnte. Der pro-aktive Ansatz für die Polizei ist laut dem ersten Aktionsplan bundesweit politischer Wille. Realität ist, dass eine Umsetzung vor allem dann erfolgt, wenn - wie beispielsweise in Kempten – das Frauenhaus aktiv wird, Kooperationspartner sucht und in Zusammenarbeit mit dem Runden Tisch für häusliche Gewalt das Projekt KIM ins Leben ruft.

Meine Einschätzung ist, dass auch im Gesundheitsbereich eine Umsetzung des zweiten Aktionsplanes sehr zögerlich fortschreiten wird, solange auf eine landes- oder gar bundesweite Umsetzung gewartet wird. So ist es sicherlich effektiver, wieder regional die Initiative zu ergreifen.

Die jährlich rund 150 Einsätze der Polizeiinspektion Kempten wegen häuslicher Gewalt unterstreichen für mich die Notwendigkeit einer Erweiterung der Vorgehensweise. Die Polizei wird meist erst gerufen, wenn eine Eskalation der Situation bereits vorhanden ist. Es kann davon ausgegangen werden, dass die Zahl der Frauen, die häusliche Gewalt erleben, um vieles höher liegt. Von diesen werden sich wiederum einige ihrem Arzt oder ihrer Ärztin anvertrauen.

Mein Anliegen war es deshalb, einen möglichen Lösungsweg auch für den medizinischen Bereich zu finden, auf dem Frauen erreicht werden sollen, die nicht in der Lage sind, das Schweigen von sich aus zu brechen beziehungsweise die nicht wissen, welche Fachberatung für ihr Problem zuständig ist. Der pro-aktive Ansatz ermöglicht es daher, die Dunkelziffer im Bereich häuslicher Gewalt aufzubrechen.

Somit kann ich mit den Worten abschließen, dass die Vernetzungsarbeit für Opfer häuslicher Gewalt besser und gezielter ausgebaut werden muss. Eine Erweiterung um ein Angebot im Gesundheitsbereich würde die Arbeit mit Opfern häuslicher Gewalt deutlich bereichern, da mehr Frauen aus gewaltgeprägten Lebensverhältnissen früher erreicht werden könnten.

## 7. Literaturverzeichnis

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) (Hrsg.) (2004): Lebenssituation, Sicherheit und Gesundheit von Frauen in Deutschland – Eine repräsentative Untersuchung zu Gewalt gegen Frauen in Deutschland; Nachdruck 2006; Berlin

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) (Hrsg.) (2000): Neue Fortbildungsmaterialien für Mitarbeiterinnen im Frauenhaus – Gewalt im Geschlechterverhältnis; Berlin: Kohlhammer Verlag

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) (Hrsg.) (2004): Frauen in Deutschland – Von der Frauen- zur Gleichstellungspolitik; Berlin

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) (Hrsg.) (1999): Aktionsplan der Bundesregierung zur Bekämpfung von Gewalt gegen Frauen; Berlin

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) (Hrsg.) (2007): Aktionsplan II der Bundesregierung zu Bekämpfung von Gewalt gegen Frauen; Berlin

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) (Hrsg.) (2008): Gesundheit – Gewalt – Migration – Eine vergleichende Sekundäranalyse zur gesundheitlichen und Gewaltsituation von Frauen mit und ohne Migrationshintergrund in Deutschland; Berlin

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) (Hrsg.) (2007): Gemeinsam gegen häusliche Gewalt: Kooperation, Intervention, Begleitforschung; Berlin

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) (Hrsg.) (2003): Mehr Schutz bei häuslicher Gewalt – Informationen zum Gewaltschutzgesetz; Berlin

Koordinierungsstelle gegen häusliche Gewalt, Ministerium für Justiz, Gesundheit und Soziales des Saarlandes (Hrsg.) (2006): Häusliche Gewalt erkennen – behandeln - dokumentieren – Eine Information für Ärztinnen und Ärzte; Ensheim

Seifert Dragana, Heinemann Axel, Püschel Klaus: Frauen und Kinder als Opfer häuslicher Gewalt; Deutsches Ärzteblatt 18.08.2006; Jg. 103; Heft 33

Mark Heike (2001): Häusliche Gewalt gegen Frauen – Ergebnisse einer Befragung niedergelassener Ärztinnen und Ärzte; Marburg: Tectum Verlag

Ministerium für Gesundheit, Soziales, Frauen und Familie des Landes Nordrhein-Westfalen (Hrsg.) (2004): Häusliche Gewalt – Die Rolle des Gesundheitswesens; Düsseldorf

BIG e.V. (Berliner Interventionsprojekt gegen häusliche Gewalt e.V.) (2002): Standards und Empfehlungen für die Aus- und Fortbildung zum Thema häuslicher Gewalt; Berlin

Nachtigall Christof (1998): Selbstorganisation und Gewalt; Münster: Waxmann Verlag

Watzlawick Paul, Beavin Janet H., Jackson Don D. (2003): Menschliche Kommunikation – Formen, Störungen, Paradoxien; Bern: Hans Huber Verlag; 10. unveränderte Auflage

Koordinierungsstelle gegen häusliche Gewalt – Ministerium für Justiz, Gesundheit und Soziales des Saarlandes (2006): Eine Information für Ärztinnen und Ärzte – Häusliche Gewalt erkennen, behandeln, dokumentieren; Saarbrücken; 3. Auflage

Peter Atteslander (2003): Methoden der empirischen Sozialforschung; Berlin: Walter de Gruyter GmbH & Co. KG; 10. neu bearbeitete und erweiterte Auflage

Helmut Kromrey (2002): Empirische Sozialforschung; Opladen: Leske + Budrich; 10. vollständig überarbeitete Auflage

Bundesärztekammer, Arbeitsgemeinschaft der deutschen Ärztekammern (Hrsg.) (2007): 110. Deutscher Ärztetag 2007 – Stenografischer Wortbericht; Berlin

Leonore E. Walker (1994): Warum schlägst du mich? Frauen werden misshandelt und wehren sich. Eine Psychologin berichtet; München: R. Piper GmbH

Wilhelm Schmidbauer (2006): Bayerisches Polizeiaufgabengesetz. Landesrecht Bayern; München: C. H. Beck Verlag

Finn Zwißler (2006): Gewaltschutzgesetz – So wehren Sie sich erfolgreich gegen Nötigung, Stalking und Mobbing; Regensburg: Regensburg, Berlin: Walhalla Verlag

Hildegard Hellbernd, Petra Brzank, Karin Wieners, Ulrike Maschewsky-Schneider; S.I.G.N.A.L Hilfe für Frauen (2003): Häusliche Gewalt gegen Frauen: gesundheitliche Versorgung – Das S.I.G.N.A.L. Interventionsprogramm. Fact Sheet der wissenschaftlichen Begleitforschung; Berlin

Hildegard Hellbernd, Petra Brzank, Karin Wieners, Ulrike Maschewsky-Schneider; S.I.G.N.A.L Hilfe für Frauen (2003): Häusliche Gewalt gegen Frauen: gesundheitliche Versorgung – Das S.I.G.N.A.L. Interventionsprogramm. Handbuch für die Praxis und wissenschaftlicher Bericht; Berlin

Bühring Petra; Häusliche Gewalt: Ärzte in der Schlüsselrolle; Deutsches Ärzteblatt 2004; 101(46): A-3064/B-2596/C-2472; AKTUELL

Frauenhaus Kempten (2006) (Hrsg.): Jahresbericht 2005; Kempten

Frauenhilfe München (2004) (Hrsg.): Jahresbericht 2003; München

Bundeskriminalamt (2008) (Hrsg.): Polizeiliche Kriminalstatistik 2007 – Bundesrepublik Deutschland; Paderborn: Bonifatius GmbH, 55. Ausgabe

Niedersächsisches Ministerium für Soziales, Frauen, Familie und Gesundheit (2005)  
(Hrsg.): Mit BISS gegen häusliche Gewalt – Evaluation des Modellprojekts  
„Beratungs- und Interventionsstellen (BISS) für Opfer häuslicher Gewalt“ in  
Niedersachsen; Hannover

Der Paritätische Nordrhein-Westfalen: [http://vs6.paritaet-nrw.org:8080/pbw/content/e78/e30/downloads/flyer\\_D\\_regio.pdf](http://vs6.paritaet-nrw.org:8080/pbw/content/e78/e30/downloads/flyer_D_regio.pdf) (07.09.08)

Netzwerk Frauengesundheit Berlin: <http://www.frauengesundheit-berlin.de/index.php4?request=themen&topic=2245&type=infotext> (07.09.08)

Gleichstellungsstelle Bamberg:  
[http://www.frauennet.bamberg.de/index.php?id=425&backPID=419&begin\\_at=25&t\\_news=64](http://www.frauennet.bamberg.de/index.php?id=425&backPID=419&begin_at=25&t_news=64) (07.09.08)

Institut für angewandte Familien-, Kindheits- und Jugendforschung: Hintergründe  
und Auswirkungen häuslicher Gewalt – Ein Curriculum für die Familienbildung –  
<http://www.uni-potsdam.de/u/ifk/sites/curriculum-site/currend.pdf> (07.09.08)

Polizei Bayern – Polizeidirektion Unterfranken :  
<http://www.polizei.bayern.de/unterfranken/schuetzenvorbeugen/kriminalitaet/haeuslichegewalt/index.html/614> (07.09.08)

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend:  
<http://www.bmfsfj.de/bmfsfj/generator/Politikbereiche/gleichstellung.did=98090.html>  
1 (07.09.08)

Internet Publikation für Allgemeine und Integrative Psychotherapie:  
[http://www.sgipt.org/gipt/entw/bindung/path\\_1.htm](http://www.sgipt.org/gipt/entw/bindung/path_1.htm) (07.09.08)

## 8. Anhang

### 8.1 Anhang A: Anschreiben der Erhebung

#### **Betreff: Fragebogen zum Thema häusliche Gewalt – Erfahrungen regionaler ÄrztInnen**

«Anredetext» «Titel» «Nachname»,

im Rahmen meiner Diplomarbeit möchte ich mich – mit Hilfe des Frauenhauses Kempten – mit dem Thema „Häusliche Gewalt und der Gesundheitsbereich – Theoretische Aspekte, Situation, Einschätzung und Bedarf der ÄrztInnen in Kempten und Altlandkreis Kempten“ beschäftigen.

Kurz zu meiner Person: Mein Name ist Simone Feneberg, ich bin 27 Jahre alt und studiere im 8. Semester Sozialwirtschaft an der Fachhochschule Kempten.

Häusliche Gewalt stellt viele Fachleute vor besondere Herausforderungen. HausärztInnen, ÄrztInnen der inneren Medizin und FrauenärztInnen im besonderen Maße. **Sie** sind oft eine der ersten Anlaufstellen die misshandelte Frauen in Anspruch nehmen. Mein Anliegen ist es, die Erfahrungen, das Wissen und die Bedürfnisse der ÄrztInnen im Bereich häuslicher Gewalt besser einzuschätzen. Es gibt professionelle Anlaufstellen wie beispielsweise das Frauenhaus oder das Kemptener Interventionsmodell KIM. Bei KIM handelt es sich um ein pro-aktives Beratungsangebot, bei dem die Polizei – nach Einverständniserklärung – den Namen und die Telefonnummer an eine professionelle Beratungsstelle weiter gibt. Die Mitarbeiterin meldet sich dann telefonisch bei der betroffenen Frau und berät sie. Bei der Umfrage möchte ich unter Anderem eine Einschätzung erwerben, ob ein pro-aktives Interventionsmodell für den Gesundheitsbereich sinnvoll wäre.

Um die momentane Situation zu erfassen – also welche Erfahrungen Sie in Ihrer Praxis mit häuslicher Gewalt gemacht haben und was Sie sich wünschen – bitte ich Sie, trotz Ihrer knappen Zeit, den folgenden Fragebogen zu beantworten. Es handelt sich überwiegend um Multiple Choice Fragen, um die Befragung zeitlich möglichst knapp zu halten. Falls Sie mehr schreiben möchten, ist auf der letzten Seite genügend Platz dafür. Die Befragung erfolgt natürlich vollständig anonym. Bei Rückfragen melden Sie sich jederzeit unter der Nummer 0172 – 200 86 98

Im Anhang finden Sie eine Infokarte mit Telefonnummern und Adressen, welche Ihnen und Ihren Patientinnen bei Problemen helfen können.

Bitte senden Sie mir den Fragebogen bis spätestens **25.06.2008** an folgende Adresse:

**Frauenhaus Kempten, Postfach 1570, 87405 Kempten.** Ein Rückumschlag mit unserer Adresse liegt bei. Ansonsten melde ich mich bei Ihnen, um die Infos per Telefon entgegenzunehmen.

Vielen Dank für Ihre Mühe

Simone Feneberg

## 8.2 Anhang B: Fragebogen der Erhebung

### A. Fragen zum Thema häuslicher Gewalt

1. Wurden Sie jemals von Patientinnen aufgesucht, **weil** sie Opfer häuslicher Gewalt wurden?  
 Ja             Nein             Kann ich nicht einschätzen
  
2. Wurden Sie bisher von Patientinnen aufgesucht, die Ihrer Ansicht nach bereits einmal häusliche Gewalt erfahren haben?  
 Ja             Nein             Kann ich nicht einschätzen
  
3. Bitte schätzen Sie die Anzahl der Frauen, die im letzten Jahr wegen häuslicher Gewalt bei Ihnen waren  
 Anzahl:.....             keine
  
4. Welche Gewaltform(en) haben Ihre Patientinnen erlebt? (Mehrfachnennung möglich)  
 Körperliche Gewalt             Sexuelle Gewalt     Psychische Gewalt  
 Ökonomische Gewalt             Soziale Gewalt
  
5. Welche Symptome (körperlich oder psychisch) weisen Ihrer Ansicht nach darauf hin, dass die Patientin vom Partner misshandelt werden könnte?  
.....  
.....  
.....  
.....
  
6. Bei wie viel Ihrer bisherigen Patientinnen **wissen Sie**, dass sie schon einmal Opfer psychischer, körperlicher oder sexueller häuslicher Gewalt gewesen sind?  
 – 2 %                             über 2 % - 5 %                             über 5 % -10 %  
 über 10 % - 20 %                             über 20 % - 30 %                             über 30 %
  
7. Bei wie viel Ihrer bisherigen Patientinnen **hatten Sie die Vermutung**, dass sie Opfer psychischer, körperlicher oder sexueller häuslicher Gewalt sein könnten?  
 – 2 %                             über 2 % - 5 %                             über 5 % -10 %  
 über 10 % - 20 %                             über 20 % - 30 %                             über 30 %

### 8. In der Praxis: welche Aussage trifft für Sie zu?

	Trifft zu	Trifft eher zu	Trifft eher nicht zu	Trifft nicht zu	Kann ich so nicht beantworten
a. Bei Verletzungen oder Beschwerden meiner Patientinnen, die meiner Vermutung nach durch Gewalttätigkeit entstanden ist frage ich direkt nach	<input type="checkbox"/>				
b. Ich denke meine Patientin sieht mich als mögliche/n Ansprechpartner/in, wenn sie häusliche Gewalt erlebt hat	<input type="checkbox"/>				
c. Ich sehe mich als mögliche/n Ansprechpartner/in, wenn meine Patientin häusliche Gewalt erlebt hat.	<input type="checkbox"/>				
d. Ich bin über das Thema häusliche Gewalt gut informiert ...	<input type="checkbox"/>				
e. ... durch Fortbildungen	<input type="checkbox"/>				
f. ... durch Informationsmaterial	<input type="checkbox"/>				
g. ... durch Fachliteratur	<input type="checkbox"/>				
h. ... durch anderes	<hr/> <hr/> <hr/>				
i. Ich habe Informationsmaterial zum Thema häusliche Gewalt sichtbar für meine Patientinnen ausgelegt	<input type="checkbox"/>				
j. Ich habe in der Sprechstunde zuwenig Zeit um mit den Patientinnen solche Themen zu erörtern	<input type="checkbox"/>				

### 9. Wie reagieren Sie, wenn Sie den **Verdacht** auf häusliche Gewalt haben?

	Trifft zu	Trifft eher zu	Trifft eher nicht zu	Trifft nicht zu	Kann ich so nicht beantworten
a. Bei Verdacht, aufgrund der Symptome, spreche ich meine Patientin an	<input type="checkbox"/>				
b. Bei Verdacht, aufgrund der Symptome, warte ich bis meine Patientin mich anspricht	<input type="checkbox"/>				
c. Ich spreche meine Patientin immer wieder auf das Thema an, auch wenn sie ausweichend reagiert	<input type="checkbox"/>				
d. Die Arbeitsbelastung in meiner Praxis lässt Gespräche über Gewalterfahrungen nicht zu	<input type="checkbox"/>				
e. Ich fühle mich nicht ausreichend qualifiziert, Gespräche über die Hilfsmöglichkeiten nach erlebter häuslicher Gewalt zu führen	<input type="checkbox"/>				
f. Ich mache auf vorhandene Möglichkeiten / Kontakte aufmerksam (Frauenhaus, Beratungsstellen)	<input type="checkbox"/>				
g. Ich bin in jedem Fall der falsche Ansprechpartner, da ich nicht helfen kann	<input type="checkbox"/>				

9. Welche der folgenden Angebote könnten für Sie hilfreich sein, um Opfern von häuslicher Gewalt zu helfen?

	Sehr hilfreich	hilfreich	Eher nicht hilfreich	Nicht hilfreich	Kann ich so nicht beantworten
a. Schriftliches Informationsmaterial für meine Patientinnen mit relevanten Informationen und Adressen	<input type="checkbox"/>				
b. Leitfaden zur Vorgehensweise bei häuslicher Gewalt	<input type="checkbox"/>				
c. Fortbildung zum Erkennen und Umgang mit Opfern von häuslicher Gewalt	<input type="checkbox"/>				
d. Fortbildung im Bereich Gesprächsführung mit Gewaltopfern	<input type="checkbox"/>				
e. Eine neue „Abrechnungsziffer“ für Gespräche mit Opfern häuslicher Gewalt	<input type="checkbox"/>				
f. Informationsmaterial zu rechtlichen Aspekten	<input type="checkbox"/>				
g. Leitfaden zur gerichtsverwertbaren Dokumentation	<input type="checkbox"/>				
h. Sonstige: ..... .....					

11. Ihr Interesse an einem pro-aktiven Beratungsangebot für Betroffene: Bei einem pro-aktiven Beratungsangebot für den Gesundheitsbereich geben Sie – nach Einverständnisklärung der Patientin – den Namen und die Telefonnummer per Fax an eine professionelle Stelle weiter. Die Beraterin meldet sich pro-aktiv bei der Patientin und berät sie, welche Möglichkeiten bestehen.

	Trifft zu	Trifft eher zu	Trifft eher nicht zu	Trifft nicht zu	Kann ich so nicht beantworten
Ein pro-aktives Beratungsangebot kann ich mir sehr gut vorstellen	<input type="checkbox"/>				
Ich fände ein pro-aktives Beratungsangebot sehr hilfreich	<input type="checkbox"/>				
Das pro-aktive Beratungsangebot wäre für mich entlastend	<input type="checkbox"/>				
Ich gebe der Patientin lieber persönlich Informationsmaterial mit	<input type="checkbox"/>				
Ich berate meine Patientin lieber selbst	<input type="checkbox"/>				
Die Weitergabe des Namen und der Telefonnummer ist aus Datenschutzgründen – auch bei Einverständniserklärung – nicht möglich	<input type="checkbox"/>				
Wir benötigen kein pro-aktives Beratungsangebot	<input type="checkbox"/>				

12. In vielen Bundesländern gibt es bereits einen offiziellen Dokumentationsbogen für häusliche Gewalt. Diese sind hilfreich, wenn es um gerichtsverwertbare Beweise geht. Fänden Sie einen offiziellen Dokumentationsbogen auch für Bayern sinnvoll?

- Ja       Nein       Kann ich nicht einschätzen



### 8.3 Anhang C: Auswertungsbogen der Erhebung

#### A. Fragen zum Thema häuslicher Gewalt

1. Wurden Sie jemals von Patientinnen aufgesucht, **weil** sie Opfer häuslicher Gewalt wurden?

	Alle Ärzte	Innere Medizin	Gynäkologie	Allgemein Medizin	Ärztinnen	Ärzte
<input type="checkbox"/> Ja	31	2	1	28	9	22
<input type="checkbox"/> Nein	11	2	5	4	3	8
<input type="checkbox"/> Kann ich nicht einschätzen	0	0	0	0	0	0

2. Wurden Sie bisher von Patientinnen aufgesucht, die Ihrer Ansicht nach bereits einmal häusliche Gewalt erfahren haben?

	Alle Ärzte	Innere Medizin	Gynäkologie	Allgemein Medizin	Ärztinnen	Ärzte
<input type="checkbox"/> Ja	40	4	5	31	12	28
<input type="checkbox"/> Nein	2	0	1	1	0	2
<input type="checkbox"/> Kann ich nicht einschätzen	0	0	0	0	0	0

3. Bitte schätzen Sie die Anzahl der Frauen, die im letzten Jahr wegen häuslicher Gewalt bei Ihnen waren

	Alle Ärzte	Innere Medizin	Gynäkologie	Allgemein Medizin	Ärztinnen	Ärzte
Keine	12	1	3	8	2	10
1	4	0	1	3	2	2
1-2	3	0	0	3	1	2
2	6	3	1	2	3	3
2-3	2	0	0	2	0	2
3	5	0	1	4	2	3
3-4	1	0	0	1	0	1
4	3	0	0	3	0	3
5	2	0	0	2	0	2
10	2	0	0	2	2	0
15	1	0	0	1	0	1
30	1	0	0	1	0	1

4. Welche Gewaltform(en) haben Ihre Patientinnen erlebt? (Mehrfachnennung möglich)

	Alle Ärzte	Innere Medizin	Gynäkologie	Allgemein Medizin	Ärztinnen	Ärzte
<input type="checkbox"/> Körperliche Gewalt	34	2	4	28	11	23
<input type="checkbox"/> Sexuelle Gewalt	13	0	1	12	5	8
<input type="checkbox"/> Psychische Gewalt	27	1	3	23	11	16
<input type="checkbox"/> Ökonomische Gewalt	5	0	1	4	0	5
<input type="checkbox"/> Soziale Gewalt	8	1	0	7	5	3
Keine Antwort	4	0	2	2	0	4

5. Welche Symptome (körperlich oder psychisch) weisen Ihrer Ansicht nach darauf hin, dass die Patientin vom Partner misshandelt werden könnte?

- Angst / Schreckhaftigkeit, kein Vertrauen, Alpträume, Verzweiflung à 18 Nennungen
- Hämatome à 21 Nennungen
- Depression à 17 Nennungen
- Soziale Probleme, Rückzug à 4 Nennungen
- Schlafstörungen à 2 Nennungen
- Unklarer Symptomkomplex à 2 Nennungen
- Bagatellisierung / Verdrängung à 2 Nennungen
- Eingeschüchtert à 2 Nennungen
- Brüche à 2 Nennungen
- Unglaubliche Erklärungen à 2 Nennungen
- Wesensveränderungen à 3 Nennungen
- Körperliche Spuren à 16 Nennungen
- Psychosomatische Probleme à 5 Nennungen
- Nervosität à 2 Nennungen
- Zu vielfältig à 2 Nennungen

6. Bei wie viel Ihrer bisherigen Patientinnen **wissen Sie**, dass sie schon einmal Opfer psychischer, körperlicher oder sexueller häuslicher Gewalt gewesen sind?

	Alle Ärzte	Innere Medizin	Gynäkologie	Allgemein Medizin	Ärztinnen	Ärzte
<input type="checkbox"/> – 2 %	30	4	6	20	8	22
<input type="checkbox"/> über 2 % - 5 %	7	0	0	7	2	5
<input type="checkbox"/> über 5 % - 10 %	1	0	0	1	1	0
<input type="checkbox"/> über 10 % - 20 %	0	0	0	0	0	0
<input type="checkbox"/> über 20 % - 30 %	1	0	0	1	1	0
<input type="checkbox"/> über 30 %	0	0	0	0	0	0
Keine Antwort	3	0	0	3	0	3

7. Bei wie viel Ihrer bisherigen Patientinnen **hatten Sie die Vermutung**, dass sie Opfer psychischer, körperlicher oder sexueller häuslicher Gewalt sein könnten?

	Alle Ärzte	Innere Medizin	Gynäkologie	Allgemein Medizin	Ärztinnen	Ärzte
<input type="checkbox"/> – 2 %	21	3	4	14	5	16
<input type="checkbox"/> über 2 % - 5 %	14	1	2	11	4	10
<input type="checkbox"/> über 5 % - 10 %	4	0	0	4	3	1
<input type="checkbox"/> über 10 % - 20 %	2	0	0	2	0	2
<input type="checkbox"/> über 20 % - 30 %	0	0	0	0	0	0
<input type="checkbox"/> über 30 %	0	0	0	0	0	0
Keine Antwort	1	0	0	1	0	1

8. In der Praxis: welche Aussage trifft für Sie zu?

- a. Bei Verletzungen oder Beschwerden meiner Patientinnen, die meiner Vermutung nach durch Gewalttätigkeit entstanden ist frage ich direkt nach

	Alle Ärzte	Innere Medizin	Gynäkologie	Allgemein Medizin	Ärztinnen	Ärzte
<input type="checkbox"/> Trifft zu	26	3	4	19	5	21
<input type="checkbox"/> Trifft eher zu	11	1	2	8	5	6
<input type="checkbox"/> Trifft eher nicht zu	3	0	0	3	1	2
<input type="checkbox"/> Trifft nicht zu	0	0	0	0	0	0
<input type="checkbox"/> Kann ich so nicht beantworten	2	0	0	2	1	1
Keine Antwort	0	0	0	0	0	0

- b. Ich denke meine Patientin sieht mich als mögliche/n Ansprechpartner/in, wenn sie häusliche Gewalt erlebt hat

	Alle Ärzte	Innere Medizin	Gynäkologie	Allgemein Medizin	Ärztinnen	Ärzte
<input type="checkbox"/> Trifft zu	22	3	2	17	7	15
<input type="checkbox"/> Trifft eher zu	15	1	3	11	3	12
<input type="checkbox"/> Trifft eher nicht zu	3	0	1	2	1	2
<input type="checkbox"/> Trifft nicht zu	1	0	0	1	1	0
<input type="checkbox"/> Kann ich so nicht beantworten	1	0	0	1	0	1
Keine Antwort	0	0	0	0	0	0

- c. Ich sehe mich als mögliche/n Ansprechpartner/in, wenn meine Patientin häusliche Gewalt erlebt hat

	Alle Ärzte	Innere Medizin	Gynäkologie	Allgemein Medizin	Ärztinnen	Ärzte
<input type="checkbox"/> Trifft zu	30	3	3	24	9	21
<input type="checkbox"/> Trifft eher zu	9	1	1	7	3	6
<input type="checkbox"/> Trifft eher nicht zu	2	0	1	1	0	2
<input type="checkbox"/> Trifft nicht zu	1	0	1	0	0	1
<input type="checkbox"/> Kann ich so nicht beantworten	0	0	0	0	0	0
Keine Antwort	0	0	0	0	0	0

d. Ich bin über das Thema häusliche Gewalt gut informiert ...

	Alle Ärzte	Innere Medizin	Gynä- kologie	Allge- mein Medizin	Ärzt- innen	Ärzte
<input type="checkbox"/> Trifft zu	10	0	0	10	3	7
<input type="checkbox"/> Trifft eher zu	18	2	3	13	5	13
<input type="checkbox"/> Trifft eher nicht zu	11	1	2	8	4	7
<input type="checkbox"/> Trifft nicht zu	2	1	1	0	0	2
<input type="checkbox"/> Kann ich so nicht beantworten	1	0	0	1	0	1
Keine Antwort	0	0	0	0	0	0

e. ... durch Fortbildungen

	Alle Ärzte	Innere Medizin	Gynä- kologie	Allge- mein Medizin	Ärzt- innen	Ärzte
<input type="checkbox"/> Trifft zu	8	0	1	7	3	5
<input type="checkbox"/> Trifft eher zu	5	0	2	3	0	5
<input type="checkbox"/> Trifft eher nicht zu	6	1	0	5	2	4
<input type="checkbox"/> Trifft nicht zu	15	3	1	11	4	11
<input type="checkbox"/> Kann ich so nicht beantworten	1	0	1	0	0	1
Keine Antwort	7	0	1	6	3	4

f. ... durch Informationsmaterial

	Alle Ärzte	Innere Medizin	Gynä- kologie	Allge- mein Medizin	Ärzt- innen	Ärzte
<input type="checkbox"/> Trifft zu	7	0	1	6	4	3
<input type="checkbox"/> Trifft eher zu	19	3	1	15	5	14
<input type="checkbox"/> Trifft eher nicht zu	4	0	2	2	1	3
<input type="checkbox"/> Trifft nicht zu	5	1	0	4	0	5
<input type="checkbox"/> Kann ich so nicht beantworten	1	0	1	0	0	1
Keine Antwort	6	0	1	5	2	4

g. ... durch Fachliteratur

	Alle Ärzte	Innere Medizin	Gynä- kologie	Allge- mein Medizin	Ärzt- innen	Ärzte
<input type="checkbox"/> Trifft zu	11	1	1	9	2	9
<input type="checkbox"/> Trifft eher zu	13	2	1	10	6	7
<input type="checkbox"/> Trifft eher nicht zu	4	0	1	3	1	3
<input type="checkbox"/> Trifft nicht zu	7	1	1	5	1	6
<input type="checkbox"/> Kann ich so nicht beantworten	1	0	1	0	0	1
Keine Antwort	6	0	1	5	2	4

h. ... durch anderes

- durch Erfahrung à 2 Nennungen

i. Ich habe Informationsmaterial zum Thema häusliche Gewalt sichtbar für meine Patientinnen ausgelegt

	Alle Ärzte	Innere Medizin	Gynä- kologie	Allge- mein Medizin	Ärzt- innen	Ärzte
<input type="checkbox"/> Trifft zu	2	0	1	1	2	0
<input type="checkbox"/> Trifft eher zu	4	0	1	3	2	2
<input type="checkbox"/> Trifft eher nicht zu	9	0	0	9	2	7
<input type="checkbox"/> Trifft nicht zu	25	4	4	17	6	19
<input type="checkbox"/> Kann ich so nicht beantworten	2	0	0	2	0	2
Keine Antwort	0	0	0	0	0	0

j. Ich habe in der Sprechstunde zu wenig Zeit um mit den Patientinnen solche Themen zu erörtern

	Alle Ärzte	Innere Medizin	Gynä- kologie	Allge- mein Medizin	Ärzt- innen	Ärzte
<input type="checkbox"/> Trifft zu	1	0	0	1	1	0
<input type="checkbox"/> Trifft eher zu	11	1	3	7	2	9
<input type="checkbox"/> Trifft eher nicht zu	11	1	1	9	3	8
<input type="checkbox"/> Trifft nicht zu	19	2	2	15	6	13
<input type="checkbox"/> Kann ich so nicht beantworten	0	0	0	0	0	0
Keine Antwort	0	0	0	0	0	0

9. Wie reagieren Sie, wenn Sie den **Verdacht** auf häusliche Gewalt haben?

a. Bei Verdacht, aufgrund der Symptome, spreche ich meine Patientin an

	Alle Ärzte	Innere Medizin	Gynäkologie	Allgemein Medizin	Ärztinnen	Ärzte
<input type="checkbox"/> Trifft zu	22	3	2	17	5	17
<input type="checkbox"/> Trifft eher zu	17	1	4	12	6	11
<input type="checkbox"/> Trifft eher nicht zu	2	0	0	2	0	2
<input type="checkbox"/> Trifft nicht zu	0	0	0	0	0	0
<input type="checkbox"/> Kann ich so nicht beantworten	1	0	0	1	1	0
Keine Antwort	0	0	0	0	0	0

b. Bei Verdacht, aufgrund der Symptome, warte ich bis meine Patientin mich anspricht

	Alle Ärzte	Innere Medizin	Gynäkologie	Allgemein Medizin	Ärztinnen	Ärzte
<input type="checkbox"/> Trifft zu	3	0	0	3	0	3
<input type="checkbox"/> Trifft eher zu	3	0	0	3	1	2
<input type="checkbox"/> Trifft eher nicht zu	21	3	5	13	6	15
<input type="checkbox"/> Trifft nicht zu	13	1	1	11	4	9
<input type="checkbox"/> Kann ich so nicht beantworten	2	0	0	2	1	1
Keine Antwort	0	0	0	0	0	0

c. Ich spreche meine Patientin immer wieder auf das Thema an, auch wenn sie ausweichend reagiert

	Alle Ärzte	Innere Medizin	Gynäkologie	Allgemein Medizin	Ärztinnen	Ärzte
<input type="checkbox"/> Trifft zu	1	0	0	1	0	1
<input type="checkbox"/> Trifft eher zu	16	2	1	13	4	12
<input type="checkbox"/> Trifft eher nicht zu	12	2	0	10	3	9
<input type="checkbox"/> Trifft nicht zu	9	0	4	5	3	6
<input type="checkbox"/> Kann ich so nicht beantworten	4	0	1	3	2	2
Keine Antwort	0	0	0	0	0	0

d. Die Arbeitsbelastung in meiner Praxis lässt Gespräche über Gewalterfahrungen nicht zu

	Alle Ärzte	Innere Medizin	Gynäkologie	Allgemein Medizin	Ärztinnen	Ärzte
<input type="checkbox"/> Trifft zu	1	1	0	0	0	1
<input type="checkbox"/> Trifft eher zu	5	0	0	5	2	3
<input type="checkbox"/> Trifft eher nicht zu	17	2	2	13	4	13
<input type="checkbox"/> Trifft nicht zu	18	1	3	14	6	12
<input type="checkbox"/> Kann ich so nicht beantworten	1	0	1	0	0	1
Keine Antwort	0	0	0	0	0	0

e. Ich fühle mich nicht ausreichend qualifiziert, Gespräche über die Hilfsmöglichkeiten nach erlebter häuslicher Gewalt zu führen

	Alle Ärzte	Innere Medizin	Gynäkologie	Allgemein Medizin	Ärztinnen	Ärzte
<input type="checkbox"/> Trifft zu	5	0	2	3	1	4
<input type="checkbox"/> Trifft eher zu	5	1	1	3	2	3
<input type="checkbox"/> Trifft eher nicht zu	17	3	2	12	3	14
<input type="checkbox"/> Trifft nicht zu	15	0	1	14	6	9
<input type="checkbox"/> Kann ich so nicht beantworten	0	0	0	0	0	0
Keine Antwort	0	0	0	0	0	0

f. Ich mache auf vorhandene Möglichkeiten / Kontakte aufmerksam (Frauenhaus, Beratungsstellen)

	Alle Ärzte	Innere Medizin	Gynäkologie	Allgemein Medizin	Ärztinnen	Ärzte
<input type="checkbox"/> Trifft zu	20	1	2	17	7	13
<input type="checkbox"/> Trifft eher zu	17	2	4	11	5	12
<input type="checkbox"/> Trifft eher nicht zu	0	0	0	0	0	0
<input type="checkbox"/> Trifft nicht zu	5	1	0	4	0	5
<input type="checkbox"/> Kann ich so nicht beantworten	0	0	0	0	0	0
Keine Antwort	0	0	0	0	0	0

g. Ich bin in jedem Fall der falsche Ansprechpartner, da ich nicht helfen kann.

	Alle Ärzte	Innere Medizin	Gynä- kologie	Allge- mein Medizin	Ärzt- innen	Ärzte
<input type="checkbox"/> Trifft zu	0	0	0	0	0	0
<input type="checkbox"/> Trifft eher zu	2	0	2	0	0	2
<input type="checkbox"/> Trifft eher nicht zu	6	1	1	4	3	3
<input type="checkbox"/> Trifft nicht zu	33	3	3	27	9	24
<input type="checkbox"/> Kann ich so nicht beantworten	1	0	0	1	0	1
Keine Antwort	0	0	0	0	0	0

10. Welche der folgenden Angebote könnten für Sie hilfreich sein, um Opfern von häuslicher Gewalt zu helfen?

a. Schriftliches Informationsmaterial für meine Patientinnen mit relevanten Informationen und Adressen

	Alle Ärzte	Innere Medizin	Gynä- kologie	Allge- mein Medizin	Ärzt- innen	Ärzte
<input type="checkbox"/> Sehr hilfreich	13	0	0	13	3	10
<input type="checkbox"/> hilfreich	24	3	6	15	7	17
<input type="checkbox"/> Eher nicht hilfreich	2	0	0	2	1	1
<input type="checkbox"/> Nicht hilfreich	3	1	0	2	1	2
<input type="checkbox"/> Kann ich so nicht beantworten	0	0	0	0	0	0
<input type="checkbox"/> Keine Antwort	0	0	0	0	0	0

b. Leitfaden zur Vorgehensweise bei häuslicher Gewalt

	Alle Ärzte	Innere Medizin	Gynä- kologie	Allge- mein Medizin	Ärzt- innen	Ärzte
<input type="checkbox"/> Sehr hilfreich	9	0	2	7	2	7
<input type="checkbox"/> hilfreich	20	1	2	17	8	12
<input type="checkbox"/> Eher nicht hilfreich	10	2	1	7	1	9
<input type="checkbox"/> Nicht hilfreich	2	1	0	1	1	1
<input type="checkbox"/> Kann ich so nicht beantworten	1	0	1	0	0	1
<input type="checkbox"/> Keine Antwort	0	0	0	0	0	0

c. Fortbildung zum Erkennen und Umgang mit Opfern häuslicher Gewalt

	Alle Ärzte	Innere Medizin	Gynä- kologie	Allge- mein Medizin	Ärzt- innen	Ärzte
<input type="checkbox"/> Sehr hilfreich	5	0	0	5	0	5
<input type="checkbox"/> hilfreich	22	1	3	18	8	14
<input type="checkbox"/> Eher nicht hilfreich	10	2	1	7	2	8
<input type="checkbox"/> Nicht hilfreich	3	1	0	2	2	1
<input type="checkbox"/> Kann ich so nicht beantworten	2	0	2	0	0	2
<input type="checkbox"/> Keine Antwort	0	0	0	0	0	0

d. Fortbildung im Bereich Gesprächsführung mit Gewaltopfern

	Alle Ärzte	Innere Medizin	Gynä- kologie	Allge- mein Medizin	Ärzt- innen	Ärzte
<input type="checkbox"/> Sehr hilfreich	8	0	0	8	3	5
<input type="checkbox"/> hilfreich	19	1	2	16	7	12
<input type="checkbox"/> Eher nicht hilfreich	9	2	1	6	0	9
<input type="checkbox"/> Nicht hilfreich	3	1	1	1	1	2
<input type="checkbox"/> Kann ich so nicht beantworten	2	0	1	1	0	2
<input type="checkbox"/> Keine Antwort	1	0	1	0	1	0

e. Eine neue „Abrechnungsziffer“ für Gesprächen mit Opfern häuslicher Gewalt

	Alle Ärzte	Innere Medizin	Gynä- kologie	Allge- mein Medizin	Ärzt- innen	Ärzte
<input type="checkbox"/> Sehr hilfreich	10	1	1	8	5	5
<input type="checkbox"/> hilfreich	11	1	2	8	4	7
<input type="checkbox"/> Eher nicht hilfreich	9	1	0	8	1	8
<input type="checkbox"/> Nicht hilfreich	10	1	2	7	2	8
<input type="checkbox"/> Kann ich so nicht beantworten	2	0	1	0	0	2
<input type="checkbox"/> Keine Antwort	0	0	0	0	0	0

f. Informationsmaterial zu rechtlichen Aspekten

	Alle Ärzte	Innere Medizin	Gynä- kologie	Allge- mein Medizin	Ärzt- innen	Ärzte
<input type="checkbox"/> Sehr hilfreich	6	0	1	5	3	3
<input type="checkbox"/> hilfreich	28	2	5	21	8	20
<input type="checkbox"/> Eher nicht hilfreich	3	1	0	2	0	3
<input type="checkbox"/> Nicht hilfreich	3	1	0	2	1	2
<input type="checkbox"/> Kann ich so nicht beantworten	1	0	0	1	0	1
<input type="checkbox"/> Keine Antwort	1	0	0	1	0	1

g. Leitfaden zur gerichtsverwertbaren Dokumentation

	Alle Ärzte	Innere Medizin	Gynä- kologie	Allge- mein Medizin	Ärzt- innen	Ärzte
<input type="checkbox"/> Sehr hilfreich	7	0	2	5	2	5
<input type="checkbox"/> hilfreich	23	2	2	19	9	14
<input type="checkbox"/> Eher nicht hilfreich	6	1	0	5	0	6
<input type="checkbox"/> Nicht hilfreich	2	1	0	1	1	1
<input type="checkbox"/> Kann ich so nicht beantworten	4	0	2	2	0	4
<input type="checkbox"/> Keine Antwort	0	0	0	0	0	0

h. Sonstiges

- „Extra budgetierte Vergütung, da viel Zeit beansprucht wird“
- „Alles sehr hilfreich, dennoch aus zeitlichen Gründen nicht machbar“

10. Ihr Interesse an einem pro-aktiven Beratungsangebot für Betroffene: Bei einem pro-aktiven Beratungsangebot für den Gesundheitsbereich geben Sie – nach Einverständnisklärung der Patientin – den Namen und die Telefonnummer per Fax an eine professionelle Stelle weiter. Die Beraterin meldet sich pro-aktiv bei der Patientin und berät sie, welche Möglichkeiten bestehen.

a. Ein pro-aktives Beratungsangebot kann ich mir sehr gut vorstellen

	Alle Ärzte	Innere Medizin	Gynä- kologie	Allge- mein Medizin	Ärzt- innen	Ärzte
<input type="checkbox"/> Trifft zu	17	0	2	15	4	13
<input type="checkbox"/> Trifft eher zu	17	3	4	10	6	9
<input type="checkbox"/> Trifft eher nicht zu	3	1	0	2	0	3
<input type="checkbox"/> Trifft nicht zu	4	0	0	4	1	3
<input type="checkbox"/> Kann ich so nicht beantworten	1	0	0	1	1	0
Keine Antwort	0	0	0	0	0	0

b. Ich fände ein pro-aktives Beratungsangebot sehr hilfreich

	Alle Ärzte	Innere Medizin	Gynä- kologie	Allge- mein Medizin	Ärzt- innen	Ärzte
<input type="checkbox"/> Trifft zu	18	0	3	15	6	12
<input type="checkbox"/> Trifft eher zu	17	2	3	12	5	10
<input type="checkbox"/> Trifft eher nicht zu	0	0	0	0	0	0
<input type="checkbox"/> Trifft nicht zu	5	1	0	4	1	4
<input type="checkbox"/> Kann ich so nicht beantworten	2	1	0	1	0	2
Keine Antwort	0	0	0	0	0	0

c. Das pro-aktive Beratungsangebot wäre für mich entlastend

	Alle Ärzte	Innere Medizin	Gynä- kologie	Allge- mein Medizin	Ärzt- innen	Ärzte
<input type="checkbox"/> Trifft zu	15	0	2	13	6	9
<input type="checkbox"/> Trifft eher zu	18	2	2	14	5	12
<input type="checkbox"/> Trifft eher nicht zu	4	1	2	2	0	3
<input type="checkbox"/> Trifft nicht zu	4	1	0	3	1	3
<input type="checkbox"/> Kann ich so nicht beantworten	1	0	0	1	0	1
Keine Antwort	0	0	0	0	0	0

d. Ich gebe der Patientin lieber persönlich Informationsmaterial mit

	Alle Ärzte	Innere Medizin	Gynä- kologie	Allge- mein Medizin	Ärzt- innen	Ärzte
<input type="checkbox"/> Trifft zu	8	2	0	6	1	7
<input type="checkbox"/> Trifft eher zu	11	1	0	10	4	7
<input type="checkbox"/> Trifft eher nicht zu	17	1	5	11	5	10
<input type="checkbox"/> Trifft nicht zu	1	0	0	1	0	1
<input type="checkbox"/> Kann ich so nicht beantworten	3	0	0	3	1	2
Keine Antwort	2	0	1	1	1	1

e. Ich berate meine Patientin lieber selbst

	Alle Ärzte	Innere Medizin	Gynä- kologie	Allge- mein Medizin	Ärzt- innen	Ärzte
<input type="checkbox"/> Trifft zu	5	1	1	3	1	3
<input type="checkbox"/> Trifft eher zu	9	1	0	8	4	5
<input type="checkbox"/> Trifft eher nicht zu	19	2	3	14	3	16
<input type="checkbox"/> Trifft nicht zu	3	0	1	2	1	1
<input type="checkbox"/> Kann ich so nicht beantworten	4	0	0	4	2	2
Keine Antwort	2	0	1	1	1	1

f. Die Weitergabe des Namens und der Telefonnummer ist aus  
Datenschutzgründen – auch bei Einverständniserklärung – nicht möglich

	Alle Ärzte	Innere Medizin	Gynä- kologie	Allge- mein Medizin	Ärzt- innen	Ärzte
<input type="checkbox"/> Trifft zu	4	1	0	3	1	3
<input type="checkbox"/> Trifft eher zu	6	0	0	6	2	4
<input type="checkbox"/> Trifft eher nicht zu	11	1	2	8	4	7
<input type="checkbox"/> Trifft nicht zu	14	2	3	9	3	11
<input type="checkbox"/> Kann ich so nicht beantworten	7	0	1	6	2	5
Keine Antwort	0	0	0	0	0	0

g. Wir benötigen kein pro-aktives Beratungsangebot

	Alle Ärzte	Innere Medizin	Gynä- kologie	Allge- mein Medizin	Ärzt- innen	Ärzte
<input type="checkbox"/> Trifft zu	2	0	0	2	1	1
<input type="checkbox"/> Trifft eher zu	3	1	1	1	0	3
<input type="checkbox"/> Trifft eher nicht zu	13	1	0	12	4	9
<input type="checkbox"/> Trifft nicht zu	20	1	4	15	6	14
<input type="checkbox"/> Kann ich so nicht beantworten	3	0	1	2	1	2
Keine Antwort	1	1	0	0	0	1

11. In vielen Bundesländern gibt es bereits einen offiziellen Dokumentationsbogen für häusliche Gewalt. Diese sind hilfreich, wenn es um gerichtsverwertbare Beweise geht. Fänden Sie einen offiziellen Dokumentationsbogen auch für Bayern sinnvoll?

	Alle Ärzte	Innere Medizin	Gynä- kologie	Allge- mein Medizin	Ärzt- innen	Ärzte
<input type="checkbox"/> Ja	17	1	1	15	4	13
<input type="checkbox"/> Nein	5	1	0	4	3	2
<input type="checkbox"/> Kann ich nicht einschätzen	19	1	5	13	5	14
<input type="checkbox"/> Keine Antwort	1	1	0	0	0	1

## B. Angaben für die Statistik

### 1. In welchem Fachgebiet sind Sie tätig?

	Alle Ärzte	Innere Medizin	Gynä- kologie	Allge- mein Medizin	Ärzt- innen	Ärzte
Allgemeinmedizin	32	0	0	33	5	27
Gynäkologie	6	0	6	0	2	4
Innere Medizin	4	4	0	0	0	4

### 2. Wie alt sind Sie?

	Alle Ärzte	Innere Medizin	Gynä- kologie	Allge- mein Medizin	Ärzt- innen	Ärzte
<input type="checkbox"/> Unter 45 Jahre	10	1	1	8	4	6
<input type="checkbox"/> 45 - 54 Jahre	15	1	4	10	5	10
<input type="checkbox"/> 55 Jahre und älter	17	2	1	14	3	4

### 3. Bitte geben Sie Ihr Geschlecht an

	Alle Ärzte	Innere Medizin	Gynä- kologie	Allge- mein Medizin	Ärzt- innen	Ärzte
<input type="checkbox"/> Männlich	30	5	4	23	0	30
<input type="checkbox"/> Weiblich	12	0	2	10	12	0

## C. Anmerkungen zum Thema häusliche Gewalt

Allgemeinarztin, zwischen 45 –54 Jahre:

„Tabu Thema in der Bevölkerung. In meiner Praxis gibt es viel Zeit und Raum für Gespräche. Dennoch kommen diese betroffenen Frauen nicht. Ich bin pessimistisch gegenüber Infomaterial etc. in meiner Praxis.“

Allgemeinarzt, über 55 Jahre:

„Je nach Patienten Klientel hohe Dunkelziffer!“

Allgemeinarzt, über 55 Jahre:

„Letztlich sind Probleme mit häuslicher Gewalt in meiner 30-jährigen Praxistätigkeit selten vorgekommen.“

Gynäkologe, über 55 Jahre:

„Ich kann mich an keinen einzigen Fall häuslicher Gewalt erinnern, der in den letzten 20 Jahren aktiv an mich herangetragen wurde, mit Ausnahme von drei Fällen in denen Mütter ihre 1-4 jährigen Töchter vorstellten mit der Mutmaßung der von den Müttern jeweilige, inzwischen getrennte Partner habe das Kind während des Aufenthaltes beim Partner missbraucht! In allen 3 Fällen wollten die Mütter den Vätern etwas anhängen! Dies Art der sexuellen Gewalt ist aber in Ihrem Fragebogen über häusliche Gewalt ja nicht gemeint!“

Allgemeinarzt, über 55 Jahre:

„ Ich kann Ihr Engagement nur unterstützen.“

Allgemeinarzt, über 55 Jahre:

„ Die Dunkelziffer der psychischen Gewalt ist enorm. Im ländlichen Bereich kommt noch der Druck der Sozialstrukturen hinzu. Verletzungen innerhalb fester Beziehungen werden oft 'umdeklariert'. Lange zurückliegende Vergewaltigungen/Misshandlungen kommen jedoch relativ häufig zur Sprache. Anders ist jedoch die Situation in Fällen, wenn Trennung der Partnerschaft erfolgt oder bevorsteht. Hier wird relativ offen gesprochen. Das ist jedoch auf Grund der Beziehungsdynamik verstehbar. Insgesamt jedoch hier sicherlich nicht über 2 %.“

Allgemeinarzt, über 55 Jahre:

„Schwer einzuschätzen ist der soziale Druck, z.B. materielle Kürzungen und Drohungen, welche nur selten angesprochen werden.“

## 9. Eidesstattliche Erklärung

Ich versichere hiermit an Eides statt, dass ich diese Diplomarbeit selbstständig ohne Hilfe Dritter und ohne Benutzung anderer als der angegebenen Quellen und Hilfsmittel verfasst habe. Alle den benutzten Quellen wörtlich oder sinngemäß entnommenen Stellen sind als solche einzeln kenntlich gemacht.

Diese Arbeit ist bislang keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegt worden und auch nicht veröffentlicht worden.

Ich bin mir bewusst, dass eine falsche Erklärung rechtliche Folgen haben wird.

Probstried, den 10.September 2008

---

Unterschrift