

Aus dem Institut für Rechtsmedizin
des Universitätsklinikum Hamburg Eppendorf
Direktor Prof. Dr. med. Klaus Püschel
und aus dem Institut für Allgemeinmedizin
des Universitätsklinikum Hamburg Eppendorf
Direktor Prof. Dr. med. Hendrik van den Bussche

Qualitative Untersuchung zur Rolle häuslicher Gewalt in der allgemeinmedizinischen Praxis

D i s s e r t a t i o n
zur Erlangung des Grades eines Doktors der Medizin
dem Fachbereich Medizin der Universität Hamburg vorgelegt von
Johanna Artus
aus Bremen
Hamburg 2007

Angenommen von der medizinischen Fakultät
der Universität Hamburg am:

Veröffentlicht mit Genehmigung der medizinischen Fakultät
der Universität Hamburg

Prüfungsausschuss, der Vorsitzende:

Prüfungsausschuss, 2. Gutachter/in:

Prüfungsausschuss, 3. Gutachter/in:

INHALTSVERZEICHNIS

	Seite
<u>1.0 Arbeitshypothese und Fragestellung</u>	5
<u>2.0 Einleitung</u>	6
2.1 Definition und Dynamik von „häuslicher Gewalt“	6
2.2 Historische Entwicklung des rechtlichen Gewaltverständnisses im familiären Bereich	8
2.3 Formen „häuslicher Gewalt“	9
2.4 Ausmaß „häuslicher Gewalt“	10
2.5 Gesundheitliche Folgen und Kosten „häuslicher Gewalt“	12
2.6 Der Umgang mit „häuslicher Gewalt“ im Gesundheitswesen	14
<u>3.0 Material und Methoden</u>	16
3.1 Charakterisierung der Grundsätze qualitativer Forschung	16
3.2 Auswahl und Charakterisierung der Interviewmethode	19
3.3 Entwicklung des Kurzfragebogens und des Leitfadens	22
3.4 Auswahl der Hausärzte und praktisches Vorgehen bei der Datenerhebung	26
3.5 Charakterisierung der qualitativen Inhaltsanalyse	28
3.6 Konkretes Vorgehen bei der Auswertung	29
<u>4.0 Ergebnisse</u>	31
4.1 Soziodemographische Daten	31
4.2 Das Definitionsproblem	32
4.3 Berührungspunkte mit häuslicher Gewalt – zwischen eindeutig sichtbar und subtil wahrgenommen	34
4.4 Die Schwierigkeit der Ansprache – Hindernisse auf beiden Seiten	45
4.5 Das Äußern eines Verdachtes – positive und negative Erfahrungen	54
4.6 Dokumentation	63
4.7 Einfluss von Persönlichkeit und Lebenslauf	65
4.8 Kooperation mit Professionellen und Beratungsstellen – zwischen Erfolg und Frustration	81
<u>5.0 Diskussion</u>	92
5.1 Diskussion des Definitionsproblems	92
5.2 Wahrnehmung häuslicher Gewalt verbessern und Hindernisse der Thematisierung überwinden	95
5.3 Erfahrungen nach der Ansprache – Perspektiven positiver Erfahrungen	102
5.4 Unterschiedliche Arztpersönlichkeiten – unterschiedliche Hilfestellungen	105
5.5 Kooperation mit Professionellen und Beratungsstellen – Hindernisse überwinden	109
<u>6.0 Zusammenfassung</u>	112
Literaturverzeichnis	113
Danksagung	118
Lebenslauf	119
Eidesstattliche Versicherung	120

Anmerkung

In der Arbeit wird der Einfachheit halber stets die männliche Form verwendet. Die weibliche Form ist selbstverständlich immer mit eingeschlossen. Wenn die weibliche Form verwendet wird, ist ausdrücklich nur diese gemeint – die männliche Form nicht mit eingeschlossen.

1.0 ARBEITSHYPOTHESE UND FRAGESTELLUNG

Das Phänomen „häusliche Gewalt“ ist von erheblicher gesellschaftlicher Relevanz. Das Bewusstsein für die Problematik ist in den Gesundheitsberufen bislang nur wenig verbreitet, obwohl den hier tätigen Personen Schlüsselrollen zukommen könnten. Nahezu jedes von häuslicher Gewalt betroffene Opfer konsultiert irgendwann einmal einen Arzt. Viele hoffen auf Hilfe oder darauf, vom Arzt auf ihr Problem angesprochen zu werden (Mark H. 2000). Häufig kommt es aber zu keiner Ansprache oder Hilfestellung. Umgekehrt nehmen Opfer die ihnen gebotene Hilfe aus Angst vor einer Eskalation der Gewalt und aus Scham über das Erlebte nicht an. Opfer von Gewalt geben den Helfenden häufig zuerst falsche oder gar keine Erklärungen über die Ursache ihres Leidens und ihre Situation, obwohl sie gerne Hilfe annehmen würden. Um Enttäuschungen und dem Gefühl von Misserfolg auf ärztlicher Seite vorzubeugen, ist es wichtig zu wissen, wie Misshandlungssysteme funktionieren. Nur dann können Mediziner eine Rolle in der Aufdeckung von Gewalt einnehmen und Schutzmöglichkeiten anbieten.

Im Rahmen dieser Arbeit wurden Hausärzte zum Thema „häusliche Gewalt“ interviewt. Von besonderem Interesse sind dabei das Erleben der Ärzte und ihre subjektiven Einstellungen bezüglich von häuslicher Gewalt betroffenen Patienten. Um dem Anspruch – die Einstellungen und das Erleben genau zu erfassen – möglichst gerecht zu werden, wurden qualitative Forschungsmethoden genutzt.

Ziel der Arbeit ist es, den Kenntnisstand und die Einstellungen der Hausärzte zum Thema „häusliche Gewalt“ zu erfassen, die gegenwärtige subjektiv-ärztliche Alltagsdimension der Thematik in der hausärztlichen Praxis zu beschreiben und auf dieser Basis Bedarfe und Perspektiven aufzuzeigen.

2.0 EINLEITUNG

2.1 Definition und Dynamik von „häuslicher Gewalt“

Der Begriff „Gewalt“ beschreibt eine Form von Macht durch Anwendung von Zwangsmitteln. Gewaltverhältnisse tragen zunächst stets einen einseitigen Charakter, können jedoch Gegengewalt provozieren (Knauer 1990). Durch den Begriff „häuslich“ wird die Gewalt gedanklich auf Personen eines Haushaltes beschränkt. Um dies zu vermeiden und den Begriff auf Gewalt im privaten Lebensraum auszuweiten, findet gelegentlich auch die Bezeichnung „Gewalt im sozialen Nahraum“ Verwendung.

Grundsätzlich wird in der wissenschaftlichen Gewaltforschung eine enger und eine weiter gefasste Definition des Begriffs verwendet. Die enger gefasste Definition bezieht häufig ausschließlich körperliche Gewalt ein, weshalb die Definition eindeutig ist. Diese Trennschärfe kann jedoch nur durch das Nichteinbeziehen weiterer Formen von Gewalt, die zwar schwerer zu erfassen und zu objektivieren sind, jedoch im Alltag Betroffener durchaus eine Rolle spielen, erreicht werden (Rainer B. et al. 1998).

Eine weiter gefasste Definition von Gewalt schließt alle Akte ein, die dem Opfer auf irgendeine Art schaden. Dazu wird jeder körperliche Angriff einschließlich der sexuellen Gewalt und jeder Missbrauch auf psychischer Ebene, aber auch jede bewusste Vernachlässigung sowie jede Verhaltensweise des Täters gezählt, die auf die Beherrschung der anderen Person zielt, indem das zwischen Täter und Opfer bestehende Machtgefälle auf sozialer, psychischer und ökonomischer Ebene genutzt wird (Gelles R. J. 2001).

In Nationalen und internationalen Studien werden folgende Formen von Gewalt in der Regel gesondert behandelt: „häusliche Gewalt“ gegen Kinder (DHHS 2001, Kavemann B. 2002), gegen behinderte Menschen (Fegert J. M. et al. 2001, Zemp A. 2002, Wildwasser e.V. 2002), gegen ältere Personen (Görgen T. et al. 2002) und in gleichgeschlechtlichen Beziehungen (Ohms C. 2004, Müller K. 2001). Deshalb wird auch im Rahmen dieser Arbeit nur auf eben genannte Quellen verwiesen, ansonsten jedoch nicht weiter auf diese Formen von Gewalt eingegangen.

„Häusliche Gewalt“ ist oft kein einmaliges Ereignis. Häufig hat sich ein komplexes System zwischen den beteiligten Personen entwickelt, innerhalb dessen vielschichtige Verhaltensweisen darauf abzielen, das Abhängigkeitsverhältnis aufrecht zu erhalten bzw. zu verstärken und schließlich ein möglichst großes Ausmaß an Macht und Kontrolle über eine Person zu erlangen. Von Gewalt betroffene Frauen haben oft bereits in ihrer Kindheit und Jugend körperliche oder sexuelle Misshandlung erlebt (Wetzels P. et al. 1995, Hagemann-White C. et al. 2003).

„Häusliche Gewalt“ entwickelt meist eine Eigendynamik, die sich in drei in der Praxis oft nicht eindeutig trennbare Phasen einteilen lässt (Walker L. 1983):

- Phase des Spannungsaufbaus,
- Phase des Gewaltausbruchs,
- Phase der Entschuldigungs- und Entlastungsversuche.

Wiederholen sich diese Phasen des Kreislaufs der Gewalt, kommt es in der Regel zu einer Eskalation – offene Gewaltausbrüche nehmen an Häufigkeit und Schwere zu, Entlastungs- und Entschuldigungsphasen verringern sich (Hellbernd K et al. 2004). Vor allem diese Phasen der Entlastung und Entschuldigung, aber auch ökonomische Abhängigkeit und die Angst vor gesteigerten Gewaltausbrüchen seitens des Partners, machen es dem Opfer besonders schwer sich aus dieser Situation zu befreien. Die im Falle einer Trennung bestehende Angst vor einer noch weniger einzuschätzenden Bedrohung und Verfolgung ist durchaus berechtigt und verhindert ebenfalls eine gesteigerte Handlungsfähigkeit seitens des Opfers (Hagemann-White C. et al. 2003).

Eine entscheidende Rolle in der Dynamik häuslicher Gewalt spielt offenbar das soziale Umfeld des Opfers. Eine Studie des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend zeigt, dass das Verhalten von Freunden, Bekannten, Eltern und Nachbarn, aber auch Pfarrern oder Ärzten, ein Impuls zum Ausharren um jeden Preis, aber auch das Signal zum Verlassen unerträglicher Zustände sein kann (Müller U. et al. 2004).

In Trennungsphasen ereignen sich die meisten Tötungen von Frauen durch den ehemaligen Partner (Schweikert B. 2000), so dass diese Phasen neben der Phase der Schwangerschaft als Zeit der besonderen Gefährdung einzustufen sind (Hellbernd K. et al. 2004).

2.2 Historische Entwicklung des rechtlichen Gewaltverständnisses im familiären Bereich

Gewalt in der Familie war über Jahrhunderte hinweg gesellschaftlich akzeptiert, so dass Frauen und Kinder der Gewalt ihres Ehemanns bzw. Vaters bis ins 19. Jahrhundert hinein ohne das Recht sich zu wehren ausgeliefert waren.

Im römischen Recht hatte der Hausvater oder Ehemann die alleinige Herrschaftsgewalt über die Ehefrau und die Kinder. Er hatte prinzipiell das Recht seine Frau zu züchtigen, zu verstoßen, zu vergewaltigen und zu töten (Kaser M. et al. 2005).

1812 wurde in Preußen das Züchtigungsrecht des Ehemannes gegen die Ehefrau im Preußischen Allgemeinen Landrecht abgeschafft.

Das Bürgerliche Gesetzbuch (BGB) trat am 01.01.1900 in Kraft, damit fiel auch in Bayern das Züchtigungsrecht – es bestand bei Verstoß der Gehorsamspflicht der Ehefrau gegenüber dem Ehemann.

Gesellschaftspolitisch wurde das Thema „Gewalt in der Familie“ in Deutschland vor allem durch die feministische Frauenbewegung der siebziger Jahre publik gemacht.

Am 01.07.1997 wurde die Vergewaltigung in der Ehe als Straftat ins Strafgesetzbuch aufgenommen (Koch M. et al. 2003).

Das Recht von Kindern und Jugendlichen auf eine gewaltfreie Erziehung wurde am 08.11.2000 in § 1631 Abs. 2 BGB ausdrücklich festgeschrieben, indem jetzt

nicht mehr von „elterlicher Gewalt“, sondern „elterlicher Sorge“ gesprochen wird.

Seit dem 01.01.2002 ist bundesweit das Gewaltschutzgesetz in Kraft getreten und damit auch eine gesetzliche Grundlage für die Ächtung von Gewalt in der Partnerschaft geschaffen. Daraufhin wurde in Hamburg das Polizeigesetz geändert. Durch § 12a des Hamburgischen Gesetzes zum Schutz der öffentlichen Sicherheit und Ordnung (HamSOG) hat die Polizei nun eine Eingriffsbefugnis zur vorläufigen Regelung von Fällen häuslicher Gewalt. Gemäß dem Grundsatz „Wer schlägt, der geht“ ist die Polizei in Hamburg berechtigt, den Täter bei Vorliegen einer dringenden Gefahr für das Opfer einer Gewalttat sofort aus der Wohnung zu weisen und ein Betretungsverbot für bis zu zehn Tagen auszusprechen. Somit ist ein nahtloses Ineinandergreifen von Polizeirecht und zivilrechtlichen Schutzmöglichkeiten, durch sich dann ggf. anschließende richterliche Beschlüsse, gegeben (Koch M. et al. 2003).

2.3 Formen „häuslicher Gewalt“

„häusliche Gewalt“ lässt sich in fünf Grundtypen aufteilen (Anders S. et al. 2006, Brandau H. et al. 1997, Brückner M. 1998):

- körperliche Gewalt (z. B. Tritte, Schläge, Verletzungen mit scharfen Gegenständen, Knochenbrüche, Quetschungen bis hin zu Schusswunden und Tötungsdelikten);
- sexualisierte Gewalt (z. B. sexuelle Nötigung, Vergewaltigung, Zwang zur Prostitution oder Pornographie);
- psychische Gewalt (z. B. Drohungen, Demütigungen, das Erzeugen von Schuldgefühlen);
- ökonomische Gewalt (z. B. Zwang oder Verbot zu arbeiten, alleinige Verfügung über die gemeinsamen Ressourcen, Herstellung oder Aufrechterhaltung einer ökonomischen Abhängigkeit);
- soziale Gewalt (z. B. Isolation, Verbot sich mit Freunden zu treffen, Kontrolle der Telefonate oder Kontakte).

Kommt es zu häuslicher Gewalt, treten in der Regel mehrere oder alle Formen der oben aufgeführten Gewaltformen auf, so dass die isolierte Betrachtung vor allem der Theorie und Strukturierung dient.

2.4 Ausmaß „häuslicher Gewalt“

Erfahrungen aus Frauenhäusern und Beratungsstellen zeigen, dass jede Frau, unabhängig von Bildungsstand, Nationalität, Einkommen, Religion, Alter oder ethischer Zugehörigkeit, von häuslicher Gewalt betroffen sein kann. Opfer wie Täter gehören allen sozialen Schichten an (Brückner M. 1998).

Eine Ende 2004 veröffentlichte Studie des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) ergab in einer Befragung mit 10.264 Frauen, dass jede vierte Frau (25 %) im Alter von 16-85 Jahren, die in einer Partnerschaft gelebt hat, körperliche (23 %) oder – zum Teil zusätzlich – sexuelle (7 %) Übergriffe durch einen Beziehungspartner einmal oder mehrmals erlebt hat. Knapp ein Drittel (31 %) der Frauen mit Gewalterfahrungen gab an, im bisherigen Leben nur eine Gewaltsituation durch Partner erlebt zu haben, während 36 % zwei bis zehn Situationen und ein weiteres Drittel (33 %) mehr als zehn bis hin zu über 40 Situationen nannten (Müller U. et al. 2004).

Die Diagramme auf der folgenden Seite verdeutlichen, dass Opfer von körperlicher und sexueller Gewalt als Täter mit Abstand am häufigsten ihre Beziehungspartner erleben. Entsprechend gaben 71 % der Frauen, die körperlicher Gewalt erlitten, und 69 % der Frauen, die von sexueller Gewalt betroffen waren, als Tatort die eigene Wohnung an.

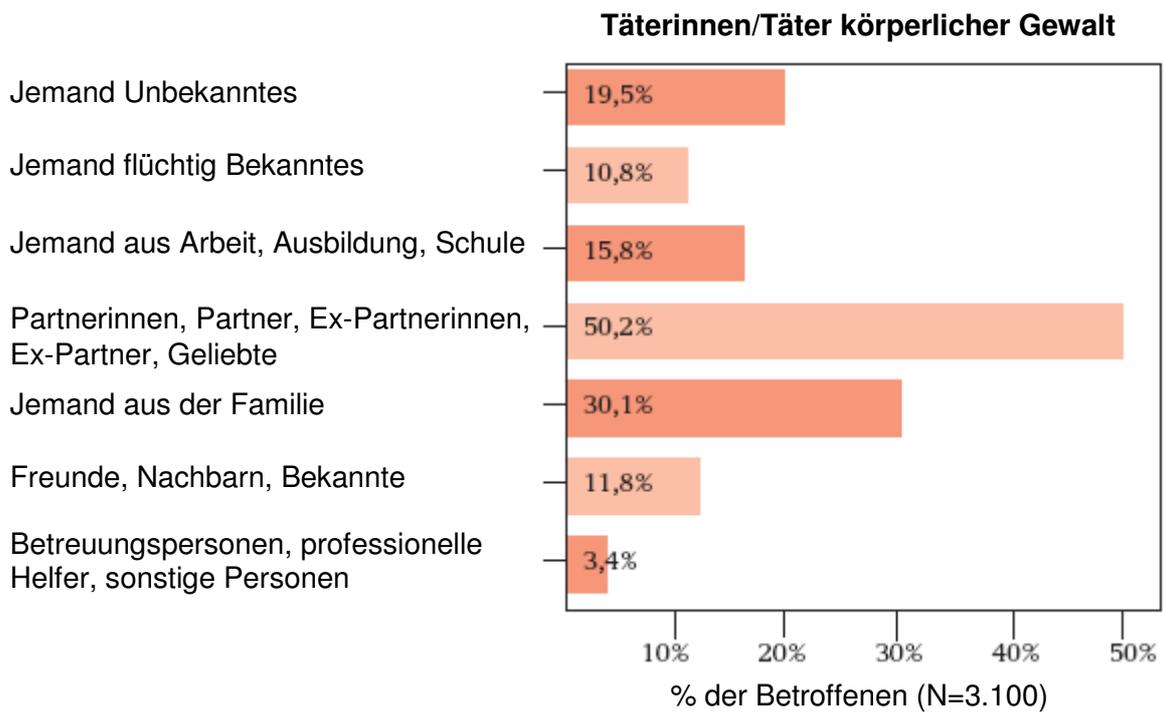


Abb. 1: Täterinnen und Täter bei körperlicher Gewalt; Mehrfachnennungen. Fallbasis: Alle Befragten (Frauen), die körperliche Gewalt erlebt und Angaben zu Täterinnen und Tätern gemacht haben.
Quelle: (Müller U./Schröttle M. et al. 2004).

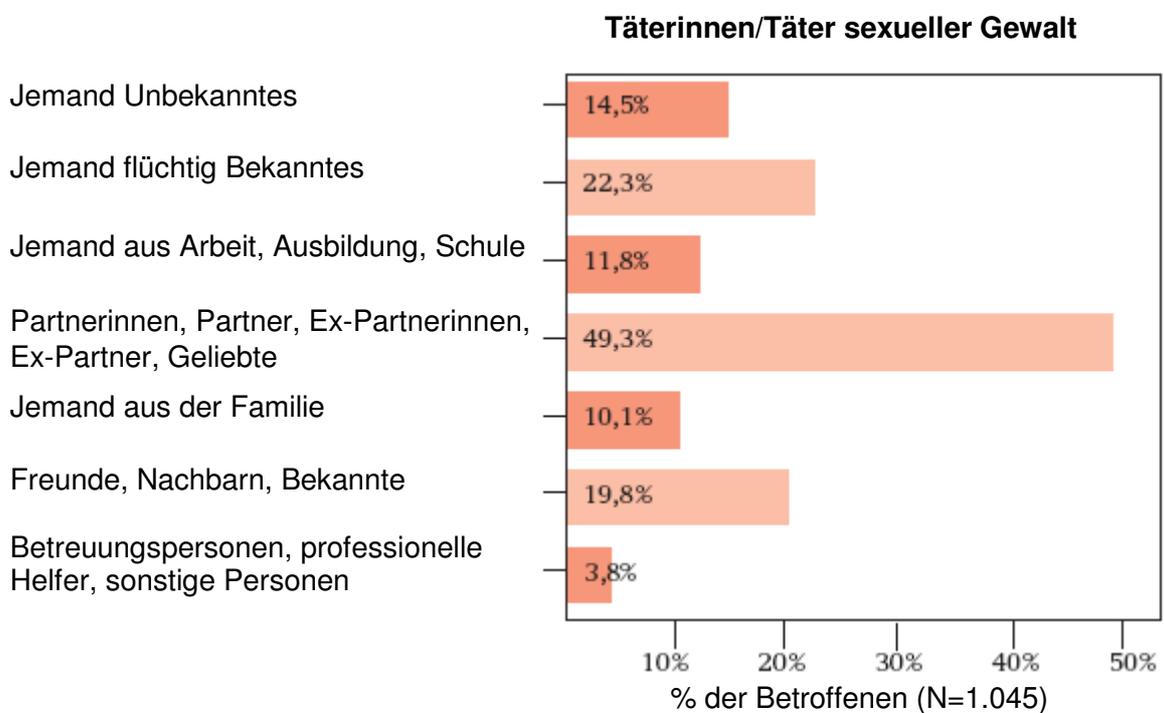


Abb. 2: Täterinnen und Täter bei sexueller Gewalt; Mehrfachnennungen. Fallbasis: Alle Frauen, die sexuelle Gewalt erlebt und Angaben zu Täterinnen und Tätern gemacht haben.
Quelle: (Müller U./Schröttle M. et al. 2004).

Eine geschlechterdifferenzierende Analyse der Täterinnen und Täter zeigt auf, dass alle Formen von Gewalt gegen Frauen in höherem Maße durch männliche als durch weibliche Täter verübt werden. So hatten von den Frauen, die körperliche Übergriffe erlebt haben, in den Täterlisten 10% ausschließlich weibliche, 71% ausschließlich männliche und 19% sowohl männliche, als auch weibliche Täterinnen und Täter genannt. Bei sexueller Gewalt wurden von 99% der Betroffenen ausschließlich männliche Täter genannt und nur von 1% der Frauen auch weibliche Täterinnen. Ein ähnliches Verhältnis ergibt sich bei sexueller Belästigung: In 97% der Fälle gingen die Belästigungen von männlichen Personen und in nur 2% der Fälle auch von weiblichen Personen aus (Müller U. et al. 2004).

Die Lebenszeitprävalenz von Gewalt in Paarbeziehungen liegt im europäischen Vergleich zwischen 10 % und 32 %, wobei die meisten europäischen Studien Werte zwischen 15 % und 26 % ausweisen. Lediglich eine finnische und eine schwedische Studie nennen Werte über 30 %. Insgesamt liegt Deutschland mit einer Gewaltprävalenz von 25 % bei körperlicher/sexueller Gewalt in Paarbeziehungen im mittleren bis oberen Bereich (Müller U. et al. 2004).

2.5 Gesundheitliche Folgen und Kosten „häuslicher Gewalt“

„häusliche Gewalt“ wirkt sich sowohl direkt – z. B. in Form von psychischen Folgen wie Persönlichkeitsstörungen oder physischen Folgen wie Knochenbrüchen – als auch indirekt durch Förderung gesundheitsgefährdenden Handelns – z. B. in Form gesteigerten Nikotin- oder Alkoholkonsums – auf die Gesundheit aus. Die Auswirkungen häuslicher Gewalt können sich zeitnah, aber auch langfristig entwickeln und reichen von direkten physischen und psychischen Folgen über psychosomatische Beschwerden bis hin zum Tod.

Im Rahmen des Welt-Entwicklungs-Berichtes (World Development Report) der Weltbank wird geschätzt, dass Frauen im reproduktionsfähigen Alter 5-16 % ihrer gesunden Lebensjahre aufgrund geschlechtsbezogener Gewalttaten einbüßen (Schmuel E. et al. 1998, WHO 1997).

Die folgende Tabelle gibt einen Überblick über gesundheitliche Folgen körperlicher Gewalt gegen Frauen und Mädchen:

Gesundheitliche Folgen von Gewalt gegen Frauen und Mädchen		
nicht-tödliche Folgen		tödliche Folgen
<p>Körperliche Folgen</p> <ul style="list-style-type: none"> - Verletzungen - Funktionelle Beeinträchtigungen - Dauerhafte Behinderungen <p>(Psycho-) somatische Folgen</p> <ul style="list-style-type: none"> - Chronische Schmerzsyndrome - Reizdarmsyndrom - Magen-Darm-Störungen - Harnwegsinfektionen - Atemwegsbeschwerden <p>Psychische Folgen</p> <ul style="list-style-type: none"> - Posttraumatische Belastungsstörung - Depression, Ängste, Schlafstörungen, Panikattacken - Essstörungen - Verlust von Selbstachtung und Selbstwertgefühl 	<p>Gesundheitsgefährdende (Überlebens-) Strategien</p> <ul style="list-style-type: none"> - Rauchen - Alkohol- und Drogenkonsum - Risikoreiches Sexualverhalten - selbstverletzendes Verhalten <p>Reproduktive Gesundheit</p> <ul style="list-style-type: none"> - Eileiter- und Eierstockentzündungen - sexuell übertragbare Krankheiten - ungewollte Schwangerschaften - Schwangerschaftskomplikationen - Fehlgeburten/niedriges Geburtsgewicht 	<ul style="list-style-type: none"> - tödliche Verletzungen - Mord - Suizid

Abb. 3: Gesundheitliche Folgen häuslicher Gewalt

Quelle: (CHANGE 1999) übersetzt und modifiziert von Hellbernd K. et al. 2004

Der von der WHO veröffentlichte internationale Bericht zu Gewalt und Gesundheit (Krug E. G. et al. 2002) resümiert auf Grundlage von Ergebnissen verschiedener Studien, dass:

- die Auswirkungen der Misshandlung länger andauern können, auch wenn die Misshandlung selbst bereits beendet wurde;
- sich die Wirkung auf die physische und mentale Gesundheit der Frauen mit der Schwere der Misshandlung verstärkt;
- verschiedene Gewaltformen und multiple Gewaltepisoden im zeitlichen Verlauf kumulativ wirken.

Die Kosten häuslicher Gewalt und ihrer Folgen zu ermitteln wird seit ca. zehn Jahren in unterschiedlichen Ländern versucht. Erwartungsgemäß gestaltet sich dieses Vorhaben wegen der Komplexität des Themas jedoch als schwierig. Der individuelle Schaden für das Opfer, der durch erlittene Schmerzen, Demütigung und Verlust an Lebensfreude und Lebenszeit entsteht, ist nicht objektivierbar. Gesellschaftliche Kosten entstehen im sozialen und juristischen Bereich, sowie im Gesundheits- und Bildungssektor. Weitere volkswirtschaftliche Verluste treten im Erwerbsleben und auf Grund von Arbeitsunfähigkeit, Arbeitslosigkeit und Frühberentung auf (Kavemann B. 2000, Krug E. G. et al. 2002):

- Eine Schweizer Studie beziffert die jährlichen Folgekosten von häuslicher Gewalt unter Einbeziehung der Kosten in den Bereichen Polizei, Gericht, Strafvollzug, Gesundheitsversorgung, Sozialhilfe, Opferhilfe und Zufluchtseinrichtungen auf 400 Mio. CHF (Godenzi A. et al. 1998).
- Laut einer finnischen Studie werden allein für den Gesundheitssektor jährlich 40 Mio. FIM (= 6,8 Mio. Euro) an Kosten berechnet (Hellbernd K. et al. 2004).
- In den USA liegen die jährlichen Versorgungskosten von Patientinnen mit Gewalterfahrungen 1775 U.S. \$ höher als die Kosten von Patientinnen ohne Gewalterfahrungen (Wisner C. et al. 1999)

Laut Wisner et al. lassen sich die Folgekosten häuslicher Gewalt durch frühes Erkennen und adäquates Behandeln auf lange Sicht vermutlich senken.

2.6 Der Umgang mit „häuslicher Gewalt“ im Gesundheitswesen

Studien zum Umgang mit häuslicher Gewalt im Gesundheitswesen wurden vor allem in den USA durchgeführt.

So zeigte sich, dass 18 von 21 Frauen, die an einer Gruppentherapie wegen häuslicher Gewalt teilnahmen, im vergangenen Jahr bei ihrem Hausarzt waren. Nur jede dritte sprach mit ihrem Arzt über die häuslichen Misshandlungen. Das Thema wurde von ihnen vor allem dann angesprochen, wenn sie das Gefühl hatten, der Arzt würde sich ihrer annehmen, vor allem dann, wenn der Arzt eine beschützende Haltung einnahm und einen weiteren Besuch anbot (McCauley J. et al. 1998).

In einer weiteren Studie wurden betroffene Frauen nach ihren Erfahrungen mit Ärzten befragt: 68 % der Frauen konnten ihrem Arzt von den Misshandlungen berichten, allerdings nur 12 % der Opfer gaben an, von ihrem Arzt danach gefragt worden zu sein. Alle Frauen empfänden es als hilfreich, wenn ihre Ärzte Informationen über kommunale und rechtliche Anlaufstellen zur Verfügung stellen würden oder ihnen bei der Schutzsuche behilflich wären (Caralis P. V. et al. 1997).

Bei Befragungen von Ärzten fiel auf, dass 50 % der Ärztinnen und Ärzte das Vorkommen von häuslicher Gewalt unter den Patientinnen mit < 1 % angaben, 10 % hatten noch nie einen Fall von häuslicher Gewalt aufgedeckt. Allen befragten Ärzten war es weniger unangenehm, nach Rauchen oder Alkoholkonsum zu fragen als nach Gewalt durch den Partner, und 45 % der befragten Ärzte fragten nie oder selten gezielt nach Gewalt in der Partnerschaft, wenn Sie Verletzungen behandelten (Sugg N. K. et al. 1999).

Von den Ärzten wurde das Ansprechen häuslicher Gewalt als das „Öffnen von Pandoras Kiste“ empfunden, sie fürchteten die Offenbarung und fühlten sich unwohl, ohnmächtig und unter Zeitdruck (Sugg N. K. et al. 1992).

Eine Untersuchung im mittleren Westen der USA unter Ärzten der Primärversorgung zeigte, dass 96 % der Meinung waren, es müsse mehr für die Schulung von Medizinern zum Thema Gewalt getan werden, und 94 % gaben an, dass „häusliche Gewalt“ Thema in der medizinischen Ausbildung sein sollte. Allerdings gaben knapp 50 % an, dass sie nicht an einem Informations- und Diskussionsforum zu häuslicher Gewalt teilnehmen würden – ein Widerspruch wenn 96 % finden, dass mehr für die Schulung getan werden sollte (Reid S. A. et al. 1997).

Insgesamt konnten zu dem Thema vor allem Studien aus dem angloamerikanischen Raum gefunden werden. Über die subjektiven Ansichten und Wahrnehmungen von Hausärzten in Deutschland zu diesem Thema ist bis jetzt wenig bekannt. Eine derartige Untersuchung, bei der anhand von problemzentrierten Interviews speziell die Tiefe der Problematik des Themas „häusliche Gewalt“ aus Sicht von Hausärzten untersucht werden soll, wurde bis jetzt noch nicht durchgeführt. Deshalb kann man sich von dieser Untersuchung neue und genauere Einblicke in das Erleben der Hausärzte bzgl. des Themas erhoffen. Gerade dieses Verständnis kann helfen, die derzeitige Versorgungssituation von Opfern häuslicher Gewalt zu verbessern.

3.0 MATERIAL UND METHODEN

Ausgehend von der in Kapitel 1 entwickelten Fragestellung, bei der ein Gegenstand (die „häusliche Gewalt“) in einem besonderen Kontext (der „Rolle in der hausärztlichen Praxis“) aus der Sichtweise bestimmter Subjekte („den Hausärzten“) untersucht werden soll, bieten sich qualitative Methoden besonders an, die einzelnen Fälle in ihren Besonderheiten darzustellen, auszuwerten, zu vergleichen und zu diskutieren.

Ziel qualitativer Forschung ist weniger, Bekanntes (etwa bereits vorab formulierte Theorien) zu überprüfen, als vielmehr Neues zu entdecken und empirisch begründete Theorien zu entwickeln (Flick U. 2002, S. 18).

Quantitative Methoden schließen sich für die Untersuchung der Fragestellung von vornherein aus, da Aussagen über den Durchschnitt und die Abweichung von zuvor operationalisierten Merkmalsausprägungen nicht im Interesse der Fragestellung liegen. Zudem sollen Merkmalsausprägungen erst herausgefunden und konkretisiert werden, weshalb sie zum jetzigen Zeitpunkt nicht operationalisiert werden können.

Im Folgenden sollen die Grundzüge qualitativer Forschung charakterisiert werden, um damit zu untermauern, weshalb sie sich besonders für die Fragestellung dieses Arbeitsvorhabens eignen (→ Kapitel 3.1). Im Weiteren soll die Charakterisierung des problemzentrierten Interviews, und die Entwicklung des Leitfadens und des Kurzfragebogens erläutert werden (→ Kapitel 3.2 und 3.3). Weiterhin wird die Auswahl der Ärzte und das praktische Vorgehen (→ Kapitel 3.4) beschrieben. Letztlich werden die qualitative Inhaltsanalyse charakterisiert (→ Kapitel 3.5) und das Vorgehen bei der Auswertung geschildert (→ Kapitel 3.6).

3.1 Charakterisierung der Grundzüge qualitativer Forschung

Quantitative Forschung versucht die subjektive Sichtweise derer, die untersucht werden, durch zuvor entwickelte Antwortmöglichkeiten zu quantifizieren. So bleiben neue Aspekte, die zuvor nicht bedacht wurden, unentdeckt. Während quantitative Forschung Untersuchungsobjekte isoliert betrachtet und die

subjektive Sichtweise des Untersuchers bei der Versuchsdurchführung weitestgehend ausblendet, ist qualitative Forschung geradezu bemüht, den Gegenstand in seinem alltäglichen Kontext unter Einbeziehung subjektiver Sichtweisen – besonders jener des Untersuchten, aber auch der des Untersuchers – zu belassen und damit in seiner Ganzheit und Komplexität zu erfassen (Flick U. 1995, S. 14). Auch Beziehungen bzw. Interaktionen zwischen dem Forschungsgegenstand, dem Kontext der untersuchten Subjekte und dem einzelnen Untersucher sind ihr dabei von Bedeutung und werden in den Erkenntnisprozess integriert. Qualitative Forschung geht vom Gegenstand aus und nicht von einer Theorie und Methode. Dies meint, dass die Untersuchungsmethode dem Gegenstand angepasst wird, es besteht also die Auswahl zwischen einer Vielzahl von Methoden, die jede durch Veränderungsmöglichkeiten eine Variationsbreite besitzt. Bei der quantitativen Forschung hingegen wird ausgehend von der Methode ein Fragebogen mit vorgefertigten Antworten entwickelt, so dass die Methode im Vordergrund steht.

Drei wesentliche Kennzeichen qualitativer Forschung sind:

- die Gegenstandsangemessenheit von Methoden und Theorien,
- die Berücksichtigung und Analyse unterschiedlicher Perspektiven, was bedeutet, dass an den subjektiven Bedeutungen, die mit dem Gegenstand verknüpft sind, angesetzt wird und schließlich
- die Reflexion des Forschers über die Forschung als Teil der Erkenntnis (Flick U. 1995, S. 13)

Unter der Gegenstandsangemessenheit von Methoden und Theorien wird die Ausrichtung der Methode am Gegenstand (und nicht umgekehrt) verstanden. Dies betrifft sowohl den Ausgangspunkt der Forschung als auch den gesamten Prozess, wodurch sich eine permanente Reflexion des gesamten Vorgehens und seiner Teilabschnitte ergibt und zur „Zirkularität des Forschungsprozesses“ führt (Flick U. 1995, S. 61).

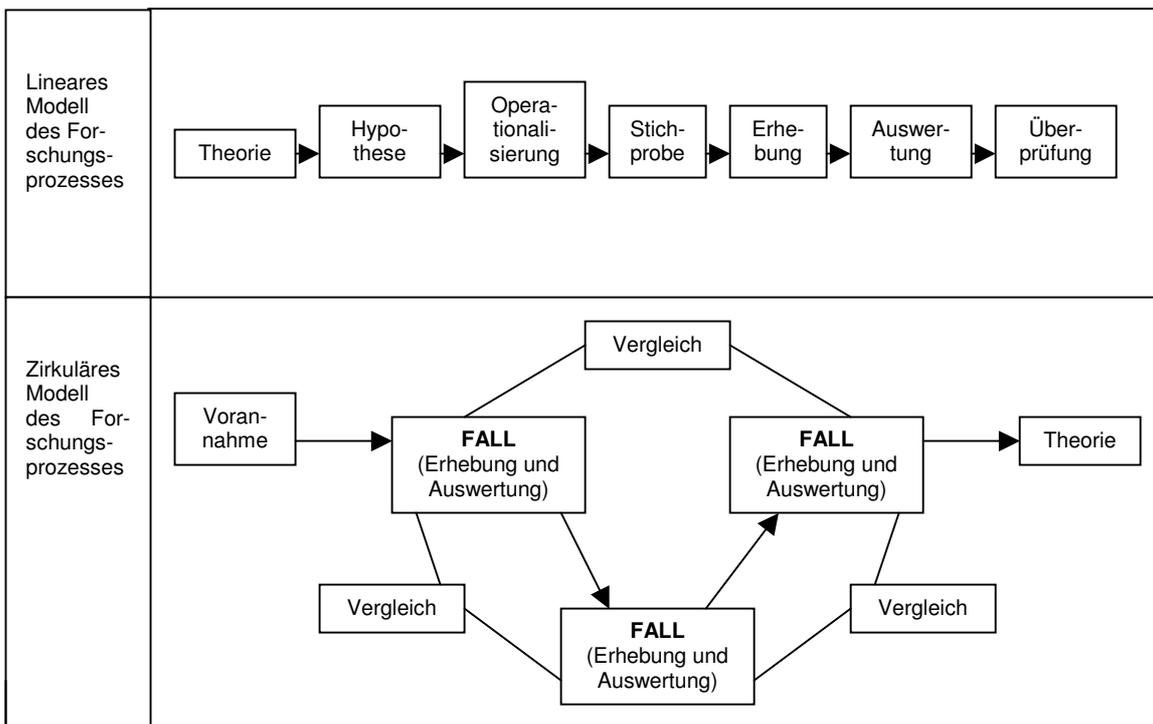


Abb. 4 Prozessmodelle nach Flick (Flick 1995, S. 61)

Die Reflexivität des Untersuchers beinhaltet auch, dass seine Subjektivität den Forschungsprozess und damit den Erkenntnisgewinn erheblich beeinflussen kann. Dieses gilt im Prinzip auch für quantitative Forschung, wird dort aber im Forschungsprozess nicht als aktives Steuerelement benutzt. Der Untersucher sollte sich dessen bewusst sein und sich daher möglichst reflexiv verhalten, was einer dem Gegenstand in seinem speziellen Kontext und dem Forschungs-subjekt entgegen gebrachten relativen Unvoreingenommenheit und Offenheit, sowie einer sich selbst gegenüber kritischen Haltung entspricht.

Zur Berücksichtigung und Analyse unterschiedlicher Perspektiven lässt sich sagen, dass qualitative Forschung die Unterschiedlichkeit der Perspektiven auf den Gegenstand verdeutlicht und an den subjektiven Bedeutungen, die mit ihm verknüpft sind, ansetzt. Sie untersucht Wissen und Handeln der Beteiligten aus deren Aussagen heraus. Zusammenhänge werden im konkreten Kontext des einzelnen Falls beschrieben und aus ihm heraus erklärt (Flick U. 1995, S. 15). Die Anwendung klassischer Gütekriterien auf qualitative Forschung wird in Frage gestellt, da „das Wirklichkeitsverständnis“ der qualitativen und der quantitativen Forschungsrichtung „zu unterschiedlich“ ist (Lüders C. et al. 1986, Flick U. 2002, S. 97), so dass qualitative Forschung „methodenangemessene Kriterien“ an Stelle von Kriterien wie Objektivität, Reliabilität und Validität für

sich beansprucht (Flick U. 2002, S. 330). Dabei lassen sich folgende Gütekriterien anwenden:

Unter *Triangulation* wird die Kombination verschiedener Methoden, verschiedener Untersucher, Untersuchungsgruppen, lokaler und zeitlicher Settings, sowie unterschiedlicher theoretischer Perspektiven in der Auseinandersetzung mit einem Phänomen verstanden (Flick U. 2002, S. 330). Triangulation ist nicht etwa eine Strategie der Validierung, sondern stellt eine Alternative zur Validierung der Ergebnisse und Vorgehensweisen, die sowohl Breite, Tiefe als auch Konsequenz im methodischen Vorgehen erhöht (Flick U. 2002, S. 332).

Analytische Induktion ist eine Methode systematisierter Ereignisinterpretation, die den Prozess der Genese sowie die Prüfung von Hypothesen umfasst (Flick U. 2002, S. 332). So wird eine hypothetische Erklärung eines Phänomens formuliert und so lange an einzelnen Fällen überprüft und anhand von abweichenden Fällen umformuliert, bis eine universelle Beziehung etabliert wird, die jedoch nur so lange Gültigkeit besitzt, bis ein weiterer abweichender Fall auftritt.

Zu alternativen Kriterien werden *Vertrauenswürdigkeit*, *Glaubwürdigkeit*, *Übertragbarkeit*, *Zuverlässigkeit* und *Bestätigbarkeit* gezählt (Flick U. 2002, S. 334). Für die Einhaltung dieser alternativen Kriterien ist für jedes Kriterium eine Reihe von Strategien entwickelt worden, die hier im Einzelnen allerdings nicht näher dargestellt werden, da sie im weiteren Verlauf der Arbeit nicht bedeutsam sind.

3.2 Auswahl und Charakterisierung der Interviewmethode

Die Sammlung von verbalen Daten wird in der qualitativen Forschung in drei wesentliche Gruppen gegliedert:

- Leitfaden-Interviews (fokussiertes, halbstandardisiertes, problem-zentriertes, ethnographisches und Experteninterview),
- Erzählung als Zugang (narratives und episodische Interview) und
- Gruppenverfahren (Gruppendiskussion und gemeinsames Erzählen).

„Erzählung als Zugang“ schien von vornherein kein geeignetes Verfahren zu sein, um Hausärzte zu interviewen. Diese Verfahren werden vor allem für die biographische Forschung genutzt, da die untersuchten Personen in dem Fall gut erzählen können, was in ihren Augen Relevanz besitzt. Im Falle von Hausärzten schien es sinnvoll, Erzählanreize in Form von Fragen zu bieten, da anzunehmen war, dass sich viele Ärzte noch nicht so ausführlich mit dem Thema befasst hatten.

Unter den Gruppenverfahren schien zunächst die Gruppendiskussion interessant zu sein. Sie dient zur Erforschung von Meinungen und Einstellungen zu einem bestimmten Thema. Da selbständig tätige Hausärzte jedoch, bedingt durch individuelle Sprechzeiten, Hausbesuche und zum Teil zusätzliche ehrenamtliche Tätigkeiten, wenig Zeit haben, erschien es fraglich, ob diese Diskussion mit geringen finanziellen Mitteln durchführbar gewesen wäre, zumal sie ohnehin nur den Interviews vorgeschaltet worden wäre.

Schnell zeigte sich, dass eine Methode benötigt wurde, die sich zeitlich steuern und begrenzen lässt, und dass es möglich sein musste, die Interviews in den Praxen der Ärzte durchzuführen. Nur so konnte der Zugang zum Feld ausreichend gewährleistet werden. Demnach schienen Leitfaden-Interviews die passende Methode darzustellen, weil sie praktisch umzusetzen waren und trotzdem – bedingt durch die ständige Modifizierung des Leitfadens – keine inhaltlichen Einbußen zu erwarten waren (Flick U. 2002, S. 117-191).

Vor Beginn der Arbeit war die Anwendung eines halbstandardisierten Interviews geplant. Im Planungsprozess stellte sich jedoch heraus, dass diese Interviewform eher ungeeignet erschien, da mit jedem Arzt zwei Treffen notwendig gewesen wären um das Interview noch einmal zu besprechen. Zudem ist die Methode für Fragestellungen, die sich auf biographische Verläufe oder auf unbewusste Anteile des Handelns richten, ungeeignet (Flick U. 1995 S. 105). Deshalb erschien diese Methode auch inhaltlich nicht optimal zu sein.

Gemäß den Grundsätzen qualitativer Forschung, wonach die Methode an den Gegenstand angepasst wird, fiel die Wahl auf das problemzentrierte Interview. Es ist dadurch gekennzeichnet, dass anhand eines Leitfadens – bestehend aus konkreten Fragen und Erzählanreizen – gesellschaftlich oder biographisch

relevante Probleme thematisiert werden. Kennzeichnend für diese Methoden sind drei zentrale Kriterien (Flick U. 2002, S. 135):

- Problemzentrierung, d. h. „die Orientierung des Forschers an einer relevanten gesellschaftlichen Problemstellung“;
- Gegenstandsorientierung, d. h., dass die Methoden am Gegenstand orientiert entwickelt bzw. modifiziert werden sollen;
- Prozessorientierung bezogen auf den Forschungsprozess und das Gegenstandsverständnis, d. h. dass während des gesamten Forschungsprozesses die Methoden und das eigene Wirklichkeitsverständnis dauerhaft auf Angemessenheit und Aktualität geprüft werden müssen, um ggf. modifiziert zu werden (Flick U. 2002, S. 135).

Da das zentrale Thema dieser Arbeit – die „häusliche Gewalt“ – zweifelsohne ein relevantes gesellschaftliches Problem darstellt, fiel die Entscheidung letztendlich auf diese Interviewform. Aufgebaut ist das problemzentrierte Interview aus vier Teilen:

- Einem vor- oder nachgeschalteten Kurzfragebogen, in dem Aspekte abgefragt werden, die für die Themen des eigentlichen Interviews weniger relevant sind. Sie dienen der Einordnung und Strukturierung des Materials;
- Dem Leitfaden, der vor allem dazu dient bei stockendem Gespräch bzw. bei unergiebigem Thematisieren dem Interview eine neue Wendung zu geben. Er dient gewissermaßen als eine Art Strukturierungsinstrument.
- Der Tonbandaufzeichnung, die mittlerweile als Dokumentationsmethode der Wahl angesehen wird.
- Dem Postskriptum (= Interviewprotokoll), in dem der Interviewer im Anschluss an das Interview seine Eindrücke über den Ablauf, die Situation, den Interviewpartner, das eigene Verhalten, äußere Einflüsse und den Ort des Interviews in schriftlicher Form festhält.

Dieses Vorgehen soll dazu dienen, für den Fall, dass dies zur Interpretation notwendig ist, gewisse Aussagen aus den Interviews im Kontext der Situation zu betrachten (Flick U. 2002, S. 135-138).

Probleme bei der Durchführung können sich durch einen unsystematischen Wechsel von Erzählung zu Frage-Antwort-Schema und einer sich daraus entwickelnden unsystematischen Verbindung unterschiedlicher „Teilelemente“

ergeben (Flick U. 2002, S. 190/191). Um diese Problematik möglichst gering zu halten, wurde sowohl während als auch nach den Interviews ein besonderes Augenmerk auf diesen Punkt gelegt, so dass durch den bewussten Umgang mit der Problematik diese nach wenigen Interviews kaum noch eine Rolle spielte. Erzählungen eröffnen gegenüber Frage-Antwort-Schemata einen umfassenderen und in sich strukturierten Zugang zur Erfahrungswelt des Interviewpartners. Eine Erzählung wird dabei folgendermaßen charakterisiert: Es wird zunächst die Ausgangssituation geschildert. Daraufhin werden aus der Fülle der Erfahrungen die für die Erzählung relevanten Ereignisse ausgewählt und als zusammenhängender Fortgang von Ereignissen dargestellt. Letztendlich folgt die Darstellung der Situation am Ende der Entwicklung (Flick U. 1995, S. 115).

3.3 Entwicklung des Kurzfragebogens und des Leitfadens

Der Kurzfragebogen beinhaltet soziodemographische Angaben. So wurde folgender Kurzfragebogen entwickelt, der im Forschungsprozess durch die kursiv gedruckten Fragen ergänzt wurden:

Kurzfragebogen:

1) Bitte geben Sie ihr Geschlecht an:	<input type="radio"/> männlich	<input type="radio"/> weiblich
2) Wie lange arbeiten Sie als Hausarzt in einer Praxis? _____ Jahre		
3) Um in etwa die Größe Ihrer Praxis einschätzen zu können, geben Sie uns bitte an, wie viel Scheine pro Quartal Sie ungefähr haben!		
_____ Scheine pro Quartal		
4) In welcher Form der Praxis sind Sie tätig?	<input type="radio"/> Gemeinschaftspraxis	
	<input type="radio"/> Praxisgemeinschaft	
	<input type="radio"/> ich bin allein tätig	
5) <i>Wie alt sind Sie?</i> _____ Jahre		
6) <i>Haben sie außer Ihrer Arztausbildung eine weitere Berufsausbildung gemacht, und wenn ja, wann und welche?</i> _____		

Die Ergänzung des Fragebogens ist gemäß der Prozessorientierung Teil der Interviewmethode und somit erwünscht.

In die Ausarbeitung des Leitfadens flossen Themen ein, die nach eigener Vorstellung und bedingt durch bestehende Literatur als wichtig empfunden wurden. Da in zwei Berliner Bezirken bereits eine quantitative Untersuchung von Ärzten zu dem Thema stattgefunden hat (Mark H. 2000), konnte der in dieser Untersuchung verwendete Fragebogen als Anregung dienen. Der Leitfaden wurde in seiner Erstversion wie folgt ausgearbeitet:

Leitfaden zum Thema „häusliche Gewalt in der hausärztlichen Praxis“

EINSTIEGSFRAGE

- Was verstehen Sie unter dem Begriff „häusliche Gewalt“?

WAHRNEHMUNG

- Wie häufig kommen Sie mit häuslicher Gewalt in Kontakt?
- Welche Formen von häuslicher Gewalt sind vorherrschend?
- Wie viele Fälle erinnern Sie konkret?
- Wie häufig vermuten Sie bei Patienten „häusliche Gewalt“?

SYMPTOME

- Wann werden Sie „hellhörig“?

ANSPRECHEN/HINDERNISSE

- Wer spricht das Thema an?
- Wie wird es angesprochen?
- Wie sind die Reaktionen? Welche Erfahrungen haben Sie gemacht?
- Welche Rolle spielt der Faktor Zeit?
- Wie sicher/unsicher fühlen Sie sich im Umgang mit dem Thema?
Warum?
- Sprachliche/kulturelle Problem? Wie werden sie gelöst?

MAßNAHMEN/DOKUMENTATION

- Ab wann wird dokumentiert?
- Wie wird dokumentiert?
- Würde Ihnen ein standardisierter Fragebogen zur Dokumentation von physischer Gewalt helfen?
- Überweisung zum Psychotherapeuten?
- Polizei/Frauenhaus/Rechtsberatung/Partnerberatung?

EIGENER HANDLUNGSSPIELRAUM

- Inwieweit denken Sie, dass Sie für das Opfer eine Hilfe darstellen können?
- Sehen Sie sich selbst eher als Vermittler oder können Sie sich auch vorstellen, selbst aktiv zu werden?

EINRICHTUNGEN/INFOMATERIAL

- Fühlen Sie sich selbst ausreichend über das Thema informiert?
- Haben Sie Infomaterial in der Praxis, würde es Ihnen helfen, welches zu haben?
- Denken Sie, dass Sie genügend Einrichtungen kennen, um Opfer richtig zu vermitteln?

VERBESSERUNGSVORSCHLÄGE

- Wie groß ist der Bedarf an Fortbildung?

Gibt es noch einen Bereich/ein Thema, über das bis jetzt nicht gesprochen wurde?

Vielen Dank für das Gespräch!!!

Gemäß der Prozessorientierung und der Problemorientierung, die in qualitativen Forschungsprozessen gefordert wird, wurde der Leitfaden im Verlauf modifiziert, so dass er nach 14 Interviews stark ergänzt vorlag:

Leitfaden zum Thema „häusliche Gewalt in der hausärztlichen Praxis“

EINSTIEGSFRAGE

- Was verstehen Sie unter dem Begriff „häusliche Gewalt“? Wie würden Sie ihn definieren?

WAHRNEHMUNG

- Wie häufig kommen Sie mit häuslicher Gewalt in Kontakt?
- Welche Formen von häuslicher Gewalt sind vorherrschend?
- Wie viele Fälle erinnern Sie konkret? Wie viele schätzen Sie pro Jahr?
- Wie häufig vermuten Sie bei Patienten „häusliche Gewalt“?
- Kommt es auch vor, dass es Patienten leichter fällt, über zurückliegende Gewalt zu sprechen? Wie gehen Sie damit um?
- Welche Rolle spielt das Thema sexuelle Gewalt?
- Kommen auch Täter zu Ihnen, um sich behandeln zu lassen?

SYMPTOME

- Wann werden Sie „hellhörig“?

ANSPRECHEN/HINDERNISSE

- Wer spricht das Thema an?
- Wie wird es angesprochen?
- Wie sind die Reaktionen? Welche Erfahrungen haben Sie gemacht?
- Was sind Ihrer Meinung nach Hindernisse bei der Ansprache des Themas?
- Welche Rolle spielt Ihre Tagesform?
- Welche Rolle spielt der Faktor Zeit?
- Spielt die Zeit eine andere Rolle, wenn es ums Ansprechen geht, als wenn es um die Betreuung des Patienten geht, also die Ansprache schon geschehen ist?
- Wie sehen Sie die Arzt-Patienten-Beziehung in so einem Fall? Ist es für Sie normal, misstrauisch zu sein oder zu ahnen, dass der Patient nicht sagt, was er hat?
- Ist es möglich, extra Gesprächstermine zu machen?
- „häusliche Gewalt“ unter Drogenpatienten in WG's: Sucht als Druckmittel?
- Wie sicher/unsicher fühlen Sie sich im Umgang mit dem Thema? Warum?
- Sprachliche/kulturelle Problem? Wie werden sie gelöst?

MAßNAHMEN/DOKUMENTATION

- Warum dokumentieren Sie?
- Ab wann wird dokumentiert?
- Wie wird dokumentiert?
- Würde Ihnen ein standardisierter Fragebogen zur Dokumentation von physischer Gewalt helfen?
- Überweisung zum Psychotherapeuten?
- Können Sie die Patienten problemlos vermitteln? (Wer zu wem?)
- Welche Erfahrungen haben Sie bei der Kooperation gemacht?
- Polizei/Frauenhaus/Rechtsberatung/Partnerberatung?
- Stichwort: medikamentöse Therapie! Machen Sie davon Gebrauch, wie stehen Sie dazu?

- Gibt es auch Versuche, Probleme in den Räumen der Praxis zu lösen?
Stichwort: Behandlung mehrerer Familienmitglieder!
- Wie ist es dazu gekommen, dass Sie das Thema für wichtig erachten?
Warum engagieren Sie sich für diese Patienten?

EIGENER HANDLUNGSSPIELRAUM

- Inwieweit denken Sie, dass Sie für das Opfer eine Hilfe darstellen können?
- Sehen Sie sich selbst eher als Vermittler, oder können Sie sich auch vorstellen, selbst aktiv zu werden?

EINRICHTUNGEN/INFOMATERIAL

- Fühlen Sie sich selbst ausreichend über das Thema informiert? Wie haben Sie Ihr Wissen zum Thema erlangt?
- Haben Sie Infomaterial in der Praxis, würde es Ihnen helfen welches zu haben?
- Denken Sie, dass sie genügend Einrichtungen kennen, um Opfer richtig zu vermitteln?

VERBESSERUNGSVORSCHLÄGE

- Wie groß ist der Bedarf an Fortbildung?
- Aufnahme ins Studium?
- Ordner/Flyer? Was müssten sie beinhalten?
- Polizeisystem ausbauen?

Gibt es noch einen Bereich/ein Thema, über das bis jetzt nicht gesprochen wurde?

Vielen Dank für das Gespräch!!!

3.4 Auswahl der Hausärzte und praktisches Vorgehen bei der Datenerhebung

Unter diesem Punkt wird zum einen der Ablauf des Forschungsprozesses im Ganzen und damit verbunden auch die Auswahl der Ärzte, und zum anderen das Vorgehen vor, während und nach den einzelnen Interviews beschrieben werden.

Um Zugang zum Feld zu erhalten, wurden Art und Ziele der Studie auf einem Koordinationstreffen der Lehrkräfte des Instituts für Allgemeinmedizin der Universität Hamburg vorgestellt. Bei Interesse hatten die Ärzte und Ärztinnen im Anschluss die Möglichkeit, sich in eine Liste einzutragen. So wurde bereits eine Selektion vorgenommen, indem eine Liste mit Ärzten entstand, die zumindest Interesse am Thema „häusliche Gewalt“ zeigten. Diese Entscheidung erwies sich im Nachhinein als sinnvoll, da ein Probeinterview mit einem Arzt, der dem Thema nach eigenen Angaben eher abgeneigt war, auffällig unergiebig war.

Es stellte sich im Forschungsprozess immer wieder heraus, dass die Ärzte, die Interesse hatten – unabhängig von ihrem Wissensstand – auch inhaltlich mehr neue Aspekte ansprachen und somit zu mehr Bewegung im Forschungsprozess beitrugen.

Aus dem Pool dieser Ärzte wurden zehn Personen ausgewählt, wobei darauf geachtet wurde, dass Männer und Frauen in ungefähr gleicher Anzahl beteiligt waren. Zusätzlich sollten die Standorte der Praxen möglichst breit über das Hamburger Stadtgebiet verteilt sein, um so zu gewährleisten, dass nicht nur die Probleme eines oder weniger Stadtteile erfasst werden. Diesen zehn Ärzten wurde ein kurzes, erläuterndes Erinnerungsschreiben zugeschickt, in der Annahme, dass die Teilnahmebereitschaft dadurch ansteigt. In den folgenden Wochen wurden Termine zur Durchführung der Interviews vereinbart. Nach der Durchführung dieser zehn Interviews zeigte sich, dass noch keine Sättigung – fehlende Ansprache neuer Aspekte – erreicht war. Deshalb suchten wir weitere zehn Ärzte aus dem oben genannten Pool nach den selben Kriterien der ersten Gruppe aus und schrieben sie an. Nach dem 14. Interview ergaben sich erste Anhaltspunkte für einen Sättigungsprozess. Daraufhin wurden noch fünf weitere Interviews durchgeführt, in denen sich bestätigte, dass keine weiteren relevanten Aspekte zur Ansprache kamen. Damit wurde der Teil der Datenerhebung für beendet erklärt (→ Prozessorientierung). Die folgende Graphik verdeutlicht die Standorte der Praxen:

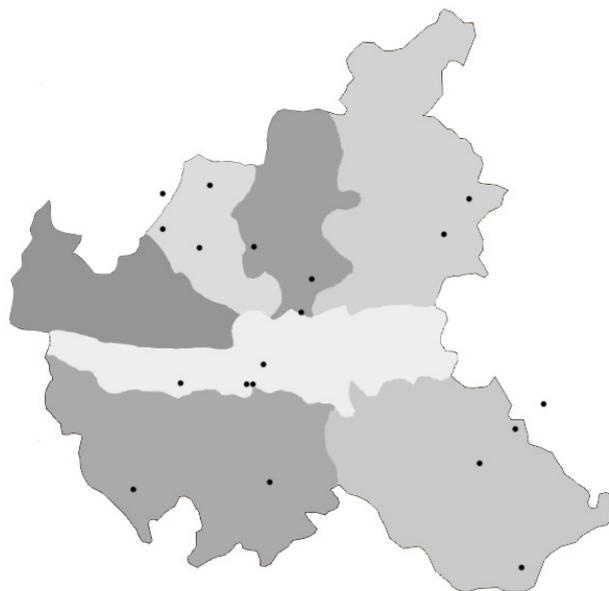


Abb. 5: Umrisskarte Hamburg: die schwarzen Punkte stellen die Standorte der 19 Praxen dar

Die einzelnen Interviews verliefen nach folgendem Schema: Zunächst wurde telefonisch ein Interviewtermin in der Praxis des Arztes vereinbart. Die Zeit der Anfahrt konnte genutzt werden, um wesentliche Themen des Interviews noch einmal zu durchdenken und so während des Interviews nicht so sehr auf den Leitfaden angewiesen zu sein. Das hatte den Vorteil, dass mehr auf die Herstellung einer ungezwungenen, unverkrampften Situation hingewirkt und Gestik und Mimik des Interviewpartners beachtet werden konnten. Vor Beginn des Interviews erfolgte eine kurze Vorstellung der Studie und der Untersucherin, um eine möglichst große Vertrauensbasis zu schaffen. Daraufhin folgte das Interview, welches auf einen Kassettenrekorder aufgenommen wurde. Im Anschluss wurde der Kurzfragebogen bearbeitet. Diese Reihenfolge wurde so festgelegt, da davon ausgegangen wurde, dass Ärzte – bedingt durch einen gewissen Zeitdruck – eher dazu neigen würden, kurz und knapp zu antworten. Um die erzählenden Momente, aus denen man sich Neues erhoffte, auf Seite der Ärzte zu fördern, wurde der Kurzfragebogen im Anschluss an das Interview bearbeitet, um so der Gefahr, das Frage-Antwort-Schema in das Interview zu übernehmen oder es sogar zu verstärken, entgegen zu wirken. Im Anschluss hatten die Ärzte die Möglichkeit, eine Aufwandsentschädigung entgegenzunehmen, was jedoch nicht von allen Ärzten wahrgenommen wurde. Unmittelbar nach dem Interview wurde das Postskriptum angefertigt und der Leitfaden oder der Kurzfragebogen – falls nötig – bereits für das nächste Interview verändert.

3.5 Charakterisierung der qualitativen Inhaltsanalyse

Als Verfahren zur Auswertung und Theorieentwicklung der Interviews wird in dieser Arbeit die qualitative Inhaltsanalyse genutzt. Diese wird in der Regel zur Analyse subjektiver Sichtweisen mit Leitfadeninterviews verwendet.

Grundprinzip der Methode ist das Herantragen von Kategorien an das Material. Das Ziel ist hier vor allem die Reduktion von Textmaterial. Die schnelle Kategorisierung mit von außen herangetragenen theoretisch begründeten Kategorien verstellt jedoch möglicherweise eher den Blick auf den Inhalt des Textes, als dass sie wirklich in die Tiefe zu dringen vermag. Dessen sollte sich der Untersucher immer bewusst sein. Um diesen Fehlerquellen möglichst einzuschränken, müssen die Kategorien immer wieder am Material geprüft

werden, vor allem wenn sie nicht unbedingt aus ihm heraus entwickelt worden sind (Flick U. 1995, S. 212-215).

Die Inhaltsanalyse beginnt mit der Festlegung des Materials – in diesem Fall 19 Interviews –, der Analyse der Erhebungssituation (Wie ist das Material zustande gekommen? Wer war beteiligt? usw.) und der formalen Charakterisierung des Materials (Wie wurde es erhoben – Aufzeichnung oder Protokoll? Einfluss der Transkription auf die Texte usw.). Daraufhin wird die Richtung der Analyse festgelegt und die Fragestellung theoriegeleitet weiter differenziert. Dafür muss die Fragestellung der Analyse vorab genau geklärt sein, und sie sollte theoretisch an die bisherige Forschung über den Gegenstand angebunden und in Unterfragestellungen differenziert sein. Weiterhin müssen die Analysetechnik – in diesem Fall die zusammenfassende und die strukturierende Inhaltsanalyse – und die Analyseeinheit (der kleinste und der größte Materialanteil, der ausgewertet werden darf, und die Reihenfolge, in der die Texte ausgewertet werden – in diesem Fall chronologisch) festgelegt werden. Die zusammenfassende Inhaltsanalyse ist dadurch gekennzeichnet, dass das Material paraphrasiert wird. Dabei werden weniger relevante und bedeutungsgleiche Paraphrasen gestrichen und ähnliche Paraphrasen gebündelt oder zusammengefasst. Die strukturierende Inhaltsanalyse sucht Typen oder formale Strukturen im Material. Dabei werden formale, inhaltliche, typisierende oder skalierende Strukturierungen vorgenommen und anhand von Textbeispielen – sogenannten Ankerbeispielen – verdeutlicht (Flick U. 1995, S. 213). Erst nachdem dies geschehen ist, wird die eigentliche Analyse durchgeführt, an die sich dann die Interpretation der Ergebnisse in Bezug auf die Fragestellung und das Stellen und Beantworten von Fragen der Geltungsbegründung anschließt (Flick U. 1995, S. 212).

3.6 Konkretes Vorgehen bei der Auswertung

Entsprechend der Methode der qualitativen Inhaltsanalyse wurde jedes der 19 Interviews angehört, wobei eine Zusammenfassung des Inhalts direkt beim ersten Anhören erfolgte. In einem zweiten Schritt wurde eine erste grobe Gliederung der Ergebnisse anhand der Inhaltsmitschriften in Kombination mit den Kategorien des Leitfadens und dem jeweils angefertigten Postskriptum

vorgenommen. Daran anknüpfend folgte ein zweites Anhören der Interviews, wobei diesmal ein Großteil der Interviews wortwörtlich in Schriftform übersetzt wurde. Diese Gliederung in erstes und zweites Anhören wurde vor allem aus Zeitgründen vorgenommen. Jedes der Interviews wortwörtlich in Schriftform zu übersetzen wäre im Rahmen dieser Doktorarbeit zeitlich nicht angemessen gewesen. Um jedoch dennoch keine inhaltlichen Einbußen hinnehmen zu müssen, wurde die Aufteilung in erstes und zweites Anhören als Lösung eingeführt. So konnte das erste Anhören relativ zeitnah zum Interview erfolgen und damit ein erster Überblick verschafft werden, auch um den Leitfaden gegebenenfalls zu modifizieren. Das zweite Anhören erfolgte nach Abschluss aller 19 Interviews, so dass es möglich war, lediglich interessante und wichtige Textstellen in Schriftform umzusetzen. Aus den sinngemäßen inhaltlichen Mitschriften dieser „ersten Runde“ ergab sich ein Überblick. Während des zweiten Anhörens der Interviews wurde die Ergebnisgliederung stets am Material überprüft und – wenn sinnvoll – verändert. Mit Hilfe der zusammenfassenden und der strukturierenden Inhaltsanalyse wurden Gruppen und Muster gebildet, die nicht der Leitfadengliederung entsprachen. Aus diesen Gruppen und Mustern wurden wiederum Thesen entwickelt, die in Form von Umrahmungen im Ergebnisteil sichtbar gemacht wurden. Textpassagen, die gewisse Muster besonders verdeutlichen, wurden als so genannte Ankerbeispiele in die Ergebnisdarstellung übernommen und der strukturierenden Inhaltsanalyse entsprechend zur Verdeutlichung der These genutzt. Die Form, Zitate aus den Interviews als Ankerbeispiele darzustellen, ermöglicht es, auf dauerhaft wiederkehrende wörtliche Rede im Textfluss zu verzichten. Ankerbeispiele sind ganze Interviewauszüge, die gesondert dargestellt werden, so dass es für den Leser einfacher ist, den Überblick zu bewahren und gleichzeitig einen eigenen Eindruck der Interviews zu bekommen. Zuletzt erfolgte die Interpretation der Ergebnisse und damit die Überprüfung und ggf. Modifizierung der Thesen.

4.0 ERGEBNISSE

4.1 Soziodemographische Daten

Die Auswertung des Kurzfragebogens ergab folgende Ergebnisse:

1. Geschlechterverteilung: 10 Ärztinnen und 9 Ärzte.
2. Dauer der Tätigkeit als Hausarzt: Minimum 1 Jahr, Maximum 29 Jahre, Durchschnitt: 12,5 Jahre.
3. Scheine pro Quartal: 500-1000 Scheine: 5 Praxen (= Einzelpraxen),
 1000-1500 Scheine: 13 Praxen,
 1500-2000 Scheine: 1 Praxis.
4. Form der Praxis: 11 Gemeinschaftspraxen, 3 Praxisgemeinschaften, 5 Einzelpraxen.
5. Alter der Ärzte: Minimum 31 Jahre, Maximum 62 Jahre, Durchschnitt: 48,8 Jahre.
6. Sechs Ärzte haben vor dem Medizinstudium bereits eine weitere Berufsausbildung absolviert (4 Frauen und 2 Männer): eine Pflegekraft, zwei Krankenschwestern, eine Apothekerin, ein Diplom-Betriebswirt und ein kaufmännischer Angestellter.

Erläuterung der Darstellungsweise der Ergebnisse:

Im Folgenden werden die Ergebnisse anhand von Ankerbeispielen (kursiv gedruckt) veranschaulicht. Meist wird eine Einleitung zu dem Thema gegeben, dann erfolgt die Dimensionierung mit Hilfe einer graphischen Darstellung und die Musterbildung im Überblick. Jedes Muster wird im Anschluss einzeln abgehandelt. Zunächst wird dazu eine allgemeingültige These aufgestellt (diese wird jeweils in einem Kasten abgedruckt), danach folgt die Erläuterung der Thesenentstehung anhand einzelner Interviews. Diese Art der Darstellung wurde für die Kapitel „4.2 Das Definitionsproblem“ und „4.6 Dokumentation“ aus praktischen Gründen verlassen.

4.2 Das Definitionsproblem

„[...] wenn jemand auf jemanden losgeht, das ist ultimativ. Und psychische Gewalt, ja ... das ist schwerer zu erfassen, weil jede Beziehung, jede Gemeinschaft auch mit Druckmitteln arbeitet, und da die Frage schwer ist, wann wird die Grenze zur Gewalt überschritten, nech, bei körperlicher Gewalt ist das relativ eindeutig!“

Dass es bei der Definition des Begriffs „häusliche Gewalt“ unterschiedliche Meinungen gibt, wurde bereits in der Einleitung besprochen. Um diesem Problem angemessen zu begegnen und die Aussagen der Ärzte entsprechend einordnen zu können, wurde die Definitionsfrage in den Leitfaden mit aufgenommen. Fast alle befragten Ärzte haben die Definition des Begriffs anhand von Patientenbeispielen aus der nahen Vergangenheit hergeleitet und die Definition weitestgehend ihrem Alltagserleben angepasst. Beispielsweise wurde unter sexueller Gewalt an die Vergewaltigung in der Ehe gedacht, jedoch weniger an den Zwang zur Prostitution bzw. Pornographie. Es lassen sich drei Gruppen erkennen:

- Eine Gruppe, die den Begriff „häusliche Gewalt“ ausschließlich auf körperliche Gewalt in der Familie bezieht und auch auf Nachfrage nach anderen Gewaltformen diese nicht mit einbezieht. Im Laufe der Interviews stellte sich jedoch heraus, dass diese Gruppe von vier Ärzten das, was andere unter seelischer oder psychischer Gewalt einordneten, in ihrem Alltagserleben als Partnerschaftskonflikte oder Konfliktsituationen bewerteten.
- Eine zweite Gruppe bestehend aus elf Ärzten, die sowohl körperliche als auch psychische oder seelische Gewalt dem Begriff „häusliche Gewalt“ zuordnet, wobei sexuelle Gewalt als eine stärkere Form körperlicher Gewalt empfunden wird. Nur eine Ärztin schätzte hier die physische Gewalt (körperliche Gewalt zusammen mit sexueller Gewalt) als häufiger vorkommend ein als die seelische. Die anderen zehn Ärzte empfanden das Auftreten seelischer Gewalt als häufiger im Gegensatz zur körperlichen Gewalt.
- Schließlich eine dritte Gruppe bestehend aus vier Ärzten, die unter dem Begriff physische, psychische und sexuelle Gewalt als eigenständige Form versteht. Während sich in den ersten beiden Gruppen kein

besonderes Merkmal finden lässt, das alle Mitglieder gemeinsam haben, besteht die letzte Gruppe im Falle dieser Untersuchung ausschließlich aus Frauen.

Ärzte, die eine weiter gefasste Definition des Begriffs haben, hatten weniger Probleme mit der Beantwortung der Fragen – d. h. sie antworteten spontaner und umfangreicher – und vermittelten einen selbstverständlicheren Umgang mit dem Thema, indem spontan mehrere Fälle aus jüngerer Vergangenheit in die Überlegungen mit einbezogen wurden. Allgemein auffällig war, dass der Begriff vor allem von den Ärztinnen keineswegs nur für Gewalt gegen Frauen benutzt wurde, wenngleich von allen geschätzt wurde, dass in 80 bis 90 % Frauen die Opfer sind. Gewalt gegen Kinder und gegen alte Leute wurde von fast allen Befragten genannt. Gewalt gegen Männer spielt selten eine Rolle, wurde dennoch von vier Ärzten angesprochen.

4.3 Berührungspunkte mit häuslicher Gewalt – zwischen eindeutig sichtbar und subtil wahrgenommen

„Also in der Wahrnehmung, um das hier einfach noch mal zusammen zu fassen, es ist hier kein Massenphänomen; das ist nicht das, was uns am Leben hält!“

Einführung:

Bereits nach den ersten Interviews fiel auf, dass von Seiten der Ärzte immer wieder betont wurde, dass es sich bei dem Thema „häusliche Gewalt“ eher um ein selten auftretendes Phänomen handelt. Die Berührungspunkte mit diesem Thema konnten recht gut anhand eindeutiger Fälle oder Situationen, v. a. bei physischen Verletzungen, quantifiziert werden. Je subtiler die Wahrnehmung bzgl. des Themas jedoch war, desto weniger war es den Ärzten möglich, eine Häufigkeit anzugeben. Dennoch ließ sich eine Tendenz erkennen: Je subtiler die Berührung mit häuslicher Gewalt ist, desto öfter treten diese Momente im Empfinden der Ärzte auf, wobei zu erwähnen bleibt, dass auch diese Momente im Vergleich zu anderen Bereichen der Allgemeinmedizin noch nicht als häufig eingestuft wurden.

Dimensionierung und Musterbildung:

Die wahrgenommenen Berührungspunkte mit häuslicher Gewalt lassen sich auf einem Kontinuum von „eindeutig sichtbar“ bis „subtil wahrgenommen“ darstellen. Das Extrem „eindeutig sichtbar“ ist durch extreme Offenheit der Situation gekennzeichnet; das Thema „häusliche Gewalt“ ist sowohl für den Arzt als auch für den Patienten der Dreh- und Angelpunkt des Gesprächs. Der Hauptkonsultationsgrund des Patienten ist die „häusliche Gewalt“, so dass eine eindeutige Ansprache des Themas stattfindet. Das auf der anderen Seite stehende Extrem „subtil wahrgenommen“ ist dadurch gekennzeichnet, dass der Arzt ein Gefühl hat, dass bei einem Patienten „häusliche Gewalt“ oder ein Problem im sozialen Nahraum vorliegen könnte, diese Vermutung jedoch nicht an eindeutigen Merkmalen festmachen kann. Warum diese Vermutung entsteht, ist für den Arzt nicht konkret greifbar. Verknüpfen lässt sich dieses Kontinuum mit der Häufigkeit, in der solche Fälle auftreten:

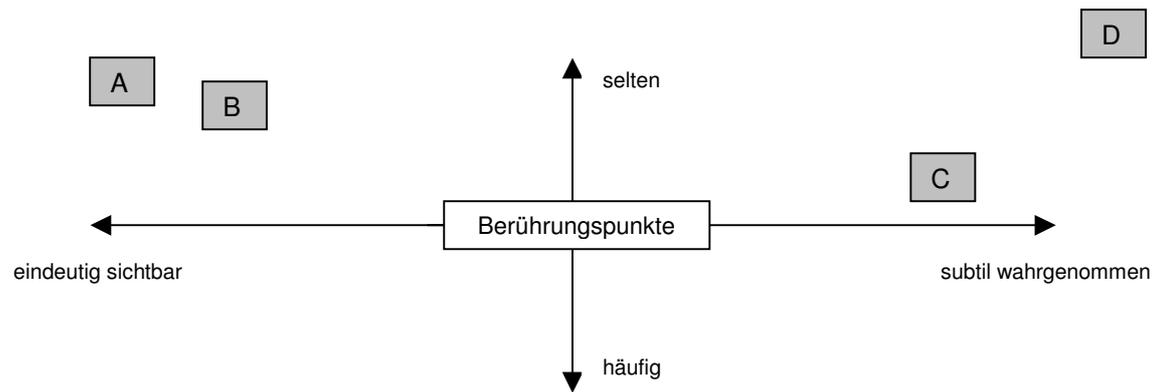


Abb. 6: Dimensionierung Berührungspunkte

- **Muster A: Der Patient spricht den Arzt an**

„Bei Menschen, die körperliche Gewalt erfahren haben, ist es häufig auch so, dass die auf mich zukommen und es gern auch dokumentiert haben wollen.“

„Es gibt durchaus auch Fälle, wo die Täter zum Arzt gehen und sagen: ‚Ich bin so aggressiv und flippe bei jeder Kleinigkeit aus und hau dann zu!‘ dass die da eben nicht mehr mit umgehen können!“

- **Muster B: Informationsgewinn über Dritte**

„Häufig hört man auch immer mal, dass jemand Wutausbrüche hat!“

- **Muster C: Vermutung häuslicher Gewalt**

„[...], weil die Frauen ja wissen, warum sie kommen, aber sie kommen durch die Tür und beklagen die Gastritis oder dass sie nicht schlafen können [...], dann stehen ihnen die Tränen in den Augen [...] und zehn Minuten später sind wir endlich daran, dass die Ehe zerrüttet ist und sie in Wirklichkeit nicht mehr kann!“

- **Muster D: Sexualisierte Gewalt in der Familie**

„Witziger Weise wird sexuelle Gewalt, die Vergewaltigung in der Ehe, nicht thematisiert hier bei mir!“

Muster A: Der Patient spricht den Arzt an

„Bei Menschen, die körperliche Gewalt erfahren haben, ist es häufig auch so, dass die auf mich zukommen und es gern auch dokumentiert haben wollen.“

„Es gibt durchaus auch Fälle, wo die Täter zum Arzt gehen und sagen: ‚Ich bin so aggressiv und flippe bei jeder Kleinigkeit aus und hau dann zu!‘ dass die da eben nicht mehr mit umgehen können!“

Wird das Thema „häusliche Gewalt“ vom Patienten – sei es in der Opferrolle mit der Bitte um Unterstützung oder in der Täterposition, um das eigene Verhalten zu ändern – angesprochen, wird dies vom Arzt in der Regel eindeutig als Aufforderung zur Intervention verstanden.

Hausärzte kommen bei dem Thema „häusliche Gewalt“, gerade dann, wenn sie vom Patienten angesprochen werden, nicht nur mit dem Opfer, sondern auch mit dem Täter in Berührung. Da Hausärzte oft längere Lebensabschnitte ihrer Patienten mitbegleiten, bemerken sie gerade bei Patienten, die von sich aus den Arzt ansprechen, dass die Opfer- und die Täterrolle nicht unbedingt auf Dauer festgelegt sein müssen. Einige Ärzte schilderten den Eindruck, dass sich Machtverhältnisse im Alter häufig umkehren. Sie erlebten in früheren Jahren wie Frauen zum Teil sehr unter ihren Ehemännern zu leiden hatten. Mittlerweile sind diese Männer teilweise pflegebedürftig, während ihre Frauen noch mobil sind und sie pflegen. Diese Umkehr der Machtverhältnisse führt gelegentlich dazu, dass nun die Männer unter den Ehefrauen zu leiden haben, weil diese inzwischen ihre Überlegenheit nutzen den Mann zu erniedrigen.

Wie zu erwarten kommen Täter wesentlich seltener wegen ihres Gewaltproblems zum Hausarzt als Opfer. Dennoch konnte jeder befragte Hausarzt von ein bis fünf erinnerten Fällen berichten. Auf den Umgang mit dieser Situation wird unter in den Kapiteln 4.7 unter „medikamentöse Therapie“ und 4.8 unter „Kooperation mit Psychotherapeuten“ noch näher eingegangen.

Opfer hingegen wenden sich öfter als Täter an ihren Hausarzt, wobei auffällt, dass vor allem die physische Gewalt offen angesprochen wird. Die Schätzungen oder auch Erinnerungen der Ärzte lagen bezogen auf die Behandlung und Dokumentation körperlicher Verletzungen durch den Partner oder die Eltern zwischen einem Fall in zwei Jahren und zehn Fällen pro Jahr. Hierbei fiel ein starkes Gefälle von seltenem Auftreten in sozial gehobeneren Stadtteilen gegenüber häufigerem Vorkommen in sozial schwächeren Stadtteilen auf. Die Vermutung vieler Ärzte in besser situierten Stadtteilen ist, dass sich die Patienten, bedingt durch bessere finanzielle, kognitive und intellektuelle Möglichkeiten, anders zu helfen wissen – dass der Arzt allgemein nicht unbedingt erster Ansprechpartner für derartige Probleme ist, die Gewalt aber nicht unbedingt seltener vorkommt. Andere Formen häuslicher Gewalt – vor allem psychische Gewalt – scheinen im Alltag der Ärzte zwar eine größere Rolle als körperliche Gewalt zu spielen, weil sie damit öfter in Kontakt kommen, werden aber seltener vom Patienten eindeutig angesprochen. Dem entsprechend bleiben diese Kontakte den Ärzten weniger konkret im Gedächtnis, so dass zur Häufigkeit des Auftretens dieser Gewaltformen keine präzisen

Angaben gemacht werden konnten. Allgemein war erkennbar, dass die direkte Ansprache durch den Patienten von allen befragten Ärzten als Handlungs- und Organisationsanforderung an sie empfunden wurde.

Berührungspunkte mit dem Opfer:

Ankerbeispiel 1)

Frage (im Folgenden F): „Also, wenn ich Sie richtig verstehe, beinhaltet der Begriff auch die seelische Komponente!“

Antwort (im Folgenden A): „Ich denke, das ist sogar die Ebene, die uns am häufigsten offenbart wird, dass sich Leute eben schlecht behandelt fühlen, so und wenn man sich dann die Angehörigen anguckt, dann kann man sich das manchmal auch durchaus vorstellen, und ob das jetzt Kinder sind, die halt jetzt vorm Fernseher abgesetzt werden, oder eben alte Menschen, die kaum besucht werden, oder eben behandelt werden, als wenn sie eben kein eigenständigen Leben geführt hätten, das würde ich schon auch als seelische Grausamkeit bezeichnen, die eben dann auch zu verständlichen Depressionen führt, würd ich mal sagen!“

F: „Ja! Das ist ja interessant! Wenn Sie sagen, dass Sie mehr mit der psychischen Komponente an Sie herangetreten wird, was würden Sie schätzen, wie häufig kommt das so vor oder wie würden Sie so schätzen, wie sich das aufteilt?“

A: „Also, wie es mir gesagt wird, ist es mindestens 10:1, mindestens 10 psychische Fälle werden mir gesagt oder krieg ich mit, zu einem körperlichen Fall. Also körperliche Fälle kriegen wir sehr wenig mit, ich denk, da ist die Dunkelziffer enorm hoch! Ich denk, da wird eben auch ganz viel mal kurz gehauen oder mal kurz geschlagen, ohne dass es jetzt immer gleich die blauen Flecken gibt, oder die blauen Flecken sind eben wieder abgeheilt, wenn der Patient das nächste Mal zum Arzt geht!“

Der Arzt betont vor allem die seelische Komponente häuslicher Gewalt. Es fällt auf, dass er den Begriff sehr weit fasst.

Ankerbeispiel 2)

A: „Oft ist, dass sie sich überhaupt outen als Gewaltopfer ist in einer eskalierten Situation, wo sie dann ähh blaue Flecken davon getragen haben und ähh sie hierher kommen, um sich die blauen Flecken behandeln zu lassen, manchmal auch, um sie zu dokumentieren, vor allem wenn sie ähh vorhaben Anzeige zu erstatten. Dass man das hier mal sozusagen ähh zur Akte nimmt, manchmal aber auch unter irgendwelchen ja Scheinbehauptungen. In der Regel dann die Treppe runtergefallen, und ja, wo man schon vom Verletzungsmechanismus ahnt, dass da irgendwas nicht stimmen kann. Wenn man dann nachfragt, oder ihnen die Möglichkeit gibt, überhaupt zu sprechen, dann wird uns oft auch die Wahrheit gesagt!“

In diesem Ankerbeispiel wird vor allem die körperliche Komponente häuslicher Gewalt als Zugang zum Patienten hervorgehoben.

Berührungspunkte mit dem Täter:

Ankerbeispiel 3)

A: „[...] das sind so die einen, nech, die selber sich so damit auseinandersetzen und das auch denn als eigenes Defizit begreifen, weil die Beziehung, in der sie sich bewegen, damit ja weiter destabilisiert wird, und in der Regel ist das Motiv hierher zu kommen oder sich dazu zu äußern, dass sie ihre ganze Lebenskonstruktion, mit Hauptanker ihre Beziehung, dabei destabilisiert sehen ... nech ... da sagt die Partnerin: ‚Jetzt ist Schluss mit Lustig, jetzt such ich mir nen Anderen!‘ und dann kriegen die das große Heulen und Zähneklappern, und dann ist das für die ein starker Anreiz etwas zu machen. Die leiden sowieso an sich, aber in so einer Situation, wo die von Verlustängsten geplagt sind, nech ... ist ja auch nicht schön mit so nem Prügelhannes zusammen zu sein ... da ist es auf jeden Fall so, dass die hier nach Möglichkeiten fragen: was kann ich dagegen machen? [...]“

Es fällt auf, dass dieser Arzt die direkte Ansprache durch den Patienten vor allem auf die Ansprache durch den Täter bezieht. An die Opfer scheint er bei dieser Frage gar nicht primär zu denken. Offenbar sind seine Erlebnisse diesbezüglich vor allem durch Gespräche mit Tätern geprägt – ein Aspekt der vor Beginn der Interviews nicht bedacht wurde, allerdings auch eher eine Ausnahme darstellt.

Muster B: Informationsgewinn über Dritte

„Häufig hört man auch immer mal, dass jemand Wutausbrüche hat!“

Aufgrund der Tatsache, dass sich die Patienten einer Hausarztpraxis zum Teil untereinander kennen – sei es, weil sie Mitglieder einer Familie sind, oder lediglich Freunde oder Bekannte – gelangen Informationen über Familienstrukturen und Verhaltensweisen Einzelner über Dritte an den Arzt.

In den Interviews wurde immer wieder deutlich, dass Hausärzte in der Regel einen relativ festen Patientenstamm haben, der zum Großteil in der näheren Praxisumgebung wohnt und dadurch bedingt Bekanntschaften unter den Patienten bestehen. Diese reichen von Verwandtschaft über Nachbarschafts-
bekanntschaften, berufsbedingte Bekanntschaften bis hin zu Freundschaften

oder Kontakten in der Freizeit oder über die Kinder z. B. in der Schule. Auf diesem Weg gelangen Informationen über häusliche Konflikte, Handgreiflichkeiten und Eheprobleme über Dritte an den Hausarzt. Allgemein kann man sagen, dass in „dünnere“ besiedelten Gebieten Hamburgs dieser Informationsweg über Unbeteiligte an den Arzt häufiger eine Rolle zu spielen scheint als in dichter besiedelten Gebieten. Hierbei bleibt die Frage offen, ob sich die Bewohner dicht besiedelter Bezirke lediglich nicht so gut kennen oder ob die Möglichkeit, den gemeinsamen Hausarzt anzusprechen, von den Patienten einfach nicht als Handlungsoption in Betracht gezogen wird, z. B. weil der Hausarzt eine andere Rolle im Sozialgefüge des Stadtteils spielt. Über diese Frage gehen auch die Meinungen der Ärzte auseinander. Gerade in „dünnere“ besiedelten Bereichen scheint es nach Einschätzung der dort tätigen Ärzte aber so zu sein, dass Außenstehende helfen wollen bzw. eine Art von Zivilcourage beweisen möchten und damit den Arzt als Ansprechpartner suchen, auch um sich über ihren eigenen Handlungsspielraum Klarheit zu verschaffen oder die verspürte Verantwortung gegenüber dem Opfer nicht allein tragen zu müssen.

Ankerbeispiel:

F: „Wie kommen Sie mit häuslicher Gewalt in Kontakt?“

A: „Ja, ... es gibt zwei Arten: psychische und körperliche Gewalt, und eh, Kenntnisse kriegen wir über die psychische Gewalt häufiger als Hausärzte. Über die körperliche Gewalt, denke ich, gibt's ne hohe Dunkelziffer, weil die Hemmschwelle groß ist. Manchmal erfährt man es eigentlich eher von Außenstehenden, die das beobachtet haben; einen als Arzt dann drauf ansprechen, weil in so einem kleinen ‚Ort‘ wie hier kennen sich ja viele untereinander, da kriegt man dann manchmal Informationen, die man so von den Betroffenen überhaupt gar nicht mitkriegen würde ... mhm ... insgesamt, denke ich, überwiegt die psychische Gewalt – jedenfalls hier in diesem Einzugsgebiet, denke ich.“

F: „Sie sagten jetzt schon, dass Sie von Außenstehenden angesprochen werden, ehm, wie werden Sie sonst noch aufmerksam auf so was?“

A: „In einigen wenigen Fällen kommt jemand und sagt: ‚Ich werde geschlagen‘, häufig hört man immer mal, dass jemand oft Wutausbrüche hat, manchmal fallen einem Verletzungen auf, dass man nachfragt... und ja...manchmal sind es Angehörige – hier leben oft ganze Familiensippschaften zusammen mit Tante, Onkel, Nefte, Nichte, und da kommt dann schon mal einer an und sagt: ‚die hauen da auch so häufig ihre Kinder und das ist dann immer schwierig untereinander!‘ Dass man so mal was hört, ja!“

In diesem Interviewauszug wird deutlich, dass die Ärztin von sich aus dem Informationsgewinn durch Außenstehende eine große Bedeutung zumisst.

Auch auf die Nachfrage, wie sie sonst noch auf „häusliche Gewalt“ aufmerksam wird, betont sie, dass nichtbetroffene Familienmitglieder an sie herantreten, um über ein solches Problem zu sprechen. Andere Informationswege werden hingegen nur relativ kurz erwähnt, so dass der Eindruck entsteht, dass für sie gerade die Information über Dritte häufig der erste Anhaltspunkt ist, dem entstandenen Verdacht nachzugehen. In diesem Zusammenhang wird deutlich, dass Hausärzte gegenüber Krankenhausärzten oder niedergelassenen Kollegen anderer Fächer einen Vorteil in Bezug auf den Einblick in innerfamiliäre Strukturen sowie entgegengebrachtes Vertrauen haben. Dieser Vorteil kann auch dazu beitragen, dass gerade weniger eindeutige Symptome richtig gedeutet werden können.

Muster C: Vermutung häuslicher Gewalt

„[...] weil die Frauen ja wissen, warum sie kommen, aber sie kommen durch die Tür und beklagen die Gastritis oder dass sie nicht schlafen können [...], dann stehen ihnen die Tränen in den Augen [...] und 10 Minuten später sind wir endlich daran, dass die Ehe zerrüttet ist und sie in Wirklichkeit nicht mehr kann!“

Wird das Thema „häusliche Gewalt“ nicht direkt vom Patienten oder Außenstehenden an den Arzt herangetragen, kann der Arzt dennoch die Relevanz des Themas wahrnehmen. „häusliche Gewalt“ wird entweder bewusst vermutet oder es besteht eine Ahnung, dass der Patient ein Problem hat. Dass es sich tatsächlich um „häusliche Gewalt“ handelt, ergibt sich jedoch erst im Verlauf eines oder mehrerer Kontakte.

Wenn es in den Interviews um Berührungspunkte oder die Wahrnehmung häuslicher Gewalt ging, wurde immer wieder beschrieben, dass gerade die psychische Gewalt keine eindeutigen Symptome macht. Für den Arzt verläuft die Ursachensuche demnach häufig umgekehrt. Sie erkennen bei einem Patienten psychosomatische oder psychische Probleme und begeben sich dann möglichst offen auf die Suche nach den Ursachen, so dass es durchaus eine längere Zeit dauern kann, bis ihnen der Verdacht, es könne sich um Gewalt in der Familie handeln, bewusst wird. Darüber hinaus wurde immer wieder deutlich, dass Ärzte ihren Patienten normalerweise erst einmal alles

glauben wollen, auch weil eine vertrauensvolle, ehrliche Arzt-Patienten-Beziehung die Grundlage für das Lösen von Problemen darstellt. Gerade aber Patienten, die „häusliche Gewalt“ erfahren haben, können oft nicht problemlos von sich aus offen und ehrlich auf entsprechende Fragen der Ärzte antworten, so dass frühes Misstrauen auf Seiten der Ärzte erforderlich wäre, um die Situation schneller zu erfassen. Dieser Punkt wird von den Ärzten als Widerspruch zwischen der Anforderung an sie in der Rolle des Hausarztes, der seinen Patienten glauben schenkt, und der Anforderung, diese Patienten möglichst zügig optimal zu begleiten, empfunden. Auch die Frage, ob es besser ist, das Misstrauen schnell zu äußern oder weiterhin die Position des gläubigen Arztes einzunehmen, ist bei den Ärzten mit Unsicherheit verbunden. In den Gesprächen kristallisierte sich heraus, dass die allgemeine Wirkung des Patienten, die Stimmung und die Ausstrahlung dazu beitragen, dass ärztlicherseits die Vermutung, es könne sich um ein Problem im häuslichen Bereich handeln, entsteht. Zum anderen wurde deutlich, dass vor allem psychosomatische Krankheitsbilder immer wieder Anlass sind, nach Problemen in der Ehe oder zu Hause zu fragen.

Ankerbeispiel 1)

A: „Also, wenn man jemanden beobachtet, dann sieht man schon, wie wird man begrüßt, wie geht jemand... Körperhaltung...so und dann setzen wir uns hier hin und dann ergeben sich schon Themen! Dann sag ich: ‚So, was kann ich denn für Sie tun heute?‘ Und dann kommt: ‚Och, mir geht’s gar nicht gut!‘ An der Stimmung merkt man: Aha! Da stimmt was nicht!“

Der Arzt hebt hervor, dass es für ihn vor allem wichtig ist zu merken, dass „etwas nicht stimmt“. Was dies genau ist – ob „häusliche Gewalt“ oder ein ganz anderes Problem –, ist zunächst nicht so wichtig, weil es zu einem passenden Zeitpunkt zur Ansprache kommen wird, wenn der Patient das wünscht. Die Vermutung, dass es sich um „häusliche Gewalt“ handelt, ergibt sich also erst im Laufe eines oder mehrerer Gespräche.

Ankerbeispiel 2)

*F: „Ist es auch der Hauptgrund, weshalb diese Frauen dann kommen?“
A: „Wenn Sie wissen wollen, ob das der tatsächliche offenbare Hauptgrund ist, dann würde ich sagen: fast nie, aber inhaltlich ist es natürlich schon der Grund, weil die Frauen ja wissen warum sie kommen, aber sie kommen durch die Tür und beklagen die Gastritis oder dass sie nicht schlafen können, oder sie*

brauchen eine Krankschreibung, weil sie dem Job nicht mehr gewachsen sind, dann stehen ihnen die Tränen in den Augen, dann sag ich: ‚Was ist denn eigentlich los?‘ und zehn Minuten später sind wir endlich daran, dass die Ehe zerrüttet ist und sie in Wirklichkeit nicht mehr kann. Der vordergründige Aspekt ist häufig der somatische, aber ich bin sicher, dass die Frauen, die mit solchen Verletzungen – seelischen oder körperlichen – zu tun haben, genau wissen, dass da eigentlich der Zusammenhang ist, weil ich ganz schnell auf dem Punkt bin. Ich sehe den Leuten in der Tür an, was sie haben. Ich bin jetzt 20 Jahre dabei und sage dann als erstes: ‚Na was ist denn eigentlich los?‘ Dieser Satz, so formuliert, lässt die Tränen nur so rauskugeln und da guck ich mir gar nicht den Ellenbogen an – brauch ich gar nicht zu sehen. Man sieht es an den Augen, man sieht es im Gesicht, man sieht es an der Spannung! Die Leute kommen mit Spannung rein, und die Spannung ist entweder am Arbeitsplatz oder sie haben Gewalt in der Familie und schieben dann ne Gastritis vor oder so!“

Dieser Interviewauszug verdeutlicht die Rolle der kritischen Betrachtung vorgetragener körperlicher Symptome bei der Verdachtsentstehung.

Gleichzeitig vermutet der Arzt mit der Aussage: *„[...] ich bin sicher, dass die Frauen, die mit solchen Verletzungen – seelischen oder körperlichen – zu tun haben, genau wissen, dass da eigentlich der Zusammenhang ist, weil ich ganz schnell auf dem Punkt bin.“*; dass es gar nicht so wichtig ist, dass er an „häusliche Gewalt“ denkt. Viel wichtiger scheint für ihn, Offenheit für jedes Thema zu zeigen: *„[...] die Spannung ist entweder am Arbeitsplatz oder sie haben Gewalt in der Familie“*. Gibt man dem Patienten die Möglichkeit, über mehr als nur die physischen Beschwerden zu sprechen, ergibt sich das Thema „häusliche Gewalt“ auch ohne bewusstes Denken daran. Diese Ansicht lässt sich mit der Rolle des Arztes als offener Zuhörer wesentlich besser vereinbaren als mit der Rolle eines misstrauischen Arztes, der wie ein Detektiv auf der Suche nach der Wahrheit ist. Die Einstellung der meisten interviewten Ärzte, dass der Hauptimpuls vom Patienten ausgehen muss, wird damit bestätigt.

Ankerbeispiel 3)

F: „Kennen Sie es auch, dass Sie Patienten erst mal glauben, weil das ja auch Teil Ihres Berufes oder besser, äh, Ihrer Rolle als Arzt ist, und dann später denken Sie vielleicht: mhm vielleicht hätte ich doch misstrauischer sein sollen?“
A: „Ja, also manchmal ist es ja auch so, dass man fragt, wie es zu Hause ist, und wenn die Frauen es oft ja dann auch nicht gleich erzählen, dann glaubt man ihnen vielleicht erst mal – das stimmt schon. Also da besteht ja auch ein Widerspruch, weil man ja, wie Sie andeuten, erst mal glauben soll, und dann kommt es auch vor, dass sich so ein Verdacht erst über mehrere Kontakte entwickelt, weil man ja jetzt auch nicht immer gleich Gewalt in der Familie als

erstes dran ... oder als erstes im Kopf hat. Man fängt ja oft breit an auf der Suche nach dem Problem und grenzt dann immer mehr ein! Also, was ich sagen will, ist: man geht ja selten gleich eindeutig von was ganz Speziellem aus, sondern tastet sich langsam vor, ohne sofort an Gewalt in der Familie zu denken!“

Hier wird ganz deutlich darauf hingewiesen, dass die Vermutung sich oftmals erst im Verlauf mehrerer Kontakte ergibt. Zum einen wegen der ungenauen Symptome, zum anderen wegen der „Suche“, die zuerst breit auf viele Gebiete ausgeweitet beginnt und dann in einigen Fällen mit der Diagnose „häusliche Gewalt“ endet. Darüber hinaus macht die Ärztin ihre Rolle als Zuhörer, der ernst nimmt und deshalb auch das glaubt, was Patienten vortragen, deutlich.

Muster D: Sexualisierte Gewalt in der Familie

„Witziger Weise wird sexuelle Gewalt, die Vergewaltigung in der Ehe, nicht thematisiert hier bei mir!“

Sexualisierte Gewalt ist beim Hausarzt ein Tabuthema, es wird nahezu nie angesprochen. Selten wissen Hausärzte von Fällen, die jedoch mit den Betroffenen nur in Einzelfällen angesprochen werden.

Sexualisierte Gewalt in der Familie scheint in der hausärztlichen Tätigkeit eine absolut untergeordnete Rolle zu spielen. Kein Arzt berichtete, dass dieses Thema in der akuten Situation von einer Patientin angesprochen wurde. Lediglich das Mitwissen, ohne einen Handlungsauftrag zu haben, beschrieben einige Ärzte – jedoch handelt es sich um Einzelfälle. Auffällig ist, dass auch während Gesprächen über „häusliche Gewalt“ oder der Behandlung von Verletzungen das Thema sexuelle Gewalt in der Familie weder von Patientinnen noch vom Arzt thematisiert wurde. Diese Möglichkeit scheint den Ärzten im Alltag nicht bewusst zu sein, auch wenn auf Nachfrage alle der Überzeugung waren, dass sie auch solche Patientinnen ohne ihr Wissen betreuen, da die Dunkelziffer sicher sehr hoch sei. Das Gefühl, eine Grenze der Privatsphäre der Patientin zu überschreiten, ist bei sexueller Gewalt sicher am höchsten, zusätzlich finden beim Hausarzt so gut wie nie Untersuchungen des Genitalbereichs statt, so dass für den Arzt auch keine verdächtigen Verletzungen wegweisend sind. Hinzu kommt, dass das Thema sexuelle Gewalt in der

Familie auch in der Öffentlichkeit sicher noch ein Tabuthema darstellt, wenngleich seit 1997 die Vergewaltigung in der Ehe auch strafrechtliche Relevanz hat. Zudem äußerten einige Ärzte die Vermutung, dass es vielen Opfern häuslicher Gewalt vielleicht gar nicht klar ist, dass die Vergewaltigung in der Ehe eine Straftat ist bzw. dass einigen vielleicht das Bewusstsein dafür fehlt, dass sie selbst davon betroffen sind.

Ankerbeispiel:

F: „Dass Hausärzte auch mit sexualisierter Gewalt in Kontakt kommen, also in der Familie, habe ich bis jetzt sozusagen fast noch nie gehört ... “

A: „Mhm ja ... zumindest komme ich hier damit nicht ... ja ... aktiv in Kontakt. Es gibt ja, da muss ich jetzt mal überlegen, ... also, ein paar Patienten fallen mir ein, wo ich später mal erfahren habe, dass da mal sexuelle Gewalt in der Familie vorkam, aber auch nicht in dem Sinn, dass ich jetzt handeln musste, sondern halt die Frauen haben dann den Arzt gewechselt, also hierher – zwei haben sogar an so nem Programm, die sind umgezogen in ein anderes Bundesland mit neuer Identität, also das war Vergangenheit – also in dem Zusammenhang wurde das dann über ihre Vergangenheit bekannt. Ja, aber dass ich jetzt also, weder hier noch in Langenhorn, wo wirklich fast täglich jemand mit Gewalterfahrungen kam – da hab ich vorher gearbeitet – kann ich mich an keinen Fall erinnern, bei dem ich jetzt also direkt so was mitgekriegt hätte. Ich denke, man fragt da noch weniger nach, weil es doch sehr privat ist und die Schwelle, davon zu erzählen, ist sicher noch größer, geht mir da wahrscheinlich ähnlich, wie den Kollegen!“

An diesem Beispiel wird deutlich, dass die an sich sehr aufgeschlossene Ärztin zu diesem Thema sehr wenige Erfahrungen hat. Durch die Äußerung: *„Ich denke, man fragt da noch weniger nach, weil es doch sehr privat ist und die Schwelle, davon zu erzählen, ist sicher noch größer!“*, drückt sie das in den Augen vieler Ärzte entscheidende Kernproblem aus: das Thema ist, nicht nur in der Arztpraxis, tabu. Die Ärzte, die dieses Thema im Interview selbst ansprachen, schienen sich zumindest der Problematik der Tabuisierung bewusst zu sein, empfanden es aber zum Großteil nicht als ihre Aufgabe, eine Lösung herbeizuführen. Offensichtlich spielt die Tatsache, dass sich der Patient seinen Arzt frei wählt und es im Allgemeinen so ist, dass Handlungen des Arztes gewissermaßen nur nach Aufforderung durch den Patienten erfolgen, auch in diesem Punkt eine entscheidende Rolle.

4.4 Die Schwierigkeit der Ansprache – Hindernisse auf beiden Seiten

„[...] vielleicht sollte man selbst häufig aktiver nachfragen, ... aber das ist irgendwie schwer!“

Einführung:

Erst nach zehn bis zwölf Interviews entwickelte sich ein Eindruck davon, wie unterschiedlich Hausärzte mit dem Ansprechen bzw. der Verdachtäußerung bzgl. Gewalt umgehen. Es zeigte sich, dass sowohl in Bezug auf den richtigen Zeitpunkt als auch in der Art und Weise, wie ein Verdacht geäußert wird, große Unterschiede und zum Teil auch große Unsicherheiten bestehen. Allgemein lässt sich sagen, dass jeder Arzt versucht diese Anforderung, die er selbst an sich stellt, möglichst gut zu bewältigen und sich zu den Erfahrungen seine Gedanken macht. Dennoch äußerten viele, dass sie nicht genau wissen, ob es besser ist direkt zu fragen oder lieber Offenheit zu signalisieren und abzuwarten. Anscheinend versuchen die Meisten, die Situation so gut es geht einzuschätzen und sich dementsprechend zu verhalten. Ärzte, die schon häufiger die Erfahrung gemacht haben, dass Patienten nach der Verdachtäußerung nicht wiedergekommen sind oder das Gespräch abgeblockt haben, sind mit der Verdachtsäußerung offensichtlich vorsichtiger als ihre Kollegen.

Dimensionierung und Musterbildung:

Hindernisse, die der Ansprache im Wege stehen, können:

- auf der Seite der Ärzte,
- auf der Seite der Patienten oder
- durch Rahmenbedingungen hervorgerufen sein.

Diese drei Muster können nebeneinander gestellt werden und mit der Wahrscheinlichkeit, mit der sie nach dem Empfinden der Ärzte überwunden werden, verknüpft werden. Hindernisse wie Unvermögen, die deutsche Sprache zu sprechen, oder eine zu passive Haltung, die dem Patienten zuzuschreiben sind, können aus Sicht der Ärzte wesentlich schlechter gelöst werden als beispielsweise ein volles Wartezimmer, welches die Redezeit des Arztes begrenzt. Der Grund dafür ist vermutlich, dass die Patientenhindernisse kaum den Einflussmöglichkeiten des Arztes unterliegen, wohingegen die organisatorischen Dinge oder auch innere Sperrungen durch den Arzt aktiv überwunden werden können.

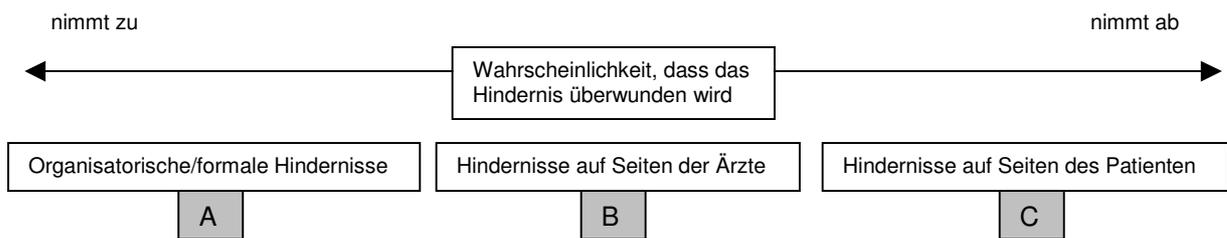


Abb. 7: Dimensionierung von Hindernissen bzgl. der Ansprache

- **Muster A: Rahmenbedingungen müssen stimmen**

„Ja doch, das Körperliche fällt mehr ins Auge und ob ich jetzt bereit bin zu hören, wenn Seelisches vorgebracht wird, hängt sicherlich auch mit der Fülle des Wartezimmers zusammen!“

- **Muster B: Hindernisse auf Seiten der Ärzte**

„Ich spreche es schon an, wenn ich den Verdacht richtig so, ... wenn der soweit in meinem Kopf nach vorne kommt, dass es auch ein formulierungsfähiger Gedanke wird, ganz oft ist es mehr so eine diffuse Ahnung ...ähm...die man dann mehr so nach hinten schiebt.“

- **Muster C: Hindernisse auf Seiten der Patienten**

„Wobei es durchaus auch Situationen gibt, wo man die Patienten dann darauf ansprechen muss, wo sie denn das blaue Auge her haben, oder was passiert ist und wo man häufig auch Abwehrreaktionen dann bekommt, in der Form, dass Patienten dann eben nicht sagen, dass „häusliche Gewalt“ dahinter steckt, sondern es dann eben die Tischkante war.“

Muster A: Rahmenbedingungen müssen stimmen

„Ja doch, das Körperliche fällt mehr ins Auge und ob ich jetzt bereit bin zu hören, wenn Seelisches vorgebracht wird, hängt sicherlich auch mit der Fülle des Wartezimmers zusammen!“

Hindernisse, die durch äußere Umstände wie z. B. verfügbare Zeit oder Öffnungszeiten entstehen, können im Allgemeinen durch Organisation gut beseitigt werden. Voraussetzung ist jedoch, dass der Arzt diese Organisation anleitet oder vorgibt und der Patient sich diesen Gegebenheiten anpasst.

Hindernisse durch Rahmenbedingungen entstehen vor allem dadurch, dass Ärzte ihren Praxisalltag in Form von Öffnungszeiten, Terminen, Urlaub und Urlaubsvertretung organisieren müssen. Sie legen zum Großteil entsprechenden Wert darauf, dass das Privatleben bzw. die Freizeit einen gewissen Anteil

des täglichen Lebens einnimmt – kurz gesagt, sie wollen nicht 24 Stunden am Tag unbegrenzt verfügbar sein. Opfer häuslicher Gewalt hingegen planen relativ selten, wann genau sie bereit sind mit dem Arzt zu sprechen. Oft entwickelt sich das Thema erst während des Gesprächs oder es handelt sich um eine Akutsituation, die ohnehin nicht planbar ist. Dem entsprechend wird in der Regel kein Termin für ein derartiges Gespräch vereinbart. Darüber hinaus kann es zusätzlich noch passieren, dass Opfer zwei Minuten vor Schluss der Praxis, kurz vor dem Praxisurlaub oder an Feiertagen wie Weihnachten kommen. Daraus ergibt sich dann die ungünstige Situation, dass Opfer zum Teil für zwei oder drei Wochen einen möglichen Ansprechpartner verlieren. In den Interviews wurde insgesamt sehr offen und selbstkritisch über dieses Thema gesprochen. Offenbar haben sich die Meisten schon häufiger mit den gegensätzlichen Ansprüchen, die zum einen durch Patienten und das altruistische Allgemeinbild des Arztes in der Öffentlichkeit entstehen, und zum anderen den eigenen Bedürfnissen, aber auch denen von Familie und Freunden, auseinandergesetzt. Letztlich konnte herausgearbeitet werden, dass jeder Arzt bestimmte Prioritäten setzt, die nur dann überschritten werden, wenn es sich um einen Notfall handelt oder tatsächlich Lebensgefahr besteht. Dabei können die Bedürfnisse des einzelnen Patienten durchaus auf der Strecke bleiben. Es zeigt sich, dass der Arztberuf keine Lebenseinstellung ist, für die der Arzt seine Privatsphäre in den Hintergrund stellt. Zusätzlich konnte herausgearbeitet werden, dass der Faktor Zeit zwar ein formales Hindernis darstellt, jedoch geht es dabei nicht um die reine Zeit an sich. Fast alle Ärzte erklärten, dass man mit den Patienten dieses Problem offen thematisieren kann, so dass sich der Umgang diesbezüglich offensichtlich recht gut organisieren lässt, indem entweder Extratermine außerhalb der Sprechstunde vereinbart oder die Gespräche gestückelt werden. Das eigentliche Problem des Zeitfaktors liegt darin, dass Ärzte selbst vermuten, unter Zeitdruck nicht so offen dafür zu sein, wenn Dinge verdeckt vorgetragen werden. Das heißt der Zeitdruck verhindert, dass sich der Arzt auch nach dem Gespräch noch einmal Gedanken machen kann, um dann gegebenenfalls Dinge beim nächsten Besuch anzusprechen. Der Zeitfaktor ist demnach vor allem dann ein Problem, wenn der Patient sich nicht von sich aus offenbart und der Arzt von den häuslichen Umständen nichts weiß.

Ankerbeispiel 1)

A: „Meinen Feierabend schieb ich für so was wirklich nur wenn Lebensgefahr besteht nach hinten! Das ist auch ein Teil der Selbsthygiene, näch, das ist auch so, dass ich mit Dingen, mit denen Andere mich so belasten müssen, die sich auch nach den Öffnungszeiten richten, dafür schieb ich meinen Feierabend nicht hinaus – sag ich ganz offen!“

In diesem Beispiel wird besonders deutlich, dass dieser Arzt seinen Beruf ganz bewusst als Beruf mit festen Arbeitszeiten betrachtet. Den Arztberuf als altruistische Lebenseinstellung auszuüben, lehnt er ab. Er scheint sich bewusst mit der Problematik, dass dadurch vielleicht einige Probleme von Patienten auf der Strecke bleiben, auseinandergesetzt zu haben.

Ankerbeispiel 2)

A: „Richtig Klarheit kann man sich schwer verschaffen in so einer Praxissituation... vermuten müsste ich's wohl... nech ... ob ich es wirklich tue, ist auch ne zweite Frage, weil ich, ehm ja, da kommt wirklich das Zeitargument, denn man beschäftigt sich mit den Anforderungen, die unmittelbar an einen gestellt werden und ist nicht immer ganz frei so für auch ganz eigene Gedankenwege. Denn wenn jemand kommt und sagt: ‚Ich habe ständig Kopfschmerzen!‘, und es ist jemand, der keinen Termin hat und die nächsten vier warten auch schon, dann ist es halt die Frage, ob ich da ein weitergehendes Gespräch mit sehr sehr behutsamem Vorgehen, was man da ja leisten muss, ob das wirklich da drin ist, nech... ich geb auch zu, dass ich das manchmal vernachlässige.“

Ankerbeispiel 3)

F: „Was sind Hindernisse, warum so etwas nicht zur Ansprache kommt?“
 A: „Ja ... man denkt vielleicht nicht oft genug dran, aber das volle Wartezimmer oder auch eben doch die Zeit sind schon Hindernisse.“
 F: „Aber Sie sagten doch, dass sich die Zeit organisieren lässt!“
 A: „Ja, ... an sich ist das auch möglich, wenn das erste Gespräch stattgefunden hat – das, eh, dauert ja meist etwas länger – dann geht das ganz gut, dann kann man ja offen sagen: ‚Sehen Sie heute ist das Wartezimmer sehr voll, machen wir es doch so, Sie kommen morgen und dann machen wir einen Gesprächstermin!‘ oder man kann die Gespräche in kleine Portionen teilen! Aber ich denke, dass mich ein gewisser Zeitdruck – und den habe ich bei vollem Wartezimmer – vielleicht manchmal nicht ganz offen für das Thema oder solche Art Probleme sein lässt – es geht ja jetzt um die Ansprache!“

Diese beiden Ankerbeispiele verdeutlichen, dass sich der Faktor Zeit dann gut organisieren lässt, wenn der Patient für den Arzt deutlich sichtbar äußert, dass ein längeres Gespräch nötig ist. Die Sensibilität, auf versteckte Hinweise des Patienten aufmerksam zu werden, leidet unter dem Zeitdruck z. B. eines vollen

Wartezimmers allerdings schon. Diese Problematik lässt sich nach Einschätzung der Ärzte auch nur dann überwinden, wenn es dem Arzt ganz besonders wichtig ist und er immer wieder versucht, bewusst dieses Problem zu überwinden.

Muster B: Hindernisse auf Seiten der Ärzte

„Ich spreche es schon an, wenn ich den Verdacht richtig so, ... wenn der soweit in meinem Kopf nach vorne kommt, dass es auch ein formulierungsfähiger Gedanke wird, ganz oft ist es mehr so eine diffuse Ahnung ...ehm...die man dann mehr so nach hinten schiebt.“

Innere Widerstände der Ärzte, „häusliche Gewalt“ anzusprechen, stellen ein wesentliches Hindernis dar. Je bewusster sich der Arzt jedoch dieser Widerstände ist, desto wahrscheinlicher ist es, dass sie bewusst überwunden werden.

Hindernisse, die den Ärzten zuzuschreiben sind, können einerseits durch die Tagesform und die allgemeine Stimmungslage des Arztes bedingt sein, andererseits durch dauerhafte innere Widerstände des Arztes, derartige Gespräche zu führen. Vor allem Ärztinnen berichteten in den Interviews erstaunlich offen von diesen inneren Barrieren. Relativ häufig wurde angesprochen, dass sie Probleme haben, genügend Distanz zu dem Opfer zu wahren. Das Mitgefühl oder auch das Mitfühlen scheint in solchen Fällen gerade bei Ärztinnen z. T. sehr ausgeprägt zu sein, was wiederum dazu führt, dass dieses Thema lieber gemieden wird. Ein weiterer Punkt, der zu inneren Widerständen führt, scheint das Schamgefühl zu sein oder die Unfähigkeit des Opfers, die Situation zu managen. Nach dem Konzept von Übertragung und Gegenübertragung werden von einigen Ärzten die Gefühle des Opfers offenbar mitempfunden. Da dies Gefühl auch für den Arzt unangenehm ist, kann sich ein Kreislauf entwickeln, wenn der Patient dies merkt und sich dann noch unsicherer fühlt und sich dies wiederum auf den Arzt überträgt. Ärzte, die das bereits erlebt haben, sagen eindeutig, dass sie solche Themen lieber meiden, dennoch besteht natürlich ein eigener Anspruch, die inneren Widerstände zu überwinden, was jedoch nicht immer gelingt. Wobei deutlich wird, dass für die

erfolgreiche Überwindung eines solchen Hindernisses eine selbstkritische und selbstreflektierende Haltung des Arztes notwendig ist.

Als eher kurzfristiges, sporadisches und „unberechenbares“ Problem ist die Tagesform des Arztes anzusehen. Es gibt Tage, an denen Ärzte nicht bereit sind, auf derartige Probleme einzugehen, weil ggf. eigene Probleme im Vordergrund stehen. Auch diese Einschränkung hat jedoch praktische Relevanz.

Ankerbeispiel 1)

F: „Welche Rolle spielt der Faktor Zeit?“

A: „Die Zeit ist nicht das Problem, das Problem ist eher das Ansprechen, vielleicht sollte man selbst häufig aktiver nachfragen, aber das ist irgendwie schwer! Ich glaube, dass das Problem immer ist, dass die sich schämen und dass sich diese Scham überträgt, also dass ich diese Scham auch empfinde und deshalb auch eine innere Sperre habe.“

Ankerbeispiel 2)

F: „Fühlen Sie sich sicher im Umgang?“

A: „Also, mittlerweile schon, also ich mach's nicht immer gerne, gerade wenn ich selbst im Stress bin und, ehm, also hier in der Praxis oder auch privat und vielleicht nicht so hundertprozentig fit bin oder so was, dann....dann geht's nicht, das merkt man aber auch, aber eigentlich mache ich das auch gerne, na ja, ich muss sagen, einer am Tag, das reicht halt auch, aber ähm oft mach ich es schon auch gerne!“

Diese beiden Beispiele verdeutlichen, dass die persönliche Tagesform eine entscheidende Rolle spielt. Im ersten Beispiel beschreibt die Ärztin, dass sich die Scham der Patienten auf sie überträgt – sie diese nachempfindet. Sicher wird sie sich an Tagen, an denen es ihr selbst gut geht, dieser unangenehmen Situation eher stellen, als an Tagen, an denen es ihr selbst nicht so gut geht. Auch die Ärztin im zweiten Beispiel hat sich schon bewusst mit der Frage der persönlichen Tagesform auseinandergesetzt. Auch sie hat das Gefühl, diesen Patienten nicht gut begegnen zu können, wenn sie selbst „nicht hundertprozentig fit“ ist.

Muster C: Hindernisse auf Seiten der Patienten

„Wobei es durchaus auch Situationen gibt, wo man die Patienten dann darauf ansprechen muss, wo sie denn das blaue Auge her haben oder was passiert ist und wo man häufig auch Abwehrreaktionen dann bekommt, in der Form, dass Patienten dann eben nicht sagen, dass „häusliche Gewalt“ dahinter steckt, sondern es dann eben die Tischkante war.“

Barrieren, die auf Seiten des Patienten zu finden sind, werden von Ärzten akzeptiert und respektiert, weshalb sie nur dann durchbrochen werden, wenn das Opfer genug Eigeninitiative entwickelt.

Aus Sicht der Ärzte sind Hindernisse, die auf der Seite der Patienten liegen nur sehr schwer bis zum Teil gar nicht zu überwinden. Diese Barrieren lassen sich in zwei Formen von Barrieren gliedern: Einerseits innere Widerstände oder Barrieren, die durch den Arzt zum Teil beeinflussbar sind, andererseits äußere Barrieren, die durch den Arzt nicht zu beeinflussen sind. Zu den inneren Barrieren kann eine „innere Sperre“ des Patienten, sich jemandem anzuvertrauen, aber auch das Leugnen vor sich selbst, Opfer häuslicher Gewalt zu sein, oder auch ein mangelndes Bewusstsein dafür, dass ihre Situation nicht normal und das, was ihnen widerfährt nicht rechtens ist, gezählt werden. Unter die „äußeren Barrieren“ fällt vor allem das Unvermögen, die deutsche Sprache zu sprechen, aber auch ein Mindestmaß an finanziellen Möglichkeiten und damit ein gewisses Maß an Unabhängigkeit vom Partner. Zudem äußerten die Ärzte den Eindruck, dass die Wahrscheinlichkeit, dass eine Frau versucht, der Situation zu entkommen, mit der Anzahl der Kinder sinkt. Diese „äußeren Barrieren“ können in der Regel selbst mit viel Engagement und Eigeninitiative des Opfers nur sehr schwer überwunden werden.

Ankerbeispiel 1)

F: „Haben Sie auch Erfahrungen mit Ausländerinnen oder Migrantinnen, also Leuten aus einem anderen sprachlichen und kulturellen Kreis?“

A: „Ausländer haben Sie jetzt gesagt, das kommt ja nicht von mir, aber ich würde dem zustimmen, dass in bestimmten, also zum Beispiel türkischen Kreisen, ist, glaube ich, völlig erlaubt, jetzt die Frauen zu schlagen... könnte ich mir vorstellen... ist so, jedenfalls ist das hier die Realität, weil die mehr oder weniger als Leibeigene angesehen werden.“

F: „Bestehen dort auch sprachliche Probleme? Oder sprechen die so gut deutsch, dass Sie sich mit denen verständigen können?“

A: „Die, die Deutsch sprechen, sind sehr viel besser dran... und auch ein Stück freier. Die, die kein Deutsch sprechen, sind ganz schlecht dran, die müssen immer ein Familienmitglied mitbringen zum Übersetzen... das sind dann häufig Kinder, die verstehen zum einen die ganze Problematik nicht und außerdem wollen sie natürlich vor den Kindern nicht über das Ganze erzählen, also das ist ein Riesenproblem dann!“

F: „Wie können Sie das Problem hier lösen? Gibt es türkisch- oder kurdischsprachige Anlaufstellen oder Psychotherapeuten?“

A: „Nein, ... ich finde die Lösung muss anders aussehen. Sag ich Ihnen ganz offen, also, denn ich finde, dass diese Frauen deutsch lernen müssen – das ist die Lösung! [...] Ich hab auch die Erfahrung gemacht, dass viele auch gar nicht wollen – zu einem türkischsprachigen Arzt oder Therapeuten, denn das ist dann meist wieder ein Mann, und der könnte sich ja mal eben ans Telefon hängen!“

Dieser Arzt beschreibt sehr eindringlich die Problematik von Migrantinnen. Er gibt bereits einen Lösungsvorschlag, der auf lange Sicht sicher erstrebenswert ist. Fraglich ist jedoch, ob dieser Vorschlag auch akut in der Situation hilfreich ist. Auf diese Frage wird im Kapitel 5.0 Diskussion näher eingegangen.

Ankerbeispiel 2)

A: „Man kann letztlich nur spekulieren, dass bei einem Großteil der doch schwer depressiven türkischen Hausfrauen, die ich so im Auge habe, zwischen 25 und 45 Jahren, dass da, äh, so eine Art psychische Gewalt auch so im Hintergrund ist, aber, äh, sie haben große Schwierigkeiten erstens davon zu sprechen und zweitens dann auch den Zusammenhang herzustellen!“

F: „Sprechen Sie so was an?“

A: „Also ich spreche es an, wenn es zu einer Medikalisierung führt, die äh offensichtlich, ähm, alles noch oder, ähm, die nichts bessert. Wenn ich mitkriege, dass eine Frau über fünf oder zehn Jahre Psychopharmaka nimmt und, äh, davon 30 kg zugenommen hat, aber dafür noch genauso depressiv ist wie vorher, dann spreche ich schon an, dass da vielleicht eben auch an den Ursachen, äh, nichts geändert wird ... muss dann, ... äh, muss aber gestehen, dass ich da nun kein spezifisches Hilfesystem für, äh, Frauen aus diesem Kulturkreis kenne. Der türkische Psychiater, den es hier im Stadtteil gibt, der medikalisiert noch schneller und kräftiger als der deutsche Psychiater und, äh, ... na ob das hilft, ist ein anderes Thema!“

Auch in diesem Beispiel wird die Aussichtslosigkeit von Migrantinnen deutlich. Immer wieder wurde in den Interviews deutlich, dass die Ärzte auch für den Fall, dass sie helfen wollten, gar nicht wüssten, wie sie das realisieren könnten, vor allem dann, wenn die deutsche Sprache praktisch nicht gesprochen wird oder die Patienten in festen kulturellen oder familiären Strukturen „gefangen“ sind.

Ankerbeispiel 3)

A: „Also meine Erfahrung ist, dass die Menschen selber entscheiden müssen, ob sie darüber sprechen, dass ich ihnen signalisiere: ich bin bereit, wir können das machen, aber dass man keinen drängen kann, dass jeder sein Tempo selber bestimmen muss!“

Diese Ärztin macht deutlich, dass sie niemanden dazu zwingen kann, sich ihr zu öffnen. Die inneren Barrieren können also nur vom Opfer selbst überwunden werden. Sie versucht, ihnen diesen Schritt möglichst einfach zu machen, indem sie Offenheit zum Reden signalisiert, aber den Schritt, sich Hilfe zu holen, muss der Patient alleine gehen.

4.5 Das Äußern eines Verdachtes – positive und negative Erfahrungen

„[...] und dann kommt meist das von denen (den Patienten), dass sie dann erzählen!“

„[...] ich hab auch schon erlebt, dass eine Patientin nicht wiedergekommen ist – äh, ich habe sie dann noch zwei Mal telefonisch gebeten, doch bitte zu kommen, aber sie ist nicht mehr gekommen!“

Einführung:

Die Erfahrungen, die bei Äußerung eines Verdachtes von Ärzten gemacht werden, scheinen für viele Ärzte wichtig und interessant zu sein. Dabei wurde deutlich, dass sich einige Ärzte durchaus die Frage stellen, was sie beim nächsten Mal besser machen können, wenn der Patient das Gesprächsangebot nicht wahrnimmt oder den Kontakt zum Arzt abbricht. Die Unsicherheit im Umgang mit dem Thema in einer unausgesprochenen Situation scheint im Gegensatz zur offenen Situation, wenn Arzt und Patient erst einmal offen über die Problematik gesprochen haben, relativ groß zu sein. Einige Ärzte fragten nach dem Interview sogar explizit danach, was für Erfahrungen Kollegen gemacht haben, anscheinend um Sicherheit in ihrem eigenen Vorgehen zu erlangen.

Insgesamt lässt sich sagen, dass positive Erfahrungen gegenüber den negativen überwiegen und positive Erfahrungen vor allem eine größere zeitliche Konstanz aufweisen, wohingegen negative Erfahrungen eher Einzelbeispiele darstellen.

Dimensionierung und Musterbildung:

Beim Durcharbeiten der Interviews wurde schnell deutlich, dass die ärztlichen Erfahrungen nach Ansprache des Themas „häusliche Gewalt“ wie zu erwarten positiv oder negativ ausfallen können. Allerdings sind nicht nur Extreme zu erkennen, die Qualitäten der einzelnen Erfahrungen unterliegen Abstufungen. Darstellen kann man die Qualität der Erfahrungen auf einer Skala, die von positiv bis negativ reicht. Bezüglich dieser Untersuchung ist zu erwähnen, dass die Extreme der Skala (Muster A und D) jeweils nur auf Schilderung einer Ärztin/eines Arztes beruhen. Die Erfahrungen der Meisten liegen offenbar im Mittelfeld, zudem ist die unter Muster A geschilderte Erfahrung der Ärztin eine dauerhafte, wohingegen Muster D eine Einzelerfahrung des betroffenen Arztes darstellt.

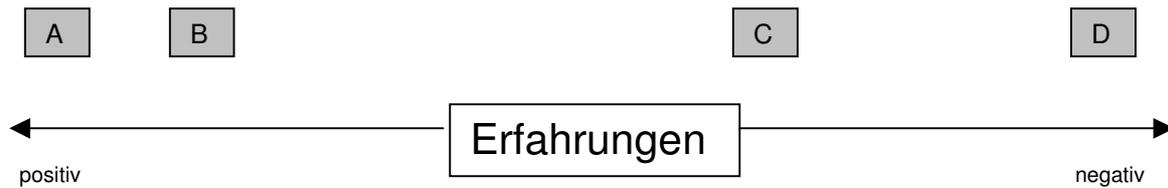


Abb. 8: Dimensionierung Erfahrungen

- **Muster A: Redebereitschaft spricht sich herum; Patienten kommen von sich aus**

„Inzwischen spricht sich das rum! Und ich denke sogar, ich habe in den letzten Wochen erstaunlich viele gehabt!“

- **Muster B: Signal der Redebereitschaft wird wahrgenommen**

„Es ist auch schon häufiger vorgekommen, dass Patienten mit solchen Verletzungen kamen und die Ansprache blockiert haben, aber dann sechs Wochen später oder so dann angefangen haben davon zu sprechen, also von sich aus!“

- **Muster C: Das Opfer blockiert die Ansprache**

„[...] dann kommt häufig von den Leuten so: ‚Nee, nee das passiert nicht, nein, nein so schlimm sind sie ja auch nicht, nee hauen tun sie mich nicht!‘ Und trotzdem mache ich mir Sorgen.“

- **Muster D: Bedrohung des Arztes durch den Täter**

„Ich hab mir sogar schon überlegt, wie ich flüchte, wenn der Kerl hier mal auftaucht!“

Muster A: Redebereitschaft spricht sich herum; Patienten kommen von sich aus

„Inzwischen spricht sich das rum! Und ich denke sogar ich habe in den letzten Wochen erstaunlich viele gehabt!“

Signale des Arztes, offen für ein Thema wie „häusliche Gewalt“ zu sein, sprechen sich unter den Patienten herum. Vor allem, wenn der Arzt diese Offenheit unabhängig von einem dringend vorliegenden Verdacht signalisiert. Diese allgemeine Offenheit kann dazu führen, dass Patienten von sich aus mit diesem Thema an den Arzt herantreten.

Wie bereits erwähnt, handelt es sich im Falle dieses Musters lediglich um die Erfahrungen einer Ärztin. Die Frage nach der häuslichen Situation, dem

sozialen Umfeld und psychosomatischen Erkrankungen bereits in der Anamnese, unabhängig was der Hauptgrund der Arztkonsultation ist, hat zur Folge, dass viele Frauen die Offenheit wahrnehmen und recht schnell von sich aus beginnen darüber zu sprechen. Zudem spricht sich diese Offenheit unter den Patienten herum. Dies hat zur Folge, dass neue Patienten wegen zu Hause erfahrener Gewalt kommen. In Kapitel 4.7 wird näher auf die Rolle der Persönlichkeit des Arztes und seine Lebenserfahrung eingegangen, die in diesem Fall sicher eine entscheidende Rolle spielen. Voraussetzung, solche Erfahrungen machen zu können, ist neben großem Interesse auch vor allem ein Bewusstsein für die Relevanz des Themas und daraus resultierend der Wille, den Betroffenen zu helfen. Beides wurde im Interview deutlich. Wie im Ankerbeispiel ersichtlich, ist es offenbar sinnvoll, die Punkte „soziales Umfeld“ und „psychosomatische Erkrankungen“ in die Anamnese mit aufzunehmen, da die Betroffenen so dennoch die Möglichkeit haben, selbst zu bestimmen, was und in welchem Tempo Dinge angesprochen werden, die Punkte aber trotzdem richtungweisend sind. Die Folgen dieser signalisierten Offenheit bedeuten zwar (kurzfristig) einen spürbar größeren Zeitaufwand, dieser spart jedoch durch Prävention langfristig Zeit und es ergeben sich befriedigendere Ergebnisse in der Behandlung von Patienten. Wichtig ist, dass die Patienten – sowohl die, die „häusliche Gewalt“ erleben oder erlebt haben, als auch die, die nicht davon betroffen sind – es offenbar nicht als zu großen Übergriff in ihr Privatleben empfinden. Die Reaktionen bzgl. der Aufnahme in die allgemeine Anamnese sind durchweg positiv.

Ankerbeispiel:

F: „Wie kommt es dazu, dass Sie sagen, Gewalt in der Familie, oder im sozialen Nahraum ist hier Thema bei jeder dritten Frau?“

A: „Also, ich stelle natürlich Fragen. Also, neben Fragen, welche Krankheiten stattgefunden haben, frage ich auch immer: wie leben die Leute? Nach dem sozialen Umfeld oder auch psychosomatische Störungen, da frag ich immer, wo die Ursache sein könnte, was ist da der soziale Zusammenhang. Und da bin ich überrascht, wie viele Frauen auch, äh, sprechen über ihre Probleme, das ist unglaublich... ich glaube, dass, äh, in anderen Praxen ist es nur deshalb scheinbar so wenig, weil man, äh, immer von den äußeren Verletzungen ausgeht, die sieht man natürlich nur sehr selten – die Meisten verstecken die blauen Flecken oder sonstige Verletzungen oder man sieht schon gar nichts mehr – also ich sprech das Thema Familie einfach an!“

F: „Ehm, haben Sie denn immer gute Erfahrungen gemacht, oder auch...?“

A: „Also, ja, man öffnet natürlich ein Fass und zwar, ich denke, die meisten haben Angst, weil man dann Zeit braucht und zwar richtig viel Zeit, wenn ich das merke, dass da ganz viel ist, dann muss ich eben Gesprächstermine anbieten – die muss man dann eben aus der Sprechstunde rausnehmen, aber klar die Meisten haben Angst, dass es zu viel Arbeit wird!“

F: „Aber Sie scheinen es ja irgendwie hinzukriegen! Auch ohne Honorierung also finanzielle Honorierung eines so langen Gesprächs!“

A: „Stimmt – es wird nicht ausreichend honoriert, aber das interessiert mich eigentlich weniger, es ist mehr so, dass ich den Eindruck hab, dass wenn man dieses Problem anspricht und da was verändern kann, dann ist es eigentlich Präventionsarbeit, denn dieser Frust, dass Patienten immer und immer wieder kommen und die Symptome werden nicht besser und man hilft ihnen kaum, da investieren Sie auch eine Menge Zeit, und, ich denke, ein Gespräch aus der Sprechstunde auszugliedern, um einfach die Richtung zu ändern, äh, was brauchen sie eigentlich, das zahlt sich letztlich aus!“

F: „Erleben Sie das denn auch, dass Patienten Sie von sich aus ansprechen?“

A: „Ja! Inzwischen spricht sich das rum! Und ich denke sogar, ich habe in den letzten Wochen erstaunlich viele gehabt!“

F: „Also, dadurch dass sich unter den Patienten herumspricht, dass Sie offen sind für so was?“

A: „Ja genau!“

F: „Das ist ja auch positiv!“

A: „Ja, also ich mach das auch gern und ich empfinde das auch als Erfolgserlebnis, wenn Frauen über ihre Probleme sprechen!“

Auf die Problematik der Honorierung wird im Kapitel 5.0 Diskussion Seite 103 näher eingegangen.

Muster B: Signal der Redebereitschaft wird wahrgenommen

„Es ist auch schon häufiger vorgekommen, dass Patienten mit solchen Verletzungen kamen und die Ansprache blockiert haben, aber dann sechs Wochen später oder so dann angefangen haben davon zu sprechen, also von sich aus!“

Signalisiert der Arzt Redebereitschaft, fällt es Opfern von häuslicher Gewalt oft schwer, das Angebot sofort wahrzunehmen, dennoch wird ein Prozess in Gang gesetzt, der bewirkt, dass sich das Opfer mit der Möglichkeit zu reden auseinandersetzt und dies dann zeitversetzt in die Tat umsetzt.

Alle Hausärzte, konnte davon berichten, dass das Signal, redebereit oder offen dem Thema gegenüber zu sein, häufig zu einer zeitversetzten Inanspruchnahme durch den Patienten führt. Nach Erfahrungen der Ärzte fällt es Patienten oft schwer, das Angebot direkt wahrzunehmen, weil es in der Regel von ihnen

nicht bewusst geplant war, ein Gespräch zu führen. Sofort wird das Angebot hin und wieder dann angenommen, wenn Patient und Arzt sich schon länger kennen – bereits eine Vertrauensbasis besteht. In diesem Zusammenhang berichteten einige Ärzte, dass sie vor allem dann, wenn sie das Gefühl haben, dass das Signal nicht richtig angekommen ist, zusätzlich auf die ärztliche Schweigepflicht auch Familienangehörigen gegenüber hinweisen und damit häufig sehr gute Erfahrungen gemacht haben. Im Gegensatz zu Muster A äußern die Ärzte hier jedoch nur dann den Verdacht, wenn sie diesen auch haben und zusätzlich dran denken ihn zu äußern. Dadurch werden viele Betroffene nicht angesprochen, was sich auch in der Anzahl der Gespräche zum Thema zeigt. Prinzipiell lässt sich anhand dieses Musters ein Kritikpunkt in der Ausbildung von Medizinern verdeutlichen. Jeder Arzt hat diese Erfahrungen gemacht, hat aber auch erst im Laufe der Berufsjahre erkannt, dass es durchaus einen Sinn hat, so ein Thema anzusprechen, auch wenn zuerst einmal keine Reaktion kommt. Wäre dieses Thema Inhalt der Ausbildung von Medizinern, könnten solche Erfahrungen weitervermittelt werden und müssten nicht von jedem aufs Neue gemacht werden.

Ankerbeispiel:

F: „Haben Sie da bis jetzt immer positive Reaktionen erfahren?“

A: „Also, wenn ich so was anspreche, führt es meist nicht sehr viel weiter, weil, ähm, die Situation ganz häufig auch verteidigt wird von den betroffenen Menschen...also die Lebenssituation...ist mein Eindruck!“

F: „Und erleben Sie es, dass Opfer dann später noch mal auf Sie zurückkommen?“

A: „Ja, ja! Das ist, glaube ich, auch bestimmt der tiefe Sinn einer solchen Initiative von meiner Seite aus, dass man eine Tür aufmacht und die Möglichkeit sozusagen weiter zu sprechen überhaupt erstmal eröffnet, und, ich glaube, insofern ist es auch richtig das zu tun... ja, aber ich gebe auch zu, dass ich das manchmal vernachlässige!“

Im geschilderten Ankerbeispiel macht der Arzt selbst darauf aufmerksam, dass die Tatsache, dass der Verdacht geäußert wird, eindeutig positive Erfahrungen nach sich zieht, allerdings die Vernachlässigung der Ansprache im Alltag durchaus eine Rolle spielt. In diesem Punkt wird deutlich, dass Opfer oder allgemein Beteiligte sozialer Probleme häufig auf die Hilfe Anderer angewiesen sind, diese aber für eine große Anzahl anderer Probleme zusätzlich zuständig sind und deshalb nicht immer an die selteneren Punkte denken. Dieses

Problem lässt sich zum einen der Persönlichkeit des Arztes zuschreiben, könnte aber durch ein Abfragen in der allgemeinen psychosozialen Anamnese eingeschränkt werden. Die gute Erfahrung beim Ansprechen gegenüber Patienten wird in dem Beispiel deutlich ausgedrückt, bedarf aber einer Nachfrage. Zuerst wird vom Arzt gedanklich eine Situation rekonstruiert, bei der die anfängliche abblockende Situation zum Ausdruck kommt. Diese erste Reaktion macht es offenbar vor allem unerfahrenen Ärzten oder auch weniger reflektierten Ärzten schwerer, einen Erfolg in ihrem Handeln zu erkennen.

Muster C: Das Opfer blockiert die Ansprache

„[...] dann kommt häufig von den Leuten so: ‚Nee, nee das passiert nicht, nein, nein so schlimm sind sie ja auch nicht, nee hauen tun sie mich nicht!‘ Und trotzdem mache ich mir Sorgen.“

Wenn der Patient auf das Ansprechen des Themas mit Abbruch des Kontaktes oder Blockade des Gesprächs reagiert, können zwei Reaktionsweisen beobachtet werden: Entweder sucht der Arzt die Gründe für das Scheitern des Gesprächs bei sich selbst – was habe ich falsch gemacht? Oder er macht den Patienten verantwortlich, der sich dann offenbar einfach nicht helfen lassen möchte. Das Opfer bestimmt das Tempo und muss gleichzeitig einen Hauptimpuls zum Handeln aufbringen.

Nachdem die eher negativen Erfahrungen der Ärzte bei Verdachtsäußerung ausgewertet waren und verglichen werden konnten, ergab sich, dass Ärzte auf zwei Arten mit dieser Erfahrung umgehen. Entweder sie suchen den Grund in ihrem eigenen Verhalten und sehen die Schuld eher bei sich selbst oder sie haben das Gefühl, richtig gehandelt zu haben und sehen den Grund für das Scheitern des Gesprächs eher beim Opfer, das sich eventuell vom Hausarzt gar nicht helfen lassen möchte. Die Suche der Schuld bei sich selbst tritt auch dann eher auf, wenn der Patient nicht mehr wieder kommt oder dem Arzt auf andere Art und Weise verdeutlicht, dass ein solches Ansprechen nicht erwünscht ist. Geht der Patient hingegen einfach nicht auf das Angebot ein, ohne jedoch dem Arzt das Gefühl zu geben, dass die Vertrauensbasis verloren gegangen ist bzw. dass er das Vorhandensein dieses Vertrauens falsch eingeschätzt hat, wird

häufiger angenommen, dass das Opfer einfach nicht mit dem Hausarzt darüber sprechen will. Zudem ist entscheidend, ob der Arzt eher intern oder extern attribuiert, dass heißt, ob er Erfolge und Misserfolge eher sich selbst und seinen eigenen Fähigkeiten oder Anderen bzw. äußeren Umständen zuschreibt. Auf persönliche Eigenschaften des Arztes wird in Kapitel 4.6 näher eingegangen. Zusätzlich konnte herausgearbeitet werden, dass in dem Zusammenhang mit negativen Erfahrungen nach Verdachtsäußerungen nicht nur die direkte Reaktion des Patienten angesprochen wurde, sondern häufig auch darauf hingewiesen wurde, dass die längerfristige Erfahrung oft nicht sehr befriedigend ist. Die Ärztin im folgenden Beispiel beschreibt recht gut, wie sie nach und nach ihren Idealismus, unbedingt helfen zu müssen, abgebaut hat, weil die Erfahrungen auf Dauer eher unbefriedigend sind. Die direkte Reaktion hat zwar zu einem Gespräch geführt, dann ist aber kein weiterer Prozess zustande gekommen, der zu einer Verbesserung der Situation geführt hätte.

Ankerbeispiel 1)

F: „Was sind negative Erfahrungen, die Sie gemacht haben, wenn Sie so ein Thema angesprochen haben?“

A: „Manche Patienten blocken ab, also auch nach mehreren Versuchen, die wollen oder können nicht sprechen – zumindest hier nicht! Früher hatte ich auch noch mehr so einen Idealismus, dass ich immer dachte: das kann doch nicht sein, denen muss man doch helfen können! Aber also ja ... ich hab auch schon erlebt, dass eine Patientin nicht wiedergekommen ist – äh, ich habe sie dann noch zwei Mal telefonisch gebeten, doch bitte zu kommen, aber sie ist nicht mehr gekommen! Und sonst, man merkt halt, dass es häufig nicht klappt – die Frauen trennen sich nicht oder sie wollen nicht zum Therapeuten, also manche können oder wollen keine Hilfe, glaube ich, annehmen.“

Dieser Interviewauszug verdeutlicht die zum Teil sehr hohen Ansprüche, die einige Ärzte an sich stellen. Diese Ärztin erkennt einen Erfolg nur dann an, wenn sich das Opfer auch tatsächlich trennt. Vielleicht hilft es ihm aber schon, einen Verbündeten in der Situation zu haben.

Diese Ansprüche führen bei den jeweiligen Ärzten zu dem Gefühl, Misserfolge zu haben. Inzwischen weiß man, dass eine Frau im Durchschnitt sieben Anläufe braucht, um sich endgültig zu trennen (Hellbernd K. et al. 2004). Mit diesem Wissen würde die Ärztin den Misserfolg sicher nicht als solchen bewerten.

Ankerbeispiel 2)

F: „Vermuten Sie „häusliche Gewalt“ häufiger als dass sie es wissen? Oder besser, vermuten Sie manchmal, da könnte etwas vorliegen, aber man spricht es erstmal nicht an?“

A: „Ich sprech das dann schon an, aber dann hab ich häufig bei den alten Leuten so: ‚Nee, nee das passiert nicht, nein, nein so schlimm sind se ja auch nicht, nee hauen tun se mich nicht!‘ Und trotzdem mache ich mir Sorgen!“

F: „Ja, man kann die Leute nicht zwingen!“

A: „Ja, und das ist dann ganz schwer in der Situation, die möglichen Täter damit zu konfrontieren – hab ich bisher nicht gemacht, einfach auch aus der Sorge, dass die dann einfach den Kontakt abbrechen, und die sind ja meist diejenigen, die den Hausarzt anfordern... und ... insofern, wenn die dann den alten Menschen zwingen, sich einen anderen Hausarzt zu suchen, der noch weniger davon weiß, dann macht man noch größeren Schaden und insofern, ja, um eben diesen Kontakt nicht zu verlieren – das ist ja ein Nachteil unseres Systems, dass wir hier kein Primärarztsystem haben wie in England, wo die Leute zu dem Arzt müssen und sonst gar nicht woanders hinkommen, da können se schlechter davonlaufen – hier können sie, sobald wir Druck machen oder auch nur mal kritisch nachfragen, können die sofort den Arzt wechseln, was sicherlich für viele psychische Probleme ein Nachteil ist. Jetzt sehr allgemein, aber auch eben für psychische Gewalt, weil die Leute dann eben immer wieder abtauchen können!“

Hier wird ein interessanter Aspekt in Hinsicht auf die Strukturen des deutschen Gesundheitssystems angesprochen. Dadurch, dass sich jeder seinen Arzt aussuchen kann und ihn auch dann wechseln kann, wann er gerade möchte, wird es Hausärzten erschwert, in solchen Fällen einen gewissen Druck auf Patienten auszuüben. Dadurch wird noch einmal mehr verdeutlicht, dass der grundsätzliche Wille, etwas zu verändern, tatsächlich vom Patienten ausgehen muss.

Muster D: Bedrohung des Arztes durch den Täter

„Ich hab mir sogar schon überlegt, wie ich flüchte, wenn der Kerl hier mal auftaucht!“

In seltenen Fällen kann es zu einer empfundenen oder realen Bedrohung des Arztes durch den Täter kommen – vor allem, wenn dieser den Arzt für die Trennung verantwortlich macht.

Wie bereits in der Einführung beschrieben, handelt es sich in diesem Muster nur um einen Arzt, der derartiges berichten konnte. Dennoch besteht ein

gewisses Risiko, was wiederum die Angst einiger Ärzte vor einer solchen Situation nicht vollkommen unbegründet erscheinen lässt. Gerade weil es so selten ist, wird aber auch deutlich, weshalb eine Aufklärung von Medizinern sinnvoll wäre.

Ankerbeispiel:

A: „Wohingegen ein anderer Fall, da haben wir damals für Trennung schon auch plädiert, wenn auch nicht direkt, und da ist der Mann jetzt irgendwo geschieden und wohnt jetzt irgendwo außerhalb von Hamburg, die Angst, nicht wahr, vor diesem gewalttätigen Herren, die ist natürlich immer noch da, also ich muss sagen, selbst ich als Arzt hab da Angst vor dem, weil der psychisch krank ist und der...ne...der das Gefühl hat, wir hätten die Trennung irgendwo forciert!“

F: „Kommt das hin und wieder vor, dass Sie als Arzt Angst vor Tätern haben müssen?“

A: „Sie meinen, dass ich Angst habe – also das kommt extrem selten vor, aber in diesem Fall habe ich sie – ich habe mir sogar schon überlegt, wie ich flüchte, wenn der Kerl hier mal auftaucht!“

F: „Das ist für Sie jetzt aber kein Hindernis, das auch weiterhin anzusprechen?“

A: „Nein! Das kommt alle 20 Jahre mal vor – der hat so eine Gehirn-OP mal hinter sich gebracht, also der hat den sogenannten Waffenschein, näch, früher nannte man das §51 (lacht) – wohnt jetzt auch in einer therapeutischen Gemeinschaft!“

Einerseits wird die Seltenheit eines solchen Ereignisses deutlich, andererseits ist die Angst sicher ernst zu nehmen, wenn sich der Arzt bereits überlegt hat, wie er flüchtet. Im Anschluss an das Interview konnte erfragt werden, dass der Täter bereits mehrfach emotional aufgebracht in der Praxis erschien und den Arzt verbal bedroht hat. Der kritische Punkt in diesem Fall scheint zu sein, dass der Täter den Arzt für die Trennung verantwortlich macht. Die Frage, wie man dieses Problem lösen oder minimieren könnte bzw. was in so einem Fall eine richtige oder sinnvolle Verhaltensweise wäre, konnte weder von dem betroffenen Arzt noch von weiteren Befragten beantwortet werden.

4.6 Dokumentation

„Ich dokumentiere das, um erst mal zwei Dinge für mich zu klären. Erstens worin besteht der Konflikt? Das sagt einem dann nämlich schon, wie das Leben dann weiter geht und auch, dass die Patientin es eben erst mal formuliert und selbst darüber nachdenkt ...“

Die Frage nach der Dokumentation von Verletzungen und Ereignissen bzw. Tathergängen nimmt bei dem Thema „häusliche Gewalt“ eine Sonderstellung in der Tätigkeit des Hausarztes ein, weil die Dokumentation in einem solchen Fall nicht nur dem Arzt selbst dient, sondern im entsprechenden Fall auch als Beweismittel verwendet werden kann. Dessen sind sich die Ärzte bewusst und fast jeder meint dieses auch gewissenhaft und vollständig zu machen. Diejenigen, die es sich nicht selbst zutrauen (in dieser Untersuchung zwei der 19 interviewten Ärzte), überweisen diese Patienten dann meist in die Opferambulanz der Rechtsmedizin oder eine chirurgische Ambulanz. Ein Großteil macht die Dokumentation selbst, zum Teil auch durch die Möglichkeit der Fotodokumentation unterstützt. Die Frage, ob diese Art zu dokumentieren auch tatsächlich ausreicht, war im Rahmen dieser Untersuchung nicht feststellbar. Immerhin zwei Ärzte guckten in ihren Patientendateien nach, wie so etwas dokumentiert wurde, und stellten fest, dass sie es vielleicht auch noch genauer hätten machen können. Beide versicherten aber, dass sie in dem Moment, als der Patient da war, sicher der Meinung waren, alles ausreichend dokumentiert zu haben. Weiterhin blieb im Gespräch die Frage offen, ob die Ärzte mit ihrer Einschätzung, womöglich doch nicht ausreichend dokumentiert zu haben, richtig lagen. In diesem Zusammenhang kam zudem immer wieder die Frage nach einem standardisierten Dokumentationsbogen als Orientierungshilfe auf. Allgemein stellte sich diesbezüglich heraus, dass Ärzte, die eine reine Computerdatei haben, dieses Formular dann für sinnvoll hielten, wenn man es auf dem Computer abrufen kann. Diejenigen, die noch mit Karteikarten arbeiten, äußerten meist Bedenken, ob sie dieses Formular im richtigen Moment zur Hand haben würden. Oftmals kam der Einwand, dass sie ein solches Formular nicht besonders häufig bräuchten und sie ohnehin zuviel „Papierkram“ haben.

Darüber hinaus dient die Dokumentation, wie bei jedem Patienten auch dem Arzt. Das folgende Ankerbeispiel verdeutlicht die Problematik recht gut:

„Ich dokumentiere das, um erst mal zwei Dinge für mich zu klären. Erstens: worin besteht der Konflikt? Das sagt einem dann nämlich schon, wie das Leben dann weiter geht und auch dass die Patientin es eben erst mal formuliert und selbst darüber nachdenkt ... da sehe ich schon, ob jemand so was überhaupt schon reflektiert hat, mit der Freundin oder so und schon zwei Schritte weiter ist, das ist schon ganz gut, oder man fängt mit denen eben am Anfang an und fragt: ‚Ja was ist es denn? Wo ist denn nun der Konflikt? Von welcher Art ist das?‘ Und das zweite, was sich dann daraus ergibt, ist die Frage der Strategie! Was für eine Konsequenz hat das? Wie sieht eine Therapie oder eine Hilfestellung aus? Und was ich mir dann denke, wo es hingehen könnte, mach ich mir dann auch ein zwei Sätze, damit ich diesen Weg weiterverfolge. Nicht dass ich das nächste Mal, wenn die wiederkommen, wieder von vorne anfangen. Sonst schaff ich meine Arbeit nicht. Man muss so was strukturieren, man will ja zusehen, dass man die Leute gesund kriegt! Man kann ja nicht Stunden damit rummachen!“

Anhand dieses Beispiels wird sehr gut deutlich, dass die Dokumentation für einen Großteil der Ärzte besonders der Strukturierung und Organisation der Situation dient. In einem Großteil der Fälle ist das auch das Wichtigste, da es relativ selten dazu kommt, dass eine Dokumentation der Verletzungen von einem Anwalt oder Gericht angefordert wird. In dem Punkt besteht auch das Problem, dass eine solche Dokumentation verhältnismäßig zeitaufwändig und darüber hinaus für den Patienten oft unangenehm ist. Da es nun zusätzlich sehr selten vorkommt – die meisten Ärzte hatten noch nie eine Aufforderung vom Anwalt oder einem Gericht, die Ergebnisse der Untersuchung zu schicken –, vermuten einige Ärzte in den Interviews, dass die Dokumentation nicht immer optimal ist. Zehn der 19 Ärzte nannten von sich aus die Möglichkeit, den Opfern nahezu legen, dass sie – wenn sie es ganz professionell dokumentiert haben wollen – in das Institut für Rechtsmedizin am Universitätsklinikum Hamburg Eppendorf gehen sollten.

4.7 Einfluss von Persönlichkeit und Lebenslauf

„[...] ich würde das auf meine Persönlichkeit zurückführen, ich bin nun mal so, ich kümmere mich darum“

Einführung:

Vom ersten Interview an wurde immer wieder die Frage aufgeworfen: Warum fühlen sich einige Ärzte zuständig, sich um Opfer häuslicher Gewalt zu kümmern, und andere nicht? Nachdem der Kurzfragebogen modifiziert wurde, zeigte sich, dass Ärzte, die vor dem Medizinstudium schon einen anderen Beruf erlernt hatten, die Erfahrungen aus diesem Beruf und damit verbunden auch die Erfahrungen des Studiums in einer späteren Lebensphase, selbst mit ihrem Zuständigkeitsgefühl für Opfer häuslicher Gewalt (und weitere soziale Probleme) in Verbindung brachten. Trotzdem ist dieses Zuständigkeitsgefühl nicht nur bei dieser Gruppe zu finden. Weder das Geschlecht noch das Alter oder die Anzahl der Jahre im Praxisalltag scheinen eine ausreichende Erklärung zu bieten, wenngleich das Alter und die Berufserfahrung natürlich einen Lernprozess beinhalten können, der zu mehr Routine führt.

Ein **Zuständigkeitsgefühls für Opfer häuslicher Gewalt** entwickelt zu haben wurde von den meisten Ärzten mit ihrer **Persönlichkeit und ihrem Lebenslauf** in Verbindung gebracht. Da dieser Begriff von den Ärzten eingeführt und immer wieder Verwendung fand und die Meisten ihn als treffend bezeichneten, wurde er in diese Arbeit übernommen. Die Entwicklung von Persönlichkeit ist ein sehr komplexes Gebiet der Psychologie, auf das hier nicht näher eingegangen wird. Es soll kurz erläutert werden, was in diesem Fall unter dem Begriff zu verstehen ist bzw. was er im Rahmen dieser Arbeit bedeutet: Mit dem Begriff „Persönlichkeit“ wurde von den Ärzten bereits der Wunsch, Medizin zu studieren, um anderen Menschen zu helfen, in Verbindung gebracht. Auch das Elternhaus, welches soziale Eigenschaften unterstützt hat, wurde hin und wieder in diesem Rahmen angesprochen. Hinzu kommen Erfahrungen, die im Laufe des Lebens gesammelt wurden, die diesen Impuls, helfen zu wollen, unterstützt haben. Diese Punkte sollen unter dem Begriff Persönlichkeit vereint werden, auch wenn er im Sinne des psychologischen Fachbegriffs anders verwendet wird. Leider konnte im Rahmen der Arbeit nicht erörtert werden welchen Grund Ärzte, die kein ausgeprägtes Zuständigkeitsgefühl besitzen, dafür benennen. Im

Rahmen dieser Arbeit wurden nur Ärzte interviewt, die sich freiwillig – vermutlich bei Interesse – zur Teilnahme bereit erklärten.

Unter diesen Ärzten mit ausgeprägtem Zuständigkeitsgefühl für Opfer häuslicher Gewalt konnten wiederum zwei Gruppen herausgearbeitet werden. Eine Gruppe, die sich selbst der Probleme des Opfers annimmt – die „Akteur“-Gruppe. Eine zweite Gruppe empfand es als angemessen Betroffene an entsprechende „Spezialisten“ (Psychotherapeuten, kirchliche und staatliche Hilfsangebote, usw.) zu vermitteln – die „Vermittler“-Gruppe. Diese beiden Ausprägungen wurden unter der Überschrift **„eigenes Rollenverständnis“** zusammengefasst.

Erst beim zweiten Durcharbeiten der Interviews wurde der zuvor als eigenständig angesehene Aspekt **„Option der medikamentösen Therapie“** in diesen Abschnitt mit aufgenommen. Es fiel auf, dass die Persönlichkeit der Ärzte und damit das eigene Rollenverständnis entscheidenden Einfluss auf die Grundeinstellung zu der Option, in einem Fall akuter oder chronischer Gewalterfahrung Medikamente (Antidepressiva, Sedativa bei Schlafstörungen) zu verschreiben, haben. Die Einstellungen zur medikamentösen Therapie differieren sehr stark zwischen den Ärzten, was schon erkennen lässt, dass es keine eindeutig richtige Therapie für diese Patienten gibt.

Dimensionierung und Musterbildung:

Sowohl das „Zuständigkeitsgefühl für Opfer häuslicher Gewalt“ als auch das eigene „Rollenverständnis“ lassen sich auf einem Kontinuum mit jeweils zwei Extremen darstellen. Das „Zuständigkeitsgefühl für Opfer häuslicher Gewalt“ kann von stark bis gar nicht ausgeprägt sein, die eigene Rolle kann vom Vermittler, der die Opfer eher an weitere Fachgruppen vermittelt, bis zum Akteur, der aktiv versucht die Probleme zu lösen, reichen. Wie sich ein Arzt diesbezüglich verhält, hängt vor allem von seiner Persönlichkeit ab. Einfluss haben diese beiden Punkte auf die Einstellung gegenüber der Option, von häuslicher Gewalt oder Konflikten betroffene Patienten medikamentös zu behandeln. Auch dieser Punkt lässt sich auf einem Kontinuum darstellen. Die Meinung der Ärzte reicht von „keine Option“ bzw. sogar „Kontraindikation“ bis zu der Meinung, dass medikamentöse Therapie eine Lösung darstellen kann. Bezüge zwischen diesen Linien werden im Kapitel „Diskussion“ näher erläutert.

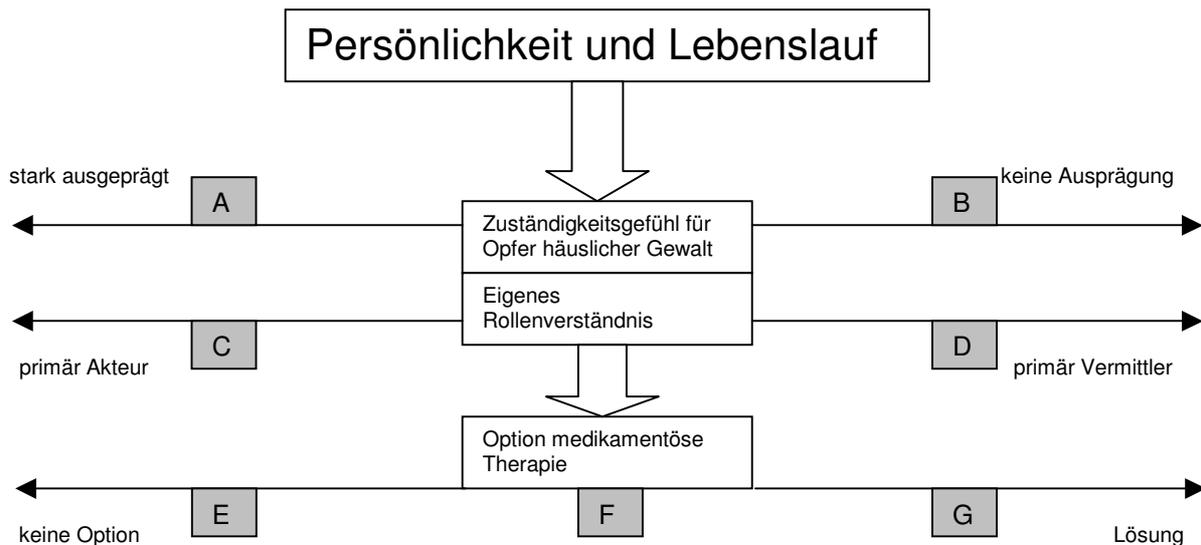


Abb. 9: Dimensionierung Einfluss von Persönlichkeit und Lebenslauf

- **Muster A: Der Arzt betrachtet „häusliche Gewalt“ als Teil seines Aufgabenfeldes**

„[...] und ähm, ja, es ist auch nicht einfach, aber ich denke, es ist schon auch Teil meiner Aufgabe, mich da nicht zu drücken!“

- **Muster B: Der Arzt fühlt sich für Patienten, die von häuslicher Gewalt betroffen sind, nicht zuständig**

„Sie können gerne vorbeikommen und dies Interview machen, aber ich weiß nicht, ob ich Ihnen helfen kann, zu mir kommen solche Patienten nicht, ich denke auch nicht, dass es meine Aufgabe ist.“ (Aussage am Telefon, als um einen Interviewtermin gebeten wurde)

- **Muster C: Der Arzt versucht einen Lösungsweg mit dem Patienten zu entwickeln**

„Das mache ich alles hier, denn Konflikte sind so, die werden hier in diesem Zimmer gelöst.“

- **Muster D: Der Arzt sieht sich primär in der Rolle des Vermittlers und Koordinators**

„Also primär sehe ich meine Rolle schon eher in der Vermittlung von professioneller Hilfe oder auch ehrenamtlichen Organisationen und ähnlichem. Aber wenn jemand sagt: ‚das kann ich nicht und ich kann nur mit Ihnen darüber reden‘, würde ich mich dem auch nicht entziehen, ich reiße mich, glaube ich, nicht darum, aber ich würde mich dem auch nicht entziehen.“

Die Rolle der medikamentösen Therapie bei Opfern häuslicher Gewalt

- **Muster E: Die medikamentöse Therapie ist keine Option für Opfer häuslicher Gewalt**

„Medikamentöse Therapie lehne ich völlig ab, sie (die Opfer) sind ja nicht organisch krank!“

- **Muster F: Medikamentöse Therapie dient als Mittel zum Zweck**

„Die medikamentöse Therapie stellt in meinen Augen keine Lösung dar, sie kann aber ein Weg sein, den Leuten die Möglichkeit zum Handeln zu geben.“
„Ich mache es seltener als ich es für sinnvoll halte, aber es ist sehr schwer, Leute dazu zu bringen, Antidepressiva zu nehmen!“

- **Muster G: In einigen Fällen stellt medikamentöse Therapie eine Lösung dar**

„[...] ja also, es gibt auch Fälle, bei denen die medikamentöse Therapie letztlich die einzige Therapie darstellt, das ist unbefriedigend, aber ich denke schon, dass es auch Patienten gibt, bei denen das so ist.“

Muster A: Der Arzt betrachtet „häusliche Gewalt“ als Teil seines Aufgabenfeldes

„[...] und ähm, ja, es ist auch nicht einfach, aber ich denke, es ist schon auch Teil meiner Aufgabe, mich da nicht zu drücken!“

Die Persönlichkeit des Arztes und die Stationen in seinem Lebenslauf, die ihn geprägt haben, sind hauptverantwortlich dafür, ob der Arzt sich für Opfer häuslicher Gewalt zuständig fühlt bzw. wie weit er sich zuständig fühlt.

Die Tatsache, dass es von Ärzten häufig mit ihrer Persönlichkeit in Verbindung gebracht wurde, dass sie es als ihre Aufgabe betrachten, sich um Opfer jeder Form von häuslicher Gewalt zu kümmern, lässt vermuten, dass es schwierig sein könnte, in irgendeiner Form Einfluss auf diese Einstellung zu nehmen. Häufig wurde berichtet, dass die Erkenntnis der Relevanz des Themas über Erfahrungen mit psychosomatisch kranken Patienten gekommen ist. Auch hier fiel aber auf, dass eine gewisse Grundeinstellung, psychosomatische Erkrankungen ernst zu nehmen, vorhanden sein muss. Die meisten Ärzte kritisierten, dass dieses Thema im Studium sehr zu kurz kommt. Und gerade Ärzte, die während oder vor ihrem Studium nichtmedizinische Berufe oder Jobs ausgeübt haben, nannten immer wieder Erfahrungen aus diesen Tätigkeiten, die sie zu der Erkenntnis gebracht haben, dass psychische Belastungen körperliche

Symptome auslösen können – eine Tatsache die auch in Bezug auf häusliche Gewalterfahrungen in der Literatur belegt ist (Hellbernd K. et al. 2004, Krug E.G. et al. 2002, Schmucl E. et al. 1997). Häufig scheint es demnach nicht unbedingt das Studium zu sein, das diese Einstellung fördert, sondern eher Erfahrungen, die der sonstige Lebenslauf mit sich bringt.

Ankerbeispiel 1)

F: „Und wie ist es dazu gekommen, dass Sie diese Einsicht, dass es für Sie relevant sein könnte, sich so um Probleme von Patienten zu kümmern, erlangt haben?“

A: „Die Ärzte haben ihr Spektrum, was sie behandeln. Es gibt Ärzte, die fassen keine Betäubungsmittel an, insofern können die nie ne Sterbebegleitung machen, trotzdem hat die Sterbebegleitung eine riesige Relevanz, äh ... da bin ich gespannt, wie Sie da wissenschaftlich weiterkommen wollen, ich glaube, dass die 1500 Hausärzte in Hamburg jeder ein eigenes Spektrum haben und einige kümmern sich und einige nicht. Es gibt auch engagierte und weniger engagierte, ne? ... Das ist schwer zu sagen, ich würd das auf meine Persönlichkeit zurückführen, ich bin nun mal so, ich kümmere mich darum. Gekommen darauf bin ich eigentlich über die Psychosomatik, denn der erste Kontakt zum Arzt sind somatische Beschwerden, d. h. das Herzklopfen, die Schlaflosigkeit, das Schwitzen, der Durchfall, Konzentrationsstörungen, erst in zweiter Linie kommen dann, wenn ich bohre, die Tränen und die Depression und dann sind wir erst bei der Gewalt, d. h. ich kann denen Protonen-Pumpen-Inhibitoren geben, ja, dann wird die Gastritis nicht besser, dann machen wir drei Gastroskopien, damit der Gastroenterologe Geld verdient, und der sieht immer eine oberflächliche Antrumgastritis, und dann kriegt der noch mehr PPIs und es wird immer noch nicht besser, dann müssen Sie irgendwann daran zweifeln, dass Sie selbst die richtige Therapie machen. Wenn jetzt aber ein Magenpatient nach sechs Wochen immer noch nicht gesund wird und Sie ihn nur einmal anticken und die Tränen kullern nur so runter, dann wissen Sie, dass Sie den sechs Wochen falsch therapiert haben! So, und jetzt ist nur die Frage: Wie schnell kriegen Sie so was raus? Im ersten Jahr als Arzt brauchen Sie alle Geräte und müssen alles anschmeißen und nach zehn Jahren und erst recht nach 20 Jahren sehe ich es den Leuten an, wenn sie durch die Tür kommen! Ich kann Ihnen bei jedem sagen, ob der organisch oder psychosomatisch krank ist und mindestens jeder dritte in dieser Tür ist psychosomatisch krank – nicht jeder wegen Gewalt! Im Grunde ist das die logische Schlussfolgerung hausärztlichen Handelns!“

Dieser Hausarzt betont vor allem die Erfahrung mit psychosomatisch kranken Patienten in Verbindung mit seiner Persönlichkeit. In seinem Fall spielt auch die Berufserfahrung eine wesentliche Rolle: *„Im ersten Jahr als Arzt brauchen Sie alle Geräte und müssen alles anschmeißen und nach zehn Jahren und erst recht nach 20 Jahren sehe ich es den Leuten an, wenn sie durch die Tür kommen!“* Jedoch konnte nicht allgemein festgestellt werden, dass Ärzte, die

verhältnismäßig lange im Berufsleben sind, die Relevanz in größerem Maße erkannt hätten. Gerade drei Ärzte, die erst ein bzw. sechs Jahre Praxiserfahrung hatten, zeigten sich diesem Thema gegenüber sehr offen und sahen einen großen Sinn darin, gerade psychosomatisch Kranke auf dieses Thema anzusprechen. Demnach scheint eine lange Berufserfahrung zwar ein Vorteil zu sein, jedoch nicht zwingend notwendig. Dieses Ankerbeispiel macht deutlich, dass der Grund für das Engagement schwer ausfindig zu machen ist. Indem der Arzt sagt: „... *das ist schwer zu sagen, ich würd das auf meine Persönlichkeit zurückführen, ich bin nun mal so, ich kümmerge mich darum!*“ wird genau dies verdeutlicht. „Ich bin nun mal so“ drückt aus, dass es sich irgendwie entwickelt hat, und lässt im nächsten Moment die Vermutung aufkommen, dass Menschen, die nicht so sind, auch „einfach so sind“. Demnach scheint diese Eigenschaft bzw. Bereitschaft nur schwer veränderbar zu sein und gleichzeitig eher unbewusst oder automatisch abzulaufen.

Ankerbeispiel 2)

F: „Wie kommt das, dass Sie sich so zuständig für solche Patienten fühlen? Es macht hier ja den Eindruck, als würden Sie sich gerne um solche Patienten kümmern, Sie scheinen sich da sicher zu fühlen?“

A: „Naja, also, ist ja so, ich habe nen Werdegang! Also, ich bin Betriebswirt, aber darauf will ich nicht hinaus, ich habe ein paar Jahre im psychologischen Institut gearbeitet, und ich habe viele Jobs zum Geld verdienen eben so gemacht – hab im Hafen gearbeitet und bei der Post....und ähm, da lernen Sie ja Dinge fürs Leben, die ein Medizinstudent so noch nie in seinem Leben gehört hat. Konflikte im Arbeitsleben, aber auch Partnerschaftskonflikte.... Zwischenmenschliches....das kriegen Sie da mit!“

F: „Also sagen Sie, Ihr Lebenslauf oder Ihre Lebenserfahrung hilft Ihnen da oder ist der Grund ... ?“

A: „Ja, sehen Sie, ich war 34, als ich mit dem Studium fertig war, hatte Familie und so, ich musste mich ja schon ganz anders reiben am Leben als jemand, der Abi, Zivi, Studium hinter sich hat!“

In diesem Beispiel wird die Rolle des Lebenslaufs besonders hervorgehoben. Vor allem das Medizinstudium mit anderen Voraussetzungen bzgl. der Lebenserfahrung gemacht zu haben, wurde in den Interviews immer wieder von den Ärzten angesprochen. Gerade Nebenjobs scheinen in das Arbeitsleben, aber auch in das private Leben und die Probleme von Menschen, die eine Ausbildungs- und Familienplanung bereits abgeschlossen haben, einen recht guten Einblick zu geben.

Muster B: Der Arzt fühlt sich für Patienten, die von häuslicher Gewalt betroffen sind, nicht zuständig

„Sie können gerne vorbeikommen und dies Interview machen, aber ich weiß nicht, ob ich Ihnen helfen kann. Zu mir kommen solche Patienten nicht, ich denke auch nicht, dass es meine Aufgabe ist.“ (Aussage am Telefon, als um einen Interviewtermin gebeten wurde)

Auf die Durchführung dieses Interviews wurde verzichtet, da diese Aussage die offenbar bestehende grundsätzlich ablehnende Haltung bei streng medizinisch-biologischem Krankheitsverständnis deutlich macht. Es war davon auszugehen, dass sich dieser Eindruck im Interview noch verstärken würde. Weitere interessante Aspekte hätten sich vermutlich nicht ergeben.

Durch diese Aussage wird gleichzeitig deutlich, dass ein grundsätzliches Zuständigkeitsgefühl für Opfer häuslicher Gewalt bei einem Arzt vorhanden sein muss, damit er Teil des Hilfesystems für Opfer häuslicher Gewalt sein oder werden kann.

Muster C: Der Arzt versucht einen Lösungsweg mit dem Patienten zu entwickeln

„Das mache ich alles hier, denn Konflikte sind so, die werden hier in diesem Zimmer gelöst.“

Das Engagement an der Arbeit mit Opfern häuslicher Gewalt ist die Grundvoraussetzung, damit sich ein Arzt primär als Akteur begreift. Darüber hinaus müssen aber auch die Art der Probleme für den Arzt ersichtlich und die daraus resultierenden Ziele erreichbar sein.

Wie ein Arzt seine eigene Rolle im Umgang mit Opfern häuslicher Gewalt betrachtet, hängt ganz wesentlich davon ab, ob er eine persönliche Bereicherung darin sieht, sich mit solchen Patienten zu befassen, welcher Art diese Probleme hauptsächlich sind, mit denen er konfrontiert wird, und was Ziele sind, die als Hilfeleistung oder Erfolg gewertet werden. Es scheint Ärzte zu geben, die Opfer häuslicher Gewalt hauptsächlich in Alltagskonflikten erleben, d. h. für die Opfer ist es normal und nicht etwa ein akut auftretendes schockierendes Ereignis – sie haben z. T. sogar Schwierigkeiten zu erkennen, dass ihre Situation nicht rechtens ist. Die Vermutung einiger Ärzte war, dass dies

stadtteilbezogen sein könnte. Werden die Konflikte des Patienten eher als Konflikte, die aus dem Alltag entstehen gewertet, resultieren daraus häufig auch andere Lösungswege oder andere Ziele. Selbst wenn eine Frau beispielsweise regelmäßig von ihrem Mann geschlagen wird, diese sich aber aufgrund finanzieller und emotionaler Abhängigkeit und wegen der Kinder nicht von ihm trennen kann und will, kann diese Situation in gewissen Stadtteilen einen alltäglichen Konflikt darstellen, in anderen hingegen ist diese Situation eine Ausnahmesituation. Sind die Voraussetzungen so, dass eine solche Situation vom Patienten als alltäglich empfunden wird, der Arzt gerne bereit ist, sich mit dieser Art von Problemen zu befassen und die Ziele des Patienten dem Arzt mit seinen Mitteln erreichbar erscheinen, ist die Wahrscheinlichkeit sehr groß, dass sich der Arzt selbst kümmert. Zusätzlich spielen Erfahrungen mit Beratungsstellen und Psychotherapeuten, auf die in Kapitel 4.8 näher eingegangen wird, eine Rolle. Im Falle von negativen Erfahrungen bei der Kooperation mit Dritten haben die Ärzte vermehrt das Gefühl, sich selbst der Sache annehmen zu müssen, um ein befriedigendes Ergebnis zu erzielen. Sieht der Arzt seine Rolle eher als Akteur, ist er gleichzeitig gezwungen, derartige Probleme zu strukturieren und zu organisieren, um dem bereits angesprochenen Zeitfaktor als Hindernis zu entgehen.

Ankerbeispiel 1)

F: „Wie sieht es aus, nachdem Sie mit dem Patienten so weit gesprochen haben, versuchen Sie selbst, mit dem Patienten die Probleme zu lösen oder vermitteln Sie ihn dann weiter, aus Zeitgründen oder so?“

A: „Nö, das mache ich alles hier, denn Konflikte sind so, die werden hier in diesem Zimmer gelöst und, äh ... Sie können das auch strukturieren, ... wenn Sie ne viertel Stunde ... dann sind die auch fertig, dann können die auch nicht mehr, ... sondern dann schickt man sie erst mal mit zwei Sachen nach Hause und sagt: das und das machen wir jetzt, und dann kommen Sie halt in drei Tagen wieder, ... so, also das bleibt hier. Am Anfang ist eigentlich immer erst mal der wesentliche Schritt für jemanden, der unter Gewalt leidet, dass er überhaupt schon mal einen Verbündeten hat. Jede Frau, die hier raus geht weiß: mein Hausarzt ist mein Verbündeter und der macht alles das, was ich will! So! Dann hat sie schon mal Rückhalt! Die Leute gehen hier durch die Tür, wenn sie das wissen, schon aufrechter raus als sie reingekommen sind, weil sie endlich einen Neutralen haben, der zuhört, der sie versteht, der sagt: ‚Jawohl Sie haben Recht!‘ und der sagt: ‚Ich bin auf Ihrer Seite!‘ Das ist schon der erste therapeutische Schritt [...]. Wegschicken zu einer Fachhilfe geht eigentlich nur, nein, ist dann erforderlich, wenn wirklich schwere neurotische Fehlverhalten dahinter sind. In meinem Umfeld sind es meist die Alltags- und Abnutzungssituationen, die zu dieser Gewalt führen!“

Betont werden die „Alltags – und Abnutzungssituationen“, bezüglich derer der Arzt vom Patienten mit dem Thema „häusliche Gewalt“ und der Bitte um Unterstützung konfrontiert wird. Seiner Erfahrung nach erleben die Betroffenen diese Gewalt in relativer Regelmäßigkeit, und realistisch betrachtet scheint es für diese Patienten in gewisser Weise Alltag zu sein. Sie gehen zu ihrem Hausarzt, damit er ihnen hilft, und im Empfinden des Arztes scheint es seine Hauptaufgabe zu sein, Ziele mit dem Patienten zu stecken und gemeinsam eine Lösungsstrategie zu entwickeln. Seine Aufgabe besteht dann in der Organisation und Strukturierung dieses Weges. Dem entsprechend ist es in den Augen dieses Arztes bereits ein Erfolg, wenn die Patienten aufrechter rausgehen als sie gekommen sind, und wenn sie wiederkommen und er ihnen helfen kann, eine Verbesserung der Lebenssituation zu erlangen. Zudem wird deutlich, dass die Meinung darüber, wann die Hilfe eines Therapeuten in Anspruch genommen werden sollte, unter den Ärzten auseinander geht und zudem einen Einfluss auf die eigene Rolle hat.

Ankerbeispiel 2)

A: „Ich glaube, dass jeder engagierte Hausarzt, der sagen wir mal fünf Jahre Erfahrung hat, solche Konflikte angehen kann und auch lenken kann. [...], obwohl sicher irgendwo jemand ist, der dafür eine Spezialausbildung fordert ... ich glaube das nicht, denn es entsteht aus dem Alltag, so wie bei Ihnen oder bei mir mit unseren Eltern oder unseren Partnern, das ist auch nicht anders und ich helfe auch meiner Freundin, ob ich nun Arzt bin oder nicht, und Sie helfen Ihrer Freundin auch und letztlich ist das das selbe Niveau, dass Sie was für jemanden tun ... zuhören ... aufdecken, das ist schon gut ... ich hab es nun durch den weißen Kittel leichter, dass die Patienten glauben, ich wäre nun der ganz große Fachmann! Nun mache ich so was sehr viel und bin mittlerweile vielleicht sogar versiert in diesen Geschichten, die Leute aufzufangen und irgendwo hinzubringen, vielleicht mag das ja sein, aber ohne besondere Ausbildung ... öhh ... selbst beigebracht!“

In diesem Beispiel wird die vom Arzt empfundene Ebene der Probleme verdeutlicht. Der Arzt empfindet es nicht als notwendig, einen Spezialisten zu derartigen Problemen hinzuzuziehen und scheint damit recht erfolgreich zu sein. Somit wird die Frage aufgeworfen, ob Opfer häuslicher Gewalt beim Therapeuten überhaupt richtig sind. In den Interviews stellte sich heraus, dass Ärzte diesbezüglich ganz unterschiedliche Meinungen haben. Ihre Sichtweise hängt vor allem davon ab, ob sie die Probleme eher als aus dem Alltag

entstehend empfinden oder ob sie erleben, dass die Opfer stark traumatisiert sind.

Muster D: Der Arzt sieht sich primär in der Rolle des Vermittlers und Koordinators

„Also primär sehe ich meine Rolle schon eher in der Vermittlung von professioneller Hilfe oder auch ehrenamtlichen Organisationen und ähnlichem. Aber wenn jemand sagt: ‚das kann ich nicht und ich kann nur mit Ihnen darüber reden‘, würde ich mich dem auch nicht entziehen, ich rei mich, glaube ich, nicht darum, aber ich würde mich dem auch nicht entziehen.“

In der Vermittlerrolle sehen sich Ärzte vor allem dann, wenn sie sich selbst ungerne mit Opfern häuslicher Gewalt befassen oder sich überfordert fühlen, sie adäquat zu behandeln. Dennoch kann diese Rolle oftmals nicht eingehalten werden, wenn Patienten den Arzt als Akteur wünschen.

Sätze wie: *„Ich rei mich, glaub ich, nicht drum!“* oder: *„Ich würd mich dem nicht entziehen!“* drücken aus, dass der Arzt es als seine Aufgabe betrachtet, sich um solche Patienten zu kümmern, es ihm aber lieber ist, diese zu vermitteln.

Entscheidend für die Grundeinstellung, die eigene Rolle als Vermittler zu betrachten, ist in erster Linie also die Tatsache, dass der Arzt sich selbst eher ungerne mit der Problematik dieser Patienten befasst. Hinzu kommt, dass es Ärzte gibt, die offenbar vermehrt mit Patienten in Kontakt kommen, die in einem solchen Fall stark traumatisiert sind, so dass sie sich selbst diese Intervention nicht zutrauen.

Ankerbeispiel 1)

F: *„Sehen Sie sich denn mehr als Vermittler?“*

A: *„Teils, teils, also ich schicke Frauen, die wild entschlossen wirken, etwas an ihrer Situation zu ändern, dann schon zur psychosozialen Beratungsstelle oder zur rechtlichen Beratung z. B. bei „Patchwork“ oder auch mal zum Anwalt, wenn ich aber merke, dass es erstmal ein großer Schritt war, die Wohnung zu verlassen und hierher zu kommen, dann beschränke ich das auch erstmal auf Gesprchsternine hier bei mir!“*

F: *„Erst mal heißt, Sie vermitteln später?“*

A: *„Ja, wenn es klappt, zumindest ist das das Ziel!“*

Ankerbeispiel 2)

F: „Versuchen Sie eher selbst zu helfen oder denken Sie: ok, ich habe den ersten Anstoß gegeben, jetzt vermittele ich weiter?“

A: „Also letztlich sehe ich mich als Vermittlungsperson, also ich will und kann auch keine Psychotherapie hier machen – auf der Ebene bin ich auf jeden Fall Vermittlungsperson und ich bin auch Vermittlungsperson auf der Ebene Polizei oder so. Nur das Problem bei Hausärzten ist natürlich immer: es gibt immer Patienten, die wollen sich nicht vermitteln lassen, für die ist das schon ein riesiger Schritt, dass sie überhaupt gekommen sind, und die kann ich dann ja nun auch nicht alleine lassen und sagen: ‚Sorry! Da musst Du leider gucken, wo Du bleibst!‘ Geht ja nun irgendwie auch nicht, aber ich will keine Psychotherapie machen, kann ich auch gar nicht!“

Beide Beispiele verdeutlichen, dass es den Ärzten keinesfalls durchweg möglich ist, ihre Rolle als Vermittler einzunehmen, weil nicht jeder Patient bereit ist, vermittelt zu werden. Trotzdem ist erkennbar, dass es das Ziel ihrer Arbeit ist.

Die Aussage der Ärztin im zweiten Ankerbeispiel: „... aber ich will keine Psychotherapie machen, kann ich auch gar nicht!“ zeigt die differierenden Ansichten bzgl. der Sinnhaftigkeit von Psychotherapie gegenüber Muster C. Entsprechend der Grundeinstellung zu vermitteln, auch weil man selbst den Opfern im Sinne einer Psychotherapie nicht adäquat helfen kann, zeigt, dass hier ganz andere Ziele gesteckt werden. Der Arzt in der Rolle als Vermittler hat eher das Ziel, eine tiefere Änderung der Lebenssituation zu bewirken. In den Formulierungen der Ärzte war tendenziell die Trennung als angestrebtes Ziel zu erkennen, wohingegen der Arzt als Akteur eher das Ziel verfolgt eine Situation mit mehr Lebensqualität für das Opfer zu erreichen.

Die Rolle der medikamentösen Therapie bei Opfern häuslicher Gewalt

Im Verlauf der Interviews wurde immer klarer, dass die Option der medikamentösen Therapie mit Antidepressiva oder Sedativa bei Schlafstörungen deutlich Abhängig von dem Rollenverständnis des einzelnen Arztes ist. Das ergibt sich schon daraus, dass bei der Kooperation mit weiteren Professionellen häufig Wartezeiten überbrückt werden müssen. Damit werden Medikamente vom Patienten auch mehr gewünscht, als wenn der Arzt selbst direkt Handlungsoptionen mit dem Patienten bespricht und sich selbst als Hauptansprechpartner und Akteur präsentiert. Folgende drei Muster konnten erarbeitet werden:

Muster E: Die medikamentöse Therapie ist keine Option für Opfer häuslicher Gewalt

„Medikamentöse Therapie lehne ich völlig ab, sie (die Opfer) sind ja nicht organisch krank!“

Die medikamentöse Therapie von Opfern häuslicher Gewalt wird dann strikt abgelehnt, wenn der Arzt der Ansicht ist, dass dadurch keine Ursachenbehebung vorgenommen wird, sondern die Gefahr sich erhöht, dass aus der Situation eine unbefriedigende Dauerlösung entsteht.

Wie bereits in der Einführung erwähnt, differieren die Einstellungen zur Richtigkeit, Opfer häuslicher Gewalt medikamentös zu therapieren, sehr. Die strikte Ablehnung, Patienten in einem solchen Fall Antidepressiva, Schlafmittel oder ähnliches zu verschreiben, ist eine eher seltene Ansicht. Ärzte, die diese Meinung vertreten, waren zum Teil erstaunt, dass diese Idee überhaupt aufkommt. Begründet wird die Ablehnung damit, dass diese Patienten nicht organisch krank seien und deshalb diese Therapie nicht benötigen, zumal dadurch die Wahrscheinlichkeit steige, sich mit dieser Situation abzufinden und damit die medikamentöse Therapie zur einzig stattfindenden Therapie werden könnte.

Ankerbeispiel:

F: „Wie sieht es aus mit der Möglichkeit, solche Patienten medikamentös zu therapieren?“

A: „So was lehne ich völlig ab! Sie sind ja nicht organisch krank. Wenn jemand eine Depression entwickelt, weil er Beziehungsprobleme hat und dort Gewalt erlebt, können Sie so viel Antidepressiva draufgeben wie Sie wollen, Sie lösen das Problem nur, wenn Sie die Ursache beheben! Wir brauchen Antidepressiva bei endogenen Depressionen! Ich halte davon überhaupt nichts. Ich gebe den Leuten vier fünf Tage ein Antidepressivum, wenn sie ein eigenes Kind oder jemanden aus derselben Generation beerdigen müssen [...], aber nicht bei psychischer oder körperlicher Gewalt in der Beziehung!“

F: „Und Schlafmittel?“

A: „Nein, halte ich nichts von, die können sich Baldrian kaufen, wenn sie wollen, aber ich verschreibe ihnen da normalerweise nichts!“

Hier wird ganz klar die strikte Ablehnung der Medikamentengabe bei Patienten, die Opfer häuslicher Gewalt wurden, ausgedrückt. Auffällig ist, dass alle drei Ärzte, die im Interview diese Meinung vertraten, sich anscheinend sehr engagiert der Problemlösung des Patienten annahmen. Alle sahen sich selbst

eher als Akteur und versuchen einen Lösungsweg mit dem Patienten zu finden, so dass vermutet werden kann, dass ein Zusammenhang besteht, auf den in der Diskussion näher eingegangen wird.

Muster F: Medikamentöse Therapie dient als Mittel zum Zweck

„Die medikamentöse Therapie stellt in meinen Augen keine Lösung dar, sie kann aber ein Weg sein, den Leuten die Möglichkeit zum Handeln zu geben.“

„Ich mache es seltener als ich es für sinnvoll halte, aber es ist sehr schwer, Leute dazu zu bringen, Antidepressiva zu nehmen!“

Der Großteil der Ärzte empfindet die Möglichkeit, medikamentös zu therapieren, als Privileg gegenüber allen anderen Anlaufstellen, die Opfern häuslicher Gewalt zur Verfügung stehen. Sie sehen diese Methode als Mittel zum Zweck, den Patienten in eine handlungsfähige Lage zu versetzen. Je nach Charakter des Arztes wird diese Möglichkeit großzügig oder eingeschränkt verwendet.

Wünscht ein Patient, die Probleme, die sich durch die Gewalt zu Hause ergeben, zusätzlich medikamentös zu behandeln, muss er einen Arzt aufsuchen. Demnach beantwortet sich die Frage, ob Ärzte für die Versorgung von Opfern häuslicher Gewalt mit verantwortlich sind, von selbst – es sei denn, man lehnt diese Therapie strikt ab. Von den meisten Ärzten wurde ihre Rolle als Privileg empfunden und in vielen Fällen als Unterstützung für sinnvoll erachtet. Je nach persönlicher Auffassung und Erfahrungshintergrund des Arztes wird mit dieser Option mehr oder weniger großzügig umgegangen. Und doch besteht immer die Gefahr, dass Patienten und auch Ärzte diese unterstützende Maßnahme zur ausschließlichen Maßnahme werden lassen. Der Großteil der Ärzte hat mit diesem Vorgehen allerdings gute Erfahrungen gemacht, vor allem dann, wenn dies in Kooperation mit einem Psychiater passierte. Erstaunlicher Weise wurde die Möglichkeit, pflanzliche, frei verkäufliche Präparate zu empfehlen, fast nie von den Ärzten genannt, wobei offen bleibt, ob diese abgelehnt werden oder in solchen Fällen bisher nicht in Erwägung gezogen wurden.

Ankerbeispiel 1)

„Ja, also die tiefe Depression, da hat ja dann alles keinen Sinn mehr und ,das hab ich ja eh schon alles probiert‘ und diese Haltung, die ist nicht fördernd, um, äh, um einen anderen Weg einzuschlagen und da, ähm, können Medikamente helfen!“

Ankerbeispiel 2)

„Erst mal würde ich gar nicht auf die Idee kommen, denn das Problem ist ja ein ganz anderes! Wenn mich jemand inständig drum bittet, wäre es eine unterstützende Maßnahme, aber nur Unterstützung und zeitlich begrenzt!“

Diese beiden Beispiele drücken die Rolle der unterstützenden Maßnahme, die Medikamente nach Ansicht der meisten Ärzte einnehmen sollen, aus.

Depression und Schlaflosigkeit scheinen die häufigsten Ursachen zu sein, weshalb Opfer häuslicher Gewalt um Medikamente bitten, oder warum der Arzt die Situation so einschätzt, dass die Gabe von Medikamenten aus seiner Sicht sinnvoll wäre.

Ankerbeispiel 3)

F: „Haben Sie denn das Gefühl, dass so diese Möglichkeit eben der Medikation, die man ja eben hat als Arzt, dass die gerade bei Patienten, wo es eben sehr fraglich ist, ob man die Ursache beseitigen kann, profitieren die von Medikamenten?“

A: „Also ich habe jetzt vor Augen ein türkisches Ehepaar, das sich seit zwölf oder 15 Jahren gegenseitig fertig macht, um es mal ganz salopp zu sagen. Wenn, äh, die keine Psychopharmaka nehmen würden, und sie nehmen sie beide, dann wäre die Ehe wahrscheinlich schon getrennt. Ich vermute mal, es würde beiden besser gehen. So hält man das ganze so'n bisschen unter der Decke, und es kommt eh zu keiner Lösung. Es ist immer eine Gratwanderung, ne! Wenn man den Leidensdruck mildert und schnell mildern kann und erfolgreich mildern kann, dann sinkt natürlich auch gleich der Druck, die Ursachen, die dazu geführt haben zu beseitigen, aber ganz ohne möchte ich auch nicht auskommen! Es gibt auch Patienten, die davon profitieren!“

Dieser Arzt beschreibt genau das Risiko, das bei der Gabe solcher Medikamente entsteht. Beim Thema „häusliche Gewalt“ ist es für den Hausarzt oft sehr schwer, das ganze Ausmaß zu erfassen und den Leidensdruck des Einzelnen richtig einzuschätzen. Je nach dem, wie offen auch der Patient dafür ist solche Medikamente einzunehmen, steigt oder sinkt das Risiko für eine Dauermedikation des Patienten ohne Beseitigung der Ursachen.

Muster G: In einigen Fällen stellt medikamentöse Therapie eine Lösung dar

„[...] ja also, es gibt auch Fälle, bei denen die medikamentöse Therapie letztlich die einzige Therapie darstellt, das ist unbefriedigend, aber ich denke schon, dass es auch Patienten gibt, bei denen das so ist.“

Medikamentöse Therapie wird von Ärzten in Bezug auf „häusliche Gewalt“ nie als Ideallösung angesehen. Trotz dessen gibt es Fälle, in denen die medikamentöse Therapie zwangsläufig eine Lösung darstellt, weil durch äußere Umstände oder innere Widerstände des Opfers nicht auf anderen Ebenen agiert werden kann.

Es sind nur wenige Ärzte, die medikamentöse Therapie bewusst als Lösung akzeptieren, jedoch einige, die während des Interviews bemerkt haben, dass es durchaus Patienten gibt, bei denen es bis jetzt versäumt wurde, die Therapie auch tatsächlich dazu zu nutzen, einen anderen Weg einzuschlagen. Damit scheint das in Muster E und F befürchtete Risiko tatsächlich häufiger einzutreten als es aus Sicht der betreuenden Ärzte vorkommen sollte. In einigen Fällen wollen Patienten anscheinend von vornherein lediglich Medikamente nehmen und machen dies dem Arzt gegenüber auch verständlich. Oft scheint jedoch die Situation aufzutreten, dass Patienten sich aufgrund ihrer Lage nicht im Stande fühlen, ihre Situation zu verändern. Diese Situation erleben Ärzte vor allem dann, wenn bereits Kinder vorhanden sind.

Ankerbeispiel 1)

F: „Welche Rolle spielt für Sie die medikamentöse Therapie?“

A: „Ja, ... also, kann ich mich nicht erinnern bei Fällen, wo es um körperliche Gewalt geht, weil, die sind nur so punktuell da und kommen auch nicht wieder [...]. Die, die Konflikte haben, also wo es eben auch um die Partnerschaftskonflikte geht, da ist das natürlich schon so, dass man sagen kann: ok das liegt jetzt nicht an der Frau alleine, aber die ist eben diejenige, die kommt und ja, da kann das schon mal vorkommen. Also, wenn ich so das Gefühl hab, dass sich da ne Depression entwickelt, dass sie dann auch ein Antidepressivum kriegt, wenn sie so was braucht!“

F: „Und ist es für Sie mehr so: na ja, ist es erst mal ein Anfang ... ?“

A: „Also ich mach das immer begleitend mit ner Psychotherapie, also sofern es irgendwie möglich ist. Wenn es jemandem nicht möglich ist, dann ist das eben auch ne Lösung, ja unterschiedlich. Ideal wäre natürlich immer das Zusammenspiel, aber manchmal klappt das auch nicht! Die Patienten wollen das nicht immer – es geht nicht immer!“

Durch die Aussage dieser Ärztin wird deutlich, dass die theoretisch ideale Behandlung in der Realität oft nicht hilft, woraus sich dann entwickeln kann, dass die Medikation doch eine Lösung darstellt. Dennoch akzeptiert nicht jeder Arzt diese Form von unbefriedigender Lösung, wenn er es mitbekommt. Die Ärztin verdeutlicht, dass diese Lösung für sie nicht ideal ist bzw. die ideale Lösung eine gleichzeitige Psychotherapie darstellt, wobei dies nicht in allen Teilen Hamburgs problemlos möglich zu sein scheint – die Wartezeiten bei Psychotherapeuten liegen zum Teil bei bis zu neun Monaten.

Ankerbeispiel 2)

„Ich habe viele Frauen, die sich der Gewalt nicht entziehen können, weil sie dann sozial nicht überlebensfähig wären, die so abhängig sind von Familienstrukturen und dem Geld des Mannes, dass sie die Prügel einstecken müssen, weil sie sonst nichts mehr zu beißen haben oder keine Hose mehr kaufen können, da ist hier diese Verknüpfung: Ich muss jetzt diese Gewalt hier weiter ertragen, ich wende mich an meinen Arzt, der hilft mir (mit Medikamenten), aber ich kann mich nicht scheiden lassen, wo soll ich denn dann bleiben!“

Ankerbeispiel 2 beschreibt die Situation einiger Frauen, die verdeutlicht, dass die Umsetzung der Theorie nicht immer möglich ist. Dem entsprechend sind Ärzte in solchen Momenten gezwungen, sich für aus ihrer Sicht weniger ideale Lösungen zu entscheiden. Die Möglichkeit, es bei Medikamenten zu belassen, ist zumindest die einfachste Lösung, vor allem wenn sie auch noch vom Patienten gefordert wird. Sie wurde tendenziell von Ärzten, die selbst sagten, dass sie sich aus ihrem moralischen Pflichtgefühl heraus mit diesen Patienten beschäftigen, erwähnt.

4.8 Kooperation mit Professionellen und Beratungsstellen – zwischen Erfolg und Frustration

„Ich halte von den niedergelassenen Therapeuten und von den Tageskliniken ne ganze Menge, was das Ergebnis angeht, die sind ergebnisorientiert!“

„Es (die psychisch Betreuung von Opfern) geht natürlich irgendwie, aber ich finde das nicht adäquat gemessen an der somatischen Medizin, die sehr gut funktioniert!“

Einführung:

Um die Versorgung von Opfern häuslicher Gewalt optimal zu gestalten, ist eine funktionierende Kooperation zwischen allen beteiligten Gruppen anzustreben. Im Laufe der Interviews zeigte sich, dass diese Kooperation in vielen Fällen erfolglos ist. Gerade engagierte Ärzte sprachen dieses Thema immer wieder an und drückten somit ihre Frustration darüber aus, dass sie oftmals nicht in der Form helfen können, wie sie gerne möchten und wie es für die Patienten sinnvoll wäre. Erfolge wurden eher in Einzelbeispielen deutlich.

Dimensionierung und Musterbildung:

Betrachtet man das Netz derer, die potenzielle Ansprechpartner für Opfer, aber auch Täter häuslicher Gewalt darstellen, lassen sich vier Gruppen erkennen. Damit ergeben sich für die Gruppe der niedergelassenen Ärzte drei Gruppen, mit denen kooperiert werden sollte. Dazu zählen vor allem in Akutsituationen die Polizei, Rechtsanwälte, Krankenhausambulanzen oder die Opferambulanz des Institutes für Rechtsmedizin. Eine zweite Gruppe stellen die Beratungsstellen – meist eingetragene Vereine, kirchliche Einrichtungen oder sonstige ehrenamtliche Organisationen – dar. Die dritte Gruppe, mit der kooperiert werden kann, ist die Gruppe der psychologischen und medizinischen Psychotherapeuten. Die Erfahrungen aus Sicht der Hausärzte reichen für jede einzelne Gruppe auf einem Kontinuum von Erfolg bis Frustration. Wie in *Abbildung 10* dargestellt, sind die Erfahrungen mit Beratungsstellen im Durchschnitt negativer bewertet worden, als die Versorgung in Akutsituationen durch „Polizei/Anwälte/Rechtsmedizin“.

irgendeine Beratungsstelle zu finden, die auch „ungefähr vom Thema her passt“. Die Frage was dort genau geboten wird, ob der Patient in der Beratungsstelle mit seinen ganz konkreten Fragen und Problemen tatsächlich richtig aufgehoben ist und von welcher Qualität die Beratung ist, kann der Arzt aus diesen Adressen allerdings nicht erkennen. Eine kurze Beschreibung von wenigen Beratungsstellen wurde von einigen Ärzten als Verbesserungsvorschlag genannt, weil sie dann einige genauer kennen würden und nicht in der Fülle an Anlaufstellen den Überblick verlieren. Hinzu kommt das Problem der offiziellen „Überweisung“ in nur eine Richtung, da die Ärzte Rückmeldungen nur über den Patienten bekommen können und diese sich offenbar nicht immer an alles erinnern können, was mit ihnen besprochen wurde. Ein dritter Punkt, weshalb oft keine Kooperation mit Beratungsstellen stattfindet, ist die Tatsache, dass diese nicht verstärkt auf sich aufmerksam machen. Im Berufsalltag des Hausarztes kommen neue Pflegedienste, Pharmareferenten, Physiotherapeuten, Fachärzte, die sich neu niederlassen, Drogenberatungsstellen und Diätassistenten persönlich oder schriftlich auf die Ärzte zu – sei es persönlich oder schriftlich – und stellen sich vor, weil sie an einer Zusammenarbeit bzw. an der Weitervermittlung von Patienten durch den Hausarzt interessiert sind. Beratungsstellen, die sich mit häuslicher Gewalt befassen, scheinen dies nicht oder nur sehr vereinzelt zu tun, so dass der Arzt entgegen seinem gewohnten Tagesablauf selbst die Initiative ergreifen muss, was selten geschieht. Positive Erlebnisse wurden vor allem von Ärzten geschildert, die sich aus unterschiedlichen Gründen näher mit Beratungsstellen befasst haben und somit nicht nur aus aktuellem beruflichem Interesse Einblick in einzelne Beratungsstellen haben.

Positives Ankerbeispiel:

F: „Und wie sieht es aus, können Sie solche Patienten gut vermitteln, also kennen Sie Hilfseinrichtungen?“

A: „Also, in den meisten Fällen ja!“

Pause

F: „Mhm und wie ist es so dazu gekommen, haben Sie sich das selbst beigebracht?“

A: (lacht) „Nee, also es gab mal diese Studie über Gewalt im Kindes- und Jugendalter, da gab's ne ganze Menge zu diesem Punkt an Info. Also ne ganz gute Hilfestellung auch, wo man sich hinwenden könnte und, ähm, so andere Sachen weiß ich eigentlich noch aus meiner frauenbewegten Zeit, möchte ich sagen ... , also ich hab mal bei so unterschiedlichen Fraueninitiativen und auch

im Frauenhaus gearbeitet, und von daher weiß ich natürlich noch einiges. Aber ja letztendlich Eigeninitiative und nicht Studium oder Fortbildung oder so! Jetzt kriegt man ja auch immer mal positive Rückmeldung von Patientinnen, denen ich Adressen gegeben habe!“

Dieses Positivbeispiel verdeutlicht, in wieweit das persönliche Engagement der Ärztin: „ ... , also ich hab mal bei so unterschiedlichen Fraueninitiativen und auch im Frauenhaus gearbeitet“ dafür verantwortlich ist, dass sie die Kooperation mit Beratungsstellen nutzt und zudem positive Erfahrungen gemacht hat. Zudem erwähnt sie die positive Rückmeldung über Patientinnen, denen sie Adressen gegeben hat. In Momenten, in denen dies funktioniert, reicht dieser Weg oft sicher aus. Problematisch wird es dann, wenn es sinnvoll wäre, dass der Arzt einen bestimmten Weg unterstützt, davon aber nichts weiß, weil diese Rückmeldung sicher nicht über den Patienten laufen kann.

Negatives Ankerbeispiel:

F: „Wie sieht es aus mit sonstigen Hilfsangeboten? Sind Sie auch gewillt, den Patienten Hilfe wie z. B. kirchliche Einrichtungen, Beratungsstellen, Selbsthilfegruppen und so zu vermitteln?“

A: „Ja, das würde ich machen, fehlt mir aber der Kontakt, und da hab ich zu wenig Informationsstellen. So nach 20 Jahren in der gleichen Praxis, ein paar Sachen hat man, Frauenhaus ist klar – das habe ich allerdings nur einmal im Leben gemacht und das hat auch wunderbar geklappt, innerhalb von zwei Stunden ging das über die Bühne. Die kirchlichen Einrichtungen kenne ich nicht, was man noch kennt, ist, dass die Sozialarbeiter vom Sozialamt Familienbetreuung machen, das heißt, wenn zum Beispiel die Kinder nicht mehr richtig ‚funktionieren‘ oder die Schule nicht ‚funktioniert‘ und deshalb Eltern Kinder schlagen oder wenn ne Familienberatung gesucht wird, wenn’s insgesamt um Schulden geht, um Geld geht usw., dann sind die Sozialämter manchmal Ansprechpartner, die Familienberatungen und auch Eheberatungen durchführen oder anbieten und delegieren. Die haben auch wieder Psychotherapeuten oder Psychologen, die das dann machen. Mein Eindruck ist, dass jemand, der zum Staat geht, um das zu machen, ein bisschen zu wenig erfolgsorientiert ist. Die haben ihr Monatsgehalt, die haben ihre 13 Gehälter und reißen das da irgendwie ab. Die Leute, die zu einem niedergelassenen privaten Psychotherapeuten gehen, kommen schneller weiter im Ergebnis, weil dieser Therapeut, weil er damit sein Geld verdient, weit mehr da hinterher ist gut zu sein. Diese Schulpsychologen, die eiern da immer rum und bewirken nichts. Ich hab den Eindruck, dass die eine Umdrehung schlechter oder weniger engagiert sind, darum läuft diese öffentliche Schiene nicht so gut. Ich halte von den niedergelassenen Therapeuten und von den Tageskliniken ne ganze Menge, was das Ergebnis angeht, die sind ergebnisorientiert! Das ist so ein Eindruck der letzten Jahre [...]. Ich würde das machen, habe aber kaum Kontakt zu denen, auch die stellen sich mir nicht vor oder ich wüsste jetzt nicht, dass hier in der Kirche was ist!“

In diesem Negativbeispiel wird ersichtlich, weshalb es oft gar nicht erst zur Kooperation kommt. Den Eindruck, dass die Arbeit bei derartigen öffentlichen Anlaufstellen oder ehrenamtlichen Beratungsstellen nur semiprofessionell durchgeführt wird, war ein immer wieder geäußerter Eindruck. Zudem übt der Arzt Kritik daran, dass die Beratungsstellen sich ihm nicht vorstellen. Der Eindruck, niedergelassene Psychotherapeuten würden ein besseres Ergebnis erzielen, wurde sehr häufig geäußert. Zudem brauchen Patienten zum Psychotherapeuten eine Überweisung, wohingegen sie für Beratungsstellen lediglich die Adresse benötigen. Dadurch entsteht nach Eindruck einiger Ärzte ein größeres Verpflichtungsgefühl, den Therapeuten tatsächlich aufzusuchen.

Muster B: Kooperation mit Psychotherapeuten

„[...] und die Patientin hat jedes Mal gesagt: ‚das ist mir nicht gut bekommen!‘“

Negative Erfahrungen bei der Kooperation mit Psychotherapeuten kommen vor allem durch mangelnde offizielle Organisation der Zusammenarbeit zustande. Spezialisierungen der Therapeuten sind für Ärzte schwer ersichtlich, genauso wie die Fähigkeiten der Therapeuten. Erfolge in der Kooperation mit dieser Berufsgruppe erleben Ärzte vor allem dann, wenn sie einen Kooperationspartner haben, mit dem eine feste Zusammenarbeit stattfindet.

Bei der Kooperation mit Psychotherapeuten gehen die Erfahrungen der Ärzte sehr auseinander. Positive Erfahrungen werden vor allem dann gemacht, wenn der Arzt einen oder mehrere Therapeuten der Umgebung kennt und weiß, welche Art von Therapie diese anbieten. Ebenfalls positive Erfahrungen werden gemacht, wenn der Arzt mit einem Psychiater oder einer psychiatrischen Tagesklinik kooperiert, die dann eine gezielte Verteilung der Patienten an den passenden niedergelassenen Psychotherapeuten vornimmt.

Kritik wurde oft an der Tatsache geübt, dass die Psychotherapeuten nicht in der Form katalogisiert sind, dass man erkennen kann, wer welche Form von Therapie anbietet und wer sich auf was besonders spezialisiert hat. Das ist der Grund, weshalb auch negative Erfahrungen bei der Kooperation mit Psychotherapeuten eine Rolle spielen. Diverse Ärzte konnten von Patienten berichten,

denen es nach (meist Abbruch) der Therapie schlechter ging als vorher und sich dann wegen dieser Erfahrung nicht zu einem anderen Therapeuten überweisen lassen wollten. Ein weiteres Problem scheint zumindest in einigen Stadtteilen die Warteliste der Therapeuten von zum Teil neun Monaten zu sein. Zudem ergab sich die Frage, ob Opfer häuslicher Gewalt überhaupt eine Therapie benötigen. Die Meinungen der Ärzte darüber variieren wie bereits beschrieben sehr. In Bezug auf die Täter herrscht offenbar eine recht große Einigkeit darüber, dass diese, um ihr Verhalten ändern zu können, nicht ohne eine Therapie ihr Ziel erreichen können.

Positives Ankerbeispiel:

[...] und sonst, wenn wir mehr so aus der Ecke psychische Gewalt, dann versuche ich das Problem erst mal zu ergründen, wo liegt das Problem. Also gucke ich, was ist da überhaupt los, was liegt da für eine Konstellation? Ich kann ja nicht hinterhaken und kann ihm nen gezielten Tipp geben hier- oder dorthin, wenn ich mir nicht selber versucht habe, sofern es mir gelingt, den Eindruck zu verschaffen, hier liegt der Problemfokus. Anspruch ist ja immer, sie dorthin zu kriegen, wo sie am adäquatesten behandelt werden, nech, und insofern muss ich ja erst mal so ne Vorstellung haben, wo könnte das dran liegen. Ich arbeite hier unter anderem mit so nem Psychoneurologen und Psychiater, der auch Psychotherapeut ist, zusammen. Wenn es mir zu unklar ist, was da ist, oder ich es nicht auf den Punkt krieg – das mach ich mittlerweile eigentlich fast bei jedem – dann schick ich die zu dem mit mir zusammenarbeitenden Psychologen und Psychiater hin! Damit ich überhaupt erst mal ne Zweitmeinung krieg, ob ich überhaupt richtig liege mit dem, was ich vermute. Weil, es geht ja nicht um die Gewalt, sondern es geht ja um die frühen Anteile in der Gewalt, denn dass es zu Gewalt kommt, das ist ja häufig Folge einer langen Beziehungsentwicklung! Ne, warum hat ein Mensch nicht die Türe, die der Maurer für ihn in der Wand gelassen hat, genutzt und irgendwann gesagt: ‚Ich steig jetzt aus aus dem Szenario!‘ Verstehen Sie, da geht es ja um Abhängigkeit und das geht ja dann in die Biographiearbeit weiter und da kommt man wieder zur Kern – und Ursprungsfamilie, und dann muss man da ja versuchen näher anzusetzen. Wenn Sie denen jetzt irgendwie parteiisch oder so ‚was hast Du für eine schlechten Mann‘ oder so, dann ändern Sie da nichts an der Grundkonstellation, also ab zum Psychiater und Psychologen – meine Meinung! Und in der Regel sind meine Meinung und das was der sagt, identisch und insofern weiß man dann: Aha! In diese oder jene Richtung. Ich kann ja das Gewaltproblem nicht lösen und durch diese Zusammenarbeit weiß ich dann: Aha!, ambulante Psychotherapie oder so, und dann kommen die Patienten auch in die richtige Bahn und zur richtigen Adresse!“

Aus der Beschreibung dieses Arztes wird deutlich, wie eine funktionierende Zusammenarbeit zwischen ihm und einem Psychiater und Psychotherapeuten zur erfolgreichen Vermittlung von Patienten führt. Er beschreibt nachvollziehbar

die Aufgabe des Hausarztes herauszubekommen, was die adäquateste Behandlungsmethode für einen bestimmten Patienten ist. Offenbar schienen viele Ärzte das Gefühl zu haben, diese Aufgabe allein nicht sicher genug lösen zu können, zumal in der Aus- und Weiterbildung von Medizinern wenig Gewicht auf derartige Anteile gelegt wird. Durch die Kooperation mit einem Fachmann löst dieser Arzt das Problem, da er selbst nicht sicher genug weiß, welcher Patient wo am besten aufgehoben ist. Auf diese Weise wird die Vertrauensbasis zwischen Patient und Hausarzt optimal mit dem Fachwissen und den Kenntnissen über bestimmte Therapeuten kombiniert, so dass ein positives Resultat für den Patienten und damit auch ein Erfolgserlebnis für den Arzt entsteht. Hat der Hausarzt in seiner Umgebung hingegen keinen derartigen Kooperationspartner, können die Erfahrungen entsprechend auch schnell negative Elemente enthalten:

Negatives Ankerbeispiel 1:

A: „Die Versorgung von Leuten, die jetzt ne richtige Therapie brauchen, weil sie wirklich schweres Fehlverhalten haben, weil sie richtig therapiert werden müssen, ist in zweierlei Hinsicht katastrophal: Erstens, ich habe überhaupt kein Instrument, den richtigen Therapeuten herauszufinden, weil die 700 psychologischen Psychotherapeuten sich überhaupt nicht katalogisieren lassen. Irgendwo sitzen um die Alster, in Eimsbüttel und Rotherbaum 689 und elf sind über Rest-Hamburg verstreut (etwas ironisch und überspitzt gesagt) und man kennt zwar Namen aus dem Buch, aber es gibt überhaupt keine Möglichkeit zu sagen, wer ist eigentlich beispielsweise bei Konflikt- und Gewaltbewältigung versiert, wer hat sich auf Kinder spezialisiert, wer macht Verhaltenstherapie, wer macht Analyse, wer macht eigentlich was, und dann käme ja noch die zweite Frage: Wer ist gut? Ich hab hier drei Gastroenterologen, die ne Magenspiegelung machen, ich weiß aber, wer von den dreien der Beste ist! Das Management: wer ist der Richtige und von welcher Qualität ist die Therapie, ist uns vollkommen fremd, und es gibt keine Möglichkeit, da an Sachen heranzukommen. Das Zweite ist, dass wenn wir dann jemanden haben, wir haben hier in Lurup eine Frau X, die ist auf ein dreiviertel Jahr ausgebucht, der hat sich erschossen bis dahin. Die Lösung ist die Tagesklinik. Die Ärzte dort kennen die niedergelassenen Psychologen usw. vom Golf oder Skifahren oder so. Dann rufen die da an – das ist ja nicht anders als in anderen Fachrichtungen auch.“

F: „Also, wenn ich Sie richtig verstehe, ist das aus wirtschaftlicher Sicht betrachtet ein Umweg, der zwar geht, aber auch mehr Kosten verursacht und auf dem direkten Weg, also ohne Tagesklinik, ginge es schneller und kostengünstiger?“

A: „Ja! Ich kann einen Hauttumor entfernen lassen, ich kann eine Koloskopie machen lassen, von dem Besten innerhalb von 48 Stunden, ich ruf da an und krieg die beste Diagnostik und das Beste, was an Therapie möglich ist. Nur bei der Psychotherapie oder der Gewalt- und Konflikttherapie, bei Eheberatung

geht gar nichts! Es geht natürlich irgendwie, aber ich finde das nicht adäquat gemessen an der somatischen Medizin, die sehr gut funktioniert!“

Dieser Arzt beschreibt zum einen die Problematik, dass er nicht sagen kann, welcher Patient am besten zu welchem Therapeuten gehen sollte, weil es ihm nicht möglich ist, in Erfahrung zu bringen, wer sich auf was spezialisiert hat. Zudem ist die einzige Therapeutin in der unmittelbaren Umgebung der Praxis ausgebucht. Das macht auch verständlich, weshalb es diesem Arzt schwer fällt, mit einem Kollegen zusammen zu arbeiten. Seine Lösung ist die psychiatrische Tagesklinik – ein Umweg, der offenbar Erfolg versprechend ist. Dieser Umweg löst allerdings vor allem das Problem, dass dann der richtige Patient zum passenden Therapeuten kommt. Das Problem der Wartezeit wird dadurch nicht in jedem Fall gelöst. In der Aussage des Arztes: *„Es geht natürlich irgendwie, aber ich finde das nicht adäquat gemessen an der somatischen Medizin, die sehr gut funktioniert!“* wird deutlich, dass es für ihn unbefriedigend ist, wenn er diesen Patienten nicht adäquat helfen kann. Dieses Gefühl, selbst nicht mit dem Ergebnis oder der eigenen Arbeit zufrieden zu sein, ist ein wesentlicher Punkt, der immer wieder gerade bei der Kooperation mit Dritten deutlich wurde. Demnach zeigt sich, dass auch in der Kooperation mit Psychotherapeuten noch zu wenig Kommunikation stattfindet.

Negatives Ankerbeispiel 2:

F: „Was haben Sie in der Kooperation für, ähm, Erfahrungen, also negative und positive gemacht?“

A: „Ja! Nicht direkt negativ war, also es ist manchmal auch nicht sinnvoll, da immer wieder drin rumzuwühlen...ne... wir haben eine Patientin, die immer zurückgestellt wurde, weil sie das hässliche Entlein war in der Familie, die Erfolglose. Und die musste auch immer zumindest psychische Gewalt heftigst einstecken, und der erste Psychotherapeut, der hat also richtiger Weise geschrieben: ‚Wir sind uns einig darüber, dass wir also alles so belassen sollten und nicht zu sehr drin rumrühren!‘ Aber es haben eben noch drei weitere Herren versucht, nech, es dann doch noch zu reparieren, aber es wurde jedes Mal schlechter danach. Also, es ist manchmal sinnvoll, von Psychotherapie Abstand zu nehmen – das ist ein schwieriges Gebiet, aber manche beherrschen das Gebiet, und dann muss man sich auch daran halten. Also der erste Psychotherapeut hat gesagt, es ist sinnvoll daran nicht zu rühren, ne, es ist sogar kontraindiziert eine Psychotherapie, aber es haben sich noch drei weitere gefunden, die dann doch wieder dachten, sie müssten daran weiter herumwühlen und die Patientin hat jedes Mal gesagt, das ist mir nicht gut bekommen, hat sich aber jedes Mal dann doch wieder neu bequatschen lassen – gibt es eben auch!“

Negatives Ankerbeispiel 3:

F: „Warum vermitteln Sie ungern oder wie kommt es, dass Sie die Sache lieber selbst in die Hand nehmen?“

A: „Naja, mit der Zeit habe ich mir natürlich so einiges angelesen, so Verhaltenstherapie-Geschichten und so [...], wenn man solche Leute zu einem sogenannten Profi schickt, dann ist man natürlich auch manchmal überrascht, mit was die manchmal zurückkommen. Mit was kommen die zurück? Ja, es gibt zwei Möglichkeiten, entweder sie waren bei einem, also die erste Gruppe, mit irgendwelchen Tabletten, das kann ich ja nun auch! Also zu sagen: nimm davon mal ein paar und dann geht's dir gut, ist ja nun banal – das kann ich auch. Die haben häufig gar keine Erfahrung mit solchen Leuten. Die wissen nur: das ist ein Produkt, das wird da und da eingesetzt und dann gut, und wenn es nicht wirkt, kann man das Produkt vergessen, also nehmen wir ein anderes. Und die andere Truppe ist die sprechende Truppe, und die fangen dann bei Adam und Eva an und, ähm, die sind sich zwar des Problems der Patienten bewusst, haben aber keine Idee, wie sie damit umgehen sollen, und das Problem da liegt wo ganz anders begraben. Sie sehen keinem Psychotherapeuten an, was er macht. Alle nennen sie sich Psychotherapeuten, die einen psychologische Psychotherapeuten, die anderen medizinische Psychotherapeuten, aber was für eine Schule dahintersteht, sehen Sie nicht, und das kann ja, ähm, das kann ja brutal enden. Wenn Sie da jemanden überweisen und die da aus der Kindheit alles ausgraben, auch all die Probleme, die bis dahin schön verdeckt waren, ne, und dann sagt der Patient: ‚Ich dacht ja immer nur meine jetzige Situation ist problematisch, aber der sagt ja auch meine Kindheit war schlimm, ja, dann geh ich da nicht mehr hin!‘ Und dann steht er wieder hier! Und das ist die Realität! Das passiert nicht nur einmal, solche Patienten habe ich hier immer wieder!“

F: „Ja, man muss halt wissen, wer für welche Therapie geeignet ist!“

A: „Ja! Und das ist das Problem! Der Patient kann's nicht wissen und die Therapeuten sehen oft ihre Methode als gut an und ich weiß es auch nicht!“

F: „Das hab ich inzwischen tatsächlich auch schon häufiger gehört, dass Ärzte Probleme haben, den Patienten zum passenden Therapeuten zu schicken!“

A: „Ja, und das Problem ist, man kann nicht sagen: der hat bei dem und bei dem gute Ergebnisse erzielt – so wie bei einer Magenspiegelung zum Beispiel. Sondern der ist für den einen gut und für den nächsten nicht geeignet!“

Diese beiden Beispiele zeigen, dass Therapeuten ihre Methode in der Regel als die richtige Methode ansehen. Das Problem, dass Patienten an einen Analytiker geraten und es ihnen nach der meist nicht beendeten Therapie schlechter geht als vorher, wurde diverse Male von Ärzten geschildert. Hier wird ersichtlich, dass ein Patient, der eine Psychoanalyse machen möchte, sich dessen bewusst sein muss, dass sie eine Menge Kraft kostet, und dass die Kindheit, die bis dahin vielleicht als vollkommen in Ordnung betrachtet wurde, ein wesentlicher Inhalt dieser Therapie sein wird. Therapeuten prüfen vor einer solchen Therapie offenbar selten, ob der Patient dafür geeignet ist, sondern nehmen an, dass dieses entweder der überweisende Arzt schon getan hat oder

diese Therapie schlichtweg für jeden geeignet ist. Diese Erfahrungen zeigen, dass eine offizielle Kooperationsebene zwischen Ärzten und Therapeuten sinnvoll wäre, um sowohl den Patienten als auch den Ärzten und Therapeuten Misserfolge und Frustrationserlebnisse zu ersparen.

Muster C: Kooperation mit Polizei/Rechtsmedizin und Anwälten

„Mit der Polizei sind die Erfahrungen, ja ..., ich möchte sagen, äh, durchaus unterschiedlich! [...]“

Die Kooperation mit Anwälten, der Polizei und der Rechtsmedizin funktioniert im Ernstfall dann sehr gut, wenn sich die Hausärzte darum kümmern, dass das Opfer die entsprechende Versorgung erhält. Wendet sich das Opfer eigenständig an diese Anlaufstellen, verläuft die Versorgung nicht immer so optimal.

Fast alle interviewten Ärzte konnten von ein bis drei Ereignissen während ihrer Tätigkeit als Hausarzt berichten, bei denen es um die akute Versorgung eines von häuslicher Gewalt betroffenen Opfers ging. Diese Berichte fielen durchweg positiv aus, wenn sich der Hausarzt selbst telefonisch um eine Versorgung des Opfers bemühte und die Polizei die betroffene Person direkt in der Praxis abholte. Wenn Opfer hingegen selbst in einer eskalierten Situation die Polizei aufsuchten, wurden den Hausärzten später oft negative Erfahrungen berichtet in dem Sinne, dass die Polizisten „dumme Sprüche“ gemacht haben, oder dass Opfer nicht ernst genug genommen wurden. Auch von der Fehlinformation, dass Hilfe durch die Polizei, ohne Anzeige zu erstatten, nicht möglich sei, oder von der Tatsache, dass weibliche Opfer lieber durch eine Polizistin betreut worden wären, wurde den Ärzten in einigen Fällen im Nachhinein berichtet. Die Rechtsmedizin wird von Opfern nach Erfahrung der Ärzte eigenständig eher selten in Anspruch genommen. Die Inanspruchnahme geschieht eher auf Empfehlung des Hausarztes oder des KV-Notdienstes. In diesen Fällen wurde jedoch positiv berichtet. Aus Sicht der Ärzte funktioniert die Kooperation mit offiziellen Einrichtungen gut – sie nutzen diese allerdings auch nur in Akutsituationen. Dass sich Patienten im Ernstfall an die Polizei wenden können, wird von einigen Ärzten inzwischen eher vorsichtig empfohlen, weil die Rückmeldung der Opfer immer wieder negativ ausfällt. Somit scheint auch gegenüber

„offiziellen“ oder „institutionalisierten“ Stellen die Kanalisierung über den Arzt bereits eine deutliche Hilfestellung für die von Gewalt betroffenen Personen zu sein.

Ankerbeispiel:

F: „Was für Erfahrungen haben Sie damit gemacht, die Polizei einzuschalten? Oder Sie sprachen vorhin schon von der, ehm, Opferberatung am UKE in der Rechtsmedizin! Können sie, ehm, da etwas berichten, also gute oder auch schlechte Erfahrungen?“

A: „Mit der Polizei sind die Erfahrungen, ja ..., ich möchte sagen, äh, durchaus unterschiedlich! Wissen Sie, das ist ja so, dass die Polizei nur in Akutsituationen eine Rolle spielt. Ich hab auch schon mal eine Patientin direkt von hier abholen lassen, also von der Polizei, weil ich nicht sicher gehen konnte, dass ihr auf dem Weg nichts, äh, zustößt. Das hat sehr gut geklappt! Also, wenn ich da angerufen habe und die Patientin angekündigt habe, lief es immer sehr gut. Wenn Opfer z. B. nachts selbst hingehen, um Anzeige oder so ja zu erstatten, hört man auch immer mal weniger Gutes ... dass die dann nicht ernst genommen werden, man ihnen mit blöden Sprüchen, sag ich jetzt mal, begegnet. Ja ... so ist das!“

F: „Und mit der Opferberatung?“

A: „Da wissen, glaube ich, die meisten Patienten nichts davon ... und auch ich weiß es nur, weil ich hier diesen Ordner, den ich Ihnen ja vorhin schon ... vorhin gezeigt habe. Vielen ist auch der Weg zu weit, aber wer wirklich die Hilfe möchte, der geht auch, denke ich mir ... ich erinnere eine Patientin, die da sehr zufrieden ... ist vielleicht nicht richtig, aber die nach sexuellen Übergriffen eines Familienmitgliedes da wohl sehr gut beraten wurde ... mehr kann ich gar nicht sagen. Wissen Sie, das sind auch so, ja so Einzelfälle, das kommt ja nicht so oft vor, zum Glück muss man sagen, dass wir dahinschicken müssen.“

Einerseits macht der Arzt deutlich, dass es seinem Empfinden nach einen Unterschied darstellt, ob er den Kontakt zur Polizei herstellt, oder ob das Opfer dies auf eigene Initiative versucht. Fast alle Ärzte berichteten über diesen Unterschied, wenn auch nicht jeder wegen häuslicher Gewalt mit der Polizei in Kontakt treten musste. Es scheint demnach ein grundsätzlicher Eindruck zu sein, den die Ärzte gesammelt haben.

Über die Erfahrungen mit dem Institut für Rechtsmedizin und mit Rechtsanwälten konnte niemand viel sagen. Auch in diesem Ankerbeispiel sieht man, dass der Arzt nicht viel an Erfahrungswerten preisgeben kann.

5.0 DISKUSSION

Eingangs sollte aus methodischen Gründen erwähnt werden, dass der Gesamteindruck zum Engagement von Hausärzten in Bezug auf das Thema „häusliche Gewalt“ in dieser Arbeit wahrscheinlich zu positiv dargestellt wird. Die Ärzte haben sich freiwillig zu einer Teilnahme an den Interviews gemeldet. Es ist davon auszugehen, dass dies nur bei Interesse am Thema geschah. Dadurch entstand eine Selektions-Bias.

Die Offenheit, mit der über Schwächen und Defizite bezüglich des eigenen Handelns und Wissen gesprochen wurde, war erstaunlich groß. Dennoch wurden negative Aspekte in Bezug auf die Selbsteinschätzung nicht genauso hervorgehoben wie positive Aspekte. Es wurde deshalb versucht, diesen Eindruck bei der Auswertung zu berücksichtigen.

5.1 Diskussion des Definitionsproblems

In der internationalen Literatur wird Gewalt gegenüber unterschiedlichen Personengruppen (z. B. Gewalt gegen Frauen, Kinder, Menschen mit körperlichen oder geistigen Behinderungen, ältere Menschen usw.) vorwiegend getrennt betrachtet (Kavemann B. 2002, Fegert J. M. et al. 2001, Zemp A. 2002, Görden T. et al. 2002, Ohms C. 2004, Müller K. 2001). Hausärzte nehmen diese Trennung in der Praxis offenbar nicht vor. In den Interviews wurde deutlich, wie unterschiedlich Ärzte den Begriff „häusliche Gewalt“ für sich definieren. Gerade das Ausmaß psychischer Gewalt ist für den Arzt sehr schwer zu beurteilen. Zum einen gibt es keine eindeutige und allgemeingültige Definition für diesen Begriff, zum anderen ist es aus der hausärztlichen Behandlungs- und Beratungssituation heraus schwierig, die genauen Zustände zu beurteilen. Hausärzte bekommen meist nur die Sicht des Opfers berichtet. Es ist aus Sicht des Arztes nicht leicht einzuschätzen, ob eine „Grenze“, die in der Regel persönlichen ethischen Grenzen entspricht, überschritten wurde und eine interventionsbedürftige Situation vorliegt. Dieser Umstand verdeutlicht, dass die unterschiedlichen Ausprägungsformen häuslicher Gewalt (körperliche, sexualisierte, psychische, ökonomische und soziale Gewalt) eher einer

akademischen, strukturierenden Aufteilung entsprechen. Im Alltag der Hausärzte kommen in der Regel Mischformen vor.

In einer quantitativen Befragung von Allgemeinmedizinerinnen, Internisten und Gynäkologen zweier Berliner Bezirke (n = 65) ergab sich, dass körperliche Gewalt mit 95,5 % bei von häuslicher Gewalt betroffenen Patienten am häufigsten vorkommt und psychische Gewalt mit 81,8 % (Mehrfachnennungen waren möglich) an zweiter Stelle steht (Mark H. 2000).

Im Rahmen der vorliegenden Arbeit wurde von den Ärzten oft angemerkt, dass es körperliche Gewalt ohne psychische Gewalt gar nicht gibt, da körperliche Gewalt immer auch mit Erniedrigung und Demütigung verknüpft ist. Die meisten Ärzte hatten den Eindruck, dass psychische Gewalt ihnen jeden Tag begegnet, körperliche hingegen seltener. Somit stehen unsere Ergebnisse in einem scheinbaren Widerspruch zu der Untersuchung aus Berlin. Da es sich in beiden Fällen um deutsche Großstädte handelt, ist jedoch nicht davon auszugehen, dass die Verhältnisse in Berlin aus hausärztlicher Sicht von denen in Hamburg unterscheidbar wären. Vielmehr verdeutlicht dieser Punkt die Schwierigkeit einer einheitlichen Definition und unterstreicht zudem, dass eine qualitative Untersuchungsmethode zur Beschreibung des Problems, wie es sich in der ärztlichen Praxis darstellt, geeigneter erscheint als deskriptiv-statistische Methoden. In einer qualitativen Untersuchung kann versucht werden, die individuelle Definition eines jeden Arztes zu klären und in die Bewertung mit einzubeziehen. In einer quantitativen Untersuchung ist es hingegen schwer herauszubekommen, wie die individuelle Definition eines jeden Arztes aussieht. Hinzu kommt, dass Ärzte sich im Rahmen einer quantitativen Untersuchung vor Beginn der Beantwortung nicht zwangsläufig mit ihrer Definition des Begriffs beschäftigen müssen. Bei Fragebögen mit vorgegebenen Antworten – wie in der genannten Studie aus Berlin – kann es passieren, dass Antworten gewählt werden ohne zuvor einen definitorischen Hintergrund zu reflektieren.

Schon durch die Feststellung, dass es körperliche Gewalt ohne psychische Gewalt nicht gibt, wird klar, dass Hausärzte vornehmlich mit Mischformen von Gewalt in Kontakt kommen. Körperliche und psychische Gewalt wird in der ärztlichen Praxis bewusster wahrgenommen, als andere Formen häuslicher Gewalt. Gerade durch ökonomische und soziale Gewalt entstehen jedoch mehrdimensionale Abhängigkeiten. Interessanterweise wurden diese Formen

von Gewalt von keinem der Befragten als für den ärztlichen Alltag relevant beschrieben. Das Wissen um die Relevanz dieser Gewaltformen könnte für entsprechende Situationen sensibilisierenden Charakter haben. Deshalb erscheint es sinnvoll, bei Ärzten ein größeres Bewusstsein für alle Formen häuslicher Gewalt zu schaffen. Ein bewusster Umgang mit diesen Formen könnte dazu beitragen, dass bestimmte Situationen oder Mitteilungen der Patientinnen schneller richtig eingeordnet werden.

Eine Untersuchung in den USA ergab, dass Partnergewalt zwar jede Frau treffen kann, es allerdings begünstigende soziale und ökonomische Faktoren gibt. Verglichen mit Frauen, deren Jahres-Einkommen im letzten Jahr vor der Untersuchung über einer Schwelle von 50.000 \$ lag, hatten Frauen mit einem jährlichen Einkommen zwischen 20.000 \$ und 49.999 \$ dreimal häufiger und Frauen mit einem Jahres-Einkommen von maximal 19.999 \$ neunmal häufiger körperliche Gewalterfahrungen durch ihren Partner erlitten. Darüber hinaus wurden weitere signifikante Risikofaktoren, körperliche Gewalt durch den Partner zu erfahren, publiziert: ein Lebensalter zwischen 15 und 34 Jahren, schlechte Schulbildung, Arbeitslosigkeit, fehlende Krankenversicherung und „in Scheidung lebend“ bzw. ein nicht ehelicher Familienstand (CDC 1998). Hieraus wird deutlich, dass auch die Kenntnis sozioökonomischer Risikofaktoren dazu beitragen kann, das Bewusstsein für eine entsprechende häusliche Situation als Risikofaktor für das Auftreten häuslicher Gewalt zu schärfen.

Die Ergebnisse der Untersuchung aus Berlin zeigen, dass der Begriff „Gewalt“ offenbar sehr stark mit physischen Verletzungen assoziiert ist, die dem Hausarzt selten präsentiert werden. Körperliche Gewalt ist eine Straftat, psychische Gewalt hingegen ist nur in extremen Fällen – beispielsweise in Form von Stalking – Gegenstand von Gerichtsprozessen. Die weiteren Formen von Gewalt sind nur in Ausnahmefällen strafbar. Durch hierfür fehlende Regularien und allgemeingültige Normen und damit weniger Medienpräsenz wird das Bewusstsein der Bevölkerung und damit auch der Ärzte weniger für die beschriebenen Gewaltformen sensibilisiert.

5.2 Wahrnehmung häuslicher Gewalt verbessern und Hindernisse der Thematisierung überwinden

Ärzte können auf unterschiedliche Art und Weise in ihrem Alltag mit dem Thema „häusliche Gewalt“ in Kontakt kommen. In dieser Arbeit wurden durch die Interviews drei wesentliche Wege herausgearbeitet:

- Spricht der Patient den Arzt auf seine Situation und damit das Thema „häusliche Gewalt“ direkt an, empfinden Ärzte dies als Aufforderung zur Intervention und Organisation der Situation. Diese Beobachtung deckt sich mit den Ergebnissen von Trute et al. 1988. Nahezu alle untersuchten Hausärzte empfanden es als ihre Pflicht oder Verantwortung, sich um misshandelte Frauen zu kümmern und diesbezüglich präventiv zu arbeiten (Trute B. et al. 1988). Dies untermauern auch Studien aus den USA, Australien und Kanada (Elliott L. et al. 2002, Eastal P. W. et al. 1992, Ferris L. E. et al. 1992).
- Hausärzte erhalten häufiger als andere Ärzte Einblicke in familiäre, verwandtschaftliche und nachbarschaftliche Strukturen. Diese besondere Stellung führt dazu, dass Informationen über häusliche Gewaltproblematiken auch über dritte, primär nicht beteiligte Personen zu den Hausärzten gelangen können.
- Der häufigste Weg, über den Hausärzte mit „häuslicher Gewalt“ in Kontakt kommen, verläuft zunächst gewissermaßen unbemerkt. Erst im Verlauf eines oder mehrerer Konsultationen ergibt sich, dass „häusliche Gewalt“ Ursache des dem Arzt präsentierten Symptoms ist.

In den ersten beiden Fällen wird das Problem durch Betroffene oder Dritte offen thematisiert. Damit ist es automatisch im Bewusstsein des Hausarztes und Gegenstand eines Gesprächs. Auf Probleme und Aspekte, die sich im weiteren Prozess der Hilfestellung ergeben können, wird an anderer Stelle eingegangen. Wird das Thema nicht direkt angesprochen, muss die Ursache „häusliche Gewalt“ zunächst als mögliche Ursache der Symptomatik in das Bewusstsein des Arztes vordringen. Dafür ist es hilfreich, wenn Ärzte mögliche Symptome kennen. Die internationale Literatur nennt eine ganze Bandbreite an möglichen Symptomen: Neben relativ seltenen lebensgefährlichen Verletzungen

(z. B. Schädel-Hirntraumen, Strangulation, abdominale Gewalteinwirkung) präsentieren sich Patientinnen mit einer Vorgeschichte häuslicher Gewalterfahrung häufig mit psychosomatischen Beschwerden, funktionellen Störungen im Unterbauch (Schmerz, Dysmenorrhoe, Darmprobleme) und im Brust-Halsbereich oder mit Essstörungen.

Neben Depressionen, Angststörungen sowie erhöhtem Alkohol-, Drogen- und Medikamentenkonsum ist bei einem Viertel der Opfer von Gewaltverbrechen mit dem Auftreten einer posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) ohne Selbsterholung zu rechnen. Kommt noch sexualisierte Gewalt hinzu, entwickelt sich eine PTBS sogar in 50 % der Fälle (Anders S. et al. 2006, Duxbury F. 2006). Gewalt in der Schwangerschaft führt zu vermehrtem Auftreten von spätem Beginn pränataler Vorsorge, Fehlgeburten, Frühgeburtlichkeit, Totgeburten, geringem Geburtsgewicht und Tod des Kindes nach der Geburt (Curry M. A. et al. 1998, Murphy C. et al. 2001, Valdez-Santiago R. et al. 1996).

Das Wissen um diese möglichen Folgen bzw. Symptome häuslicher Gewalt ist zum Stellen der Diagnose unerlässlich: Hausärzte können nur dann eine sinnvolle Säule im Hilfesystem Betroffener darstellen, wenn sie sich der Problematik „häusliche Gewalt“ mit allen Folgen bewusst sind.

Die Integration der Thematik in die Aus- und Weiterbildung von Medizinern kann ein Baustein mit sensibilisierendem Charakter darstellen und somit das Bewusstsein der Ärzte schärfen (Graß H. et al. 2004, Seifert D. et al. 2006). Wie wichtig es ist, dass Mediziner die möglichen Symptome und Folgen „häuslicher Gewalt“ kennen, zeigt auch eine Studie aus Israel. Mittels eines Fragebogens, der die Themen „Erfahrungen, Wissen und Einstellungen“ bezüglich von häuslicher Gewalt betroffener Frauen beinhaltete, wurden „Familienärzte“ mit Allgemeinmedizinern verglichen (n=236). In Israel müssen „Familienärzte“ im Gegensatz zu Allgemeinmedizinern im Rahmen der Facharztausbildung über einen Zeitraum von vier Jahren in regelmäßigen Abständen Fortbildungen zu innerfamiliären Problemen – unter anderem „Gewalt in der Familie“ – absolvieren. Verglichen mit den Allgemeinmedizinern antworteten die „Familienärzte“ offener, mit mehr Fachkenntnis ($P < 0,001$) und hatten eine bessere Kenntnis bezüglich der Prävalenz und Risikofaktoren häuslicher Gewalt ($P < 0,001$). Sie zeigten zudem eine größere Tendenz, das

Problem als universal ($P < 0,05$) und als Teil ihrer ärztlichen Verantwortung zu betrachten (Kahan E. et al. 2000).

In Studien sowohl in den USA als auch in Deutschland stellte sich heraus, dass die Integration des Themas in das Medizinstudium von über 90 % der Ärzte befürwortet wird (Mark H. 2000; Reid S. A et al. 1997). Die von uns befragten Ärzte bestätigten diese Ansicht.

Die Frage ist jedoch, wie sich dieses Ziel bei der derzeitigen Ausbildungssituation umsetzen lässt. Das Thema „häusliche Gewalt“ oder besser „Gewalt und das Gesundheitssystem“ hat deutlich interdisziplinären Charakter und kommt somit den Anforderungen der derzeitigen Approbationsordnung für Ärzte entgegen. Es stellt sich dennoch die Frage, in welchem Fach, in welchem Querschnittsbereich, in welchem Ausbildungsstadium und auf welche Art und Weise das Thema vermittelt werden sollte, damit didaktisch ein nachhaltiger Eindruck entsteht.

Einerseits könnte das Thema in den Fächern Rechtsmedizin oder Allgemeinmedizin behandelt werden. In beiden Fächern bestünde die Gefahr, dass das Thema zwischen anderen Themen „verloren“ geht. Eine andere Möglichkeit wäre, das Thema mehr auf einer allgemeinen Ebene im Fach Psychosomatik zu behandeln. Auf diese Weise wäre es wahrscheinlicher, dass bei den Studierenden ein Bewusstsein für die psychischen und die psychosomatischen Langzeitfolgen der Thematik entsteht.

Am sinnvollsten erscheint jedoch eine fächerübergreifende Integration dieser und verwandter Thematiken in eventuell vorhandene longitudinale Unterrichtseinheiten. Nicht nur wegen der Thematik „häusliche Gewalt“ wäre es erstrebenswert, dass Studenten der Medizin sich viel mehr mit sich selbst und dem eigenen Handeln auseinandersetzen. Sollte es in einigen Curricula nicht möglich erscheinen, solche Ziele in das Studium zu integrieren, wäre ein freiwilliger Kurs, in dem selbstreflektierendes Handeln und ethische Themen, Differentialdiagnosen psychosomatischer Krankheitsbilder und das Erlernen einer psychosozialen Anamnese behandelt werden, eine Alternative.

Eine weitere Möglichkeit, die Wahrnehmung der Thematik zu verbessern und die Barrieren bezüglich der Ansprache zu überwinden, ist die Einführung von Screeningmethoden, d. h. weniger standardisierter Fragen im Rahmen der

Anamneseerhebung. Es gibt diverse Untersuchungen über Screeningmethoden bei niedergelassenen Ärzten oder in Notaufnahmen. Im wesentlichen unterscheiden sich diese Methoden darin, dass das Personal zum Thema „häusliche Gewalt“ geschult wird (einmalig oder in regelmäßigen Abständen), oder dass zusätzlich ein Fragebogen Verwendung findet (Ramsay J. et al. 2002).

Screeningmethoden werden laut einer Studie aus New England nur von einem Drittel der Ärzte befürwortet (Friedmann L. S. et al. 1992). Eine Studie aus Großbritannien (n=401) ergab, dass nur 14 % des medizinischen Personals eine routinemäßige Befragung von Frauen durch den Hausarzt nach Erfahrungen bzgl. häuslicher Gewalt befürworten und nur 5 % ein Screening auf sexuellen Missbrauch in der Kindheit befürworten (Richardson J. et al. 2001). Waalen J. et al. fanden heraus, dass medizinisches Personal eine Reihe von Gründen nennt, warum es kein routinemäßiges Screening auf „häusliche Gewalt“ durchführen will:

Mangelnde Schulung oder Erfahrung in der Durchführung derartiger Screenings, die Angst, den Patienten zu nahe zu kommen oder sie in Gefahr zu bringen, vermutete nicht ausreichende Effektivität der Screeningmethoden, fehlende Compliance auf Seite der Patienten oder pro Patient zu wenig Zeit für ein ausführliches Gespräch waren die häufigsten Antworten.

In den USA wird mehrheitlich gemäß den Leitlinien medizinischer Fachgesellschaften und Studien zu Interventionsprojekten ein „Routinescreening“ aller Patientinnen zu einem möglichen Gewalthintergrund ihrer Beschwerden empfohlen (Hellbernd K. et al. 2004). Routinescreenings als Standard sind jedoch umstritten, vor allem deshalb, weil ein Effektivitätsnachweis dieser Screenings fehlt (Ramsay J. et al. 2002, Rhodes K. V. et al. 2003, Wathen C. N. et al. 2003). Einigkeit besteht in dieser „Pro- und Kontra- Debatte“ jedoch darüber, dass einer aktiven Befragung von Patientinnen nach Gewalterfahrungen äußerst große Bedeutung zukommt, da Gesundheitsprobleme ansonsten oft fehlgedeutet oder nicht erkannt werden (Ramsay J. et al. 2002, Hellbernd K. et al. 2004).

Screeningmethoden können demnach sicher einen Teil zur Verbesserung der Erkennung von Opfern beitragen. Sie stellen derzeit jedoch keine ausreichende Lösung dar, da sie von vielen Ärzten nicht angenommen werden (Friedmann L.

S. et al. 1992, Richardson J. et al. 2001). Zudem werden sie zwar von einem Großteil der Frauen befürwortet (je nach Studie zwischen 49 % und 85 %), jedoch nicht von allen (Friedmann L. S. et al. 1992, Caralis P. V. et al. 1997, Gielen A. C. et al. 2000; McNutt L. A. et al. 1999). Es ist somit davon auszugehen, dass nicht alle Frauen an einem Screening teilnehmen würden. Ein Screening kann also nicht die einzige Methode zum Erkennen häuslicher Gewalt darstellen.

Ein Screeningbogen dürfte, auch nach den Ergebnissen dieser Arbeit, nur bei einem geringen Teil der Hausärzte auf Akzeptanz stoßen. Begründung hierfür war – neben den oben bereits aufgeführten Gründen – im wesentlichen die bereits auf anderen Gebieten überhand nehmende Dokumentation und der immer größer werdende bürokratische Anteil der Arbeit.

In dieser Arbeit konnte im Rahmen der Interviews herausgearbeitet werden, dass Hindernisse bei der Ansprache des Themas „häusliche Gewalt“ auf der Seite der Ärzte oder auf der Seite der Patienten liegen und darüber hinaus durch organisatorische bzw. äußere Umstände bedingt sein können:

Äußere Umstände können in ihrer Bedeutung eingeschränkt werden, wenn der Arzt seinen Praxisablauf gut organisiert. Allgemeiner Zeitdruck wird von vielen Ärzten als Hindernis dabei empfunden, das Gespräch überhaupt auf ein solches Thema lenken zu können, gerade wenn Patienten ohne Termin kommen und das Wartezimmer voll ist (Ramsay J. et al. 2002, Waalen J. et al. 2000). Diese Problematik wurde auch von den Ärzten dieser Untersuchung immer wieder angesprochen und verdeutlicht die grundsätzliche Problematik unseres Gesundheitssystems: Ärzte haben für eine ausführliche Anamnese und Untersuchung häufig nicht genügend Zeit, wenn sie wirtschaftlich arbeiten wollen; ein komplexes Problem, dessen Ursache nur von gesundheitspolitischer Seite behoben werden könnte.

Auch bei guter Praxisorganisation können Hausärzte nicht immer für ihre Patienten erreichbar sein (Feiertage, nachts usw.). Sie stellen also nur einen Teil des Hilfesystems dar. Die Notwendigkeit weiterer Säulen im Hilfesystem für Betroffene wie z.B. eine 24-Stunden-Telefonbereitschaft, Frauenhäuser usw., die 365 Tage im Jahr erreichbar sind, wird somit deutlich ersichtlich.

Hindernisse, die sich auf ärztlicher Seite befinden, können durch eine reflektierende Haltung des Arztes gegenüber dem eigenen Handeln am wahrscheinlichsten überwunden werden. Persönliche Probleme des Arztes, Blockaden und Unsicherheiten führen dazu, dass unangenehme Themen nicht angesprochen werden. Derartige Gespräche verlangen den Ärzten mehr Energie und Einsatz ab – ein sicher natürlicher und nachvollziehbarer Aspekt. Grundvoraussetzung diese Problematik zu überwinden, ist eine prinzipielle Bereitschaft des Arztes, sich selbst und sein Handeln kritisch zu betrachten. Dann ist er möglicherweise bereit, Angebote wie Gesprächszirkel, Balint-Gruppen oder Supervisionen wahrzunehmen.

Die Möglichkeit, Routinescreenings durchzuführen, wurde bereits diskutiert. Hindernisse auf ärztlicher Seite könnten bei konsequenter Anwendung hiermit teilweise überwunden werden. Eine aktive Ansprache könnte durch eine standardisierte Anamnese ersetzt werden. Ziel wäre es, dass Fragen nach Gewalterfahrungen dann ähnlich „normal“ wie Fragen nach Rauch- oder Trinkgewohnheiten wären.

Hindernisse auf der Seite der Patienten können vom Arzt teils kaum überwunden werden. Eine empathische und verständnisvolle Haltung des Arztes ist notwendig, um innere Barrieren des Patienten wie Angst oder Scham zu überwinden. Ärzte sollten ermutigt werden, das Thema anzusprechen, um Betroffenen die Möglichkeit zu eröffnen, die Situation zu verändern. Ein grundsätzlicher Impuls, etwas an der Situation ändern zu wollen, muss jedoch vom Patienten ausgehen. Demnach gibt es gelegentlich Situationen, in denen auch der Hilfsbereitschaft signalisierende Arzt die inneren Barrieren des Patienten nicht überwinden kann.

Gegen äußere Barrieren, wie sie bei Migrantinnen, die der deutschen Sprache nicht mächtig sind, bestehen, kann der einzelne Arzt nichts unternehmen. Viele Ärzte hatten den Eindruck, dass „häusliche Gewalt“ Migrantinnen häufiger trifft. Dieser Eindruck deckt sich mit den Ergebnissen von Müller et al. 2004 aus einer Begleituntersuchung zu Gewalterfahrungen von osteuropäischen und türkischen Migrantinnen in Deutschland. Sie konnten zeigen, dass türkische Migrantinnen nicht nur häufiger von körperlicher Gewalt betroffen sind, sondern

auch schwerere Formen und Ausprägungen körperlicher Gewalt erlitten haben (Müller U. et al. 2004).

Diese Ergebnisse verdeutlichen, dass Hausärzte auch über die besonderen Probleme von Migrantinnen informiert sein sollten, um diesen geeignete Hilfe anbieten zu können. Um dies zu erreichen, könnten z. B. Adressen von kurdisch-, türkisch- oder russischsprachigen Beratungsstellen oder Psychotherapeuten in einem Faltblatt an die Hausärzte verteilt werden. Derartige Einrichtungen stellen eine Hilfe für akut oder chronisch von Gewalt Betroffene dar.

Langfristig ist gerade in Hinblick auf Migranten die Prävention durch Integration in unsere Gesellschaft erstrebenswert. In einem Interview sprach sich der interviewte Arzt gegen den Einsatz von türkisch- oder kurdischsprachigen Hilfseinrichtungen und Psychologen aus, um die Desintegration von Migrantinnen nicht auch noch zu unterstützen. Hinter diesem Einwand steht der Gedanke, dass Migranten nur dann in unsere Gesellschaft integriert werden können, wenn sie unsere Sprache erlernen. Durch fremdsprachige Einrichtungen werde der Anreiz genommen die Sprache zu lernen. Zudem werde dadurch gefördert, dass Migranten unter sich bleiben und somit keinen Kontakt zu unserer Kultur und den kulturellen Normen bekommen. Das Unrechtsbewusstsein für das, was man ihnen antut, werde möglicherweise nicht geschärft. Andererseits besteht jedoch auch für die Generationen von Einwanderern, die keine ausreichenden deutschen Sprachkenntnisse besitzen, gegebenenfalls ein Beratungs- und Interventionsbedarf, um sich verschärfende Gewaltspiralen zu durchbrechen.

Somit erscheint es nach den Ergebnissen der geführten Interviews wünschenswert, dass Einrichtungen für Migrantinnen stärker gefördert werden. In vermehrt betroffenen Stadtteilen scheinen diese Angebote vollkommen überbeansprucht zu sein.

5.3 Erfahrungen nach der Ansprache – Perspektiven positiver Erfahrungen

Die Erfahrungen, die bei Äußerung eines Verdachtes von Kollegen gemacht werden, scheinen für viele Ärzte wichtig und interessant zu sein. Einige Ärzte fragten nach dem durchgeführten Interview sogar explizit nach Erfahrungen anderer Kollegen, um Sicherheit in ihrem eigenen Vorgehen zu erlangen. Die Unsicherheit im Umgang mit dem Thema in einer nicht direkt vom Patienten angesprochenen Situation scheint – im Gegensatz zur explizit angesprochenen Situation, in der Arzt und Patient offen über die Problematik „häusliche Gewalt“ sprechen – relativ groß zu sein.

Nachdem die Ärzte das Thema angesprochen haben, können die damit verbundenen Erfahrungen positiv oder negativ ausfallen. Erfahrungen, die ausschließlich positiv bzw. negativ sind sowie extrem gute oder schlechte Erfahrungen sind selten. Die Qualitäten der einzelnen Erfahrungen unterliegen Abstufungen wie in Abbildung 8 in Kapitel 4.5 dargestellt. Einige der Ärzte machten häufiger die Erfahrung, dass das Signal ihrer Offenheit und Redebereitschaft für dieses Thema zeitversetzt wahrgenommen wird, d. h. dass die Patienten den Arzt erneut aufsuchten und die Thematik erst dann offen zur Sprache kam. Andere machten öfter die Erfahrung, dass Kontakte von Patienten abgebrochen werden bzw. das Thema nach Ansprache durch den Arzt nicht aufgegriffen oder heruntergespielt wird, so dass der Arzt das Thema nicht weiter besprechen kann.

Insgesamt lässt sich auf Grund der vorliegend geführten Interviews sagen, dass positive Erfahrungen der Ärzte gegenüber den negativen überwiegen und positive Erfahrungen vor allem eine größere zeitliche Konstanz aufweisen, da betroffene Patienten immer wieder kommen, wohingegen negative Erfahrungen eher Einzelbeispiele sind.

Eine Ärztin machte besonders positive Erfahrungen, indem sie das Thema „familiäre Situation“ bzw. „innerfamiliäre Konflikte“ in die Erstanamnese jedes Patienten aufgenommen hat. Die grundsätzliche Redebereitschaft dieser Ärztin sprach sich herum, so dass mittlerweile Patientinnen gezielt wegen familiärer Gewaltprobleme zu ihr kommen. Ärztinnen und Ärzte mit solchen positiven Erfahrungen könnten als Multiplikatoren gewonnen werden und ihre Erfah-

rungen im Rahmen von Fort- und Weiterbildung (Veranstaltungen, Aufsätze) an andere Kollegen weitergeben.

Es ist bekannt, dass von Gewalt betroffene Frauen häufig bereits in ihrer Kindheit und Jugend körperliche oder sexuelle Misshandlung erlebt haben (Wetzels P. et al. 2003). Im Rahmen hausärztlicher Konsultationen werden derartige Thematiken jedoch nicht ohne direkte Nachfrage zur Ansprache kommen. Diese Tatsache und die positiven Erfahrungen nach Aufnahme der Thematik „familiäre Situation/Konflikte“ in die Erstanamnese untermauern die Wichtigkeit der psychosozialen Anamnese im Kontext „häusliche Gewalt“. Durch das Signalisieren ärztlicher Offenheit für jede Form von persönlichen Problemen und Belastungen können diese Inhalt des Arzt-Patient-Gesprächs werden. Hierbei handelt es sich im weitesten Sinne auch um ein Screening, das jedoch nicht auf „häusliche Gewalt“ im engeren Sinne abgestimmt ist. Patienten besuchen ihre Hausärzte in der Regel mehrfach, deshalb haben Hausärzte im Gegensatz zu Ärzten in einer Notaufnahme mehr Zeit, eine Vertrauensbasis zu schaffen. Deshalb muss ein Thema wie „häusliche Gewalt“ nicht zwangsläufig beim ersten Kontakt zur Ansprache kommen. Dennoch ist, insbesondere bei der Langzeitbetreuung von Patienten oder gar Familien, die psychosoziale Anamnese wichtig, um derartige Probleme zu erfassen. Daraus ergibt sich, dass die psychosoziale Anamnese schon im Studium vermehrt geübt und verinnerlicht werden sollte. Auch hierfür bietet die derzeit gültige Approbationsordnung für Ärzte einen guten Rahmen.

Regelmäßig ergab sich in den Interviews die Frage, ob eine bessere finanzielle Honorierung der Ärzte deren Schwelle senken würde, Themen wie „häusliche Gewalt“ anzusprechen. Keiner der Ärzte empfand dies als besonders großen Anreiz. Die meisten Ärzte überschreiten zum Ende des Quartals nach eigenen Angaben regelmäßig ihr Budget, so dass sich real in finanzieller Hinsicht nichts ändern würde.

Auch in der bereits erwähnten Untersuchung zweier Berliner Bezirke (Mark H. 2000) wurde die Aussage „Ich kann mir ein längeres Gespräch nicht leisten, weil es nicht ausreichend honoriert wird!“ von knapp 70 % der befragten Ärzte abgelehnt. Grundsätzlich könnte und sollte aus Sicht der befragten Ärzte davon

ausgegangen werden, dass Themen wie „familiäre Probleme“ Teil der psychosozialen Anamnese sind. Dies unterstreicht die Wichtigkeit, dass diese als Teil der medizinischen Aus- und Weiterbildung sorgfältig erlernt, geübt und durchgeführt wird.

Unabhängig von den bestehenden Hindernissen und Erfahrungen der Ärzte machen die Ergebnisse einen Aspekt deutlich: Die sonst dominierende Grundstruktur im Arzt-Patienten-Verhältnis mit einer entscheidungsvorbereitenden Rolle des Arztes und der vertrauensbasierten Annahme von Ratschlägen und Therapieanweisungen durch den Patienten ist im Falle der Beratung und Betreuung zum Umgang mit häuslicher Gewalterfahrung unangebracht (Anders S. et al. 2006). Vielmehr bestimmt hier der Patient im wesentlichen alleine Art und Umfang der Maßnahmen.

In der Fachliteratur wird teilweise davon gesprochen, dass „Ärzte dazu beitragen können Gewalttaten aufzudecken“ (Mark H. 2000). Diese Wortwahl impliziert, dass sich der Arzt als misstrauischer Detektiv oder Kommissar betrachten muss, um ans Ziel zu kommen. Diese Sichtweise lässt sich jedoch nicht mit dem Bild in Verbindung bringen, das die Ärzte von sich selbst haben. Auch könnte der primär detektivisch-misstrauische Arzt nicht dem Patienten in seiner Erwartung gerecht werden, dass ihm primär Glauben geschenkt wird. Durch ein offenes Zuhören kann hier oft mehr erreicht werden. Der Patient allein trifft die Entscheidung, wohin, in welchem Tempo und wie weit es weitergehen soll.

Opfer von Partnergewalt benötigen im Durchschnitt sieben Trennungsversuche ehe sie sich endgültig von ihrem Partner trennen (Hellbernd K. et al. 2004). Dies kann im Beratungsalltag zu großen Frustrationen führen. Aufklärung der Ärzte über die Dynamik häuslicher Gewalt kann dazu führen, dass „Misserfolge“ vom Arzt nicht als persönliches Unvermögen gewertet werden. Entscheidungen und Verhaltensweisen von Opfern (i. S. von Co-Tätern) sind für Außenstehende nicht immer nachvollziehbar. Eine qualitative Begleituntersuchung des Bundesministeriums für Familien, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) ergab, dass Opfer sich nicht öffneten, da sie Angst hatten, dass von ihnen die Trennung vom Täter gefordert werden könnte (Müller U. et al. 2004). Dieses Wissen sollte auch Hausärzten vermittelt werden, damit derartige Forderungen

in einer Zielsetzung mit dem Patienten bewusst vom Gespräch ausgeklammert werden können. Diese Maßnahmen würden dazu beitragen, der Unsicherheit von Ärzten gegenüber der Thematik entgegen zu wirken.

5.4 Unterschiedliche Arztpersönlichkeiten – unterschiedliche Hilfestellungen

Diese Arbeit konnte zeigen, dass das Thema „häusliche Gewalt“ für einen Großteil der befragten Hausärzte Bedeutung hat, sie an weitergehenden Informationen interessiert sind und sich für betroffene Patienten zuständig fühlen. Es hängt vor allem vom Wesen bzw. der Persönlichkeit und den Erfahrungen im Lebenslauf des Arztes ab, inwieweit er bereit ist, sich um diese Patienten zu kümmern und in welcher Art und Weise er dieses umsetzt. Ärzte, die es ablehnen, sich um Betroffene zu kümmern, können in ihrer Einstellung vermutlich nur schwer umgestimmt werden. Da sie aber quantitativ nur den geringeren Teil ausmachen, kann diese Gruppe im folgenden vernachlässigt werden.

Durch die Auswertung der Interviews konnten zwei Gruppen von Ärzten herausgearbeitet werden:

- Der selbst handelnde und behandelnde Arzt, der sich als Akteur begreift
- Der zwar handelnde, aber nicht selbst behandelnde Arzt, der sich als Vermittler begreift.

In Zusammenhang mit diesen zwei Gruppen und der Persönlichkeit des einzelnen Arztes zeigte sich auch, dass die Einstellungen der Ärzte zu der Option einer medikamentösen Behandlung von „absolute Kontraindikation“ bis „kann eine Lösung darstellen“ reicht. Die meisten Ärzte gaben in den Interviews an, dass sie Medikamente vor allem als Mittel zum Zweck verschreiben, sei es, um den Opfern in eine psychisch-emotional stabile und handlungsfähige Position zu verhelfen oder um Zeiträume bis zum Beginn einer Therapie zu überbrücken.

Aus diesen Punkten, die in den Ergebnissen bereits unter den Überschriften „Zuständigkeitsgefühl für Opfer häuslicher Gewalt“, „eigenes Rollenverständnis“ und „Option medikamentöser Therapie“ zusammengefasst wurden und die alle mit der ärztlichen Persönlichkeit und den Lebenserfahrungen des Arztes in

Zusammenhang gebracht werden können (vgl. Abbildung 9 in Kapitel 4.7), lassen sich in Erweiterung der obigen Darstellung zwei wesentliche „Arzttypen“ herauskristallisieren:

- Ein Typus, der sich selbst eher als Akteur begreift, sich gerne mit derartigen Patienten beschäftigt, die Gabe von Medikamenten eher kritisch betrachtet, eine eher weit gefasste Definition des Begriffs hat und den Umgang mit Opfern häuslicher Gewalt als eher normal empfindet, auch weil er wegen der eigenen weit gefassten Definition häufig mit Opfern in Kontakt kommt.
- Ein weiterer Typus, der sich mehr als Vermittler betrachtet, selbst bemerkt, dass er sich nicht besonders gerne mit solchen Patienten beschäftigt, es daher eher als Pflicht empfindet. Damit verbunden ist oft eine eher eng gefasste Definition des Gewaltbegriffes. Dadurch bedingt werden Patienten mit derartigen Problemen dann in der Regel als stark traumatisiert empfunden, weshalb die Kooperation mit Psychotherapeuten eine wesentlichere Rolle spielt. Zusätzlich scheint auch die medikamentöse Therapie im Vergleich zum ersten Typus großzügiger Anwendung zu finden, vor allem dann, wenn gewisse Zeiten bis zum Beginn der Therapie überbrückt werden müssen.

Entscheidend für das Outcome des Arzt-Patienten-Gesprächs erscheint, ob sich der Arzt in seiner Rolle wiederfindet und diese annehmen kann. Es führt am wahrscheinlichsten zum Misserfolg, wenn ein Arzt, der es als Pflicht empfindet, sich persönlich um Opfer häuslicher Gewalt zu kümmern, die Rolle des Akteurs spielt, ohne sich in dieser Rolle tatsächlich wohl zu fühlen. Somit ist eine Akteur-Rolle nicht zwangsläufig als „besser“ anzusehen als eine Vermittler-Rolle. Wichtig ist vor allem, dass die Rolle konsequent erfüllt wird. In beiden Gruppen gibt es Ärzte, die entsprechend ihrer Rolle und ihren eigenen Bedürfnissen eine funktionierende Lösung für derartige Probleme entwickelt haben. Agierende Ärzte schaffen es im Idealfall, die Patienten in regelmäßigen Abständen in ihre Praxis zu bestellen und jedes Mal einen weiteren „Schritt“ zum Ziel mit dem Patienten zu besprechen und ihn bei der Durchführung zu unterstützen.

Vermittelnde Ärzte schaffen es, dem Patienten ausreichend Offenheit für das Thema zu signalisieren und gleichzeitig deutlich zu machen, dass sie derartige

Probleme lieber an professionelle Beratungsstellen aus dem psychosozialen Sektor vermitteln, ohne dass sich der Patient abgeschoben fühlt.

Die Interviews zeigten, dass es in beiden Gruppen Ärzte gibt, die sich zwar in einer bestimmten Rolle sehen, es jedoch fraglich erscheint, ob diese erfolgreich und konsequent erfüllt wird. Bei Ärzten der „Akteur-Gruppe“ besteht die Gefahr, dass kein aktiver Richtungswechsel angestrebt und gefordert wird, sondern dauerhaft über die „schlimme Situation“ gesprochen wird, ohne dass das Opfer einen weiteren Entwicklungsschritt macht. In diesem Fall würde ein Entwicklungsprozess verhindert. Diese Gefahr besteht vor allem dann, wenn der Arzt keine ausreichende Distanz zu den persönlichen Problemen des Patienten wahren kann und sein Mitgefühl ihn zu sehr vereinnahmt.

Bei Ärzten der zweiten Gruppe besteht die Gefahr, dass die Medikation zu einer Dauerlösung wird, weil sich der Patient beispielsweise nicht vermitteln lassen möchte oder er bei der „falschen Adresse“ landet. Auch kann es passieren, dass der Arzt den Weg des Patienten nicht weiter verfolgt. In beiden Beispielen werden Patienten im Handeln nicht zielführend unterstützt und angeleitet und erreichen somit eventuell kein für sie befriedigendes Ergebnis.

In der jüngeren Fachliteratur werden immer wieder Verfahren und Maßnahmen (beispielsweise Screeningfragen, Schulungen usw.) zum Gegenstand gemacht, die von allen Ärzten in Notaufnahmen oder einer Fachrichtung gleichermaßen angewandt bzw. besucht werden sollten (Ramsay J. et al. 2002). Vor dem Hintergrund unserer Ergebnisse erscheint es fraglich, ob es allgemeingültige Handlungsperspektiven gibt. Gerade im niedergelassenen Bereich sind die sinnvoll und empathisch durchgeführten Maßnahmen von Arzt zu Arzt unterschiedlich und von der individuellen Persönlichkeit, dem Wissensstand und den Vorerfahrungen abhängig. Deshalb erscheint es sinnvoll, praktizierenden Ärzten und Studierenden der Medizin unterschiedliche Perspektiven in der Herangehensweise an den Patienten und somit auch im Umgang mit Opfern zu vermitteln.

Die Rolle der medikamentösen Therapie wurde bereits kurz diskutiert. In der „Akteur-Gruppe“ werden Medikamente kritisch betrachtet, in der „Vermittler-Gruppe“ werden diese hingegen großzügig verschrieben. Eine mögliche Erklärung ist, dass Ärzte der Vermittler-Gruppe oft eine gewisse Zeit über-

brücken müssen, bis der Patient beispielsweise einen Beratungstermin oder einen Therapieplatz hat, so dass Medikamente eine Kurzzeitlösung darstellen. Ärzte der „Akteur-Gruppe“ hingegen kümmern sich selbst aktiv um die Probleme der Betroffenen, so dass sie Medikamente nicht so schnell verschreiben da sie keine Zeit bis zum Therapiebeginn überbrücken müssen. Für den Fall, dass sich ein Arzt dieser Gruppe doch zur Gabe von Medikamenten entscheidet, hat er eine wesentlich bessere Kontrolle über die Einnahme, da er den Patienten regelmäßig sieht.

Für den Fall, dass ein Arzt Medikamente verschreibt und der Patient an einen Therapeuten oder eine Beratungsstelle weitervermittelt wird, ist die Gefahr größer, dass der Arzt die Therapie nicht ausreichend kontrollieren kann, weil der Patient vielleicht nur die Praxis aufsucht, um sich ein weiteres Rezept abzuholen. Rezepte werden gerade bei ungeduldigen, potenziell zeitaufwändigen oder unangenehmen Patienten teils von der Praxishilfe vorbereitet, und der Arzt sieht den Patienten dann gar nicht. Eine Studie des Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) zeigte im Jahre 2004, welche Erfahrungen von häuslicher Gewalt betroffene Frauen mit einer medikamentösen Therapie gemacht haben. Die Untersuchungsteilnehmerinnen wiesen anhand von mehreren zum Teil drastischen Beispielen auf problematische medikamentöse Behandlungen mit Psychopharmaka in Fällen häuslicher Gewalt hin, die sie teilweise jahrelang in Gewaltsituationen verharren ließen oder die gar gesundheitliche Schäden zur Folge hatten (Müller U. et al. 2004). Es besteht grundsätzlich die Gefahr, dass die Medikamenteneinnahme unkontrolliert weitergeführt wird. Bei Gewaltopfern besteht ein erhöhtes Risiko einer Substanzabhängigkeit, die dann ärztlicherseits negativ verstärkt werden kann. Da Ärzte die einzige Berufsgruppe im Hilfesystem für betroffene Personen darstellen, die Medikamente verschreiben dürfen, ist im Rahmen von Fortbildungsmaßnahmen eine Sensibilisierung der Ärzte für diese Problematik angezeigt.

5.5 Kooperation mit Professionellen und Beratungsstellen – Hindernisse überwinden

In Bezug auf Beratungsstellen für von häuslicher Gewalt Betroffene bestehen bei den meisten Ärzten wenig oder eher negative Erfahrungen. Im Erleben der meisten Ärzte handelt es sich um einen sehr einseitigen Informationsfluss in die Richtung vom Hausarzt zu den Beratungsstellen. Kritikpunkte der Ärzte waren diesbezüglich vor allem die Undurchsichtigkeit, wer sich hinter einer bestimmten Stelle verbirgt, und die ungenügende Rückmeldung über Pläne oder Ziele, die mit dem Patienten erreicht werden sollen. Offenbar bestehen aus Sicht der Ärzte deutliche Mängel in der Zusammenarbeit, und beide Berufsgruppen arbeiten nebeneinander her. Die Ärzte haben keinen Überblick, welche der Einrichtungen für den jeweiligen Patienten am geeignetsten wäre. Im Rahmen thematischer-systematischer Infobroschüren o. ä. zum Thema „häusliche Gewalt“ wäre es aus Sicht der Ärzte wünschenswert, eher eine kleinere Anzahl von übergeordneten Einrichtungen genauer zu beschreiben. Dies könnte Ärzten helfen, sich einen Überblick zu verschaffen. Eine bloße Adressensammlung wurde von den Ärzten als wenig hilfreich erachtet.

Darüber hinaus wäre es aus Sicht der Ärzte wünschenswert, wenn sich die Einrichtungen in der Umgebung der Praxis in Form von Flyern und Visitenkarten bei den Hausärzten vorstellen würden, so dass diese zum einen konkrete Informationen über die jeweiligen Hilfsangebote aus erster Hand bekommen, zum anderen „etwas in der Hand haben“, was sie den betroffenen Patienten mitgeben können. Die Kommunikation und Kooperation zwischen den professionell helfenden Berufsgruppen könnte so verbessert werden.

In Bezug auf die Kooperation mit Psychotherapeuten gehen die Erfahrungen der Ärzte stark auseinander:

Positive Erfahrungen werden vor allem dann gemacht, wenn der Arzt einen oder mehrere Therapeuten der Umgebung kennt und weiß, welche Art von Therapie dort angeboten und durchgeführt wird. Kooperiert der Arzt mit einem Psychiater oder einer psychiatrischen Tagesklinik, die dann eine gezielte Verteilung der Patienten an den passenden niedergelassenen Psychotherapeuten vornimmt, werden ebenfalls überwiegend positive Erfahrungen gemacht.

Negative Erfahrungen dominieren vor allem dann, wenn der Arzt nicht weiß, welche Therapieformen angeboten werden, und der überwiesene Patient letztendlich etwas anderes geboten bekommt, als er sich erhofft hat oder persönlich als passend empfunden hätte.

In Kapitel 4.8 wurde bereits die Problematik der Wartezeit auf einen Therapieplatz und die Frage, welcher Patient zu welchem Therapeuten passt, erläutert. Die Tatsache, dass die Therapeuten nicht "katalogisiert" sind, wurde von den Ärzten immer wieder kritisiert, weil sie so nicht ersehen können, wer Verhaltenstherapie, Gesprächstherapie bzw. Psychoanalyse anbietet und was für ihre Patienten passend ist. Diese Kritik ist nachvollziehbar, so dass es sinnvoll wäre, eine Arbeitsgruppe zu bilden, die es sich zur Aufgabe macht, die Kommunikation bzw. Koordination zwischen der Berufsgruppe der Hausärzte und der Berufsgruppe der Psychotherapeuten auf eine offizielle bzw. professionelle Ebene zu bringen.

In Form eines Faltblattes, eines Ordners o. ä. könnte man Hausärzte darüber informieren, inwieweit sich welche Psychotherapeuten für die Versorgung derartiger Patienten zuständig fühlen, welche Therapieangebote dort bestehen und für welche Patienten eine Überweisung sinnvoll zu sein scheint. Unter einigen Ärzten scheint der Eindruck entstanden zu sein, dass Psychotherapeuten, weil sie mehr Zeit pro Patient haben, besser dafür geeignet sind, sich um diese Patienten zu kümmern als sie selbst. Es wäre sinnvoll zu untersuchen, inwieweit diese Meinung von den Therapeuten mitgetragen wird und wie sehr diese Inanspruchnahme gewünscht wird.

Fast alle interviewten Ärzte konnten von ein bis drei Ereignissen während ihrer Tätigkeit als Hausarzt berichten, bei denen es um die akute Versorgung eines von häuslicher Gewalt betroffenen Opfers ging. In diesem Fall wird die Kooperationsmöglichkeit mit der Polizei/Rechtsmedizin/Rechtsberatung und Frauenhäusern in Anspruch genommen. Diese Berichte fielen überwiegend positiv aus, wenn sich der Hausarzt selbst telefonisch um eine Versorgung der Opfer bemühte und die Polizei das Opfer direkt in der Praxis abholen. Wenn Opfer hingegen selbst in einer eskalierten Situation die Polizei aufsuchten, wurden den Hausärzten von den Betroffenen später oft negative Erfahrungen berichtet. Die Opfer fühlten sich nicht ernst genug genommen oder es wurde berichtet,

dass die Polizisten im schlimmsten Fall „dumme Sprüche“ gemacht haben. Diese Tatsache hat dazu geführt, dass einige Hausärzte ihren Patienten diese Möglichkeit nicht uneingeschränkt empfehlen. In diesem Punkt wäre es wünschenswert, dass sich auf polizeilicher Seite etwas ändert. Bezogen auf die Gruppe der Ärzte scheint diesbezüglich weniger Handlungsbedarf zu bestehen: Die Meisten wissen sich in Akutsituationen zu helfen, und das Hilfesystem scheint in diesem Punkt zumindest dann gut zu funktionieren, wenn der Arzt persönlich die Vermittlung übernimmt.

Zusammenfassend konnte in der Diskussion herausgearbeitet werden, dass sowohl auf ärztlicher als auch auf politischer Ebene Handlungsbedarf besteht: Von politischer Seite wäre die Einrichtung einer zentralen Anlaufstelle für Betroffene wünschenswert. Diese könnte zeitgleich als Beratungsstelle auch für Professionelle (z. B. Ärzte) über bestehende Hilfsangebote fungieren. Auf ärztlicher Seite sollte ein größeres Bewusstsein für alle Formen häuslicher Gewalt und die damit verbundene Relevanz für die Praxis geschaffen werden. Zudem müsste die Relevanz der psychosozialen Anamnese zur Detektion von Gewalterfahrungen deutlicher gemacht werden. Deshalb wäre die Integration derartiger Themen in die Aus- und Weiterbildung von Medizinerinnen erstrebenswert. Grundsätzlich sollten Ärzte immer wieder ermutigt werden, das Thema „häusliche Gewalt“ mit ihren Patienten anzusprechen und sich über Anlaufstellen für Betroffene in der Umgebung ihrer Praxis informieren.

Zur Verbesserung der Kommunikation und gegenseitigen Information erscheint die Einrichtung von multiprofessionellen Arbeitsgruppen unumgänglich. Diese könnten an bereits bestehende Institutionen, wie etwa die Ärztekammern, angebunden werden und lokale Informationsmaterialien bündeln, eigene Materialien erstellen oder Veranstaltungen zum Thema koordinieren. Auch wäre eine solche Arbeitsgruppe geeignet, die lokale Situation eingehend zu analysieren, interdisziplinäre Projekte anzustoßen und eine Rolle in der Koordination von assoziierten Forschungsprojekten zu übernehmen.

Dem Gesundheitssektor kann eine wesentliche Rolle bei der Aufdeckung, Behandlung und Betreuung von akuten und chronischen gewaltbedingten Gesundheitsstörungen zukommen, wenn die verschiedenen beteiligten Institutionen und Personen stärker interagieren und ihre Kooperation durch einen höheren Informationsgrad verbessern.

6.0 ZUSAMMENFASSUNG

„Häusliche Gewalt“ stellt auch in Deutschland ein gesellschaftliches und gesundheitliches Problem dar. Die meisten Betroffenen haben in der Folge Kontakt zu hausärztlich tätigen Ärzten. In der vorliegenden Arbeit wurden mittels qualitativer Forschungsmethoden der Kenntnisstand der Ärzte und die subjektiv-ärztlichen Alltagsrelevanz untersucht, um hieraus Bedarfe und Perspektiven abzuleiten. Hierzu wurden problemzentrierte, leitfadenorientierte Interviews mit 19 Hausärzten durchgeführt (Sättigungsprozess). Die möglichen Dimensionen physischer, psychischer, sexualisierter, sozialer und ökonomischer Gewalt waren unterschiedlich stark bekannt. Ebenso unterscheidet sich die wahrgenommene Alltagsrelevanz um einen Faktor von etwa 20. Beschwerdebilder mit möglichem psychosomatischen Hintergrund spielen eine besondere Rolle. Hindernisse bei der Ansprache des Problems können organisatorischer Form sein oder individuell bedingt auf Seiten des Arztes oder des Patienten liegen. Hierbei bestehen auf Seite der Ärzte deutliche Unsicherheiten bei einer offenen Ansprache der Thematik im Verdachtsfall. Es zeigten sich große interindividuelle Unterschiede in den Fragen der „Zuständigkeit“, eines aktiven oder passiven Rollenverständnisses (Akteur oder Vermittler) und der Option einer medikamentösen Behandlung der Betroffenen. In den Erfahrungen zur Kooperation mit anderen Professionellen und Beratungsstellen überwogen negative Erfahrungen. Hintergründe hierfür scheinen häufig mangelnde Informationen und Rückkopplungen zu sein. Die Präsenz der Thematik in der hausärztlichen Praxis könnte durch das Einführen von Screeningfragen oder einer standardisierten Anamnese erhöht werden. Die Grundlagen hierfür sollten bereits im Rahmen der Ausbildung gelegt werden. Hierdurch könnte die Häufigkeit subjektiv-positiver Erfahrungen im Umgang mit Betroffenen erhöht und damit eine Verfestigung der Thematik erreicht werden. Starke interindividuelle Schwankungen zwischen den befragten Ärzten lassen jedoch allgemeingültige Handlungsperspektiven ungeeignet erscheinen. Vielmehr müssen hier sowohl primär agierende als auch vermittelnde Rollen zugelassen werden. Der Wissensstand über und die Kooperation mit Beratungsstellen ist weiter zu verbessern, wobei koordinierende Anlaufstellen wünschenswert erscheinen.

Literaturverzeichnis

- Anders S., Seifert D., Heinemann A., Zinke M., Püschel K. (2006). Zu ärztlichen Aspekten der Ursachen und Folgen häuslicher Gewalt. *Hamburger Ärzteblatt* 60(4):190-93.
- Brandau H., Ronge K. (1997). Gewalt gegen Frauen im häuslichen Bereich. *Alte Ziele – Neue Wege*. BIG e.V. – Berliner Initiative gegen Gewalt gegen Frauen (Hrsg.), Berlin.
- Brückner M. (Hrsg.) (1998). *Wege aus der Gewalt gegen Frauen und Mädchen*. Frankfurt/M., Fachhochschulverlag.
- Caralis P. V., Musialowski R. (1997). Women's experiences with domestic violence and their attitudes and expectations regarding medical care of abuse victims. *South Med J* 90(11):1075-80.
- CDC - Center for Disease Control and Prevention (1998). Lifetime and annual incidence of intimate partner violence and resulting injuries – Georgia, 1995. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 16;47(40):849-53. <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/00055270.htm>, besucht am 03.09.2006.
- Curry M. A., Perrin N., Wall E. (1998). Effects of abuse on maternal complications and birth weight in adult and adolescent women. *Obstet Gynecol* 92(4 Pt 1):530-4.
- DHHS – U.S. Department of Health & Human Services (2001). National Clearinghouse on child abuse and neglect Information. In *Harm's Way: Domestic violence and child maltreatment*, U.S. Department of Health & Human Services, Administration for Children and Families.
- Duxbury F. (2006). Recognising domestic violence in clinical practice using the diagnoses of posttraumatic stress disorder, depression and low self-esteem. *Br J Gen Pract* 56(525):294-300.
- Easteal P. W., Easteal S. (1992). Attitudes and practices of doctors toward spouse assault victims: an Australian study. *Violence Vict* 7:217-28.
- Elliott L., Nerney M., Jones T., Friedmann P. D. (2002). Barriers to screening for domestic violence. *J Gen Intern Med* 17:112-16
- Ferris L. E., Tudiver F. (1992). Family physicians' approach to wife abuse: a study of Ontario, Canada, practices. *Fam Med* 24:276-82.
- Fegert J. M., Müller C. (Hrsg.) (2001). *Sexuelle Selbstbestimmung und sexuelle Gewalt bei Menschen mit geistiger Behinderung – Sexualpädagogische Konzepte und präventive Ansätze – eine kommentierte Bibliographie/Mediographie*. Bonn, Mebes & Noack.

- Flick U. (1995). Qualitative Forschung – Theorien, Methoden, Anwendung in Psychologie und Sozialwissenschaften, 2. Aufl., Rowohlt-Verlag, Reinbek.
- Flick U. (2002). Qualitative Sozialforschung – Eine Einführung, 6. Aufl., Rowohlt-Verlag, Reinbek.
- Friedmann L. S., Samet J. H., Roberts M. S., Hudlin M., Hans P. (1992). Inquiry about victimization experiences: a survey of patient preferences and physician practices. Arch Intern Med 152:1186-90.
- Gelles R. J. (2001) Gewalt in der Familie. In: Heitmeyer W., Hagen J., internationales Handbuch der Gewaltforschung, Westdeutscher Verlag GmbH, Wiesbaden.
- Gielen A. C., O'Campo P. J., Campbell J. C., Schollenberger J., Woods A. B., Jones A. S. (2000). Women's opinions about domestic violence screening and mandatory reporting. Am J Prev Med 19:279-85.
- Godenzi A., Yordanis C. (1998). Erster Bericht zu den ökonomischen Kosten der Gewalt gegen Frauen. Universität Fribourg (Hrsg.), Fribourg.
- Görgen T., Kreuzer A. et al. (2002). Gewalt gegen Ältere im sozialen Nahraum: Wissenschaftliche Begleitung und Evaluation eines Modellprojektes im Auftrag des Bundesministeriums für Familien, Senioren, Frauen und Jugend. BMFSFJ (Hrsg.) Stuttgart, Berlin, Köln. Eigendruck.
- Graß H., Rothschild M. A. (2004). Klinische Rechtsmedizin. Aufgaben und Herausforderungen im Rahmen der medizinischen Betreuung von Opfern häuslicher Gewalt. Rechtsmedizin 14: 188-193.
- Hagemann-White C., Bohne S. (2003). Versorgungsbedarf und Anforderungen an Professionelle im Gesundheitswesen im Problembereich Gewalt gegen Frauen. Expertise für die Enquêtekommission „Zukunft einer Frauengerechten Gesundheitsversorgung in NRW“. Osnabrück.
http://www.landtag.nrw.de/portal/WWW/GB_I/I.1/EK/EKALT/13_EK2/VorblattGutachten.jsp, gesehen am 03.09.2006
- Hellbernd K., Brzank P., Wieners K. et al. (2004). Gewalt gegen Frauen im häuslichen Bereich – gesundheitliche Folgen, Versorgungssituation und Versorgungsbedarf, das S.I.G.N.A.L.-Interventionsprogramm Berlin. BMFSFJ (Hrsg.). Berlin.
- Hellbernd K., Wieners K. (2002). Gewalt gegen Frauen im häuslichen Bereich – gesundheitliche Folgen, Versorgungssituation und Versorgungsbedarf. Jahrb Krit Med:135-148
- Kahan E., Rabin S., Tzur-Zilberman H., Rabin B., Shofty I., Mehoudar O., Kitai E. (2000). Knowledge and attitudes of primary care physicians

regarding battered women. Comparison between specialists in family medicine and GPs. *Fam Pract* 17(1):5-9

- Kaser M. (1974). *Römisches Privatrecht*. 8. Auflage, Becksche Verlagsbuchhandlung, München, §§ 58,60, S. 233, 226-236; S. 242-249.
- Kavemann B. (2000). Was lässt sich die Gesellschaft die Gewalt im Geschlechterverhältnis kosten? In: *Input 2, Aktuell zum Thema sexualisierte Gewalt*. Wildwasser Berlin e.V. Arbeitsgemeinschaft gegen sexuellen Missbrauch an Mädchen. Ruhnmark.
- Kavemann B. (2002). Kinder und häusliche Gewalt – Kinder misshandelter Mütter. <http://www.wibig.uni-osnabrueck.de/download/Kinder%202003.doc>, gesehen am 08.02.2007
- Knaur (1990). *Der Knaur Universal Lexikon Bd. 5, 1. Auflage*, Lexikographisches Institut München, S. 1842.
- Koch M., Jürgens R. (2003). *Frauen Leben Gesundheit*. Bundeskoordination Frauengesundheit (BKF) (Hrsg.). S. 36-38 http://www.bkfrauengesundheit.de/broschuere/download/flg_text.doc, gesehen am 08.02.2007.
- Krug E. G., Mercy J. A., Dahlberg L. L. et al. (2002). The world report on violence and health. *Lancet* 5;360(9339):1083-8. Review.
- Lüders C., Reichertz J. (1986). Wissenschaftliche Praxis ist, wenn alles funktioniert und keiner weiß warum. Bemerkungen zur Entwicklung qualitativer Sozialforschung. *Sozialwissenschaftliche Literaturreisenschau* 12;90-102.
- Mark H. (2001), *Häusliche Gewalt gegen Frauen. Ergebnisse einer Befragung niedergelassener Ärztinnen und Ärzte*, Tectum Verlag, Marburg.
- McCauley J. et al. (1998). Inside "Pandora's box": abused women's experiences with clinicians and health services. *J Gen Intern Med* 13(8):549-55.
- McNutt L. A., Carlson B. E., Gagen D., Winterbauer N. (1999). Reproductive violence screening in primary care: perspectives and experiences of patients and battered women. *J Am Med Womens Assoc* 54:85-90.
- Müller K. (2001). Gewalt gegen Lesben. Frauen in Gewaltverhältnissen. In: *Dokumentation des Hochschultages vom 31.10.2001*, Alice-Salomon-Fachhochschule, Berlin.
- Müller U., Schröttle M., Glammeier S., Oppenheimer C. (2004). *Lebenssituation, Sicherheit und Gesundheit von Frauen in Deutschland. Eine repräsentative Untersuchung zur Gewalt gegen Frauen in*

- Deutschland im Auftrag des Bundesministeriums für Familien, Senioren, Frauen und Jugend. BMFSFJ (Hrsg.) Bielefeld, Berlin, Bonn. Eigendruck.
- Murphy C. et al. (2001). Abuse: a risk factor for low birth weight? A systematic review and meta-analysis. *CMAJ* 29; 164(11): 1567–1572.
 - Ohms C. (2004). Stalking und Häusliche Gewalt in lesbischen Beziehungen. In: Dokumentation der Fachtagung „Stalking – Möglichkeiten und Grenzen der Intervention“ der Universität Hamburg, Institut für Kriminologische Sozialforschung, S. 121-146.
 - Rainer B., Höllinger F., Haller M., Pinter A., Millner M., Millner S. (1998). Zum Stand der Forschung. In: Gewalt in der Familie, Sozialressort der Steiermärkischen Landesregierung (Hrsg.), Lykom, Graz S. (12) 1-29.
 - Ramsay J., Richardson J., Carter Y. H., Davidson L. L., Feder G. (2002). Should health professionals screen women for domestic violence? Systematic review. *BMJ* 10;325(7359):314.
 - Reid S. A., Glasser M. (1997). Primary care physicians' recognition of and attitudes toward domestic violence. *Acad Med* 72(1):51-3.
 - Rhodes K. V., Levinson W. (2003). Interventions for intimate partner violence against women: clinical applications. *JAMA* 289(5):601-5.
 - Richardson J., Feder G., Eldrige S., Chung W. S., Coid J., Moorey S. (2001). Women who experience domestic violence and women survivor of childhood sexual abuse: a survey of health professionals' attitudes and clinical practice. *Br J Gen Pract* 51:468-70.
 - Schmucl E., Schenker J. G. (1998). Violence against women: the physician's role. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 80(2):239-45.
 - Schweikert, B. (2000): Gewalt ist kein Schicksal. Ausgangsbedingungen, Praxis und Möglichkeiten einer rechtlichen Intervention bei häuslicher Gewalt gegen Frauen unter besonderer Berücksichtigung von Polizei- und zivilrechtlichen Befugnissen. Schriften zur Gleichstellung der Frau, Bd. 23. Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft.
 - Seifert D., Heinemann A., Anders S., Gehl A., Schröer J., Püschel K. (2006). Vergleichende klinisch-rechtsmedizinische Analyse von Verletzungsmustern. Charakteristika bei Opfern von Partnerschaftskonflikten. *Rechtsmedizin* 16: 205-212.
 - Sugg N. K., Inui T. (1992). Primary care physicians' response to domestic violence. Opening Pandora's box. *JAMA* 17;267(23):3157-60.
 - Sugg N. K. et al. (1999). Domestic violence and primary care. Attitudes, practices, and beliefs. *Arch Fam Med* 8(4):301-6.

- Trute B., Sarsfield P., Mackenzie D.A. (1988). Medical response to wife abuse: a survey of physicians' attitudes and practices. A Canadian perspective. *Can J Community Ment Health* 7:61-71.
- Valdez-Santiago R., Sanin-Aguirre L. H. (1996). Domestic violence during pregnancy and its relationship with birth weight. *Salud Publica Mex* 38(5):352-62.
- Waalen J., Goodwin M. M., Sitz A. M., Petersen R., Saltzman L. E. (2000). Screening for intimate partner violence by health care providers: barriers and interventions. *Am J Prev Med* 19:230-7.
- Walker L. (1983). The battered women syndrome study. In: Finkelhor D., Gelles R. J., Hotaling G. T., Straus M. A. (Hrsg.) *The dark side of families: Current family violence research*. Beverly Hills, Sage Publikation.
- Wathen C. N., MacMillan H. L. (2003). Interventions for violence against women: scientific review. *JAMA* 289(5):589-600.
- Wetzels P., Pfeiffer C. (1995). Sexuelle Gewalt gegen Frauen im öffentlichen und privaten Raum – Ergebnisse der KFN-Opferbefragung 1992. KFN – Kriminologisches Forschungsinstitut Niedersachsen e.V. (Hrsg.). Hannover.
- WHO (World Health Organization) (1997): *Violence against women*. WHO/FIGO Combined Workshop, Copenhagen.
- Wildwasser e.V. (Hrsg.) (2002). *Gegen sexuelle Gewalt an Mädchen und Frauen mit Körperbehinderung. Ein Handbuch für Prävention und Beratung*. Freiburg. Eigendruck.
- Wisner C., Gilmer T. et al. (1999). Intimate partner violence against women. Do victims cost health plans more? *J Fam Pract* 48(6):439-43.
- Zemp A. (2002). Sexual violence against people with handicaps in institutions. *Prax Kinderpsychol Kinderpsychiatr*. 51(8):610-25.

DANKSAGUNG

Diese Arbeit entstand als eine Kooperation des Institutes für Rechtsmedizin unter der Leitung von Prof. Dr. med. Klaus Püschel und dem Institut für Allgemeinmedizin unter der Leitung von Prof. Dr. med. Hendrik van den Bussche des Universitätsklinikum Hamburg Eppendorf. Vielen Dank für die Überlassung eines so interessanten und fesselnden Themas.

Ich möchte mich ganz besonders bei meinem wissenschaftlichen Betreuer Herrn Dr. med. Sven Anders für die hervorragende Betreuung gerade auch in kritischen Fragen bedanken. Seine Unterstützung und seine motivierende positive Einstellung erleichterten das Verfassen der Arbeit enorm.

Weiterhin gilt mein Dank Frau Dr. med. Maren Ehrhardt für die Vorstellung der Arbeit vor den Ärzten und die Sammlung und Überreichung der Adressenlisten.

Für die finanzielle Unterstützung danke ich dem Verein Hamburger Initiative gegen Aggressivität und Gewalt e.V. (HIGAG e.V.)

Herrn Prof. Dr. phil. Hans-Gerd Artus danke ich für die Einführung in qualitative Forschungsmethoden und für die Unterstützung und Motivation gerade in Momenten ausgeprägter Frustration.

Meinem Partner Jan Wahlefeld danke ich dafür, dass er allen Stimmungstiefs und Motivationseinbrüchen mit Gelassenheit begegnete und mich stets versuchte wieder aufzubauen.

LEBENS LAUF

Johanna Artus,
geboren am 04.10.1980 in Bremen.

Eltern: Prof. Dr. phil. Hans-Gerd Artus, Professor für Sportpädagogik Universität Bremen;
Agnes Modrow-Artus, Dozentin für Rhythmik, Tanz und Musik (Diplomrhythmikerin)

Geschwister: Dr. med. Ulrike Artus; Fachärztin für Allgemeinmedizin;
Dipl. Ing. Jens Artus, Diplomingenieur FH;
Philipp Artus, Student

Bildungsweg:

1987-1991	Grundschule an der Freiligrathstraße in Bremen
1991-1993	Orientierungsstufe am SZ Julius-Brecht-Allee in Bremen
1993-1997	Gymnasialer Zweig am SZ Julius-Brecht-Allee in Bremen
1997-2000	Gymnasiale Oberstufe am SZ Kurt-Schumacher-Allee in Bremen
Mai 2000	Abitur (Note 1,2)
2000-2002	Studium der Humanmedizin an der Otto-von-Guericke Universität in Magdeburg
September 2002	Physikum (Note 2,66)
seit 2002	Studium der Humanmedizin an der Universität Hamburg
2003-2005	Famulaturen in den Fächern: Innere Medizin, Pädiatrie, Allgemeinmedizin, Nephrologie
August 2003	1. Staatsexamen (Note 2,0)
2004-2007	Dissertation über häusliche Gewalt in der hausärztlichen Praxis
März 2006	2. Staatsexamen (Note 1,66)
2006-2007	PJ in den Fächern: Innere Medizin, Pädiatrie, Chirurgie
Juni 2007	3. Staatsexamen (Note 2,0)

EIDESSTATTLICHE VERSICHERUNG

Ich versichere ausdrücklich, dass ich die Arbeit selbständig und ohne fremde Hilfe verfasst, andere als die von mir angegebenen Quellen und Hilfsmittel nicht benutzt und die aus den benutzten Werken wörtlich und inhaltlich entnommenen Stellen einzeln nach Ausgabe (Auflage und Jahr des Erscheinens), Band und Seite des benutzten Werkes kenntlich gemacht habe. Ferner versichere ich, dass ich die Dissertation bisher nicht einem Fachvertreter an einer anderen Hochschule zur Überprüfung vorgelegt oder mich anderweitig um Zulassung zur Promotion beworben habe.

Unterschrift: