

Aus dem Institut für Rechtsmedizin
des Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
Direktor: Prof. Dr. med. Klaus Püschel

**Vorkommen von gewaltbedingten Verletzungen
und Gewalterfahrungen bei Patienten in
Hamburger Notfallpraxen**

D i s s e r t a t i o n

zur Erlangung des Grades eines Doktors der Medizin
der Medizinischen Fakultät der Universität Hamburg vorgelegt von

Johanna Mechthild Jänner
aus Hamburg

Hamburg
2009

Angenommen von der medizinischen Fakultät
der Universität Hamburg am: 08.06.2010

Veröffentlicht mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät
der Universität Hamburg

Prüfungsausschuss, die/der Vorsitzende/r: Prof. Dr. K. Püschel

Prüfungsausschuss, 2. Gutachter/in: Prof. Dr. M. Bullinger

Prüfungsausschuss, 3. Gutachter/in: Prof. Dr. H.-P. Beck-Bornholdt

Für meine Großeltern

INHALTSVERZEICHNIS

VERZEICHNIS DER ABBILDUNGEN UND TABELLEN.....	VI
1	EINLEITUNG 1
1.1	Definition von Gewalt..... 2
1.2	Typologie der Gewalt..... 3
1.2.1	Gewalt gegen die eigene Person..... 3
1.2.2	Zwischenmenschliche Gewalt..... 4
1.2.2.1	Familiäre Gewalt - Kindesmissbrauch..... 4
1.2.2.2	Familiäre Gewalt - Gewalt durch Intimpartner (Häusliche Gewalt)..... 5
1.2.2.2.1	Risikofaktoren von häuslicher Gewalt..... 6
1.2.2.3	Familiäre Gewalt - Misshandlung alter Menschen 8
1.2.2.4	„Community“ Gewalt 8
1.2.2.4.1	Risikofaktoren von „Community“ Gewalt 8
1.2.3	Kollektive Gewalt..... 9
1.3	Ausmaß von Gewalt 10
1.3.1	Ausmaß von Gewalt - International 10
1.3.2	Ausmaß von Gewalt - Deutschland 12
1.4	Gesetzliche und politische Schritte in Deutschland - Konsequenzen für Gesellschaft, Polizei und medizinisches Versorgungssystem 14
1.5	„Krankheit Gewalt“ - Die gesundheitlichen Folgen von Gewalt 16
1.6	„Krankheit Gewalt“ - Die Rolle des Gesundheitssystems 18
2	ARBEITSHYPOTHESE UND FRAGESTELLUNG 21
3	MATERIAL UND METHODEN 22
3.1	Ort und Zeitraum der Datenerhebung 22
3.2	Geplanter Umfang der Untersuchung 23
3.3	Ein- und Ausschlusskriterien 23
3.4	Datenschutz und Schweigepflicht 24
3.5	Vorgehen bei der Datenerhebung 24
3.6	Beschreibung des fragebogenbasierten Kurzinterviews 25
3.7	Statistik 28

4	ERGEBNISSE	29
4.1	Demographische Beschreibungen des Patientenkollektivs.....	29
4.1.1	Ortsverteilung.....	30
4.1.2	Geschlechterverteilung.....	30
4.1.3	Alter.....	31
4.1.4	Staatsangehörigkeit.....	32
4.2	Ergebnisse des fragebogenbasierten Kurzinterviews.....	34
4.2.1	Akute Situation: „Fühlen Sie sich in Ihrer derzeitigen Partnerschaft sicher?“	34
4.2.2	Akute Situation: „Gibt es einen Partner aus einer ehemaligen Beziehung, der Sie auf irgendeine Weise bedroht?“	35
4.2.3	Akute Situation: „Haben Sie gegenüber dem Arzt heute den wahren Grund Ihrer Verletzung genannt?“	35
4.2.4	Akute Situation: „Sind Ihre heutigen Verletzungen auf eine Gewalttat zurückzuführen?“	36
4.2.5	Frühere Gewalterfahrung: „Wurden Sie schon einmal Opfer einer Gewalttat?“	38
4.2.5.1	Frühere Gewalterfahrung: „Falls ja, von wem wurden Sie angegriffen?“	39
4.2.5.2	Frühere Gewalterfahrung: „Falls ja, wann geschah dies?“	43
4.2.6	Frühere Gewalterfahrung: „Welche Verletzung erlitten Sie durch die folgenden Personen?“	45
4.2.7	Frühere Gewalterfahrung: „An welchen Körperregionen wurden Sie durch diese Personen verletzt?“	47
4.2.8	Verhalten nach der Gewalttat: „Wem haben Sie sich nach einem solchen Angriff anvertraut?“	51
4.2.9	Verhalten nach der Gewalttat: „Waren körperliche und/oder psychische Folgeerscheinungen Ursache für einen Arztbesuch, eine Arbeits- unfähigkeit oder Krankenschreibung, einen Krankenhausaufenthalt?“	55
4.2.10	Personen mit ausländischer Staatsangehörigkeit	56
5	DISKUSSION.....	57
5.1	Das Definitionsproblem von Gewalt	57
5.2	Diskussion angewandter Methoden	59
5.3	Gewaltvorkommen in einem medizinischen Zufallskollektiv	61
5.3.1	Akute und frühere Gewalterfahrungen - Geschlechterverteilung.....	63
5.3.2	Akute und frühere Gewalterfahrungen - Altersverteilung.....	65
5.3.3	Akute und frühere Gewalterfahrungen - Täter-Opfer-Beziehungen.....	67
5.3.3.1	Kreislauf Gewalt - Mögliche Folgen kindlicher Gewaltkonfrontationen	69
5.3.4	Akute und frühere Gewalterfahrungen - Migranten	70

5.3.5	Akute und frühere Gewalterfahrungen - Verletzungen.....	71
5.3.5.1	Sexuelle Gewalt	74
5.3.6	Inanspruchnahme medizinischer Hilfen und ihrer Kosten.....	74
5.4	Kontaktpersonen nach der Gewalttat	77
5.4.1	Das polizeiliche und „gesundheitliche“ Dunkelfeld	77
5.5	Barrieren auf Seiten der Opfer und Ärzte.....	81
5.6	Möglichkeiten der Intervention	85
5.6.1	Prävention von Gewalt	87
6	ZUSAMMENFASSUNG.....	91
7	LITERATURVERZEICHNIS	92
8	ANHANG.....	106
	Anhang A: Informationsblatt für Studienteilnehmer	108
	Anhang B: Einwilligungserklärung zum Datenschutz.....	109
	Anhang C: Fragebogen	110
	Anhang D: Informationsblatt über Opferhilfeeinrichtungen in Hamburg.....	113
9	LEBENS LAUF	VIII
10	DANKSAGUNG	IX
11	EIDESSTÄTTLICHE VERSICHERUNG	X

VERZEICHNIS DER ABBILDUNGEN UND TABELLEN

Abb. 1.1:	<i>Ausmaß von verschiedenen Formen von Gewalt gegen Frauen in Deutschland im Überblick</i>	13
Abb. 1.2:	<i>Gesundheitliche Folgen von Gewalt</i>	17
Abb. 3.1:	<i>Lage (Punkte) und Adresse der Notfallpraxen</i>	22
Abb. 4.1:	<i>Geschlechterverteilung</i>	30
Abb. 4.2:	<i>Geschlechterverteilung in den Notfallpraxen</i>	30
Abb. 4.3:	<i>Altersverteilung</i>	31
Abb. 4.4:	<i>„Fühlen Sie sich in Ihrer derzeitigen Partnerschaft sicher?“</i>	34
Abb. 4.5:	<i>„Sind Ihre heutigen Verletzungen auf eine Gewalttat zurückzuführen?“</i> ..	36
Abb. 4.6:	<i>„Wurden Sie schon einmal Opfer einer Gewalttat?“</i>	38
Abb. 4.7:	<i>Frühere Gewalterfahrungen, Gewalttaten, Mehrfachantworten</i>	39
Abb. 4.8:	<i>„Falls ja, von wem wurden Sie angegriffen?“</i>	40
Abb. 4.9:	<i>Gewalttaten durch Angreifer, Häufigkeitsverteilung und Geschlechterverteilung</i>	41
Abb. 4.10:	<i>Gewalttaten durch Angreifer aus dem sozialen Nahraum und Fremde, Häufigkeitsverteilung und Geschlechterverteilung</i>	42
Abb. 4.11:	<i>„Falls ja, wann geschah dies?“</i>	43
Abb. 4.12:	<i>Angriffszeitpunkt - Verursacher, Häufigkeitsverteilung</i>	44
Abb. 4.13:	<i>Verletzungsart, Häufigkeitsverteilung</i>	45
Abb. 4.14:	<i>Verletzungsart - Verursacher, Häufigkeitsverteilung</i>	46
Abb. 4.15:	<i>Verletzungsart - Sozialer Nahraum und Fremde, Häufigkeitsverteilung</i>	46
Abb. 4.16:	<i>Verletzte Körperregionen, Häufigkeitsverteilung</i>	48
Abb. 4.17:	<i>Verletzte Körperregionen - Sozialer Nahraum und Fremde, Häufigkeitsverteilung</i>	49
Abb. 4.18:	<i>„Wem haben Sie sich nach der Gewalttat anvertraut?“, Häufigkeitsverteilung</i>	51
Abb. 4.19:	<i>„Wem haben Sie sich nach der Gewalttat anvertraut?“, Zusammenfassung der drei medizinischen Gruppen zu „Gesundheitssystem“, Häufigkeitsverteilung</i>	53
Abb. 4.20:	<i>Vertrauen nach der Gewalttat, Häufigkeitsverteilung und Geschlechterverteilung</i>	54
Abb. 4.21:	<i>Folgen der Gewaltverletzung, Geschlechterverteilung</i>	55
Abb. 5.1:	<i>Typische Verletzungsregionen und spezielle Verletzungsmuster bei häuslicher Gewalt.</i>	72

<i>Tab. 4.1:</i>	<i>Verteilung der Ausschlusskriterien in den Notfallpraxen</i>	<i>29</i>
<i>Tab. 4.2:</i>	<i>Alter der Studienteilnehmer (n=426)</i>	<i>31</i>
<i>Tab. 4.3:</i>	<i>Staatsangehörigkeit - Deutsch, Geschlechterverteilung.....</i>	<i>32</i>
<i>Tab. 4.4:</i>	<i>Staatsangehörigkeit - Ausländisch, Geschlechterverteilung</i>	<i>32</i>
<i>Tab. 4.5:</i>	<i>Staatsangehörigkeitsgruppen, Häufigkeitsverteilung.....</i>	<i>33</i>
<i>Tab. 4.6:</i>	<i>Orts- und Geschlechterverteilung.....</i>	<i>38</i>
<i>Tab. 4.7:</i>	<i>Gewalttaten durch Angreifer, Häufigkeits-, Prozentverteilung und Geschlechterverteilung</i>	<i>40</i>
<i>Tab. 4.8:</i>	<i>Angriffszeitpunkt - Verursacher, Häufigkeitsverteilung</i>	<i>44</i>
<i>Tab. 4.9:</i>	<i>Verletzungsart - Verursacher, Häufigkeitsverteilung</i>	<i>45</i>
<i>Tab. 4.10:</i>	<i>Verletzungsart - Verursacher, Häufigkeitsverteilung und Geschlechterverteilung</i>	<i>47</i>
<i>Tab. 4.11:</i>	<i>Verletzte Körperregion - Verursacher, Häufigkeitsverteilung</i>	<i>48</i>
<i>Tab. 4.12:</i>	<i>Verletzte Körperregionen - Sozialer Nahraum und Fremde, Häufigkeitsverteilung</i>	<i>49</i>
<i>Tab. 4.13:</i>	<i>Verletzte Körperregionen - Verletzungsverursacher, Häufigkeits- verteilung und Geschlechterverteilung.....</i>	<i>50</i>
<i>Tab. 4.14:</i>	<i>„Wem haben Sie sich nach einem solchen Angriff anvertraut?“, Häufigkeitsverteilung und Prozentverteilung.....</i>	<i>52</i>
<i>Tab. 5.1:</i>	<i>Internationale Studien zu den sozioökonomischen Kosten von Gewalt.....</i>	<i>76</i>

1 EINLEITUNG

Interpersonelle Gewalt wird zunehmend als eine Verletzung der Menschenrechte betrachtet und stellt folglich ein wichtiges öffentliches Problem dar, das sowohl Einzelpersonen als auch Regierungen und die Gesellschaft als Ganzes betrifft. Zur Feststellung der Ausmaße des Problems und der Anforderungen an Intervention, Unterstützung und Prävention ist es notwendig, die Prävalenz¹ der interpersonellen Gewalt zu ermitteln (Martinez u. Schröttle et al. 2007). Zudem erklärt die Weltgesundheitsorganisation (WHO²) in einem 2002 verabschiedeten *World report on violence and health*, dass Gewalt ernsthafte kurz-, mittel- und langfristige gesundheitliche und psychosoziale Folgen nach sich zieht, die eine spezielle Herausforderung für die im Gesundheitssystem tätigen Berufsgruppen darstellen (Krug u. Dahlberg et al. 2002). Während es international eine Vielzahl an Untersuchungen zur Häufigkeit und Ausprägung von Gewalt gibt, existieren dazu in Deutschland bislang nur wenige Daten.

Am Institut für Rechtsmedizin des Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf bemüht man sich deshalb um eine stärkere Vernetzung von Partnern im Gesundheitswesen, Polizei, Justiz und Politik. Zudem betreiben verschiedene Arbeitskreise der rechtsmedizinischen Abteilung in Hamburg wissenschaftliche Untersuchungen zum Thema „Gewalt und Gesundheit“.

Die vorliegende Arbeit untersucht das Vorkommen von gewaltbedingten Verletzungen und Gewalterfahrungen sowie deren gesundheitliche Folgeerscheinungen bei Patienten in zwei Hamburger Notfallpraxen, die hierzu in einem sechswöchigen Untersuchungszeitraum mit Hilfe eines standardisierten Kurzinterviews befragt wurden.

Opfern von Gewalt kann erst dann angemessene Hilfe angeboten werden, wenn sie auch als solche erkannt werden. Ärzte und Pflege sind häufig die erste Anlaufstelle von Patienten mit einer Gewalterfahrung (McCloskey 2005). Kenntnisse über Ausmaß, Dynamik und Folgen der „Krankheit Gewalt“ sind daher für alle medizinischen Berufsgruppen von unentbehrlichem Nutzen.

¹ Prävalenz: Häufigkeit; Bestand an Erkrankten in der Bevölkerung zu einem bestimmten Zeitpunkt bzw. innerhalb eines bestimmten Zeitraums; hier: Gewaltprävalenz als Prozentsatz derer, die in einem bestimmten Referenzzeitraum (z. B. 1 Jahr, 5 Jahre, Erwachsenenalter, Kindheit, Lebenszeit) Gewaltbetroffene waren

² World Health Organization

1.1 Definition von Gewalt

In der wissenschaftlichen Literatur gibt es keine einheitliche Definition des Gewaltbegriffes. Seit vielen Jahren werden in der sozialwissenschaftlichen Gewaltforschung breite und kontroverse Diskussionen darüber geführt, wie eng oder weit der Gewaltbegriff zu wählen ist (Schroer 2004). Die „unabhängige Regierungskommission zur Verhinderung und Bekämpfung von Gewalt“ (Gewaltkommission) definiert beispielsweise Gewalt als eine „zielgerichtete, direkte physische Schädigung von Menschen durch Menschen“ (Schwindt u. Baumann 1990). Diese vorgenommene Einschränkung auf rein physische Gewalt ist problematisch, da bestimmte Gewaltformen folglich überbetont und andere völlig ausgeblendet werden (Lind 1993). Sie lässt offen, ob Gewalt nicht auch indirekt ausgeführt werden kann, wann von physischer Schädigung ausgegangen werden muss und welche Bedeutung psychischer Gewalt zukommt (Heitmeyer u. Schröttle 2006). Viele Studien sagen zudem wenig darüber aus, inwieweit von den Betroffenen Handlungen als Gewalt erlebt oder eingestuft werden (Hagemann-White 2006).

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) befürwortet eine weiter gefasste Begriffsbestimmung und definiert Gewalt als „den absichtlichen Gebrauch von angedrohtem oder tatsächlichem körperlichen Zwang oder physischer Macht gegen die eigene oder eine andere Person, gegen eine Gruppe oder Gemeinschaft, der entweder konkret oder mit hoher Wahrscheinlichkeit zu Verletzungen, Tod, psychischen Schäden, Fehlentwicklung oder Deprivation führt“ (Krug u. Dahlberg et al. 2002).

Neben physischen Schäden umfasst diese Definition somit auch sexuelle und psychische Gewalt (z. B. Drohungen und Einschüchterungen) sowie Machtmissbrauch in interpersonellen Beziehungen und Abhängigkeitsverhältnissen.

So wie Gewalt in unterschiedlichsten Formen geäußert und definiert werden kann, so vielfältig und umstritten sind in der fachwissenschaftlichen Literatur die Erklärungsmodelle für das Entstehen von Gewalt. Hierauf soll im Rahmen dieser Arbeit nicht näher eingegangen werden. Für eine Übersicht siehe u. a. Heitmeyer u. Soeffner (2004), Lind (1993), Schubarth (2000).

Das Phänomen Gewalt besitzt vielseitige und komplexe Darstellungsformen. Bei der Klassifizierung dieser Darstellungsformen gibt es wiederum diverse Kategorisierungsmöglichkeiten. In dieser Arbeit soll mit der Gewalttypologie der WHO gearbeitet werden, die in Kapitel 1.2 aufgezeigt wird.

1.2 Typologie der Gewalt

Die WHO unterteilt die Typologie der Gewalt in folgende drei Kategorien, die darauf Bezug nehmen, von wem die Gewalt ausgeht. Diese drei breiten Kategorien können in konkretere Formen von Gewalt untergliedert werden:

- | | |
|---|---|
| 1. Gewalt gegen die eigene Person:
(Selbstbezogene Gewalt) | <ul style="list-style-type: none">● Suizidales Verhalten● Selbstmisshandlung |
| 2. Zwischenmenschliche Gewalt:
(Interpersonelle Gewalt) | <ul style="list-style-type: none">● Familiäre Gewalt<ul style="list-style-type: none">- Kindesmissbrauch- Gewalt durch Intimpartner- Misshandlung alter Menschen● „Community“ Gewalt<ul style="list-style-type: none">- Gewalt unter jungen Menschen |
| 3. Kollektive Gewalt: | <ul style="list-style-type: none">● Gesellschaftliche Gewalt● Politische Gewalt● Wirtschaftliche Gewalt |

Im Folgenden sollen die einzelnen Kategorien der selbstbezogenen Gewalt, der zwischenmenschlichen Gewalt und der kollektiven Gewalt näher erläutert werden.

1.2.1 Gewalt gegen die eigene Person

Unter Gewalt gegen die eigene Person fallen suizidales Verhalten und Selbstmisshandlungen. Hierbei zählt schon der Gedanke seinem Leben ein Ende zu setzen als ein Akt der selbstbezogenen Gewalt.

Laut WHO nimmt die Selbsttötung weltweit die dreizehnte Stelle der häufigsten Todesursachen ein, wobei Männer dreimal häufiger einen Akt der Selbsttötung begehen als Frauen. In der Altersgruppe der 15- bis 44-jährigen sind Selbstverletzungen die vierten häufigsten Todesursachen.

Während die Suizidrate mit zunehmendem Alter ansteigt, begeht dennoch nur eine Minderheit von etwa 10,0%, die versucht, sich das Leben zu nehmen, irgendwann tatsächlich Suizid. Frauen haben im Vergleich mehr Selbstmordgedanken als Männer (Krug u. Dahlberg et al. 2002).

1.2.2 Zwischenmenschliche Gewalt

Der zweite Typ der Gewaltkategorisierung nach der WHO ist die zwischenmenschliche - auch interpersonelle genannte - Gewalt. Diese gliedert sich in die beiden Untergruppen familiäre Gewalt und „Community“ Gewalt. Familiäre Gewalt äußert sich in Form von Gewalt zwischen Personen innerhalb einer Familie (Kindesmissbrauch, Misshandlung alter Menschen) oder (intimer) Beziehungspartner (Häusliche Gewalt). Diese und die dazugehörigen Risikofaktoren werden in den Kapiteln 1.2.2.1-1.2.2.3 ausführlich erklärt. Unter die Kategorie „Community“ Gewalt fallen laut WHO Gewalttaten, die von Mitgliedern der Gemeinschaft („Community“) ausgehen. Diese Gewaltform soll unter Punkt 1.2.2.4 näher erläutert werden.

1.2.2.1 Familiäre Gewalt - Kindesmissbrauch

In der fachwissenschaftlichen Literatur wird der Begriff der Kindesmisshandlung zu meist in die Misshandlungsformen körperliche Misshandlung, Vernachlässigung, emotionale/seelische Misshandlung und sexueller Missbrauch von Kindern durch Eltern, Erziehungsberechtigte oder durch eine dritte Person, die dem Kind auf irgendeine Art und Weise schädigen, unterschieden (Deegener 2006; Galm et al. 2007).

Physische Misshandlungen können beispielsweise kaltes Badewasser, absichtliche Verbrennungen, Verletzungen durch Schläge, Tritte oder Schütteln implizieren, einschließlich Gewalteinwirkungen, die neurologische oder innere Traumata nach sich ziehen. Die häufigsten Todesursachen in diesem Zusammenhang sind Kopfverletzungen, Unterleibsverletzungen und der absichtlich herbeigeführte Erstickungstod (Krug u. Dahlberg et al. 2002).

Werden die Grundbedürfnisse eines Kindes (wie z. B. Ernährung, Pflege, Kleidung, gesundheitliche Fürsorge, Beaufsichtigung, emotionale Unterstützung/Liebe, motorische, geistige, soziale Förderung und Erziehung) nicht gestillt, wird von Vernachlässigung gesprochen (van As 2004), während unter seelischer Misshandlung vielmehr die Beeinträchtigung und Schädigung der Entwicklung eines Kindes durch Ablehnung, Erniedrigung, Isolierung und Bedrohung, aber auch zu starkes Behüten (keine Entfaltungsmöglichkeiten) verstanden wird (Deegener 2006). In einer Zusammenfassung von Studien kommt Engfer (2005) zu dem Schluss, dass 10,0% bis 15,0% der Eltern schwerwiegendere und häufigere körperliche Bestrafungen anwenden.

Unter sexuellem Missbrauch fällt jede passive oder aktive sexuelle Handlung, die an oder vor dem Kind vorgenommen wird (Krug u. Dahlberg et al. 2002). Das Kind ist aufgrund des ungleichen Machtverhältnisses sowie emotionalen bzw. intellektuellen Entwicklungsstandes nicht in der Lage, dieser sexuellen Handlung frei und informiert zuzustimmen (Wüstenberg 1992). Bei Studien in westlichen Industrienationen schwanken

die Zahlen zum Ausmaß sexuellen Missbrauchs zwischen 7,0% und 36,0% bei betroffenen Frauen und zwischen 3,0% und 19,0% bei betroffenen Männern (Finkelhor 1998).

Das deutsche Bundeskriminalamt (BKA) beschreibt in der polizeilichen Kriminalstatistik von 2006, dass bei Misshandlungen von Kindern mehr als zwei von fünf Tatverdächtigen weiblichen Geschlechts waren.

1.2.2.2 Familiäre Gewalt - Gewalt durch Intimpartner (Häusliche Gewalt)

Eine weitere Unterscheidung bei familiärer Gewalt ist die Gewalt durch Intimpartner, welche häufig auch mit dem Begriff der häuslichen Gewalt beschrieben wird. Jede vierte Frau erleidet mindestens einmal in ihrem Leben Gewalt unterschiedlichster Ausprägung und Schweregrad durch eine Person aus dem so genannten sozialen Nahraum (Müller et al. 2004). Gewalt im sozialen Nahraum beschreibt Gewalt zwischen Erwachsenen in aktuellen oder in ehemaligen partnerschaftlichen oder familiären Beziehungen und zeigt deutliche Überschneidungen mit dem Begriff der häuslichen Gewalt.

In der Regel ist häusliche Gewalt kein einmaliges Erlebnis oder ausschließlich auf körperliche oder sexuelle Gewalt begrenzt (Hellbernd et al. 2003), sondern begründet sich vielmehr in einem komplexen Zusammenspiel von Abhängigkeiten, Macht- und Kontrollausübungen sowie körperlichen Misshandlungen einer physisch stärkeren Person über eine physisch schwächere Person (American Medical Association 1992). Die Opfer von häuslicher Gewalt sind in circa 90,0 % der Fälle weiblich (Hagemann-White u. Böhne 2003), wobei Männer - ihrer Partnerin sicherlich meist körperlich überlegen - keinesfalls als Opfer häuslicher Gewalt auszuschließen sind. Es gibt eine Reihe von Untersuchungen, die aufzeigen, dass Männer etwa ebenso häufig häusliche Gewalt durch ihre (Ex-)Partnerin erfahren (Archer 2002; Jungnitz et al. 2004; Jungnitz et al. 2007; Krahe u. Berger 2005). Jedoch scheinen hierbei Intensität und Frequenz der Gewalt sowie andauernde physische und psychische Folgeschäden keinesfalls mit denen von weiblichen Opfern vergleichbar zu sein (Walby u. Allen 2004). Männer mögen gelegentlich eher emotional von ihrer Partnerin abhängig sein, so dass Frauen in Konfliktsituationen ihre körperliche Unterlegenheit bedeutend auszugleichen wissen, indem sie emotional verletzend agieren (Lenz 2006). Neben psychischen Gewaltformen scheint ebenso der Bereich der sozialen Kontrolle (z. B. Unterbindung von Kontakten, Kontrolle von Telefonanrufen und Emails) eine große Rolle zu spielen (Jungnitz et al. 2004). Hieraus ist erkennbar, dass Gewalt im sozialen Nahraum sich in vielfältigsten Formen äußern kann.

In der Literatur wird häusliche Gewalt in fünf Grundtypen unterteilt (Anders et al. 2006; Brzank et al. 2004; Wieners u. Hellbernd 2000):

- **körperliche Gewalt:** wie z. B. Schläge, Tritte, Quetschungen, Knochenbrüche, Verletzungen mit Gegenständen, Schussverletzungen und im Extremfall Gewaltangriffe mit tödlichen Folgen;
- **sexualisierte Gewalt:** wie z. B. sexuelle Nötigung/Missbrauch, Vergewaltigung und dem Zwang zur Prostitution;
- **psychische Gewalt:** wie z. B. Beleidigungen, Demütigungen, Drohungen, Erzeugung von Schuldgefühlen und dem Essensentzug;
- **ökonomische Gewalt:** wie z. B. ökonomische Abhängigkeit durch Arbeitsverbot und alleinige Verfügung über finanzielle Ressourcen;
- **soziale Gewalt:** wie z. B. soziale Isolation in Form von Kontaktverbot, Kontaktkontrolle und dem Einsperren.

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

Walker (1983) beschreibt die Entwicklung einer Eigendynamik häuslicher Gewalt, die sich in drei unterschiedliche Phasen einteilen lässt: Eine Phase des Spannungsaufbaus, eine Phase des Gewaltausbruchs und schließlich gefolgt von einer Phase der Entschuldigungs- und Entlastungsversuche seitens des Täters. Diese Phasen werden als Gewaltkreislauf beschrieben. Wiederholt sich dieser „Cycle of Violence“, werden die Gewaltausbrüche in der Regel häufiger und intensiver, die Entlastungs- und Entschuldigungsphasen werden immer seltener und es kommt schließlich zu einer Eskalation (Wieners u. Hellbernd 2000). Die Phase der Entschuldigung, aber auch ökonomische Abhängigkeiten und die Furcht vor gesteigerten Gewaltausbrüchen, verhindern meist, dass die Opfer genug Kraft finden um sich selbst aus dieser Situation zu befreien (Hagemann-White u. Bohne 2003).

1.2.2.2.1 Risikofaktoren von häuslicher Gewalt

Bei der Kategorisierung der häuslichen Gewalt gibt es eine Reihe von Faktoren, welche die Ausübung von Gewalt beeinflussen. Beispielsweise können Alkohol- und Drogenkonsum eng mit dem Gewaltverhalten des Täters zusammenhängen. Studien bestätigen, dass bei akuter Alkoholisierung oder Drogeneinnahme die Intensität und Häufigkeit der Gewaltübergriffe steigt (Cooper et al. 2000; Cunningham 2003; Kemmner et al. 2004). Auch Einkommensschwäche und Arbeitslosigkeit können eine Rolle bei der

Entstehung von häuslicher Gewalt spielen. Diese vier eben genannten Faktoren sollten allerdings nicht überschätzt werden, da ein relevanter Anteil von gewaltbelasteten Paarbeziehungen nicht mit diesen Risikofaktoren in Verbindung steht (Müller et al. 2004).

Die Faktoren geringere Bildung und ein geringeres Familieneinkommen spielen laut Gloor und Meier (2004) sowie Hornberg et al. (2008) keine Gewalt beeinflussende Rolle. Häusliche Gewalt stellt somit kein Schichtphänomen dar, sondern kommt in allen soziokulturellen und -strukturellen Milieus vor (Gloor u. Meier 2004, Hornberg et al. 2008). Untersuchungen zum Schweregrad und Ausprägung von Gewalt im Zusammenhang mit Faktoren der sozialen Schichtung liegen für Deutschland allerdings noch nicht vor.

Ferner wird über das Risiko erneuter Viktimisierung im Erwachsenenalter diskutiert, wenn Gewalterfahrungen in der Kindheit und in der Herkunftsfamilie vorliegen. Hierbei scheint insbesondere das Zusammenwirken der Wahrnehmung paternaler Partnerschaftsgewalt und die eigene Gewalterfahrung als Kind zu einer Erhöhung des Risikos zu führen, so dass Frauen als Erwachsene wiederholt Opfer schwerer Gewalt werden (Bensley et al. 2003; Müller et al. 2004). Ein schlechter Gesundheitszustand und die Anwesenheit von Kindern im Haushalt geht mit einer Verdoppelung des Risikos einher (Walby u. Allen 2004), während zusätzlich hinsichtlich des Auftretens psychischer Gewalt und körperlicher/sexueller Gewalt in Paarbeziehungen ein hoch signifikanter Zusammenhang zu bestehen scheint (Müller et al. 2004).

Laut internationaler Studien besteht eine enge Assoziation zwischen körperlicher Gewaltbetroffenheit von Frauen und einem jüngeren Lebensalter von 17 bis 28 Jahren (American Medical Association 1992). Frauen in der Schwangerschaft (Gazmararian et al. 1996; Jasinski et al. 2004; GiG-net 2008) sowie Frauen in der Trennungs- bzw. Scheidungsphase (McFarlane 1992; Gloor u. Meier 2004) sind zudem besonders gefährdet, Gewalt durch ihren (Ex-)Partner zu erfahren. In der Zeit der Trennungsphase finden die meisten Tötungsdelikte statt (Schweikert 2000).

Eine deutsche Untersuchung ergab, dass Frauen aus Migrantinnengruppen (v. a. türkische und osteuropäische Mitbürgerinnen) im höheren Maße als der Durchschnitt der weiblichen Bevölkerung Opfer von Gewalt werden (Müller et al. 2004). Migrantinnen, die als Prostituierte arbeiten und keinen legalen Aufenthaltsstatus in Deutschland haben, stellen eine durch körperliche und sexuelle Gewalt besonders gefährdete Gruppe dar (BMFSFJ 2007 a).

1.2.2.3 Familiäre Gewalt - Misshandlung alter Menschen

Eine dritte Kategorie von familiärer Gewalt im Rahmen der Typologie der WHO ist die Misshandlung von älteren Menschen. Gewalt gegen alte Menschen und Menschen mit Behinderungen findet vielfach verdeckt im familiären Nahbereich sowie in Institutionen der Alten- und Behindertenpflege statt (Heitmeyer u. Schröttle 2006; Hornberg et al. 2008). Dieses sehr vielfältige Phänomen beinhaltet - ähnlich der Kindesmisshandlung - körperlichen, seelischen, sozialen sowie finanziellen Missbrauch und Vernachlässigung. Bei den meisten Gewalthandlungen gegen alte und pflegeabhängige Menschen handelt es sich in den seltensten Fällen um kalkulierte Kriminalität, sondern überwiegend um Überlastungssymptome der Pflegenden, affektiv unüberlegten kurzfristigen Taten oder persönlichen biographischen Konflikten innerhalb der Familie (Görge u. Greve 2006).

Laut eines Berichts des amerikanischen *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC) (2003) wird ein ähnlich hohes Gewalterfahrungsrisiko für Menschen über 60 Jahren (25,9%) und der übrigen Bevölkerung aufgeführt (27,5%). Die WHO geht hingegen von mindestens 4,0% bis 6,0% der alten Menschen aus, die Misshandlungen erleiden müssen (Krug u. Dahlberg et al. 2002).

1.2.2.4 „Community“ Gewalt

Neben der häuslichen und familiären Gewalt gibt es in der Kategorie der interpersonellen Gewalt die „Community“ Gewalt. Im Gegensatz zur familiären Gewalt, die meist im privaten Umfeld stattfindet - Tatort ist häufig der eigene Wohnraum - äußert sich die Gewaltform der „Community“ Gewalt meist in der Öffentlichkeit (Krug u. Dahlberg et al. 2002). Sie wird daher auch als „street violence“ bezeichnet (Steen u. Hunskaar 2004). Täter und Opfer sind hierbei Personen, die nicht miteinander verwandt sind und sich notwendigerweise auch nicht kennen. Beispiele für diesen Sachverhalt sind Gewalt unter Jugendlichen, willkürliche Gewalttaten, Vergewaltigung oder sexuelle Übergriffe durch Fremde und Gewalt im institutionellen Umfeld (wie z. B. Schule, Arbeitsplatz, Pflegeheim und Gefängnis). Hauptopfer und Haupttäter dieser Gewaltform sind vor allem junge Männer (Krug u. Dahlberg et al. 2002).

1.2.2.4.1 Risikofaktoren von „Community“ Gewalt

Auch in der „Community“ Gewalt gibt es Faktoren, welche die Ausübung von Gewalt beeinflussen können. Gewaltanwendende Jugendliche sind häufig Mitglieder von Jugendgruppen („deviante“ Cliques), die in ihrem Verhalten von üblichen sozialen Normen abweichen (Bruhns u. Wittmann 2006), wobei diese Gruppen nicht immer unbe-

dingt einschlägig auffällig werden oder gegen Gesetze verstoßen. Der Einfluss von Alkohol bei Opfern und Tätern scheint eine entscheidende Rolle zu spielen (Steen u. Hunskaar 2004; Young u. Douglass 2003). Somit können die Eigenschaften von Alkoholkonsum, der Besitz von Waffen, negative Einflüsse, normabweichendes Verhalten, Impulsivität und Aggressivität als Risikofaktoren für die Ausübung von „kommunaler“ Gewalt angesehen werden.

Des Weiteren stellen Bevölkerungsgruppen mit hoher Arbeitslosigkeit, Armut- und Kriminalitätsrate oder Zeiten sozialer und politischer Veränderungen (z. B. Krieg) ein erhöhtes Risiko für eine Zunahme gewalttätiger Auseinandersetzung unter Jugendlichen dar (Grabowsky 1999; Krug u. Dahlberg et al. 2002).

1.2.3 Kollektive Gewalt

Die dritte und letzte Kategorie der Typologie der WHO für verschiedenste Gewaltformen ist der Typ der kollektiven Gewalt. Die WHO versteht unter dieser Kategorie eine instrumentalisierte Gewalt, welche von Gruppen verübt wird, die politische, wirtschaftliche und gesellschaftliche Ziele, sowohl gegen Einzelpersonen, als auch gegen Gruppen, verfolgen. Sie hat vielfältige Erscheinungsformen und beinhaltet gewaltsame Konflikte zwischen Nationen und Gruppierungen wie Terrorismus, Vergewaltigung als Kriegswaffe und Bandenkriege (Krug u. Dahlberg et al. 2002).

1.3 Ausmaß von Gewalt

Im folgenden Abschnitt wird das Ausmaß von körperlicher Gewalt dargestellt. Hierzu gehören akute und frühere Gewalterfahrungen von Männern und Frauen.

Zunächst wird eine Übersicht des internationalen Studien- und Forschungsstandes aufgezeigt. In einem zweiten Teil wird die aktuelle Lage in Deutschland beschrieben.

1.3.1 Ausmaß von Gewalt - International

In dem von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) im Jahr 2002 veröffentlichten *World report on violence and health* (Krug u. Dahlberg et al. 2002) wird beschrieben, dass jedes Jahr weltweit über 1,6 Millionen Menschen aufgrund von Gewalttaten sterben. Gewalt ist unter Männern für 14,0% und bei Frauen für 7,0% aller Sterbefälle verantwortlich und gehört somit in der Altersgruppe der 15- bis 44-jährigen weltweit zu den Haupttodesursachen. Zweifelsohne führt die Mehrheit der Gewalttaten nicht unabwendbar zum Tod, sondern hat vielmehr Verletzungen, psychische und reproduktive Gesundheitsprobleme sowie sexuell übertragbare Krankheiten zur Folge (El-Bassel et al. 2007). Auf jeden Todesfall, der eine kausale Folge zwischenmenschlicher Gewalt ist, kommen 20 bis 40 Krankenhausbehandlungen, wobei aufgrund der Dunkelziffer von einem noch viel größeren Ausmaß des Problems ausgegangen werden kann (WHO-Faktenblatt 2006).

Internationale Studien und kriminalistische Statistiken haben einen erschreckenden Anstieg von Gewaltdelikten in der westlichen Welt im Verlauf der letzten Jahrzehnte feststellen können. So beschreibt eine norwegische Studie aus dem Jahr 2004 einen zehnfachen Anstieg interpersoneller Gewaltangriffe in den letzten 25 Jahren (Steen u. Hunskar 2004). Eine englische Untersuchung von Howe et al. (2002) erwähnt steigende Behandlungszahlen von Gewaltopfern in Notaufnahmen sowie ein vermehrtes Gewaltvorkommen bei jungen Männern. Weitere internationale Studien belegen, dass sich das Geschlechterverhältnis größtenteils durch drei Viertel männlicher Gewaltopfer gegenüber einem Viertel weiblicher Gewaltopfer auszeichnet. Junge Männer erfahren Gewalt meist am Wochenende und nachts an öffentlichen Orten - vor allem auf der Straße, aber auch in Diskotheken oder Bars - und werden in mehr als der Hälfte der Fälle von unbekanntem Tätern angegriffen. Somit gehören sie zur Hauptgruppe der Opfer der „Community“ Gewalt (Hornberg et al. 2008; Howe u. Crilly 2002; Steen u. Hunskar 2004; Young u. Douglass 2003).

Frauen werden ebenfalls häufiger Opfer von Gewalttaten an öffentlichen Plätzen als im privaten Umfeld. Täter sind auch hier am häufigsten fremde Personen. Dennoch erfahren signifikant mehr Frauen (24,0%) als Männer (10,0%) Gewalt im privaten Raum (Howe u. Crilly 2002).

Partnerschaftsgewalt ist international ein seit den 70er Jahren breit erforschtes Themengebiet. Den USA kommt dabei im Vergleich mit Europa in der Anzahl durchgeführter Studien eine Vorreiterrolle zu. Eine Befragung von Tjaden und Thoennes (2000) mit 8000 Frauen und 8000 Männern in den Vereinigten Staaten von Amerika ergab, dass 7,6% der Männer und 24,8% der Frauen körperliche Gewalt und/oder sexuelle Gewalt in einer heterosexuellen Partnerbeziehung erlebt hatten, während 1,5% der Frauen und 0,9% der Männer erklärten, in den letzten 12 Monaten von einem intimen Partner tätlich angegriffen worden zu sein.

Auswertungen im Rahmen von ähnlichen Studien zu häuslicher Gewalt beschreiben eine Lebenszeitprävalenz von Gewalterfahrungen bei Notaufnahme-Patientinnen in Form häuslicher Gewalt zwischen 25,0% bis hin zu 54,0% (Thompson et al. 2006).

Die Ergebnisse dieser Studien sind nicht ohne weiteres auf Deutschland und Europa übertragbar, da sich Gewaltdefinitionen, Studiendesigns sowie gesellschaftliche und kulturelle Strukturen unterscheiden. So kommt beispielsweise in den USA, aufgrund eines anderen Gesundheitsversorgungssystems, der Notfallversorgung eine viel beachtlichere Rolle zu als es in den meisten europäischen Ländern der Fall ist (Hellbernd et al. 2003).

Für Europa soll beispielhaft die im Jahr 2004 in einem Schweizer Klinikum für Geburtshilfe und Gynäkologie durchgeführte repräsentative Studie vorgestellt werden: In diesem Rahmen wurden 1772 Patientinnen schriftlich zu ihrem aktuellen Gesundheitszustand sowie psychischen und körperlichen Übergriffen, die sie durch ihr soziales Umfeld seit dem jungen Erwachsenenalter (ab dem 15. Lebensjahr) erfahren hatten, befragt. Während 20,6% der Studienteilnehmerinnen angaben, noch nie durch eine Person aus dem häuslichen und sozialen Umfeld angegriffen worden zu sein, berichtete jede zehnte Patientin von aktuellen körperlichen Gewalterfahrungen. Hierbei ging die Gewalt am häufigsten vom Partner aus. 43,6% der befragten Frauen gaben an, bereits Opfer einer Gewalttat in Form von physischen Verletzungen oder Drohungen geworden zu sein und 73,8% erlebten mindestens einmal psychische Gewalt durch eine nahe stehende Person. Die Lebenszeitprävalenz Opfer eines sexuellen Gewaltübergriffes zu werden betrug 12,9% (Gloor u. Meier 2004).

Zudem wurden die Gewaltprävalenzen in europäischen Ländern aktuell in einer sekundäranalytisch vergleichenden Studie des Forschungsnetzwerkes *Coordination Action on Human Rights Violations (CAHRV)* ausgewertet. Der Studie nach hat jede dritte bis fünfte Frau in den untersuchten Ländern (Deutschland, Schweden, Frankreich, Finnland und Litauen) im Verlauf ihres Lebens körperliche Gewalt erfahren und 6,0% bis 12,0% waren nach eigenen Angaben von sexueller Gewalt durch aktuelle/frühere Part-

ner betroffen. Außerhalb von Partnerschaften hatten 9,0% bis 23,0% körperliche und 8,0% bis 19,0% sexuelle Gewalt erlebt (GiG-net 2008).

Internationale Studien zu häuslicher Gewalt gegen Männer in hetero- und homosexuellen Beziehungen gibt es erst seit einigen Jahren. 15,4% aller Männer in gleichgeschlechtlichen Beziehungen sowie 7,7% der Männer in heterosexuellen Beziehungen erfahren mindestens einmal in ihrem Leben Gewalt durch einen Beziehungspartner. Ein Anteil von 11,4% aller Frauen in homosexuellen Beziehungen ist mindestens einmal von Gewalt betroffen (American Psychiatric Association 2005).

1.3.2 Ausmaß von Gewalt - Deutschland

Laut der polizeilichen Kriminalstatistik des deutschen Bundeskriminalamtes (2006) sind acht von neun tatverdächtigen Personen männlich, aber auch bei den Opfern sind Männer, vor allem männliche Jugendliche, überrepräsentiert. Eine verbesserte Aufhellung des Dunkelfeldes, verändertes Anzeigeverhalten und intensiviertere polizeiliche Ermittlungen dürften Gründe für die seit langem festzustellende starke Zunahme von Körperverletzungen im deutschen Raum sein. Junge Männer haben somit ein höheres Risiko Opfer von körperlicher Gewalt zu werden als Mädchen und Frauen. Dennoch gibt es für Deutschland bislang noch keine repräsentativen Dunkelfeldstudien, die sich mit Gewalt gegen Männer befassen (Jungnitz et al. 2007; Lenz 2006).

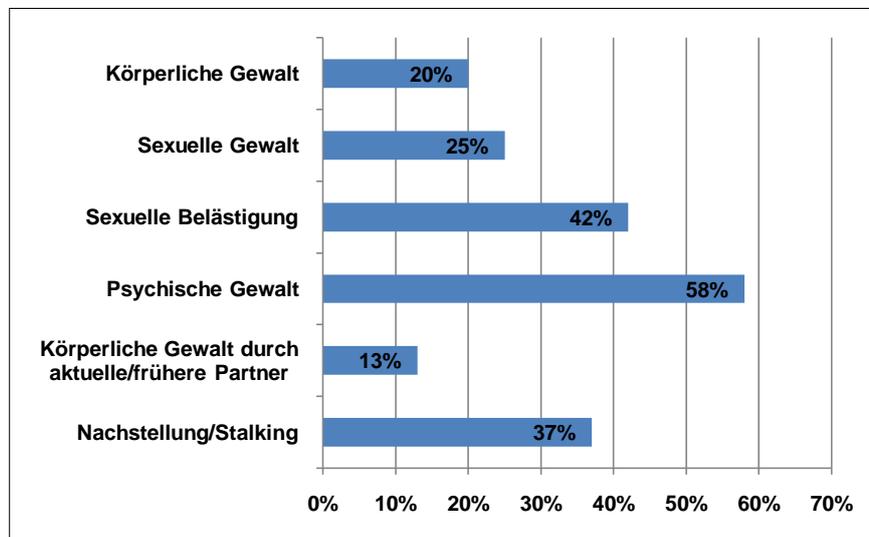
Für Frauen ist hingegen in Deutschland davon auszugehen, dass mindestens jede dritte bis fünfte Frau in ihrem Leben mit Gewalt konfrontiert wird, mehrheitlich von dem aktuellen oder ehemaligen Lebenspartner (Müller et al. 2004). Diese Vermutung lässt sich zusätzlich damit begründen, dass mehr als 60,0% der Frauen die Frage nach erlebter Gewalt im Rahmen einer medizinischen Anamnese für sinnvoll und wichtig halten (Hellbernd et al. 2003). Diese Erkenntnis wurde unter anderem im Rahmen einer wissenschaftlichen Begleitung des *S.I.G.N.A.L.-Interventionsprojektes* erlangt, das im Jahr 1999 im Berliner Universitätsklinikum Benjamin Franklin initiiert wurde und erstmalig in Deutschland umfassendere Daten zum Ausmaß verschiedener Gewaltformen an Frauen und ihrer gesundheitlichen Folgen erfasste. Insgesamt wurden 806 Frauen befragt, welche die Erste-Hilfe-Einrichtung des Krankenhauses aufsuchten. 52,2% der Frauen berichteten von mindestens einer Gewalterfahrung (körperlich/sexuell/emotional) in ihrem Leben. Etwa die Hälfte (51,7%) von ihnen schilderte gesundheitliche Auswirkungen als Folge der Gewalt: 25,5% hatten körperliche und psychische Folgen, 2,4% nur körperliche und 23,7% nur psychische Folgen.

36,6% aller Patientinnen (n=806) erlitten häusliche Gewalt. 63,3% von ihnen berichteten von gesundheitlichen Folgen, die in 52,4% der Fälle zu einer gesundheitlichen Ver-

sorgung führten: 23,5% nahmen eine Notaufnahme und 35,2% eine niedergelassene Praxis für eine medizinische bzw. therapeutische Behandlung in Anspruch.

2004 wurde die im Auftrag des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) erstellte erste große repräsentative Prävalenzstudie zu Gewalt gegen Frauen in Deutschland veröffentlicht (Müller et al. 2004). In einem zweijährigen Untersuchungszeitraum (2002 bis 2004) wurden über 10000 Frauen im Alter zwischen 16 und 85 Jahren zu ihren Gewalterfahrungen in unterschiedlichen Lebensbereichen, zu Folgen von Gewalt, Inanspruchnahme von institutioneller Unterstützung sowie Sicherheitsgefühl und Ängsten befragt. Es zeigte sich, dass insgesamt 40,0% der befragten Frauen körperliche und/oder sexuelle Gewalt und 42,0% psychische Gewalt seit dem 16. Lebensjahr erfahren hatten. Die folgende Abbildung zeigt das Ausmaß der verschiedenen Gewaltformen:

Abb. 1.1: Ausmaß von verschiedenen Formen von Gewalt gegen Frauen in Deutschland im Überblick



(Quelle: Müller et al. 2004, modifiziert nach Müller u. Schröttle 2006)

Jede vierte Frau (25,0%), die in einer partnerschaftlichen Beziehung gelebt hatte, gab an, Opfer körperlicher (23,0%) und/oder sexueller Gewaltübergriffe (7,0%) durch den Partner geworden zu sein. Ein Drittel (31,0%) benannte eine einzige Gewaltsituation, 26,0% dieser Frauen gaben zwei bis zehn und weitere 33,0% sogar mehr als zehn bis hin zu über 40 Gewaltsituationen an. Während körperliche Gewalttaten über ein breites Spektrum von Antwortmöglichkeiten (von Ohrfeigen und Faustschlägen bis hin zu Verbrühen und Waffengewalt) definiert wurden, bezog sich sexuelle Gewalt ausschließlich auf strafrechtlich relevante Formen wie (versuchte) Vergewaltigung, sexuelle Nötigung unter Anwendung von Drohungen und körperlichen Zwang.

Psychische Gewalt umfasste in dieser Studie aggressives Anschreien, Erniedrigung und Ausgrenzung bis hin zu psychischer Terrorisierung. Diese Gewaltform fand überwiegend am Arbeits-/Ausbildungsplatz, in der Schule oder im häuslichen Umfeld statt. Im deutschen Raum beträgt die Gewaltprävalenz für Frauen in Bezug auf körperliche/sexuelle Gewalt 25,0%. Im europäischen Vergleich liegt Deutschland damit folglich im mittleren bis oberen Bereich (Müller et al. 2004).

Diese repräsentative Untersuchung war Bestandteil des *Aktionsplanes der Bundesregierung zur Bekämpfung von Gewalt gegen Frauen*, der 1999 verabschiedet wurde. Zuvor hatte es in Deutschland nur Verdachtsdaten zum tatsächlichen Ausmaß von Gewalterfahrungen gegeben. Hagemann-White (2003) verfasste beispielsweise eine Expertise für eine nordrhein-westfälische Enquêtekommision, in der auf Basis von Studien aus den Niederlanden und Schweden der Verdacht geäußert wurde, dass circa 22,0% aller in Deutschland lebenden Frauen eine Lebenszeitprävalenz für Formen geschlechtsbezogener Gewalt mit gesundheitlichen Folgen haben und etwa 10,0% zu sexuellen Handlungen gezwungen werden, die Hälfte von ihnen durch den aktuellen Beziehungspartner.

1.4 Gesetzliche und politische Schritte in Deutschland - Konsequenzen für Gesellschaft, Polizei und medizinisches Versorgungssystem

Insgesamt wurde in Deutschland erst sehr langsam die Dimension des Problems, die Gewalt inklusive aller Folgeerscheinungen für die Betroffenen mit sich bringt, erkannt und thematisiert. Während in den 70er und 80er Jahren erste Frauenhäuser und andere Hilfseinrichtungen entstanden, wuchs in Deutschland erst in den 90er Jahren die politische Verantwortung sich mit der Gewaltproblematik zu befassen. Dies zeigt sich unter anderem darin, dass erst 1995 das erste deutsche Interventionsprojekt gegen häusliche Gewalt von *BIG e.v. Berlin* gegründet wurde (Müller et al. 2004).

Im Dezember 1999 wurde der *Aktionsplan der Bundesregierung zur Bekämpfung von Gewalt gegen Frauen* veröffentlicht. In diesem stehen nicht vereinzelte, punktuelle Maßnahmen im Vordergrund. Vielmehr ist das Ziel durch strukturelle Veränderungen eine bundesweite Vernetzung dieser Einrichtungen zu gewährleisten, um ein umfassendes Gesamtkonzept für alle Ebenen der Gewaltbekämpfung zu schaffen (BMFSFJ 1999). Bis heute folgten daraufhin weitere regionale und überregionale Interventionsprojekte. In Relation mit der großen Anzahl an tatsächlichen Gewaltopfern weisen jedoch diese Projekte, trotz größter Bemühungen (wie z. B. Öffentlichkeitsarbeit), bislang nur eine geringe Inanspruchnahme auf.

Auch die gesetzliche Lage, häusliche Gewalt betreffend, war bis Mitte der 90er Jahre nicht geklärt. Lange Zeit galt Gewalt als Privatproblem, in das sich der Staat nicht ein-

zumischen hatte. So wurde beispielsweise erst im Jahr 1997 die Vergewaltigung in der Ehe strafbar (Igney 2005). Als eine weitere wichtige Maßnahme zur Verbesserung der rechtlichen Situation von gewaltbetroffenen Frauen zählt das am 1.1.2002 verabschiedete „Gesetz zum zivilrechtlichen Schutz vor Gewalttaten und Nachstellungen sowie zur Erleichterung der Überlassung der Ehewohnung bei Trennung“ – kurz „Gewaltenschutzgesetz“ (GewSchG). Die Polizei kann auf Grundlage dieses Gesetzes den Täter für mehrere Tage aus der Wohnung und der unmittelbaren Umgebung der gefährdeten Person verweisen (BMFSFJ u. BMJ 2003). So kann ein nahtloses Ineinandergreifen von Polizeirecht und zivilrechtlichen Schutzmöglichkeiten gewährleistet werden. In einigen Bundesländern ist es üblich, dass die Polizei nach Involvierung in ein Gewaltgeschehen sich mit einem Interventionszentrum (sogenannte „pro-Aktiv“-Einrichtungen) in Verbindung setzt, das dann wiederum innerhalb der nächsten 24 Stunden Kontakt mit dem Opfer aufnimmt und Hilfe anbietet (Schwaak 2006). Zudem erfolgten in einzelnen Bundesländern Erweiterungen der polizeilichen Eingriffsbefugnisse durch Änderungen der Polizeigesetze (Hamburg: §12a „Hamburgisches Gesetz zum Schutz der öffentlichen Sicherheit und Ordnung“ (HamSOG); Grundsatz „Wer schlägt, der geht“).

Trotz erhöhter Inanspruchnahme des Gesundheitssystems durch die Gewaltopfer, entwickelte sich bei den Angehörigen des medizinischen Versorgungssystems erst nach und nach das Bewusstsein, einen ernst zu nehmenden Versorgungsauftrag bezüglich der Gewaltproblematik und ihrer Opfer inne zu haben. Die Sensibilisierung von Ärzten und Pflegekräften wird daher erst seit relativ kurzer Zeit verstärkt. Mittlerweile gibt es bundesweit verstärkte Handlungsmaßnahmen der Landesärztekammern, die sich mit der Gewaltproblematik befassen, wissenschaftliche Untersuchungen unterstützen, Klinikärzte und niedergelassene Ärzte aufklären und diesen praktische Hilfestellungen in Form von Leitfäden zukommen lassen und Fortbildungsveranstaltungen anbieten.

Für den Hamburger Raum gibt es beispielsweise seit 2003 den Arbeitskreis „Häusliche Gewalt“ der Hamburger Ärztekammer. Diesem gehören ein Rechtsmediziner, ein Kinder- und Jugendpsychiater, ein Kinderarzt, ein Chirurg sowie ein Jurist an. Ein gleichnamiger Ordner für Ärzte, der Hinweise zu Diagnostik, gerichtsverwertbarer Dokumentation, Gesprächsführung, zum Fallmanagement und juristischen Fragen gibt und zudem Adressen von Hilfsangeboten in Hamburg enthält, wurde hier beispielsweise entwickelt.

Zudem ist in den letzten Jahren der Rechtsmedizin - als eine Schnittstelle zwischen Justiz und Gesundheitssystem - eine immer bedeutendere Rolle bezüglich der optimalen Versorgung von Gewaltopfern zugekommen. Im Sinne einer „integrierten Versorgung“ entstand in Hamburg beispielsweise im Jahr 1998 die erste Untersuchungsstelle

für Gewaltopfer am Institut für Rechtsmedizin des Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, an die im Jahr 2003 mit dem Modellprojekt „Implementierung eines Rechtsmedizinischen Kompetenzzentrums für Gewaltopfer in Hamburg“ erfolgreich angeknüpft wurde (Seifert et al. 2004).

1.5 „Krankheit Gewalt“ - Die gesundheitlichen Folgen von Gewalt

Gewaltauswirkungen auf die Gesundheit und auf das Gesundheitsverhalten können sich in vielfältiger Art und Weise offenbaren. Sie können sich kurz-, mittel- bis langfristige entwickeln (Hellbernd et al. 2003) und sich in Form von physischen Verletzungen (z. B. Knochenbrüche, sexuell übertragbare Krankheiten), psychischen Beeinträchtigungen (z. B. Posttraumatische Belastungsstörung³, Essstörungen) und psychosomatischen Beschwerden (z. B. Migräne, chronische Schmerzen) bis hin zu tödlichen Folgen auswirken. Häufige diagnostizierte Verletzungen (infolge direkter Gewalt) sind Hämatome, Quetschungen, Würgemale, Hautabschürfungen, Striemen, Platz-, Riss-, Kratz- und Schnittwunden sowie Verstauchungen und Frakturen. Diese sind wiederholt an Körperregionen, wie Kopf, Gesicht, Nacken, Brust- und Armregion lokalisiert. Typisch sind multiple, frische und chronische Verletzungen an unterschiedlichen Regionen (American Medical Association 1992; Campbell 2002; Müller et al. 2004; Shepherd et al. 1990).

Im *World report on violence and health* der WHO (Krug u. Dahlberg et al. 2002) werden auf Ergebnisgrundlage verschiedener internationaler Studien die Charakteristika indirekter Gewaltfolgen wie folgt zusammengefasst:

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

Auf Basis dieser Trias lässt sich u. a. die „Krankheit Gewalt“ erklären. Erst aufgrund von Wiederholung, Fortsetzung, Dauer und Wiederkehr „kleinerer“, alltäglicher Verletzungen entfaltet Gewalt ihre zerstörerische Wirkung (Hagemann-White 2006). Häufig

³ Posttraumatische Belastungsstörung: auch: Psychotraumatische Belastungsstörung (PTBS); psychische und/oder psychosomatische Symptome (z. B. Alpträume, Depressionen, Suchtverhalten, Schlafstörungen, Schreckhaftigkeit) infolge einer traumatischen Erfahrung (Hornberg et al. 2008)

präsentieren sich Gewaltfolgen maskiert in Form von chronifizierten Beschwerden, wie beispielsweise unspezifischen Schmerzen, Migräne, Dysmenorrhö⁴ und Verdauungsproblemen. Depressionen, Angstzustände, Selbstverletzungen und Essstörungen sind oftmals Langzeitfolgen unentdeckter Gewalt. Studien aus den USA haben herausgefunden, dass eine Mehrzahl von Vergewaltigungsopfern bzw. Opfer chronischer Gewalt eine posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) entwickeln (Heise 1994).

Die folgende Abbildung zeigt einen Überblick über die gesundheitlichen Folgen von Gewalt gegen Frauen und Mädchen auf:

Abb. 1.2: Gesundheitliche Folgen von Gewalt

Gesundheitliche Folgen von Gewalt gegen Frauen und Mädchen		
nichttödliche Folgen		tödliche Folgen
<p><u>Körperliche Folgen</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Verletzungen - funktionelle Beeinträchtigungen - dauerhafte Behinderung <p><u>(Psycho-)somatische Folgen</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - chronische Schmerzsyndrome - Reizdarmsyndrom - Magen-Darm-Störungen - Harnwegsinfektionen - Atemwegsbeschwerden <p><u>Psychische Folgen</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Posttraumatische Belastungsstörungen - Depressionen, Ängste, Schlafstörungen, Panikattacken - Essstörungen - Verlust von Selbstachtung und Selbstwertgefühl 	<p><u>Gesundheitsgefährdende (Überlebens-)Strategien</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Rauchen - Alkohol- u. Drogenkonsum - risikoreiches Sexualverhalten - selbstverletzendes Verhalten <p><u>Reproduktive Gesundheit</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Eileiter- u. Eierstockentzündungen - sexuell übertragbare Krankheiten - ungewollte Schwangerschaften - Schwangerschaftskomplikationen - Fehlgeburten/niedriges Geburtsgewicht 	<ul style="list-style-type: none"> - tödliche Verletzungen - Mord - Suizid

(Quelle: Hellbernd et al. 2003)

Laut einer Studie von Campbell (2002) bilden gynäkologische Probleme den am deutlichsten und ausgeprägtesten Unterschied in der somatischen Gesundheit zwischen nicht misshandelten und misshandelten Frauen. Zusätzlich schildern Frauen, die stärker von Gewalt betroffen sind, deutlich mehr physische, psychische und psychosomatische Folgeerscheinungen als Frauen mit Gewalterfahrungen mittleren Ausmaßes (Gloor u. Meier 2004). Verarbeitungsmöglichkeiten und Krankheitsmanifestation stehen allerdings im Zusammenhang mit der persönlichen Biographie, der sozialen Unterstüt-

⁴ Dysmenorrhö: Stark schmerzhafte Menstruationsblutung, v. a. sind Beschwerden wie krampfartige Unterbauchschmerzen, Übelkeit und Kreislaufstörungen vorhanden (Stauber u. Weyerstahl 2005)

zung, individuellen Möglichkeiten, belastende Ereignisse verarbeiten zu können (Copingfaktoren⁵, Ich-Stärke, Humor etc.), sowie Affekten und Formen des Gedächtnisses (Erdemgil-Brandstätter 2003).

Das Gesundheitsverhalten der Betroffenen äußert sich häufig in sogenannten gesundheitsgefährdenden Überlebensstrategien, die als Bewältigungsversuch traumatischer Erlebnisse angesehen werden können. Gewaltkonfrontationen gehen häufig einher mit einem erhöhten Substanzmissbrauch (z. B. Nikotin-, Alkohol- und Medikamentenmissbrauch), der, je nach Wirkung, den Betroffenen kurzfristig beruhigend oder berauschend einen Fluchtweg aus der Realität bietet (El-Bassel et al. 2005; Martinez et al. 2007; Wingood et al. 2000). Ein risikoreiches Sexualverhalten oder Essstörungen werden häufig von Frauen präsentiert, die in der Kindheit sexuell missbraucht wurden (Hellbernd et al. 2003).

1.6 „Krankheit Gewalt“ - Die Rolle des Gesundheitssystems

Während in den USA bereits seit den 70er Jahren die Bedeutung der „Krankheit Gewalt“ erforscht und erkannt wurde, ist in Deutschland das Bewusstsein für dieses Gesundheitsproblem, vor allem unter den im Gesundheitswesen arbeitenden Berufsgruppen, noch immer wenig verbreitet - obwohl seit einigen Jahren in der Aus- und Weiterbildung Bemühungen intensiviert werden.

Das britische Gesundheitsministerium schätzt, dass Frauen im Schnitt 35 Gewaltepisoden erleben, bevor sie sich schließlich jemanden anvertrauen oder eine Institution um Hilfe aufsuchen (Boyle et al. 2004). Internationale Studien belegen, dass dem Gesundheitssektor dabei eine Schlüsselrolle zukommt, da medizinisches Personal - v. a. in Erste Hilfe-/Notaufnahmen - häufig die erste und einzige Anlaufstelle für Opfer von Gewalttaten ist (McCloskey 2005; Sivarajasingam u. Shepherd 2002).

Bis zu 5,0% aller Patienten, die in einer Notaufnahme einen Arzt konsultieren, sind durch Gewalt geschädigte Personen (Young u. Douglass 2003). Zwischen 3,0% bis 33,0% aller Notaufnahmebesuche von Frauen, die aufgrund einer Verletzung medizinische Hilfe in Anspruch nehmen, sind auf interpersonelle Gewalt bzw. gesundheitliche Gewaltfolgen zurückzuführen (Weinsheimer et al. 2005).

Andere Studien belegen, dass sich Frauen mit einem höheren sozioökonomischen Status eher Hausärzten in der privaten Atmosphäre einer Praxis anvertrauen, während Frauen mit weniger Einkommen meist Hilfe in Notaufnahmen oder staatlichen Kliniken aufsuchen (American Medical Association 1992).

⁵ Copingfaktoren: Mittel zur Bewältigung einer schwierigen Lebenssituation; hier: körperliche, psychische und soziale Fähigkeiten einer Person zur Bewältigung von Krankheiten bzw. zum Umgang mit beeinträchtigter Gesundheit (Hornberg et al. 2008)

Neben dem Gesundheitssektor treten einige Gewaltopfer auch in Kontakt mit Opferhilfeorganisationen und der Polizei. Allerdings wurden, laut einer Untersuchung von Shepherd et al. (2000), in nur 25,0% bis 50,0% der Fälle, in denen Patienten Gewalt als Ursache für die medizinischen Behandlungen angaben, im Nachhinein zusätzlich die Polizei informiert. Allein die hohe Frequenz in der Notaufnahmen von Gewaltopfern aufgesucht werden, darf nicht schlussfolgern lassen, dass Patienten Ärzten unbedingt den wahren Grund der Verletzung nennen. In einer anonymen schriftlichen retrospektiven Befragung gaben nur 84,0% der in einer Notaufnahme behandelten Patienten an, dem Arzt den wahren Grund der Verletzung genannt zu haben (Steen u. Hunskaar 2004). Scheinbar bestehen bezüglich des Themas „Gewaltanamnese“, speziell wenn es um Partnerschaftsgewalt geht, bei den Professionellen im Gesundheitssystem erhebliche Handlungsunsicherheiten. Eine in zwei Berliner Bezirken durchgeführte Befragung mit niedergelassenen Ärzten und Ärztinnen zeigte auf, dass nur einer von zehn Fällen als häusliche Gewalt erkannt wurde und ein Drittel der befragten Ärzte gab an, in der Praxis noch nie eine misshandelte Patientin versorgt zu haben (Mark 2000). Sugg et al. (1999) untersuchten ebenfalls die Einstellungen und Erfahrungen medizinischen Personals mit dieser Problematik. Sie beschreiben, dass es alle Studienteilnehmer weniger Überwindung kostete, Patienten zu Rauchgewohnheiten oder Alkoholkonsum zu befragen als eine Gewaltanamnese zu erheben. Zusätzlich schätzten 50,0% der Klinikärzte, sowie 70,0% der Krankenschwestern und -pfleger die Rate der von häuslicher Gewalt betroffenen Patienten mit kleiner 1,0% als viel zu gering ein. 45,0% der Klinikärzte bestätigten, dass sie, wenn sie Verletzungen behandelten, Patienten selten oder nie auf Verletzungen durch häusliche Gewalt untersuchten oder gezielt danach fragten. 28,0% der Befragten gaben an, dass sie nicht über genug Wissen und eine angemessene Strategie verfügten, um den Opfern von Gewalt helfen zu können.

Eine inadäquate oder ausbleibende Behandlung der Betroffenen aufgrund des Nichterkennens der „Krankheit Gewalt“ führt häufig zu einer Chronifizierung der Beschwerden, Fehldiagnosen und Fehlbehandlungen oder aber sogar zu einer Überdiagnostik und Überversorgung. Eine ineffektive und unzulängliche Behandlung von (Folge-)Symptomen, wie beispielsweise die Verschreibung von Schmerz- und Beruhigungsmitteln, hilft chronischen Gewaltopfern keinesfalls, sondern lässt sie vielmehr betäubt in der belastenden Situation verharren (Hellbernd et al. 2003).

Es ist daher von außerordentlicher Relevanz, dass unter medizinischem Personal ein fundiertes und präsentenes Wissen zur Problematik des Phänomens „Gewalt“, seiner Folgen und Möglichkeiten der Prävention besteht. Wenn das Gesundheitssystem aktiv werden soll, müssen Daten zum Ausmaß und zu den gesundheitlichen Folgen der Gewalt ermittelt werden. Zuverlässige Daten sind nicht nur für Planungs- und Beobach-

tungszwecke von wichtiger Bedeutung, sondern vor allem auch um sinnvolle Überzeugungsarbeit bei Ärzten und anderen im Gesundheitssystem beschäftigten Personengruppen leisten zu können. Ohne Information fühlt sich kaum jemand gezwungen, das Problem anzuerkennen, geschweige denn, darauf zu reagieren (Krug u. Dahlberg et al. 2002).

2 ARBEITSHYPOTHESE UND FRAGESTELLUNG

Das Phänomen „Gewalt“ ist von großer gesellschaftlicher Relevanz und mit schwer zu erfassenden Folgen und einem Dunkelfeld behaftet. In Deutschland existieren bislang nur wenige Daten zu der Dimension des Problems.

Die in der Gesundheitsversorgung arbeitenden Berufsgruppen sind häufig die erste Anlaufstelle für Gewaltopfer mit körperlichen und psychischen Gewaltfolgen.

Ziel dieser Arbeit ist es, das Ausmaß von Gewalterfahrungen in einem medizinischen Zufallskollektiv darzustellen. Ferner sollen Charakteristika und Art der erfahrenen Verletzungen und ihre gesundheitlichen Folgen näher beleuchtet werden, da derartige Erfahrungen das spätere Gesundheitsverhalten (z. B. Substanzmissbrauch) beeinflussen und unspezifische und psychische/psychosomatische Folgesymptome hervorrufen können.

Ein frühzeitiges Erkennen und Therapieren von Gewaltfolgen kann dazu beitragen Folgeerkrankungen zu verhindern und damit auch die Folgekosten von Gewalt zu minimieren.

Im Rahmen dieser Arbeit sollen die folgenden Hypothesen geprüft werden:

- Der Anteil von Patienten mit Gewalterfahrungen in einem zufälligen Patientenkollektiv weist ein Ausmaß auf, welches dahingehend als „relevant“ zu bezeichnen ist, als dass es das Erheben einer routinemäßigen Gewaltanamnese im ärztlichen Alltag rechtfertigt.
- Die Gewaltanamnese von Frauen weist häufiger Übergriffe im sozialen Nahraum auf als die der Männer („häusliche Gewalt“). Zu erwarten wären zudem Unterschiede in den Verletzungsbildern.
- Die Gesundheitsberufe (Ärztinnen und Ärzte, Pflegekräfte) spielen bei der Versorgung von Gewaltopfern, auch im Vergleich zu anderen Berufsgruppen und Vertrauenspersonen, eine herausragende Rolle.
- Die im Gesundheitsbereich tätigen Personen haben darüber Kontakt zu vielen Opfern von Straftaten, die nicht polizeilich angezeigt werden (kriminalistisches Dunkelfeld).

3 MATERIAL UND METHODEN

3.1 Ort und Zeitraum der Datenerhebung

In einem Untersuchungszeitraum von 6 Wochen (08.01.2007 - 16.02.2007) wurden alle erwachsenen Patienten im Alter von 18 bis 85 Jahren, die an einem Werktag die Hamburger Notfallpraxen (Altona, Farmsen) aufsuchten, mittels eines standardisierten Kurzinterviews zu ihren aktuellen und früheren Gewalterfahrungen und deren Folgen befragt.

Die Hamburger Notfallpraxen in Altona und Farmsen stellen ein ambulantes Versorgungsangebot der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg dar. Neben Krankenhausnotaufnahmen und dem Taxi-Notfalldienst der Kassenärztlichen Vereinigung ermöglichen die Notfallpraxen, dass Patienten aller Kassen auch am Abend, Wochenende und Feiertagen persönlich einen (Fach-)Arzt konsultieren können. Werktags ist je ein Internist, Allgemeinmediziner oder Chirurg in der Praxis tätig, während ein Pädiater, ein HNO-Arzt und Ophthalmologe in Rufbereitschaft stehen.

Abb. 3.1: Lage (Punkte) und Adresse der Notfallpraxen (Umrisskarte der Hansestadt Hamburg)



Während die Notfallpraxen werktags (Montag – Freitag) jeweils von 19:00 Uhr bis 24:00 Uhr geöffnet haben - mittwochs bereits ab 13:00 Uhr - sind die Öffnungszeiten an den Wochenenden sowie an Feiertagen auf 7:00 Uhr bis 24:00 Uhr erweitert.

Der Zeitraum der Datenerhebung musste auf die organisatorischen Belange der Praxen angepasst und mit der Kassenärztlichen Vereinigung abgestimmt werden. Als praktisch-organisatorisch günstig stellte sich schließlich eine Beschränkung der Daten-

erhebungszeiträume auf die Werktage dar, so dass jeweils Montags bis Freitags von 19.00 Uhr bis 24.00 Uhr, bzw. Mittwochs von 18.00 Uhr bis 24.00 Uhr, alle Männer und Frauen im Alter von 18 bis 85 Jahren befragt wurden.

Die Datenerfassung erfolgte zunächst drei Wochen in der Notfallpraxis Altona (08.01.2007 - 26.01.2007) und im direkten Anschluss drei Wochen in der Notfallpraxis Farmsen (29.01.2007 - 16.02.2007).

3.2 Geplanter Umfang der Untersuchung

Im Rahmen der geplanten Studie wurde angestrebt, alle erwachsenen Patienten (Zufallskollektiv), die während des Untersuchungszeitraumes die Praxen aufsuchten, mittels eines fragebogenbasierten Kurzinterviews zu ihren aktuellen und früheren Gewalterfahrungen und deren Folgen zu befragen.

Seitens der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg wurde eine durchschnittliche Patientenanzahl von circa 25 Patienten pro Abend angegeben, so dass im Vorwege von einer Stichprobengröße von circa 700 Patienten ausgegangen wurde.

3.3 Ein- und Ausschlusskriterien

Alle erwachsenen Patienten im Alter von 18 bis 85 Jahren wurden befragt.

Die Altersspanne wurde bewusst gewählt, um einen möglichen Vergleich (Studienanalogie) mit der repräsentativen Untersuchung zu Gewalt gegen Frauen in Deutschland des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend aus dem Jahr 2004 zu erlauben (dort betrug die Altersspanne 16 bis 85 Jahre).

Neben dem Alter (unter 18 Jahre/über 85 Jahre) und der fehlenden Möglichkeit zu einer ausreichenden Intimsphäre, wurden die folgenden Ausschlusskriterien festgelegt:

- Mangelnde/fehlende sprachliche Verständigungsmöglichkeiten
- Sehr starke Verletzungen/Schmerzen/Beschwerden
- Notwendigkeit einer sofortigen stationären Einweisung
- Verwirrtheit/psychische Verfassung
- Intoxikation
- Koma/Lebensgefahr
- Fehlendes Einverständnis
- Klinisch relevante Alkoholisierung mit merkbaren Ausfallerscheinungen

3.4 Datenschutz und Schweigepflicht

Zu Beginn eines jeden Interviews wurde jeder Patient über den Inhalt und die Ziele der Studie sowie die ungefähre Dauer des fragebogenbasierten Kurzinterviews informiert. Die Notwendigkeit einer wünschenswerten Teilnahme an dieser wissenschaftlichen Studie wurde formuliert. Zudem wurde über die Widerruflichkeit einer Einwilligung aufgeklärt. In diesem Zusammenhang erhielt der Patient ein Informationsblatt zum Mitnehmen (vergleiche Anhang D).

Des Weiteren wurde darüber aufgeklärt, dass weder persönliche Daten aufgenommen, noch in irgendeiner Art und Weise erhobene Angaben an Behörden (z. B. der Polizei) weitergeleitet werden. Ausdrücklich wurde auf die Schweigepflicht seitens der Interviewerin hingewiesen. Der zu unterschreibende Text der Einwilligungserklärung zum Datenschutz findet sich im Anhang B dieser Arbeit.

Im Falle des Aufsuchens der Notfallpraxis aufgrund einer akuten Gewaltverletzung konnte mit einer weiteren schriftlichen Einverständniserklärung des Patienten der behandelnde Arzt seiner ärztlichen Schweigepflicht entbunden werden (vergleiche Anhang B).

Neben Unterschrift und Datum des Untersuchungstages wurden als Variable für die spätere elektronische Auswertung zusätzlich die „Erste(n) drei Buchstaben des Vornamens“ und der „Erste(r) Buchstabe des Nachnamens“ erfasst.

Bei nachträglichen Bedenken seitens des Studienteilnehmers bezüglich der Einwilligung der Angaben hätten so alle Daten identifiziert und gelöscht werden können.

3.5 Vorgehen bei der Datenerhebung

Die Datenerhebung wurde mit Hilfe eines standardisierten fragebogenbasierten Kurzinterviews, bestehend aus elf Fragen, durchgeführt. Mittels der vorformulierten Screening-Fragen konnten Daten und Angaben systematisch und zügig erfasst werden. Gleichzeitig konnten Fragen seitens der teilnehmenden Patienten im persönlichen Gespräch gezielt geklärt werden, so dass Verständnisproblemen vorgebeugt werden konnte.

Die in beiden Notfallpraxen vorkommenden Wartezeiten vor und zwischen den Untersuchungen machten es möglich, die in den Untersuchungsräumen wartenden Patienten in einer ruhigen, abgeschiedenen Atmosphäre über die Studie zu informieren und für die Teilnahme zu gewinnen, sowie ein angemessenes Vertrauensverhältnis zu den Patienten aufzubauen, um möglichst ehrliche Antworten im darauf folgenden Kurzinterview zu erhalten.

Die Interviews wurden mit dem jeweiligen Patienten alleine durchgeführt. Generell wurden alle Angehörige, unabhängig ob männlich oder weiblich, zur Gewährleistung

der Intimsphäre aus dem Behandlungsraum gebeten - vor allem aufgrund des nicht auszuschließenden Risikos, dass die Gewalt ausübende Partei, zum Beispiel in Gestalt eines Begleiters, speziell bei der Befragung von verletzten Frauen anwesend sein könnte.

Die Befragung nahm fünf bis zehn Minuten in Anspruch.

3.6 Beschreibung des fragebogenbasierten Kurzinterviews

Der dreiseitige Kurzfragebogen (vergleiche Anhang C) umfasste zunächst die Angaben allgemeiner demographischer Daten, wie **Geschlecht**, **Alter** (als Zahlenangabe) und **Staatsangehörigkeit**.

Des Weiteren wurden drei Fragen zu der „Akuten Situation“ gestellt, die zum Aufsuchen der Notfallpraxis geführt hatte. Die Fragen konnten jeweils nur mit „Ja“ oder „Nein“ beantwortet werden:

- **Fühlen Sie sich in Ihrer derzeitigen Partnerschaft sicher?**
- **Gibt es einen Partner aus einer ehemaligen Beziehung der Sie auf irgendeine Art und Weise bedroht?**
- **Haben Sie gegenüber dem Arzt heute den wahren Grund Ihrer Verletzung genannt?**

Die dritte Frage wurde sehr häufig mündlich umformuliert, da der Patient den behandelnden Arzt meistens vor Beginn des Fragebogens noch nicht gesprochen hatte:

- **Werden Sie dem Arzt heute den wahren Grund Ihrer Verletzung nennen?**

Als dritten Punkt wurde im Bezug auf eine „akute Verletzung“ nach der Ursache der Gewalttat und nach der verursachenden Person gefragt:

- **Sind Ihre heutigen Verletzungen auf eine Gewalttat zurückzuführen?**
- **Falls Ja, ist die verursachende Person Ihr Partner/Expartner/Familienmitglied/Bekannte(r)/Fremde(r)?**

Gab ein(e) Patient(in) an, die Notfallpraxis aufgrund einer akuten Gewaltverletzung aufgesucht zu haben, so war es Aufgabe der Interviewerin den/die Patient(in) entsprechend zu beraten und über Möglichkeiten der Kontaktaufnahme zu professionellen

Hilfseinrichtungen (Opferhilfeorganisationen, Rechtsmedizinische Begutachtung der Verletzungen, Frauenhäuser) zu informieren (vergleiche Anhang D).

Zusätzlich war der Fragebogen darauf ausgerichtet, retrospektiv frühere Gewalterfahrungen zu erfassen. Es folgte ein vierter Teil mit „Fragen zum Thema frühere Gewalterfahrungen“:

- **Wurden Sie schon einmal Opfer einer Gewalttat? (z. B.: Wurden Sie geschlagen, getreten, auf irgendeine andere Weise angegriffen?)**

Wurde diese Frage verneint, wurde das Kurzinterview an dieser Stelle beendet.

Wurde hingegen mit einem „Ja“ geantwortet, so wurde der Proband im Folgenden gebeten anzugeben, von wem (Partner/Expartner/Familienmitglied/Bekannt(e)r/Fremde(r)) er/sie angegriffen wurde und wann dies geschah (In den letzten 4 Wochen/In den letzten 12 Monaten/In den letzten 5 Jahren/Vor mehr als 5 Jahren).

Die Möglichkeit von Mehrfachantworten war gegeben.

Während des Interviews wurden die vorgegebenen Antwortmöglichkeiten des Zeitraumes allerdings in soweit seitlich des Interviewers modifiziert, als dass der Punkt „Vor mehr als 5 Jahren“ differenzierter erfragt wurde: „In den letzten 20 Jahren“ bzw. „Vor mehr als 20 Jahren“.

Zusätzlich wurde schriftlich auf dem Fragebogen notiert, ob die Gewalterfahrung in der Kindheit erlebt wurde oder nicht.

Der Fragebogen war zu Beginn des Untersuchungszeitraumes bereits fertig erstellt und gedruckt, so dass diese Änderungen, die sich im Verlauf der ersten Interviews als sinnvoll herausstellten, im Nachhinein handschriftlich hinzugefügt werden mussten.

In den folgenden zwei Fragen wurde auf viktimologische und kriminalistische Aspekte eingegangen:

- **Welche Verletzungen erlitten Sie durch die folgende Person?**
- **An welchen Körperregionen wurden Sie durch diese Person verletzt?**

Bezogen auf die Verletzungsart gab der Fragebogen die Angabemöglichkeiten der Hautunterblutungen (blaue Flecke, Hämatome), Schürf- oder Platzwunden, Knochenbrüche, Stich- oder Schnittverletzungen, Zahnabbrüche oder -lockerungen vor. Die Angabemöglichkeiten der verletzten Körperregionen waren untergliedert in Ge-

sicht/Kopf, Hals, Arme/Hände, Brustregion, Rücken, Genital-/Analregion, Beine/Füße (viktimologischer Aspekt).

Alle Antwortmöglichkeiten waren im Fragebogen tabellarisch so angelegt, dass jeweils zusätzlich angegeben werden konnte, wer die gewaltausübende Person - bezogen auf die Verletzungsart und verletzte Körperregion - gewesen war (kriminalistischer Gesichtspunkt).

Mit der vorletzten Frage des Kurzinterviews wurde erfasst, wem sich das Opfer nach dem Angriff anvertraut hatte:

- **Wem haben Sie sich nach einem solchen Angriff anvertraut?**

Folgende Antwortmöglichkeiten bestanden:

- Niemandem
- Polizei
- Familie oder Freunden
- Hausarzt
- Arzt im Krankenhaus (Notaufnahme)
- Krankenschwester
- Psychologische Beratungsstelle (z. B. Frauenhaus)
- Opferhilfeorganisation

Sowohl bei dieser Frage als auch bei der folgenden bestand ebenfalls die Möglichkeit der Mehrfachantwort.

Der letzte Punkt des Kurzinterviews beinhaltete die Frage nach körperlichen und/oder psychischen Folgeerscheinungen der Gewalttat, die im Verlauf Ursache für eine(n) Arztbesuch, eine Arbeitsunfähigkeit oder Krankschreibung und/oder Krankenhausaufenthalt gewesen waren.

Im Anhang dieser Dissertation befindet sich ein komplettes Exemplar des Kurzfragebogens inklusive des Informationsblattes für die Teilnehmer der Studie, die Einwilligungserklärung zum Datenschutz, die Entbindung des Arztes von seiner ärztlichen Schweigepflicht sowie ein Informationsblatt mit Telefonnummern von Opferhilfeeinrichtungen, das den Patienten auf Wunsch mitgegeben wurde.

3.7 Statistik

Die Daten wurden zunächst elektronisch mit Hilfe einer Datenbank (Lotus Approach, Version 97) erfasst.

Die statistische Auswertung der Daten erfolgte mittels eines Personalcomputers unter der Verwendung des Statistikprogrammes „Statistical Package for Social Sciences“ (SPSS) für Windows, Version 14.0., sowie mit dem Datenverarbeitungsprogramm Excel.

Im Rahmen der Hypothesentestung wurden rein deskriptive Statistiken (Häufigkeitstabellen, Kreuztabellen) durchgeführt, da aufgrund der Fallzahl keine statistisch signifikanten Aussagen, Korrelationen o. ä. gemacht werden konnten und derartige Testungen somit nicht sinnvoll waren.

4 ERGEBNISSE

4.1 Demographische Beschreibungen des Patientenkollektivs

Während des sechswöchigen Untersuchungszeitraumes (08.01.2007 - 16.02.2007) konnten in den Hamburger Notfallpraxen Altona und Farmsen insgesamt 426 Patienten mittels des fragebogenbasierten Kurzinterviews zu aktuellen und früheren Gewalterfahrungen und deren Folgen befragt werden.

497 Patienten fielen unter die im Vorwege der Studie festgelegten Ausschlusskriterien. Tabelle 4.1 stellt die Verteilung der Ausschlusskriterien, bezogen auf die jeweilige Praxis, dar:

Tab. 4.1: Verteilung der Ausschlusskriterien in den Notfallpraxen

Ausschlusskriterien	Häufigkeit	
	Altona	Farmsen
- Alter (Patient <18, >85 Jahre)	169	266
- Mangelnde/Fehlende sprachliche Verständnismöglichkeiten	19	13
- Sehr starke Verletzungen/Schmerzen/Beschwerden	2	3
- Eine sofortige stationäre Einweisung	0	3
- Verwirrtheit/Psychische Verfassung	3	1
- Intoxikation	0	0
- Keine Möglichkeit von ausreichender Intimsphäre	1	1
- Koma/Lebensgefahr	0	0
- Fehlendes Einverständnis	5	7
- Klinisch relevante Alkoholisierung mit merkbaren Ausfallerscheinungen	0	0
- Patient verpasst	2	2
Gesamt	201	296

Das häufigste Ausschlusskriterium war das Alter (435 Fälle). In nur einem einzigen Fall wurde eine Person, die älter als 85 Jahre alt war, ausgeschlossen werden. Die übrigen Fälle waren Kinder und Jugendliche (unter 18 Jahre), die die Notfallpraxen in Begleitung ihrer Eltern aufsuchten.

4.1.1 Ortsverteilung

Insgesamt wurden 426 Personen interviewt. In den ersten drei Wochen des Untersuchungszeitraumes (08.01.2007 - 26.01.2007) wurden in der Notfallpraxis Altona 207 Personen, in den folgenden drei Wochen in Farmsen (29.01.2007 - 16.02.2007) 219 Personen befragt.

4.1.2 Geschlechterverteilung

Die Geschlechterverteilung der 426 Studienteilnehmer setzte sich wie folgt zusammen: Insgesamt wurden 225 Frauen (52,8%) und 201 Männer (47,2%) interviewt. Die Geschlechterverteilung war in beiden Notfallpraxen nahezu identisch.

Abb. 4.1: Geschlechterverteilung

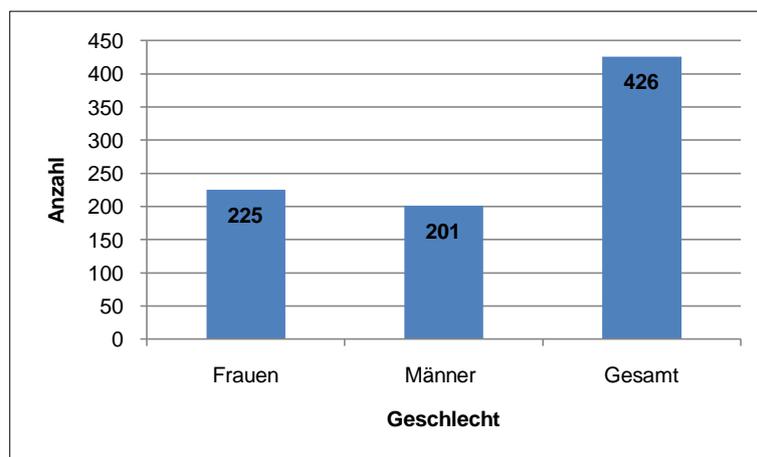
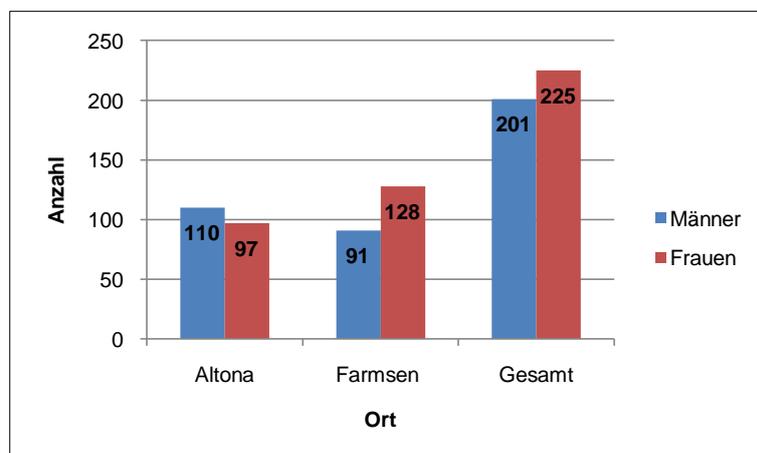


Abb. 4.2: Geschlechterverteilung in den Notfallpraxen

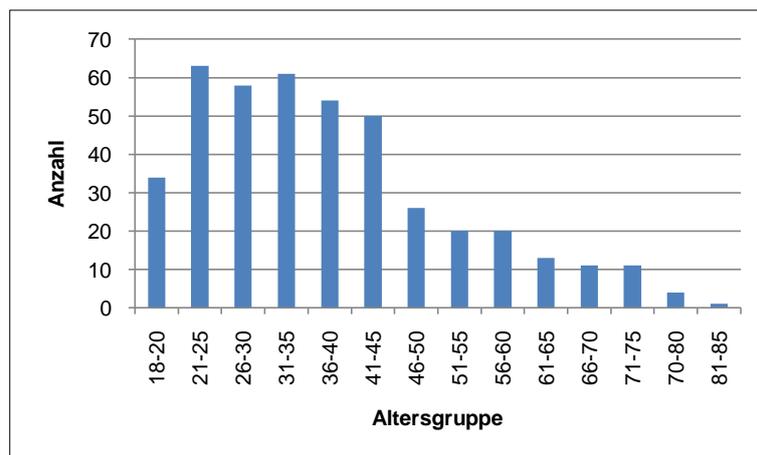


In der weiteren Ergebnisauswertung dieser Arbeit wird keine Unterteilung bzw. genauere Betrachtung des Ortes (Notfallpraxis Altona oder Farmsen) vorgenommen, da sich bei dem Patientenkollektiv keine relevanten oder signifikanten Unterschiede zwischen den zwei Praxen feststellen ließen.

4.1.3 Alter

Um eine sinnvolle und überschaubare Altersverteilungsübersicht zu erhalten, wurden die Patienten in Altersgruppen zusammengefasst. Begonnen wurde mit der Altersgruppe 18-21, gefolgt von in fünf Jahresschritte unterteilte Altersgruppen (18-21, 21-25, 26-30, ..., 81-85).

Abb. 4.3: Altersverteilung



Der Altersmittelwert betrug 37,97 Jahre, der Median 35,00 Jahre. Die Standardabweichung betrug 14,537 Jahre. Der jüngste interviewte Patient war 18 Jahre alt, der älteste Patient 84 Jahre alt.

Tab. 4.2: Alter der Studienteilnehmer (n=426)

Mittelwert	37,97
Median	35,00
Standardabweichung	14,537
Minimum	18
Maximum	84

Die weiblichen Studienteilnehmer waren im Schnitt 37,94 Jahre alt, während die Männer 38,00 Jahre alt waren. Die jüngste Frau und der jüngste Mann waren 18 Jahre alt. Die älteste Frau war 84 Jahre alt, der älteste Mann 80 Jahre alt.

4.1.4 Staatsangehörigkeit

Von den 426 befragten Patienten besaßen 354 Patienten die deutsche Staatsangehörigkeit (83,1%), die übrigen 72 Studienteilnehmer (16,9%) waren in Besitz einer ausländischen Staatsangehörigkeit. Tabellen 4.3 und 4.4 zeigen diesbezüglich die Geschlechterverteilung auf:

Tab. 4.3: Staatsangehörigkeit - Deutsch, Geschlechterverteilung

Geschlecht	Häufigkeit	Prozent (n=426)	Prozent (n=354)
Gesamt	354	83,1%	100%
Weiblich	193	45,3%	54,5%
Männlich	161	37,8%	45,5%

Tab. 4.4: Staatsangehörigkeit - Ausländisch, Geschlechterverteilung

Geschlecht	Häufigkeit	Prozent (n=426)	Prozent (n=72)
Gesamt	72	16,9%	100%
Weiblich	32	7,5%	44,4%
Männlich	40	9,4%	55,6%

Da die Gruppe der Patienten mit ausländischer Staatsbürgerschaft sich aus Personen mit unterschiedlichsten Abstammungen/Nationen zusammensetzte, wurde eine gruppierende Unterteilung vorgenommen in:

- Personen aus Zentral-/Nordeuropa (Österreich, Dänemark, Belgien);
- Personen aus Südeuropa (Türkei, Griechenland, Spanien, Italien, Frankreich, Portugal);
- Personen aus Osteuropa und Russland (Polen, Bulgarien, Ungarn, Kroatien, Bosnien Herzegowina, Jugoslawien/Montenegro/Serbien, Mazedonien, Russland, Albanien);
- Personen aus Asien (Japan, Nepal, Philippinen);
- Personen aus Afrika (Ghana);
- Personen aus Vorderasien (Iran);
- Personen aus Südamerika (Argentinien);

Tabelle 4.5 gibt die Häufigkeitsverteilung der einzelnen Staatsangehörigkeitsgruppen wieder:

Tab. 4.5: Staatsangehörigkeitsgruppen, Häufigkeitsverteilung

	Häufigkeit	Prozent (n=426)	Prozent (n=72)
1. Zentral-/Nordeuropa	4	0,9%	5,5%
2. Südeuropa	35	8,2%	48,6%
3. Osteuropa/Russland	23	5,3%	31,9%
4. Asien	3	0,7%	4,1%
5. Afrika	1	0,2%	1,3%
6. Vorderasien	6	1,4%	8,3%
7. Südamerika	1	0,2%	1,3%

In der Gruppe „Südeuropa“ machten Patienten mit einer türkischen Staatsbürgerschaft den größten Anteil aus. 21 Personen gaben an, im Besitz einer türkischen Staatsangehörigkeit zu sein. Dieses Ergebnis entspricht knapp 5,0% aller befragten Patienten (n=426) bzw. 29,0% aller ausländischen Studienteilnehmer (n=72).

4.2 Ergebnisse des fragebogenbasierten Kurzinterviews

Im Folgenden werden die Ergebnisse des fragebogenbasierten Kurzinterviews dargestellt - beginnend mit den Ergebnissen des Fragebogenteils, der sich mit der „Akute(n) Situation“ befasste.

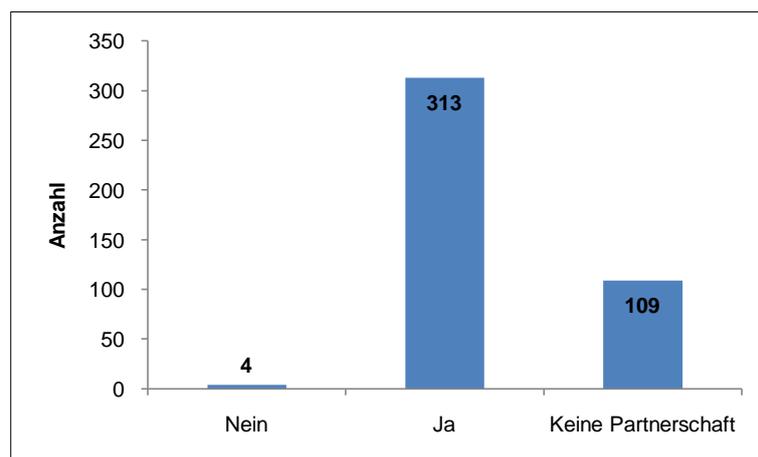
Da eine nur kleine Anzahl von Patienten akute Gewalterfahrungen machte, werden diese, bezogen auf die jeweilige Frage, in kurzer Form kasuistisch dargestellt.

Danach folgt die Ergebnisdarstellung des Interviewteils, der auf die Erfassung retrospektiver Gewalterfahrung abzielte.

4.2.1 Akute Situation: „Fühlen Sie sich in Ihrer derzeitigen Partnerschaft sicher?“

Auf die erste Frage des fragebogenbasierten Kurzinterviews antworteten vier Patienten mit einem „Nein“, 313 Patienten mit einem „Ja“ und 109 Patienten gaben an, sich derzeit in keiner Partnerschaft zu befinden. Das Geschlechterverhältnis war annähernd ausgeglichen: 168 Frauen und 145 Männer gaben an, sich in ihrer derzeitigen Beziehung sicher zu fühlen, 55 Frauen und 54 Männer befanden sich in keiner Partnerschaft.

Abb. 4.4: „Fühlen Sie sich in Ihrer derzeitigen Partnerschaft sicher?“



Die vier Patienten (zwei Frauen, zwei Männer), die sich in ihrer Partnerschaft nicht sicher fühlten, suchten die Notfallpraxis nicht wegen einer akuten Gewaltverletzung auf.

Alle vier Patienten erklärten, dass sie sich aufgrund von psychischer Gewalt in ihrer Partnerschaft nicht sicher fühlten. Entweder weil sie sich ernsthaft vor einer möglichen körperlichen Gewalttat fürchteten oder aber bereits eine Gewalterfahrung durch ihre(n)

Partner(in) erlebt hatten und nun mit der Angst einer möglichen Wiederholungstat leben.

Eine Patientin gab zusätzlich an, zurzeit in einem Frauenhaus zu leben. Nachdem sie von einem Familienmitglied als Geisel genommen und mit einer Schusswaffe bedroht wurde, stehe sie aktuell mit einer Opferhilfeorganisation in Kontakt.

4.2.2 Akute Situation: „Gibt es einen Partner aus einer ehemaligen Beziehung, der Sie auf irgendeine Weise bedroht?“

Auf diese Frage antwortete nur eine einzige Studienteilnehmerin mit „Ja“. Auch sie suchte die Notfallpraxis nicht aufgrund einer akuten gewaltbedingten Verletzung auf. Die Patientin berichtete, dass sie sich derzeit in keiner Partnerschaft befinden würde, jedoch von einem Partner aus einer ehemaligen Beziehung - mittlerweile „nur noch“ - psychisch bedroht werde. In den letzten fünf Jahren sei sie von ihm regelmäßig geschlagen und misshandelt worden. Sie habe sich lange Zeit niemandem anvertraut. Die Verletzungen seien nie so schlimm gewesen, dass sie zu deren Versorgung zu einem Arzt hätte gehen müssen. Nach einem Aufenthalt in einem Frauenhaus sei sie allerdings an eine psychologische Beratungsstelle vermittelt worden.

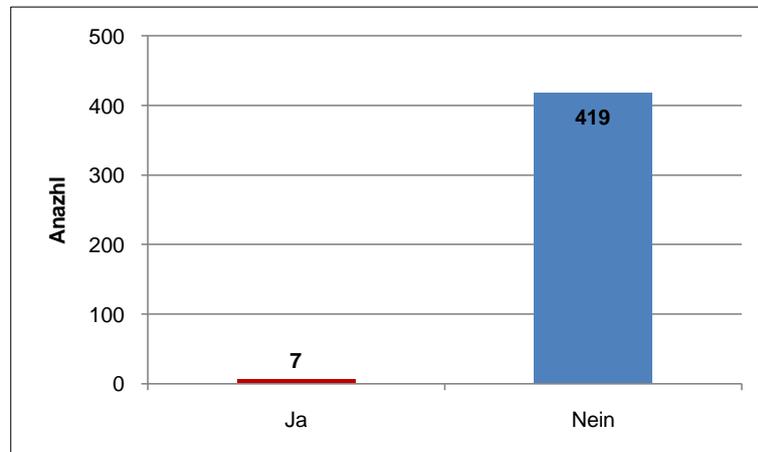
4.2.3 Akute Situation: „Haben Sie gegenüber dem Arzt heute den wahren Grund Ihrer Verletzung genannt?“

Auch auf diese Frage hin gab nur eine einzige Person an, gegenüber dem diensthabenden Arzt der Notfallpraxis nicht den wahren Grund der Konsultation genannt zu haben (vergleiche 4.2.4).

4.2.4 Akute Situation: „Sind Ihre heutigen Verletzungen auf eine Gewalttat zurückzuführen?“

Sieben Patienten (1,6%, n=426) suchten aufgrund einer akuten gewaltbedingten Verletzung die Notfallpraxen Altona oder Farmsen (Altona: Zwei Patienten; Farmsen: Fünf Patienten) auf.

Abb. 4.5: „Sind Ihre heutigen Verletzungen auf eine Gewalttat zurückzuführen?“



Die Verletzungsbefunde der Gewaltopfer, diagnostiziert durch den diensthabenden Arzt der Notfallpraxis, sowie ein Hinweis auf die gewaltausübende Person und den Umständen der Tat sollen im Folgenden kurz dargestellt werden.

In Bezug auf den Datenschutz sei erwähnt, dass alle Gewaltopfer den Arzt von der ärztlichen Schweigepflicht mit einer Unterschrift entbunden haben und einer mündlichen Weitergabe ihrer Befunde an die Interviewerin zustimmten.

- **Patient 1:** Weibliche Patientin, die von ihrem Vermieter angegriffen wurde.
Befund: Thoraxprellung (durch einen Schlag mit Aktenordner) und Verdacht auf Distorsion des linken oberen Sprunggelenks (Fuß/Bein in Tür geklemmt).
- **Patient 2:** Männlicher Patient, arbeitet als Busfahrer, der während der Arbeitszeit von einem Fahrgast (Fremder) angegriffen wurde, polizeiliche Anzeige folgte.
Befund: Leichte Gesichtsschädelprellung unter dem rechten Auge (durch Schlag mit der Faust).
- **Patient 3:** Weibliche Patientin, die von ihrem Expartner angegriffen wurde.
Befund: Gesichtsschädelprellung (durch Schlag mit Handy).

- **Patient 4:** Weibliche Patientin, die von ihrem Stiefvater angegriffen wurde, wollte ihrer Mutter in einem Streit mit diesem zu Hilfe kommen, war nicht das erste Mal, verletzt sich selbst ("Ritzen"), nach eigenen Angaben als psychische Folgeerscheinung der häuslichen Gewalt.
Befund: Nagelluxation (2,3) an der rechten Hand, 3 cm lange Schürfwunde am Hals links.
- **Patient 5:** Weibliche Patientin, die von einer fremden Frau im Park angegriffen wurde.
Befund: Circa 2x3 cm große Hautrötung am rechten Mundwinkel und Kinn, 4,5x2 cm und 4x3 cm große Hämatome am linken Oberarm, 3x1 cm großes Hämatom am rechten Oberarm, circa 5 cm große flächenhafte Rötung der linken Mamma (durch Kneifen, Schlagen).

Bei den folgenden beschriebenen Patienten 6 und 7 ist zu berücksichtigen, dass diese nicht aufgrund einer akuten gewaltbedingten Verletzung eine der Notfallpraxen aufsuchten, sondern bereits vor einiger Zeit Opfer der Gewalttat geworden waren. Das Aufsuchen der Notfallpraxis war jedoch Folge einer Gewalttat und fiel daher – so in dieser Arbeit definiert - in den Ergebnisteil der „Akuten Situation“.

- **Patient 6:** Männlicher Patient, der vor drei Tagen auf der Straße von einem Fremden angegriffen wurde, polizeiliche Anzeige folgte.
Befund: Leichte Schädelprellung mit Kopfweh, keine Übelkeit (durch harten Schlag auf den Kopf).
- **Patient 7:** Männlicher Patient, der vor mehr als fünf Jahren von einer durch seine Expartnerin angeheuerten Gruppe von Fremden angegriffen wurde, ihm wurden schwere Verletzungen zugeführt, so dass er bis in die Gegenwart an psychischen und körperlichen Folgeerscheinungen leide (letzteres war der Grund des Besuches der Notfallpraxis), damals Kontaktaufnahme mit psychologischer Beratungsstelle und Opferhilfeorganisation (Weißer Ring), polizeiliche Anzeige.
Befund: starke Rückenbeschwerden.

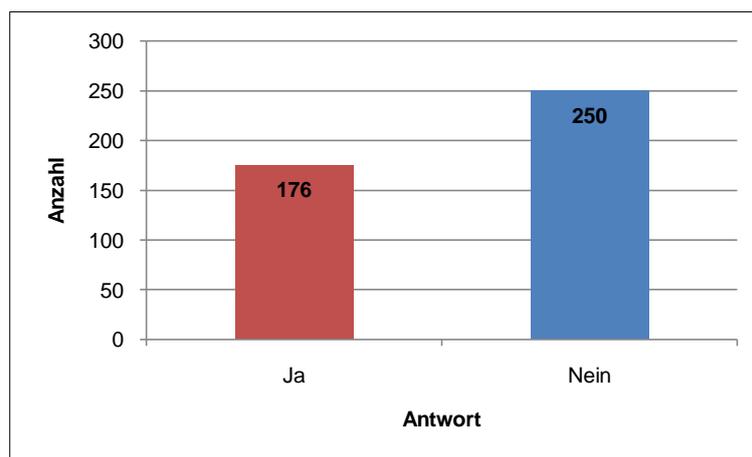
Einer der hier erwähnten sieben Patienten nannte dem Arzt der Notfallpraxis nicht den wahren Grund seiner körperlichen Beschwerden - mit der Begründung, dass „es sowieso nichts bringen würde, dem Arzt den wahren Grund der körperlichen Beschwerden zu nennen“. Eine Zuordnung unterbleibt aus Gründen des Datenschutzes.

4.2.5 Frühere Gewalterfahrung: „Wurden Sie schon einmal Opfer einer Gewalttat?“

Diese retrospektive Frage zielte ganz bewusst allein auf körperliche Gewalterfahrungen der befragten Personen ab. Es wurde explizit nicht nach psychischer Gewalt gefragt, zusätzlich erfolgte im Fragebogen die Erläuterung: „z. B.: Wurden Sie geschlagen, getreten oder auf irgendeine andere Weise angegriffen?“.

Von den 426 befragten Studienteilnehmern gaben insgesamt 176 Patienten an, in ihrem Leben bereits mindestens einmal Opfer einer Gewalttat geworden zu sein. Dieses Ergebnis entspricht 41,3 % (n=426).

Abb. 4.6: „Wurden Sie schon einmal Opfer einer Gewalttat?“



Die Geschlechterverteilung der 176 Personen mit einer physischen Gewalterfahrung zeigte sich wie folgt auf: 88 Frauen (39,1%, n=426) und 88 Männer (43,8%, n=426) bejahten diese Frage.

Tabelle 4.6 stellt eine Übersicht über das jeweilige Geschlechter- und Ortverteilungsverhältnis dar:

Tab. 4.6: Orts- und Geschlechterverteilung

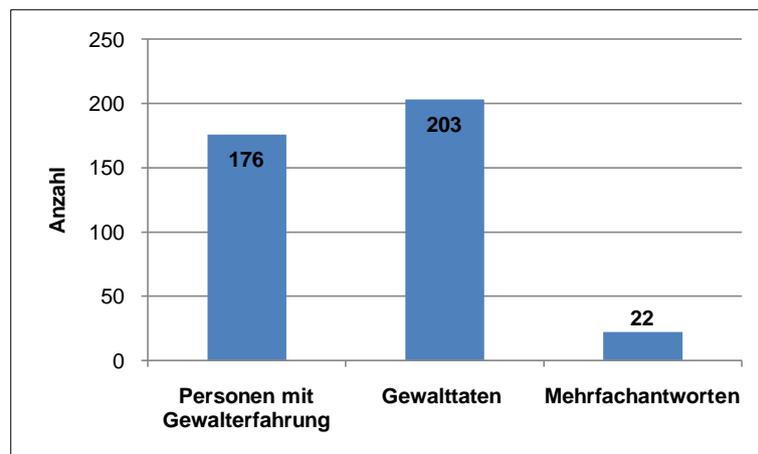
Ort	Frühere Gewalt	Antwort	Geschlecht		
			Weiblich	Männlich	Gesamt
Altona	Frühere Gewalt	Ja	33	44	77
		Nein	64	66	130
	Gesamt		97	110	207
Farmsen	Frühere Gewalt	Ja	55	44	99
		Nein	73	47	120
	Gesamt		128	91	219

Es ist kein relevanter Unterschied festzustellen. Die 22 mehr interviewten Frauen in der Notfallpraxis Farmsen wurden als Zufallsergebnis gedeutet.

4.2.5.1 Frühere Gewalterfahrung: „Falls ja, von wem wurden Sie angegriffen?“

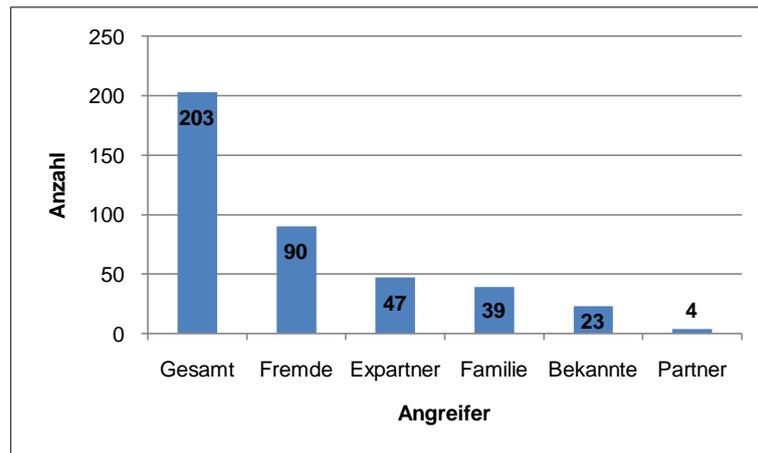
Der Fragebogen implizierte die Möglichkeit der Mehrfachantwortnennung – in 22 Fällen wurde von dieser Möglichkeit Gebrauch gemacht. Somit ergab sich eine Häufigkeit von 203 Gewalterfahrungen der 176 Patienten (17 Zweifachnennungen, 5 Dreifachnennungen). In der weiteren Auswertung wird deshalb zwischen 176 Patienten mit Gewalterfahrungen (n=176) und tatsächlich geschehenen 203 Gewalterfahrungen/Gewalttaten (n=203) differenziert.

Abb. 4.7: Frühere Gewalterfahrungen, Gewalttaten, Mehrfachantworten



Insgesamt kam es am häufigsten zu körperlichen Übergriffen (n=203) durch fremde Personen (90 Fälle, 44,3%), gefolgt von Gewalttaten durch den/die Expartner/in (47 Fälle, 23,2%) und an dritter Stelle durch Angriffe seitens Familienmitglieder (39 Fälle, 19,2%). Täter aus dem Bekanntenkreis wurden von 23 befragten Patienten (11,3%) genannt und der aktuelle Partner war in 4 Fällen (2,0%) Täter der Gewalttat.

Abb. 4.8: „Falls ja, von wem wurden Sie angegriffen?“



In dem untersuchten Patientenkollektiv beider Notfallpraxen waren die angegebenen Gewalttaten - verursacht durch den Partner - nicht allein auf das weibliche Geschlecht beschränkt. Sowohl zwei Frauen, als auch zwei Männer berichteten von einem körperlichen Angriff durch den Partner (Zeitraum etc. siehe unten). Diese vier Patienten kamen nicht aufgrund einer akuten Gewaltverletzung in die Notfallpraxis.

Eine Auswertung der Geschlechterverteilung, bezogen auf die Häufigkeit bzw. prozentuale Verteilung der Gewalttaten durch die anderen Angreifer, zeigt folgende Tabelle:

Tab. 4.7: Gewalttaten durch Angreifer, Häufigkeits-, Prozentverteilung und Geschlechterverteilung

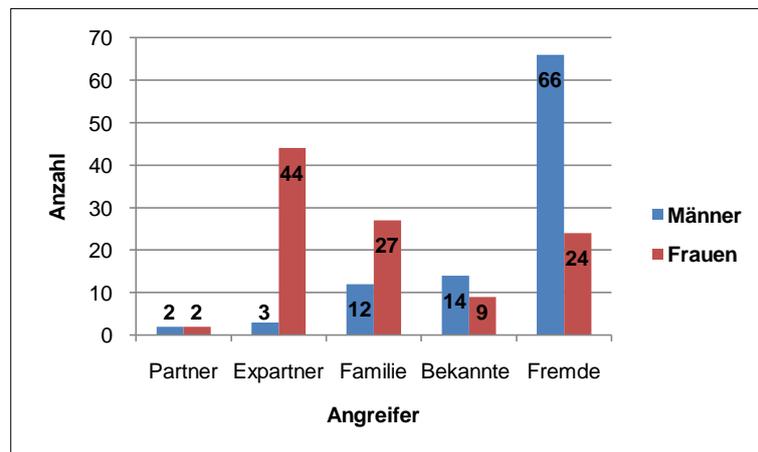
Angreifer	Weiblich		Männlich	
	Anzahl	% (n=203)	Anzahl	% (n=203)
Partner	2	0,9	2	0,9
Expartner	44	21,6	3	1,4
Familienmitglied	27	13,3	12	5,9
Bekannter	9	4,4	14	6,8
Fremder	24	11,8	66	32,5
Gesamt	106	52,2	97	47,5

In 106 Fällen (52,5%, n=203) waren Frauen von einer Gewalttat betroffen, während das männliche Geschlecht in 97 Fällen (47,7%, n=203) Opfer einer Gewaltverletzung wurde.

Es fällt auf, dass insgesamt 44 der von Gewalt betroffenen Frauen (50%) angaben, von ihrem Expartner auf irgendeine Art und Weise körperlich angegriffen worden zu sein. Mit 41,5% (n=106) machten Angriffe durch den Expartner den größten Anteil von Gewalttaten gegenüber den befragten Frauen aus. Bezogen auf die Anzahl der Gesamtangriffe (n=203) entspricht das in etwa 21,6%, bezogen auf das gesamte Patientenkollektiv (n=426) 10,3%. Auch die Familie scheint bei Frauen eine entscheidende Rolle in der Opfer-Täter-Beziehung zu spielen. Von den befragten betroffenen Frauen wurden doppelt so viele (25,4%, n=106; 13,3%, n=203) Gewalttaten durch die Familie ausgeübt als es im Vergleich bei den männlichen Gewaltopfern (12,3%, n=97; 5,9%, n=203) der Fall war. Bekannte als Täter von gewaltbedingten Verletzungen waren als Tätergruppe, im Vergleich beider Geschlechter, annähernd ausgeglichen. Während Bekannte aber bei den weiblichen betroffenen Studienteilnehmern, nach den Partner, ein seltenes Angreiferkollektiv (8,4%, n=106; 4,4%, n=203) darstellten, standen sie bei den Männern auf Platz zwei der Häufigkeitsverteilung der Angreifer, wenn auch nur mit 14,4% (n=97) bzw. 6,8% (n=203).

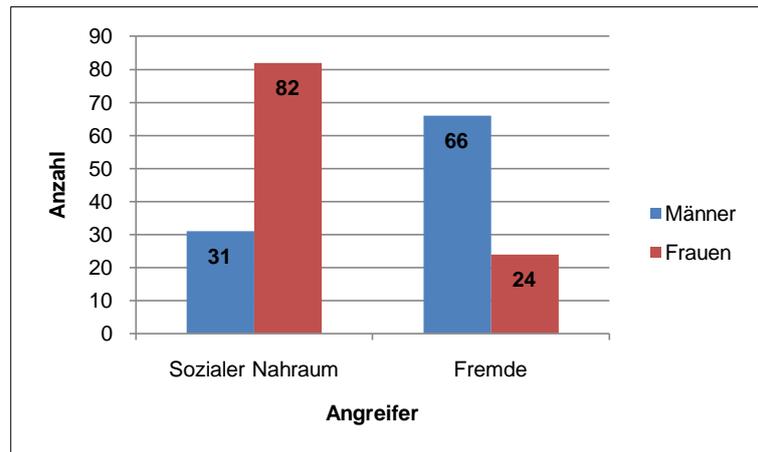
In der Gruppe der Männer stellten an erster Stelle Angriffe durch Fremde die größte Gewalt ausübende Gruppe dar. 68,0% der Gesamtgewalttaten an Männern (n=97; 32,5 %, n=203) wurden durch Fremdtäter verursacht.

Abb. 4.9: Gewalttaten durch Angreifer, Häufigkeitsverteilung und Geschlechterverteilung



Bildet man ein Kollektiv aus den einzelnen Angreifergruppen „Partner“, „Expartner“, „Familienmitglied“ und „Bekannte“ und fasst diese unter dem Begriff des „soziale(n) Nahraum(s)“ zusammen, so wird eine noch viel deutlichere Diskrepanz zwischen den Geschlechtern und dem Spektrum ihrer Angreifer deutlich.

Abb. 4.10: Gewalttaten durch Angreifer aus dem sozialen Nahraum und Fremde, Häufigkeitsverteilung und Geschlechterverteilung



Bei den Frauen begründeten sich insgesamt in 82 Fällen (77,3%, n=106; 40,3%, n=203) die Gewalterfahrungen durch Angreifer aus dem sozialen Nahraum. 24 Fälle (22,6%, n=106; 11,8%, n=203) wurden durch fremde Personen verursacht.

Fremde waren hingegen bei 66 Gewalttaten (68,0%, n=97; 32,5%, n=203), denen Männer zum Opfer fielen, die Gewalt ausübenden Täter. Bei nur 31 Gewalttaten (31,9%, n=97; 15,2%, n=203) waren diese durch Angehörige des sozialen Nahraums bedingt.

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass die befragten betroffenen Frauen fast dreimal so häufig Opfer von Gewalt im häuslichen bzw. familiären und sozialen Umfeld wurden als es die männlichen gewalterfahrenen Studienteilnehmer wurden. Diese hingegen erfuhren im Vergleich mit dem weiblichen Geschlecht etwa dreimal so oft Gewalt durch (eine) fremde Person(en).

Im Bezug auf die 22 Mehrfachantworten, angegeben von 14 Frauen und acht Männern, fiel auf, dass zehn dieser Frauen die Kombination Expartner und Familienmitglied als Täter für die Gewalterfahrungen angaben, wobei neun der zehn Frauen die Gewalterfahrung durch ein Familienmitglied in der Kindheit machten.

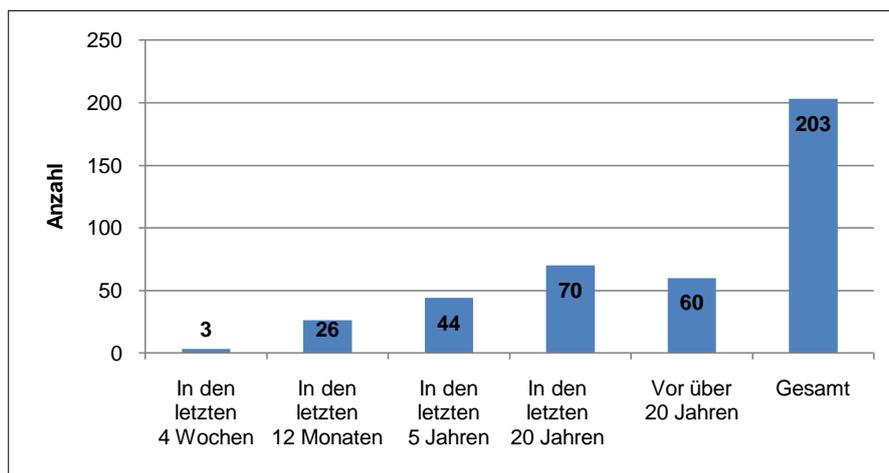
Bei den Männern überwogen die Kombinationen Familienmitglied und Fremde (fünfmal) bzw. Familienmitglied und Bekannte (viermal). Durch ein Familienmitglied wurden hier vier der Befragten Opfer einer Gewalterfahrung in der Kindheit.

4.2.5.2 Frühere Gewalterfahrung: „Falls ja, wann geschah dies?“

Im Kurzfragebogen bestanden bei dieser Frage die Antwortmöglichkeiten „In den letzten vier Wochen“, „In den letzten 12 Monaten“, „In den letzten 5 Jahren“ und „Vor mehr als 5 Jahren“.

Wie im Abschnitt Material und Methoden dieser Arbeit bereits erwähnt, wurde während der Interviews die Antwortmöglichkeit in soweit geändert, als dass der Punkt „Vor mehr als 5 Jahren“ differenzierter erfragt wurde: „In den letzten 20 Jahren“/„Vor mehr als 20 Jahren“. Zusätzlich wurde schriftlich auf dem Fragebogen notiert, ob die Gewalterfahrung in der Kindheit erfolgte.

Abb. 4.11: „Falls ja, wann geschah dies?“



In 33 von 39 Fällen wurde von den befragten Patienten, die Gewalterfahrungen durch Familienmitglieder erfahren hatten, Gewalt im Rahmen der Kindheit genannt. Das Spektrum der Gewalttaten lag hier zwischen einer einfachen Ohrfeige - als so genannte „Erziehungsmaßnahme“ der Eltern oder anderer Autoritätspersonen - bis hin zu sexuellem Missbrauch in der Familie. Das Definitionsproblem von Gewalt wurde insbesondere in diesem Zusammenhang deutlich (vergleiche Diskussion).

Neben 26 Gewalttaten (12,8%, n=203), die in den letzten 12 Monaten begangen wurden, und 44 Gewalttaten (21,6) in den letzten 5 Jahren, wurden die häufigsten Gewaltangriffe in den letzten 20 Jahren (70 Fälle, 34,4%) bzw. vor über 20 Jahren (60 Fälle, 29,5%) verübt.

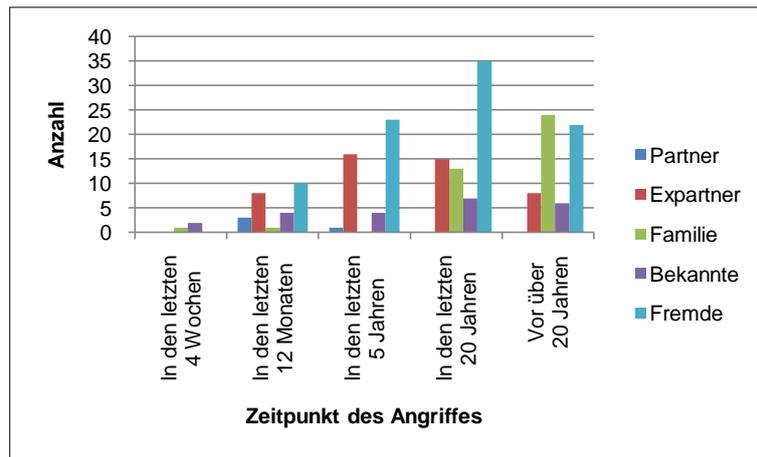
Wenn der Altersgruppenmittelwert des Patientenkollektivs (35,8 Jahre) bei dieser Frage berücksichtigt wird, fand im Schnitt eine Mehrzahl der Gewalttaten zu Zeiten des jungen Erwachsenenalters der befragten Patienten statt.

Die Verteilung der Angriffszeitpunkte, bezogen auf den Verursacher der Gewalttat, ist Tabelle 4.8 und graphisch Abbildung 4.12 zu entnehmen.

Tab. 4.8: Angriffszeitpunkt - Verursacher, Häufigkeitsverteilung

	In den letzten 4 Wochen	In den letzten 12 Monate	In den letzten 5 Jahren	In den letzten 20 Jahren	Vor über 20 Jahren
Partner	0	3	1	0	0
Expartner	0	8	16	15	8
Familie	1	1	0	13	24
Bekannte	2	4	4	7	6
Fremde	0	10	23	35	22
Gesamt	3	26	44	70	60

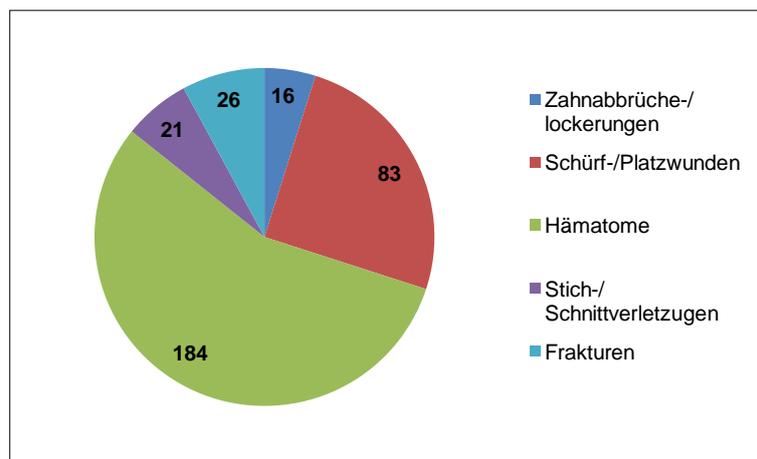
Abb. 4.12: Angriffszeitpunkt - Verursacher, Häufigkeitsverteilung



4.2.6 Frühere Gewalterfahrung: „Welche Verletzung erlitten Sie durch die folgenden Personen?“

Auch bei dieser Frage war es möglich, mehrere Antworten zu nennen. So kam es bei 203 Fällen von Gewalttaten zu 320 Verletzungen. Insgesamt waren 57,5% der Verletzungen Hämatome, gefolgt von Schürf- und/oder Platzwunden (25,9%). Schwerwieendere Verletzungen, wie Stich- und/oder Schnittverletzungen oder Frakturen, kamen zwar seltener vor, machten aber einen Anteil von 6,5% (Stich-/Schnitt) bzw. 8,1% (Frakturen) aus. Zahnschäden wurden zu 5,0% genannt. In der Summe näherten sich diese gravierenden Verletzungen jedoch mit 19,8% den Schürf- und/oder Platzwunden beträchtlich an.

Abb. 4.13: Verletzungsart, Häufigkeitsverteilung

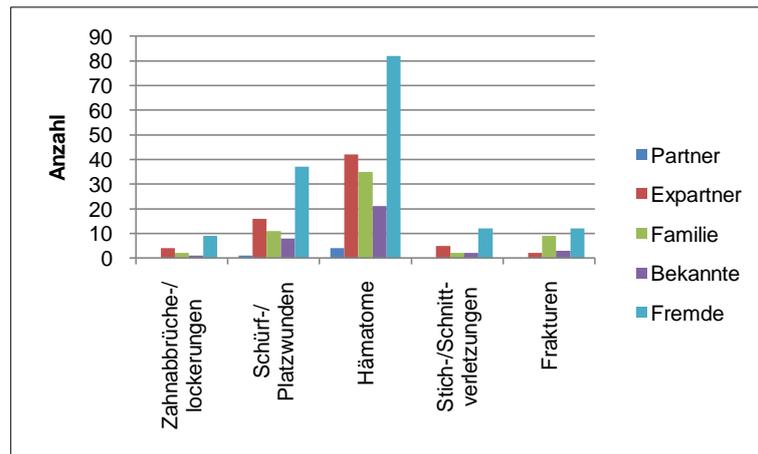


Im Folgenden ist das Verhältnis von Verletzungsart und Verursacher tabellarisch und graphisch dargestellt:

Tab. 4.9: Verletzungsart - Verursacher, Häufigkeitsverteilung

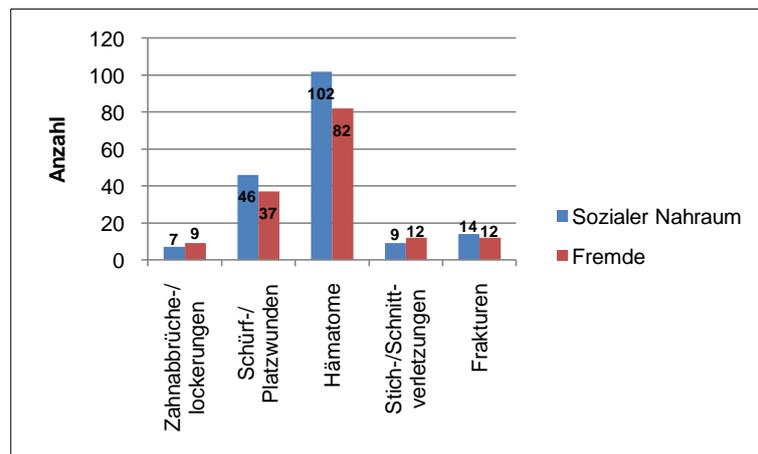
	Partner	Expartner	Familie	Bekannte	Fremde
Zahnabbrüche/ -lockerungen	0	4	2	1	9
Schürf-/Platzwunden	1	16	11	8	37
Hämatom	4	42	36	21	82
Stich-/Schnittverletzungen	0	5	2	2	12
Fraktur	0	2	9	3	12
Gesamt	5	69	59	35	152

Abb. 4.14: Verletzungsart - Verursacher, Häufigkeitsverteilung



Bei Gruppierung der Angreifer zum so genannten „Sozialen Nahraum“ zeigten sich keine relevanten Abweichungen bei den Verletzungsarten durch Angehörige des „Sozialen Nahraums“ oder durch „Fremde“:

Abb. 4.15: Verletzungsart - Sozialer Nahraum und Fremde, Häufigkeitsverteilung



Wird hingegen das Geschlechterverhältnis hinsichtlich Verletzungsart und Verursacher genauer betrachtet, fielen Unterschiede zwischen den Geschlechtern auf: Männliche Gewaltopfer erlitten mehrheitlich Stich-/Schnitt- und Platzwunden, während Frauen häufiger Hämatome als Verletzungsart angaben. Insgesamt wurden beispielsweise 42 der 44 durch Expartner verursachten Hämatome alleine ausschließlich Frauen zugefügt und zwar von ihren männlichen Expartnern (keine homosexuellen Beziehungen vorausgesetzt). Bei den betroffenen männlichen Befragten zeigte sich ein umgekehrtes Verhältnis bezüglich der Angriffe durch Fremde.

Tabelle 4.10 stellt die Häufigkeiten der einzelnen Verletzungsarten durch entsprechende Angreifer und dem betroffenen Geschlecht (w=weiblich; m=männlich) gegenüber:

Tab. 4.10: Verletzungsart - Verursacher, Häufigkeitsverteilung und Geschlechterverteilung

Anzahl Verletzungsart	w	m	Angriff durch Partner	w	m
Zahnabbrüche/ -lockerungen	6	10	Zahnabbrüche/ -lockerungen	0	0
Schürf-/Platzwunden	33	40	Schürf-/Platzwunden	1	0
Hämatom	99	85	Hämatom	2	2
Stich-/Schnittverletzung	7	14	Stich-/Schnittverletzung	0	0
Fraktur	14	12	Fraktur	0	0
Angriff durch Expartner	w	m	Angriff durch Familie	w	m
Zahnabbrüche/ -lockerungen	4	0	Zahnabbrüche/ -lockerungen	1	1
Schürf-/Platzwunden	15	1	Schürf-/Platzwunden	8	3
Hämatom	40	2	Hämatom	26	10
Stich-/Schnittverletzung	5	0	Stich-/Schnittverletzung	1	1
Fraktur	9	0	Fraktur	1	1
Angriff durch Bekannte	w	m	Angriff durch Fremde	w	m
Zahnabbrüche/ -lockerungen	0	1	Zahnabbrüche/ -lockerungen	1	8
Schürf-/Platzwunden	3	5	Schürf-/Platzwunden	6	31
Hämatom	8	13	Hämatom	24	58
Stich-/Schnittverletzung	0	2	Stich-/Schnittverletzung	1	11
Fraktur	2	1	Fraktur	2	10

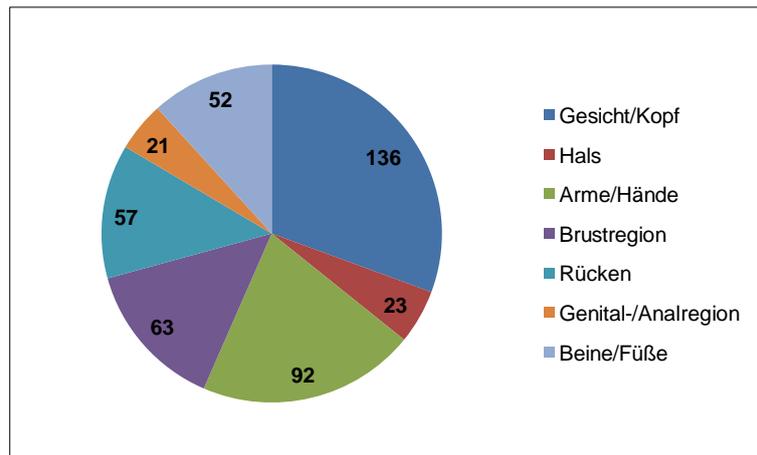
4.2.7 Frühere Gewalterfahrung: „An welchen Körperregionen wurden Sie durch diese Personen verletzt?“

Bezüglich der Frage nach den verletzten Körperregionen konnten ebenfalls, wie auch bei den Verletzungsarten (vgl. 4.2.6), mehrere Angaben seitens der Gewaltopfer gemacht werden. Bei 203 registrierten früheren Gewalttaten kam es aufgrund der Möglichkeit der Mehrfachnennungen zu 320 Verletzungen.

Insgesamt wurden 444 Angaben bezüglich der verletzten Körperregionen angegeben, woraus deutlich wird, dass meist mehr als eine Körperregion betroffen war.

30,6% der Verletzungen lagen im Bereich des Kopfes bzw. des Gesichtes, gefolgt von Verletzungen der Arme und Hände (20,7%). Verletzungen der Brust (14,1%), des Rückens (12,8%), der Beine und der Füße (11,7%) wurden in etwa gleichhäufig genannt. Die Körperregionen Hals und Genital-/Analregion wurden am seltensten verletzt - der Hals in 23 Fällen (5,1%), die Genital-/Analregion in 21 Fällen (4,7%).

Abb. 4.16: Verletzte Körperregionen, Häufigkeitsverteilung



Bezogen auf alle betroffenen Personen (n=176) haben 11,9% sexuelle Gewalt erfahren. Bezogen auf die Gesamtzahl aller interviewten Patienten (n=426) entspricht dies 4,9 % (Geschlechtsverteilung s. Tab.12).

In folgender Tabelle ist das Verhältnis der verletzten Körperregion und ihrem Verursacher dargestellt:

Tab. 4.11: Verletzte Körperregion - Verursacher, Häufigkeitsverteilung

	Partner	Expartner	Familie	Bekannt	Fremde
Gesicht/Kopf	3	31	21	15	66
Hals	0	8	8	1	6
Arme/Hände	2	33	15	10	32
Brustregion	2	18	11	5	27
Rücken	1	15	20	4	17
Genital-/Anal	0	4	8	4	5
Beine/Füße	0	15	11	4	22
Gesamt	8	124	94	43	175

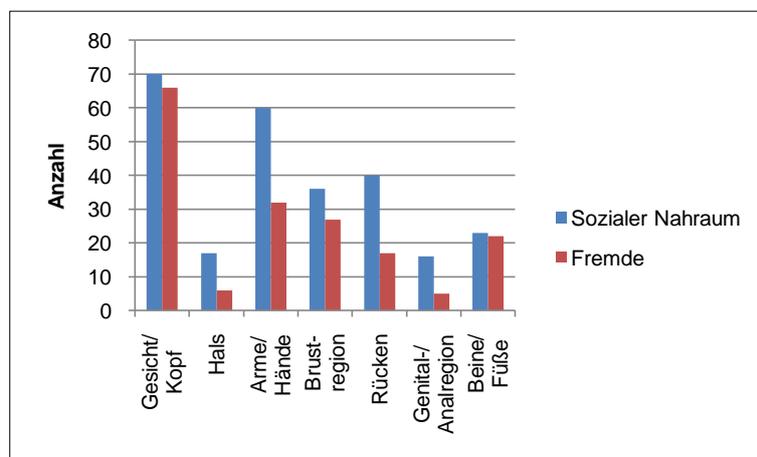
Sehr viel übersichtlicher zeigt die folgende Tabelle dieses Verhältnis auf. Hier wurden erneut die Tätergruppen aus dem sozialen Umfeld des Opfers zum sozialen Nahfeld zusammengefasst, so dass deutlich wird:

Die Körperregionen Hals, Arme/Hände, Rücken und Genital-/Analregion sind häufigere betroffene Körperregionen, wenn ein körperlicher Gewaltangriff durch eine Person aus dem sozialen Nahraum erfolgte.

Tab 4.12: Verletzte Körperregionen - Sozialer Nahraum und Fremde, Häufigkeitsverteilung

Verletzte Körperregion	Sozialer Nahraum		Fremde	
	Häufigkeit	% (n=444)	Häufigkeit	% (n=444)
Gesicht/Kopf	70	15,7	66	14,8
Hals	17	3,8	6	1,3
Arme/Hände	60	13,5	32	7,2
Brustregion	36	8,1	27	6,0
Rücken	40	9,0	17	3,8
Genital-/Analregion	16	3,6	5	1,1
Beine/Füße	30	6,7	22	4,9

Abb. 4.17: Verletzte Körperregionen - Sozialer Nahraum und Fremde, Häufigkeitsverteilung



Insgesamt erfuhren 22,7% der von Gewalt betroffenen Frauen (n=88) bzw. 8,8% aller befragten Frauen (n=225) und ein Mann (1,1%, n=88; 0,5%, n=201) sexuelle Gewalt. In vier Fällen war ein Expartner, in acht Fällen ein Familienmitglied, in vier Fällen eine Person aus dem Bekanntenkreis und in fünf Fällen eine fremde Person der Täter. Angaben zu sexuellen Gewalthandlungen durch einen aktuellen Partner wurden nicht gemacht.

Tabelle 4.13 stellt die Häufigkeiten der einzelnen verletzten Körperregionen durch entsprechende Angreifer und dem betroffenen Geschlecht (w=weiblich; m=männlich) gegenüber:

Tab 4.13: Verletzte Körperregionen - Verletzungsverursacher, Häufigkeitsverteilung und Geschlechterverteilung

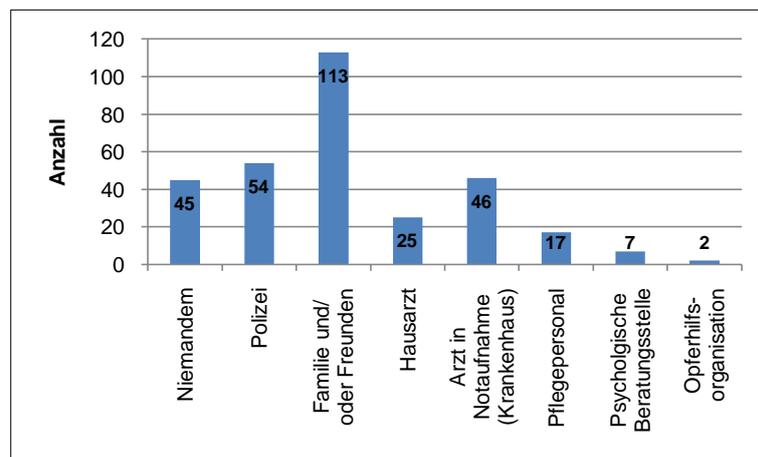
Häufigkeit					
Verletzte Körperregion	w	m	Angriff durch Partner	w	m
Gesicht/Kopf	64	72	Gesicht/Kopf	2	1
Hals	15	8	Hals	0	0
Arme/Hände	64	28	Arme/Hände	1	1
Brustregion	38	25	Brustregion	1	1
Rücken	33	24	Rücken	1	0
Genital-/Analregion	20	1	Genital-/Analregion	0	0
Beine/Füße	31	21	Beine/Füße	0	0
Angriff durch Expartner	w	m	Angriff durch Familie	w	m
Gesicht/Kopf	31	0	Gesicht/Kopf	13	8
Hals	7	1	Hals	5	3
Arme/hände	32	1	Arme/Hände	11	4
Brustregion	18	0	Brustregion	7	4
Rücken	14	1	Rücken	12	8
Genital-/Analregion	4	0	Genital-/Analregion	7	1
Beine/Füße	15	0	Beine/Füße	7	4
Angriff durch Bekannte	w	m	Angriff durch Fremde	w	m
Gesicht/Kopf	5	10	Gesicht/Kopf	13	53
Hals	1	0	Hals	2	4
Arme/Hände	6	4	Arme/Hände	14	18
Brustregion	3	2	Brustregion	9	18
Rücken	2	2	Rücken	4	13
Genital-/Analregion	4	0	Genital-/Analregion	5	0
Beine/Füße	2	2	Beine/Füße	7	15

4.2.8 Verhalten nach der Gewalttat: „Wem haben Sie sich nach einem solchen Angriff anvertraut?“

Bei dieser Frage waren erneut Mehrfachnennungen möglich.

Rund 64,2% der Patienten, die eine Gewalterfahrung erlebt hatten, berichteten von einem sich anvertrauenden Gespräch mit Familie und/oder Freunden. Familie und Freunde stellten somit die größte Gruppe dar, der sich nach einer Gewalttat, auch unabhängig des Angreifers, anvertraut wurde.

Abb. 4.18: „Wem haben Sie sich nach der Gewalttat anvertraut?“, Häufigkeitsverteilung



Etwa 25,5% der befragten Personen vertrauten sich nach der Gewalttat Niemandem an. Eine präzisere Auswertung ergab, dass sich bei diesem Patientenkollektiv, einbezogen der elf Mehrfachantworten, insgesamt nach 60 Gewalttaten Niemandem (29,5%, n=203) anvertraut wurde. Bezüglich dieser 60 Gewalttaten wurden jeweils zwei Angriffe durch den Partner (3,3%), 16 Angriffe durch den Expartner (26,6%), 21 Angriffe durch ein Familienmitglied (35,0%), vier Angriffe durch Bekannte (6,6%) und 17 Angriffe durch Fremde (28,3%) verübt. 73,3% der Gewalttaten, nach denen sich Niemandem anvertraut wurde (n=60), fanden vor mehr als fünf Jahren (in den letzten 20 Jahren/vor über 20 Jahren) statt. Die übrigen 26,6% der Gewalttaten wurden in den letzten fünf Jahren verübt, wobei hier Angriffe durch den Expartner (9 von 16 Angriffen) den größten Anteil ausmachten. Bei den 21 familiären Gewaltübergriffen handelte es sich bei 18 Gewalttaten um Gewalterfahrungen während der Kindheit - in Form von häuslicher Gewalt/Kindesmissbrauch.

Tab. 4.14: „Wem haben Sie sich nach einem solchen Angriff anvertraut?“, Häufigkeitsverteilung und Prozentverteilung

	Personen mit Gewalterfahrung		Gewalttaten	
	Häufigkeit	% (n=176)	Häufigkeit	% (n=203)
Niemandem	45	25,5	60	29,5
Polizei	54	30,6	62	30,5
Familie und/oder Freunden	113	64,2	128	63,0
Hausarzt	25	14,2	28	13,7
Arzt in Notaufnahme (Krankenhaus)	46	26,1	53	26,1
Pflegepersonal	17	9,6	17	8,3
Psychologische Beratungsstelle	7	3,9	8	3,9
Opferhilfeorganisation	2	1,1	2	0,9

30,6% der Patienten (n=176) schalteten nach der Tat die Polizei ein bzw. nach 30,5% der Gewalttaten (n=203) wurde die Polizei informiert. Bei der Auswertung fiel auf, dass sich die Patienten vor allem nach Angriffen durch fremde Personen der Polizei anvertrauten (in 40 von insgesamt 62 Fällen, 64,5%). Deutlich seltener wurde die Polizei im Verlauf bei Gewalttaten im sozialen Nahraum involviert: Nach einem Angriff durch den Partner (1,6%), nach 15 Angriffen durch den Expartner (24,1%), nach vier Angriffen durch die Familie (6,2%) und nach 2 Angriffen durch jemand Bekanntes (3,1%). 35,4% aller polizeilich gemeldeten Gewalttaten wurden somit von einer Person, die dem sozialen Nahraum zugerechnet wird, verursacht.

Die dem Gesundheitssystem zuzuordnenden medizinischen Berufsfeldgruppen Hausarzt, Arzt in der Notaufnahme des Krankenhauses, sowie Pflegepersonal wurden in insgesamt 88 Fällen kontaktiert. Diese Zahl entsprach allerdings nicht der tatsächlichen Anzahl von Patienten, die sich einer dieser drei Gruppen anvertrauten. Vielmehr ergab die Auswertung, dass es 19 Mehrfachantworten gab, die sich wie folgt in ihren Kombinationen verteilten:

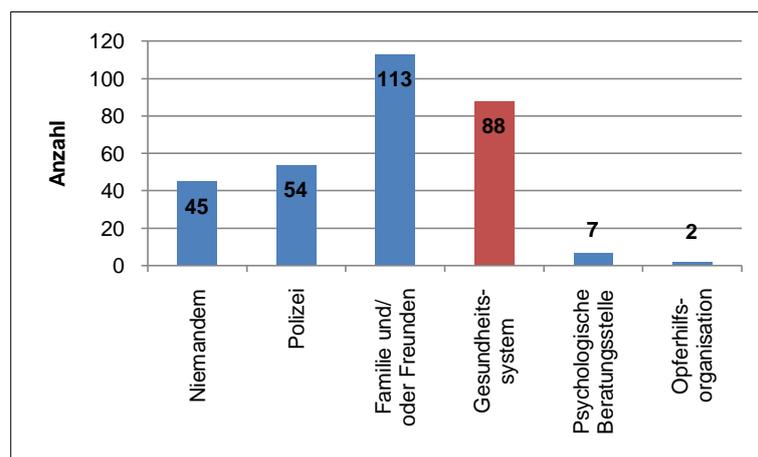
- In acht Fällen Kontaktaufnahme mit Hausarzt, Krankenhausarzt in Notaufnahme und Pflegepersonal
- In neun Fällen Kontaktaufnahme mit Krankenhausarzt und Pflegepersonal
- In zwei Fällen Kontaktaufnahme mit Hausarzt und Krankenhausarzt in Notaufnahme

Demnach suchten 34,6% der Patienten (61 Patienten, n=176) nach der Gewalterfahrung Hilfe bei einer Berufsgruppen des Gesundheitssystems auf:

8,5% der Patienten (15 Patienten) vertrauten sich ihrem Hausarzt an. Dem Arzt in der Notaufnahme berichteten 20,4% der Patienten (36 Patienten) von der Gewalttat und 5,6% (10 Patienten) der Gewaltopfer sprachen mit dem Hausarzt und dem Arzt in der Notaufnahme.

9,6% der Patienten (17 Patienten) erklärten dem Pflegepersonal im Krankenhaus den wahren Verletzungsgrund, allerdings immer in der Kombination, dass sich auch dem Arzt der Notaufnahme anvertraut wurde.

Abb. 4.19: „Wem haben Sie sich nach der Gewalttat anvertraut?“, Zusammenfassung der drei medizinischen Gruppen zu „Gesundheitssystem“, Häufigkeitsverteilung



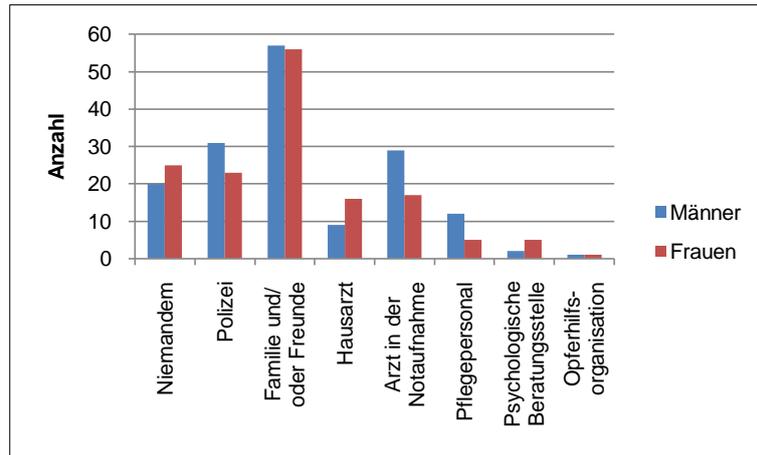
Die Kontaktaufnahmefrequenz zu medizinischem Personal lag somit etwas höher als die zur Polizei (34,6% Gesundheitssystem, 30,6% Polizei), spielt aber keine so große Rolle wie die der Familie und/oder Freunden als „Vertrauensinstitution“ (64,2%).

Da 30,6% der Patienten die Gewalttat der Polizei meldeten, resultiert daraus ein polizeiliches Dunkelfeld von 69,4%. Bei etwa einem Drittel der polizeilich benannten Gewaltfälle (21 Gewaltfälle, 33,8% (n=62) bzw. 21 Patienten 38,8% (n=54)) konnte zusätzlich errechnet werden, dass keine medizinische oder therapeutische Hilfe in Anspruch genommen wurde.

Nur 33 Patienten (18,7%, n=176) vertrauten sich sowohl einem Professionellen des medizinischen Versorgungssystems als auch der Polizei an.

Die psychologischen Beratungsstellen (3,9%) und Opferhilfeorganisationen (1,1%) spielten eine untergeordnete Rolle im Aufsuchen und Anvertrauen der Patienten nach einer Gewalterfahrung.

Abb. 4.20: Vertrauen nach der Gewalttat, Häufigkeitsverteilung und Geschlechterverteilung

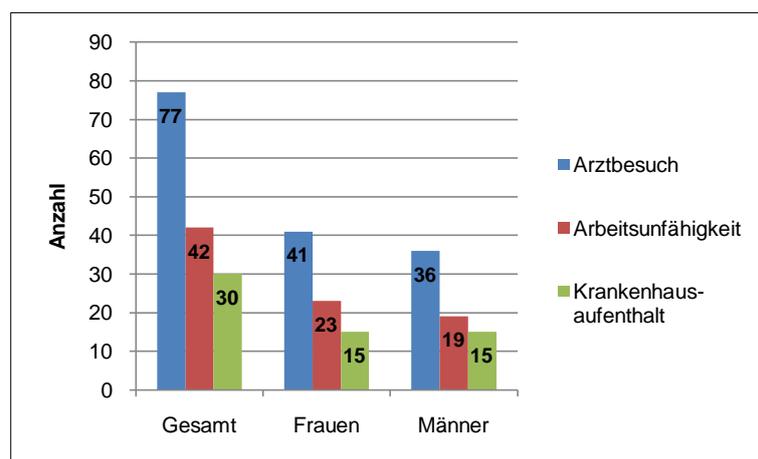


Das Geschlechterverhältnis im Zusammenhang mit dieser Frage und bezogen auf die Antwortmöglichkeiten war wiederum annähernd ausgeglichen. Tendenziell sprachen nach der Gewalttat Männer eher mit einem Arzt und dem Pflegepersonal in der Notaufnahme eines Krankenhauses, während Frauen sich eher dem Hausarzt anvertrauten.

4.2.9 Verhalten nach der Gewalttat: „Waren körperliche und/oder psychische Folgeerscheinungen Ursache für einen Arztbesuch, eine Arbeitsunfähigkeit oder Krankschreibung, einen Krankenhausaufenthalt?“

In 77 Fällen (37,9 %, n=203) waren körperliche oder psychische Folgeerscheinungen Ursache dafür, dass ein Arzt konsultiert wurde. In 42 Fällen (20,6 %, n=203) wurde daraufhin eine Arbeitsunfähigkeit oder Krankschreibung ausgestellt und in 30 Fällen (14,7 %, n=203) kam es aufgrund der Gewaltverletzung zu einem Krankenhausaufenthalt. Bezogen auf die unterschiedlichen Geschlechter ergaben sich ähnliche Verteilungen in den Antwortangaben.

Abb. 4.21: Folgen der Gewaltverletzung, Geschlechterverteilung



Diese letzte Frage erlaubte ebenfalls Mehrfachnennungen: 46,5% der Patienten (82 Patienten), die aufgrund einer körperlichen und/oder sexuellen Gewalterfahrung von gesundheitlichen Folgen berichteten, ließen sich gesundheitlich versorgen. 29,5% der Patienten (52 Patienten) suchten nach der Gewalttat einen Arzt auf und 2,8% der Patienten (fünf Patienten) mussten nach der Gewalttat stationär in einem Krankenhaus weiter behandelt werden. Bei 14,2% der Patienten (25 Patienten) waren die Gewaltverletzungen und Folgen so schwerwiegend, dass sie Ursachen für einen Arztbesuch und einen Krankenhausaufenthalt waren. Insgesamt war demzufolge bei 43,7% (77 Patienten) der Patienten (n=176) ein Arztbesuch und bei 17,0% (30 Patienten) der Patienten ein Krankenhausaufenthalt Folge der Gewalt (Zweifachnennung (Arzt und Krankenhaus) einbezogen).

23,8% der Patienten (42 Patienten) waren aufgrund der gewaltbedingten Verletzungen vorübergehend arbeitsunfähig und erhielten eine Krankschreibung.

Zusätzlich kann festgehalten werden, dass sich 11,9% der befragten Patienten, bei denen die Gewaltverletzung Ursache für das Aufsuchen einer medizinischen Institution

war, nach der Gewalttat keinem dieser dort tätigen Berufsgruppen (Ärzte, Pflege) anvertraut haben.

4.2.10 Personen mit ausländischer Staatsangehörigkeit

Es konnte kein relevanter Unterschied, sowohl im Bezug auf die Häufigkeit von gewaltbedingten Verletzungen und dem Verletzungsprofil, als auch im Bezug auf die Angreifer und das Geschlecht der Gewaltopfer, festgestellt werden:

41,6% der 72 Studienteilnehmer mit einer ausländischen Staatsangehörigkeit gaben an, in ihrem Leben bereits eine oder mehrere Gewalterfahrungen erlebt zu haben. Es wurden sechs Angriffe durch den Expartner (5 weibliche, 1 männliches Gewaltopfer), fünf Angriffe durch die Familie (2 weibliche, 3 männliche Gewaltopfer), 4 Angriffe durch Bekannte (alles männliche Gewaltopfer) und 16 Angriffe durch Fremde (5 weibliche, 11 männliche Gewaltopfer) angegeben.

5 DISKUSSION

5.1 Das Definitionsproblem von Gewalt

Gewalt kann jeden Menschen - unabhängig seines Geschlechtes, Alters, kultureller Herkunft, ökonomischer und sozialer Umstände - betreffen. Fast täglich wird man mit unterschiedlichsten Ausprägungsformen von Gewalt konfrontiert: Zum Beispiel in Form einer Schlägerei auf der Straße, einer überforderten Mutter an der Supermarktkasse, die ihrem quengelnden Kind eine Ohrfeige gibt, Mobbing am Arbeitsplatz oder in der Schule, in politischen Nachrichten (z. B. Meldungen über Opfer terroristischer Anschläge) oder in gewaltverherrlichenden Computerspielen für Jugendliche.

Die verschiedenen Ausprägungsformen von Gewalt unterscheiden sich also in quantitativer und qualitativer Art und Weise. Was als Gewalttat bzw. gewalttätiges Verhalten gilt oder nicht, ist nicht immer eindeutig zu bestimmen. Die Übergänge sind oft nicht klar definier- und erkennbar. Ein männlicher Jugendlicher, der sich mit einer Schlägerei Macht und Anerkennung verschafft – auch wenn er ein blaues Auge davon trägt – wird sicherlich von vielen Menschen nicht als Gewaltopfer angesehen. Gewalt unter Männern wird leider häufig als Normalität akzeptiert. Zudem hängt es stark von der Sozialisation und der individuellen Persönlichkeit, ihren Stärken und Schwächen ab, eine Handlung oder eben, zum Beispiel, ein Computerspiel als gewalttätig einzustufen bzw. sich selbst als Gewaltopfer wahrzunehmen.

Auch im Rahmen der vorliegenden Studie fiel bei der Interviewfrage nach früheren Gewalterfahrungen auf, dass die interviewten Patienten keinesfalls uniforme Definitionen und Einstellungen zum Thema Gewalt hatten. Dementsprechend empfanden einige Patienten eine einzige Ohrfeige der Eltern als Gewalttat, andere wiederum verteidigten Gewaltübergriffe der Eltern, aber auch Gewalt seitens eines Beziehungspartners und erklärten, körperliche Züchtigungen verdient gehabt zu haben. In der vorliegenden Studie wurde es methodisch bedingt zu einem nicht unwesentlichen Teil den Patienten überlassen, subjektiv und ihrem Gewaltverständnis entsprechend über ihre Antwort „Gewalterfahrung Ja/Nein“ zu entscheiden. Folglich haben die unterschiedlichen Definitionen des Gewaltbegriffes der Patienten im Endeffekt sicherlich die vorliegenden Studienergebnisse - in positiver oder negativer Hinsicht - beeinflusst.

Ohne dass im fragebogenbasierten Kurzinterview danach gefragt wurde, gab es, zusätzlich in Bezug auf psychische Gewalt, Patienten, die aus eigener Intention Angaben zu dieser Gewaltform machten. Neben den vier Patienten, die angaben sich aufgrund psychischer Gewalterfahrungen in ihrer derzeitigen Partnerschaft nicht sicher zu fühlen, kam es vor, dass Patienten von früheren psychischen Gewalterfahrungen berichte-

ten. Da Meinungen zu Definitionen und Grenzbereichen psychischer Gewalt in der fachspezifischen Literatur jedoch noch weiter auseinander gehen, als es bei der Definition von körperlicher Gewalt der Fall ist, wurde im Rahmen dieser Studie explizit nicht nach psychischer Gewalt gefragt. Angaben von Patienten mit psychischen Gewalterfahrungen wurden in der Ergebnisauswertung dieser Studie nicht berücksichtigt.

Obwohl durch viele Untersuchungen belegt wird, dass psychische Gewalt ein ebenso relevantes Problem im menschlichen Miteinander zu sein scheint (Gloor u. Meier 2004; Müller et al. 2004), ist psychische Gewalt in der Bevölkerung ein kaum präsent und in den Medien ein bisher eher noch ignoriertes Thema. Fälle, wie Stalking, werden mittlerweile gesetzlich verfolgt und bestraft, aber für andere „leichtere“ Formen der psychischen Gewalt fehlt es an Handlungs- und Hilfsmöglichkeiten. Unglücklicherweise sind zudem Personen, die mit psychischen Gewaltopfern häufiger in Kontakt treten (z. B. Ärzte, Polizisten, Richter) noch immer viel zu wenig auf das Ausmaß und Erkennen dieser Gewaltform sensibilisiert.

Bezüglich der sehr häufig untersuchten Gewaltform häusliche Gewalt bzw. Partnerschaftsgewalt zeigt die Literatur ebenfalls keine einheitliche Definition auf. Boyle et al. (2004) zitieren beispielsweise zwei wissenschaftliche Untersuchungen, die in ihren Studien zum Ausmaß von häuslicher Gewalt beachtlich abweichende Definitionen gebrauchen: So kann per Definition einer amerikanischen Studie von häuslicher Gewalt erst dann die Rede sein, wenn eine intime Partnerschaft von mehr als drei Monaten bestanden hat, während eine britische Studie mit stationären Psychatriepatienten bereits eine Person, von der Unterstützung zu erwarten wäre, als möglichen Täter häuslicher Gewalt definiert.

Die Problematik einer geeigneten Definition des Gewaltbegriffes ist seit Jahren Gegenstand internationaler, wissenschaftlicher Diskussionen. Die Gewaltdefinition und Typologieeinteilung der Weltgesundheitsorganisation (WHO) scheinen sinnvoll und wichtig zu sein. Dennoch wird kritisiert, dass eine empirisch fundierte Definition von Gewalt überwiegend fehlt. Die meisten Studien sagen wenig darüber aus, inwiefern die Befragten die einzelnen Handlungen selbst als Gewalt erleben oder einstufen. Schließlich kann nicht jeder körperliche Ausdruck von Wut oder Ärger als Überschreiten der Grenze zur Gewalt bewertet werden. Eine uneinheitliche Definition kann dazu führen, dass das erfasste Auftreten von Gewalt sehr stark von dem individuellen Verständnis abhängig wird und somit großen Schwankungen unterliegt. Je weiter die Definition von Gewalt bzw. einer bestimmten Gewaltform im Rahmen einer Untersuchung gefasst wird, desto größer wird auch das gemessene Ausmaß der Gewalt sein.

Als ein möglicher Ausweg wird vorgeschlagen, dass statistische Zusammenhänge von Gewalterfahrungen mit erlebter Angst, Verletzungsfolgen und Wiederholung errechnet

werden müssten. Um wahre Zahlen zur Größenordnung von Gewalt zu erhalten ist somit auch die subjektive Bewertung der Betroffenen beim Gewaltbegriff heranzuziehen und nicht nur die reine Beschreibung der Gewalthandlung (Hagemann-White 2006).

5.2 Diskussion angewandter Methoden

Neben den von Studie zu Studie unterschiedlich gewählten Gewaltdefinitionen, spielen auch Methodik und Umfang einer Studie eine das Ausmaß der Ergebnisse maßgeblich beeinflussende Rolle. Das Ausmaß des festgestellten Gewaltvorkommens wird erheblich beeinflusst von Erhebungskontext und -form (wie z. B. Fragebogen, telefonisches oder persönliches Interview, retrospektive Datenerhebung aus Akten, Frageformulierung) sowie der Vorgehensweise des Interviewers (wie z. B. Empathie, Anonymität) (Boyle et al. 2004).

Viele Studien beinhalten Fragebögen mit vorgegebenen Antworten bzw. reinen Ja- oder Nein-Antworten (z. B. Dearwater et al. 1998). Bei dieser Art der Erkenntnisgewinnung über das Ausmaß von Gewalt besteht einerseits die Gefahr, dass Antworten gewählt werden, ohne dass zunächst das eigene Gewaltverständnis und die eigene Gewaltdefinition reflektiert werden. Andererseits stellen Untersuchungen, bei denen beispielsweise die Gewalterlebnisse der Befragten durch Listenabfrage und nicht direkt gegenüber dem Interviewer geschildert werden müssen, eine gute Möglichkeit und Erleichterung für die Gewaltopfer dar, die doch teilweise hochsensiblen Fragen diskret und dennoch detailliert beantworten zu können. Konkrete Gewalthandlungen (z. B. „Wurden Sie geschlagen, getreten, auf irgendeine Art und Weise angegriffen?“, vergleiche Material und Methodik dieser Arbeit) werden abgefragt, um ein Ausmaß der in unterschiedlichem Maße als Gewalt empfundenen und eingestuften Übergriffe zu erhalten (Müller u. Schröttle 2006).

Des Weiteren gilt es, bei der Ergebnisbetrachtung von Studien den Einfluss der Interviewumgebung zu berücksichtigen. Im Rahmen der vorliegenden Untersuchung wurde zwar jedes Interview in einem möglichst abgeschirmten, ruhigen Behandlungsraum der Notfallpraxis, unter Ausschluss von Angehörigen, Begleitern oder Mitarbeitern der Notfallpraxen durchgeführt, um Intimsphäre, Anonymität und Diskretion zu wahren. Dennoch haben sicherlich einige Patienten nicht immer konsequent und vollkommen ehrliche Interviewangaben gemacht. Mögliche Gründe könnten Ängste, Verdrängung oder Überforderung mit der doch teilweise überraschenden Situation und Thematik gewesen sein. Auch ein eventueller Einfluss durch die Interviewerin ist vorstellbar.

In dem gegenständlichen Erhebungszeitraum suchten insgesamt 923 Patienten eine der beiden Notfallpraxen der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg auf. Die große

Anzahl an Patienten (53,8%), die den Ausschlusskriterien dieser Studie unterlag, resultierte hauptsächlich aus dem Kriterium der Alterseinschränkung (Kinder/Jugendliche unter 18 Jahren (47,0%) wurden nicht befragt). In 2,3% der Fälle führten mangelnde Sprachkenntnisse, in 0,2% der Fälle keine Möglichkeit der ausreichenden Intimsphäre und in 1,3% der Fälle ein fehlendes Einverständnis zum Ausschluss aus der Studie. Im Vergleich mit der Berliner S.I.G.N.A.L.-Studie, in der 21,5% der Patientinnen nicht an der Studie teilnehmen wollten (Brzank et al. 2004), einer amerikanischen Studie, in der 6,0% (Dearwater et al. 1998) oder einer kanadischen Studie, in der 5,0% die Teilnahme ablehnten (MacMillan et al. 2006), waren es im Rahmen der vorliegenden Untersuchung nur 1,3% der Patienten, die einer Teilnahme nicht zustimmten. Dass im Rahmen dieser Studie auch Männer befragt wurden, mag u. a. ein Grund für dieses geringe und durchaus positiv zu bewertende Ergebnis sein. Ferner gibt es eine Reihe von Studien, die feststellen, dass die meisten Patienten, wenn sie in einer ruhigen, vertrauensvollen Atmosphäre höflich und freundlich gefragt werden, dem Arzt gegenüber durchaus den wahren Grund der Verletzung nennen würden (Steen u. Hunskaar 2004; vergleiche auch 5.5).

Die Gesamtgröße des Patientenkollektives dieser Studie (923 Patienten, davon 426 Teilnehmer) fiel im Vergleich mit anderen Studien hingegen relativ klein aus. Die Kollektivgröße akut verletzter Gewaltopfer der meisten Studien ist allein mehrheitlich mit der Größe unseres gesamten Teilnehmerkollektives vergleichbar (z. B. Cunningham et al. 2003; Howe u. Crilly 2002; Petridou et al. 2002). Ob in Form schriftlicher retrospektiver Befragungen, Screenings, persönlicher Interviews oder Telefonumfragen - die Gesamtkollektivgrößen der meisten Studien bewegen sich vorwiegend im tausender Bereich, so dass auch repräsentative und signifikante Aussagen gemacht werden können (z.B. Glass et al. 2001; Kramer et al. 2004; McCloskey et al. 2005).

Des Weiteren wird in der internationalen Studienliteratur Gewalt häufig gegenüber unterschiedlichen Personengruppen bzw. anhand unterschiedlicher Schwerpunkte differenziert betrachtet (z. B. Gewalt gegen Frauen, Kinder, ältere Menschen, Menschen mit körperlichen/geistigen Behinderungen, Migranten, Gewalt unter Intimpartnern/häusliche Gewalt, Jugendgewalt/Straßengewalt, usw. (Heitmeyer u. Schröttle 2006; Krug u. Dahlberg et al. 2002; Kavemann 2002)). Studien, die das Gewaltvorkommen bei Männern näher beleuchten, sind indessen in der internationalen fachspezifischen Literatur noch immer spärlich vorhanden.

Die meisten Studien zum Thema Gewaltvorkommen werden in Krankenhausnotaufnahmen durchgeführt und sind größtenteils sehr viel breiter als die vorliegende Untersuchung konzipiert (z. B. längerer Zeitraum, mehrere Notaufnahmen, mehrere Mitarbeiter). Beispielsweise wurden in einer drei Jahre andauernden Studie in England und

Wales 33 Notaufnahmen miteinbezogen. Bei einem Gesamtkollektiv von 4.842.936 Personen wurden 121.475 Patienten mit akuten Gewaltverletzungen erfasst (Sivarajasingam u. Shepherd 2001). Zudem fällt ein deutlicher internationaler Schwerpunkt bezüglich von Partnerschaftsgewalt bzw. häuslicher Gewalt betroffenen Frauen auf.

Auch bei identischer Studienkonzeption lässt sich eine deckungsgleiche Studienkonstellation selten finden, da Studien dieser Art natürlich auch demographischen Abweichungen und sozioökonomischen Besonderheiten unterliegen. So macht es einen Unterschied, ob auf dem Land oder in einer Großstadt, in besseren oder schlechteren Wohngegenden, jüngere oder ältere Menschen befragt werden. Es kann zu Über- oder Unterrepräsentationen kommen. Downing et al. (2003) beschreibt zum Beispiel, dass bei Menschen aus schlechteren Wohngegenden ein viermal so hohes Gewaltaufkommen besteht, als im Gegensatz bei Personen, die in besser situierten Verhältnissen leben. Vergleiche von Studien sind folglich unter Vorbehalt und Berücksichtigung der vorhandenen Grenzen zu bewerten. Aufgrund der geringen Kollektivgröße und dem annähernd ausgeglichenen Verhältnis zwischen den beiden Notfallpraxen können auch im Rahmen dieser Untersuchung keine Schlussfolgerungen bezüglich des Einflusses der Einzugsgebiete gezogen werden. Jeglicher Unterschied zwischen den Patientenkollektiven der Praxen kann als Zufallsbefund gedeutet werden.

Da für Deutschland bislang nur wenige Daten zu Gewalterfahrungen von Frauen und Männern und zu der Rolle des Gesundheitssystems vorliegen, ist diese Studie dennoch von entscheidener Relevanz. Sicherlich lässt die Studie aufgrund der Größe des Patientenkollektivs keine epidemiologischen Aussagen zu. Sie zeigt aber doch eindrucksvoll die Größenordnung des Problems auf. Bei den vorliegenden Ergebnissen kann davon ausgegangen werden, dass die Zahlen für Gewalterfahrungen noch höher liegen dürften. Es handelt sich folglich um Mindestwerte, da sicherlich ein Teil gewaltbetroffener Frauen und Männer nicht an der Studie teilgenommen hat bzw. keine oder falsche Auskunft zu erlebter Gewalt gegeben hat.

5.3 Gewaltvorkommen in einem medizinischen Zufallskollektiv

Aus früheren Untersuchungen der Hamburger Rechtsmedizin ist bekannt, dass wenigstens 3,5% der chirurgischen Patienten einer Krankenhausnotaufnahme in Deutschland gewaltbedingte Verletzungen als aktuellen Untersuchungsanlass angeben (Kühne 2007; Süsse 2008). Internationale Studien beschreiben ein Vorkommen akuter Gewaltopfer in Notaufnahmen in teils ähnlichen Größenordnungen, überwiegend in Dimensionen zwischen 1,0% bis 7,0% (Anglin u. Sachs 2003). In drei englischen Studien betrug beispielsweise der Anteil an Patienten, die aufgrund gewaltbedingter Verletzun-

gen medizinische Hilfe in einer Notaufnahme aufsuchten, in Lancashire 2,6% (Howe u. Crilly 2002), in den West Midlands 5,1% (Downing 2003) und in Liverpool 4,7% (Young u. Douglass 2003). Eine US-amerikanische Studie, die allerdings nur weibliche Gewaltbetroffene in Notaufnahmen erfasste, kommt auf die beeindruckende Anzahl von 11,7% akut verletzter Frauen (Abbott et al. 1995). In Griechenland waren 1,1% der weiblichen und 0,1% der männlichen Notaufnahmepatienten Opfer von häuslicher Gewalt. Weitere 2,0% der Frauen und 3,1% der Männer gaben an, die Verletzungen durch eine Person, die nicht einem Beziehungspartner entsprach, erlitten zu haben (Petridou et al. 2002).

Als Gründe für die doch erheblichen Unterschiede der Studienergebnisse sind die unterschiedlich weit gefassten Gewaltdefinitionen und Studiendesigns bzw. Studienmethoden (vergleiche 5.1 und 5.2) zu berücksichtigen. Auch der Zeitpunkt der Studienrealisierung, teilweise vor über einem Jahrzehnt durchgeführt, spielt bei der Ergebnisdiskussion eine Rolle.

In dem sechswöchigen Untersuchungszeitraum der vorliegenden Arbeit suchten 1,6% der Patienten aufgrund akuter Gewaltverletzungen eine der beiden Hamburger Notfallpraxen auf. Daraus lässt sich folgern, dass die Notfallpraxen für akute Gewaltopfer kein niedrig schwelliges medizinisches Versorgungsangebot darstellen. Anders als in der Arbeitshypothese vermutet, suchen demnach Gewaltopfern mit medizinisch relevanten Verletzungen eher eine Krankenhausnotaufnahme auf. Diese Arbeitshypothese muss folglich als widerlegt gelten.

Ein vergleichbar niedriges Ergebnis wurde im Rahmen einer norwegischen Studie aufgezeigt, bei der der Anteil akuter Gewaltopfer in einer Krankenhausnotaufnahme in Bergen 1,3% betrug (Steen u. Hunskaar 2004). Bei diesem Vergleich muss allerdings, neben Art des Patientenkollektivs (Notaufnahmepatienten), auch das ländliche Einzugsgebiet des Krankenhauses und die Größe der Gesamtbevölkerung Bergens (220.000 Einwohner), im Gegensatz zu einer Großstadt wie Hamburg mit einer Bevölkerungsdichte von 1,7 Millionen Einwohnern, berücksichtigt werden.

Ein weiterer Grund für das geringe Ausmaß von akut gewaltverletzten Patienten in den beiden Notfallpraxen könnte sein, dass die Patienten während der Woche und nicht an den Wochenenden befragt wurden. In der einschlägigen internationalen Literatur findet man gehäuft Studien, die belegen, dass die meisten Gewalttaten an den Wochenenden stattfinden (z. B. Downing et al. 2003; Hofner et al. 2005). Der Großteil an Menschen muss an diesen Tagen nicht arbeiten und verbringt vermehrt Zeit mit der Familie bzw. verbringt die freie Zeit mit Freunden/Bekanntem in Straßen oder an öffentlichen Plätzen (wie z. B. Kneipen, Diskotheken). Kombiniert mit einem erhöhten Alkoholkonsum kommt es schneller und häufiger zu gewalttätigen Eskalationen im öffentlichen

und privaten Umfeld (Weinsheimer et al. 2005; Cunningham et al. 2003). Des Weiteren kann davon ausgegangen werden, dass überhaupt erst dann medizinische Hilfe von Gewaltopfern in Anspruch genommen wird, wenn es zu so schwerwiegenden Gewaltverletzungen kommt, dass diese zwangsläufig eine medizinische Behandlung erfordern. Einzelne Hämatome oder Schürfwunden, die durch Kleidung verdeckt werden können, lassen Gewaltopfer vermutlich in den seltensten Fällen einen Arzt aufsuchen, da Angst vor dem Täter sowie Scham- und Schuldgefühle gegenüber dem Arzt mögliche unüberwindbare Hürden für die Opfer darstellen können (Lipsky et al. 2005).

Bei erheblicheren Gesundheitsschäden scheint folglich eine Krankenhausnotaufnahme ein anonymes und niedrigschwelliges Hilfsangebot für Personen mit akut gewaltbedingten Verletzungen zu sein. Notfallpraxen und andere niedergelassene Fachrichtungen (z. B. Praxen für Allgemeinmedizin) werden von akuten Gewaltopfern seltener aufgesucht (Artus 2007; Kovac et al. 2003; McCauley et al. 1995). Wenn doch, dann vermutlich eher aufgrund psychischer, somatischer und psychosomatischer Folgeerscheinungen der Gewalttat(en), die eine medizinische Behandlung erfordern.

Im Gegensatz zu den akut gewaltbedingten Verletzungen (1,6%) berichteten 41,3% der Patienten von früheren Gewalterfahrungen. Diese von den Patienten angegebenen Gewalterfahrungen und deren Folgen sind in Ausmaß und Breite mit Ergebnissen internationaler Studien vergleichbar, teilweise übertreffen sie sogar die Ergebnisse (z. B. Thompsen et al. 2006; Müller et al. 2004; Gloor u. Meier 2004; Hegarty et al. 2000). Studien zu Lebenszeitprävalenzen von männlichen Gewaltopfern sind allerdings nur sporadisch vorhanden bzw. müssen aus vorhandenen Ergebnissen zur Geschlechterverteilung akut verletzter Gewaltopfer in Notaufnahmen abgeleitet werden.

5.3.1 Akute und frühere Gewalterfahrungen - Geschlechterverteilung

Im Rahmen der vorliegenden Untersuchung wurden insgesamt 225 Frauen (52,8%) und 201 Männer (47,2%) interviewt. Sieben Patienten, vier Frauen und drei Männer, präsentierten sich mit akuten gewaltbedingten Verletzungen in einer der beiden Hamburger Notfallpraxen. Eine weitere weibliche Patientin berichtete davon, dass ihr Expartner sie (psychisch) bedrohe. Sie sei in dieser ehemaligen Beziehung durch den Expartner körperlicher Gewalt ausgesetzt gewesen, jegliche körperliche Verletzung hätte allerdings nie zu einem Arztbesuch geführt. Anhand dieser geringen Fallzahl akuter Gewaltopfer lassen sich keine relevanten Aussagen zur Geschlechterverteilung machen.

In Bezug auf frühere Gewalterfahrungen zeigte die Geschlechterverteilung, prozentual gesehen, eine leichte Betonung des männlichen Geschlechts auf. Das Gesamtkollektiv

aller gewalterfahrenen befragten Patienten (176) setzte sich aus 88 Männern (43,8%) und 88 Frauen (39,1%) zusammen. In Anbetracht der Größe des Gesamtkollektives sollte dieses Ergebnis allerdings nicht überbewertet werden.

Dennoch sollten Gewalterfahrungen immer auch geschlechtsbezogen betrachtet werden. Die internationale Literatur weist bezüglich der Geschlechterverteilung von gewaltbetroffenen Patienten eine deutliche Betonung des männlichen Geschlechtes auf. Als Ursache für den mehrheitlichen Anteil männlicher Gewaltopfer in Notaufnahmen werden in der Literatur immer wieder bestimmte Risikofaktoren genannt, wie z. B. junges Alter, lediger Familienstand, Arbeitslosigkeit. Auch ein erhöhter Alkohol- und Drogenkonsum scheinen beeinflussende Faktoren zu sein, häufiger in gewalttätige Konflikte zu geraten und relevante Gewaltverletzungen davonzutragen (z.B. Cooper et al. 2000; Hegarty et al., 2000).

In Krankenhausnotaufnahmen sind erfahrungsgemäß im Verhältnis etwa drei Viertel (~75,0%) der Gewaltopfer männlichen und etwa ein Viertel (~25,0%) weiblichen Geschlechtes (Sivarajasingam u. Shepherd 2001; Steen u. Hunskaar 2004; Young u. Douglass 2003). Andere Studien zeigen noch größere Unterschiede zwischen den Geschlechtern auf, so konnten in zwei englischen Untersuchungskollektiven ein männlicher Anteil von 80,0% (Wright 1997) bzw. 84,0% (Shepherd 1997) gefunden werden.

Die Geschlechterverteilung (bezüglich früherer Gewalterfahrungen) der vorliegenden Studie näherte sich am ehesten an die Ergebnisse einer von Downing (2003) und einer von Rand (1994) durchgeführten Untersuchung an: Erstere zeigte einen männlichen Anteil von 67,0%, die zweite Studie einen Anteil von 60,0% männlicher Patienten, die aufgrund akuter Gewaltverletzungen eine Notaufnahme aufsuchten. Eine weitere amerikanische Studie unterstreicht ebenfalls im Hinblick auf die Geschlechterverteilung die Daten unserer Untersuchung: 13,5% der Patienten präsentierten in der Notaufnahme akute gewaltbedingte Verletzungen (Geschlechterverteilung: 44,5% weiblich, 54,5% männlich), 52,7% der befragten Patienten (Geschlechterverteilung: 44,8% weiblich, 55,2% männlich) berichteten von Gewalterfahrungen im letzten Jahr (Cunningham et al. 2003).

Eine schriftliche Befragung von 3455 Frauen in 11 Notaufnahmen der US-Bundesstaaten Kalifornien und Pennsylvania zum Thema Partnerschaftsgewalt zeigte, dass 14,4% der Frauen von einem körperlichen oder sexuellen Trauma im letzten Jahr berichteten. 2,2% der Frauen gaben zusätzlich an, das Krankenhaus aufgrund akut erlittener Verletzungen, verursacht durch einen Beziehungspartner, aufgesucht zu haben. 36,9% erklärten, in ihrem Leben bereits körperliche oder seelische Gewalt durch einen Beziehungspartner erlitten zu haben (Dearwater et al. 1998). Die erste repräsentative durchgeführte Untersuchung zur Gewalt gegen Frauen in Deutschland, in der

über 10000 Frauen befragt wurden, zeigte eine Lebenszeitprävalenz von etwa 37,0% für körperliche und/oder sexuelle Gewalt auf. Demzufolge liegen die Werte für Gewaltprävalenzen in Deutschland im internationalen Vergleich (14,0% bis 30,0%) im oberen Bereich (Müller et al. 2004).

Das im Rahmen der vorliegenden Untersuchung aufgezeigte relativ ausgeglichene Geschlechterverhältnis lässt aufgrund des kleinen Patientenkollektives keine epidemiologischen Aussagen bezüglich Gewalterfahrungen und Geschlechterverteilung für den deutschen Raum zu. Aus aktuellen Untersuchungen der Hamburger Rechtsmedizin, die retrospektiv Zahlen zu akut verletzten Gewaltopfern in zwei Hamburger Krankenhausnotaufnahmen lieferten, wird jedoch das Verhältnis von drei Viertel männlicher zu einem Viertel weiblicher akut betroffener Gewaltopfer bestätigt (Kühne 2007; Süsse 2008). Wäre die Befragung in den Notfallpraxen der Kassenärztlichen Vereinigung über einen längeren Zeitraum durchgeführt worden, hätte sich vermutlich eine ähnliche Ausprägung der Geschlechterverteilung (bezüglich akuter Gewalt erfahrener Patienten) gezeigt. Ferner sollte dennoch nicht außer acht gelassen werden, dass die männlichen Studienteilnehmer während der Befragung eventuell eher Gewalterfahrungen verschwiegen haben oder aber tatsächlich, zum Beispiel aufgrund soziokultureller „Erwartungen“, eine andere Wahrnehmung persönlicher Gewalterfahrungen hatten (z. B. sich selbst überhaupt nicht als Gewaltopfer zu definieren). Dies wäre folglich eine Erklärung, weswegen das männliche Geschlecht in der vorliegenden Studie unterrepräsentiert ist. Allerdings sei darauf hingewiesen, dass nicht eine allgemeingültige Aussage das Ziel der vorliegenden Untersuchung war, sondern vielmehr die Bestimmung einer Größenordnung im Vordergrund stand.

5.3.2 Akute und frühere Gewalterfahrungen - Altersverteilung

Sowohl der Großteil der befragten Patienten als auch der Anteil früherer gewaltbetroffener Patienten befand sich im jüngeren bis mittleren Lebensalter. 42,5% der Patienten mit Gewalterfahrungen waren zwischen 18 und 30 Jahre alt, 33,0% befanden sich zwischen dem 31. bis 45. Lebensjahr. Folglich waren mehr als 63,6% der Patienten jünger als 40 Jahre alt, mit einem deutlichen Schwerpunkt des dritten Lebensjahrzehnt. Der Altersmittelwert lag bei 37,97 Jahren. Dieses Ergebnis deckt sich mit internationalen Untersuchungsergebnissen, die zeigen, dass akut gewaltbetroffene Personen sich häufig im jüngeren und mittleren Lebensalter befinden.

Das durchschnittliche Alter akuter weiblicher Gewaltopfer lag im norwegischen Bergen bei 33 Jahren, das der Männer bei 28 Jahren (Steen u. Hunskaar 2004). In einer amerikanischen Studie waren die Teilnehmer durchschnittlich 38,6 Jahre alt (Cunningham 2003). In England und Wales zeigte sich eine deutliche Betonung männlicher Gewalt-

opfer im Alter zwischen 18 und 30 Jahren (~48,0%), insgesamt waren 75,0% der betroffenen Männer im Alter zwischen 18 und 50 Jahre (Sivarajasingam u. Shepherd 2002). Des Weiteren zeigte Williams (2002) für Australien auf, dass 68,0% der 25 bis 44 Jahre alten Patienten das größte Risiko hatten, Opfer einer Gewalttat zu werden.

Für Deutschland kann laut eines aktuell veröffentlichten Heftes im Rahmen der Gesundheitsberichterstattung des Bundes zusammenfassend festgestellt werden, dass bei Männern körperliche Gewalt in Kindheit und Jugend sowie im jüngeren Erwachsenenalter eine besondere Rolle spielt, während Frauen zusätzlich in mittleren Altersgruppen in hohem Maße von körperlicher und sexueller Gewalt betroffen sind (Hornberg et al. 2008).

Des Weiteren wurden im Rahmen der vorliegenden Untersuchung mit etwa 5,7% nur sehr wenige Patienten jenseits des 60. Lebensjahres erfasst. In einer Schweizer Studie wiesen die über 65jährigen ebenfalls ein deutlich geringeres Gewaltvorkommen auf (Hofner et al. 2005). In der Studie von Sivarajasingam und Shepherd (2002) trugen mit etwa 7,0% über 50jährige am seltensten körperliche Gewaltverletzungen davon.

Ältere Menschen werden seltener Opfer von Gewalt als Menschen anderer Altersgruppen, da sie im Vergleich weniger Risiken (z. B. seltener Angriffe in der Öffentlichkeit) ausgesetzt sind (CDC 2003). Die Weltgesundheitsorganisation geht allerdings davon aus, dass sich das Problem der „Gewalt gegen ältere Menschen“ in naher Zukunft stark verschärfen wird, da sich bis zum Jahr 2025 der ältere Teil der Bevölkerung (älter als 60 Jahre) weltweit verdoppelt haben wird (Krug u. Dahlberg et al. 2002). Die Konfrontation dieser Misshandlungsform wird zukünftig deutlich mehr Aufmerksamkeit von Ärzten und anderen Angehörigen, die in der gesundheitlichen Versorgung tätig und verantwortlich sind, erfordern (CDC 2003). Eine Trennung zwischen objektiver Aufklärung bzw. Diagnostik gewaltbedingter Verletzungen bei älteren Menschen und einer allgemeinen Multimorbidität ist häufig erschwert festzustellen. Teils kann eine subjektive Stellungnahme des denkbaren Opfers zum Verletzungshergang eingeschränkt sein, teils kann aufgrund sozialer Kontrolle eine Klärung des Verdachts unmöglich sein. Um diese Problematik in der Pflegesituation in den Griff zu bekommen, sollte u. a. zukünftig vor allem in Unterstützungsangebote für Pflegende (z. B. teilstationäre Versorgungsangebote, Angehörigen-Notruftelefon) - im Sinne einer Primärprävention - bedeutend mehr investiert werden (Anders et al. 2006).

5.3.3 Akute und frühere Gewalterfahrungen - Täter-Opfer-Beziehungen

Von den 176 Patienten, die von früheren Gewalterfahrungen berichteten, gaben 22 Personen an, bereits mehrfach Opfer einer Gewalttat geworden zu sein (insgesamt 203 Gewalttaten). Am häufigsten kam es zu körperlichen Übergriffen durch fremde Personen und zwar in 44,3% der Fälle. In 23,2% war der Täter der/die Expartner(in), in weiteren 19,2% und somit an dritter Stelle kam der Täter aus dem familiären Umfeld des Opfers. Angriffe seitens eines Täters aus dem Bekanntenkreis machten einen Anteil von 11,3% aller Gesamtgewalttaten aus. Der aktuelle Partner war in 2,0% Täter der Gewalttat. Insgesamt übertrafen die Angriffe aus dem sozialen Nahfeld (55,7%) den Anteil der Angriffe durch fremde Personen. Ein ähnliches Ergebnis konnte in Bergen, Norwegen, beschrieben werden, dort war in 50,0% der Fälle der Täter dem Opfer bekannt (Steen u. Hunskaar 2004). In Merseyside, England, wurden rund 6000 Patienten (Geschlechterverteilung: 76,2% männlich, 23,8% weiblich) mit akut gewaltbedingten Verletzungen in einer Notaufnahme erfasst und befragt. 45,0% aller weiblichen Patienten, aber nur etwa 12,5% der männlichen Patienten, kannten ihren Angreifer. Männer berichteten in über 70,0%, Frauen in circa 42,0% der Fälle von Angriffen durch Fremdtäter. 82,3% der Gewaltopfer gaben an, von einem Mann angegriffen worden zu sein, 7,1% von einer Frau und 3,1% von einer Gruppe („Gang“) von Männern und Frauen (Young u. Douglass 2003). Hingegen wurden im schottischen Paisley (80,0% der Opfer männlichen Geschlechts) 43,0% der Opfer von einem Mann angegriffen und in 35,0% der Fälle sogar von zwei oder mehreren männlichen Tätern verletzt (Wright u. Kariya 1997).

Anhand dieser Beispiele wird deutlich, dass der Täter-Opfer-Beziehung in der Diskussion um die Dynamik von Gewalt eine äußerst wichtige Bedeutung zukommt. In der vorliegenden Untersuchung fiel bei differenzierter Prüfung der Geschlechterverteilung in Bezug auf die entsprechend genannten Tätergruppen auf, dass die betroffenen Patientinnen eine deutliche Betonung des sozialen Nahfeldes als Tätergruppe aufwiesen, während Männer sehr viel häufiger von Fremdtäterschaften berichteten. Das soziale Nahfeld setzte sich aus Lebenspartnerschaften (Partner/Expartner), Familienmitgliedern und Bekannten zusammen. Bekannte als Täter sind, laut WHO, per Definition der Typologie „Community“ Gewalt zuzurechnen. In dieser Arbeit wird allerdings davon ausgegangen, dass Bekannte als mögliche Tätergruppe unter den Begriff des „sozialen Nahraum(s)“ fallen.

50,0% der Frauen, die angaben bereits Opfer einer Gewalttat geworden zu sein, berichteten von einem körperlichen Angriff durch einen Expartner (im Sinne eines ehemaligen Partners zum Zeitpunkt der Untersuchung). Unter Berücksichtigung der Mehrfachnennungen und bezogen auf alle Gewalttaten (an Männern und Frauen) machten

Angriffe durch den Expartner bei den befragten Frauen den größten prozentualen Anteil aus (21,1%, n=203). 27,2% der 88 betroffenen Frauen berichteten von Fremdtäterschaften. Bei den betroffenen Männern hingegen stellte sich ein umgekehrtes Verhältnis dar: 75,0% berichteten von Angriffen durch eine fremde Person und nur 3,4% von einem körperlichen Übergriff durch einen Expartner (n=88). Angriffe seitens eines Partners (2,2% bei beiden Geschlechtern) bzw. seitens eines Bekannten (10,2% bei weiblichen, 15,9% bei männlichen Opfern) spielten eine eher untergeordnete Rolle.

Auch Steen und Hunskaar (2004) beschreiben, dass Frauen häufiger Gewalterfahrungen im engeren sozialen bzw. privaten Umfeld erleiden als Männer. Der Anteil von weiblichen Gewalterfahrungen durch den Intimpartner als Täter machte, laut ihrer Untersuchung, einen Anteil von ungefähr einem Drittel aus. Des Weiteren zeigt eine amerikanische Studie in einer differenzierten Darstellung der Opfer-Täter-Beziehung auf, dass 46,0% der verletzten Frauen von einem aktuellen oder früheren Lebenspartner angegriffen wurden und etwa 52,0% der Angriffe von einer „anderen“ Person verantwortet wurde (44,0% weiblicher Täter, 43,0% männlicher Täter, 13,0% weiblicher und männlicher Täter). 44,0% dieser Gewalttaten wurden von Nachbarn oder Bekannten verübt, 21,0% von Familienmitgliedern, 24,0% von Fremden und 11,0% von Freunden. Mit 57,0% konnte hierbei eine Dominanz an auswärts (außer Haus) geschehenen Gewalttaten festgestellt werden (Grisso et al. 1999).

Opfer von Gewalt an öffentlichen Plätzen (z. B. Straße, Bar, Diskothek, Gaststätte) sind in der Mehrzahl männlich. Allerdings zeigen Studien auf, dass auch Frauen außerhalb des Hauses das größte Risiko einer Viktimisierung haben (Grisso et al. 1999; Howe u. Crilly 2002; Hutchison et al. 1998). Dennoch ist der Täter aber am häufigsten eine Person aus dem sozialen Nahraum der Frau. Die Begriffe „Gewalt im sozialen Nahfeld“ bzw. „Häusliche Gewalt“ können bei ungenauer Kenntnis der Definitionen daher irreführend und widersprüchlich sein, wenn man annimmt, dass diese Gewaltform nur im Zuhause des Opfers stattfindet. Dem ist natürlich nicht so. Die überwiegende Zahl der Studien beschreibt allerdings häufig nur das eine (Wo?) oder andere (Wer?) Ergebnis oder betrachtet isoliert Gewalt an Frauen in partnerschaftlichen Beziehungen, so dass Fragen offen bleiben.

Als Illustration der betrachteten Täter-Opfer-Beziehungen können die geschilderten Täter-Opfer-Beziehungen der Gewaltopfer, die aufgrund akuter gewaltbedingter Verletzungen eine der zwei Notfallpraxen aufsuchten, dienen. Diese sieben Personen wiesen ein typisches „Verteilungsmuster“ der Täter-Opfer-Beziehungen auf: Bei den vier betroffenen Patientinnen gab es sowohl einen Angriff seitens einer fremden (weiblichen) Person außerhalb des Hauses, als auch drei Angriffe aus dem (männlichen) sozialen Nahfeld (Bekannter, Familienmitglied (zu Hause), Expartner (außerhalb)). Die männli-

chen Akutopfer wurden alle drei von fremden Personen (jeweils einmal Straße, Arbeitsplatz, Bar/Diskotheke) angegriffen. Einer der drei von einer Gruppe Fremder, angeheuert im Sinne eines Racheaktes der Exfrau (vergleiche Ergebnisse 4.2.4).

5.3.3.1 Kreislauf Gewalt - Mögliche Folgen kindlicher Gewaltkonfrontationen

Die insgesamt 203 angegebenen früheren Gewalterfahrungen der Patienten fanden in 12,8% der Fälle während des letzten Jahres statt, während 21,6% der Gewalttaten in den letzten 5 Jahren verübt wurden. Übergriffe in den letzten 20 Jahren (34,4%) und vor über 20 Jahren (29,5%) konnten als häufigste Zeitpunkte der stattgefundenen Gewaltangriffe festgestellt werden. Unter Berücksichtigung des Altersmittelwertes aller gewaltbetroffenen Personen (37,97 Jahre) fand folglich im Schnitt eine Mehrzahl der Gewalttaten zu Zeiten des jungen bis mittleren Erwachsenenalters bzw. der Kindheit statt. Da bekannt ist, dass der Großteil an Gewaltopfern sich im jungen bis mittleren Erwachsenenalters befindet und zudem Gewalttaten ebenfalls meist von jungen Menschen verübt werden (Lipsky et al. 2004; Rand 1997; Steen u. Hunskaar 2004), verwundert dieses Ergebnis nicht.

Welche Bedeutung der Familie als mögliche Tätergruppe bei Gewalt erfahrenen Patienten zukommt, ist in den letzten Jahrzehnten detailliert untersucht worden.

In unserer Studie erklärten 30,6% der betroffenen Notfallpraxis-Patientinnen Gewalt durch ein Familienmitglied erfahren zu haben, während der männliche Anteil an Gewaltopfern in nur 13,6% der Fälle von Gewalttaten durch ein Familienmitglied berichtete. Da zusätzlich erfasst wurde, ob die Gewalttat in der Kindheit stattgefunden hatte, konnte im Rahmen der Studie festgestellt werden, dass 84,0% der Gewalttaten, die durch Familienmitglieder verschuldet wurden, während der Kindheit verübt wurden. Zusätzlich konnte bei den Personen, die mehrfache Gewalterfahrungen angaben, eine mögliche Assoziation zwischen Gewalterfahrungen in der Kindheit und erneuter Viktimisierung im späteren Lebensalter festgestellt werden. So gaben zehn von 14 Frauen mit Mehrfachnennungen die Kombination „Expartner und Familienmitglied“ als Täter für die Gewalterfahrungen an, wobei neun der zehn Frauen die Gewalterfahrung durch ein Familienmitglied in der Kindheit machten. Natürlich ist diese Feststellung keinesfalls epidemiologisch aussagekräftig. Jedoch wird in der internationalen Literatur eine Assoziation von Gewalterfahrungen als Kind und erneuter Gewaltbetroffenheit in späteren eigenen Partnerschaftsbeziehungen nachhaltig diskutiert. So sind laut Ernst et al. (2007) Frauen, die als Kind Zeuge interpersoneller Gewalt (zwischen den Eltern) wurden, selbst häufiger Opfer von Misshandlungen in der Kindheit. Im Vergleich mit einer weiblichen Kontrollgruppe, die als Kind nicht Zeuge häuslicher Gewalt wurde,

haben sie jedoch kein signifikant höheres Risiko im Erwachsenenalter selber Opfer von Partnerschaftsgewalt zu werden.

Eine andere amerikanische Untersuchung stellte hingegen fest, dass die Frauen, die von physischer Gewalt (eigene oder elterliche) während der Kindheit berichteten, ein 4- bis 6-fach erhöhtes Risiko aufzeigten erneut Opfer von Partnerschaftsgewalt zu werden (Bensley et al. 2003). Auch Thompson et al. (2006) konnten in einer Stichprobe mit 3500 Amerikanerinnen feststellen, dass eine statistisch relevante Assoziation zwischen Gewalterfahrungen als Kind (Zeuge/Opfer) und dem Risiko in einer späteren Beziehung erneut Gewalt zu erleben, besteht. Das Risiko im Erwachsenenalter erneut Opfer von Partnerschaftsgewalt zu werden, scheint davon abhängig zu sein, mit welcher Ausprägung (z. B. Stärke, Häufigkeit, Form) in der Kindheit familiäre Gewalt erfahren wurde (Bensley et al. 2003).

5.3.4 Akute und frühere Gewalterfahrungen - Migranten

Im Rahmen der vorliegenden Untersuchung konnte kein erhöhtes Gewaltvorkommen unter den ausländischen Studienteilnehmern festgestellt werden. Berücksichtigt werden muss, dass diese in der vorliegenden Untersuchung generell unterrepräsentiert waren, da sie aufgrund von Sprachbarrieren nicht befragt werden konnte. Auch dann nicht, wenn eine Begleitperson vorschlug, sie könne übersetzen (Ausschlusskriterium: Fehlende Intimsphäre).

Obwohl häufig subjektiv seitens der Interviewerin der Eindruck bestand, dass bezüglich der Beantwortung der Fragen nicht immer ehrliche Angaben gemacht wurden, lässt dieser Eindruck selbstverständlich keinerlei Aussagen zu. Dennoch deckt sich dieser Eindruck mit den Ergebnissen der vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) durchgeführten Studie, aus der u. a. hervorgeht, dass türkische Migrantinnen nicht nur häufiger von körperlicher Gewalt betroffen sind, sondern auch schwerere Formen und Ausprägungen körperlicher Gewalt erleiden (Müller et al. 2004). Dieses Ergebnis veranschaulicht die Notwendigkeit, dass Ärzte, neben einem ausreichenden Wissen über das Phänomen Gewalt, auch über die Situation von Migranten und Migrantinnen informiert sein sollten. Vor allem in ausländerreichen Wohngebieten sollte der Etablierung von Beratungs- und Hilfseinrichtungen inklusive neutralen und zur Übersetzung fähigen Vertrauenspersonen eine große Bedeutung zukommen. Ärzte sollten über Adressen von entsprechenden Einrichtungen verfügen, die sie bei Bedarf ihren Patienten mitgeben können.

5.3.5 Akute und frühere Gewalterfahrungen - Verletzungen

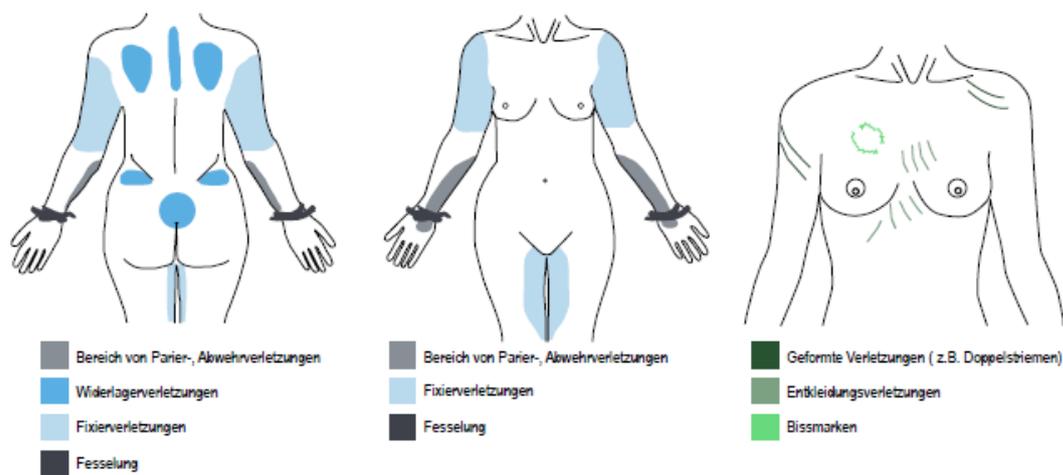
Aus den 203 erfassten Gewalttaten der betroffenen Patienten resultierten 320 Verletzungen an verschiedenen Körperregionen, woraus deutlich wird, dass bei einigen Patienten Mehrfachverletzungen vorlagen. Bei den verschiedenen Lokalisationen der Verletzungen fiel auf, dass Körperregionen, wie der Kopf (30,4%), gefolgt von Verletzungen der Arme und Hände (20,7%), häufiger betroffen waren als Verletzungen der Brust (14,2%), des Rückens (12,8%), der unteren Extremitäten (11,7%) und des Halses (5,1%).

Dass es bei gewalttätigen Übergriffen häufig zu Mehrfachverletzungen kommt, zeigt auch eine wissenschaftliche Analyse des Berliner S.I.G.N.A.L.-Interventionsprojektes. Hier traten etwa zwei Drittel der Verletzungen an mehreren Körperregionen und in Ausprägung verschiedener Verletzungstypen auf. Die Betonung des Kopfes als Hauptangriffslokalisation zieht sich durch die gesamte wissenschaftliche Fachliteratur. So zeigten sich Kopfverletzungen in Berlin anteilig mit 71,0%, in Lancashire, England, mit 73,0% (Howe u. Crilly 2002) und im schottischen Paisley mit 60,0% (hier: Halsverletzungen eingeschlossen) (Wright 1997). Ebenfalls auffällig häufig sind die oberen Extremitäten betroffen. Dies konnten in der vorliegenden Untersuchung belegt werden. In zwei englischen Erhebungen waren Arme und Hände mit 14,0% auf Platz zwei der Verletzungslokalisationen (Downing et al. 2003; Shepherd et al. 1990). Die gehäuften Verletzungen dieser beiden Körperregionen liegen an der Tatsache, dass der Kopf bzw. das Gesicht exponierte und somit leichter zu schädigende Körperbereiche sind. Arme und Hände nutzt das Opfer meist zur Verteidigung, so dass die oberen Extremitäten im Zuge einer schützenden und abwehrenden Haltung vor den Körper gehalten werden und folglich eher verletzt werden können als beispielsweise der Rücken. Typischerweise lassen sich sogenannte Abwehrverletzungen oder Griffspuren, die durch starke Fixierung entstehen, diagnostizieren.

Bei Angriffen seitens eines Täters aus dem sozialen Nahraum waren im Rahmen der vorliegenden Arbeit die Körperregionen wie der Hals, Arme/Hände, Rücken und Genital-/Analregion sehr viel häufigere betroffene Körperregionen als bei den Fremdtäterangriffen.

Dieser Unterschied ist ein typischer Befund bei Gewaltdelikten durch Täter aus dem sozialen Nahraum (Kollege, Freund, Verwandter, Intimpartner) (Seifert et al. 2006). Gewaltübergriffe in diesem Rahmen haben häufig spezielle (Abwehr-)Verletzungen an typischen Körperregionen zur Folge (z. B. Hals: Würge-/Kratz-/Bissspuren; Arme: Griffspuren/Fixierungsmaße; Rücken: Widerlagerverletzungen), auf die bei der ärztlichen Untersuchung und Dokumentation bewusst geachtet werden sollte.

Abb. 5.1: Typische Verletzungsregionen und spezielle Verletzungsmuster bei häuslicher Gewalt.



(Quelle: Seifert et al. 2006)

Bezüglich der Art der Verletzungen zeigte sich ebenfalls eine Betonung bestimmter Verletzungstypen: 57,5% der direkten Verletzungen waren Hämatome, gefolgt von Schürf- und/oder Platzwunden (25,9%). Auch in der Studie von Wright et al. (1997) machten Weichteilverletzungen wie Hämatome, Schürfwunden und Quetschungen den Großteil der Verletzungsarten aus - in nur 10,0% wurden hier Frakturen diagnostiziert. Aufschlussreich ist auch in diesem Zusammenhang die von Shepherd et al. (1990) erstellte Kategorieneinteilung, die Verletzungen in fünf verschiedene Stufen gliedert:

- Kategorie I** Eine Schürfwunde oder ein Hämatom
- Kategorie II** Mehrere Weichteilverletzungen
- Kategorie III** Eine Fraktur
- Kategorie IV** Eine Fraktur & Weichteilverletzungen an anderen Lokalisation
- Kategorie V** Multiple Frakturen

Die mehrheitlichen Verletzungen wurden in den Kategorien I und II erfasst, die insgesamt einen Anteil von 80,0% ausmachten. Auch zeigte die Inzidenz der Verletzungen zwischen den Geschlechtern signifikante Unterschiede auf, so erlitten männliche Gewaltopfer mehrheitlich Platz- und Schnittwunden, während Frauen proportional mehr Hämatome hatten.

Schwerwiegendere Verletzungen, wie Stich- und/oder Schnittverletzungen bzw. Frakturen, wurden von Patienten der vorliegenden Untersuchung seltener angegeben, machten aber dennoch einen Anteil von 6,5% (Stich-/Schnittverletzungen) bzw. 8,1% (Frak-

turen) aus. Werden Zahnschäden, die anteilig 5,0% der Verletzungsarten ausmachten, ebenfalls als gravierende Verletzungen eingestuft (notwendige Folgebehandlung, eventuell bleibende Stigmatisierung), so kann bei einer Summierung aller schwerwiegenden Verletzungen ein beeindruckender Anteil von 19,8% festgehalten werden.

Frakturen waren in Bristol bei 24,0% der Männer und bei 35,0% der Frauen Ursache für das Aufsuchen der medizinischen Notaufnahme (Shepherd et al. 1990). In der amerikanischen Untersuchung von Rand (1997) waren 17,0% der Verletzungen Frakturen, Dislokationen, Verstauchungen, Zahnschäden, Muskel- oder Skelettschäden. Stich- und Schnittverletzungen sowie innere Verletzungen wurden anteilig mit 31,0% festgestellt. Quetschungen o. ä. kamen mit 34,0% am häufigsten vor. 5,0% der Verletzungen entstanden durch Schusswunden oder sexueller Gewalt.

Da sich mehrheitlich gewalttätige Auseinandersetzungen spontan ereignen, ist es nachvollziehbar, dass die meisten Verletzungen weniger gravierend sind. Waffen und Messer, die meist ernstere Verletzungen verursachen, sind schließlich während vieler Gewaltkonfrontationen nicht unbedingt vorhanden (Shepherd et al. 1990), der eigene Körper als Waffe spielt auch in der heutigen Zeit eine noch immer bedeutende Rolle.

Der Großteil an Verletzungen ist, laut der meisten Studien, weniger schwerwiegend oder relevant, so dass es zunächst widersprüchlich erscheint, warum dennoch so häufig medizinische Hilfe seitens der Opfer benötigt wird und diese Krankenhausnotaufnahmen aufsuchen. Hierbei darf jedoch nicht der subjektive Leidensdruck des Opfers unterschätzt werden, auch wenn es sich „nur“ um ein Hämatom handelt. Zudem ist es üblich, dass Polizei und Rettungsdienst bei gewalttätigen Auseinandersetzungen mit sichtbaren Verletzungen oder subjektiven Beschwerden der Geschädigten häufig zunächst eine Krankenhauseinweisung initiieren, um schlimmere Gesundheitsfolgen auszuschließen, auch wenn diese aus medizinischer Sicht vielleicht nicht immer notwendig erscheint.

Insgesamt ist das tatsächliche Dunkelfeld zum Ausmaß an Gewalterfahrungen, die keinerlei medizinischer Versorgung bedürfen, aber dennoch polizeilich angezeigt werden könnten, sehr groß. Alle dargestellten gegenwärtigen Untersuchungsergebnisse können im Enddefekt lediglich als Mindestwerte interpretiert werden.

Im Vergleich mit den erfassten Daten unserer Studie, scheinen die dargestellten Ergebnisse sich in Ausmaß von Verletzungsart und -lokalisierung weitestgehend zu decken. Zu berücksichtigen ist, dass die Gewalterfahrungen der befragten Patienten teilweise mehrere Jahre bis Jahrzehnte zurücklagen, so dass vereinzelte unter- oder übertriebene Verletzungsdarstellungen seitens der Studienteilnehmer nicht auszuschließen sind. Bei der Betrachtung von allgemeinen Studienergebnissen bezüglich Verletzungsart und -lokalisierung ist zudem selbstverständlich Art und Ausführlichkeit

der ärztlichen Dokumentation bzw. Erfassungsmethoden der jeweiligen Studie bei der Beurteilung der Ergebnisse nicht zu vernachlässigen, da sie sich auf das Ausmaß von Studienergebnissen erheblich auswirken können.

5.3.5.1 Sexuelle Gewalt

Verletzungen der Genital-/Analregion wurden bei 4,7% aller berichteten Gewalttaten angegeben. Insgesamt erfuhren folglich 11,9% aller von Gewalt betroffenen Patienten sexuelle Gewalt, wobei die Geschlechterverteilung eine überaus deutliche Betonung des weiblichen Geschlechtes aufzeigte: 22,7% der von Gewalt betroffenen Frauen (n=88) bzw. 8,8% aller befragten Frauen und nur ein Mann berichteten von sexueller Gewalt. Bezüglich der Täter konnte keine Betonung einer bestimmten Tätergruppe festgestellt werden.

Nur die wenigsten Sexualstraftaten werden tatsächlich polizeilich angezeigt. Wenn es doch dazu kommt, dann werden am ehesten Vergewaltigungen durch fremde Männer, die, laut Wieners und Hellbernd (2000), allerdings nur einen Anteil von circa 30,0% aller Vergewaltigungen ausmachen, polizeilich bekannt. Weibliche Heranwachsende und Erwachsene ab 21 Jahren werden, bezogen auf ihren Bevölkerungsanteil, in Deutschland am häufigsten Opfer von Vergewaltigungstaten oder sexueller Nötigung (BKA 2002). Da die chronischen gesundheitlichen Folgen sexueller Gewalt besonders schwerwiegend sein können, ist es von großer Bedeutung, dass Ärzte sich nicht scheuen ihre Patienten darauf anzusprechen sowie Hilfestellung und Vertrauen zu signalisieren.

5.3.6 Inanspruchnahme medizinischer Hilfen und ihrer Kosten

Laut einer Studie von Gloor und Meier (2004) suchte jede fünfte Frau schon einmal aufgrund einer Gewalterfahrung eine(n) Arzt/Ärztin oder einen(e) Psychologe(in)/Psychiater(in) auf. Bei jeder zehnten Frau waren die Verletzungen so schwerwiegend, dass sie in einer Notaufnahme im Krankenhaus medizinische Hilfe in Anspruch nahm. Etwas weniger als die Hälfte aller gewaltbetroffenen Patienten unserer Studie (46,5%) erklärten, dass sie sich aufgrund der Folgen ihrer körperlichen Gewalterfahrung gesundheitlich versorgen ließen. Unter Berücksichtigung der Mehrfachnennungen waren bei 43,7% ein Arztbesuch und bei 17,0% der Patienten ein Krankenhausaufenthalt Folge der Gewalt. 23,8% der Patienten waren aufgrund der gewaltbedingten Verletzungen vorübergehend arbeitsunfähig und erhielten eine Krankschreibung. Die Geschlechterverteilung zeigte hierbei keinen wesentlichen Unterschied auf. Im englischen Bristol wurde eine vergleichbar große Anzahl (16,0%) an Gewaltopfern stationär aufgenommen (Shepherd et al. 1990), während im Rahmen einer aktuelleren

englischen Studie (Downing et al. 2003) nur 7,1% der Gewaltopfer für mehrere Tage im Krankenhaus weiterbehandelt wurden (Durchschnittliche Liegedauer: Zwei Tage). Zusätzlich waren hier bedeutend mehr Männer betroffen. 75,3% der betroffenen Patienten konnten direkt im Anschluss der medizinischen Behandlung entlassen werden. 14,0% wurden zu einer weiteren Behandlung in die Praxis eines ambulant tätigen Arztes überwiesen. Fachärzte der Augen- und Zahnheilkunde nahmen bei der konsiliarischen Behandlung von Gewaltopfern eine bedeutende Rolle ein (Young u. Douglass 2003) (vergleiche auch 5.5).

Die direkten und indirekten Kosten von Gewalt sind laut internationaler Studien beträchtlich. Um diese zu ermitteln sind nicht nur die Kosten, die Gewalt im Gesundheitssystem verursacht, zu berücksichtigen. Gewaltfolgekosten betreffen auch den sozialen Bereich (z. B. Opferhilfseinrichtungen, Kinder- und Jugendhilfe), die Justiz (z. B. Strafverfolgung) sowie den gesamten Bereich der Gewerbsarbeit (z. B. Arbeitsunfähigkeit, Frühberentung) (Hornberg et al. 2008). Indirekte Kosten umfassen neben Produktivitätseinbußen u. a. auch verminderte Lebensqualität von Gewaltopfern sowie Schäden öffentlichen Eigentums (Krug u. Dahlberg et al. 2002).

In Bezug auf interpersonelle und selbstbezogene Gewalt (Verletzungen bis Tod) berechnete eine amerikanische Studie für das Jahr 2000 Kosten in Höhe von mehr als 70 Milliarden US-Dollar, wobei Gewaltfolgekosten aufgrund von Produktivitätsverlusten einen Anteil von 92,0% (\$64,4 Milliarden) ausmachten. Dennoch wurden beträchtliche 5,6 Milliarden Dollar für medizinische Kosten ausgegeben (Corso et al. 2007). Hinsichtlich häuslicher Gewalt zeigte eine weitere amerikanische Studie auf, dass häusliche Gewalt im Gesundheitssektor zu 1,6- bis 2,3fach höheren Gesundheitskosten im Vergleich zu Patienten mit identischer Komorbiditätsstruktur führt (Ulrich et al. 2003). Laut Einschätzungen der Weltgesundheitsorganisation machen in den USA Gewaltfolgekosten einen Anteil von 3,3% des Bruttoinlandproduktes aus (WHO, 2004).

Im medizinischen Bereich fallen überwiegend Kosten für die medizinische Erstversorgung bei akuten Verletzungen an. Kosten für die Behandlung von psychosomatischen Beschwerden, sexuell übertragbaren Krankheiten, für psychologische Beratung und therapeutische Behandlung (z. B. Psychotherapie/Psychiatrie) sind ebenso einzubeziehen wie Ausgaben für Medikamente oder Rehabilitationsmaßnahmen (Hornberg et al. 2008).

Die folgende Tabelle 5.1 zeigt einen Überblick internationaler Studien zu den ökonomischen Kosten von Gewalt auf. Zur Bestimmung und Systematisierung der Kosten von Gewalt im Gesundheitssystem sei zudem auf das aktuell erschienene Manual der WHO verwiesen (WHO 2008).

Tab. 5.1: Internationale Studien zu den sozioökonomischen Kosten von Gewalt

Land/Studie		Summe in € pro Jahr*	Kostenart/Bereiche
England/Wales (Walby 2004)	Häusliche Gewalt (körperl., sex., psych.) zwischen aktuellen Partnern, Frauen wie Männern	33,1 Mrd. € inkl. 2 Mrd. €	direkte und indirekte Kosten: Polizei, Gericht, Strafvollzug, Gesundheitsversorgung, Sozialhilfe, Opferhilfe und Zufluchtseinrichtungen, Verlust von Produktivität, Lohn, humane und emotionale Auswirkungen direkte Kosten: Gesundheitssektor
USA (NCIPC 2003)		inkl. 3,4 Mrd. € inkl. 1,5 Mrd. €	direkte Kosten: Gesundheitssektor indirekte Kosten: Verlust von Produktivität, Lohn etc.
Andalusien/Spanien (Institute for Women of Andalusia 2003)	Gewalt gegen Frauen	2,4 Mrd. €	direkte und indirekte Kosten: Gesundheitssektor, Opferhilfe und Zufluchtseinrichtungen, Polizei, Gericht, Strafvollzug, Verlust von Produktivität, Lohn, individuelle emotionale Belastungen
Finnland (Piispa u. Heiskanen 2001)	Gewalt gegen Frauen, insbes. durch den (Ex-)Partner	50 Mio. € inkl. 6,80 Mio.€ davon 2,57 Mio.€ 0,77 Mio.€ exkl. 3,50 Mio.€ 61-112 Mio.€	direkte Kosten: Polizei, Gericht, Strafvollzug, Gesundheitsversorgung, Sozialhilfe, Opferhilfe und Zufluchtseinrichtungen direkte Kosten: Gesundheitssektor gesamt → ambulante Versorgung → stationäre Versorgung → Medikation indirekte Kosten: Verlust von Produktivität, Lohn etc.
Schweiz (Godenzi u. Yodanis 1998)	Gewalt gegen Frauen (körperl., sex., psych.) durch (Ex-)Partner	260 Mio. €	direkte Kosten: Polizei, Gericht, Strafvollzug, Gesundheitsversorgung, Sozialhilfe, Opferhilfe und Zufluchtseinrichtungen
Niederlande (Korf et al. 1997)	Gewalt gegen Frauen (angedrohte oder körperl. (u.psych.) Gewalt durch den (Ex-) Partner	151 Mio. €	direkte und indirekte Kosten: medizinische und psychosoziale Versorgung, polizeiliche und gerichtliche Strafverfolgung, Verlust von Arbeitsproduktivität, Aufwand für Früherkennung etc.

*aufgrund der Währungsumrechnung handelt es sich um ungefähre Beträge

(Quelle: Hornberg et al. 2008)

Für Deutschland gibt es bislang zu den gesundheitsökonomischen und gesellschaftlichen Folgekosten von Gewalt noch keine vergleichbaren nationalen Zahlen. Da Daten für das Ausmaß von Gewalt und für die Inanspruchnahme von Versorgungseinrichtungen in Deutschland Ergebnissen internationaler Studien entsprechen, muss von vergleichsweise ähnlich hohen anteiligen Kosten für Deutschland ausgegangen werden. Folglich stellt die Bekämpfung und Prävention von Gewalt einen nicht zu unterschätzenden ökonomischen Faktor für das Gesundheitssystem dar (Hornberg et al. 2008). Ein zeitigeres Erkennen und eine adäquatere Behandlung von gewaltbedingten Beschwerden könnten die Folgekosten von Gewalt denkbar drastisch senken sowie die erheblichen individuellen und gesamtgesellschaftlichen Folgen reduzieren (Hornberg et al. 2008; Wisner u. Gilmer 1999).

5.4 Kontaktpersonen nach der Gewalttat

Viele Menschen, denen Gewalt widerfährt, sprechen mit niemandem über das Ereignis. Im Rahmen unserer Studie gaben etwa 25,0% der befragten gewaltbetroffenen Personen an, mit niemandem gesprochen zu haben bzw. nach 29,5% der Gewalttaten wurde sich niemandem anvertraut. Laut einer Studie im Auftrag des deutschen BMFSFJ erklärten dort 40,0% bis 50,0% der weiblichen Betroffenen, sich bezüglich einer Gewalterfahrung niemandem anvertraut zu haben (Müller et al. 2004).

Wenn Dritte angesprochen werden, dann am häufigsten Freunde und Personen aus dem engsten Familienkreis. 64,0% unserer gewaltbetroffenen Studienteilnehmer berichteten, mit einer ihnen nahe stehenden Person gesprochen zu haben. Es konnte in diesem Zusammenhang keine beeinflussende Rolle bezüglich der Beziehung zwischen Opfer und Täter festgestellt werden.

Es ist bekannt, dass Berufsgruppen, die relevant häufig beim Erstkontakt von Gewaltopfern eine Rolle spielen, entweder Angehörige des Gesundheitssystems (wie z. B. Hausärzte, Ärzte in Notaufnahmen, Krankenschwestern) oder der Polizei sind. Die Bedeutung, die diesen beiden Berufsgruppen zukommt, soll im Folgenden dargestellt werden.

5.4.1 Das polizeiliche und „gesundheitliche“ Dunkelfeld

Laut Studien werden drei- bis zehnmal mehr Gewaltopfer von medizinischem Personal in Krankenhäusern gesehen und behandelt als Gewalttaten bei der Polizei registriert werden (Sivarajasingam et al. 2001). Im Rahmen unserer Untersuchung kontaktierte ebenfalls ein relevanter Anteil von Patienten bei früheren Gewalterfahrungen im Anschluss nicht die Polizei: 30,6% der Patienten (n=176) gaben an, nach der (früheren) gewalttätigen Auseinandersetzung die Polizei eingeschaltet zu haben, während 69,4% keine polizeiliche Anzeige erstatteten. Daraus resultiert ein polizeiliches Dunkelfeld von etwas mehr als zwei Dritteln. Dieses Ergebnis muss aufgrund der Mehrfachantwortmöglichkeiten als Mindestwert angesehen werden.

Ein geringeres polizeiliches Dunkelfeld wird in zwei englischen Untersuchungen beschrieben. In beiden wurden etwa 50,0% der gewalttätigen Angriffe, die bei Notaufnahmepatienten registriert wurden, auch zusätzlich der Polizei gemeldet (Howe u. Crilly 2002; Young u. Douglass 2003). Hingegen lieferte eine norwegische Umfrage unter Notaufnahmepatienten vergleichbare Ergebnisse mit unserer Studie: 30,0% der gewaltbetroffenen Personen gaben an, definitiv nicht die Polizei zu involvieren und 26,0% waren sich nicht sicher, ob sie es tun würden. 32,0% erstatteten schließlich eine Anzeige. Ein Unterschied zwischen Frauen und Männern konnte diesbezüglich sowohl

hier (Steen u. Hunskaar 2004) als auch in der vorliegenden Untersuchung nicht festgestellt werden.

Eine Begründung, weshalb häufig weniger Anzeigen erstattet werden als Gewalttaten geschehen, mag an dem häufig geringen Vertrauen liegen, das Polizei und Justiz entgegengebracht wird (Steen u. Hunskaar 2004). Vorstellbar ist zudem, dass Gewaltopfer leichtere Verletzungen subjektiv oft als zu trivial empfinden, als dass ihrer Meinung nach eine Anzeige angemessen wäre.

Auffällig im Rahmen unserer Untersuchung war, dass mehr als die Hälfte (64,5%) der polizeilich bekannten Angriffe von einem Fremdtäter verübt wurden, während in 35,4% dieser Angriffe eine Person aus dem sozialen Nahfeld angezeigt wurde (1,6% Partner, 24,1% Expartner, 6,2% Familie, 3,1% Bekannter). Drei der sieben Akutopfer der Notfallpraxen gaben an, die Polizei bereits eingeschaltet zu haben. Alle drei Akutopfer wurden von einer fremden Person angegriffen. Scheinbar fällt es den Opfern, die von einer fremden Person verletzt oder missbraucht wurden, deutlich leichter die Tat der Polizei zu melden (Wieners u. Hellbernd 2000). Hingegen scheint bei Gewalttaten im sozialen Nahraum häufig Apathie auf Seiten des Opfers oder Angst vor erneuter Gewalt durch den Täter so dominierend zu sein (Young u. Douglass 2003), dass die Polizei nicht regelhaft involviert wird.

Einige Patienten mögen zudem auch fälschlicherweise davon ausgehen, dass Polizeipräsenz bei oder nach einem Gewaltgeschehen automatisch eine Täteranzeige garantiert (Young u. Douglass 2003).

Prävalenz und Inzidenz⁶ von Gewaltopfern sind aber nicht nur in polizeilichen Statistiken, sondern auch in Notaufnahmen und Arztpraxen unterrepräsentiert. So vertraute sich in unserer Studie ein Anteil von 34,6% gewaltbetroffener Patienten nach der Tat einem Angehörigen des Gesundheitssystems an („gesundheitliches“ Dunkelfeld: 65,4%). 20,4% der Patienten sprachen nach der Gewalttat mit dem Arzt in der Notaufnahme, 9,6% der Patienten erklärten, zusätzlich auch dem Pflegepersonal im Krankenhaus den Verletzungshergang und Täter mitgeteilt zu haben. Allerdings immer in der Kombination, dass sich auch dem Arzt der Notaufnahme anvertraut wurde. 5,6% der Gewaltopfer vertrauten sich dem Hausarzt und dem Arzt in der Notaufnahme an. 8,5% der Patienten sprachen nach der Gewalttat nur mit ihrem Hausarzt.

Studien haben aufgezeigt, dass 95,0% aller Verletzungen, die durch eine gewalttätige Auseinandersetzung hervorgerufen wurden, in Krankenhausnotaufnahmen behandelt

⁶ Inzidenz: Anzahl der Neuerkrankungsfälle einer bestimmten Erkrankung innerhalb eines bestimmten Zeitraums; epidemiologisches Maß zur Charakterisierung des Krankheitsgeschehens in einer bestimmten Population (Pschyrembel 2002)

werden (Shepherd et al. 1993). Ein Drittel aller Frauen, die Gewalt mit Verletzungsfolgen erlebt haben, konsultiert irgendwann deswegen einen Arzt (Müller et al. 2004). Wenn also institutionelle Hilfe von Opfern in Anspruch genommen wird, handelt es sich am häufigsten um Ärzte und Ärztinnen. Notaufnahmen stellen ein rund um die Uhr bestehendes Behandlungsangebot mit einer relativ anonymen Atmosphäre dar, so dass Akutopfer von Gewalt, wenn sie aufgrund körperlicher Verletzungen medizinische Hilfe in Anspruch nehmen müssen, am häufigsten Notaufnahmen aufsuchen. Folglich könnte vor allem dem medizinischen Personal in Notaufnahmen eine ideale und verantwortungsvolle Rolle zukommen, die entsprechende Behandlung und Weiterleitung gewaltbetroffener Patienten zu koordinieren (Anglin u. Sachs 2003).

Neben Ärzten in Krankenhausnotaufnahmen, haben auch niedergelassene Ärzte übermäßig häufig, wenn auch meist nicht wissentlich, Kontakt mit Gewaltopfern. So kann meist ein Praxisbesuch (wie z. B. Routinechecks, Untersuchungen während der Schwangerschaft, Begleitung des Kindes zum Kinderarzt) selbst auch dann noch von einem Gewaltopfer (z. B. bei chronisch misshandelten und sozial isolierte Frauen) wahrgenommen werden, wenn beispielsweise ein gewalttätiger Partner Kontakte zur Außenwelt erheblich zu kontrollieren weiß (Seifert et al. 2006). Hier besteht eine einzigartige Möglichkeit für den niedergelassenen Arzt dem Gewaltopfer in einer vertrauenswürdigen, neutralen und sicheren Umgebung als mögliche Ansprechperson Hilfe zu signalisieren.

Angemessene Hilfestellung kann den Opfern aber nur dann zu Gute kommen, wenn das Wissen um diese Problematik unter denen mit Gewaltopfern häufiger in Kontakt tretenden medizinischen Berufsgruppen verbreitet ist und auch angesprochen wird.

Hier aber liegt das Problem: Studien haben aufgezeigt, dass die meisten weiblichen Gewaltopfer in Notaufnahmen und Arztpraxen nicht als solche erkannt werden. Teils weil sie sich nicht als solche zu Erkennen geben (gewalttätige Verletzungen werden als selbstverschuldete Unfälle dargestellt), teils aus Angst, dass von ihnen die Trennung vom Täter gefordert werden könnte (Müller et al. 2004). Zudem wird häufig nicht von Seiten des medizinischen Personals nach dem genauen Tat- bzw. Unfallhergang gefragt (Abbott et al. 1995).

Im Rahmen der vorliegenden Studie konnte herausgearbeitet werden, dass sich 11,9% der befragten Patienten, bei denen die Gewaltverletzung Ursache für das Aufsuchen einer medizinischen Institution war, nach der Gewalttat keinem Angehörigen der dort tätigen Berufsgruppe (wie z. B. Ärzte, Pflege) mit dem wahren Grund anvertraute. Ferner erklärte ein Akutgewaltopfer, dem Arzt nicht den wahren Grund der aktuellen Verletzung genannt zu haben.

Angesichts der beachtlich hohen Kontaktfrequenz zwischen Gesundheitssystem und gewaltbetroffenen Personen („gesundheitliches Helffeld“ von 34,6%) sowie unter Anbetracht eines Gewaltausmaßes von knapp 40,0% in unserem medizinischen Zufallskollektiv, sollte vor allem den Angehörigen des Gesundheitssystems bewusst sein, welche verantwortungsvolle Position ihnen in der Kontaktaufnahme, Beratung und Unterstützung von Gewaltopfern zukommt.

Viele Ärzte zeigen jedoch verhängnisvoller Weise eine starke Vermeidungstendenz auf, wenn es um das Thema „Gewalt“ geht. Gewaltopfer bleiben, trotz wiederholter Arztbesuche, über Jahre hinweg mit ihren Erlebnissen und den körperlichen und psychischen Folgen allein. Häufig werden seitens des Arztes vergeblich die (Folge-) Symptome therapiert, statt durch eine ausführliche Sozialanamnese den wahren Grund der Beschwerden aufzudecken, die Problematik anzusprechen und entsprechende Hilfe anzubieten. Warum es vielen Ärzten schwer fällt, Patienten nach Gewalterfahrungen zu fragen, wo genau die doch erheblichen Handlungsunsicherheiten und Barrieren liegen und was sich gewaltbetroffene Patienten von Ärzten wünschen, wenn sie medizinische Hilfe in Anspruch nehmen, war und ist Gegenstand der wissenschaftlichen Diskussion. Mögliche Schritte, die der „Krankheit Gewalt“ und ihren Folgen entgegengesetzt werden können, aber auch Präventivmaßnahmen die von Angehörigen des Gesundheitssystems, Politik und Krankenkassen getragen werden müssen, sollen in den letzten Punkten dieser Arbeit dargestellt werden.

5.5 Barrieren auf Seiten der Opfer und Ärzte

Viele Ärzte zeigen Handlungsunsicherheiten auf, wenn es um das Erkennen von gewaltbedingten Verletzungen und gesundheitliche Folgestörungen geht oder aber nehmen Opfer von Missbrauch und Gewalt nicht als solche wahr (Artus 2007). Häufig wird der Vergleich gezogen, dass von Ärzten das Ansprechen auf Gewalt wie das „Öffnen von Pandoras Box“ empfunden wird: Ärzte fürchten die Offenbarung der Patienten und die eigene Ohnmächtigkeit gegenüber der nicht im Vorwege einzuschätzenden Situation. Auch der enorme Zeitdruck und Zeitaufwand, der aus einer derartigen Situation resultieren könnte, stellt bei vielen Ärzten ein bedeutendes Hindernisse dar, so dass nicht nach dem genauen Verletzungshergang oder möglichen Ursachen bestimmter Symptome gefragt wird (McCauley u. Yourk et al. 1998; Sugg u. Inui 1992).

Des Weiteren dürften Erklärungsansätze, wie mit Vorurteilen und Stereotypen belastete Kenntnisse über die Dynamik von (häuslicher) Gewalt, fehlende Sensibilität für Wünsche und Bedürfnisse der Betroffenen sowie mangelnde Empathie von Bedeutung dafür sein (Elliott et al. 2002), dass es Ärzten oft schwer fällt, einen offensichtlichen Zusammenhang zwischen Verletzungen oder körperlichen Beschwerden und Gewalt wahrzunehmen.

Dieses Bild spiegelt sich auch in einer amerikanischen Untersuchung unter medizinischem Personal wieder, die sich mit Einstellungen und Erfahrungen medizinischen Personals zum Thema „Gewaltanamnese“, speziell zur Partnerschaftsgewalt, befasst (Sugg et al. 1999). So schätzten 50,0% der Klinikärzte, sowie 70,0% der Krankenschwestern und -pfleger die Rate der von häuslicher Gewalt betroffenen Patienten mit unter 1,0% als viel zu gering ein. Zusätzlich gaben alle Studienteilnehmer (Ärzte und Pflege) an, dass es sie weniger Überwindung koste, Patienten zu Rauchgewohnheiten oder Alkoholgenuss zu befragen als eine Gewaltanamnese zu erheben. 45,0% der Klinikärzte bestätigten, dass sie, wenn sie Verletzungen behandelten, Patienten selten oder nie auf Verletzungen durch häusliche Gewalt untersuchten oder gezielt danach fragten. 28,0% der Befragten gaben an, dass sie über zu wenig Wissen und eine fehlende Strategie verfügten um den Opfern von Gewalt helfen zu können.

Im selben Jahr ergab eine empirische Befragung von niedergelassenen Allgemeinmedizinern, Internisten und Gynäkologen in zwei Berliner Bezirken (n = 65) von Mark, dass dieses nicht allein ein Problem unter amerikanischen Ärzten und Pflegekräften ist. In nur jedem zehnten Fall wurde häusliche Gewalt von den Berliner Ärzten auch tatsächlich als solche erkannt. Ein Drittel der befragten Ärzte erklärte, noch nie in der eigenen Praxis gewaltbetroffene und misshandelte Patienten untersucht und behandelt zu haben, obwohl der Großteil der Ärzte durchaus davon überzeugt war, ein potentieller Ansprechpartner für gewaltbetroffene Patienten sein zu können. Zudem fiel auf,

dass unter den Ärzten ein deutlicher Wissensmangel darin bestand, verschiedene Formen von Gewalt zu erkennen. Die meisten Ärzte verstanden unter häuslicher Gewalt allein körperliche und psychische Gewalt.

Auch Zahnärzten und Zahnärztinnen kann prinzipiell eine spezielle Rolle in der Erkennung von Gewaltopfern zukommen, da häufig körperliche Verletzungen im Kopf- und Gesichtsbereich erkennbar sind (Aved et al. 2007). Eine schriftliche Befragung hessischer Zahnärztinnen und Zahnärzte (n=521) zeigte auf, dass jeder fünfte Zahnarzt bereits direkt mit häuslicher Gewalt im Praxisalltag konfrontiert wurde. Die Lebenszeitprävalenz von Gewalterfahrungen bei Patienten wurde von 58,0% der Ärzte auf 0,0% bis unter 2,0% geschätzt. Nur 3,0% schätzten die Problematik mit einer realistischen Lebenszeitprävalenz von über 20,0% ein (Blättner et al. 2007 a).

Selten kommt dagegen nur eine Form der Gewalt isoliert vor. Kenntnisse über andere Gewaltformen, wie soziale oder ökonomische Gewalt, sollten unter medizinischem Personal bekannt sein, da diese häufig von Bedeutung für die Entstehung mehrdimensionaler Abhängigkeiten zwischen Opfern und Tätern sein können. Beispielsweise können derartige Abhängigkeitsmechanismen verhindern, dass sich Gewaltopfer auf Antrieb aus der häuslichen Gewaltsituation befreien bzw. gleichzeitig in der Lage sind, Hilfe für sich und möglich vorhandene Kinder zu organisieren (Anders et al. 2006). Im Durchschnitt benötigen Opfer von Partnerschaftsgewalt sieben Trennungsversuche, bevor sie sich endgültig von ihrem Partner trennen (Hellbernd et al. 2004). Nur wenn ausreichende Kenntnis über die vielfältigen Gewaltformen und ihrer Dynamik unter den professionellen Berufsgruppen vorhanden ist, kann den Opfern häuslicher Gewalt erfolgreiche und sinnvolle Unterstützung zukommen. Gleichzeitig kann verhindert werden, dass auf Seiten des Arztes in aussichtslosen Fällen und bei Misserfolgen Frustrationen, Toleranzverlust und Unverständnis zur Resignation führen.

Häufig ist es in der täglichen Praxis üblich, dass der Patient vertrauensvoll Therapieentschlüsse und -anweisungen seitens des paternalistisch handelnden und entscheidungstreffenden Arztes annimmt und befolgt. Ärzte sollten jedoch im Gespräch mit einem gewaltbetroffenen Patienten die Einsicht haben, dass diese Form des „Rollenverhaltens“ erstens auch bezüglich anderer Patienten nicht immer adäquat ist und in einer Situation, in der sich ein gewaltbetroffener Patient dem Arzt anvertraut, unangebracht ist. Vielmehr sollte das Gewaltopfer allein über Art und Umfang möglicher Maßnahmen bestimmen. Selbst dann, wenn seitens des Arztes bestimmte Entscheidungen nicht immer nachvollziehbar und unterstützungswürdig erscheinen (Anders et al. 2006). Nur wenn Gewaltopfern die Möglichkeit überlassen bleibt, sich autonom und selbst-

ständig für oder gegen eine Änderung der eigenen Situation zu entscheiden, kann tatsächlich daraus ein dem Gewaltopfer nachhaltig hilfreiches Ergebnis resultieren. Bedeutungsvoll ist, dass sich Ärzte der vielfältigen Gründe bewusst sein sollten, warum es Opfern von Gewalt häufig schwer fällt von sich aus über Gewalthintergründe zu sprechen (Hellbernd et al. 2003): Scham- und Schuldgefühle sowie das Gefühl einer Mitverantwortlichkeit bezüglich der erfahrenen Gewalttat stellen eine der häufigsten genannten Barrieren dar, weshalb sich Gewaltopfer niemandem anvertrauen. Die Angst vor einer möglichen Eskalation der Gewalt, wenn mit einer außenstehenden Person gesprochen wird, das Gefühl mit der Erfahrung ganz alleine zu sein, Identifikation mit dem Täter („Stockholm-Syndrom“⁷ als Verdrängungsstrategie), aber auch situative Aspekte der Behandlungs- und Gesprächssituation spielen eine Rolle. Von Seiten der Patienten wird das Thema Gewalt eher dann angesprochen, wenn sie das Gefühl haben, dass der Arzt sich ernsthaft kümmert, sich ihrer annimmt und signalisiert, dass er einem weiteren Besuch offen gegenüber steht (McCauley u. Yourk et al. 1998). Interventionen seitens des Arztes werden dann befürwortet, wenn Sicherheit, Privatleben und Autonomie geschützt und akzeptiert werden (Chang et al. 2004).

Ärzten kommt somit bei diesem Prozess ausschließlich eine Rolle der verständnisvollen und Hilfsbereitschaft signalisierenden Vertrauensperson zu. Diese Rolle ist sicherlich ungewohnt und auch häufig aus ärztlicher Sicht nur schwer auszuhalten. Vor allem dann, wenn beispielsweise ein weibliches Gewaltopfer immer wieder zu ihrem gewalttätigen Partner zurückkehrt. Dennoch bietet diese Haltung auch eine große Chance für Ärzte und Gewaltopfer: Indem es dem Arzt erlaubt wird sich abzugrenzen, befreit diese eher „passive“ Rolle in gewisser Hinsicht von der häufig stark gefürchteten Verantwortung. Ängste und Unsicherheiten können seitens der Ärzte abgebaut werden und Gewalterfahrungen schließlich routinierter angesprochen bzw. aus ärztlicher Sicht den Opfern deutlicher signalisiert werden, dass sie als Ansprechpartner und Vertrauensperson zur Verfügung stehen. Der Arzt sollte sich in der Rolle eines Vermittlers sehen und auch so agieren.

Bei der Umsetzung und Aufklärung von Kenntnissen dieser Art könnte die Einführung fachgerechter und problemorientierter Leitfäden und Konzepte für Ärzte eine große Bedeutung zukommen. In den USA hat man bislang gute Erfahrungen mit Leitfäden zum Umgang mit Gewaltopfern (v. a. Opfern häuslicher Gewalt) gemacht. Auch in

⁷ Stockholm-Syndrom: Psychologisches Phänomen, bei dem Opfer (z. B. von Geiselnahmen) ein positives Gefühl zum Täter (z. B. Entführer) aufbauen; es ist möglich, dass die Opfer mit dem Täter sympathisieren, kooperieren oder sich sogar in den Aggressor verlieben (Harnischmacher u. Müther 1987)

Deutschland wurden mittlerweile in fast jedem Bundesland Leitbroschüren für Ärzte und Patienten entwickelt. Ärzte aller Fachrichtungen können so Informationen erlangen, die über das Ausmaß von Gewalt, Gewaltformen und -typen, übliche Verletzungsmuster, sozioökonomische Risikofaktoren, Adressen von kommunalen und rechtlichen Opferhilfeeinrichtungen und Interventionsprojekten aufklären (Blättner et al. 2008 b). Hierdurch können Ärzte für die Thematik sensibilisiert werden und ihre Handlungsunsicherheiten überwunden werden. Besonders sollte Wert darauf gelegt werden, dass in diesen Leitfäden unterschiedliche Perspektiven und Handlungsmöglichkeiten aufgezeigt werden. In einer Auswertung von 19 Interviews mit Hamburger Hausärzten konnten zwei Gruppen von „Arzttypen“ herausgearbeitet werden (Artus 2007):

- Der selbst handelnde und behandelnde Arzt, der sich als *Akteur* begreift. Er hat eine weit gefasste Definition des Gewaltbegriffes, steht der Gabe von Medikamenten kritisch gegenüber, die Kontaktaufnahme und der Kontakt selbst mit Gewaltopfern fällt ihm leicht.
- Der zwar handelnde, aber nicht selbst behandelnde Arzt, der sich als *Vermittler* sieht. Die enger gefasste Definition des Gewaltbegriffes lässt ihn schwieriger und seltener in Kontakt mit Gewaltopfern kommen, er sieht es aber als seine Pflicht an, sich bei Verdacht mit diesen zu beschäftigen und Hilfe zu vermitteln. Kooperationen mit psychologischen Hilfseinrichtungen und Medikamentengabe spielen folglich eine wesentliche Rolle.

Sicherlich gibt es auch Ärzte, die der aktuellen Thematisierung der „Krankheit Gewalt“ ablehnend gegenüber stehen. Die Problematik wird verdrängt bzw. nicht als eine weitere Aufgabe erkannt um die sich ein Arzt verantwortungsvoll und verpflichtend kümmern sollte.

Es wird deutlich, dass primär die individuelle Persönlichkeit des Arztes, sein Wissensstand sowie seine Erfahrungen mit gewaltbetroffenen Personen bestimmen, inwiefern er sich als Kontakt- bzw. Vermittlerperson sieht und um welchen Lösungsweg er sich bemüht. Als fragwürdig erscheinen daher allgemeingültige verpflichtende Handlungsperspektiven. Vielmehr sollten Ärzte, aber auch Studierende und andere medizinische Berufsgruppen, unterschiedliche Perspektiven für den Umgang mit Gewaltopfern und mögliche Herangehensweisen vermittelt bekommen (Artus 2007).

Indem von Seiten des Arztes der für ihn individuell überzeugendste Lösungsweg bewusst selbstständig gewählt wird, besteht die Möglichkeit, dass Gewaltopfer rechtzeitiger erkannt werden. Die subjektiv geschilderte Situation der Opfer kann seitens der

Ärzte besser eingeschätzt werden und schließlich die bestmögliche Intervention gemeinsam mit dem Opfer diskutiert und abgewogen werden.

5.6 Möglichkeiten der Intervention

In den Vereinigten Staaten wird bereits seit mehreren Jahren in Leitfäden und Interventionsprojektstudien von medizinischen Fachgesellschaften die Umsetzung verschiedenster Interventionsstrategien gefordert. So sollen zum Beispiel alle (bzw. nur weibliche) Patienten mit Hilfe sehr kurzer Screening-Fragebögen („Brief Screening Tools“; wie z. B.: Partner Violence Screen (Feldhaus et al. 1997), HITS Screening Tool (Sherin et al. 1998)) routinemäßig zu Gewalterfahrungen und Sicherheit in der Partnerschaft befragt werden, unabhängig von Verletzungs- oder anderen krankheitsbedingten Beschwerden, die einen denkbaren Verdacht von Gewalteinflüssen nahe legen. In einigen amerikanischen Bundesstaaten gibt es sogar Gesetze, die eine frühe Identifizierung von Gewaltopfern in Krankenhäusern mittels Routinefragen vorgeben.

Zielsetzung der vorliegenden Studie war es, für den deutschen Raum mit Hilfe eines den amerikanischen Screening-Fragebögen teils sehr ähnelnden Kurzfragebogens, Daten zum Ausmaß von Gewalterfahrungen und deren gesundheitlichen Folgeerscheinungen zu erhalten. Hieraus können Erkenntnisse über sinnvolle Maßnahmen für Weiterbildungen im Gesundheitswesen abgeleitet werden. Bislang wurden im Rahmen des S.I.G.N.A.L.-Interventionsprojektes in Berlin nur weibliche Patienten zu akuten und früheren Gewalterfahrungen mittels eines (relativ ausführlichen) Fragebogens gescreent, so dass weiterer Handlungs- und Aufklärungsbedarf besteht.

Dass Screeningmethoden einen großen Anteil zur Verbesserung der Erkennung von Opfern beitragen können, wurde in einer Reihe von Studien belegt (z. B. Glass et al. 2001). Wenn zudem Opferhilfeprogramme in den Notaufnahmen der Krankenhäuser etabliert wurden, konnte festgestellt werden, dass daraus eine verstärkte Nutzung von Hilfsangeboten durch die Patienten resultierte (Anglin u. Sachs 2003). Durch Routinefragen im Rahmen der Anamnese könnte demnach erreicht werden, dass sowohl unter medizinischem Personal als auch auf kurz oder lang in der Bevölkerung die Thematik mehr Berücksichtigung erfährt.

Von Seiten der Befragten besteht häufig eine Bereitschaft zur Offenlegung der Gewalterfahrung, die indes eher abhängig vom gezeigten Verständnis als vom Geschlecht oder der Profession der sie interviewenden bzw. ansprechenden Person ist (Brzank et al. 2004). Von großer Bedeutung ist demnach die Art und Weise wie das Gespräch zu diesem intimen Thema durchgeführt wird. Die meisten Frauen stehen konkreten und direkten Fragen, hinsichtlich der Ursache der Verletzungen positiv gegenüber, wenn sie in einer sensiblen, mitfühlenden und vorsichtigen Art und Weise sowie in einer ruhi-

gen und nahezu stressfreien Umgebung befragt werden (Gloor u. Meier 2004; Howe et al. 2002). Auch die vorliegende Studie unterstreicht diesen Aspekt, so verweigerten schließlich nur 1,3% der Personen die Teilnahme an dem fragebogenbasierten Kurzinterview.

Dennoch sind Gewaltscreenings als Standard nicht unumstritten, da ein Effektivitätsnachweis dieser Screenings sehr häufig fehlt (Ramsay et al. 2002; Wathen u. MacMillan 2003). Anglin und Sachs (2003) durchsuchten beispielsweise drei große medizinische Datenbanken nach Artikeln, zwischen 1980 und 2002 erschienen, die Gewaltscreening-„Werkzeuge“, Intervention und Inzidenz betroffener Notaufnahmepatienten untersuchten und das Pro und Contra integrierter Routinefragebögen diskutierten. Obwohl eine allgemein verbindliche Norm zur Qualitätssicherung und ein gesicherter Effektivitätsnachweis noch nicht gefunden werden konnte, kam man dennoch aufgrund des hohen subjektiven Leidensdrucks der Opfer zu dem Schluss, dass Angehörige des medizinischen Versorgungssystem (wie z. B. Ärzte, Pflege) mindestens alle weiblichen Jugendlichen und Erwachsenen im Rahmen der Anamneseerhebung zu möglichen Gewalterfahrungen befragen sollten.

Des Weiteren besteht kein eindeutiger Konsens darüber, ob so genannte „face-to-face“-Befragungen durch einen Arzt, eine Krankenschwester oder sonstige geschulte Person, computerbasierten oder schriftlichen Screenings bezüglich erfasster Inzidenzraten und Akzeptanz bei Patienten überlegen sind (MacMillan et al. 2006). Bei einem routinemäßigen Gewaltscreening ist ebenfalls zu berücksichtigen, dass nur etwa ein Drittel der Ärzte dieses Vorgehen befürwortet (Friedmann et al. 1992). So scheinen bei medizinischem Personal neben mangelnder Erfahrung, Schulung und Überzeugung, was die Durchführung und Effektivität der Screeningmethoden angeht, bereits die erwähnten Ängste und Handlungsunsicherheiten (wie z. B. Zeitmangel, hoher Dokumentationsaufwand) bedeutende Gründe dafür zu sein, die „Krankheit Gewalt“ eher auszublenken als sich ihrer Opfer zu widmen und Hilfe anzubieten (Ramsay et al. 2002; Sugg u. Inui 1992).

Damit Gesundheitsprobleme nicht fehl gedeutet und unerkannt bleiben oder ein riskantes Gesundheitsverhalten der Gewaltopfer zu einer Verschärfung der Gesamtsituation führt (Ramsay et al. 2002), sollten aktiv gestellten Standardfragen nach Gewalterfahrungen im ärztlichen Anamnesegespräch eine große Bedeutung zukommen. Ziel muss es sein, dass Fragen nach Gewalterfahrungen in der Krankheitsanamnese genauso selbstverständlich werden wie es (hoffentlich) auch Fragen nach dem Rauch- und Trinkverhalten, Stuhlnregelmäßigkeiten oder Erektionsstörungen bereits sind. Indem diese Fragen an Normalität gewinnen und ausreichende Unterstützungsangebote für Gewaltopfer bestehen, könnten weitestgehend alle vorhandenen Barrieren überwun-

den werden und mehr gewaltbetroffene Personen erfasst werden. Aufgrund der hohen Zahl von Gewalt erfahrenen Männern in der vorliegenden Untersuchung, erscheint es aus unserer Sicht zudem sinnvoll, auch Männer in die Erhebungen einzubeziehen und sie keinesfalls auszugrenzen.

5.6.1 Prävention von Gewalt

Gewalt in ihren unterschiedlichsten Ausprägungsformen geht, neben körperlichen (Folge-)Schäden, mit einem hohen subjektiven Leidensdruck der Opfer, hohen Kosten für das Gesundheitssystem sowie verheerenden Auswirkungen für die Kinder und andere Angehörige, die mit der Gewalt konfrontiert werden, einher. Das Erkennen und Ansprechen von Gewalt stellt somit eine Grundvoraussetzung dar, um Gewaltopfer zu identifizieren und ihnen geeignete Hilfe zukommen zu lassen.

Viele Gewaltopfer suchen medizinische Versorgungseinrichtungen auf. Folglich ist es notwendig, dass vermehrt Schulungen und Fortbildungsmaßnahmen zur „Krankheit Gewalt“ unter Ärzten und Pflegekräften angeboten werden und verpflichtend wahrgenommen werden müssen (einmalig oder regelmäßig) um ihnen Handlungsmöglichkeiten aufzuzeigen. Die bundesweit entwickelten praxis- und problemorientierten Leitfäden stellen ein sinnvolles Angebot für alle beteiligten medizinischen Berufsgruppen dar, es liegen allerdings bislang kaum Erfahrungswerte vor, inwiefern diese Leitfäden in der Praxis angewendet werden. Es sollte bedeutend mehr Aufmerksamkeit, Zeit und finanzielle Mittel investiert werden um der „Krankheit Gewalt“ entgegenzuwirken. Zudem sollte keinesfalls lediglich in die Weiter- und Fortbildung angehöriger Berufsgruppen des Gesundheitssystems investiert werden - gerade bei niedergelassenen Ärzten gibt es große Schwierigkeiten diese zu einer Teilnahme von Fortbildungsangeboten bezüglich der „Krankheit Gewalt“ zu gewinnen. Auch wäre es wünschenswert, dass bereits in der Ausbildung flächendeckend Schwerpunkte bezüglich dieser hochrelevanten Thematik gesetzt werden. Nur durch eine feste Integration dieser Problematik in Ausbildungs- und Berufsbereiche, die häufiger mit Gewaltopfern konfrontiert werden, kann langfristig eine Sensibilisierung für diese Thematik erfolgen (Graß u. Rothschild 2004).

Speziell der Rechtsmedizin sollte bei der Aus- und Weiterbildung von Medizinern und anderen Berufsgruppen, aber auch bei der Versorgung und Begutachtung von Gewaltbetroffenen eine wichtige Rolle zukommen. Trotz vorhandener und teils gut angenommener Leitlinien und Weiterbildungsangebote kann es für einen praktisch tätigen Arzt schwierig sein, einen Tatbestand und die Tatumstände treffend einzuordnen. Die Unterscheidung zwischen aus Gewalt resultierenden Verletzungen und zufälligen, im Alltag oder durch einen Unfall entstandene Verletzungen, können eine Überforderung für

den Arzt darstellen. Bei der korrekten körperlichen Untersuchung von Gewaltopfern (z. B. nach einer Vergewaltigung) und bei der Dokumentation und Spurensicherung rechtlich verwertbarer Verletzungsbefunde können für den Nicht-Rechtsmediziner Schwierigkeiten entstehen. Hier muss seitens rechtsmedizinischer Ärzte unbedingt Unterstützung angeboten werden. In Hamburg ist beispielsweise im Rahmen eines Rechtsmedizinischen Kompetenzzentrums für Gewaltopfer rund um die Uhr ein Rechtsmediziner erreichbar.

Ergänzend zu der Behandlung und Dokumentation körperlicher Verletzungen ist es zudem von großer Notwendigkeit, dass entsprechende Unterstützungseinrichtungen erhalten und erschaffen werden, die eine sozialmedizinische Betreuung, im Sinne einer adäquaten psychosozialen Versorgung von psychischen, physischen und sexuell betroffenen Gewaltopfern, anbieten.

Unentbehrlich scheint daher eine Vernetzung zwischen Opfer-Interventions-Projekten (Beratungs- und Zufluchtsprojekte, wie z. B. Frauenhäuser) und Einrichtungen der medizinischen und gesundheitlichen Versorgung zu sein. Im Rahmen unserer Untersuchung spielten institutionellen Unterstützungseinrichtungen, wie psychologische Beratungsstellen (3,9%) und Opferhilfsorganisationen (1,1%), eine deutlich untergeordnete Rolle im Aufsuchen und Anvertrauen der Patienten nach einer Gewalterfahrung.

Da niedergelassene Ärzte nicht rund um die Uhr für ihre Patienten erreichbar sein können und bekannt ist, dass Notaufnahmen generell häufiger von Gewaltopfern aufgesucht werden, scheinen Krankenhausnotaufnahmen besonders günstige Orte für die Etablierung von Koordinationsstellen für Gewaltopfer zu sein.

In diesem Rahmen werden in den USA, Großbritannien und Kanada bereits seit Jahren sogenannte „Forensic Nurses“ ausgebildet und in Krankenhausnotaufnahmen eingesetzt. Diese speziell rechtsmedizinisch ausgebildeten Krankenschwestern übernehmen, neben der Sicherstellung von Routinebefragungen, Dokumentation und Datenerhebung (Leitlinien orientiert), auch eine für den Umgang mit Gewaltopfern beratende Funktion ein und koordinieren weitere Unterstützungsangebote. Indem sie autonom ärztliche Aufgaben und Tätigkeiten übernehmen, wie beispielsweise die gynäkologische Untersuchung und Spurensicherung nach einer Vergewaltigung, können folglich Ärzte vor höheren Arbeitsbelastungen, aber auch vor Überforderungen und Hilflosigkeit, geschützt werden (Lambe u. Gage-Lindner 2007).

Für die Etablierung dieses speziellen Berufsfeldes auch in Deutschland wären allerdings zunächst Veränderungen bezüglich struktureller Voraussetzungen nötig: Die Integration der Disziplin des „Forensic nursing“ müsste in die sowieso im Umbruch bestehende Ausbildung von Krankenschwestern fest integriert werden. Folglich müssten aber auch neue Arbeitsstellen geschaffen werden. Neben politischen (und finanziellen)

Interessen, die möglicherweise gegen diese Einführung stimmen würden, ist zudem vorstellbar, dass ärztliche Berufsverbände sich gegen einen derartigen selbstständigen Aufgabenbereich für Krankenschwestern aussprechen würden. Schließlich herrschen - anders als beispielsweise in Ländern wie den USA - in deutschen Krankenhäusern noch immer starke Hierarchien und Diskrepanzen bezüglich Aufgabenverteilungen und Zuständigkeitsbereichen für Ärzte und Pflege. Würden derartige Hindernisse und Vorurteile überwunden werden, könnte folglich dieser „neuen“ Berufsgruppe eine der wichtigsten Schlüsselrollen in der Bekämpfung von Gewalt zukommen (Lambe u. Gage-Lindner 2007).

Zu überlegen wäre zudem, ob bereits schon in Krankenhausnotaufnahmen eine polizeiliche Unterstützung angeboten werden sollte. Die Mehrzahl von Patienten würde es unterstützen, wenn Ärzte routinemäßig bei einer ihnen präsentierten Gewalttat die Polizei informieren würden (Howe et al. 2002). Eine Benachrichtigung der Polizei ohne Zustimmung des Patienten oder ein Drängen zu einem solchen Schritt sind dennoch in solchen Fällen, aufgrund der gesetzlich einzuhaltenden ärztlichen Schweigepflicht, unangebracht. Vielmehr sollten der Arzt und der betroffene Patient im Sinne eines Behandlungsteams gemeinsam entscheiden, welche Schritte und Möglichkeiten in der speziellen Situation im weiteren Verlauf einzuschlagen sind.

Umgekehrt sollten Polizisten Gewaltopfer, die nach der Gewalttat zunächst bei der Polizei Anzeige erstatten, an (rechts-)medizinische Einrichtungen weitervermitteln um eine gesicherte gerichtsverwertbare Dokumentation der Verletzungen sicher zu stellen. Die Einrichtung von Koordinationsstellen wird nicht leicht umzusetzen sein. Daher scheint es zunächst sinnvoll, wenn seitens des medizinischen Personals und der Polizei in Form kleinerer Schritte der Weg zu professionellen Hilfseinrichtungen geebnet wird. Hilfreich könnten zudem Informationsblätter oder -broschüren mit Adressen und Telefonnummern von Opferhilfseinrichtungen sein, die in den Warteräumen der Praxen/Krankenhäuser liegen oder aber seitens des medizinischen Personals griffbereit vorrätig wären (vergleiche „Informationsblatt Opferhilfseinrichtungen in Hamburg“ im Anhang D). Diese Art des Hilfsangebotes scheint auch insbesondere deshalb sinnvoll, weil die betroffene Person selbstständig entscheiden kann, ob und welche Einrichtung von ihr aufgesucht wird.

Nicht nur vor Ort in den Praxen und Notaufnahmen ist die Aufklärung von großer Bedeutung, auch darüber hinaus muss vermehrt Öffentlichkeitsarbeit und Bevölkerungsaufklärung geleistet werden. Nur dann können Hilfsangebote auch direkt im unmittelbaren sozialen Umfeld greifen - schließlich stellen Freunde und Familie eine der wichtigsten Vertrauenspersonengruppen für Gewaltopfer dar.

Am 26.9.2007 wurde vom Bundeskabinett der *Aktionsplan II der Bundesregierung zur Bekämpfung von Gewalt gegen Frauen* verabschiedet. Er setzt da an, wo nach dem ersten Aktionsplan (1999) spezielle Handlungsnotwendigkeiten erkannt wurden. Verstärkte Berücksichtigung kommt nun beispielsweise Frauen mit Migrationshintergrund oder mit Behinderungen zu. Ebenfalls wird gefordert, dass in Bezug auf frühzeitigere Prävention von Kindern und Jugendlichen als Zeugen und Opfer von Gewalt besondere Anstrengungen unternommen werden müssen. Für den Bereich des medizinischen Versorgungssystems wurde erkannt, dass allen voran Ärzte häufig die entscheidenden (ersten) Ansprechpersonen von gewaltbetroffenen Personen sind. So wird sich zum Ziel gesetzt, die medizinische Versorgung und Behandlung folglich so auszugestalten, dass gewaltbetroffene Personen situationsgerecht versorgt und unterstützt werden (BMFSFJ 2007 b).

Die Ergebnisse dieser Arbeit unterstreichen diese vom Aktionsplan II definierten Ziele, verdeutlichen aber auch, dass bisherige Maßnahmen noch nicht ausreichend sind. Ziel muss es weiterhin sein, dass möglichst frühzeitige Gewaltpräventionsmaßnahmen in der Gesundheitspolitik verbreitet und langfristig unter Einbezug aller angehöriger Berufsgruppen verankert werden.

6 ZUSAMMENFASSUNG

Ziel der vorliegenden Arbeit war es, die Häufigkeit und Charakteristika von Gewalterfahrungen in einem zufälligen Patientenkollektiv zu erfassen. Der Gewaltbegriff wurde auf physische gewaltbedingte Verletzungen eingegrenzt. Zur Datenerhebung wurden im Winter 2007 in den Hamburger KV-Notfallpraxen Altona und Farmsen 426 Patienten mittels fragebogenbasierter Kurzinterviews befragt. Der Altersmittelwert betrug 35,9 Jahre. Nur sieben Patienten (1,6%) suchten die Praxen wegen akuter gewaltbedingter Verletzungen auf. Hingegen berichteten 41,3% (n=176) der Patienten über frühere Gewalterfahrungen mit insgesamt 203 Gewalttaten (teils mehrfache Gewalterfahrungen). Das Geschlechterverhältnis war ausgeglichen, jedoch berichteten weibliche Patienten deutlich häufiger über Angriffe aus dem sozialen Nahraum, während bei den männlichen Personen Fremdtäter überwogen. Den Patienten waren aus den 203 Taten insgesamt 320 Verletzungen erinnerlich. Dabei handelte es sich in mehr als 80,0% um Hämatome sowie Schürf- und Platzwunden. Schwerwiegendere Verletzungen (Stich- und Schnittverletzungen, Frakturen, Zahnabbrüche) wurden in nahezu 20,0% berichtet. In 37,9% der Fälle kam es in der Folge zur Konsultation eines Arztes, 20,6% der Personen waren vorübergehend arbeitsunfähig und in 14,7% der Fälle führten die Verletzungen zu einem stationären Krankenhausaufenthalt. Nur 30,6% der Patienten haben sich der Polizei anvertraut. Somit sind mehr als zwei Drittel der Fälle dem polizeilichen Dunkelfeld zuzuordnen. Die wichtigste Rolle als Vertrauenspersonen spielten nach der Straftat Freunde und Familie für 64,2% der Betroffenen. Die Gesundheitsberufe spielten hier die zweitgrößte Rolle: 34,6% der Betroffenen hatten sich einem Professionellen im Gesundheitssystem anvertraut. Hierbei spielten sowohl Hausärzte (14,2%), Krankenhausärzte (26,1%) als auch Pflegepersonal (9,6%) eine Rolle. Beratungsstellen und Hilfsorganisationen wurden vergleichsweise selten kontaktiert (insgesamt 5,0%). Die erhobenen Daten erlauben keine epidemiologischen Rückschlüsse, weisen jedoch auf die Dimension des Phänomens Gewalt in einem zufälligen Patientenkollektiv hin. Vergleichbare Zahlen fehlen bislang für den deutschen Raum. Die Zahlen zeigen eine herausragende Rolle des Gesundheitssystems im Rahmen der Versorgung von Gewaltopfern auf. Dies gilt sowohl für die Versorgung von akut Betroffenen als auch für die Berücksichtigung von Gewalt als Stressor bzw. Auslöser von z. B. psychosomatischen Erkrankungen oder einem risikoreichen Gesundheitsverhalten. Die Thematik muss daher in die Aus- und Weiterbildung in den Gesundheitsberufen eingebunden werden. Zudem sollten die Anlaufstellen des Gesundheitssystems verstärkt in den Mittelpunkt von Versorgungs- und Präventionskonzepten zur Thematik „Krankheit Gewalt“ gestellt werden.

7 LITERATURVERZEICHNIS

Abbott J, Johnson R, Koziol-Mc Lain J, Lowenstein SR (1995) Domestic violence against women. Incidence and prevalence in an emergency department population. JAMA 273: 1763-1767.

American Medical Association (1992) Diagnostic and Treatment Guidelines on Domestic Violence. These guidelines reflect the views of scientific experts and reports in the scientific literature as of March 1992.

American Psychiatric Association (2005) Let's talk facts about Domestic Violence. <http://www.healthyminds.org/multimedia/domesticviolence.pdf>, besucht am 16.08.2007.

Anglin D, Sachs C (2003) Preventive care in the emergency department: screening for domestic violence in the emergency department. Acad Emerg Med 10: 1118-1127.

Anders S, Seifert D, Heinemann A, Zinke M, Püschel K (2006) Zu ärztlichen Aspekten der Ursachen von Folgen häuslicher Gewalt. Hamburg Ärztebl 60 (4): 190-193.

Archer J (2002) Sex differences in physically aggressive acts. Aggression and Violent Behaviour 7: 313-351.

Artus J (2007) Qualitative Untersuchung zur Rolle häuslicher Gewalt in der allgemeinmedizinischen Praxis. Dissertation, Universität Hamburg.

Aved B M, Meyers L, Burmas E L (2007) Challenging dentistry to recognize and respond to family violence. J Calif Dent Assoc 35: 555.

Bensley L, Van Eenwyk J, Wynkoop Simmons K (2003) Childhood Family Violence and Women's Risk for Intimate Partner Violence and Poor Health. Am J Prev Med 25 (1): 38-44.

Blättner B, Frerick B, Fuchs U (2008 a) Häusliche Gewalt in der Zahnarztpraxis erkennen: Zahnärzte wünschen Handlungsanleitungen. Erfahrungen hessischer Zahnärztinnen und Zahnärzten erfragt. NZB 10: 10-12.

Blättner B, Frerick B, Müller I (2008 b) Gesundheitliche Folgen von Gewalt. Ärzte sollten ganz genau hinsehen. Dt Ärztebl 105(1-2): 23-26.

Boyle A, Robinson S, Atkinson P (2004) Domestic violence in emergency medicine departments. Emerg Med J 21:9-13.

Bruhns K, Wittmann S (2006) Umstände und Hintergründe der Einstellung von Mädchen zur Gewalt. Fachwissenschaftliche Analyse. In: Heitmeyer W, Schröttle M. (Hrsg.) Gewalt, Beschreibungen – Analysen – Prävention. Bundeszentrale für politische Bildung, Band 563, Bonn, S. 294-317.

Brzank P, Hellbernd H, Maschewsky-Schneider U (2004) Häusliche Gewalt gegen Frauen: Gesundheitsfolgen und Versorgungsbedarf – Ergebnis einer Befragung von Erste-Hilfe-Patientinnen im Rahmen der S.I.G.N.A.L.-Begleitforschung. Gesundheitswesen 66(3): 164-169.

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

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) (2003), Bundesministerium der Justiz (BMJ) (2003) Mehr Schutz bei häuslicher Gewalt. Informationen zum Gewaltschutzgesetz. Berlin.

Bundesministerium für Familie, Senioren Frauen und Jugend (BMFSFJ) (2007 a) 1. Empirische Daten zu Prostitution in Deutschland.

<http://www.bmfsfj.de/Kategorien/ak-tuelles,did=93316.html>, besucht am 21.12.2008

Bundesministerium für Familie, Senioren Frauen und Jugend (BMFSFJ) (2007 b) Aktionsplan II der Bundesregierung zur Bekämpfung von Gewalt gegen Frauen. Berlin.

Bundeskriminalamt (2002)

<http://www.bka.de/pks/pks2002/index.html>, besucht am 10.08.2007

Bundeskriminalamt (2006)

http://www.bka.de/pks/pks2006/download/pks-jb_2006_bka.pdf, besucht am 10.08.2007

Campbell JC (2002) Health consequences of intimate partner violence. *The Lancet* 359: 1331-1336.

CDC (Centers for Disease Control and Prevention) (2003) Public health and aging: Nonfatal Physical Assault-Related Injuries Among Persons Aged ≥ 60 Years Treated in Hospital Emergency Departments. United States, 2001. *Weekly August 29, 2003*; 52(34): 812-16.

Chang et al. (2005) Health Care interventions for intimate partner violence : What women want. *WHI* 15: 21-30.

Cooper C et al. (2000) Repeat Victims of Violence. Report of a Large Concurrent Case-control Study. *Arch Surg* 135: 837-843.

Corso PS et al. (2007) Medical costs and productivity losses due to interpersonal and self-directed violence in the United States. *Am J Prev Med* 32(6):474-482.

Cunningham R et al. (2003) Violence and Substance Use among an Injured Emergency Department Population. *Acad Emerg Med* 10(7): 764-775.

Dearwater et al. (1998) Prevalence of intimate partner abuse in women treated at community hospital emergency departments. *JAMA* 280: 433-438.

Deegener G. (2006) Erscheinungsformen und Ausmaße von Kindesmisshandlung. Fachwissenschaftliche Analyse. In: Heitmeyer W, Schröttle M. (Hrsg.) *Gewalt, Beschreibungen – Analysen – Prävention*. Bundeszentrale für politische Bildung, Band 563, Bonn, S. 26-44.

Downing A, Cotterill S, Wilson R. (2003) The epidemiology of assault across the West Midlands. *Emerg Med J* 20: 434-437.

El-Bassel N et al. (2007) Intimate Partner violence prevalence and HIV risks among women receiving care in emergency departments.: implications for IPV and HIV screening. *Emerg Med J* 24: 255-259.

El-Bassel N, Gilbert L, Wu E et al. (2005) Relationship between drug abuse and intimate partner violence: a longitudinal study among women receiving methadone. *Am J Prev Health* 95(3): 465-470.

Elliott L, Nerney M, Jones T, Friedmann PD (2002) Barriers to screening for domestic violence. *J Gen Intern Med* 17: 112-16.

Engfer A (2005): Formen der Misshandlung von Kindern – Definitionen, Häufigkeiten, Erklärungsansätze. In: Egle, Ulrich T./Hoffmann, Sven O./Joraschky, Peter (Hrsg.) Sexueller Missbrauch, Misshandlung, Vernachlässigung. Erkennung, Therapie und Prävention der Folgen früher Stresserfahrungen. Stuttgart, S. 3-19.

Erdemgil-Brandstätter A (2003) Gewalt gegen Frauen. Die Bedeutung des Gesundheitswesens. Ausweitung der Fortbildung für medizinische Berufe im Niederösterreichischen Gesundheitswesen. Bericht 2003.

Ernst A et al. (2007) Witnessing Intimate Partner Violence as a child does not increase the likelihood of becoming an adult intimate partner violence victim. *Acad Emerg Med* 14(5): 411-418.

Feldhaus KM, Koziol-McLain J, Amsbury HL et al. (1997) Accuracy of 3 Brief Screening Questions for Detecting Partner Violence in the Emergency Department. *JAMA* 277: 1357-1361.

Finkelhor D (1998). Zur internationalen Epidemiologie von sexuellem Mißbrauch an Kindern. In: Amann, Gabriele/Wipplinger, Rudolf (Hrsg.) Sexueller Mißbrauch. Überblick zu Forschung, Beratung und Therapie. Ein Handbuch. Tübingen, S. 72-85.

Friedmann LS, Samet JH, Roberts MS, Hudlin M, Hans P. (1992) Inquiry about victimization experiences: a survey of patient preferences and physician practices. *Arch Intern Med* 152: 1186-90.

Galm B, Herzig S, Lillig S et al. (2007) Kindeswohl und Kindeswohlgefährdung. In : Arbeitsstelle Kinder- und Jugendkriminalitätsprävention (Hrsg.) Strategien der Gewaltprävention im Kindes- und Jugendalter. Eine Zwischenbilanz in sechs Handlungsfeldern. München, S. 31-59.

www.dji.de/bibs/_Band11_Gewaltpraevention.pdf, besucht am 21.12.2008.

Gazmararian JA et al. (1996) Prevalence of violence against pregnant women. JAMA 275(24): 1915-1920.

GiG-net - Forschungsnetz Gewalt im Geschlechterverhältnis (Hrsg.) (2008) Gewalt im Geschlechterverhältnis. Erkenntnisse und Konsequenzen für Politik, Wissenschaft und Soziale Praxis. Verlag Barbara Budrich, Opladen.

Glass N, Dearwater S, Campell J. (2001) Intimate Partner Violence Screening and Intervention: Data from Eleven Pennsylvania and California Community Hospital Emergency Department. J Emerg Nurs 27: 141-9.

Gloor D, Meier H. (2004) Frauen, Gesundheit und Gewalt im sozialen Nahraum – Repräsentativbefragung bei Patientinnen der Maternité Inselhof Triemli, Klinik für Geburtshilfe und Gynäkologie. Zürich.

Godenzi A, Yodanis C. (1998) Erster Bericht zu den ökonomischen Kosten der Gewalt gegen Frauen. Universität Fribourg (Hrsg.), Fribourg 1998.

Görgen T, Greve W. (2006) Alter ist kein Risikofaktor an sich für die Opferwerdung. Fachwissenschaftliche Analyse. In: Heitmeyer W, Schröttle M. (Hrsg.) Gewalt, Beschreibungen – Analysen – Prävention. Bundeszentrale für politische Bildung, Band 563, Bonn, S.144-163.

Grabowsky P (1999) Managing violence and health: strategies, solutions, research and methodological issues. Australian Institute of Criminology. In Violence and Health: Proceedings of a WHO Global Symposium, 12-15 October 1999, Kobe, Japan, WHO Centre for Health Development, Kobe, pp. 415-428.

Graß H, Rothschild MA (2004) Klinische Rechtsmedizin. Aufgaben und Herausforderungen im Rahmen der medizinischen Betreuung von Opfern häuslicher Gewalt. Rechtsmedizin 14: 188-193.

Grisso JA et al. (1999) Violent Injuries among Women in an Urban Area. NEJM 341(25): 1899-1905.

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 Nordrhein-Westfalen“. Osnabrück.

Hagemann-White C (2006) Gemeinsamkeiten und Unterschiede der Gewalt gegen Frauen und Männer. Kommentar zu den fachwissenschaftlichen Analysen. In: Heitmeyer W, Schröttle M. (Hrsg.) Gewalt, Beschreibungen – Analysen – Prävention. Bundeszentrale für politische Bildung, Band 563, Bonn, S.117-123.

Harnischmacher R, Müther J (1987) The Stockholm syndrome. On the psychological reaction of hostages and hostage-takers. Arch Kriminol: 180(1-2): 1-12.

Hegarty K, Hindmarsh ED, Gilles M (2000) Domestic violence in Australia: definition, prevalence and nature of presentation in clinical practice. MJA 173: 363-67.

Heise L, Pitanguy J, Germain A (1994) Violence against women: The hidden health burden. World Diskussion Papers 255. Washington.

Heitmeyer W, Schröttle M (2006) Gewalt, Beschreibungen – Analysen – Prävention. Bundeszentrale für politische Bildung, Band 563. Bonn.

Heitmeyer W, Soeffner HG (2004) Gewalt. Entwicklungen – Strukturen – Analyseprobleme. Sammelband. Frankfurt a.M.

Hellbernd H et al. (2003) Häusliche Gewalt gegen Frauen: Gesundheitliche Versorgung. Das SIGNAL-Interventionsprogramm. Handbuch zur Implementierung von Interventionsprojekten gegen häusliche Gewalt an Frauen: Das S.I.G.N.A.L.-Programm (Teil A), Wissenschaftlicher Bericht der Begleitforschung (Teil B). Berlin.

Howe A et al. (2002) Acceptability of asking patients about violence in accident and emergency. Emerg Med J 19: 138-140.

Hofner MC, Python NV, Martin E, Gervasoni J-P, Graz B, Yersin B (2005) Prevalence of victims of violence admitted to an emergency department. Emerg Med J 2005; 22:481-485.

Hornberg C, Schröttle M, Bohne S, Khelaifat N, Pauli A (2008) Gesundheitliche Folgen von Gewalt unter besonderer Berücksichtigung von häuslicher Gewalt gegen Frauen. Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 42. Robert Koch-Institut (Hrsg.), Berlin.

Howe A, Crilly M (2002) Identification and characteristics of victims of violence identified by emergency physicians, triage nurses, and the police. *Inj Prev* 8: 321-323.

Hutchison IL et al. (1998) The BAOMS United Kingdom survey of facial injuries. Part I: aetiology and the association with alcohol consumption. *Br J Oral Maxillofac Surg* 36: 3-13.

Igney, C (2005) Optimierung der gesundheitlichen Versorgung gewaltbetroffener Frauen. Unveröffentlichte Magisterarbeit. Fernuniversität Hagen.

Institute for Women of Andalusia (2003) The economic and social cost of domestic violence in Andalusia. Andalusia
<http://www.juntadeandalucia.es/iea//dtbas/index2-EN.htm>, besucht am 06.01.2008

Jasinski JL (2004) Pregnancy and domestic violence: a review of the literature. *Trauma Violence Abuse* 5(1): 47-64.

Jungnitz L, Lenz HJ, Puchert R, Puhe H, Walter W (2004) Gewalt gegen Männer. Personale Gewaltwiderfahrungen von Männern in Deutschland. Ergebnisse der Pilotstudie. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.), Berlin.

Jungnitz L, Lenz HJ, Puchert R et al. (2007) Gewalt gegen Männer. Personale Gewaltwiderfahrungen von Männern in Deutschland. Verlag Barbara Budrich, Opladen.

Kavemann B (2002) Interventionsprojekte gegen häusliche Gewalt. *Theorie und Praxis der Sozialen Arbeit* 5: S. 343 - 349

Kemmner C, Klein M, Zemlin U (2004) Gewalterfahrungen bei Patientinnen und Patienten einer Fachklinik für Alkoholabhängige: Ergebnisse einer Prävalenzerhebung und Konsequenzen für das Behandlungsprogramm. *Suchttherapie* 5: 124-131.

Kovac SH et al. (2003) Differing symptoms of abused versus nonabused women in obstetric-gynecology settings. *Am J Obstet Gynecol* 188: 707-13.

Korf DJ, Meulenbeek H, Mot E et al. (1997) Economic Costs of Domestic Violence Against Women. Utrecht, Netherlands: Dutch Foundation of Women`s Shelters.

Krahé B, Berger A (2005) Sex differences in relationship aggression among young adults in Germany. *Sex Roles* 52: 829-38.

Kramer A, Lorenzon D, Mueller G (2004) Prevalence of Intimate Partner Violence and Health Implications for Women using Emergency Departments and Primary Care Clinics. *WHI* 14: 19-29.

Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi AB, Lozano R, eds (2002) World report on violence and health. Geneva, Switzerland. World Health Organization (WHO).

Kühne O (2007) Gewaltbedingte Verletzungen in der chirurgischen Notaufnahme des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf. Dissertation. Universität Hamburg.

Lambe A, Gage-Lindner N (2007) Pushing the Limit: Forensic Nursing in Germany. *J Foren Nurs* 3(3&4): 1-10.

Lenz HJ (2006) Gewalt gegen Männer als neues Thema in Forschung und Gesellschaft. Fachwissenschaftliche Analyse. In: Heitmeyer W, Schröttle M. (Hrsg.) *Gewalt, Beschreibungen – Analysen – Prävention*. Bundeszentrale für politische Bildung, Band 563, Bonn, S. 98-116.

Lind G. (1993) Zur Psychologie gewalttätigen Verhaltens und seiner Prävention. *Psychology of Morality and Education*. Konstanz.

Lipsky S, Caetano R, Field CA, Larkin GL (2005) Psychosocial and substance-use risk factors for intimate partner violence. *Drug Alcohol Depend* 78: 39-47.

MacMillan HL et al. (2006) Approaches to screening for intimate partner violence in health care settings: a randomized trial. *JAMA* 296(5): 530-536.

Mark H (2000) Häusliche Gewalt gegen Frauen aus der Sicht niedergelassener Ärztinnen und Ärzte: Ergebnisse einer Befragung in den Berliner Bezirken Hohenschönhausen und Lichtenberg. *Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften* 8(4): 332-346.

Martinez M, Schröttle M, Condon S et al. (2007) Perspectives and standards for good practice in data collection on interpersonal violence at European Level. CAHRV - Report 2007. Co-ordination Action on Human Rights Violations funded through the European Commission, 6th Framework Programme, Project No. 506348
<http://www.cahrv.uni-osnabrueck.de/reddot/190.htm>, besucht am 10.09.2007

McCauley J, Yourk R et al. (1998) Inside Pandoras`s box: abused women`s experience with clinicians and health services. *J Gen Intern Med* 13 (8): 549-555.

McCauley J, Kern DE, Kolodner K et al. (1995) The "Battering Syndrome": Prevalence and clinical characteristics of domestic violence in primary care internal medicine practices. *Ann Intern Med* 123: 737-746.

McCloskey et al. (2005) Intimate Partner Violence and Patient Screening across Medical Specialities. *Acad Emerg Med* 12: 712-722.

McFarlane J et al. (1992) Assessing for abuse during pregnancy. Severity and frequency of injuries and associated entry into prenatal care. *JAMA* 267(23): 3176-3178.

Müller O, Schröttle M, Glammeier S, Oppenheimer C (2004) Lebenssituation, Sicherheit und Gesundheit von Frauen in Deutschland. Eine repräsentative Untersuchung von Gewalt gegen Frauen in Deutschland im Auftrag des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Zusammenfassung zentraler Studienergebnisse). Eigendruck, BMFSFJ (Hrsg.), Berlin.

Müller O, Schröttle M (2006) Gewalt gegen Frauen in Deutschland – Ausmaß, Ursachen und Folgen. Fachwissenschaftliche Analyse. In: Heitmeyer W, Schröttle M (Hrsg.) Gewalt, Beschreibungen – Analysen – Prävention. Bundeszentrale für politische Bildung, Band 563, Bonn, S. 77-97.

NCIPC – National Center for Injury Prevention and Control (2003) Costs of Intimate Partner Violence Against Women in the United States. Atlanta (GA). Centers for Disease Control and Prevention.

Piispa M, Heiskanen M (2001) The Price of Violence. The Costs of Men`s Violence against Women in Finland. Statistics Finland and Council for Equality, Ministry of Social Affairs and Health (Hrsg.), Helsinki.

Petridou E et al. (2002) What distinguishes unintentional injuries from injuries due to intimate partner violence: a study in Greek ambulatory care settings. *Inj Prev* 8: 197-201.

Pschyrembel (2002) *Klinisches Wörterbuch*. 259. Auflage, de Gruyter, Berlin.

Rand MR (1997) Violence-Related Injuries Treated in Hospital Emergency Departments. Bureau of Justice Statistics, Special Report. U.S. Department of Justice, Office of Justice Programs, NCJ-156921.

Ramsay J, Richardson J et al. (2002) Should health professionals screen women for domestic violence? Systematic review. *BMJ* 325(7359): 314.

Schroer M (2004) Gewalt ohne Gesicht. Zur Notwendigkeit einer umfassenden Gewaltanalyse, in: Wilhelm Heitmeyer, Hans-Georg Soeffner (Hrsg.) *Gewalt*, Frankfurt a.M., S.21-61.

Schubarth, W (2000) *Gewaltprävention in Schule und Jugendhilfe. Theoretische Grundlagen. Empirische Ergebnisse. Praxismodelle*. Neuwied, Kriffel.

Schwaak T (2006) *Evaluation der Interventionsstelle gegen häusliche Gewalt „pro-Aktiv“ in Hamburg*. Büro für Sozialpolitische Beratung (Hrsg.), Bremen.

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, Nomos Verlagsgesellschaft, Baden-Baden.

Schwindt HD, Baumann J u.a. (1990) *Ursachen, Prävention und Kontrolle von Gewalt. Analysen und Vorschläge der Unabhängigen Regierungskommission zur Verhinderung und Bekämpfung von Gewalt (Gewaltkommission)*. Band I, Endgutachten und Zwischengutachten der Arbeitsgruppen, Berlin, S.36.

Seifert D, Heinemann A, Püschel K (2006) Frauen und Kinder als Opfer häuslicher Gewalt. *Dt Ärztebl* 103(33): A2168-2173.

Seifert D, Heinemann A, Koch C, Franke B et al. (2004) Modellprojekt zur Implementierung eines Rechtsmedizinischen Kompetenzzentrums für die Untersuchung von Opfern von Gewalt. Ergebnis des ersten Projektjahres 01.02.2003-31.01.2004. Institut für Rechtsmedizin, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf.

Shepherd JP, Shapland M, Pearce NX, Scully C (1990) Pattern, severity and aetiology of injuries in victims of assault. *Journal of the Royal Society of Medicine* 83: 75-78.

Shepherd JP (1997) Doctors have a community responsibility. *BMJ* 315(7118): 1298.

Shepherd JP, Ali MA, Hughes AO, et al. (1993) Trends in urban violence: a comparison of accident department and police records. *JRSM* 86: 87-88.

Shepherd JP, Sivarajasingam V, Rivara FP (2000) Using injury data for violence prevention. *BMJ* 321: 1481-2.

Sherin KM, Sinacore JM, Li XQ et al. (1998) HITS: A Short Domestic Violence Screening Tool for Use in a Family Practice Setting. *Fam Med* 30(7): 508-12.

Sivarajasingam V, Shepherd JP (2001) Trends in community violence in England and Wales 1995-1998: an accident and emergency department perspective. *Emerg Med J* 18: 105-109.

Sivarajasingam V, Shepherd J (2002) Trends in community violence in England and Wales 1995-2000: an accident and emergency perspective. *J Publ Health Med* 24(3): 219-226.

Stauber M, Weyerstahl T (2005) *Gynäkologie und Geburtshilfe*. 2. Auflage, Duale Reihe, Stuttgart, S. 103.

Steen K, Hunskaar S (2004) Violence in an urban community from the perspective of an accident and emergency department: a two-year prospective study. *Med Sci Monit* 10(2): CR75-79.

Sugg et al. (1999) Domestic violence and primary care. *Arch Fam Med* 8: 301-306.

Sugg NK, Inui T (1992) Primary care physicians' response to domestic violence. Opening Pandora's box. JAMA 17, 267(23): 3157-60.

Süsse A (2008) Gewaltbedingte Verletzungen in der chirurgischen Notaufnahme der Asklepios Klinik St. Georg. Dissertation, Universität Hamburg.

Tjaden P, Thoennes W (2000) Extent, nature and consequences of intimate partner violence. Findings from the national violence against women survey. National Institute of Justice. Washington.

Thompson et al. (2006) Intimate Partner Violence. Prevalence, Types, and Chronicity in Adult Women. Am J Prev Med 30(6): 447-457.

Ulrich YC, Cain KC, Sugg NK, Rivara FP, Rubanowice DM, Thompsen RS (2003) Medical care utilization patterns in women with diagnosed domestic violence. Am J Prev Med 24: 9-15.

Van As S (2004) The Management of Child Maltreatment. Paed Rev 1(4): 30-37.

Walby S, Allen J (2004) Domestic Violence, sexual assault and stalking: Findings from the British Crime survey. Home office Research Study. Development and Statistics Directorate. London.

<http://www.homeoffice.gov.uk/rds/bcs1/html.>, besucht am 20.08.2007

Walby S (2004) The Cost of Domestic Violence. Funded by Department of Trade and Industry, Women and Equality Unit. London.

http://www.womenandequalityunit.gov.uk/research/cost_of_dv_Report_sept04.pdf,
besucht am 03.01.2008

Walker L (1983) The battered women syndrome study. In: Finkelhor D, Gelles RJ, Hotaling GT, Straus MA (Hrsg.) The dark side of families: Current family violence research. Beverly Hills, Sage Publications.

Wathen CN, MacMillan HL (2003) Interventions for violence against women: scientific review. JAMA 289(5): 589-600.

Weinsheimer et al. (2005) Severe Intimate Partner Violence and Alcohol Use among Female Trauma Patients. *J Trauma* 58: 22-29.

WHO (2004) The economic dimensions of interpersonal violence.

http://www.who.int/violence_injury_prevention/publications/violence/economic_dimensions/en/, besucht am 04.08.2007

WHO (2006) Faktenblatt EURO: Erreichung der niedrigsten verletzungsbedingten Sterblichkeitsraten in allen Ländern könnte jährlich eine halbe Million Menschen in der Region retten. Kopenhagen, Rom, Wien.

WHO (2008) Manual for estimating the economic costs of injuries due to interpersonal and self-directed violence.

http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241596367_eng.pdf, besucht am 20.10.2008

Wieners K, Hellbernd H (2000) Gewalt mach krank. Zusammenhänge zwischen Gewalt und Gesundheit. In: Länderbericht der Bundesrepublik Deutschland des European Women`s Health Network (EWHNET), S. 32-45.

Williams GF, Chaboyer WP, Schluter PJ (2002) Assault-related admissions to hospital in Central Australia. *MJA* 177(6): 300-304.

Wingood GM, DiClemente RJ, Raj A (2000) Adverse Consequences of Intimate Partner Abuse among Women in Non-Urban Domestic Violence Shelters. *Am J Prev Med* 19(4): 270-275.

Wisner C, Gilmer T, Saltzman LF, Zink TM (1999) Intimate Partner Violence against women. Do victims cost health Plans more? *J Fam Pract* 48(6): 439-43.

Wright J, Kariya A (1997) Assault patients attending a Scottish accident and emergency department. *JR Soc Med* 90: 322-326.

Wüstenberg W (1992) Sexueller Missbrauch an Mädchen und Jungen und die Aufgaben der Sozialarbeit und Sozialpädagogik. In: Straumann U (Hrsg.) Beratung und Krisenintervention. GwG-Verlag, Köln.

Young CA, Douglass JP (2003) Use of, and outputs from, an assault patient questionnaire within accident and emergency departments on Merseyside. *Emerg Med J* 20: 232-237.

8 ANHANG

ANHANGSVERZEICHNIS

Anhang A: Informationsblatt für Studienteilnehmer

Anhang B: Einwilligungserklärung zum Datenschutz

Anhang C: Fragebogen

Anhang D: Informationsblatt Opferhilfeeinrichtungen in Hamburg

Anhang A: Informationsblatt für Studienteilnehmer



Universitätsklinikum
Hamburg-Eppendorf

Institut für Rechtsmedizin, Butenfeld 34, 22529 Hamburg

Tel.: 42803-2127/6330

Ansprechpartner: Frau J. Jänner, Dr. S. Anders

Mit Unterstützung der



ÄRZTEKAMMER
HAMBURG

Informationsblatt

für die Teilnehmer der Studie

„Vorkommen von Gewaltopfern in Hamburger Notfallpraxen“

Das Institut für Rechtsmedizin des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf führt mit Unterstützung der Ärztekammer Hamburg eine wissenschaftliche Studie durch, welche helfen soll das Ausmaß von gewaltbedingten Verletzungen sowie die Gewalterfahrungen der Patienten in den Hamburger Notfallpraxen abzuschätzen.

1. Das Ziel dieser wissenschaftlichen Studie ist es, ein verbessertes Hilfsangebot für Opfer von Gewalttaten (z.B. Körperverletzung, Sexualdelikte) zu schaffen, indem diese frühzeitig als Opfer erkannt und entsprechend weitergeleitet und versorgt werden. Zu denken ist hierbei etwa an eine psychosoziale Betreuung, eine rechtliche Beratung oder eine zusätzliche Untersuchung im Institut für Rechtsmedizin.
2. Wir bitten Sie, durch die Beantwortung einiger Fragen zum Gelingen der Studie und damit zu einer optimierten Versorgung von Gewaltopfern beizutragen. Hierbei handelt es sich um Fragen zu Ihren Gewalterfahrungen, eventuell erlittenen gewaltbedingten Verletzungen und Personen, denen Sie sich ggf. anvertraut haben sowie Fragen zu ihrer derzeitigen Lebenssituation.
Die Beantwortung der Fragen nimmt weniger als fünf Minuten in Anspruch.
3. Diese wissenschaftliche Untersuchung wird von Ärzten und Wissenschaftlern durchgeführt, die der ärztliche Schweigepflicht unterliegen. Ihre Daten werden ohne Angaben von Namen und Geburtsdatum gespeichert, und fließen nur unter Nennung einer Codenummer in die wissenschaftliche Studie ein. Sie können daher nicht durch Dritte identifiziert werden.
4. Sollten Sie zu irgendeinem Zeitpunkt Bedenken bezüglich Ihrer Einwilligung haben, können Sie jederzeit und ohne Angaben von Gründen Ihre Angaben zurückziehen. In diesem Fall werden Ihre Daten über die Codenummer identifiziert und aus der Erhebung gelöscht.
5. Sollten Sie sich zum heutigen Zeitpunkt nicht für eine Teilnahme entscheiden können, später aber zur Verfügung stehen, dann melden Sie sich bitte beim Institut für Rechtsmedizin am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf unter der Telefonnummer 040-42803-6330. Wir werden dann einen Termin mit Ihnen vereinbaren.

Wir bedanken uns für Ihre Mitarbeit. Unsere Mitarbeiterin steht Ihnen auch jetzt gerne für Fragen, Auskünfte oder eine Beratung zur Verfügung.

Anhang B: Einwilligungserklärung zum Datenschutz

Universitätsklinikum
Hamburg-Eppendorf

Institut für Rechtsmedizin
Direktor: Prof. Dr. med.
K. Püschel

Einwilligungserklärung zum Datenschutz

Ich weiß, dass die im Rahmen dieser Studie erhobenen Daten und persönlichen Mitteilungen der ärztlichen Schweigepflicht unterliegen und zur Verarbeitung und Auswertung nur ohne meinen Namen (Pseudonym) zusammengeführt werden dürfen.

Mir ist bewusst, dass die Auswertungen in medizinischen Fachzeitschriften veröffentlicht werden können, allerdings ohne Offenlegung meiner persönlichen Angaben.

Ich wurde darüber aufgeklärt, dass bei der Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten die Bestimmungen des Bundesdatenschutzgesetzes eingehalten werden.

Hamburg, den _____ Unterschrift _____

Erste 3 Buchstaben Ihres Vornamens ____ _

Erster Buchstabe Ihres Nachnamens ____

Ich entbinde den behandelnden Arzt der Notfallpraxis hinsichtlich der heutigen Untersuchung von seiner ärztlichen Schweigepflicht und stimme einer mündlichen Weitergabe der bei mir gestellten Diagnosen zu.

Hamburg, den _____ Unterschrift _____

Anhang C: Fragebogen

Universitätsklinikum
Hamburg-Eppendorf

Mit Unterstützung der



ÄRZTEKAMMER
HAMBURG

I. Allgemeine Daten

- **Geschlecht:** Mann Frau
- **Alter:** _____ Jahre
- **Staatsangehörigkeit:** _____

II. Akute Situation

- **Fühlen Sie sich in Ihrer derzeitigen Partnerschaft sicher?**
Ja Nein derzeit keine Partnerschaft
- **Gibt es einen Partner aus einer ehemaligen Beziehung, der Sie auf irgendeine Weise bedroht?**
Ja Nein
- **Haben Sie gegenüber dem Arzt heute den wahren Grund Ihrer Verletzung genannt?**
Ja Nein

III. Akute Verletzungen

- **Sind Ihre heutigen Verletzungen auf eine Gewalttat zurückzuführen?**
Ja Nein
- **Falls Ja,
Ist die verursachende Person**

1. Ihr Partner	<input type="checkbox"/>
2. Ihr Ex-Partner	<input type="checkbox"/>
3. Ein Familienmitglied	<input type="checkbox"/>
4. Ein Bekannte/r	<input type="checkbox"/>
5. Ein Fremde/r	<input type="checkbox"/>

IV. Fragen zum Thema frühere Gewalterfahrungen

Wurden Sie schon einmal Opfer einer Gewalttat? (z.B.: wurden Sie geschlagen, getreten, oder auf irgendeine andere Weise angegriffen)

Ja Nein

- **Falls ja,**

Von wem wurden Sie angegriffen und wann geschah dies?

Bitte kreuzen Sie zutreffende Antworten an!

1. Partner	
In den letzten 4 Wochen	<input type="checkbox"/>
In den letzten 12 Monaten	<input type="checkbox"/>
In den letzten 5 Jahren	<input type="checkbox"/>
Vor mehr als 5 Jahren	<input type="checkbox"/>

2. Ex-Partner	
In den letzten 4 Wochen	<input type="checkbox"/>
In den letzten 12 Monaten	<input type="checkbox"/>
In den letzten 5 Jahren	<input type="checkbox"/>
Vor mehr als 5 Jahren	<input type="checkbox"/>

3. Familienmitglied	
In den letzten 4 Wochen	<input type="checkbox"/>
In den letzten 12 Monaten	<input type="checkbox"/>
In den letzten 5 Jahren	<input type="checkbox"/>
Vor mehr als 5 Jahren	<input type="checkbox"/>

4. Bekannte/r	
In den letzten 4 Wochen	<input type="checkbox"/>
In den letzten 12 Monaten	<input type="checkbox"/>
In den letzten 5 Jahren	<input type="checkbox"/>
Vor mehr als 5 Jahren	<input type="checkbox"/>

5. Fremde/r	
In den letzten 4 Wochen	<input type="checkbox"/>
In den letzten 12 Monaten	<input type="checkbox"/>
In den letzten 5 Jahren	<input type="checkbox"/>
Vor mehr als 5 Jahren	<input type="checkbox"/>

Welche Verletzungen erlitten Sie durch die folgenden Personen?

	Partner	Ex-Partner	Familienmitglied	Bekannte/r	Fremde/r
Hautunterblutungen (blaue Flecken, Hämatome)	<input type="checkbox"/>				
Schürf- oder Platzwunden	<input type="checkbox"/>				
Knochenbrüche	<input type="checkbox"/>				
Stich-oder Schnittverletzungen	<input type="checkbox"/>				
Zahnabbrüche oder -lockerungen	<input type="checkbox"/>				

An welchen Körperregionen wurden Sie durch diese Personen verletzt?

	Partner	Ex-Partner	Familienmitglied	Bekannte/r	Fremde/r
Gesicht/ Kopf	<input type="checkbox"/>				
Hals	<input type="checkbox"/>				
Arme/Hände	<input type="checkbox"/>				
Brustregion	<input type="checkbox"/>				
Rücken	<input type="checkbox"/>				
Genital-/Analregion	<input type="checkbox"/>				
Beine/Füße	<input type="checkbox"/>				

V. Verhalten nach der Gewalttat

Wem haben Sie sich nach einem solchen Angriff anvertraut?

1. Niemandem	<input type="checkbox"/>
2. Polizei	<input type="checkbox"/>
3. Familie oder Freunden	<input type="checkbox"/>
4. Hausarzt	<input type="checkbox"/>
5. Arzt im Krankenhaus (Notaufnahme)	<input type="checkbox"/>
6. Krankenschwester	<input type="checkbox"/>
7. Psychologische Beratungsstelle (z.B. Frauenhaus)	<input type="checkbox"/>
8. Opferhilfsorganisation (z.B. Weißer Ring)	<input type="checkbox"/>

Waren körperliche und/oder psychische Folgeerscheinungen der Gewalttat Ursache für eine(n):

1. Arztbesuch	<input type="checkbox"/>
2. Arbeitsunfähigkeit oder Krankschreibung	<input type="checkbox"/>
3. Krankenhausaufenthalt	<input type="checkbox"/>

Anhang D: Informationsblatt über Opferhilfeeinrichtungen in Hamburg**OPFERHILFEEINRICHTUNGEN IN HAMBURG****Weisser Ring e.V. Hamburg: 040/251 76 80 (Regionalbüro)****Bundesweit: 01803 34 34 34**

Opfer aller vorsätzlichen Straftaten, Opferberatung, Übernahme von Anwaltskosten im Prozess, finanzielle Hilfe zum Ausgleich des Schadens, Hilfe bei Behördengängen und Anträgen

Rechtsmedizinische Untersuchungsstelle für Opfer von Gewalt: 42803-2127

Kostenlose medizinische Hilfe für die verletzten Opfer von Gewalttaten detaillierter Dokumentation von Verletzungen und fachmännischer Spurensicherung auch ohne Stellung einer Strafanzeige

Opferhilfe e.V. Hamburg: 38 19 93

Opfer von Straftaten, besonders in der Familie, Strafanzeigen nicht erforderlich, psychologische Betreuung, Familienberatung, Partner-Beratung, Hilfe bei Behördenangelegenheiten

Pro-aktiv Interventionsstelle: 41 30 70 80

Information bei häuslicher Gewalt und Nachstellung, Weitervermittlung an Hilfseinrichtungen, Begleitung

Opferhotline: 226 226 27

Für Opfer häuslicher Gewalt

Hamburger Frauenhäuser und Umland: 040 - 19 702**040 - 19 704****040 - 19 710****040 - 19 714****040 - 19 715****04184 - 82 85**

9 LEBENS LAUF

Name: Johanna Mechthild Jänner

Geburtstag /-ort: 28.09.1983 in Hamburg

Nationalität: Deutsch

10 DANKSAGUNG

Ich möchte Herrn Prof. Dr. med. Klaus Püschel, Direktor des Institut für Rechtsmedizin der Universität Hamburg, für die Überlassung dieses interessanten Themas danken.

Mein ganz besonderer Dank gilt meinem wissenschaftlichen Betreuer Herrn Dr. med. Sven Anders. Seine hervorragende und kontinuierliche Betreuung sowie stets positive und motivierende Unterstützung haben mir bei der Erstellung dieser Arbeit sehr geholfen. Vielen Dank für die mehrfach kritische und zügige Durchsicht, dem unkomplizierten Einrichten von Treffen und der geduldigen Vorbereitung für „meinen Auftritt“ beim Kongress der DGRM in Mainz.

Es ist mir ein besonderes Anliegen, mich an dieser Stelle ebenfalls bei den Patienten für die Teilnahme an den Interviews sowie bei der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg für die Unterstützung dieser Studie zu bedanken. Mein Dank gilt vor allem Herrn Christian Wieken, Leiter der KV-Notfallpraxen, und allen Mitarbeitern der KV-Notfallpraxen Altona und Farmsen - ohne deren Geduld und freundliche Unterstützung wäre es kaum möglich gewesen, die Datenerhebung so zügig und unproblematisch durchzuführen.

Herrn Prof. Dr. rer. nat. Hans-Peter Beck-Bornholdt danke ich für seine engagierten „Doktorandenseminare“. Bei formalen und statistischen Problemen waren seine praktischen Hinweise immer sehr hilfreich.

Ferner möchte ich mich ganz herzlich bei Andrea Lambe für die Hilfestellung zu Beginn der praktischen Datenerhebung und für die nette Zusammenarbeit bei der statistischen Auswertung der Daten bedanken.

Ein großes Dankeschön gilt zudem Mascha Egberts und Jannika Wiskemann bei der Hilfe für das Layout sowie Lena Strotmann für die Korrektur dieser Arbeit. Christin Klebe und Helena Türk bin ich für die vielen kleinen Tipps und Aufmunterungen sehr dankbar.

Schließlich bedanke ich mich ganz herzlich bei meinen Eltern und meiner Schwester Friederike, die mich das gesamte Studium liebevoll unterstützt haben.

11 EIDESSTATTLICHE VERSICHERUNG

Ich versichere ausdrücklich, dass ich die Arbeit selbstständig und ohne fremde Hilfe verfasst, andere als die von mir angegebenen Quellen und Hilfsmittel nicht benutzt und die aus den benutzten Werken wörtlich oder 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 bei einem Fachvertreter an einer anderen Hochschule zur Überprüfung vorgelegt oder mich anderweitig um Zulassung zur Promotion beworben habe.

.....

Johanna Jänner