

UNIVERSITÄTSKLINIKUM HAMBURG-EPPENDORF

Institut für Rechtsmedizin

Direktor der Einrichtung: Prof. Dr. med. Benjamin Ondruschka

**Umgang mit Opfern von häuslicher Gewalt in der hausärztlichen Praxis
in Hamburg und Schleswig-Holstein**

Dissertation

zur Erlangung des Grades eines Doktors der Zahnmedizin
an der Medizinischen Fakultät der Universität Hamburg.

vorgelegt von:

Ann-Kathrin Precht

aus Kassel

Hamburg 2021

Angenommen von der
Medizinischen Fakultät der Universität Hamburg am: 22.04.2022

Veröffentlicht mit Genehmigung der
Medizinischen Fakultät der Universität Hamburg.

Prüfungsausschuss, der/die Vorsitzende: Prof. Dr. Martin Scherer

Prüfungsausschuss, zweite/r Gutachter/in: Prof. Dr. Sven Anders

Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis

1. Einleitung	1
1.1 Definition von Gewalt und häuslicher Gewalt	3
1.2 Erscheinungsformen häuslicher Gewalt	6
1.3 Risikofaktoren	8
1.4 Folgen häuslicher Gewalt	9
1.5 Prävalenz	12
1.5.1 Allgemeine Datenlage	12
1.5.2 Gewalt gegen Männer.....	14
1.6 Rechtliche Situation.....	18
1.6.1 Rechte und Pflichten des Arztes.....	18
1.6.1.1 Schweigepflicht	18
1.6.1.2 Offenbarungspflicht, rechtfertigender Notstand.....	19
1.6.1.3 Kinderschutzgesetz.....	19
1.6.1.4 Dokumentationspflicht	21
1.6.2 Rechte der Opfer.....	21
1.6.2.1 Gewaltschutzgesetz	21
1.6.2.2 Opferentschädigungsgesetz	22
1.6.2.3 Vertrauliche Spurensicherung	24
1.7 Prävention und Intervention im Gesundheitssektor.....	25
1.7.1 Die Rolle des Arztes	25
1.7.2 Interventionsprogramme.....	26
1.8 Aus-, Fort- und Weiterbildung	30
1.8.1 Allgemeine Entwicklung der Implementierung von Standards.....	31
1.8.2 Universitäre Ausbildung.....	34
1.9 Fragestellung und Zielsetzung.....	36
2. Material und Methoden	38
2.1 Vorbereitung und Konzeption des Fragebogens	38
2.2 Datenerhebung.....	38
2.3 Fragebogen	41
2.4 Datenauswertung	42
3. Ergebnisse.....	44
3.1 Rücklaufquote des Fragebogens.....	44
3.2 Deskriptive Datenanalyse	46
3.2.1 Angaben zur Person.....	46
3.2.1.1 Geschlecht	46
3.2.1.2 Alter	47
3.2.1.3 Dauer der ärztlichen und hausärztlichen Tätigkeit in einer Praxis.....	47
3.2.1.4 Praktischer Arzt, Arzt in Weiterbildung und Facharzt.....	49

3.2.2	Frage 1: „Ich werde mit dem Thema ‚häusliche Gewalt‘ in meinem ärztlichen Arbeitsalltag konfrontiert.“	50
3.2.3	Frage 2: „Wenn das Thema ‚häusliche Gewalt‘ aufkommt, dokumentiere ich meine Erkenntnisse.“	51
3.2.4	Angaben zur Anzahl von Fällen von häuslicher Gewalt	52
3.2.4.1	Frage 3.1: „Mit wie vielen Fällen werden Sie pro Jahr ca. konfrontiert?“	52
3.2.4.2	Frage 3.2.: „Wie viele Fälle davon sind betroffene Kinder?“	53
3.2.5	Frage 4: „Unter dem Begriff ‚häusliche Gewalt‘ verstehe ich folgende Gewaltformen.“	54
3.2.6	Angaben zur Durchführung einer Spurensicherung	55
3.2.6.1	Frage 5.1: „Ich fühle mich sicher, bei der Untersuchung von Opfern von häuslicher Gewalt ggf. eine Spurensicherung durchzuführen.“	55
3.2.6.2	Frage 5.2: „Ich nutze dazu folgende Möglichkeiten (ggf. durch Überweisung).“	56
3.2.7	Frage 6: „Der Leitfaden der Ärztekammer zum Thema Umgang mit ‚Opfern von häuslicher Gewalt‘ ist mir bekannt.“	57
3.2.8	Frage 7: „War das Thema ‚Umgang mit Opfern von häuslicher Gewalt‘ Bestandteil Ihres Medizinstudiums?“	58
3.2.9	Frage 8: „Haben Sie an einer Fortbildung zum Thema ‚Umgang mit Opfern von häuslicher Gewalt‘ teilgenommen?“	59
3.2.10	Angaben zur Kontaktaufnahme zu einem rechtsmedizinischen Institut	60
3.2.10.1	Frage 9.1: „Ich habe wegen häuslicher Gewalt bereits Kontakt zu einem rechtsmedizinischen Institut aufgenommen.“	60
3.2.10.2	Frage 9.2: „Ich habe Kontakt zu folgendem rechtsmedizinischen Institut aufgenommen.“	61
3.2.11	Angaben zum Themenbereich Fortbildungsinteresse.....	62
3.2.11.1	Frage 10.1: „Ich bin an Fortbildungen zum Thema ‚häusliche Gewalt‘ interessiert.“	62
3.2.11.2	Frage 10.2: „Ich habe Interesse an folgenden Fortbildungsthemen.“	63
3.2.12	Frage 11: „Ich nehme als Arzt/Ärztin eine wichtige Rolle im Erkennen und Überweisen von Opfern häuslicher Gewalt ein.“	65
3.2.13	Frage 12: „Ich bin oft der/die erste Ansprechpartner/in für Opfer häuslicher Gewalt.“	66
3.2.14	Frage 13: „Ich bin sicher im Erkennen von Opfern häuslicher Gewalt im ärztlichen Arbeitsalltag.“	67
3.2.15	Frage 14: „Bei Verdacht auf häusliche Gewalt kostet es mich Überwindung, dieses Thema anzusprechen.“	68
3.2.16	Frage 15: „Ich bin in der Lage, eine gewaltbezogene Anamnese durchzuführen.“	69
3.2.17	Frage 16: „Ich bin in der Lage, psychische und physische Auffälligkeiten bezogen auf häusliche Gewalt zu erkennen und einzuordnen.“	70
3.2.18	Frage 17: „Die körperliche Untersuchung von Opfern von häuslicher Gewalt bereitet mir keine Schwierigkeiten.“	71
3.2.19	Frage 18: „Ich bin ausreichend ausgebildet, bei Opfern von häuslicher Gewalt Befunde zu dokumentieren.“	72
3.2.20	Frage 19: „Ich bin mit dem Thema ‚häusliche Gewalt‘ überfordert.“	73
3.2.21	Frage 20: „Ich befürchte, dass mir viele Fälle von häuslicher Gewalt in der täglichen Praxis entgehen.“	74
3.2.22	Frage 21: „Ich bin ausreichend über polizeiliche Maßnahmen und rechtliche Möglichkeiten informiert.“	75

3.2.23	Frage 22: „Ich bin in der Lage, Opfer häuslicher Gewalt über weiterführende Beratungsstellen zu informieren.“	76
3.2.24	Frage 23: „Im Studium sollten mehr Unterrichtseinheiten zum Thema ‚häusliche Gewalt‘ angeboten werden.“	77
3.2.25	Frage 24: „Das Thema ‚häusliche Gewalt‘ sollte fester Bestandteil der Weiterbildungen sein.“	78
3.3	Hypothesentests	79
3.3.1	Ergebnis der Untersuchung der Abhängigkeit von Frage 5.1 und Frage 6	79
3.3.2	Ergebnis der Untersuchung der Abhängigkeit von Frage 5.1 und Frage 7	82
3.3.3	Ergebnis der Untersuchung der Abhängigkeit von Frage 5.1 und Frage 8	85
3.4	Vergleich der Bundesländer Hamburg und Schleswig-Holstein	88
3.4.1	Angaben zur Person	88
3.4.2	Fragen 1-24	92
3.4.2.1	Fragen 1-3 und 11-24	92
3.4.2.2	Fragen 4-10	95
3.5	Auswertung der Anmerkungen im Freitextfeld	104
4.	Diskussion	106
4.1	Limitationen der Studie	106
4.2	Diskussion der Antworten des Fragebogens	110
4.2.1	Angaben zur Person	110
4.2.2	Gewaltformen	110
4.2.3	Ausmaß von häuslicher Gewalt	113
4.2.4	Einschätzung der Rolle als Hausarzt	114
4.2.5	Einschätzung der eigenen Kompetenz	115
4.2.5.1	Erkennen und Ansprache	116
4.2.5.2	Anamnese, Untersuchung, Befundung, Dokumentation	120
4.2.6	Informationsmaterial	123
4.2.7	Hilfsnetzwerk	124
4.2.8	Ausbildung, Fortbildung, Weiterbildung	127
4.3	Diskussion der Freitextanmerkungen	132
4.4	Diskussion der Unterschiede im Antwortverhalten der Ärzte in Hamburg und Schleswig-Holstein	134
5.	Zusammenfassung/Summary	139
6.	Literaturverzeichnis	143
	Verzeichnis der Abbildungen	168
	Verzeichnis der Tabellen	170
	Verzeichnis der Anlagen	171
	Anlagen	172
	Danksagung	190
	Lebenslauf	191
	Eidesstattliche Erklärung	192

Abkürzungsverzeichnis

ÄAppO	Approbationsordnung für Ärzte
BGB	Bürgerliches Gesetzbuch
BGH	Bundesgerichtshof
BKA	Bundeskriminalamt
BMFSFJ	Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend
BMAS	Bundesministerium für Arbeit und Soziales
BMBF	Bundesministerium für Bildung und Forschung
BMJV	Bundesministerium für Justiz und Verbraucherschutz
BVG	Bundesversorgungsgesetz
CAU	Christian-Albrechts-Universität zu Kiel
CoE	Council of Europe
df	Degrees of freedom
EU	Europäische Union
e.V.	eingetragener Verein
EWG	Europäische Wirtschaftsgemeinschaft
FRA	Fundamental Rights Agency
GdS	Grad der Schädigungsfolgen
GewSchG	Gewaltschutzgesetz
GP	general practitioner
H	absolute Häufigkeit
HH	Hamburg
iGOBSIS	intelligentes Gewaltopfer-Beweissicherungs- und Informationssystem
KBV	Kassenärztliche Bundesvereinigung
KKG	Gesetz zur Kooperation und Information im Kinderschutz
m	männlich
MBO-Ä	(Muster-)Berufsordnung-Ärzte
MIGG	Medizinische Intervention gegen Gewalt an Frauen
MSM	Modellstudiengang Medizin
MWBO	(Muster-)Weiterbildungsordnung
NKLM	Nationaler Kompetenzbasierter Lernzielkatalog Medizin
OEG	Gesetz über die Entschädigung für Opfer von Gewalttaten
<i>p</i> -Wert	probability value

PKS	Polizeiliche Kriminalstatistik
SGB	Sozialgesetzbuch
SH	Schleswig-Holstein
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
StGB	Strafgesetzbuch
UKBF	Universitätsklinikum Benjamin Franklin Berlin
UKE	Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
w	weiblich
WHO	World Health Organization
χ^2	Chi Quadrat

1. Einleitung

Die Thematik der häuslichen Gewalt ist in Deutschland immer häufiger Gegenstand politischer Debatten, wissenschaftlicher Forschung, öffentlicher, gesellschaftlicher Diskussionen und Vorlage neuer Gesetzesentwürfe. Der WHO (World Health Organization) zufolge birgt das Thema ein hohes Potential an gesundheitlichen Risiken, insbesondere für Frauen und Kinder (WHO 2003 und 2013a, Davis 2008). Die Brisanz dieses Problems zeigt sich in vielen länderpolitischen sowie bundesweiten Initiativen seitens der Politik, auf europäischer Ebene durch ein ratifiziertes Übereinkommen zur Implementierung von standardisierten Strukturen zur Prävention und Intervention von häuslicher Gewalt durch die einzelnen Mitgliedsstaaten und international durch Berichte, Studien und Leitlinien, welche von der WHO zusammengeführt werden (2003, 2013a, 2013b, 2014a, 2019).

Dennoch zeigen aktuelle Daten der Polizeilichen Kriminalstatistik (PKS) zur Partnerschaftsgewalt für das Berichtsjahr 2019, dass die zur Anzeige gebrachten Delikte von häuslicher Gewalt im sogenannten Hellfeld weiter ansteigen (vgl. Bundeskriminalamt (BKA) 2020a: 3). Dies lässt auch die Vermutung zu, dass das Ausmaß an Taten im Dunkelfeld, zu dem in Deutschland derzeit keine aktuellen, repräsentativen Daten vorliegen, als weitaus höher einzuschätzen ist. Viele Opfer schweigen aus Schamgefühl (vgl. Hornberg et al. 2008: 38), wenn es sich um solch vermeintlich private Probleme innerhalb der familiären Institution handelt, wodurch Strafanzeigen infolgedessen ausbleiben. Insbesondere wenn häusliche Gewalt in heterogenen Beziehungen vom weiblichen Partner ausgeht und den Mann betrifft, scheint eine allgemeine gesellschaftliche Tabuisierung männliche Opfer zum Schweigen zu bringen – das Problem der weiblichen Täter- und männlichen Opferschaft ist nicht nur in der öffentlichen Wahrnehmung, sondern auch in der aktuellen wissenschaftlichen Forschung unterrepräsentiert (vgl. Hines/Malley-Morrison 2001: 75, vgl. Schwithal 2004: 234-249).

Untersuchungen zufolge offenbaren sich Opfer von häuslicher Gewalt am ehesten einer Vertrauensperson, meist aus dem Familien- oder Bekanntenkreis (vgl. Schröttle/Müller 2004: 142). Außerhalb dieser Gruppe scheint der Hausarzt¹ eine wichtige Bezugsperson zu

¹ Zur besseren Lesbarkeit wird in der vorliegenden Arbeit auf die gleichzeitige Benennung des männlichen und weiblichen Geschlechts verzichtet. Es wird die männliche Form verwendet, die sich auf Personen beiderlei Geschlechts bezieht.

sein, den man am ehesten von seinen Problemen berichten möchte (vgl. Brzank et al. 2004: 168). Hieraus ergibt sich eine große Chance, Opfer von häuslicher Gewalt im Gesundheitssektor zu identifizieren, Ersthilfe anbieten zu können und ihnen im weiteren Prozess professionell beratend und unterstützend zur Seite zu stehen: „Die Handlungsabfolge ‘Sehen, Erkennen, Dokumentieren, Bewerten, Weiterleiten‘ sollte opferorientiert umgesetzt werden“ (Graß/Ritz-Timmer 2005: 50). Bleiben die Opfer und die erlittenen Gewalttaten unentdeckt, bleibt eine gerichts feste Dokumentation aus und wird die Möglichkeit einer (erfolgreichen) strafrechtlichen Verfolgung des Täters verpasst, wird es für das Opfer immer schwieriger, den häufig zu beobachtenden Kreislauf der Gewalt zu durchbrechen (vgl. Walker 1979, zitiert nach Walker 2016: 94-98).

Dies hat nicht nur Folgen für das Opfer, sondern auch für weitere Familienmitglieder, insbesondere für Kinder, die Zeugen von Gewalt werden oder selbst Gewalttaten erleiden müssen. Gesundheitliche, körperliche Beeinträchtigungen, psychische Störungen und ökonomische Folgen, nicht nur für die Opfer selbst sondern letztlich für die gesamte Gesellschaft, können durch eine möglichst professionelle Identifizierung von Gewaltopfern durch die Ärzteschaft verhindert werden. Jedoch sprechen Ärzte ihre Patienten bei Verdacht auf häusliche Gewalt nicht immer an (vgl. Mark 2001: 63, vgl. Brzank et al. 2004: 168).

Unsicherheit, mangelndes Fachwissen und Kompetenzen, Opfer adäquat zu betreuen, ein unzureichendes Angebot an angemessenen Lehrinhalten zu dem Thema in Aus-, Fort- und Weiterbildung der Ärzteschaft und defizitäre Strukturen im Qualitätsmanagement der Praxen verbunden mit einer subjektiv unzureichenden Vergütung, können Gründe sein, weshalb der Thematik im Arbeitsalltag zu wenig Beachtung geschenkt wird (vgl. Rönneberg/Hammarström 2000: 223-226, vgl. Mark 2001: 64-67, vgl. Elliot et al. 2002: 113-114, vgl. Gerlach 2013: 232).

1.1 Definition von Gewalt und häuslicher Gewalt

Für den Begriff der Gewalt gibt es in der Wissenschaft keinen Konsens über eine geeignete Definition (vgl. Lamnek et al. 2012: 7), vielmehr existieren unterschiedliche Begriffsbestimmungen. Eine neutrale Definition zu wählen ist schwierig, da der Begriff zeitgeschichtlichen und kulturellen Einflüssen unterliegt und dementsprechend unterschiedlich beurteilt werden kann, jeweils abhängig von aktuell vorherrschenden Werten und Normen (vgl. Steingen 2020: 20). Als Beispiel führt Steingen (vgl. ebd.: 20) Länder auf, in denen Partnerschaftsgewalt auch heute noch legitim ist und in denen dem Ehemann das Recht obliegt, Gewalt an der Ehefrau auszuüben. Unterschiedliche Perspektiven auf den Gewaltbegriff „[...] erschwer[en] objektivierende Beschreibungen und Analysen durch die Wissenschaften“ (Wahl 2009: 13).

Je nachdem in welchem Kontext und mit welchem Forschungsinteresse der Begriff der Gewalt verwendet wird, sind unterschiedliche Definitionen gebräuchlich (vgl. Godenzi 1994: 34, vgl. Gelles 2002: 1044). Allgemein ist zwischen dem weit und eng gefassten Gewaltbegriff zu unterscheiden. Der weit gefasste Begriff beinhaltet jegliche Formen der Gewalt, die Schaden verursachen, wobei alle Gewalttaten, von psychischer Gewalt bis hin zu verbalen Formen, integriert sind (vgl. Franke et al. 2004: 194). Nach Gelles (2002: 1044) sind dabei „[...] ‚Schäden‘ als Handlungen oder Unterlassungen definiert, die eine Person daran hindern, ihr Entwicklungspotential zu realisieren“.

Die eng gefasste Definition schließt dabei nur die physischen und damit sichtbaren Schäden ein, wodurch Gewalt zwar wissenschaftlich quantifizierbar ist, nicht aber das komplette Ausmaß an Handlungen einbezieht und daher durch die alleinige physische Komponente Gefahr läuft, unterschätzt zu werden (vgl. Popp 1997: 208).

An der weit gefassten Definition wird hingegen kritisiert, dass es zu einer Überschätzung der Gewalt kommt, da der Begriff in seiner ganzen Komplexität erfasst wird (vgl. Hornstein 1996: 22, vgl. Lamnek 2002: 1379). Der Gewaltbegriff wird derartig gestreckt, „[...] dass der Eindruck entsteht, es gebe kaum noch gewaltarme oder gewaltfreie Zonen, da überall Gewalt lauere“ (Heitmeyer/Hagan 2002: 21).

Die WHO (2003: 6) definiert Gewalt als den

„absichtliche[n] Gebrauch von angedrohtem oder tatsächlichem körperlichem 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.“

Mit dieser internationalen, eher weit gefassten Definition wird der Versuch unternommen, die Vielschichtigkeit des Gewaltphänomens darzustellen.

Auch für den Begriff der häuslichen Gewalt gibt es bislang weder eine allgemeingültige Definition noch eine trennscharfe Formulierung. Es besteht Uneinigkeit, wie eng respektive weit der Begriff definiert werden soll (vgl. Gelles 2002: 1044). Im Englischen ist die Bezeichnung „domestic violence“ geläufig und wird ins Deutsche häufig mit häuslicher Gewalt übersetzt. In der Literatur ist allgemein auch von „Gewalt im sozialen Nahraum“ und „innerfamiliärer Gewalt“ die Rede, die wie häusliche Gewalt allesamt implizieren, dass sich Gewalt im privaten Umfeld ereignet, wobei zunächst nicht genauer ersichtlich wird, von wem und in welcher Form sie ausgeübt wird (vgl. Dlugosch 2010: 23). Godenzi (1996: 27) führte den Begriff der „Gewalt im sozialen Nahraum“ ein, der für ihn dem ebenso häufig verwendeten anglo-amerikanischen Begriff der „family violence“ am ähnlichsten scheint:

„Die (...) verwendete Begriffskombination, Gewalt im sozialen Nahraum‘ umfasst schädigende interpersonale Verhaltensweisen, intendiert oder ausgeübt in sozialen Situationen, die bezüglich der beteiligten Individuen durch Intimität und Verhäuslichung gekennzeichnet sind. Die Definition impliziert, dass weder die Blutsverwandtschaft noch der Zivilstand der Beteiligten begriffsrelevant ist. Einbezogen sind also auch z.B. Übergriffe von Lebenspartnern alleinerziehender Mütter gegen deren Kinder oder Gewaltakte in Konkubinatsverhältnissen. Die Begriffsetzung ist deskriptiv und folgte einem lokalen Kriterium (Nahraum) und nicht einer sozialen Organisationsform (z. B.: Familie). Dadurch ist kein Vorentscheid über allfällige Ursachen oder Einflussvariablen der Gewalt gefällt.“

Damit möchte Godenzi zum einen den Gewaltbegriff von der Institution Familie (der sozialen Einheit von Familie), die historisch gesehen lediglich aus einem verheirateten Paar mit einem oder mehreren Kinder bestand, lösen und auf weitere enge soziale Beziehungskonstellationen erweitern. Somit wird auch ausgeschlossen, dass das Problem der Gewalt als ein innerfamiliäres bagatellisiert wird. Für Dlugosch (vgl. 2010: 25) scheint sich der Begriff der häuslichen Gewalt zunehmend für die Beschreibung von Gewalt in Partnerschaften, in einem Haushalt zusammen- oder bereits in Trennung lebend, durchzusetzen.

Durch feministische Bewegungen rückte verstärkt die Gewalt gegenüber der Frau, insbesondere in intimen Partnerbeziehungen, in den Fokus und wurde somit auch zunehmend als ein gesellschaftspolitisches Problem anerkannt (vgl. Brzank 2012: 24-26). Resultierend wird der Begriff der häuslichen Gewalt hier häufig geschlechtsspezifisch betrachtet und Definitionen von häuslicher Gewalt werden oft mit „Gewalt gegen Frauen in Paarbeziehungen“ gleichgesetzt.

Für Riebel (2020: 306) sind solche Begrifflichkeiten als kritisch zu bewerten: „Jegliche Beschränkung auf Gewaltanwendungen innerhalb einer Partnerschaft stellt demnach eine Verkürzung des Problems dar und verschließt den Blick vor der Komplexität bereits auf dieser Ebene“. Auch Todt et al. (vgl. 2016: 499) schließen für die Begriffskombination häusliche Gewalt Gewalttaten mit ein, die an Kindern oder von Kindern ausgeübt werden, beispielsweise gegen die eigenen Geschwister. Gewalt gegen pflegebedürftige Familienmitglieder sowie Gewalt gegen im Haushalt lebende ältere Menschen seien dabei auch miteinzubeziehen (vgl. ebd.: 499).

Von wissenschaftlichem Interesse ist das Problem der Gewalt gegen ältere Menschen in Amerika bereits seit den 1970er Jahren. Unter Formulierungen wie „battered old person syndrom“ und „elder abuse“ wird es in der Gesellschaft seit den 1980er Jahren als soziales Problem wahrgenommen (vgl. Barnett et al. 2011, zitiert nach Neise/Zank 2019: 459). Auch wenn die Relevanz dieses Phänomens in den letzten Jahren verstärkt in den Fokus gerückt ist, hat die Gewalt gegen ältere Menschen innerhalb von Familienkonflikten noch immer nicht den gleichen Stellenwert (vgl. Podnieks et al. 2010: 165).

Kavemann et al. (2001) definieren die häusliche Gewalt als

„[...] Gewalt zwischen „erwachsenen Personen (unabhängig vom Tatort und gemeinsamen Wohnsitz), die in einer gegenwärtigen oder ehemaligen intimen Beziehung oder Lebensgemeinschaft oder die in einem Angehörigenverhältnis zueinander stehen“ (Kavemann et al. 2001, zitiert nach Brzank 2012: 27).

Die Definition von häuslicher Gewalt der Istanbuler Konvention, der „Konvention des Europarates zur Verhütung und Bekämpfung von Gewalt gegen Frauen und häuslicher Gewalt“ (CoE 2011: 1), welche in Deutschland 2017 ratifiziert wurde, macht ebenfalls deutlich, dass häusliche Gewalt umfassender zu betrachten ist als lediglich „Gewalt in Paarbeziehungen“:

„[...] bezeichnet der Begriff ‚häusliche Gewalt‘ alle Handlungen körperlicher, sexueller, psychischer oder wirtschaftlicher Gewalt, die innerhalb der Familie oder des Haushalts oder zwischen früheren oder derzeitigen Eheleuten oder Partnerinnen beziehungsweise Partnern vorkommen, unabhängig davon, ob der Täter beziehungsweise die Täterin denselben Wohnsitz wie das Opfer hat oder hatte“ (CoE 2011, Artikel 3.b: 5).

In dem erläuternden Bericht zu Artikel 3 wird darauf hingewiesen, dass häusliche Gewalt sowohl „[...] Gewalt zwischen Beziehungspartnern [...] und die generationsübergreifende Gewalt, zu der es im Allgemeinen zwischen Eltern und Kindern kommt“ (CoE 2011, Ziffer 41: 46) betrifft und Opfer und Täter sowohl männlich als auch weiblich sein können (vgl. CoE 2011, Ziffer 41: 46).

Auf Grundlage dieser Definition von häuslicher Gewalt verpflichteten sich die Vertragspartner des Übereinkommens, Gewalt in seiner ganzen Bandbreite, in allen möglichen Beziehungskonstellationen im privaten Raum und in jeglicher Form angewendet, zu verstehen. Damit wurde eine rechtliche Grundlage geschaffen, an der sich die Vertragspartner binden und bereit erklären, sämtliche Maßnahmen zur Verhütung von häuslicher Gewalt zu ergreifen.

1.2 Erscheinungsformen häuslicher Gewalt

Obwohl in der Literatur kein Konsens über eine einheitliche Definition von häuslicher Gewalt bzw. ihrer synonym verwendeten Begrifflichkeiten existiert, die Erscheinungsformen sich einer großen Bandbreite bedienen und daher schwer voneinander abgrenzbar scheinen, wird nach Wieners und Hellbernd (vgl. 2000: 33-34) allgemein zwischen fünf Ausprägungsformen unterschieden, wobei einzelne Formen häufig parallel auftreten (vgl. Seifert et al. 2006: A2169, vgl. Gerlach 2013: 228-229).

Körperliche bzw. Physische Gewalt umfasst demnach Taten wie Treten, Stoßen, Schlagen, Würgen, Beißen, die allesamt die körperliche Unversehrtheit des Opfers beeinflussen und phänotypische Verletzungen hervorrufen können, die auch sichtbar für Dritte sind. Somit wird diese Form am ehesten mit häuslicher Gewalt assoziiert und ist häufig Thema im öffentlichen Diskurs und Gegenstand wissenschaftlicher Untersuchungen. In seinem schwersten Ausmaß können Verletzungen der körperlich ausgeübten Gewalt sogar im Tod enden.

Psychische Gewalt ist dagegen weniger ersichtlich für Dritte, kann bei dem Opfer aber genauso großen Schaden anrichten wie vermeintlich auffälligere physische Gewalttaten (vgl. Follingstedt et al. 1990: 113-118, vgl. Brogden/Harkin 2000: 42, vgl. Hines/Malley-Morrison 2001: 82). Psychische Gewalt äußert sich u.a. in Beleidigung, Drohung, Demütigung und Einschüchterung. Obwohl oder gerade weil psychische Gewalt schwerer identifizierbar ist, rückt sie in den letzten Jahren zunehmend ins Blickfeld der Öffentlichkeit. Seit 2007 ist z.B. das Nachstellen von Personen (Stalking) nach § 238 StGB strafrechtlich verfolgbar (vgl. Grafl 2013: 16).

Unter **sexualisierte Gewalt** fallen sexuelle Handlungen, die ohne Einverständnis des Betroffenen vorgenommen werden und sich in leichteren Formen wie abwertenden, sexualisierten verbalen Äußerungen oder Belästigungen und unsittlichen Berührungen äußern können oder den schwereren Formen wie sexuelle Nötigung und Missbrauch, Zwang zu sexuellen Handlungen wie zur Prostitution und Vergewaltigung zuzuordnen sind (vgl. Büttner 2020: 9). Der Begriff der „sexualisierten Gewalt“ wird häufig synonym zum Begriff der „sexuellen Gewalt“ verwendet. Dabei betont der Begriff „sexualisierte Gewalt“ vielmehr jegliche Form des Missbrauchs der eigenen Autorität gegenüber anderen, die auf Basis der Machtausübung und -demonstration in Form sexueller Handlungen ausgeübt wird und somit nicht nur der eigenen sexuellen Befriedigung dient (vgl. Thole et al. 2012: 15).

Soziale Gewalt wird ausgeübt, wenn zwischenmenschliche Beziehungen durch Kontaktverbot, Einsperren und soziale Isolation beschränkt werden. Unter soziale Isolation fällt auch der Liebesentzug, der als Erziehungsmethode in der Kinderziehung häufig als eine Art Strafe toleriert und legitimiert wird (vgl. Lamnek et al. 2012: 115, vgl. Kaselitz/Lercher 2002: 14).

Wenn Betroffene ökonomisch in ihrer Freiheit beschränkt werden, wird von **ökonomischer Gewalt** gesprochen. Dabei können sie einerseits zur Arbeit gezwungen werden oder aber ihnen wird eine Erwerbstätigkeit verboten, bzw. werden ihnen finanzielle Mittel verwehrt, sodass eine ökonomische Abhängigkeit besteht.

1.3 Risikofaktoren

In der Wissenschaft ist man sich einig, dass zahlreiche Faktoren die Entstehung und das Auftreten von häuslicher Gewalt beeinflussen können (vgl. Pfliegerl/Cizek 2001: 36, vgl. Schwarz 2020: 48-58). Innerhalb der Familienkonstellationen herrschen ganz eigene Dynamiken, in denen einzelne Faktoren zur Gewalteskalation beitragen können (vgl. Bussmann 2007: 646). Es stellte sich heraus, dass Stress, der je nach sozialer Schicht unterschiedlicher Ausprägung sein kann, besonderes Potential für innerfamiliäre Gewalt birgt (vgl. Elmer 1979: 60, vgl. Farrington 1980:113-114). Fehlende Konfliktkompetenzen können dann dazu führen, dass Stress und Ärger nicht zuletzt in Ausübung von Gewalt transferiert werden (vgl. ebd.: 113-114). Stressfaktoren können unter anderem auf Basis ökonomischer Probleme ausgelöst werden, wie Erwerbslosigkeit, geringes Einkommen aber auch erhöhtem Druck am Arbeitsplatz und Karrierestress (vgl. Pfliegerl/Cizek 2001: 41). Soziale Probleme in der Familie oder auf der Arbeit, ein erhöhter Alkohol- oder Drogenkonsum, eine problematische Wohnsituation oder eine ungewollte Schwangerschaft können weitere Stressauslöser sein (vgl. ebd.: 41).

Zudem birgt der vermeintlich schützende Raum der Institution Familie, in den Außenstehende oft keinen Einblick haben und den man als privaten Raum der Familie respektieren möchte, eine Gefahr für verdeckte bzw. geduldete Gewalthandlungen. Unterschiedliche kulturelle Werte und Normen der Gesellschaft können dazu führen, dass Gewalttaten allgemein als legitim gelten (vgl. Bussmann 2007: 644-646, vgl. Habermehl 1999: 420). Kinder, die in ihren Familien mit häuslicher Gewalt konfrontiert werden, indem sie Gewalthandlungen beobachten oder selbst Opfer dieser werden, scheinen mit einem höheren Risiko dazu zu neigen, im späteren Alter selbst Gewalt auszuüben, gegen den eigenen Partner oder die eigenen Kinder („Cycle-of-Violence“) (vgl. Habermehl 1999: 426).

Auf Basis des lerntheoretischen Ansatzes wird davon ausgegangen, dass Kinder gewalttätiger Familien das Gewaltverhalten erlernen und in späteren, besonders stressbesetzten Situationen, dieses adaptierte Verhalten wiedergeben (vgl. ebd.: 428). Auch besteht eine höhere Wahrscheinlichkeit, dass sie selbst später vermehrt Opfer von Gewalt werden (vgl. Krantz/Östergren 2000: 819). Jedoch ist auch hier anzumerken, dass Gewalt in der Familie ein multifaktorielles Phänomen ist, dessen Risiko steigt, je mehr Faktoren kumulieren: Kinder mit Gewalterfahrungen in der Familie werden also nicht zwangsläufig zu späteren Tätern (vgl. O`Leary 1988: 39).

Gewalterfahrungen in früheren Beziehungen scheinen ebenso ein erhöhtes Risikopotential für Gewalt in darauffolgenden Beziehungen zu bergen: Eine Studie über in der Kindheit sexuell missbrauchte Frauen, die sexuellen Missbrauch auch später in der Partnerschaft erlitten hatten, zeigt, dass das Risiko für erneute Gewalt in Partnerschaften steigt (vgl. West et al. 2000: 54-55).

Schwithal (2004: 230-231) untersuchte eine Reihe von Studien zu möglichen Gewaldfaktoren. In seiner Schlussbetrachtung konnte er zusammentragen, dass Gewalt zwischen Intimpartnern vermehrt in der Altersklasse der unter 30-Jährigen stattfindet. Zudem resümierte er, dass instabile Beziehungen, evtl. geprägt durch Eifersucht und psychologische Probleme eines Partners wie Depressionen, häusliche Gewalttaten begünstigen können. Scheidungen und Partnerschaften außerhalb der Ehe, im Haushalt lebende Kinder, Alkohol- und Drogenkonsum sowie eine schlechte finanzielle Situation, Bildung und Wohnverhältnisse sind weitere Faktoren, die das Risiko häuslicher Gewalt erhöhen können (vgl. ebd.: 230-231, vgl. Gerlach 2013: 230).

1.4 Folgen häuslicher Gewalt

Nach Aussage der WHO ist häusliche Gewalt als eines der zentralen Gesundheitsrisiken anzusehen. Daher forderte diese auf, im Gesundheitssektor stärker zu intervenieren und die Prävention zu verstärken (WHO 2013, 2014a, 2019). Die einzelnen Formen der häuslichen Gewalt (siehe Kapitel 1.2), die häufig ineinander übergreifend stattfinden, äußern sich innerhalb des sozialen Nahraumes nicht als Einzeltaten, sondern werden systematisch und immer wieder durch den Gewaltausübenden vorgenommen.

Dieser Gewaltspirale, die sich nach Walker (vgl. 1983, zitiert nach Walker 2016: 94-98) in drei Phasen gliedern lässt, nämlich in Spannungsaufbau, Gewalteskalation und drittens in Reue und Versöhnung, können sich Betroffene nur schwer entziehen. Erfolgt keine Intervention, wiederholt sich der beschriebene Kreislauf. Je länger die Betroffenen diesen immer wiederkehrenden Zyklus nicht durchbrechen, nimmt nach Walker die Intensität der Gewalttaten zu und die Abstände der einzelnen Phasen verkürzen sich. Für die Betroffenen wird es immer schwerer, sich diesem System zu entziehen und auszubrechen (vgl. ebd.: 94-98).

Folglich kann es zu starken gesundheitlichen Schäden kommen, die zur Chronifizierung und lebenslangen Beeinträchtigungen führen, sofern Betroffenen keine Hilfe zukommt (vgl. Hellbernd/Wieners 2002: 140).

Einen Überblick über mögliche gesundheitliche Gewaltfolgen, die allgemein nach kurz-, mittel- und langfristigen Beeinträchtigungen differenziert werden können (vgl. Hornberg et al. 2008: 14, vgl. Büttner 2020: 14-19), gibt Abbildung 1.



Abbildung. 1: „Gesundheitliche Folgen von Gewalt gegen Frauen und Mädchen“ (CHANGE 1999, modifiziert von Hellbernd et al. 2004: 28).

Hiernach können gesundheitliche Folgen direkte körperliche, wie akute Verletzungen und psychische sein, sich später in Form von psychosomatischen Beschwerden äußern oder als direkte Konsequenz der davongetragenen Verletzungen, bzw. indirekt in Form von Suizid sowie durch Mord und Totschlag, den Tod nach sich ziehen. Zudem steigert erlebte häusliche Gewalt auch das Risiko einer ungesunden Lebensführung im Hinblick auf gesteigerten Drogen-, Alkohol- und Nikotinkonsum sowie übermäßige Medikamenteneinnahme (vgl. Schrötle/Müller 2004: 149-150), selbstverletzendes Verhalten, wie selbst zugefügte Schnittverletzungen und Beeinträchtigungen der reproduktiven Gesundheit (vgl. Schmuell/Schenker 1998: 242-243, vgl. Hornberg et al. 2008: 18-19).

Darüber hinaus ergeben sich für Betroffene häufig auch ökonomische Schäden aufgrund der physischen, psychischen und psychosozialen Folgen von häuslicher Gewalt. Für Gewaltopfer kann erlebte häusliche Gewalt dazu führen, dass aufgrund der Folgen keiner Erwerbstätigkeit mehr nachgegangen werden kann (vgl. Swanberg/Macke 2006: 400-403, vgl. Müller/Schrötle 2004: 148-149). Hieraus können sich auch Kosten für die Gesellschaft ergeben, wenn der Staat für Sozialleistungen infolge von Arbeitsunfähigkeit, Arbeitslosigkeit und Frühberentung aufkommen muss. Arbeitslosigkeit kann die gesundheitliche Situation der Betroffenen erneut durch soziale und physische Faktoren negativ beeinflussen, andererseits erhöht sie auch das Armutsrisiko und damit wiederum das Risiko für gesundheitliche Folgeerkrankungen (Weber et al. 2007, Lampert/Kroll 2010).

Im gesellschaftlichen Bereich ergeben sich hierdurch weitere Kosten. Diese betreffen u.a. Ausgaben in der medizinischen und psychosozialen Gesundheitsversorgung, Polizei und Justiz, Aufbau und Unterhaltung von Hilfsangeboten wie Beratungsstellen und Hilfseinrichtungen zur (kurzzeitigen) Beherbergung (Waters et al. 2004, vgl. Brzank 2009: 334-336).

Eine erste deutschlandweite Kostenstudie bezifferte Folgekosten von häuslicher Gewalt gegen Frauen auf 3,8 Milliarden Euro pro Jahr, die sich aus direkten tangiblen, sprich faktischen Kostenausgaben und indirekten tangiblen Kosten, also entgangenen Ausgaben, u.a. durch Erwerbsunfähigkeit zusammensetzen (vgl. Sacco 2017: 217). Weitere 18 Milliarden Euro pro Jahr entstehen nach Sacco durch sogenannte intangiblen Kosten, die durch Verlust an Lebensqualität entstehen (vgl. ebd.: 217).

Da sich der Fokus der öffentlichen Debatten über häusliche Gewalt vermehrt auf Gewalt gegen Frauen und Kinder richtet, wird in vielen Untersuchungen nur auf die (gesundheitlichen) Folgen für Frauen und Kinder eingegangen. Es ist davon auszugehen, dass sich diese auch auf männliche Opfer beziehen lassen und auch Männer (gesundheitlichen) Schaden durch häusliche Gewalt erleiden. Zudem sollten auch weitere Täter-Opfer-Konstellationen innerhalb der familiären Strukturen, wie Gewalt gegen Ältere und pflegebedürftige Angehörige, nicht außer Acht gelassen werden.

1.5 Prävalenz

Aktuelle Gewaltprävalenzstudien, sogenannte Dunkelfeldstudien, die das Ausmaß der nicht bekannt gewordenen Taten untersuchen und Zusammenhänge zur Thematik der häuslichen Gewalt in Deutschland näher beleuchten, liegen derzeit nicht vor. Zwar gibt es den jährlichen Bericht des BKA zur „kriminalstatistischen Auswertung zur Partnerschaftsgewalt“, jedoch ist hierbei anzumerken, dass die Daten der PKS ausschließlich das sogenannte Hellfeld abbilden, also nur der Polizei bekannt gewordene bzw. tatsächlich zur Anzeige gebrachte Straftaten einbeziehen. Diese Zahlen können nur einen ungefähren Hinweis auf die tatsächlich verübten Gewalttaten innerhalb der Familienkonstellationen im sogenannten Dunkelfeld geben. Unter diesem wird die „[...] Summe jener Delikte verstanden, die den Strafverfolgungsbehörden (Polizei und Justiz) nicht bekannt werden und deshalb in der Kriminalstatistik gar nicht erscheinen. Nicht bekannt werden vor allem Straftaten die von den Opfern oder anderen (...) nicht angezeigt werden“ (Schwind 2010: 38). Die im Dunkelfeld begangenen Taten, also die Taten, die sich aus der Differenz der registrierten Fälle und der vermutlich ausgeübten Kriminalität im familiären Bereich ergeben (vgl. Schmitt 2007: 5), scheinen beträchtlich zu sein.

1.5.1 Allgemeine Datenlage

Neuere Zahlen zur Partnerschaftsgewalt im Hellfeld zeigt die kriminalstatistische Auswertung 2020 aus dem Berichtsjahr 2019 (BKA 2020a). Demnach wurden 2019 insgesamt 141.792 Opfer von Partnerschaftsdelikten registriert, die dem Versuch einer Tat oder einer tatsächlichen Tat wie Mord und Totschlag, Körperverletzung, sexueller Übergriff und sexueller Nötigung, Vergewaltigung, Bedrohung, Stalking, Nötigung, Freiheitsberaubung, Zuhälterei und Zwangsprostitution ausgesetzt waren (vgl. BKA 2020a: 1-3). Verglichen mit den registrierten Opferzahlen von 2018 (140.755 Personen) ist dies ein Zuwachs von 0,74 % und damit ein erneuter Anstieg (vgl. BKA 2020a: 3).

Unter den registrierten Opfern (141.792 Personen) im Jahr 2019 konnte ein Anteil von 81,0 % (114.903 Personen) weiblicher Personen ausgemacht werden (vgl. BKA 2020a: 4). 19,0 % (26.889 Personen) hingegen waren männlichen Geschlechts (vgl. ebd.: 4), wodurch der Eindruck entstehen könnte, dass Opfer verstärkt weiblichen Geschlechts und Täter größtenteils männlich sind.

Eine repräsentative Gewaltprävalenzstudie, in der Literatur und Wissenschaft auch unter Dunkelfeldstudie bzw. Viktimisierungsstudie bekannt, wurde in Deutschland erstmals 2004 durch das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ), mit Projektleitung durch Schröttle und Müller, zur Gewalt gegen Frauen in Auftrag gegeben (vgl. Schröttle 2016: 101). Diese Untersuchung zum Ausmaß, zu Erscheinungsformen, Ursachen und Folgen von Gewalt gegen Frauen zeigte, dass von 10.000 Befragten im Alter zwischen 16-85 Jahren, 25 % der Frauen mindestens einmal körperliche und/oder sexuelle Gewalt durch einen (aktuellen/früheren) Partner erlebt haben (vgl. Schröttle/Müller 2004: 30).

Neben der Hauptuntersuchung wurden Zusatzbefragungen zu Gewalt gegen „Prostituierten, Inhaftierten und Flüchtlingsfrauen“ durchgeführt (Schröttle/Müller 2004). Zudem folgten Sonderauswertungen zum Thema: „Gewalt gegen Frauen in Paarbeziehungen – Eine sekundäranalytische Auswertung und Differenzierung von Schweregraden, Mustern, Risikofaktoren und Unterstützung nach erlebter Gewalt“ (Schröttle/Ansorge 2008) sowie „[...] eine vergleichende Sekundäranalyse zur gesundheitlichen Gewaltsituation von Frauen mit und ohne Migrationshintergrund in Deutschland“ (Schröttle/Khelaifat 2007) (vgl. Büttner 2020: 37).

Eine weitere, nicht repräsentative Studie thematisierte Gewalt gegen Männer (Jungnitz et al. 2007). In dieser Pilotstudie wurden 266 Männer in quantitativen Interviews befragt (vgl. Puchert et al. 2007: 27). 190 dieser Befragten füllten zudem einen Fragebogen gezielt zum Thema häusliche Gewalt aus (vgl. ebd.: 27). Jeder vierte Befragte gab hierbei an, schon einmal physische Gewalt in einer aktuellen oder früheren Partnerschaft erlebt zu haben (vgl. Walter et al. 2007: 146).

Ergebnisse der repräsentativen Studie zur Gewalt gegen Frauen mit Beeinträchtigungen und Behinderungen (Schröttle et al. 2012), ebenfalls initiiert durch das BMFSFJ, zeigten, dass diese einer besonderen Gefährdung von Gewalt ausgesetzt sind, insbesondere während der Kindheit und Jugend (vgl. Schröttle et al. 2012: 19). 74-90 % der Befragten gaben hierbei physische und 50-60 % psychische Formen elterlicher Gewalt an (vgl. ebd.: 20). Zudem seien diese Personengruppe besonders von sexuellem Missbrauch betroffen, vergleichsweise bis zu dreimal häufiger (vgl. ebd.: 21).

Auf der Grundlage desselben methodischen und inhaltlichen Forschungsdesigns sollte eine vergleichbare Studie Daten zur Gewaltbetroffenheit von Männern mit Beeinträchtigungen

und Behinderungen generieren. Diese Studie wurde durch das Bundesministerium für Arbeit und Soziales in Auftrag gegeben, konzentrierte sich aber im Vergleich nur auf in Privathaushalt lebende Männer und lieferte Ergebnisse zu einem deutlich kleineren Anteil an Befragten (Puchert et al. 2013). Die Studie zeigte, dass Männer mit Beeinträchtigungen und Behinderungen häufiger physische und psychische Gewalttaten erleiden, das Risiko elterlicher und sexueller Gewalttaten in der Kindheit und im Erwachsenenalter dagegen nicht höher ist (vgl. Puchert et al. 2013: 120).

Die neuesten Daten für Deutschland ergaben sich aus einer EU-weiten Untersuchung der Agentur der Europäischen Union für Grundrechte (FRA, Fundamental Rights Agency, 2014) zum Thema häusliche Gewalt. Hierbei wurden im Jahr 2013 42.000 Frauen aus 28 Mitgliedsstaaten im Alter zwischen 15 und 85 Jahren zu ihren Gewalterfahrungen befragt (vgl. FRA 2014: 3). Von 1534 Befragten in Deutschland machten rund 35 % aller Frauen die Angabe, seit dem 15. Lebensjahr schon einmal körperliche und/oder sexuelle Gewalt durch einen Partner oder einer anderen Person erlebt zu haben (vgl. ebd.: 19). 22 % der Frauen gaben an, Gewalt durch einen Partner erfahren zu haben (vgl. ebd.: 19). Die Studie zeigte europäische Unterschiede in der Gewaltprävalenz, die Werte für Deutschland liegen den Ergebnissen zufolge vergleichsweise im mittleren bis höheren Bereich. Die Ergebnisse der FRA-Erhebung decken sich in etwa mit den Daten der ersten repräsentativen Studie zur Gewalt gegen Frauen in Deutschland (Schröttle/Müller 2004) (vgl. Schröttle 2017: 3).

1.5.2 Gewalt gegen Männer

Die Gewaltprävalenzstudien, die bislang in Deutschland existieren, beziehen sich vermehrt auf Gewalt gegen Frauen (siehe Kapitel 1.5.1). Umfangreiche Untersuchungen und Daten zur weiblichen Täterschaft respektive männlichen Opferschaft im Kontext häuslicher Gewalt fehlen.

Nach Bock (2003: 5) habe sich das Bild vom „Mann als Täter und der Frau und Kindern als Opfer“ nach dem ursprünglichen geschlechtsspezifischen Rollenklischee und angetrieben durch feministische Bewegungen, die dem Phänomen der häuslichen Gewalt zu öffentlicher Präsenz verhelfen, in der Gesellschaft festgesetzt: „Die Erscheinungsformen häuslicher Gewalt, jedenfalls so, wie sie wahrgenommen, diskutiert und kriminalpolitisch angegangen werden, erfahren allerdings eine geschlechtsspezifische Selektion“ (ebd.: 5).

Gesellschaftlich, politisch und wissenschaftlich wird vielfach die von Männern verübte Gewalt thematisiert, sodass die Gefahr einer verzerrten, geschlechtsneutralen Darstellung von Opfer- und Täterschaft besteht (Hagemann-White/Lenz 2002). Hagemann-White und Lenz (2002: 462) beschreiben die männliche Opferschaft als ein „kulturelles Paradox“: „Entweder ist jemand ein Opfer oder er ist ein Mann. Beide Begriffe werden als unvereinbar gedacht“. Die Rolle des Täters wird dagegen meist dem Mann zugeschrieben (vgl. ebd.: 462, vgl. Lenz 2004: 12). Hierbei zeigen sich nach Lenz (2004: 12) wieder die traditionell zugewiesenen Geschlechterrollen, „[...] wenn *männlich* und *Tätersein* gleichgesetzt werden.“ Tatsächlich sind Männer, zumindest im außerhäuslichen Bereich, sowohl öfter Täter als auch Opfer von Gewalthandlungen (vgl. BKA 2020b: 12). Aus dem Bericht geht hervor, dass 85,3 % aller Tatverdächtigen sämtlicher, unter Gewaltkriminalität fallenden Straftaten, männlichen Geschlechts sind. Auch innerhalb der Opfergruppe machen sie einen deutlich größeren Anteil von 70,2 % aus (vgl. ebd.: 19). Auch wenn sich dieses Phänomen, aufgrund einer unzureichenden Datenlage, nicht einfach auf den häuslichen Bereich übertragen lässt, sollte männliche Gewaltbetroffenheit sichtbar gemacht werden (vgl. Mosser 2016: 178). Nach Schröttle (vgl. 2010: 142) ist es allein aus menschenrechtlicher Sicht nicht hinnehmbar, nur aufgrund des Geschlechts Taten nicht aufzuklären, zu sanktionieren und Opfern Hilfe und Unterstützung zu verwehren. Wenn männliche Gewaltbetroffenheit für die Öffentlichkeit nicht sichtbar gemacht und tabuisiert wird, wird es für männliche Opfer schwer sein, ihr Schweigen zu brechen (vgl. Mosser 2016: 182). „Wer von vornherein zur Tätergruppe gerechnet wird, kann sich schwerlich als Opfer wahrnehmbar äußern“ (Hagemann-White 2006: 120).

In Deutschland ist die Datenlage zu häuslicher Gewalt in Bezug auf männliche Opferschaft rar und die Forschungslage lückenhaft. Die Pilotstudie zum Thema „Gewalt gegen Männer in Deutschland“ (Jungnitz et al. 2007), im Auftrag des BMFSFJ (siehe Kapitel 1.5.1), sollte erstmals Daten zu Gewalterfahrungen von Männern generieren. Zudem erhoffte man sich Kenntnisse, wie Methodik und Design einer solchen Untersuchung zu wählen sind, um auf Basis dieser Erkenntnisse zukünftige Studien gestalten zu können und repräsentative Ergebnisse zur Thematik zu gewinnen (vgl. Puchert et al. 2007: 14). Nach Aufbereitung der Ergebnisse konnte hierhingehend festgestellt werden, dass entgegen einiger anderer Meinungen Männer durchaus über Gewalterfahrungen berichten, dies jedoch im geringeren Ausmaß geschieht, je intimer und schambesetzter die Erscheinungsformen der Gewalt werden (vgl. ebd.: 15-16, vgl. Walter 2007: 194). In der Pilotstudie wurden zu sexualisierten

Gewalthandlungen nur wenige Nennungen gemacht (vgl. BMFSFJ 2004b: 210). Walter et al. (vgl. 2007: 194) können daraus jedoch nicht schließen, ob diese tatsächlich eine solch untergeordnete Relevanz haben oder aber die Befragten keine Angaben machten, die der Realität entsprechen. Resümierend wird gefolgert, dass mit den „bisher angewendeten Methoden“ (BMFSFJ 2004b: 210) dieser Bereich schwierig zu erfassen ist und Methoden und Instrumente zur Befragung in weiteren Untersuchungen optimiert werden können (vgl. ebd.: 211).

Im Bereich der häuslichen, physischen Gewalt gab jeder vierte Mann an, schon einmal körperliche Gewalt durch seine Partnerin erlebt zu haben (vgl. BMFSFJ 2004b: 196). Insgesamt sind Männer quantitativ zu einem größeren Anteil von psychischer als von physischer Gewalt in Partnerschaften betroffen (vgl. BMFSFJ 2004b: 208). Inwieweit eine Geschlechtssymmetrie in Bezug auf häusliche Gewalt vorliegt bzw. wie stark Asymmetrien in Bezug auf Geschlecht und Täter-/Opferschaft ausgeprägt sind, darüber gibt es im gesellschaftlichen und wissenschaftlichen Diskurs unterschiedliche Meinungen (vgl. BMFSFJ 2004b: 190, 216). Es besteht die Auffassung, dass Gewalthandlungen hinsichtlich der Quantität von einem ähnlichen, teilweise sogar einem höheren Anteil weiblicher Täter ausgehen, die Intensität und Schwere der Gewalthandlungen durch Männer dagegen aber größer ist (vgl. GiG-net – Forschungsnetz Gewalt im Geschlechterverhältnis 2008: 34-36, vgl. Schwithal 2004: 110). Zudem wird zwischen den einzelnen Erscheinungsformen häuslicher Gewalt differenziert. Schwithal (vgl. 2004: 145) kommt z.B. in seiner Metaanalyse zum Ergebnis, dass sexualisierte Gewaltformen vermehrt von männlichen Tätern ausgehen. Aufgrund des Studiendesigns und der deutlich geringeren Fallzahlen wird im Bericht zur Pilotstudie darauf hingewiesen, dass diese nicht repräsentative Studie einen Vergleich zu Gewalthandlungen in Bezug auf die Geschlechter nicht leisten kann und derzeit in Deutschland nicht möglich ist (vgl. BMFSFJ 2004b: 190).

Insgesamt kann aber anhand der Ergebnisse der Pilotstudie und der Hellfeldstatistiken sowie empirischer Untersuchungen durchaus festgestellt werden, dass Männer auch Opfer von Gewalthandlungen innerhalb der häuslichen Umgebung werden. Dabei erleben sie vor allem physische und psychische Gewaltformen und es zeigt sich eine insgesamt stärkere Zurückhaltung, erlittene Gewalthandlungen bei der Polizei zu melden (vgl. BMFSFJ 2004b: 242). Auch eine aktuelle, retrospektive Datenanalyse des Instituts für Rechtsmedizin der Universität Rostock (Kolbe/Büttner 2020), bei welcher Untersuchungsdokumente aus der

Gewaltopferambulanz aus dem Zeitraum 2013 bis 2018 untersucht wurden, ergab, dass sich unter den untersuchten Männern durchaus Opfer von häuslicher Gewalt befanden. Zwar war der überwiegend große Anteil Geschädigter durch häusliche Gewalt weiblich, jedoch konnte im Jahr 2018 eine deutliche Zunahme männlicher Opfer verzeichnet werden (vgl. ebd.: 88). Im Rahmen einer elfjährigen Untersuchungsperiode im “Forensic Medical Examination Centre for Victims of Violence“ des rechtsmedizinischen Instituts am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf konnte ein Anteil männlich untersuchter Opfer von 6,2 % verzeichnet werden – mit steigender Tendenz in den letzten drei Jahren der Untersuchung (vgl. Wörmann et al. 2021: 2108). In 60,5 % der Fälle konnte dem aktuellen Partner die Tat zugeschrieben werden (vgl. ebd.: 2108). Insgesamt waren es vor allem weibliche Täter (vgl. ebd.: 2108).

Unumstritten scheint zu sein: Eine größere Sensibilisierung der Gesellschaft, Politik und Wissenschaft für männliche Opferschaft ist erforderlich. „Es geht letztlich um die Akzeptanz der Tatsache, dass es in diesem Kontext eben auch männliche Gewaltopfer gibt, denen die Gesellschaft ebenfalls angemessene Aufmerksamkeit widmen muss“ (Lamnek/Luedtke 2005, zitiert nach Lamnek et al. 2012: 196). Weitere wissenschaftliche Untersuchungen, die erprobte Methoden und Instrumente der Pilotstudie nutzen, auf den bisherigen generierten Erkenntnissen zu den Gewaltwiderfahrnissen von Männern aufbauen und geschlechtsspezifische Denkmuster und Rollenzuweisungen im Hinblick auf das Studiendesign überwinden, um eine Ergebnisoffenheit zu ermöglichen, könnten aktuelle, repräsentative Daten liefern. Nur durch reliable Zahlen zur männlichen Opferschaft und vertiefender Untersuchungen zum Viktimisierungsprozess kann männlichen Opfern geholfen werden. Kolbe und Büttner (vgl. 2020: 92-93) schließen aus ihren Ergebnissen, dass ein Bedarf an rechtsmedizinischen Untersuchungen für männliche Opfer besteht und diese sowie andere Interventionsstellen und Hilfsangebote für Männer ausgeweitet werden müssen. Auch Wörmann et al. (vgl. 2021: 2113) heben den Bedarf gerichtsmedizinischer Untersuchungen hervor, die von 57,5 % der gewaltbetroffenen Männer in ihrer Studie in Anspruch genommen wurden, ohne vorherige Vorstellung in anderen medizinischen Institutionen. Eine höhere Sensibilisierung seitens der männlichen Opfer für polizeiliche Meldungen häuslicher Gewalttaten sei zudem vor allem vor dem Hintergrund, dass augenscheinlich „kleinere“ Gewalttaten nicht angezeigt werden, nach Wörmann et al. erforderlich (vgl. Wörmann et al. 2021: 2112-2113). 78,4 % der männlichen Opfer machten im Rahmen ihrer Untersuchung davon Gebrauch (vgl. ebd.: 2108).

1.6 Rechtliche Situation

Die niedergelassene, allgemeinmedizinische Praxis ist häufig die erste Anlaufstelle für Opfer von häuslicher Gewalt und kann ein Zugangsweg zu einem weiteren Hilfsnetzwerk darstellen. Dem Arzt obliegt in der Identifizierung von Opfern häuslicher Gewalt eine wichtige Funktion.

Ein fundierter Kenntnisstand über die rechtliche Situation, vor allem im Hinblick auf Durchführung einer rechtssicheren Befundung und Dokumentation, ist wichtig und kann eine (erfolgreiche) Strafverfolgung ermöglichen (vgl. Graß/Ritz-Timme 2005: 50, vgl. Graß/Rothschild 2004: 188-190). Übersteigen Befundung und Dokumentation sowie weitere Aufgaben in der Handlungskaskade den ärztlichen Kompetenzbereich, so ist es umso wichtiger, über Arbeitsweisen und Zuständigkeiten, allen voran über die der rechtsmedizinischen Institute, informiert zu sein, um im Zweifel Patienten ggf. überweisen und Handlungsschritte delegieren zu können, damit dem Opfer eine bestmögliche Unterstützung zukommt (Graß/Rothschild 2004, vgl. Graß/Ritz-Timme 2005: 50-51).

Einen Abriss über die Rechte und Pflichten für das ärztliche Handeln und für die Opfer von häuslicher Gewalt wird in diesem Kapitel gegeben.

1.6.1 Rechte und Pflichten des Arztes

1.6.1.1 Schweigepflicht

Grundsätzlich unterliegt das ärztliche Handeln der Verschwiegenheitspflicht und kann durch Verletzung nach § 203 Absatz 1 Satz 1 StGB geahndet werden. Dass dem Arzt anvertraute Geheimnisse nicht an Dritte weitergegeben werden dürfen, regelt im Detail auch die (Muster-)Berufsordnung-Ärzte der Bundesärztekammer (MBO-Ä) in § 9 (Bundesärztekammer 2021).

Von dieser Pflicht kann der Arzt durch eine schriftliche Einverständniserklärung des Patienten entbunden werden (vgl. § 9 Absatz 2 MBO-Ä). Bei Kindern obliegt für gewöhnlich den Sorgeberechtigten das Recht, den Arzt von dessen Schweigepflicht zu entbinden.

1.6.1.2 Offenbarungspflicht, rechtfertigender Notstand

Eine veränderte Situation tritt ein, sobald dem Opfer ein schwerwiegendes Schicksal zu ereilen droht, wie Mord oder Totschlag, sodass das Leben und die körperliche Integrität in Gefahr sind. Sollte das Ergebnis einer Rechtsgüterabwägung sein, dass eine „[...] nicht anders abwendbare[] Gefahr für Leben, Leib, Freiheit [...]“ (§ 34 Absatz 1 Satz 1 StGB) des Patienten besteht, so ist der Schutz des Patienten als wichtiger anzusehen als die Pflicht zur Verschwiegenheit. Der Arzt ist somit von der ärztlichen Schweigepflicht entbunden und hat staatliche Behörden zu informieren und Strafanzeige zu erstatten, andernfalls macht er sich nach § 34 StGB strafbar. Eine Pflicht zur Offenbarung ist ebenfalls angezeigt, wenn von dem Patienten Gefahr für Andere ausgeht, Verbrechen verhindert oder aufgeklärt werden können (vgl. Parzeller et al 2005: 295). Zuvor sollte der Arzt auf das Opfer einwirken, geeignete Maßnahmen selbst zu ergreifen, wenn dies nicht von vornherein aussichtslos scheint (vgl. ebd.: 294).

1.6.1.3 Kinderschutzgesetz

Eine Pflicht zur Offenbarung ist insbesondere zu prüfen, wenn sich Anzeichen häufen, dass das Wohl eines Kindes gefährdet ist. Das „Gesetz zur Kooperation und Information im Kinderschutz“ (KKG), welches am 1. Januar 2012 in Kraft trat, hat zum Ziel „[...] das Wohl von Kindern und Jugendlichen zu schützen und ihre körperliche, geistige und seelische Entwicklung zu fördern“ (§ 1 Absatz 1 Satz 1 KKG). Dieses Gesetz löste die vielen unterschiedlichen Regelungen zur Schweigepflicht im Hinblick auf Kindeswohlgefährdung in den einzelnen Bundesländern ab und sorgte für eine bundeseinheitliche Regelung (vgl. Fegert et al. 2013: 835).

Der § 4 des Gesetzes regelt, wie zu verfahren ist, wenn der Arzt Anzeichen für eine Kindes- und Jugendwohlgefährdung sieht. Eine stufenweise Herangehensweise sieht demnach als letzten Schritt die Einschaltung des Jugendamtes vor (vgl. Fegert et al. 2013: 835). Zuerst sollte die Situation mit den Betroffenen und Sorgeberechtigten besprochen und aufgearbeitet werden. Im zweiten Schritt gilt es darauf hinzuarbeiten, dass Hilfsmaßnahmen in Anspruch genommen werden. Sollten die Maßnahmen von Stufe 1 und 2 nicht greifen oder aber es besteht akuter Handlungsbedarf, da eine Gefahr nicht anders abgewendet werden kann, dürfen erforderliche, personenbezogene Daten dem Jugendamt übermittelt werden (vgl. § 4 KKG).

Die Personensorgeberechtigten sollten, falls sich hierbei keine Schädigung für das Kind oder den Jugendlichen ergibt, über diesen Schritt zuvor informiert werden. Der § 4 des KKG kann bei Verdacht auf Kindes- und Jugendwohlgefährdung als eine Art Leitfaden für das ärztliche Handeln angesehen werden (siehe Abbildung 2).



Abbildung 2: Anhaltspunkte für Kindeswohlgefährdung (Kölch et al. 2020: 651).

Laut eines Beschlusses des Bundesgerichtshofs (BGH 14.07.1956 - IV ZB 22/56) ist eine Kindeswohlgefährdung als „eine gegenwärtige, in einem solchen Maße vorhandene Gefahr, dass sich bei der weiteren Entwicklung eine erhebliche Schädigung mit ziemlicher Sicherheit voraussehen lässt“ (FamRZ 1956: 350) definiert.

Zu erwähnen ist, dass dem Arzt eine Beratung durch eine Fachkraft des Jugendamtes zusteht, falls Unsicherheiten bezüglich der Kindes- und/oder Jugendwohlgefährdung bestehen (vgl. Meysen et al. 2020: 661-663). Hierbei sind die Daten pseudonymisiert zu übermitteln (vgl. Marquardt 2014: 169, vgl. Meysen et al. 2020: 661).

1.6.1.4 Dokumentationspflicht

Nach § 10 der MBO-Ä haben Ärzte die Pflicht, ihre Befunde zu dokumentieren. Die Pflicht zur Dokumentation ist ebenso im § 630f des BGB gesetzlich festgeschrieben. „Diese sind nicht nur Gedächtnisstützen für die Ärztin oder den Arzt, sie dienen auch dem Interesse der Patientin oder des Patienten an einer ordnungsgemäßen Dokumentation“ (§ 10 Absatz 1 Satz 2 MBO-Ä).

In Bezug auf Patienten mit häuslicher Gewalterfahrung ist es wichtig, jede Verletzung sorgsam zu dokumentieren und Anmerkungen zur „Art der Gewalteinwirkung, Hergang bei der Einwirkung, Hinweise auf ein Werkzeug, Zeitpunkt der Einwirkung, Gefährlichkeit der Verletzungen“ (Graß/Ritz-Timme 2005: 50) zu machen. Damit sind wichtige Voraussetzungen für eine strafrechtliche Verfolgung gegeben, sollte es zu dieser kommen. Der Arzt ist angehalten, die Befunde auf Anfrage seines Patienten als Kopie gegen eine Kostenerstattung auszuhändigen (vgl. § 10 Absatz 2 MBO-Ä). Zudem muss eine Übermittlung der Daten im Falle eines rechtfertigenden Notstandes nach § 34 StGB geprüft werden, sodass dann die Pflicht zur Verschwiegenheit gegenüber sonstigen Rechtsinteressen zurücktritt.

1.6.2 Rechte der Opfer

1.6.2.1 Gewaltschutzgesetz

Am 1.1.2012 ist das Gewaltschutzgesetz (§§ 1 bis 4 GewSchG) als „Gesetz zum zivilrechtlichen Schutz vor Gewalttaten und Nachstellungen“ in Kraft getreten. Somit ist für Opfer von häuslicher Gewalt eine Grundlage geschaffen worden, sich durch zivilrechtliche Maßnahmen schützen zu können. Nahezu alle Erscheinungsformen der häuslichen Gewalt sind mit dem Grundgesetz, das „Jede[m] [...] das Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit“ (Art. 2 Absatz 2 Satz 1 BGB) und die Freiheit garantieren (vgl. Art. 2 Absatz 2 Satz 2 BGB) soll, nicht vereinbar. Jedoch sind nur einige Taten auch strafrechtlich verfolgbar.

Durch die Vorschriften des GewSchG ist es dem Opfer möglich, sich präventiv vor Gewalttaten und Nachstellung zu schützen, auch wenn diese zunächst lediglich angedroht

worden sind (vgl. § 1 Absatz 2 Nr. 1 GewSchG). Stalking, eine Form der psychischen Gewalt, ist seit 2007 nach § 238 StGB strafrechtlich verfolgbare und kann mit Geld- oder Freiheitsstrafen von bis zu drei Jahren geahndet werden (vgl. § 238 Absatz 1 StGB).

Das Gericht kann Schutzanordnungen erteilen, die es dem Täter verbieten, sich dem Opfer bis auf eine gewisse Distanz zu nähern, inklusive der Orte, an dem sich das Opfer häufig aufhält, sowie eine Kontaktaufnahme zum Opfer jeglicher Art herzustellen. Der Täter kann zudem angewiesen werden, die gemeinsame Wohnung zumindest für eine gewisse Dauer dem Opfer zu überlassen (vgl. § 1 Absatz 1 Satz 3 Nr. 1 bis 5 GewSchG). Besteht akuter Handlungsbedarf, um drohende Gefahren unverzüglich abzuwenden, können einstweilige Anordnungen, auch im Rahmen eines Eilverfahrens, erteilt werden (vgl. BMFSFJ/BMJV 2019: 16-18).

Das Gesetz gilt für alle von häuslicher Gewalt betroffenen Personen, ausgenommen davon ist jedoch Gewalt, die sich gegen im Haushalt lebender Kinder richtet. Hier muss ein Kinderschutzverfahren nach § 1666 BGB eingeleitet werden, wenn das Kindeswohl gefährdet ist (vgl. BMFSFJ/BMJV 2019: 21-22). Das Kinderschutzverfahren regelt ein schnelles Eingreifen in akuten Situationen und kann von Personen entsprechender Einrichtungen bei Kenntnisnahme und dem Kind selbst erteilt werden (vgl. ebd.: 21). Den Kindern stehen Beratungen vom Jugendamt zu.

Betrifft die Gewalt den anderen Personensorgeberechtigten, können im Rahmen des Gewaltschutzgesetzverfahrens, Sorge- und Umgangsrecht geprüft und gerichtlich neu geregelt werden (vgl. BMFSFJ 2019: 22-23). Das Jugendamt sollte in allen Fällen als zusätzliche Interessenvertretung im Sinne der Kinder und Jugendlichen hinzugezogen werden (vgl. ebd.: 21)

1.6.2.2 Opferentschädigungsgesetz

Das „Gesetz über die Entschädigung für Opfer von Gewalttaten“ (OEG) vom 07.01.1985, zuletzt geändert am 15.04.2020, sieht vor, dass Personen einen Anspruch auf Versorgung haben, die „[...] infolge eines vorsätzlichen, rechtswidrigen tätlichen Angriffs gegen seine oder eine andere Person oder durch dessen rechtmäßige Abwehr eine gesundheitliche Schädigung erlitten haben [...]“ (§ 1 Absatz 1 Satz 1 OEG).

Hierbei sollen die finanziellen Nachteile, die sich aus den gesundheitlichen Beeinträchtigungen ergeben haben, ausgeglichen werden. Als Bemessungsgrundlage dient der Leistungskatalog des Bundesversorgungsgesetzes (BVG), ein „Gesetz über die Versorgung der Opfer des Krieges“ aus dem Jahr 1950, welches die staatliche Versorgung und Entschädigung von Kriegsoffern regelt. Mit dem Grad der Schädigungsfolge (GdS), welcher nach § 30 Absatz 1 BVG nach Zehnergraden von 10 bis 100 festgelegt ist, wird der Umfang der gesundheitlichen Schädigung bemessen (vgl. Igney/Ehmke 2016: 65). Voraussetzung ist ein Nachweis über die vorsätzliche und rechtswidrige Gewalttat und dem daraus resultierenden gesundheitlichen Schaden, der zu einer längerfristigen Beeinträchtigung führt (vgl. ebd.: 67). Hier ergeben sich allerdings Kritikpunkte, da der Nachweis einer Gewalttat schwierig sein kann, unter anderem wenn keine Dokumentationen über die Gewalttat und eine medizinische Spurensicherung erfolgten bzw. Strafanzeigen nicht gestellt wurden (vgl. ebd.: 67).

Eine Statistik zur „staatlichen Opferentschädigung in Deutschland im Jahr 2019“ der Hilfsorganisation „WEISSER RING e. V.“ zeigt, dass von 181.054 verzeichneten Gewalttaten nur 18.451 Anträge gestellt wurden, also einem Anteil von 10,19 % (WEISSER RING e.V. 2020). Davon wurden lediglich 23,82 %² der Anträge anerkannt (ebd.). In der Vergangenheit wurde kritisiert, dass das Erleben schwerer psychischer Gewalt nicht zu Leistungen entsprechend des Opferentschädigungsgesetzes berechtigte. Eine Neuregelung des Sozialen Entschädigungsrechts, welches im neuen Sozialgesetzbuch (SGB XIV) stufenweise bis 01.01.2024 in Kraft treten wird, sieht Änderungen in der Opferentschädigung vor (Schepker/Fegert 2019). Das Opferentschädigungsgesetz in der bisherigen Form wird damit aufgehoben.

Wie vom WEISSEN RING e.V. auf dessen Homepage seit Jahren gefordert, werden Berechtigungen zu Leistungen auch für Opfer von psychischer Gewalt Berücksichtigung finden (vgl. Deutscher Bundestag 2019a: 1).

² „Bei den ermittelten Prozentwerten bezüglich der Erledigungen, Anerkennungen und Ablehnungen im Jahre 2019 ist zu berücksichtigen, dass es aufgrund durchschnittlicher mehrmonatiger bzw. mehrjähriger Bearbeitungszeiten von OEG-Anträgen zu zeitlichen Verschiebungen gekommen sein kann“ (WEISSER RING e.V. 2020: 1).

Das Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS 2020) teilt in seiner Pressemitteilung „Soziales Entschädigungsrecht neu geregelt und deutlich verbessert“ vom 14.01.2020 unter Punkt 6, „Verbesserungen für Opfer sexueller Gewalt“, mit, dass durch Erweiterungen des Gewaltbegriffs insbesondere Opfer sexueller oder psychischer Gewalt von Leistungen profitieren können, bei denen es zuvor Schwierigkeiten beim Nachweis gegeben hat (vgl. BMAS 2020).

Eine Stellungnahme des WEISSEN RINGS e. V. zu dem Entwurf des „Gesetzes zur Regelung des Sozialen Entschädigungsrechts“ (Deutscher Bundestag 2019a) in der Drucksache 19/13824 birgt dennoch die Kritik, dass weiterhin Opfern von psychischer Gewalt der Leistungsanspruch verwehrt werden könne, da Tatbestände nicht genauer definiert würden (vgl. Deutscher Bundestag 2019b: 8). So wird befürchtet, dass nicht alle Tatbestände, die gegen die sexuelle Selbstbestimmung gerichtet sind, auch als Tathandlung entsprechend angesehen und entschädigt werden (vgl. ebd.: 59). Der Betroffenenrat des Unabhängigen Beauftragten für Fragen des sexuellen Kindesmissbrauchs äußert zudem Kritik an der Definition des Tatbestandes des sexuellen Missbrauchs Minderjähriger und fordert eine Umformulierung, da Straftaten in der bisherigen Definition weder der psychischen noch der physischen Gewalt zugeordnet werden können (vgl. ebd.: 59).

1.6.2.3 Vertrauliche Spurensicherung

Im Zuge der Verabschiedung des Masernschutzgesetzes („Gesetz für den Schutz vor Masern und zur Stärkung der Impfprävention“) zum 01.03.2020, trat auch eine Neuregelung zur Finanzierung der vertraulichen Spurensicherung für Opfer sexueller und körperlicher Gewalt in Kraft (vgl. Fischer 2020: 13). Im § 27 („Krankenbehandlung“) des fünften Buches des Sozialgesetzbuches (SGB) wird nunmehr auf die Kostenübernahme der Spurensicherung durch die Krankenkassen verwiesen: „Zur Krankenbehandlung gehören auch Leistungen zur vertraulichen Spurensicherung am Körper, einschließlich der erforderlichen Dokumentation sowie Laboruntersuchungen und einer ordnungsgemäßen Aufbewahrung der sichergestellten Befunde, bei Hinweisen auf drittverursachte Gesundheitsschäden, die Folge einer Misshandlung, eines sexuellen Missbrauchs, eines sexuellen Übergriffs, einer sexuellen Nötigung oder einer Vergewaltigung sein können“ (§ 27 Absatz 1 Satz 6 SGB 5).

1.7 Prävention und Intervention im Gesundheitssektor

1.7.1 Die Rolle des Arztes

Gemäß der repräsentativen Studie zur „Lebenssituation, Sicherheit und Gesundheit von Frauen in Deutschland“ (Schröttle/Müller 2004), initiiert durch das BMFSFJ, sprechen viele Frauen, die körperliche und/oder sexuelle Gewalt in oder außerhalb von Partnerschaften erlebt haben, mit Niemanden über das Geschehene (vgl. ebd.: 162-163). Wenn sie sich an jemanden wenden, sind dies häufig Personen aus dem näheren Umfeld (vgl. ebd.: 162).

Suchen gewaltbetroffene Frauen professionelle Hilfe, sind dies meist Institutionen des Gesundheitswesens (vgl. ebd.: 164, vgl. Hellbernd et al. 2004: 116-117, vgl. FRA 2014: 11, vgl. Wienes/Winterholler 2016: 74). Vor allem niedergelassene ärztliche Praxen fungieren für viele Gewaltbetroffene (primär aufgrund zur Erstversorgung von körperlichen Verletzungen) als erste Anlaufstelle (vgl. Hellbernd et al. 2004: 116-117, vgl. Wienes/Winterholler 2016: 74).

Ärzten obliegt daher bei der Betreuung von gewaltbetroffenen Menschen eine Schlüsselfunktion. Sie können zum einen Opfer häuslicher Gewalt identifizieren, die Erstversorgung durchführen, Befunde dokumentieren, Opfern Informationsmaterial aushändigen sowie an spezifische Unterstützungseinrichtungen verweisen. Der „Hausarzt“ im klassischen Sinne, der an die Schweigepflicht gebunden ist, scheint für Menschen mit Gewalterfahrung eine Person zu sein, dem sie ihr Leiden offenbaren können. „Der Arzt verkörpert traditionell und vom ethischen Anspruch her den Inbegriff eines vertrauenswürdigen Heilberufers [...]“ (May/Ries 2006: 2090).

Dennoch bleibt die Chance, einen Zugang zu diesen Menschen zu finden, zu oft ungenutzt (vgl. Epple et al. 2011: 455-457, vgl. Hellbernd et al. 2004: 133). Hellbernd et al. (vgl. 2004: 119) konnten in ihrer Untersuchung feststellen, dass nur 7,5 % der Befragten auf das Gewalterleiden durch ihren Arzt angesprochen wurden, obwohl 67 % dazu bereit gewesen wären, sich ihrem Arzt mitzuteilen. In einer Untersuchung von Peschers et al. (vgl. 2003: 105-106) hatte sich gezeigt, dass nur 6 % von 216 befragten Frauen, die sexuell genötigt wurden, sich ihrem Gynäkologen offenbarten. Ein Drittel der Frauen hatte sich nicht getraut, sich dem behandelnden Gynäkologen gegenüber zu öffnen (vgl. ebd.: 106).

Die kommunikative Kompetenz des Arztes scheint dabei eine bedeutende Relevanz für den Verlauf und den Erfolg des Patientengesprächs zu haben. Einer Untersuchung zur Identifizierung psychischer und psychosomatischer Störungen zufolge, können besonders Fälle identifiziert werden, wenn das Arzt-Patienten-Gespräch auf Basis einer patientenzentrierten Gesprächstechnik abläuft (vgl. Brunotte 2006: 90). Dabei nimmt der Arzt die Rolle des Beraters ein, lässt dem Patienten Zeit, seine Anliegen zu äußern, hört mit Empathie und Geduld zu und zeigt Verständnis (vgl. Steward 1995: 1429-1430). Er steht ihm unterstützend und beratend zur Seite, zeigt Grenzen auf, lässt den Patienten aber selbst aktiv werden (vgl. ebd.: 1429-1430). Für den Erfolg des Gespräches spielt eine ruhige Atmosphäre ohne Zeitdruck eine wichtige Rolle (vgl. Graß et al. 2016: 82, vgl. Gerlach 2013: 233, vgl. Fritzsche/Schweikhardt 2020: 59). Zudem scheint wichtig zu sein, „wie gut“ sich der Arzt mit der Thematik auskennt. Vermittelt der Arzt dem Patienten das Gefühl von Unsicherheit, kann das Patienten daran hindern, das Gespräch zu suchen (vgl. Rodriguez et al. 1996: 156-157, vgl. Elliot et al. 2002: 115).

Es wird kritisiert, dass das Erkennen und die Befundung gewaltbedingter Verletzungen von Ärzten in Praxen und Kliniken unzureichend stattfindet, aufgrund geringer Qualifikation und Handlungskompetenzen hinsichtlich häuslicher Gewalt und unzureichender Sensibilisierung für das Thema aufgrund mangelnder Schulung in der Aus- und Weiterbildung sowie in entsprechenden Fortbildungsprogrammen (vgl. Elliot et al. 2002: 113-114, vgl. Institut für Rechtsmedizin Universität Düsseldorf 2008, zitiert nach Sellach 2016: 330, vgl. WHO 2013b: 10-11, vgl. Graß et al. 2013: 182-183, vgl. Wieners/Winterholler 2016: 79, vgl. Todt et al. 2016: 504-505).

1.7.2 Interventionsprogramme

1999 wurde mit dem Interventionsprogramm „S.I.G.N.A.L. – gegen Gewalt an Frauen“ in Deutschland ein Projekt erarbeitet, welches das Ziel verfolgt, eine verbesserte Gesundheitsversorgung für Frauen, die Opfer von Gewalt geworden sind, zu etablieren (Hellbernd et al. 2005). In der Projektarbeit wurde ein Leitfaden auf Basis internationaler Standards für die Intervention im Gesundheitswesen entwickelt, der konkrete Handlungsschritte im Umgang mit Betroffenen vorgibt (vgl. Hellbernd et al. 2004: 55-56).

Die Kurzversionen dieser Schritte lassen sich aus den Anfangsbuchstaben des Namens, dem Akronym S.I.G.N.A.L, ableiten (vgl. Hellbernd et al. 2004: 14) (siehe Abbildung 3). Dabei geht es vor allem um Erkennen, Ansprechen, Befundung und Dokumentation, Gefahreneinschätzung sowie Beratung und Vermittlung von Unterstützungs- und Hilfsangeboten.

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

Abbildung 3: Zentrale Handlungsschritte und -ziele der Intervention des S.I.G.N.A.L.-Interventionsprogramms (Hellbernd et al. 2004: 14).

Im Zuge des Projekts wurden Konzepte zu optimierten Präventions- und Interventionsmaßnahmen für den Klinikbereich entwickelt und erprobt, um medizinisches Personal in Form von Fortbildungen und Schulungen für Gewalt und dessen Gesundheitsfolgen zu sensibilisieren und im Umgang mit Patienten auszubilden (Hellbernd et al. 2004). Auf dieser Grundlage sollte eine verbesserte Identifizierung von Opfern häuslicher Gewalt durch medizinisches Personal erreicht werden, um letztlich Hilfe und Unterstützung zu gewährleisten (ebd.). Zudem sollten Daten zum Versorgungsbedarf generiert und Informationen über Versorgungsstrukturen und dessen Inanspruchnahme gesammelt werden. Daten über Prävalenz sowie über gesundheitliche Folgen und Erwartungen von Opfern an die Intervention und an Unterstützungsangebote innerhalb der Gesundheitsversorgung wurden mittels Interviews und soziodemografischer Angaben generiert.

Hierzu wurden Frauen befragt, die die chirurgische sowie internistische Erste Hilfe/Rettungsstation des Universitätsklinikums Benjamin Franklin Berlin (UKBF) im Frühsommer 2002 aufgesucht hatten (vgl. Brzank et al. 2004: 166-167). Als Ergebnis dieser Befragungen konnte festgestellt werden, dass ein Versorgungsbedarf besteht und dem Gesundheitswesen eine bedeutende Rolle in der Identifizierung sowie in der Versorgung und Unterstützung der Opfer zukommt (vgl. Hellbernd et al. 2004: 119, 121, vgl. Brzank et al. 2004: 168).

Es wurde jedoch resümiert, dass es hierfür Schulungen und Fortbildungen des medizinischen Personals bedarf und weitergehende Untersuchungen nach dem Vorbild dieses Programms notwendig sind, um Präventions- und Interventionsprogramme gegen häusliche Gewalt umfassend in der gesundheitlichen Versorgung zu integrieren (vgl. Brzank et. al. 2004.: 168). Das Projekt wurde von 2000 bis 2003 wissenschaftlich im Auftrag des BMFSFJ begleitet und finanziert (vgl. Hellbernd et al. 2005: 332). Die Erkenntnisse wurden in einem Handbuch zusammengetragen, welches von S.I.G.N.A.L. e.V. veröffentlicht wurde (Hellbernd et al. 2004). Es bietet wissenschaftlich evaluierte Handlungsempfehlungen sowie Befundungs- und Dokumentationsbögen für das praxisorientierte Handeln von Fachkräften des Gesundheitswesens. Zum Handbuch wurde ergänzend ein wissenschaftlicher Bericht veröffentlicht.

Inzwischen ist S.I.G.N.A.L. e.V. als Verein eingetragen und setzt sich für die Verbreitung des S.I.G.N.A.L.-Programms in weiteren Kliniken innerhalb Berlins sowie überregional ein und ist Träger der Berliner „Koordinierungs- und Interventionsstelle“, die sich für die Implementierung von Interventionsstandards in Kliniken ausspricht und diese mittels Informationsmaterialien, Vorträgen und Schulungen unterstützt (Sautter/Winterholler 2020). Seit 2018 unterstützt die Koordinierungsstelle von S.I.G.N.A.L. e.V., im neu eingeführten Modell „Gewaltschutzteam“, Kliniken bei der Implementierung durch Gründung von Teams aus Klinikleitung und Fachkräften (vgl. ebd.: 187). Diese arbeiten interdisziplinär zusammen und fokussieren auch die Zusammenarbeit mit weiteren Netzwerken, bestehend aus Beratungsstellen, Zufluchtseinrichtungen, rechtsmedizinischen Instituten, psychosomatischen Hilfestellen und der ambulanten ärztlichen Versorgung (vgl. ebd.: 187).

Das Modellprojekt „Medizinische Intervention gegen Gewalt an Frauen“ (MIGG), welches 2007 durch das BMFSFJ in Auftrag gegeben wurde, erprobte und entwickelte dazu

Interventionsstrategien für die Gewaltopferbetreuung für niedergelassene Ärzte in der ambulanten ärztlichen Versorgung, um Opfer von häuslicher Gewalt im Praxisalltag besser identifizieren, behandeln sowie Befunde gerichtsfest dokumentieren zu können und darüber hinaus bei der Vernetzung mit anderen Institutionen und Vermittlung von Hilfsangeboten unterstützen zu können (Graß et al. 2016, Sellach et al. 2011). Insgesamt gliederte sich das Projekt in drei Teilprojekte auf. Die rechtsmedizinische Leitung oblag der Universität Düsseldorf. S.I.G.N.A.L. e.V., das „GESINE“-Netzwerk Gesundheit.EN war ein weiterer Projektträger (vgl. Graß et al. 2013: 180).

Insgesamt wurden über 100 vorwiegend allgemeinmedizinische und gynäkologische Praxen in das Projekt integriert, welche mit regionalen Frauenberatungsstellen und rechtsmedizinischen Instituten vernetzt wurden (Sellach 2016, vgl. Graß et al. 2013: 180-181, vgl. Sautter/Winterholler 2020: 188). Die Praxen unterzogen sich einem Schulungskonzept zum Umgang mit Opfern von häuslicher Gewalt und wurden anschließend in einem Praxisjahr begleitet. Das Konzept aus Schulungen, Bereitstellung von Material und Hilfsmitteln in Form von Interventionsleitfäden und Befunddokumentationsbögen, Kontaktherstellung mit regionalen Hilfsnetzwerken und rechtsmedizinischen Instituten, erwies sich als Erfolg. Teilnehmende Ärzte konnten für die Thematik sensibilisiert werden und Ergebnisse aus Abschlussbefragungen zeigten verbesserte Handlungskompetenzen und -sicherheit (vgl. Graß et al. 2013: 182-185). Die Erkenntnisse aus dem Modellprojekt mündeten anschließend in die Konzeption eines wissenschaftlichen Implementierungsleitfadens, der dazu beitragen soll, dass Interventionsstandards in der ambulanten Gewaltopferversorgung flächendeckend integriert werden können (Sellach et al. 2011).

Trotz der breiten Öffentlichkeitsarbeit, der Vorträge und zahlreichen Veröffentlichungen wurden die genannten evidenzbasierten und erfolgreich erprobten Modelle bisher noch nicht flächendeckend umgesetzt. Eine Umfrage zum Versorgungsangebot in Berliner Rettungsstellen im Jahr 2013 legte dar, dass nur vier von 33 Rettungsstellen, die sich an der Umfrage beteiligten, ein umfangreiches Versorgungsangebot bezüglich häuslicher Gewalt anbieten (vgl. Wieners et al. 2014: 1).

Für eine systematische Implementierung von Interventionsstandards setzt sich international die WHO ein (WHO 2013b; WHO 2019). Diese leitete im Zuge ihres Berichts, „Global and regional estimates of violence against women: Prevalence and health effects of intimate

partner violence and non-partner sexual violence” (WHO 2013a), evidenzbasierte Empfehlungen für die „Gesundheitsversorgung und Gesundheitspolitik“ zum „Umgang mit Gewalt in Partnerschaften und mit sexueller Gewalt gegen Frauen“ ab und forderte auf, die in diesen Leitlinien enthaltenen Interventionsschritte und -angebote umfassend zu integrieren (WHO 2013b). Um die Ziele einer verbesserten Versorgung Gewaltbetroffener im Gesundheitswesen zu erreichen, appelliert die WHO, entsprechende Inhalte der Leitlinien bereits in die Curricula von Aus- und Weiterbildung zu inkludieren und regelmäßige Fortbildungsangebote anzubieten (WHO 2013b). Die Empfehlungen wurden in einer Leitlinie und in einem Handbuch von der WHO herausgegeben und im Auftrag der WHO von S.I.G.N.A.L. e.V. ins Deutsche übersetzt (WHO 2013c und 2014b).

Auf europäischer Ebene zielen die Bestimmungen des als Istanbul-Konvention bekannten „Übereinkommens des Europarates zur Verhütung und Bekämpfung von Gewalt gegen Frauen und häuslicher Gewalt“, welches für Deutschland 2018 als geltendes Recht in Kraft trat, in Artikel 15 darauf ab, entsprechende Berufsgruppen, die mit Opfern von häuslicher Gewalt tangiert sind, in der Ausbildung für das Thema zu sensibilisieren, zu schulen und Fortbildungsmaßnahmen anzubieten (vgl. CoE 2011: 10). Diese sollen auch dafür ausgelegt sein, um eine „behördenübergreifende Zusammenarbeit“ (§ 15 Absatz 2) leisten zu können. In Artikel 11 werden die Unterzeichner des Abkommens dazu aufgerufen, Forschung zu dieser Problematik zu betreiben (§ 11 Absatz 1b) sowie regelmäßige Datenerhebungen durchzuführen (§ 11 Absatz 1a, vgl. ebd.: 11).

1.8 Aus-, Fort- und Weiterbildung

Diverse nationale sowie internationale Untersuchungen zeigen, dass sich niedergelassene Ärzte häufig unsicher im Umgang mit Opfern von häuslicher Gewalt fühlen (vgl. McCauley et al. 1998: 553-554, Mark 2001, vgl. Rönnerberg/Hammarström 2000: 224-226, vgl. Hagemann-White/Bohne 2003: 44-46, vgl. Brzank et al. 2004: 119, vgl. Brzank/Blättner 2010: 230-231). Damit Ärzte im Bereich häuslicher Gewalt ihrer Schlüsselfunktion in der Identifizierung von Opfern nachkommen können, wird es daher als essenziell angesehen, dass die Thematik in Aus-, Fort- und Weiterbildungen integriert und in die Approbationsordnung aufgenommen wird, um die Qualifizierung von medizinischem Personal im Umgang mit Gewaltbetroffenen sicher zu stellen (WHO 2013b, CoE 2011).

Damit wären auch die Empfehlungen der WHO und die Beschlüsse der Istanbuler Konvention erfüllt.

Für Hornberg et al. (vgl. 2008: 42) sind dabei einheitliche Standards in der Ausbildung wichtig, die auf aktuellen wissenschaftlichen Forschungserkenntnissen basieren und die die interdisziplinäre Zusammenarbeit fokussieren.

1.8.1 Allgemeine Entwicklung der Implementierung von Standards

Die Bund-Länder-Arbeitsgruppe „Häusliche Gewalt“ hat bereits 2002 „Standards und Empfehlungen für die Aus- und Fortbildung zum Thema häusliche Gewalt [...]“ (BMFSFJ 2002) für verschiedene entsprechende Berufsgruppen herausgegeben. Dabei sollen acht ausgewählte Themengebiete von einem Team aus interdisziplinären Referenten unter Einbindung von Rechtsmedizinern für den Bereich der gerichtsfesten Dokumentation vermittelt werden (vgl. ebd.: 36-39).

In Deutschland liegen inzwischen erprobte, evidenzbasierte Curricula für die Aus-, Fort- und Weiterbildung von Gesundheitsfachkräften vor. S.I.G.N.A.L. e.V. war als Projektträger an der Ausarbeitung und Erprobung des Curriculums des S.I.G.N.A.L.-Interventionsprogramms (Hellbernd 2006) sowie an dem Curriculum des MIGG-Projektes für die niedergelassene ärztliche Versorgung beteiligt (MIGG 2011). Eine Übersicht vorhandener, auch international erprobter Curricula, stellt die Koordinierungsstelle von S.I.G.N.A.L. e.V. auf ihrer Website zur Verfügung (S.I.G.N.A.L. e.V. 2019a).

Auch die WHO veröffentlichte aufbauend auf dem Handbuch der WHO (siehe Kapitel 1.7.2) 2019 ein Curriculum für Mitarbeiter des Gesundheitsdienstes für die Umsetzung der Implementierung von Interventionsstandards im Umgang mit weiblichen Gewaltbetroffenen (WHO 2019).

Neben den vorgenannten Bemühungen gibt es seit vielen Jahren auch Forderungen des Deutschen Ärztetages, das Thema häusliche Gewalt stärker in die Lehrinhalte der medizinischen Ausbildung zu integrieren (S.I.G.N.A.L. e.V. 2019b). Bereits 2002 und später auch 2007 forderte der Ärztetag die Ärzteschaft dazu auf, im Arbeitsalltag vermehrt auf Anzeichen häuslicher Gewalt bei Patienten zu achten und sich für das Thema zu sensibilisieren (S.I.G.N.A.L. e.V. 2019b). Es folgte der Aufruf nach einer Integration der Thematik der häuslichen Gewalt in die (Muster-)Weiterbildungsordnung und in die

Approbationsordnung (vgl. Bundesärztekammer 2002: Drucksache IV-64/Drucksache IV-65). 2007 appellierten die Delegierten erneut, Fortbildungen innerhalb der (Muster-) Weiterbildungsordnung zu etablieren und Aus- und Fortbildungen zum Thema zu fördern (vgl. Bundesärztekammer 2007: 20-21). Im Jahr 2015 gab es die explizite Forderung, die WHO-Leitlinien in Aus-, Fort- und Weiterbildung der Ärzteschaft zu integrieren. Sie empfahlen eine Aktualisierung der Curricula im Medizinstudium und eine Integration entsprechender Themeninhalte gemäß der WHO-Leitlinie in die allgemeinen Weiterbildungsinhalte der (Muster-)Weiterbildungsordnung (vgl. Bundesärztekammer 2015: 279-280).

Eine Novellierung der MWBO wurde 2018 verabschiedet, mit dem Auftrag an die Länder, diese in Landesrecht umzusetzen. In der von der Bundesärztekammer entworfenen Ordnung wurde im Grundlagenteil und Kompetenzbereich jeder Weiterbildung, unabhängig von der gebietsspezifischen Ausrichtung, folglich der Satz „Symptome der Verletzung von körperlicher und/oder psychischer Integrität“ (Bundesärztekammer 2018a: 22) hinzugefügt. Jedoch wird der Begriff „häusliche Gewalt“ weiterhin nicht explizit erwähnt. Laut S.I.G.N.A.L. e.V. habe die Bundesärztekammer aber mitgeteilt, dass hierunter auch Aspekte der innerfamiliären Gewalt zu verstehen sind (vgl. S.I.G.N.A.L. e.V. 2019c: 3-4).

2018 riefen die Delegierten des 121. Deutschen Ärztetages die Bundesärztekammer nach einer bundesweit einheitlichen, systematischen Implementierung der WHO-Leitlinien auf, auch im Hinblick auf die Erfüllung der Vorgaben der Istanbul-Konvention. Sie forderten dazu auf, verbindliche Vorgaben in einem Maßnahmenkatalog festzuschreiben (vgl. Bundesärztekammer 2018b: 252-253). Der zuständige Ausschuss verwies bei dieser Forderung auf die jeweiligen Fachgesellschaften und kündigte an, diese entsprechend informieren zu wollen (S.I.G.N.A.L. e.V. 2019b).

Durch das Engagement von S.I.G.N.A.L. e.V. können inzwischen verschiedene Veranstaltungen angeboten werden. In Kooperation mit der Ärztekammer Berlin existiert eine zweiteilige Basisfortbildung für Ärzte und Personal niedergelassener Praxen und Klinikmitarbeiter (Ärztekammer Berlin o.D.). Für Pflegeschulen gibt es das Angebot eines Projekttages für die Vermittlung von Basiswissen und Handlungskompetenzen in der Intervention (S.I.G.N.A.L. e.V. 2020). In sogenannten „Train-the-Trainer“- Seminaren werden Fachkräfte des Gesundheitswesens in der Prävention und Intervention qualifiziert, die ihrerseits Mitarbeiter von Krankenhäusern entsprechend schulen können und so zur

Implementierung von Interventionsstandards im Gesundheitssektor beitragen (vgl. Hornberg et al. 2008: 34). Dass eine Qualifizierung des medizinischen Personals in Form von Integration entsprechender Lehrinhalte in Fortbildungen und Schulungen erfolgreich ist, zeigt sich u.a. an dem Beispiel eines Trainingsprogramms am Innsbrucker Landeskrankenhaus (Beck et al. 2020). Ein konzipiertes Sensibilisierungstraining für die Mitarbeiter wurde als sehr erfolgreich evaluiert. Die Teilnehmer gaben im Anschluss ein gesteigertes Sicherheitsgefühl im Umgang mit von Gewalt betroffenen Patienten an (vgl. ebd.: 63).

Auch Hellbernd et al. (2004) verzeichneten im Rahmen des S.I.G.N.A.L.-Interventionsprogramms einen Erfolg. In einer Abschlussbefragung nahmen nach entsprechenden Fortbildungsveranstaltungen in einzelnen Instituten des Universitätsklinikums Benjamin Franklin der Freien Universität Berlin (UKBF) 207 ärztliche Mitarbeiter teil (vgl. ebd.: 159), darunter 105 Ärzte (vgl. ebd.: 161). Die Fortbildungen wurden insgesamt als sinnvoll und wichtig eingestuft (vgl. ebd.: 162-163). Über 50 % der Teilnehmer äußerten den Wunsch weiterer Fortbildungsveranstaltungen zu diesem Thema. Hierbei wurden insbesondere rechtsmedizinische Themen genannt (vgl. ebd.: 163).

Graß et al. (vgl. 2013: 183-184) verzeichneten im Rahmen der Abschlussbefragung ihres Modellprojektes MIGG, dass Ärzte im Anschluss des modularen Fortbildungskonzeptes Gewalterleiden häufiger wahrnahmen und über gesteigerte Handlungskompetenzen im Umgang mit Gewaltbetroffenen verfügten. Hemmnisse in der Ansprache konnten reduziert werden und Angebote von Hilfsnetzwerken wurden vermehrt in Anspruch genommen (vgl. ebd.: 183-184).

1.8.2 Universitäre Ausbildung

Bereits mit Einführung der Approbationsordnung für Ärzte (ÄAppO) im Jahr 1970, welche die Ziele der ärztlichen Ausbildung festschreibt, gab es infolge immer wieder Kritik an dessen Ausgestaltung, sodass sich über die Jahre weitere Reformen anschlossen (vgl. von Jagow/Lohälter 2006: 330). Ein zentraler Kritikpunkt ist seit jeher eine mangelnde praxisorientierte Ausbildung und eine zu große Schwerpunktsetzung auf theoretische Lerninhalte (vgl. ebd.: 330). Eine neue ÄAppO, ratifiziert durch den Bundesrat im Juni 2002, trat schließlich am 01.10.2003 in Kraft (Bundesgesetzblatt 2002). Auf dessen Grundlage sollen den Studierenden praxisnahe- und relevante Themen fächerübergreifend vermittelt werden (vgl. Anders/Püschel 2003: 66-67).

Praktische Fähigkeiten und Lerninhalte sollen durch eine festgeschriebene Mindestanzahl an Stunden direkt am Krankenbett und in kleinen Studierendengruppen sowie durch Teilnahme an Seminaren und Kleingruppenarbeit, vermittelt und angeeignet werden (vgl. ebd.: 66-67). An vielen Universitäten wurde auf Basis der ÄAppO von 1970 der sogenannte „ökologische Kurs“ eingeführt, welcher fächerübergreifende Inhalte zusammenfasste und dessen Auswahl und Gewichtung der einzelnen Fächer den einzelnen Universitäten oblag (vgl. Schwenn 2008: 13-14). Man erhoffte sich dadurch schon damals eine verbesserte Lehre praxisbezogener Inhalte. Viele Universitäten integrierten in diesen Kurs rechtsmedizinische Lehrinhalte. Dennoch sah man vor allem defizitäre Kenntnisse in Bezug auf die Durchführung der Leichenschau und der ärztlichen Schweige- und Aufklärungspflicht (vgl. Schwenn 2008: 13).

Mit Einführung der ÄAppO 2002 wurde das Fach Rechtsmedizin als ein eigenständiges Fach erklärt und Stundenanzahl, Aufbau und Themengewichtung sind dabei Entscheidungssache der einzelnen medizinischen Fakultäten der Universitäten (vgl. Schwenn 2008: 16). Rechtsmedizinische Lehrinhalte, die sich am Leitbild der praxisnahen Lehre orientieren sollen, sollen durch praktische Übungen, Seminar- und Gruppenarbeit, realisiert werden (vgl. Anders/Püschel 2003: 67-68).

2006 führte das Institut für Rechtsmedizin des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf eine Befragung der Lehrverantwortlichen der insgesamt 33 universitären rechtsmedizinischen Institute zur Veränderung der studentischen Ausbildung auf Grundlage der neuen ÄAppO 2002 im Fach Rechtsmedizin durch (Anders et al. 2007). Mit dessen

Einführung haben sich demnach an 18 der 29 teilnehmenden Institute Änderungen in der Ausgestaltung des Curriculums des Fachs Rechtsmedizin ergeben, die in 60 % der Fälle als positiv eingestuft wurden (vgl. ebd.: 154). Anders et al. (2007) konnten hier nur Vermutungen anstellen, warum die Veränderungen von nahezu der Hälfte der Beteiligten als nicht positiv wahrgenommen wurden. Eine Unzufriedenheit an einzelnen Instituten könnte u.a. mit der freien Handhabung der Universitäten bei der Einbindung rechtsmedizinischer Lehrinhalte in den allgemeinen studentischen Lehrplan bestanden haben. Infolgedessen könnte eine verringerte Stundenanzahl der Lehrveranstaltungen im Fach Rechtsmedizin oder fehlendes Lehrpersonal durch Reduzierung der studentischen Gruppenanzahl, in Verbindung mit erhöhtem Arbeitsaufwand seitens der wissenschaftlichen Mitarbeiter, Gründe gewesen sein (vgl. Anders et al. 2007: 156).

Ergänzend zu den quantitativen Aspekten der Befragung, wurde an den Instituten auch nach der Themenauswahl in den Unterrichtsveranstaltungen gefragt (vgl. Schwenn 2008: 27-28). Auffällig scheint, dass Themen wie häusliche Gewalt und der rechtsmedizinische Teilbereich der Viktimologie allgemein im Unterricht unterrepräsentiert und in 25-30 % der Fälle überhaupt nicht Gegenstand der Lehrveranstaltungen waren (vgl. ebd.: 27-28). In Anlehnung an die Befragung rechtsmedizinischer Institute in 2007 (Anders et al. 2007), ergab eine erneute Erhebung im Jahr 2019, dass ein Drittel der rechtsmedizinischen Institute häusliche Gewalt in ihr Curriculum integriert haben (vgl. Nold et al. 2020: 227).

Seit 1999 ist es deutschen medizinischen Universitäten nach § 41 der ÄAppO möglich, einen Modellstudiengang einzuführen (Bundesgesetzblatt 2002). Das Konzept des Modellstudienganges orientiert sich dabei an die ärztliche Ausbildung anderer europäischer und internationaler Länder (vgl. Wissenschaftsrat 2004: 12). Diese Weiterentwicklung des Medizinstudiums ermöglicht einen medizinischen fächerübergreifenden Unterricht, der themen- und organverwandte Inhalte aus Vorklinik und Klinik kombiniert vereint und mit Praxisbezug vermittelt (vgl. Fabry/Fischer: 2014: 2). Praktische Fähigkeiten und theoretisches Wissen werden so parallel angeeignet. Zudem soll ein stärkerer Fokus auf selbstständigem und problemorientiertem Lernen liegen. Wissenschaftliches Arbeiten während des Studiums soll eine Orientierung hin zu evidenzbasierter Wissenschaft ermöglichen (vgl. Wissenschaftsrat 2004: 11). Die Ausgestaltung des Curriculums obliegt den einzelnen medizinischen Universitäten (vgl. Guse/Kuhlmey 2018: 132). Insgesamt 11 von 39 bieten derzeit einen Modellstudiengang an.

Ein Beispiel für eine erfolgreiche Integration der Thematik der häuslichen Gewalt in das Curriculum der universitären Ausbildung zeigt die Charité Berlin. Hier wurde das Thema häusliche Gewalt in das Pflichtcurriculum der universitären medizinischen Ausbildung innerhalb des Modellstudiengangs aufgenommen. Die Studierenden sollen „Zeichen und Symptome sexualisierter Gewalt (häusliche Gewalt, Vergewaltigung und ähnliche Traumata) benennen, in den gesellschaftlichen Kontext einordnen und die Prinzipien der ärztlichen Herangehensweise erläutern können“ (Charité 2018: 1859). Neben einem Kommunikationstraining, in dem Grundlagen zum Arzt-Patienten-Gespräch im Hinblick auf Gewalterfahrungen gelehrt werden, ist die Thematik in zwei weiteren Seminaren integriert.

Das Kommunikationstraining wurde von den Studierenden als hilfreich evaluiert (vgl. Kienle et al. 2017: 205), Demnach sahen sich 73 % der Teilnehmer im Anschluss in der Lage, das Thema bei Verdacht anzusprechen (vgl. ebd.: 205).

2017 wurde ein „Masterplan Medizinstudium 2020“ von den Gesundheits- und Wissenschaftsressorts auf Landes- und Bundesebene beschlossen, in dem sich auf Maßnahmen geeinigt wurde, die zu einer Erneuerung des Medizinstudiums beitragen sollen (Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) 2017). Eine Neustrukturierung soll u.a. eine stärkere praxisbezogene und fächerübergreifende Ausbildung fördern, die Orientierung an evidenzbasierter Wissenschaft sowie Herausforderungen der Zeit, wie die Sicherung der ländlichen allgemeinmedizinischen Versorgung, berücksichtigen (ebd.). Eine Novellierung der ÄAppO soll zum 01.10.2025 in Kraft treten. Welche Neuerungen dies für die Lehre des Faches der Rechtsmedizin bedeutet, bleibt abzuwarten.

1.9 Fragestellung und Zielsetzung

Der Mangel an aktuellen, repräsentativen Studien und Forschungsarbeiten zum Thema häusliche Gewalt in Deutschland zeigt, dass die Thematik noch immer nicht die Aufmerksamkeit erreicht hat, die auf Basis der Daten der PKS nötig wäre. Es scheint, als habe die beschlossene Implementierung von Standards zur Prävention, Identifizierung und Betreuung von Opfern häuslicher Gewalt, die europäisch und international gefordert wird, in Deutschland noch nicht umfangreich stattgefunden. Insbesondere Berufsgruppen des medizinischen Gesundheitsbereiches, allen voran niedergelassene Ärzte, kommen häufig mit Menschen mit entsprechender Gewaltanamnese im häuslichen Bereich in Kontakt und

nehmen daher eine Schlüsselrolle im Hilfesystem im Erkennen und Umgang mit Gewaltopfern ein. Es stellt sich die Frage, warum diese Chance jedoch oft verpasst wird, Opfer und Taten häufig unentdeckt bleiben und Strafanzeigen ausbleiben.

Aufgrund dieser Problematik ergab sich die Notwendigkeit einer Befragung von niedergelassenen Allgemeinmedizinerinnen, Internisten und Praktischen Ärztinnen in hausärztlichen Praxen in Hamburg und Schleswig-Holstein, um Defizite in diesem Bereich des Hilfesystems aufzudecken, Optimierungsansätze in Weiter- und Fortbildungsmaßnahmen erarbeiten zu können und so die Qualität der hausärztlichen Versorgung im Umgang mit Opfern von häuslicher Gewalt zu verbessern.

Als Befragungsinstrument wurde ein Fragebogen konzipiert, der vorab in einem Pretest geprüft und nach Überarbeitung schließlich via Fax an niedergelassene Hausärztinnen (praktische Ärztinnen, Allgemeinmedizinerinnen und hausärztlich tätige Internisten) versendet wurde.

Unter dem Titel „Umgang mit Opfern von häuslicher Gewalt in der hausärztlichen Praxis in Hamburg und Schleswig-Holstein“ wurden Daten generiert, anhand derer Erkenntnisse gewonnen und folgende zuvor aufgestellte Hypothesen im Rahmen aktueller Literaturrecherche zum Thema überprüft werden sollten:

- Es existiert kein standardisiertes Untersuchungsschema bei der Erfassung von physischer und psychischer Gewalt durch einen Dritten.
- Instrumente zur Diagnostik von Opfern häuslicher Gewalt (Leitfäden) sind nicht bekannt bzw. finden keine Anwendung.
- Hausärztinnen fühlen sich unsicher im Umgang mit Opfern von häuslicher Gewalt.
- Leitfäden, Fortbildungen und Unterrichtseinheiten zur Thematik tragen zum Sicherheitsempfinden im ärztlichen Umgang mit Opfern häuslicher Gewalt bei.
- Hausärztinnen sind unsicher in der Überweisung von Patienten an geeignete Beratungsstellen und Institutionen.
- Bezüglich der Thematik häuslicher Gewalt sind relevante, bundeslandspezifische Unterschiede im hausärztlichen Praxisalltag auszumachen (Hamburg versus Schleswig-Holstein).

2. Material und Methoden

2.1 Vorbereitung und Konzeption des Fragebogens

Die Planung und Durchführung der vorliegenden Untersuchung erfolgte durch das Institut für Rechtsmedizin des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf (UKE) in Kooperation mit den Instituten für Allgemeinmedizin des UKE und der Christian-Albrechts-Universität zu Kiel (CAU).

Um Erkenntnisse zum Umgang mit Opfern von häuslicher Gewalt in der hausärztlichen Praxis zu gewinnen und die im Kapitel 1.9 aufgeführten entworfenen Hypothesen zu überprüfen, wurde ein standardisierter Fragebogen konzipiert.

Eine erste Ausarbeitung des Fragebogens wurde dem ärztlichen Personal des Instituts für Rechtsmedizin sowie den kooperierenden Ärzten der Institute für Allgemeinmedizin des UKE und der CAU zur Abstimmung vorgelegt, woraufhin ein Vortest und daraus resultierend weitere Änderungsvorschläge erfolgten.

Die endgültige Version des Fragebogens wurde per Fax an niedergelassene Allgemeinmediziner, praktische Ärzte und hausärztlich tätige Internisten in den Bundesländern Hamburg und Schleswig-Holstein versendet.

2.2 Datenerhebung

Für den Versand der Fragebögen wurde zunächst eine Datenbank mit den Faxnummern der Hausärzte in Hamburg und Schleswig-Holstein erstellt.

Hamburg

Die Kontaktdaten und damit auch die Mehrheit der Faxnummern der Ärzte aus Hamburg wurden aus dem Online-Verzeichnis „Arztsuche“ der Webseite der Ärztekammer Hamburg entnommen, welche die Ärzte nach ihren jeweiligen Fachgebieten listet. Für das Suchfeld des ärztlichen Fachgebietes der „Allgemeinmedizin“, der „Inneren Medizin“ und der Kategorie „Hausarzt“ ergaben sich insgesamt 1590 Einträge.

Hierunter gelistete Ärzte, deren Faxnummer nicht mit angegeben war, wurden dennoch mit in die Datenbank eingepflegt und telefonisch nach ihrer Faxnummer befragt. Ärzten, die telefonisch nicht erreichbar waren oder über kein Faxgerät verfügten, wurde der Fragebogen per Postversand zugestellt.

Bei der telefonischen Erfragung gaben 10 Ärzte an, nicht mehr ärztlich tätig zu sein und 9 bekundeten vorab kein Interesse an der Teilnahme der Befragung. Folglich wurden in Hamburg 1529 Ärzte per Fax und 42 Ärzte per Post angeschrieben (n=1571).

Schleswig-Holstein

In Schleswig-Holstein wurden diejenigen niedergelassenen Ärzte mit Bitte um Teilnahme angeschrieben, die auf der Internetseite der Online-Arztsuche der Kassenärztlichen Vereinigung Schleswig-Holstein vermerkt waren. Dabei ist anzumerken, dass die Listung der Ärzte, anders als im Online-Verzeichnis der Ärztekammer Hamburg, freiwillig ist und somit wahrscheinlich nicht alle tätigen Hausärzte erfasst wurden.

Dabei wurden die Daten derjenigen Ärzte zur Datenbank hinzugefügt, die unter folgenden Suchfeldern gelistet waren: „Allgemeinmedizin (hausärztlich)“, „Hausarzt“, „Hausarzt (Allgemeinmedizin)“, „Hausarzt (Arzt)“, „Hausarzt (Innere Medizin)“, „Hausarzt (Innere und Allgemeinmedizin)“, „Hausarzt (Praktischer Arzt)“, „Innere Medizin“, „Innere Medizin (hausärztlich)“, „Innere und Allgemeinmedizin (hausärztlich)“, „Praktischer Arzt (hausärztlich)“. Somit konnten für Schleswig-Holstein die Daten von 1365 Ärzten in den Datensatz überführt werden. 1363 Ärzte wurden per Fax angeschrieben. Lediglich zwei Ärzten wurde der Fragebogen per Post übermittelt (n=1365).

Der Versand der Fragebögen via Fax erfolgte über den Online-Faxanbieter „Simple-Fax“. Nach der Registrierung bei dem Anbieter wurde eine eigene Faxnummer zugeteilt, an die der Rückversand der ausgefüllten Fragebögen erfolgte. Die zurückgesandten Fragebögen wurden dem Auftraggeber anschließend als E-Mail übermittelt und standen im PDF-Format zur Verfügung. Der Dienstleister Simple-Fax stellte dem Auftraggeber zudem per E-Mail einen Sendebericht zu, der Aufschluss darüber gab, ob das Fax an die Nummer des jeweiligen Arztes erfolgreich zugestellt werden konnte.

Der erste Durchlauf der Datenerhebung erfolgte mit dem Versand der Fragebögen via Fax und Post am 07.11.2018 (n=2936). Gemäß des automatisch erstellten Sendeberichts durch den Faxdienstleister konnten insgesamt 195 Faxe (Hamburg: n=109, Schleswig-Holstein: n=86) nicht erfolgreich zugestellt werden, da trotz fünf Anwahlversuchen keine Zustellung wegen Nichterreichbarkeit erfolgte oder aber die Faxnummer nicht existierte. Von den insgesamt 44 Fragebögen, die per Post versendet wurden, konnten 6 (Hamburg: n=6) nicht zugestellt werden.

Nach fünf Wochen (am 10.12.2018) wurden Ärzte erneut angeschrieben, von denen kein Rücklauf eines ausgefüllten Fragebogens erfolgte oder bei denen das Fax oder die postalisch versendeten Fragebögen aus der ersten Befragung nicht zugestellt werden konnten. Im Rahmen dieser Nachfassaktion wurden 2620 Fragebögen per Fax (Hamburg: n=1411, Schleswig-Holstein: n=1209) und 62 Fragebögen per Post (Hamburg: n=54, Schleswig-Holstein: n=8) versendet (n=2682). Ärzte, deren Nummern laut Sendebericht nicht aktuell waren bzw. nicht existierten, wurden per Post angeschrieben, telefonisch nach ihrer aktuellen Faxnummer befragt oder die Nummer wurde im Rahmen von Internetrecherche aktualisiert.

Der Gesamtrücklauf für die Bundesländer Hamburg und Schleswig-Holstein betrug 494 Fragebögen (17,8 %). Darunter befanden sich 22 Fragebögen, die mehrmals oder unvollständig ausgefüllt wurden. Zwei weitere Fragebögen wurden von der Auswertung ausgeschlossen, da es sich bei diesen Teilnehmern um nicht hausärztlich tätige Ärzte handelte, sondern den Angaben zufolge um Fachärzte für „Psychiatrie und Psychotherapie“ und „Psychotherapie“. Hingegen wurden fünf Fragebögen von Teilnehmern, die nicht der eigentlichen Zielgruppe angehörten, aber zu den primären Anlaufstellen für Gewaltbetroffene gehören dürften und damit dem Studiendesign entsprachen, berücksichtigt (Pädiatrie n=2, Gynäkologie n=3).

Somit waren 470 Fragebögen (16,9 %) als gültig anzusehen. Die Ergebnisse wurden anonymisiert und getrennt nach Bundesland in eine Datenbank (Microsoft Excel) eingepflegt.

2.3 Fragebogen

Das versendete Fax bestand aus drei Seiten: einem zweiseitigen Fragebogen und dem einleitenden Anschreiben, in dem den Ärzten das Ziel dieser Untersuchung vorgestellt sowie Informationen zur Teilnahme mitgeteilt wurden (siehe Anlagen 3-5). Die Ärzte wurden gebeten, den ausgefüllten Fragebogen binnen zwei Wochen zurückzusenden. Als Dank für die Teilnahme an dieser Befragung wurden drei Büchergutscheine im Wert von je 150 Euro unter den teilnehmenden Ärzten verlost. Um dies zu ermöglichen, die Anonymisierung der Teilnehmer gleichzeitig jedoch zu gewähren, wurden nach Eingang der Fragebögen, die Kopfzeilen der Fragebögen abgetrennt und für die anschließende Verlosung separat aufbewahrt. Im Anschluss an die Verlosung wurden diese Dokumente vernichtet.

Die Kopfzeile unterschied sich für die Bundesländer Hamburg und Schleswig-Holstein im Layout. Für die Ärzte aus Hamburg wurde das Logo des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf (UKE) dem des Universitätsklinikums Kiel (CAU) im Kopf des Fragebogens vorangestellt. Für die teilnehmenden Ärzte aus Schleswig-Holstein erfolgte die Anordnung gegensätzlich. Damit war es möglich, die zu generierenden Datensätze zunächst bundeslandspezifisch zu erfassen, um anschließend eventuelle Unterschiede diskutieren zu können, ohne die Anonymisierung zu gefährden.

Der Fragebogen gliederte sich in vier Abschnitte:

Der erste Abschnitt erfasste soziodemographische Daten zum Alter und Geschlecht sowie Daten zu den Berufsjahren insgesamt bzw. zu der niedergelassenen hausärztlichen Tätigkeit sowie zu absolvierten Facharztweiterbildungen.

Im zweiten Teil, bestehend aus insgesamt zehn Fragen, konnten sowohl zutreffende Antworten aus geschlossenen Fragestellungen angekreuzt werden, wobei zum Teil auch Mehrfachantworten möglich waren, als auch offene Fragen in einem Freitextfeld beantwortet werden (Fragen 3 und 10.2).

Die Fragen 1-5 thematisierten, wie häufig die Ärzte mit Fällen von häuslicher Gewalt im Arbeitsalltag konfrontiert sind, ob und wie sie die Fälle dokumentieren bzw. welche Art der Untersuchung sie dafür nutzen und welche Gewaltformen sie unter häuslicher Gewalt verstehen.

Die Fragen 6-10 sollten Aufschluss zum Grad der Ausbildung zum Thema „Umgang mit Opfern von häuslicher Gewalt“ geben. Hierbei wurde gefragt, ob der Leitfaden der Ärztekammer zur Thematik bekannt ist und genutzt wird, ob das Thema in der universitären Ausbildung gelehrt wurde, ob Fortbildungen zu dem Thema besucht wurden oder eine theoretische Fortbildung (z.B. Eigenstudium) stattgefunden hat und ob Interesse an Fortbildungen besteht bzw. welche Themen hierbei interessant wären. Die Frage 9 sollte zudem Hinweise erbringen, ob aufgrund eines Falles von häuslicher Gewalt schon einmal Kontakt zu einem rechtsmedizinischen Institut aufgenommen wurde.

Im dritten Abschnitt wurden die Teilnehmer gebeten, vierzehn Fragen unter Verwendung einer 6-stufigen-Likert-Skala zu beantworten. Die persönlichen Einstellungen zu diesen Fragen konnte aus den folgenden sechs Antwortoptionen generiert werden: „stimme gar nicht zu“, „stimme nicht zu“, „stimme eher nicht zu“, „stimme eher zu“, „stimme zu“ und „stimme sehr zu“.

Die Fragen 11 und 12 gaben darüber Aufschluss, wie die Ärzte ihre Rolle im Umgang mit Opfern von „häuslicher Gewalt“ einschätzen. Die Fragen 13-22 fragten ab, wie gut sich die Ärzte in Bezug auf dieses Thema ausgebildet fühlen bzw. sind oder ob Überforderungen bestehen. Die Fragen 23 und 24 sollten klären, ob das Thema häusliche Gewalt mehr Beachtung im Studium und in Weiterbildungsmöglichkeiten finden sollte.

Abschließend bestand die Möglichkeit einer Anmerkung in einem Freitextfeld.

2.4 Datenauswertung

Die Daten der Befragung wurden zunächst bundeslandspezifisch anonymisiert in eine Datenbank eingefügt und durchnummeriert. Hierzu wurden die per E-Mail eingegangenen Fragebögen als PDF-Dateien abgespeichert und in einen entsprechenden digitalen Ordner eingefügt. Zuvor wurden die Kopfzeilen der PDF-Dateien, die die Faxabsendenummern enthielten, zur Wahrung der Anonymität entfernt. Diese Ausschnitte wurden separat für die anschließende Verlosung in einem zweiten Ordner abgespeichert. Ebenso wurde mit den Fragebögen, die per Post eingegangen sind, verfahren: die Anteile mit den persönlichen Daten wurden abgetrennt, separat aufbewahrt und die Daten der Fragebögen in die

Datenbank übertragen. Nach der Verlosung wurden die Ausschnitte mit den persönlichen Angaben vernichtet.

Die Angaben zur Person und die 24 Fragen wurden zunächst univariat deskriptiv analysiert. Zur Überprüfung der Hypothese existierender Differenzen im Antwortverhalten zwischen Ärzten in Hamburg und Schleswig-Holstein, wurden zur Berechnung signifikanter Unterschiede neben dem Chi-Quadrat-Unabhängigkeitstest nach Pearson, der t-Test und der Mann-Whitney-U-Test für zwei unabhängige Stichproben durchgeführt, abhängig des Fragetyps bzw. der zu untersuchenden Variablen sowie der Verteilung der Daten. Als Maßzahl für die Stärke des Zusammenhangs zweier Variablen wurde Cramers'V herangezogen. Die Interpretation von Cramer's V erfolgte nach der Klassifikation von Cohen (1988).

Zur Überprüfung bestehender Abhängigkeiten in der Beantwortung der Frage 5.1 („Ich fühle mich sicher, bei der Untersuchung von Opfern von häuslicher Gewalt ggf. eine Spurensicherung durchzuführen“) und der Frage 6 („Der Leitfaden der Ärztekammer zum Thema Umgang mit ‚Opfern von häuslicher Gewalt‘ ist mir bekannt“), Frage 7 („War das Thema ‚Umgang mit Opfern von häuslicher Gewalt‘ Bestandteil Ihres Medizinstudiums?“) und Frage 8 („Haben Sie an einer Fortbildung zum Thema ‚Umgang mit Opfern von häuslicher Gewalt‘ teilgenommen?“) wurde ebenfalls der Chi-Quadrat-Unabhängigkeitstest nach Pearson herangezogen. Als Signifikanzniveau wurde ein Wert von 5 % ($\alpha=0,05$) festgelegt, sodass p-Werte unter 5 % ($p<0,05$) als statistisch signifikant gelten.

Die statistische Auswertung der Daten erfolgte unter Zuhilfenahme des Programms Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), Version 26 für Apple Macintosh und des Programms Microsoft Excel für Apple Macintosh, Version 16.35.

3. Ergebnisse

Im folgenden Kapitel sind die Ergebnisse der Untersuchung dargestellt. Angaben zur Rücklaufquote sind sowohl bundeslandspezifisch als auch in ihrer Gesamtheit erfasst.

Weitere Ergebnisse sind zunächst aufgrund großer Ähnlichkeiten im Antwortverhalten zwischen den Umfrageteilnehmern in Hamburg und Schleswig-Holstein in ihrer Gesamtheit dargestellt, im Kapitel 3.4 wird auf signifikante Unterschiede im Antwortverhalten der Ärzte in Hamburg und Schleswig-Holstein eingegangen. Die Ergebnisse der deskriptiven Statistik können den Tabellen im Anhang entnommen werden (Anlagen 1 und 2).

3.1 Rücklaufquote des Fragebogens

Die Anzahl an versendeten Fragebögen betrug für Hamburg und Schleswig-Holstein insgesamt 2936 (Hamburg: n=1571, Schleswig-Holstein: n=1365). 2780 Fragebögen (Hamburg: n=1470, Schleswig-Holstein: n=1310) konnten erfolgreich zugestellt werden. Bis zum Termin der Nachfassaktion am 10.12.2018 wurden 254 Fragebögen (Hamburg: n=106, Schleswig-Holstein: n=148) zurückgesendet. Weitere 240 Fragebögen (Hamburg: n=104, Schleswig-Holstein: n=136) folgten im Anschluss, sodass bis zum 01.03.2019 insgesamt 494 Fragebögen (Hamburg: n=210, Schleswig-Holstein: n=284) eingegangen sind (17,8 %).

24 Fragebögen (0,9 %) konnten in der Auswertung nicht berücksichtigt werden (Hamburg: n=15, Schleswig-Holstein: n=9): 9 Fragebögen wurden unausgefüllt zurückgesendet, 7-mal ist nur die zweite Seite des Fragebogens eingegangen, 1-mal war der Fragebogen nicht lesbar, 2 Fragebögen wurden doppelt zurückgesendet, 1 ausgefüllter Fragebogen wurde 4-mal zurückgefaxt und 2 der 24 Fragebögen wurden von der Studie ausgeschlossen, da die Teilnehmer aufgrund ihrer Angaben zum Facharzt als nicht hausärztlich tätige Ärzte galten (Fachärzte für „Psychiatrie und Psychologie“).

Als gültig hingegen wurden die Fragebögen zweier Pädiater und dreier Gynäkologen anerkannt, die zwar nicht der eigentlichen Zielgruppe angehörten, entsprechend ihrer Facharzttrichtung jedoch auch mit Gewaltbetroffenen in Berührung kommen dürften und

damit dem Studiendesign ebenfalls entsprachen. Alle Fragebögen mit weniger als vier fehlenden Angaben wurden als vollständig und somit als auswertbar betrachtet.

Folglich ist eine Rücklaufquote an auswertbaren Fragebögen von 16,9 % (n=470) zu verzeichnen (Hamburg: n=195, Schleswig-Holstein: n=275) (siehe Tabelle 1).

Tabelle 1: Rücklaufquote des Fragebogens

	Hamburg absolut	Schleswig- Holstein absolut	Zahlen insgesamt absolut	Angabe in Prozent
Anzahl erfolgreich zugestellter Fragebögen	1470	1310	2780	100
Gesamt-Rücklauf	210	284	494	17,8
mehrfach zurückgesandte und nicht auswertbare Fragebögen	15	9	24	0,9
Gültige Fragebögen	195	275	470	16,9

3.2 Deskriptive Datenanalyse

3.2.1 Angaben zur Person

Im ersten Teil des Fragebogens sollten soziodemographische Daten der teilnehmenden Ärzte erhoben werden sowie Angaben über absolvierte bzw. begonnene Facharztausbildungen. Zusätzlich konnten Angaben über weitere Facharzttrichtungen in einem freien Textfeld gemacht werden.

Im Folgenden werden die Angaben zu Geschlecht und Alter, die Dauer der ärztlichen Tätigkeit bzw. die Dauer als hausärztlich praktizierender Arzt in einer Praxis dargestellt sowie die Antwort der Frage, ob eine Facharztweiterbildung absolviert wurde bzw. sich der Teilnehmer in Weiterbildung befindet.

3.2.1.1 Geschlecht

Unter den befragten Ärzten waren 47,7 % (n=224) männliche und 51,5 % (n=242) weibliche Teilnehmer (Abbildung 4).

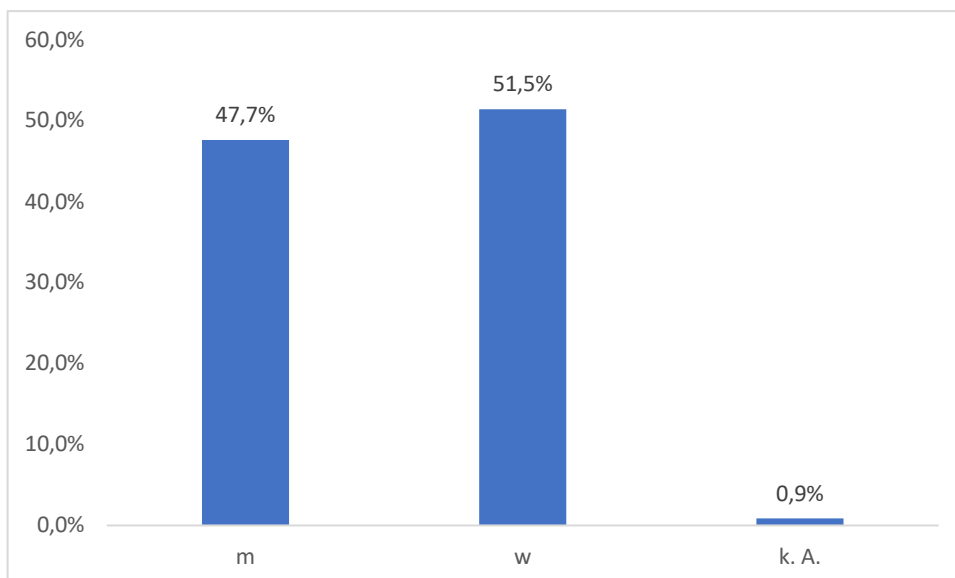


Abbildung 4: Geschlechterverteilung der antwortenden Ärzte.

3.2.1.2 Alter

85,5 % (n=402) der teilnehmenden Ärzte machten eine Angabe zum Alter. Die Angaben wurden entsprechend des numerischen Alters in 5-Jahres-Altersgruppen eingeteilt. 14,5 % (n=68) machten keine Angabe (k. A.) zum Alter.

Die Verteilung der Altersgruppen der befragten Ärzte ist der Abbildung 5 zu entnehmen. Dabei konnte die Mehrheit der Befragten (51,9 %, n=244) den Altersgruppen 46 bis 50 Jahren (15,7 %, n=74), 51 bis 55 Jahren (19,4 %, n=91) und 56 bis 60 Jahren (16,8 %, n=79) zugeordnet werden.

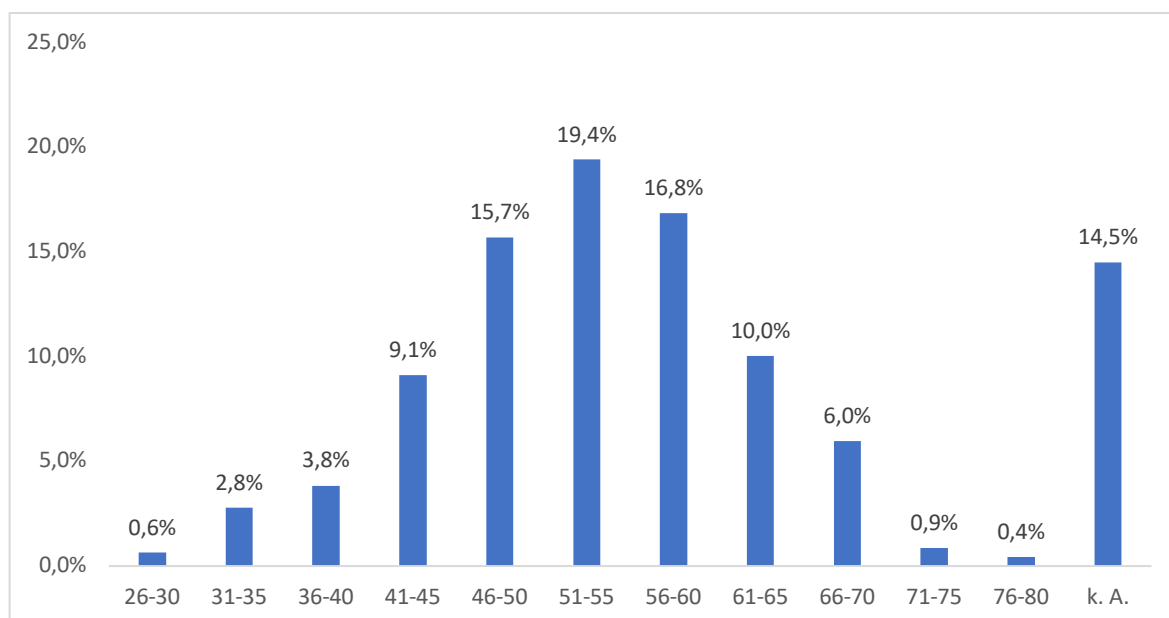


Abbildung 5: Altersverteilung der antwortenden Ärzte in Jahren.

3.2.1.3 Dauer der ärztlichen und hausärztlichen Tätigkeit in einer Praxis

Unter den teilnehmenden Ärzten machten 97,4 % (n=458) eine Angabe zur Dauer ihrer ärztlichen Tätigkeit und 96,2 % (n=452) beantworteten die Frage zur Dauer der hausärztlichen Tätigkeit in einer Praxis. Die Angaben wurden 6 Gruppen, von 0 bis 50 bzw. mehr als 50 Jahren, zugeordnet. Zunächst werden die Ergebnisse zur Dauer der ärztlichen Tätigkeit dargestellt (Abbildung 6). Die Mehrzahl der Befragten war dabei zwischen 21 und 30 Jahren ärztlich tätig (39,8 %, n=187).

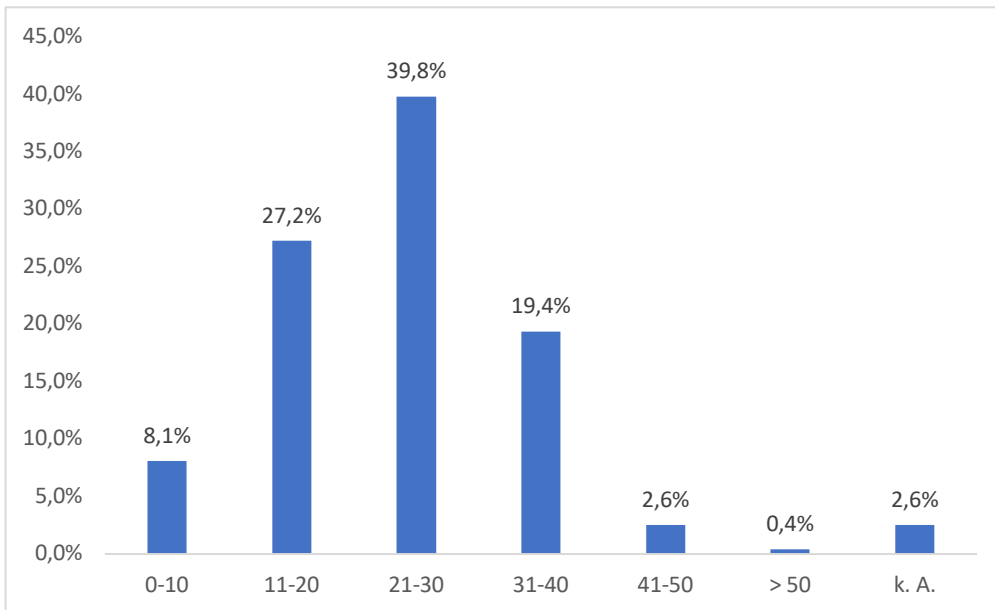


Abbildung 6: Dauer der ärztlichen Tätigkeit in Jahren.

Die Verteilung der Angaben zur Frage, seit wie vielen Jahren die Befragten davon hausärztlich in einer Praxis arbeiten, ist der Abbildung 7 zu entnehmen. Dabei gab die Mehrzahl der Ärzte an, seit bis zu 10 Jahren hausärztlich tätig zu sein (37,9 %, n=178), gefolgt von 35,7 % (n=168) der Umfrageteilnehmer, deren Angaben der Kategorie 11 bis 20 Jahren zugeordnet werden konnten. 22,6 % (n=106) der befragten Ärzte gaben an, seit mehr als 20 Jahren hausärztlich tätig zu sein (siehe Abbildung 7).

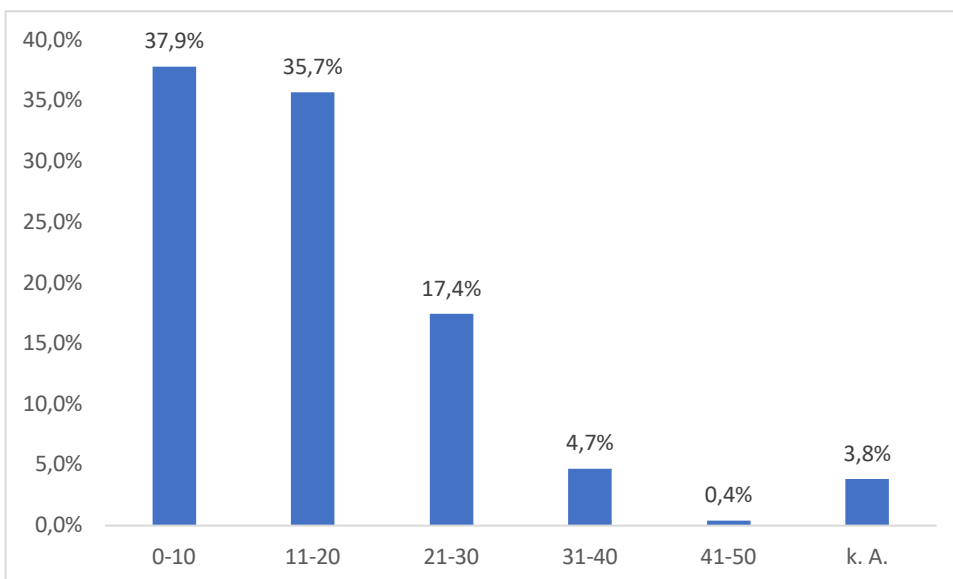


Abbildung 7: Dauer der hausärztlichen Tätigkeit in Jahren.

3.2.1.4 Praktischer Arzt, Arzt in Weiterbildung und Facharzt

Eine Übersicht zu den Angaben der Berufsbezeichnung, einer Weiterbildung und dem Fachgebiet gibt Tabelle 2. Mehrfachantworten waren hierbei möglich.

7,2 % (n=34) der Ärzte gaben an, Praktischer Arzt³ zu sein. 61,3 % (n=288) der Befragten gaben an, Facharzt für Allgemeinmedizin und 31,9 % (n=149) Facharzt für Innere Medizin zu sein. 3,2 % (n=15) der Umfrageteilnehmer befanden sich zum Befragungszeitpunkt in einer Weiterbildung.

5,7 % (n=27) machten eine Angabe zu einer weiteren Facharzttrichtung, welche frei in ein dafür vorgesehenes Textfeld eingetragen werden konnte. Die Ärzte gaben als „andere Facharztweiterbildung“ „Psychiatrie und Psychotherapie“ (n=5), „Pädiatrie“ (n=4), „Arbeitsmedizin“ (n=4), „Chirurgie und Unfallchirurgie“ (n=3), „Anästhesie“ (n=3), „Gynäkologie“ (n=3), „Psychosomatische Medizin“ (n=2), „Mikrobiologie“ (n=1), „Rechtsmedizin“ (n=1) und „Notfallmedizin“ (n=1) an.

Tabelle 2: Übersicht der Angaben zu Weiterbildung und Fachgebiet

	Zahlen absolut	Angabe in Prozent
Praktischer Arzt	34	7,2
In Weiterbildung	15	3,2
Facharzt für Allgemeinmedizin	288	61,3
Facharzt für Innere Medizin	149	31,7
Weitere Facharztweiterbildung (siehe Text)	27	5,7

³ Die Berufsbezeichnung „Praktischer Arzt“ wurde 1993 im Rahmen europäischer Richtlinien abgeschafft (EU-Richtlinie 93/16/EWG). Seit dem 01.01.2003 ist es für einen Vertragsarzt nicht mehr möglich, sich ohne eine abgeschlossene Facharztweiterbildung niederzulassen. Es ist gestattet, diese Berufsbezeichnung weiterzuführen, wenn diese vor dem 1. Januar 2003 bereits erworben wurde.

3.2.2 Frage 1: „Ich werde mit dem Thema ‚häusliche Gewalt‘ in meinem ärztlichen Arbeitsalltag konfrontiert.“

1,5 % (n=7) der Ärzte ließen diese Frage unbeantwortet. Keiner der Befragten hat angegeben, „täglich“ mit dem Thema im Arbeitsalltag konfrontiert zu sein. Am häufigsten wurde die Antwortoption „mind. 1x pro Jahr“ gewählt (48,1 %, n=226) (siehe Abbildung 8).

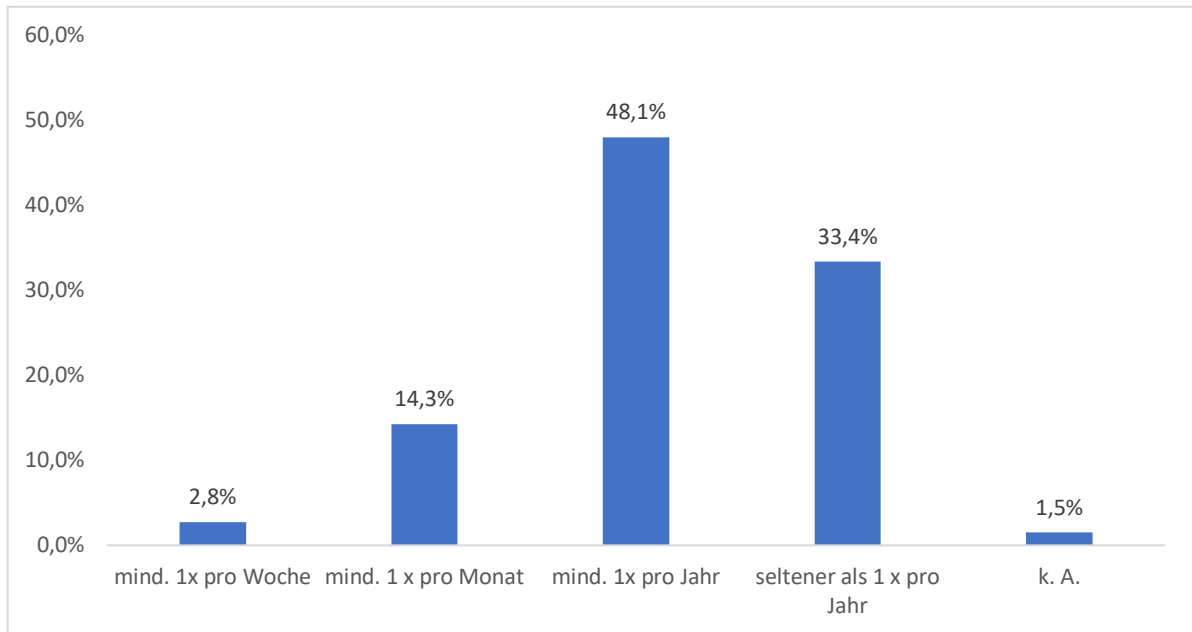


Abbildung 8: Ergebnis der Frage 1: „Ich werde mit dem Thema ‚häusliche Gewalt‘ in meinem ärztlichen Arbeitsalltag konfrontiert.“

3.2.3 Frage 2: „Wenn das Thema ‚häusliche Gewalt‘ aufkommt, dokumentiere ich meine Erkenntnisse.“

Die große Mehrzahl der Umfrageteilnehmer (88,9 %, n=418) gab an, Befunde bezüglich häuslicher Gewalt „immer“ zu dokumentieren. 8,9 % (n=42) der Befragten dokumentieren „meistens“, während 1,4 % (n=7) „selten“ bis „nie“ Dokumentationen anfertigen (Abbildung 9).

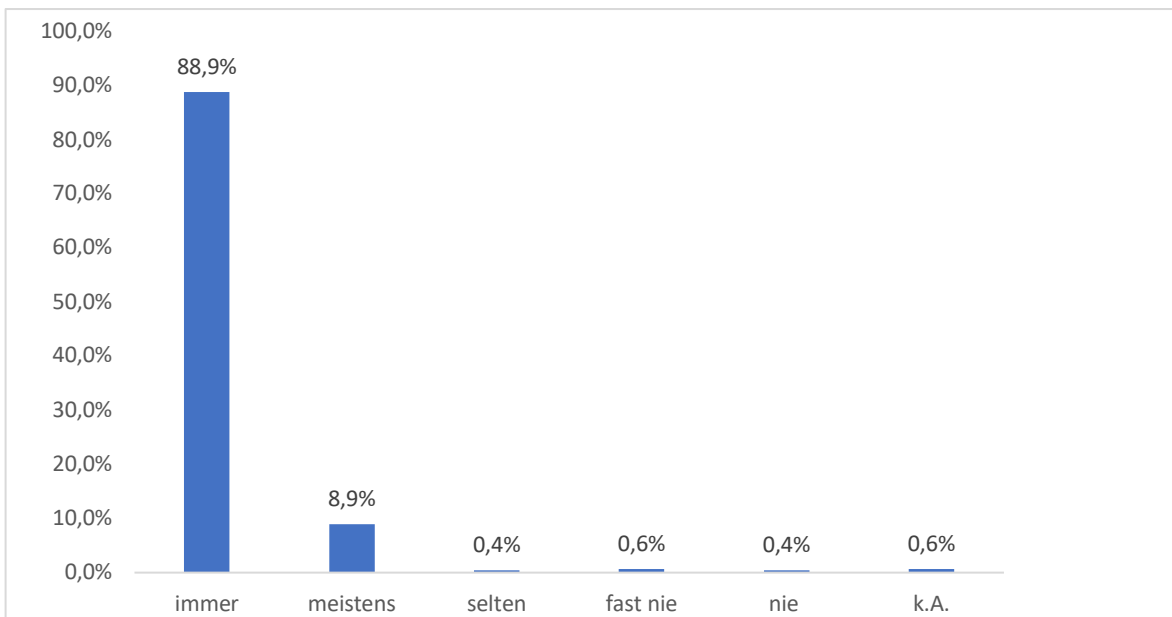


Abbildung 9: Ergebnis der Frage 2: „Wenn das Thema ‚häusliche Gewalt‘ aufkommt, dokumentiere ich meine Erkenntnisse.“

3.2.4 Angaben zur Anzahl von Fällen von häuslicher Gewalt

Im Folgenden sind die Ergebnisse der Fragen zur Anzahl an Fällen von häuslicher Gewalt pro Jahr sowie die Anzahl davon betroffener Kinder pro Jahr dargestellt. Die Angaben der Freitext-Antworten wurden insgesamt neun Gruppen, von 0 bis mehr als 50 Fällen pro Jahr, zugeordnet. Zur verbesserten Übersicht ist die Frage für die folgende Darstellung in ihre zwei Teilfragen unterteilt.

3.2.4.1 Frage 3.1: „Mit wie vielen Fällen werden Sie pro Jahr ca. konfrontiert?“

In der Abbildung 10 sind die Angaben zur Anzahl von Fällen häuslicher Gewalt graphisch dargestellt. Die Mehrzahl der Befragten, 33,8 % (n=159), gab an, 1-2 Fälle von häuslicher Gewalt pro Jahr zu registrieren, gefolgt von 23,6 % (n=111) der Ärzte, die 3-5 Fälle pro Jahr verzeichnen.

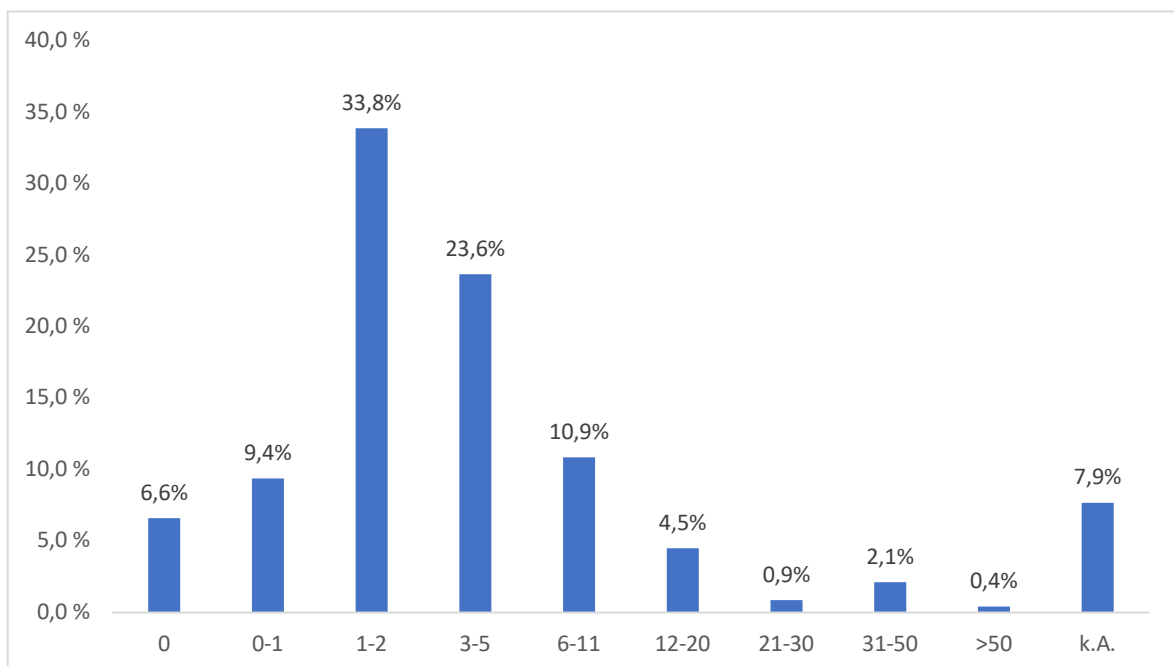


Abbildung 10: Ergebnis der Frage 3.1: „Mit wie vielen Fällen werden Sie pro Jahr ca. konfrontiert?“

3.2.4.2 Frage 3.2.: „Wie viele Fälle davon sind betroffene Kinder?“

Die Angaben zur Anzahl betroffener Kinder von häuslicher Gewalt können der graphischen Darstellung der Antworten entnommen werden (siehe Abbildung 11). 63,8 % (n=300) der Umfrageteilnehmer gaben an, keine Fälle minderjähriger Gewaltbetroffener zu verzeichnen.

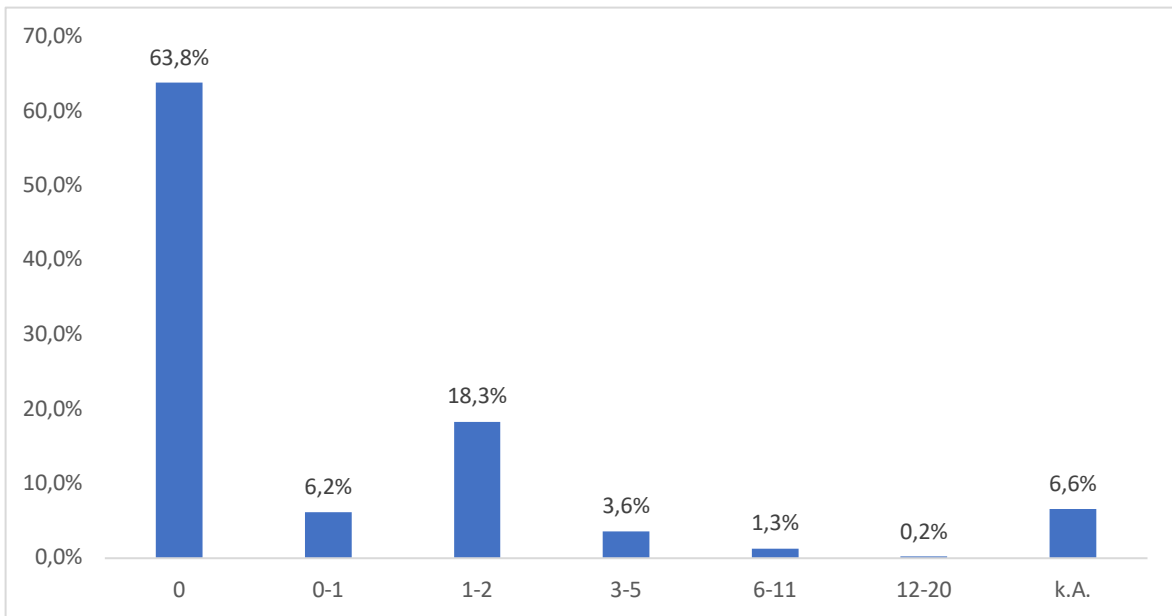


Abbildung 11: Ergebnis der Frage 3.2.: „Wie viele Fälle davon sind betroffene Kinder?“

3.2.5 Frage 4: „Unter dem Begriff ‚häusliche Gewalt‘ verstehe ich folgende Gewaltformen.“

Die Teilnehmer konnten zur Beantwortung dieser Frage aus fünf Antwortmöglichkeiten wählen, wobei Mehrfachnennungen möglich waren. Insgesamt wurden 1618 Antworten gegeben. Die drei Erscheinungsformen „physische Gewalt“ (99,6 %, n=466), „sexualisierte Gewalt“ (90,0 %, n=421) und „psychische Gewalt“ (85,9 %, n=402) wurden dabei von 468 Ärzten, die zu dieser Frage mindestens eine Angabe machten, am häufigsten genannt (siehe Abbildung 12).

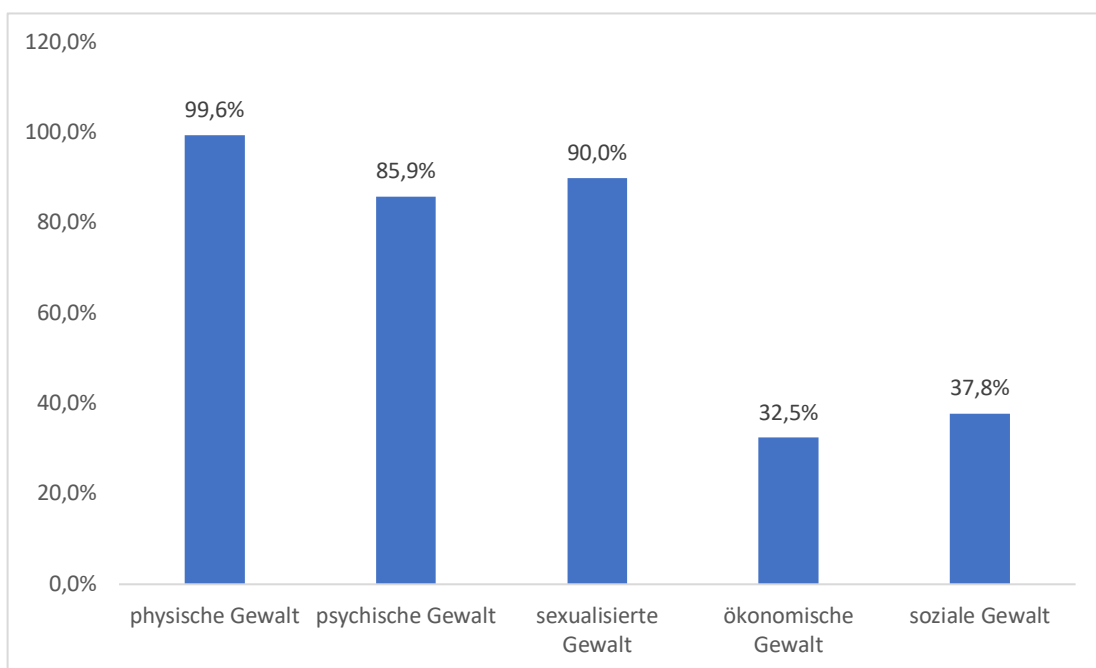


Abbildung 12: Ergebnis der Frage 4: „Unter dem Begriff ‚häusliche Gewalt‘ verstehe ich folgende Gewaltformen.“

3.2.6 Angaben zur Durchführung einer Spurensicherung

Die Frage 5 gliedert sich in zwei Teilfragen. In der ersten Teilfrage, ob sich Ärzte bei der Untersuchung von Opfern von häuslicher Gewalt sicher fühlen, ggf. eine Spurensicherung durchzuführen, konnten als Antwortmöglichkeiten „nein“ und „ja“ gewählt werden. Inhalt der zweiten Teilfrage war, welche Möglichkeiten (ggf. auch durch Überweisung) zur Durchführung einer Spurensicherung herangezogen werden. Die Ärzte konnten aus sieben Antwortmöglichkeiten wählen, wobei auch hier Mehrfachnennungen möglich waren.

3.2.6.1 Frage 5.1: „Ich fühle mich sicher, bei der Untersuchung von Opfern von häuslicher Gewalt ggf. eine Spurensicherung durchzuführen.“

62,6 % (n=294) der befragten Ärzte gaben an, sich bei der Durchführung einer Spurensicherung unsicher zu fühlen. 23,8 % (n=112) der Umfrageteilnehmer gaben die Antwortoption „ja“ an und fühlen sich demnach sicher (Abbildung 13). 13,6 % (n=64) beantworteten die Frage nicht.

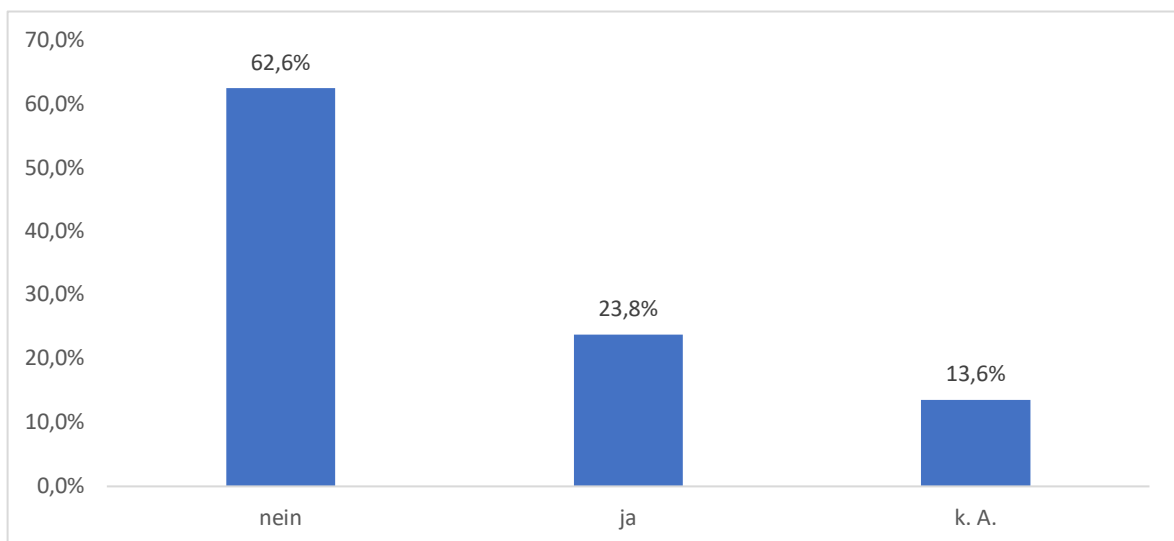


Abbildung 13: Ergebnis der ersten Teilfrage von Frage 5: „Ich fühle mich sicher, bei der Untersuchung von Opfern von häuslicher Gewalt ggf. eine Spurensicherung durchzuführen.“

3.2.6.2 Frage 5.2: „Ich nutze dazu folgende Möglichkeiten (ggf. durch Überweisung).“

Von den befragten Ärzten, für die mindestens eine der sieben Antwortoptionen zutrifft, gibt der Großteil (93,1 %, n=148) an, eine „eigene/freie Dokumentation“ im Rahmen der Spurensicherung durchzuführen. Die Option „Fotodokumentation“ wurde am zweithäufigsten angegeben (59,1 %, n=94), gefolgt von „Sonografie, Röntgen“ (45,3 %, n=72). Andere Möglichkeiten wurden seltener genannt (siehe Abbildung 14).

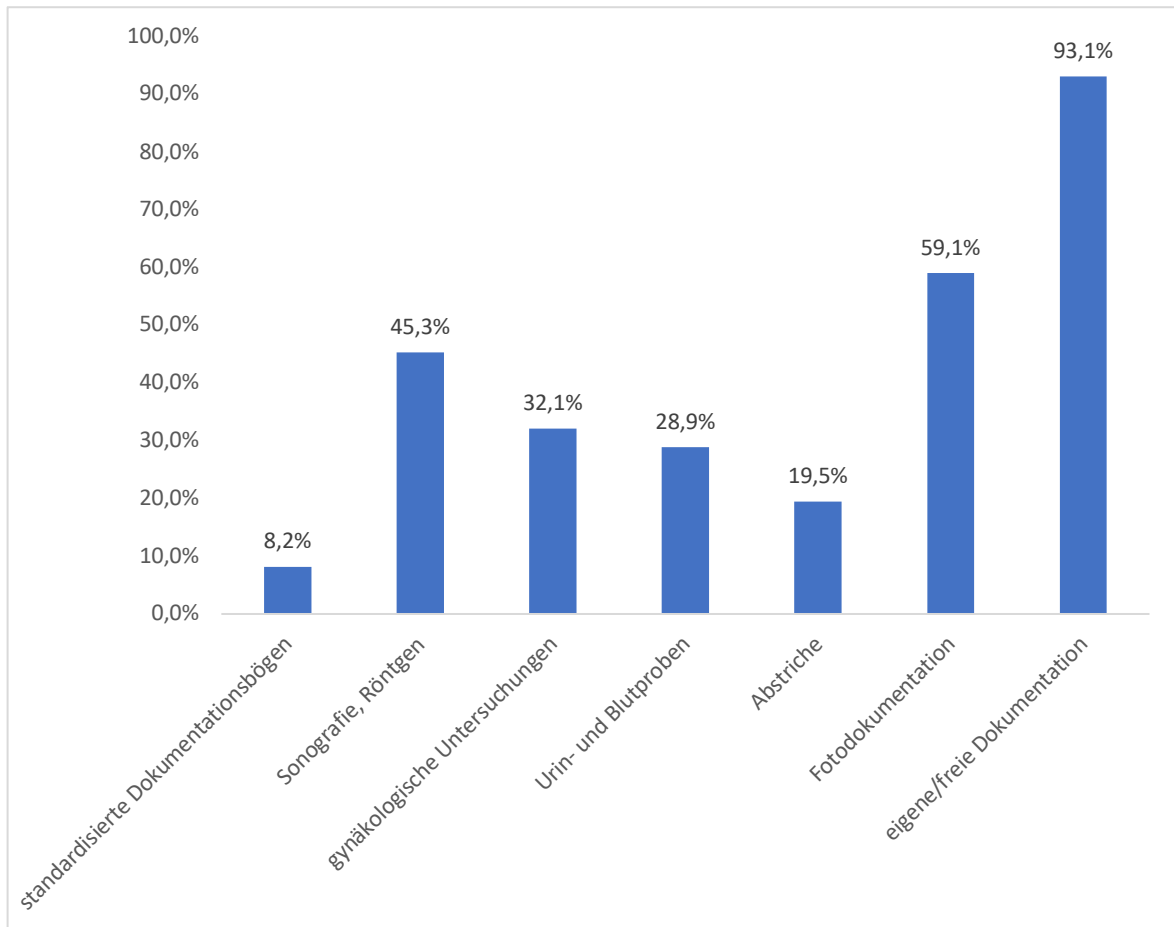


Abbildung 14: Ergebnis der zweiten Teilfrage von Frage 5: „Ich nutze dazu folgende Möglichkeiten (ggf. durch Überweisung).“

3.2.7 Frage 6: „Der Leitfaden der Ärztekammer zum Thema Umgang mit ‚Opfern von häuslicher Gewalt‘ ist mir bekannt.“

70,0 % (n=329) der befragten Ärzte gaben an, einen Leitfaden der Ärztekammer zum Thema Umgang mit „Opfern von häuslicher Gewalt“ nicht zu kennen. 19,4 % (n=91) gaben an, diesen zu kennen, aber nicht zu nutzen und 9,6 % (n=45) der Ärzte sind damit vertraut und gaben an, diesen auch zu nutzen (siehe Abbildung 15).

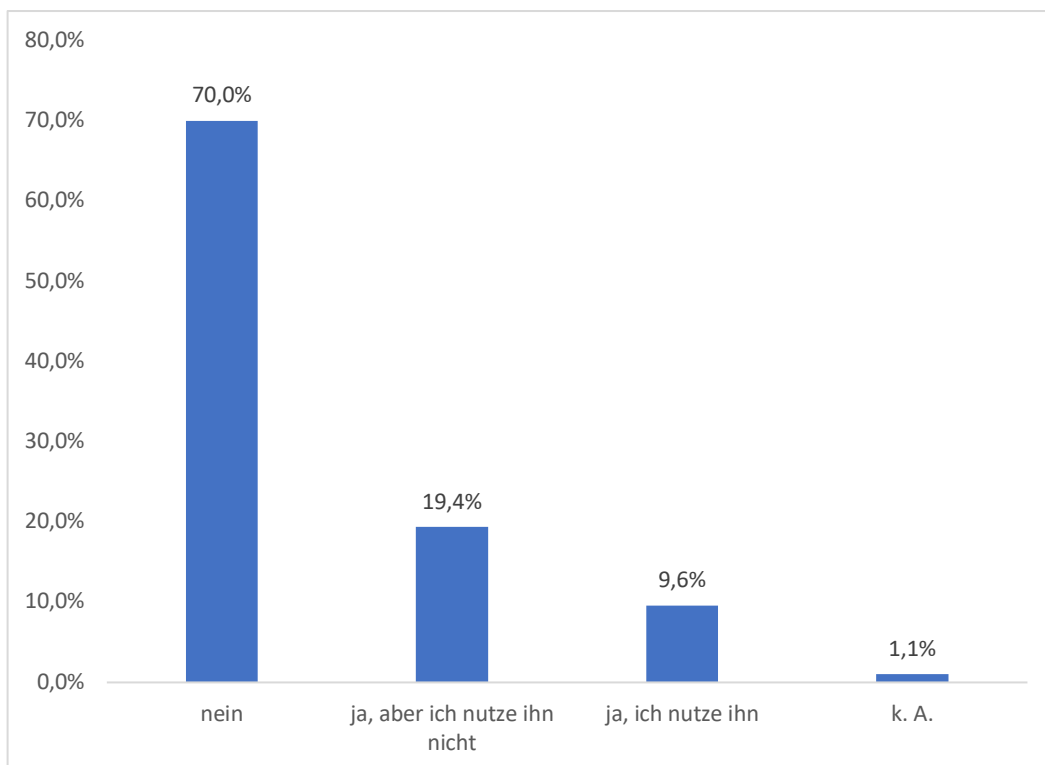


Abbildung 15: Ergebnis der Frage 6: „Der Leitfaden der Ärztekammer zum Thema ‚Umgang mit Opfern von häuslicher Gewalt‘ ist mir bekannt.“

3.2.8 Frage 7: „War das Thema ‚Umgang mit Opfern von häuslicher Gewalt‘ Bestandteil Ihres Medizinstudiums?“

Die Mehrheit der Befragten (80,9 %, n=380) gab an, dass das Thema „Umgang mit Opfern von häuslicher Gewalt“ kein Bestandteil der universitären Ausbildung gewesen ist. Weitere Angaben können der graphischen Darstellung der Antworten (Abbildung 16) entnommen werden.

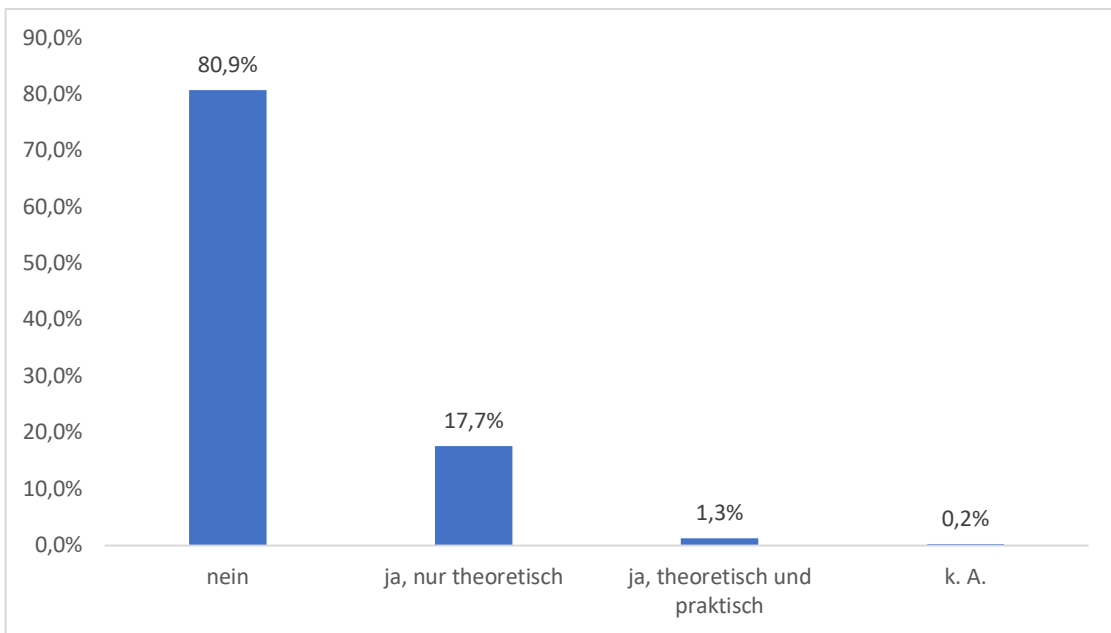


Abbildung 16: Ergebnis der Frage 7: „War das Thema ‚Umgang mit Opfern von häuslicher Gewalt‘ Bestandteil ihres Medizinstudiums?“

3.2.9 Frage 8: „Haben Sie an einer Fortbildung zum Thema ‚Umgang mit Opfern von häuslicher Gewalt‘ teilgenommen?“

Die Frage nach einer bereits erfolgten Teilnahme an einer Fortbildung zum Thema „Umgang mit Opfern von häuslicher Gewalt“ beantworteten 99,6 % (n=468) der Ärzte. Dabei gaben 80,9 % (n=380) an, bisher an keiner Fortbildung teilgenommen zu haben (siehe Abbildung 17).

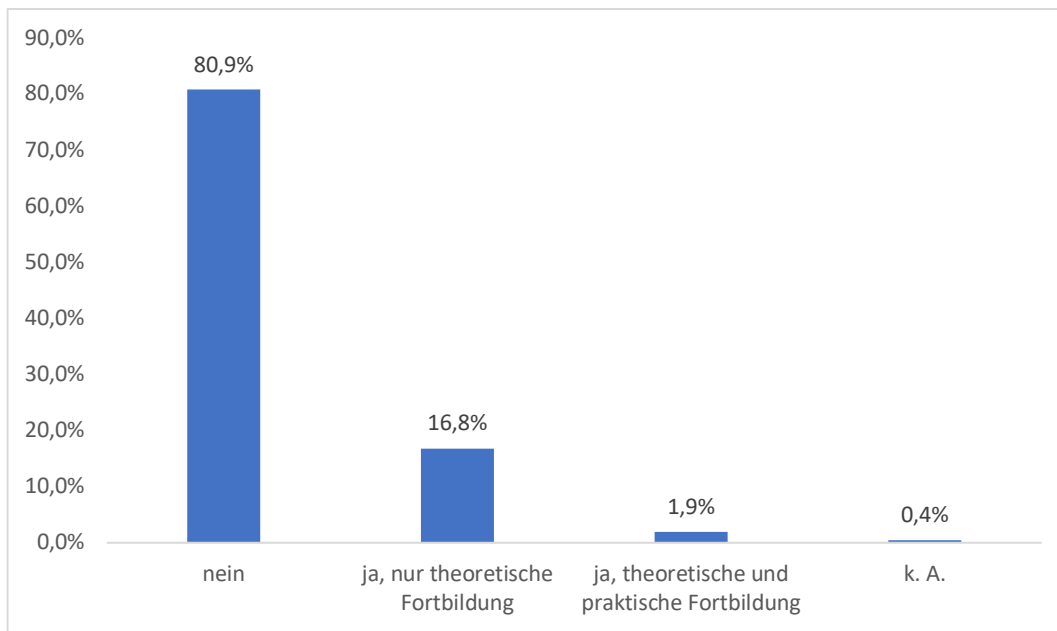


Abbildung 17: Ergebnis der Frage 8: „Haben Sie an einer Fortbildung zum Thema ‚Umgang mit Opfern von häuslicher Gewalt‘ teilgenommen?“

3.2.10 Angaben zur Kontaktaufnahme zu einem rechtsmedizinischen Institut

Die Frage, ob bereits wegen häuslicher Gewalt Kontakt zu einem rechtsmedizinischen Institut aufgenommen wurde, konnte mit „nein“ oder „ja“ beantwortet werden. Bei einer positiven Antwort konnte in der zweiten Teilfrage aus drei Antwortoptionen bezüglich des kontaktierten rechtsmedizinischen Institutes (UKE, UKSH, anderes Institut) gewählt werden.

Eine positive Antwort hierbei erlaubte die Angabe, an welches rechtsmedizinische Institut sich gewendet wurde: an das Institut für Rechtsmedizin des UKE, die Institute für Rechtsmedizin des UKSH (Kiel, Lübeck) oder an ein anderes Institut.

Mehrfachnennungen waren möglich. Dies war bei 3 Teilnehmern der Fall, sodass insgesamt 110 Nennungen gemacht wurden (siehe Abbildung 18).

3.2.10.1 Frage 9.1: „Ich habe wegen häuslicher Gewalt bereits Kontakt zu einem rechtsmedizinischen Institut aufgenommen.“

Der Großteil (76,8 %, n=361) gab an, bisher keinen Kontakt zu einem rechtsmedizinischen Institut wegen eines Falles von häuslicher Gewalt aufgenommen zu haben (siehe Abbildung 18).

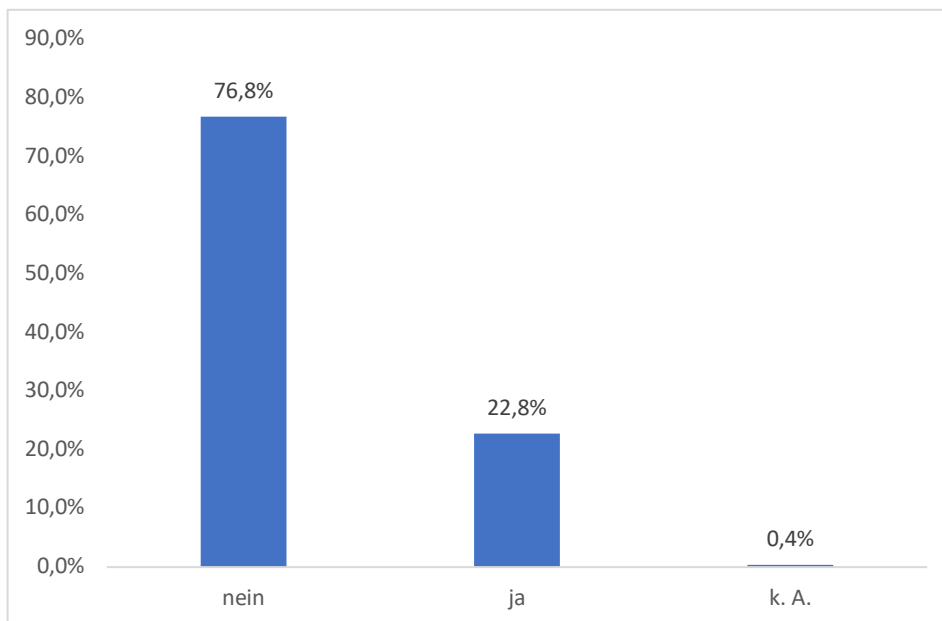


Abbildung 18: Ergebnis der ersten Teilfrage von Frage 9: „Ich habe wegen häuslicher Gewalt bereits Kontakt zu einem rechtsmedizinischen Institut aufgenommen.“

3.2.10.2 Frage 9.2: „Ich habe Kontakt zu folgendem rechtsmedizinischen Institut aufgenommen.“

Dabei nannten die teilnehmenden Ärzte, die bereits Kontakt zu einem rechtsmedizinischen Institut aufgenommen haben (n=107), zu 72,9 % (n=78) das rechtsmedizinische Institut des UKE. 20,6 % (n=22) haben sich mit einem der rechtsmedizinischen Institute des UKSH in Verbindung gesetzt und bei 9,3 % (n=10) erfolgte die Kontaktaufnahme zu einem anderen Institut. Bei dieser Teilfrage waren Mehrfachantworten möglich (siehe Abbildung 19).

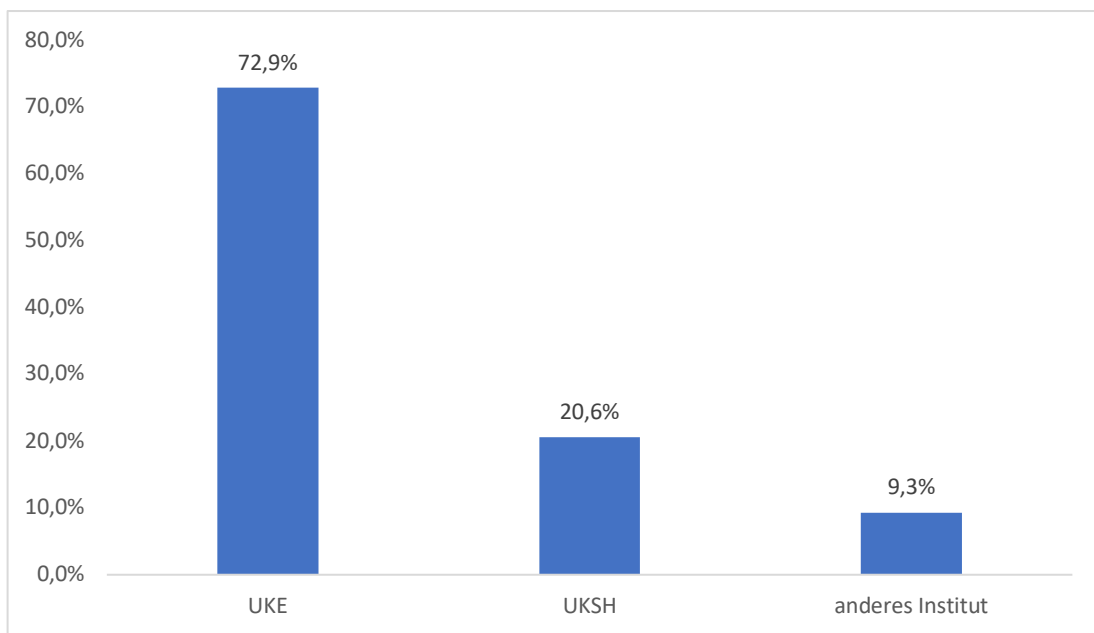


Abbildung 19: Ergebnis der zweiten Teilfrage der Frage 9: „Ich habe Kontakt zu folgendem rechtsmedizinischen Institut aufgenommen.“

3.2.11 Angaben zum Themenbereich Fortbildungsinteresse

Diese Frage gliedert sich in zwei Teilfragen. Auf die dichotome Frage, ob Interesse an einer Fortbildung zum Thema häusliche Gewalt besteht, konnte mit „nein“ oder „ja“ geantwortet werden. Im Falle einer positiven Antwort konnte aus drei weiteren Antwortmöglichkeiten gewählt werden, zu welchem Inhalt zum Thema häusliche Gewalt Interesse besteht. Eine Mehrfachnennung war möglich. Zudem bestand die Option, ein weiteres Thema, welches sich als Fortbildungsthema gewünscht wird, in einem Freitextfeld anzugeben.

3.2.11.1 Frage 10.1: „Ich bin an Fortbildungen zum Thema ‚häusliche Gewalt‘ interessiert.“

79,6 % (n=374) der Befragten gaben an, sich für Fortbildungen zum Thema zu interessieren (siehe Abbildung 20).

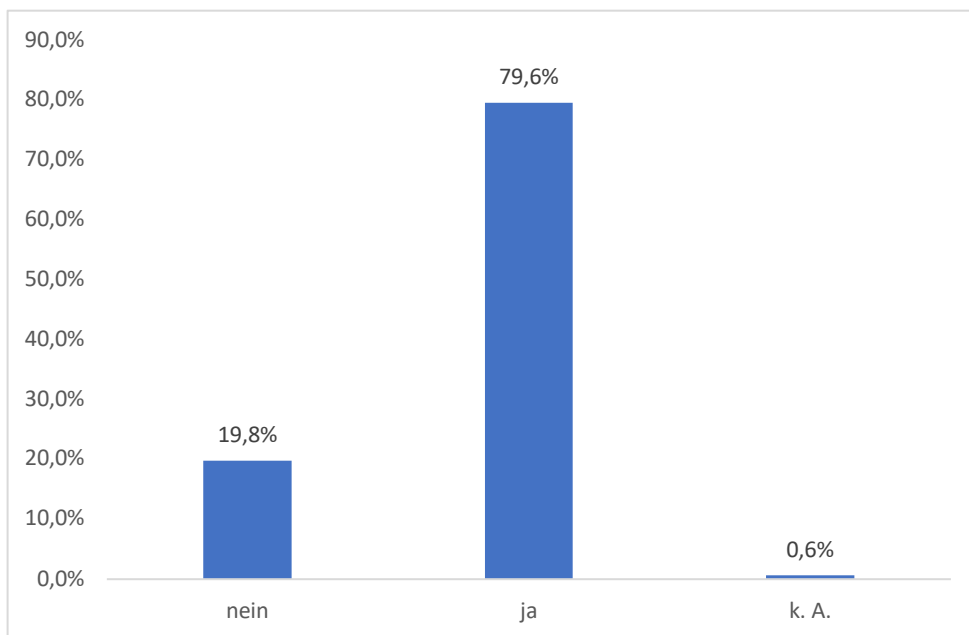


Abbildung 20: Ergebnis zur ersten Teilfrage der Frage 10: „Ich bin an Fortbildungen zum Thema ‚häusliche Gewalt‘ interessiert.“

3.2.11.2 Frage 10.2: „Ich habe Interesse an folgenden Fortbildungsthemen.“

72,1 % (n=266) der Teilnehmer, die mindestens eine der vier Antwortoptionen der Frage 10.2 angekreuzt haben (n=369), wählten das Thema „Gesprächsführung“. Über „polizeiliche und rechtliche Maßnahmen“ würden sich 84,6 % (n=312) der befragten Ärzte im Rahmen einer Fortbildung informieren wollen und die Thematik der „Befundung und Dokumentation“ im Hinblick auf häusliche Gewalt scheint für 84,0 % (n=310) von Interesse zu sein (siehe Abbildung 21)

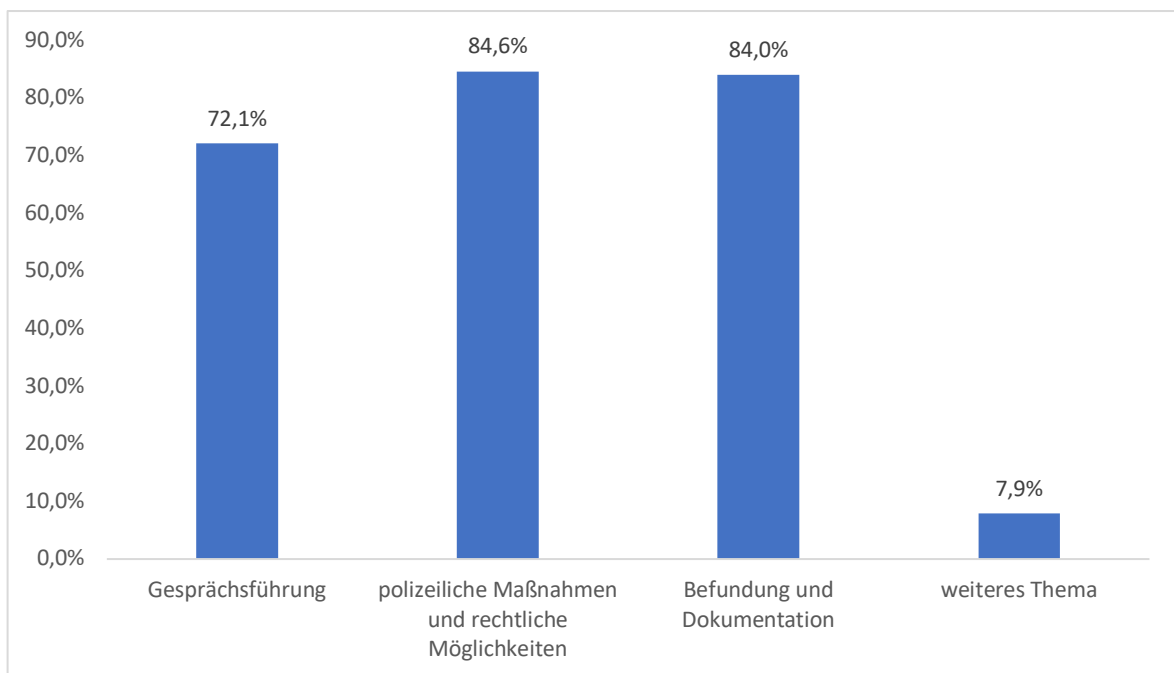


Abbildung 21: Ergebnis zur zweiten Teilfrage der Frage 10: „Ich habe Interesse an folgenden Fortbildungsthemen.“

7,9 % (n=29) nutzten die Option, ein weiteres Fortbildungsthema als Freitext in das dafür vorgesehene Feld einzutragen. Diese Angaben wurden verschiedenen Kategorien zugeordnet und weitergehend in Einfach- und Mehrfachnennungen unterteilt, wenn eine Angabe mehr als einer Kategorie zugeordnet werden konnte. Die Angaben sind der Tabelle 3 zu entnehmen.

Unter den Einfachnennungen konnten die Angaben fünf Kategorien zugeordnet werden. 44,8 % (n=13) der Ärzte, die das Freitextfeld nutzten, wünschten sich Fortbildungen zum Themenkomplex „Unterstützung der Opfer: Anlaufstellen/Hilfsnetzwerk/Behörden“. 13,8 % (n=4) der angegebenen Nennungen konnten der Kategorie „Identifizierung“ zugeordnet

werden. Zur Thematik „Behandlung/Betreuung/Therapie“ wünschten sich 10,3 % (n=3) eine Fortbildung und zum „Ablauf“ in der hausärztlichen Betreuung machten 6,9 % (n=2) eine Angabe. Vier Nennungen (13,8 %) fallen in die Kategorie „Sonstiges“. Dabei gaben die Befragten an, sich u.a. für Fortbildungen zur „Epidemiologie“, „Gewalt bei geriatrischen Patienten“ und „Bedeutung psychischer Gewalterfahrungen“ zu interessieren.

10,3 % (n=3) der Angaben konnten mehr als einer Kategorie zugeordnet werden (siehe Mehrfachnennungen). Dabei wünscht sich dieser Teil der Ärzte Veranstaltungen zu „Prävention und Intervention“, „Dokumentation und Beratung“ und zu „Rechtlichen Fragen, Behörden und eigene Kompetenz“.

Table 3: Ergebnis der Angaben zu weiteren Fortbildungen.

Kategorie - Einfachnennung	Zahlen absolut	in Prozent
„Unterstützung der Opfer: Anlaufstellen/Hilfsnetzwerk/Behörden“	13	44,8
„Identifizierung“	4	13,8
„Behandlung/Betreuung/Therapie“	3	10,3
„Ablauf“	2	6,9
„Sonstiges“	4	13,8
Kategorie - Mehrfachnennung		
„Prävention und Intervention“	1	3,4
„Dokumentation und Beratung“	1	3,4
„Rechtliche Fragen, Behörden und eigene Kompetenz“	1	3,4
Gesamt	29	100

Die vollständigen Zitate der antwortenden Ärzte sind den Anlage 6 und 7 zu entnehmen.

Fragen 11-24

Im folgenden Abschnitt sind die Ergebnisse der Fragen 11-24 dargestellt. Es handelt sich hierbei um 14 Aussagen, die die Ärzte, unter Zuhilfenahme einer 6-stufigen-Likert-Skala, mit ihrer persönlichen Einstellung überprüfen sollten.

3.2.12 Frage 11: „Ich nehme als Arzt/Ärztin eine wichtige Rolle im Erkennen und Überweisen von Opfern häuslicher Gewalt ein.“

Der Aussage, als Arzt eine wichtige Rolle im Erkennen und Überweisen von Opfern häuslicher Gewalt einzunehmen, stimmte der Großteil der Befragten zu und wählte eine der drei Antwortmöglichkeiten von „stimme eher zu“ (10,2 %, n=48), „stimme zu“ (38,5 %, n=181) und „stimme sehr zu“ (46,8 %, n=220) (Abbildung 22).

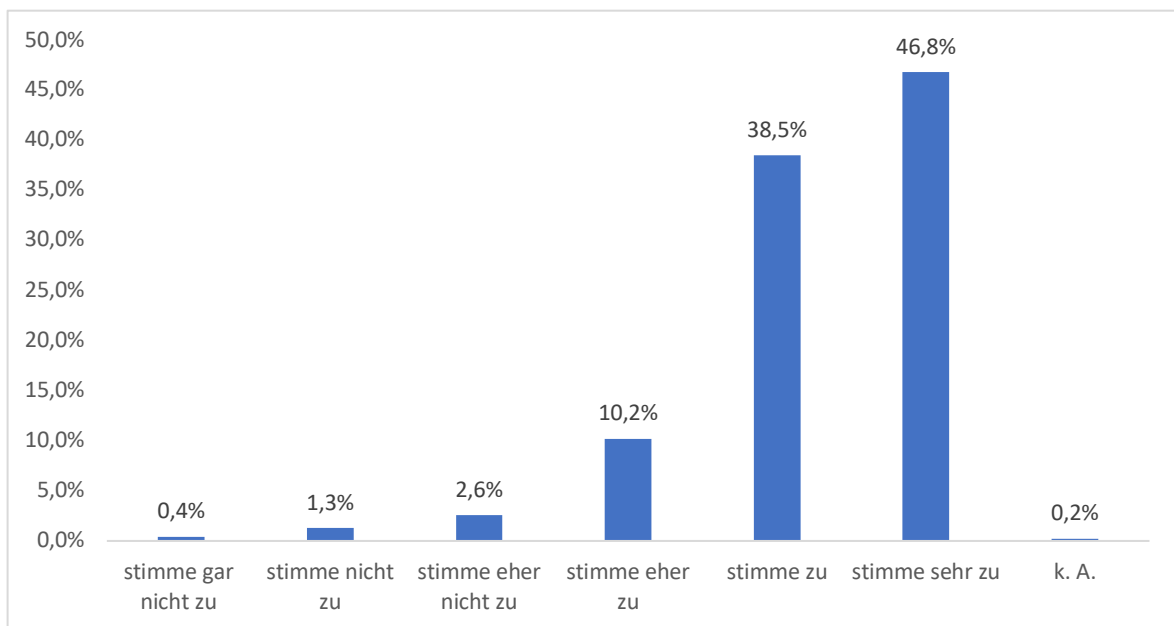


Abbildung 22: Ergebnis der Frage 11: „Ich nehme als Arzt/Ärztin eine wichtige Rolle im Erkennen und Überweisen von Opfern häuslicher Gewalt ein.“

3.2.13 Frage 12: „Ich bin oft der/die erste Ansprechpartner/in für Opfer häuslicher Gewalt.“

Die Verteilung der Antworten ist der graphischen Darstellung der Abbildung 23 zu entnehmen. Die Mehrheit der Befragten stimmte der Aussage, oft der erste Ansprechpartner für Opfer von häuslicher Gewalt zu sein, „zu“ (30,0 %, n= 141).

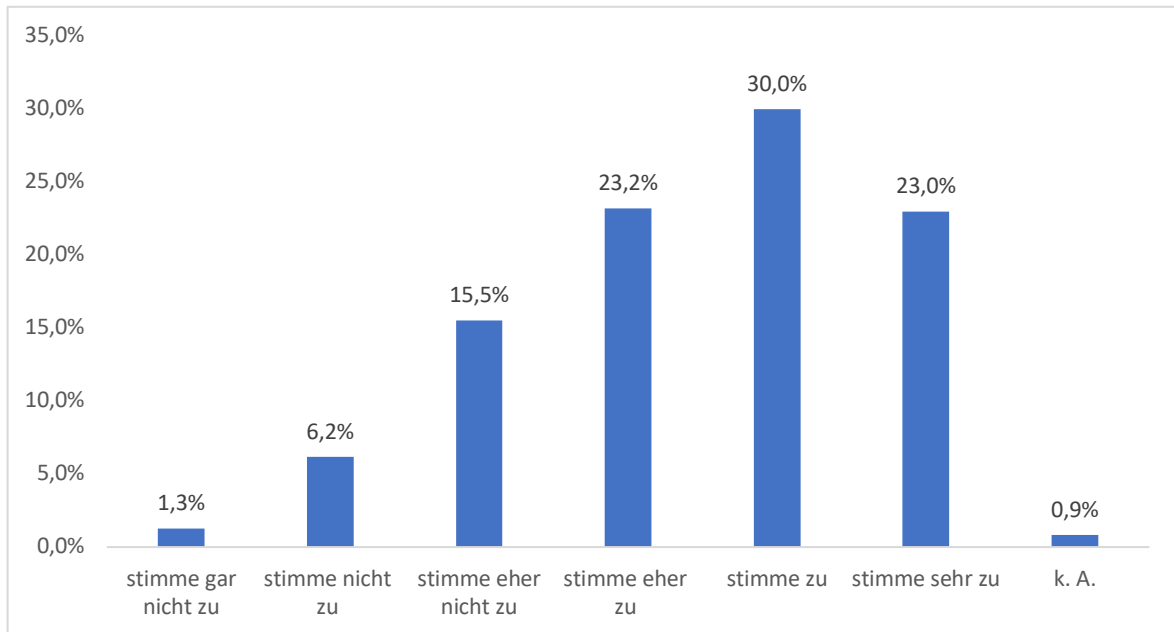


Abbildung 23: Ergebnis der Frage 12: „Ich bin oft der/die erste Ansprechpartner/in für Opfer häuslicher Gewalt.“

3.2.14 Frage 13: „Ich bin sicher im Erkennen von Opfern häuslicher Gewalt im ärztlichen Arbeitsalltag.“

Auf die Aussage „Ich bin sicher im Erkennen von Opfern häuslicher Gewalt im ärztlichen Arbeitsalltag“, wählte die Mehrheit der Umfrageteilnehmer die Antwortkategorien „stimme eher nicht zu“ (36,2 %, n=170) und „stimme eher zu“ (38,3 %, n=180) (Abbildung 24).

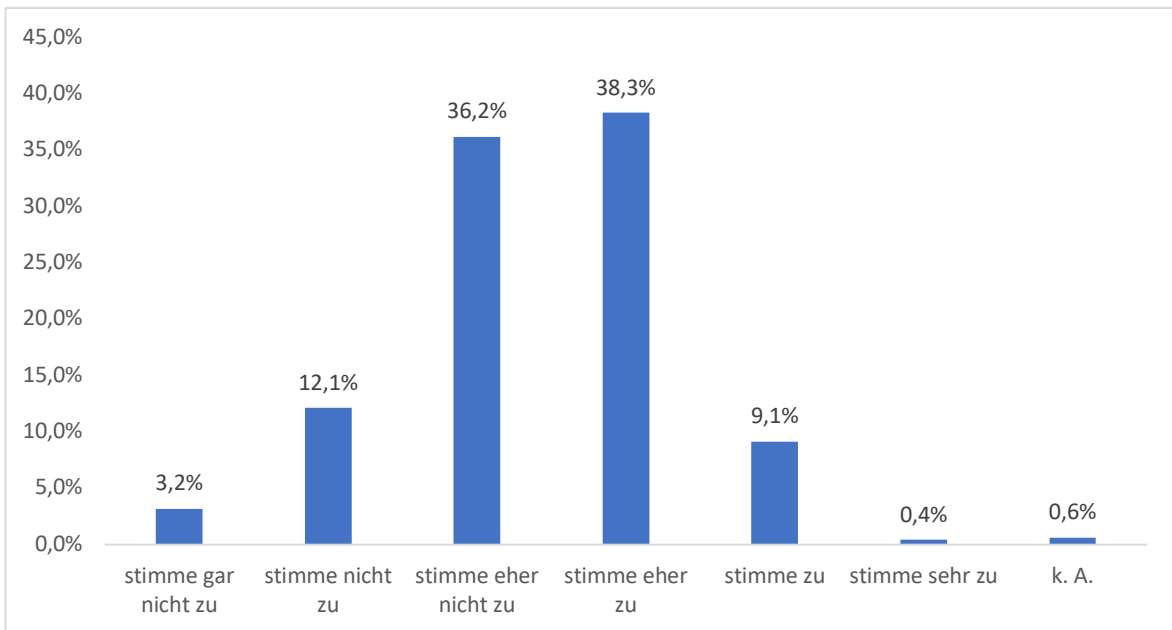


Abbildung 24: Ergebnis der Frage 13: „Ich bin sicher im Erkennen von Opfern häuslicher Gewalt im ärztlichen Arbeitsalltag.“

3.2.15 Frage 14: „Bei Verdacht auf häusliche Gewalt kostet es mich Überwindung, dieses Thema anzusprechen.“

Die Mehrheit der befragten Ärzte (39,1 %, n= 184) entschied sich bezüglich der Frage 14 für die Antwortmöglichkeit „stimme eher zu“. Insgesamt widersprach der Großteil der befragten Ärzte (n=351, 74,7 %) der Aussage, „Bei Verdacht auf häusliche Gewalt kostet es mich Überwindung, dieses Thema anzusprechen“ und stimmte der Aussage „gar nicht zu“, „nicht zu“ und „eher nicht zu“ (siehe Abbildung 25).

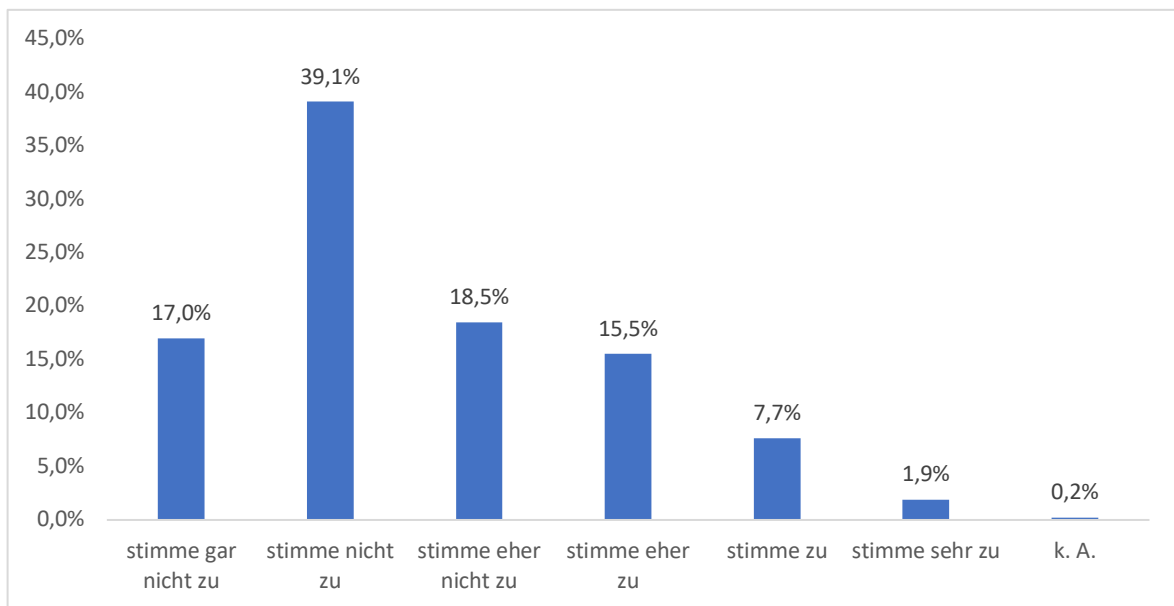


Abbildung 25: Ergebnis der Frage 14: „Bei Verdacht auf häusliche Gewalt kostet es mich Überwindung, dieses Thema anzusprechen.“

3.2.16 Frage 15: „Ich bin in der Lage, eine gewaltbezogene Anamnese durchzuführen.“

Der Aussage, „Ich bin in der Lage, eine gewaltbezogene Anamnese durchzuführen“, stimmte die Mehrzahl der Ärzte „eher zu“ (37,7 %, n=177). Die weitere Verteilung der Antworten ist der Abbildung 26 zu entnehmen.

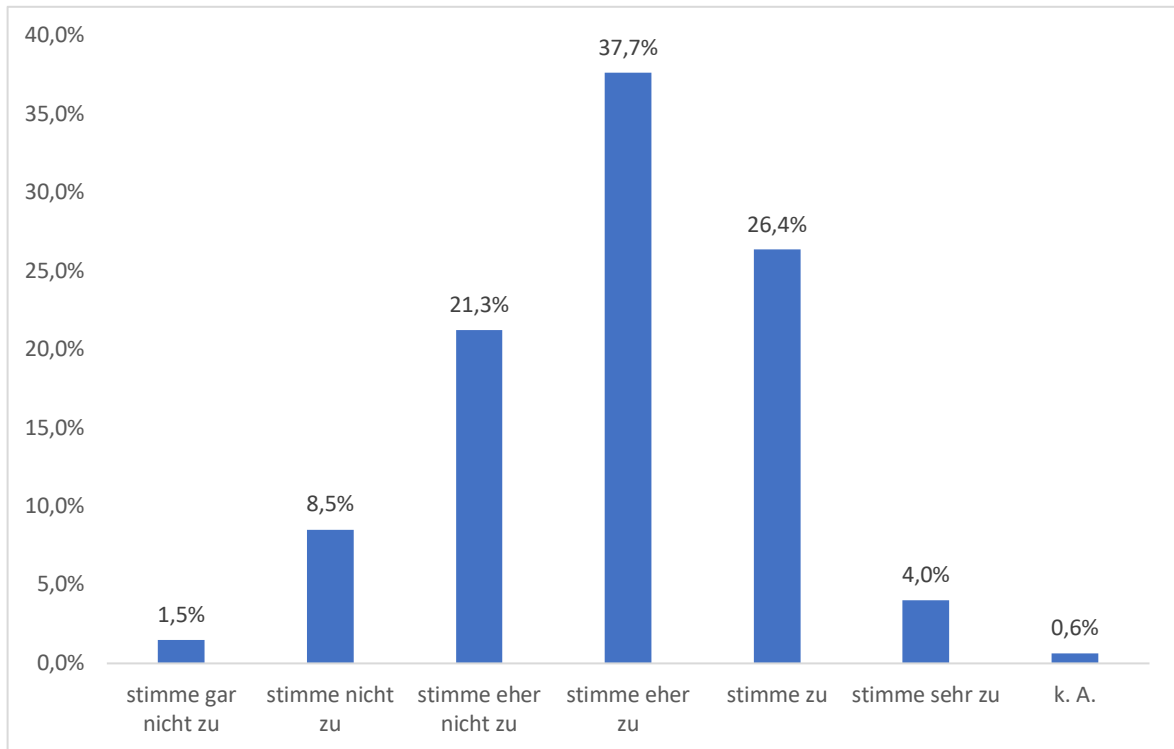


Abbildung 26: Ergebnis der Frage 15: „Ich bin in der Lage, eine gewaltbezogene Anamnese durchzuführen.“

3.2.17 Frage 16: „Ich bin in der Lage, psychische und physische Auffälligkeiten bezogen auf häusliche Gewalt zu erkennen und einzuordnen.“

Fast die Hälfte der Umfrageteilnehmer (47,4 %, n=223) wählte hierbei die Antwortmöglichkeit „stimme eher zu“, gefolgt von „stimme eher nicht zu“ (27,7 %, n=130). Die weiteren Antwortmöglichkeiten wurden deutlich seltener genannt (siehe Abbildung 27).

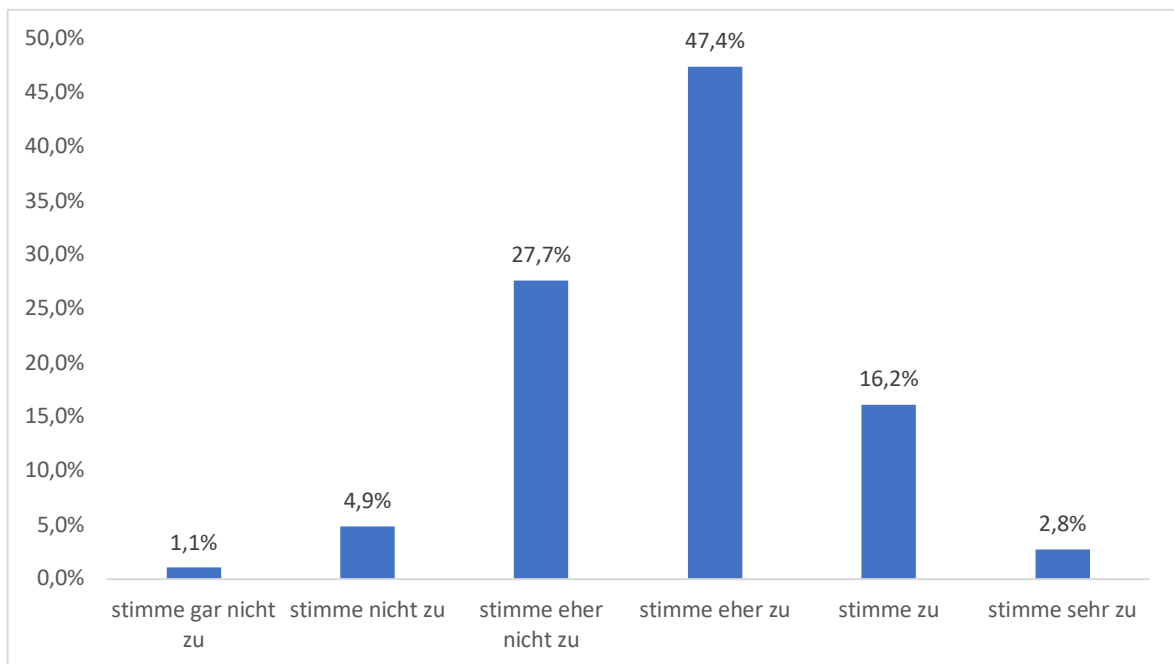


Abbildung 27: Ergebnis der Frage 16: „Ich bin in der Lage, psychische und physische Auffälligkeiten bezogen auf häusliche Gewalt zu erkennen und einzuordnen.“

3.2.18 Frage 17: „Die körperliche Untersuchung von Opfern von häuslicher Gewalt bereitet mir keine Schwierigkeiten.“

57,2 % (n=269) der befragten Ärzte gehen mit der Aussage, keine Schwierigkeiten bei der körperlichen Untersuchung von Opfern von häuslicher Gewalt zu haben, konform und wählten eine der Antwortmöglichkeiten von „stimme eher zu“ (28,3 %, n=133), „stimme zu“ (22,8 %, n= 107) und „stimme sehr zu“ (6,2 %, n=29). Die Antwortoption „stimme eher nicht zu“ wurde von 25,7 % (n=121) der Umfrageteilnehmer am zweithäufigsten genannt (siehe Abbildung 28).

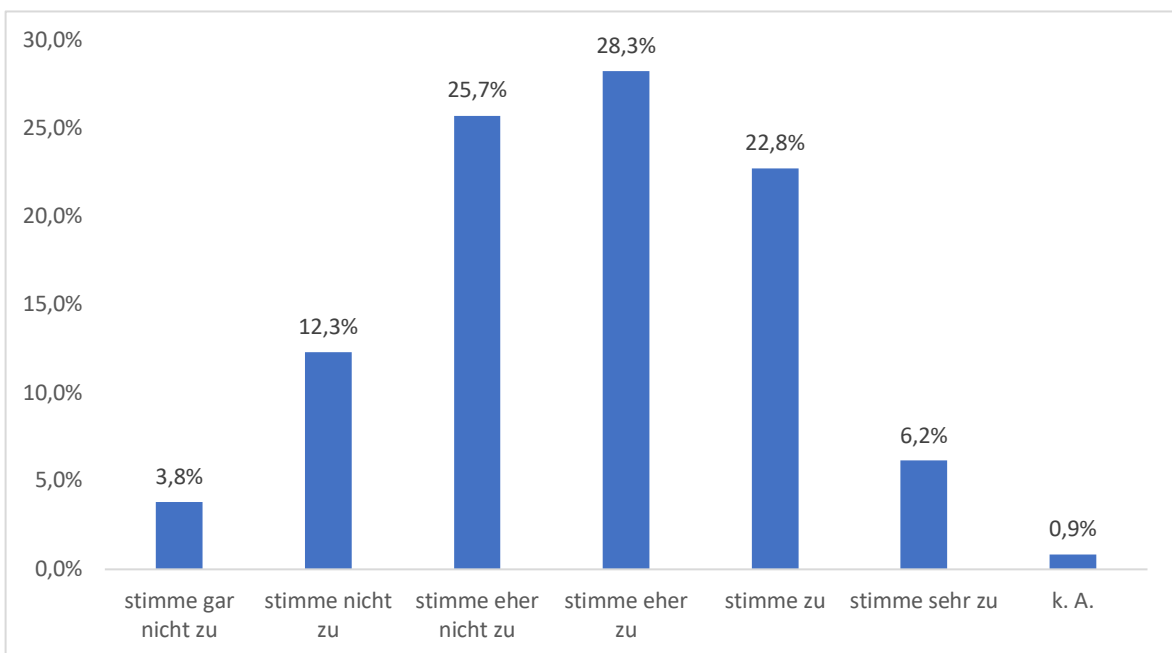


Abbildung 28: Ergebnis der Frage 17: „Die körperliche Untersuchung von Opfern von häuslicher Gewalt bereitet mir keine Schwierigkeiten.“

3.2.19 Frage 18: „Ich bin ausreichend ausgebildet, bei Opfern von häuslicher Gewalt Befunde zu dokumentieren.“

34,3 % (n=161) der befragten Ärzte stimmten der Aussage „eher nicht zu“. Insgesamt ist der Anteil derer, die sich ausreichend ausgebildet fühlen, Befunde zu dokumentieren, anhand der gewählten Antwortmöglichkeiten von „stimme eher zu“, über „stimme zu“ und „stimme sehr zu“ kleiner (30,0 %, n= 141) als der Anteil von Ärzten, die der Aussage mit „stimme gar nicht zu“, „stimme nicht zu“ und „stimme eher nicht zu“ widersprachen (69,6 %, n=327) (Abbildung 29).

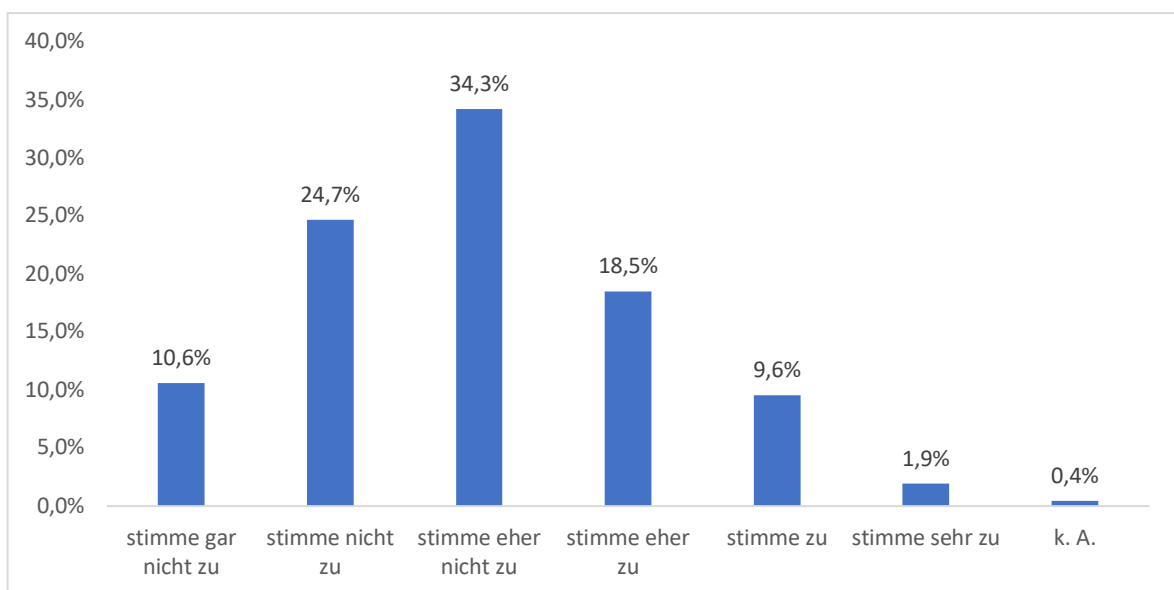


Abbildung 29: Ergebnis der Frage 18: „Ich bin ausreichend ausgebildet, bei Opfern von häuslicher Gewalt Befunde zu dokumentieren.“

3.2.20 Frage 19: „Ich bin mit dem Thema ‚häusliche Gewalt‘ überfordert.“

Der Anteil der Umfrageteilnehmer, die der Aussage widersprachen (67,2 %, n=316), ist größer als der Anteil von Ärzten (31,9 %, n=150), die sich mit dem Thema überfordert fühlen und die Antwortmöglichkeiten „stimme eher zu“, „stimme zu“ und „stimme sehr zu“ wählten. Die genaue Verteilung der Antworten ist der Abbildung 30 zu entnehmen.

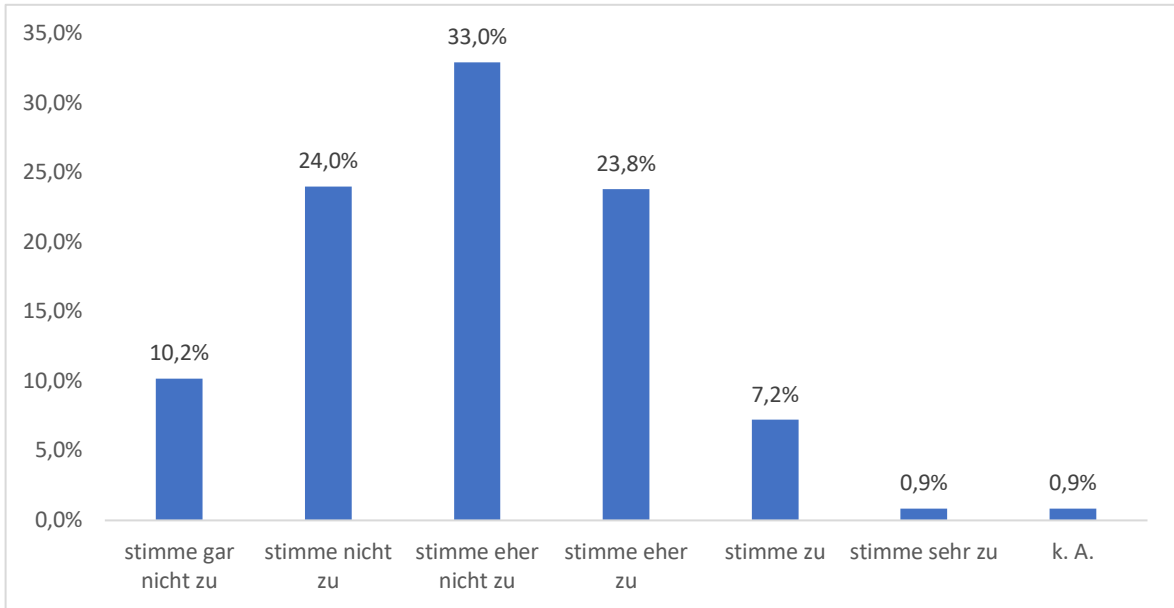


Abbildung 30: Ergebnis der Frage 19: „Ich bin mit dem Thema ‚häusliche Gewalt‘ überfordert.“

3.2.21 Frage 20: „Ich befürchte, dass mir viele Fälle von häuslicher Gewalt in der täglichen Praxis entgehen.“

Die Mehrheit der Befragten wählte bei der Frage 20, „Ich befürchte, dass mir viele Fälle von häuslicher Gewalt in der täglichen Praxis entgehen“, die beiden Antwortmöglichkeiten „stimme eher nicht zu“ (31,7 %, n=149) und „stimme eher zu“ (29,4 %, n=138). Die genaue Verteilung der Antworten ist der Abbildung 31 zu entnehmen.

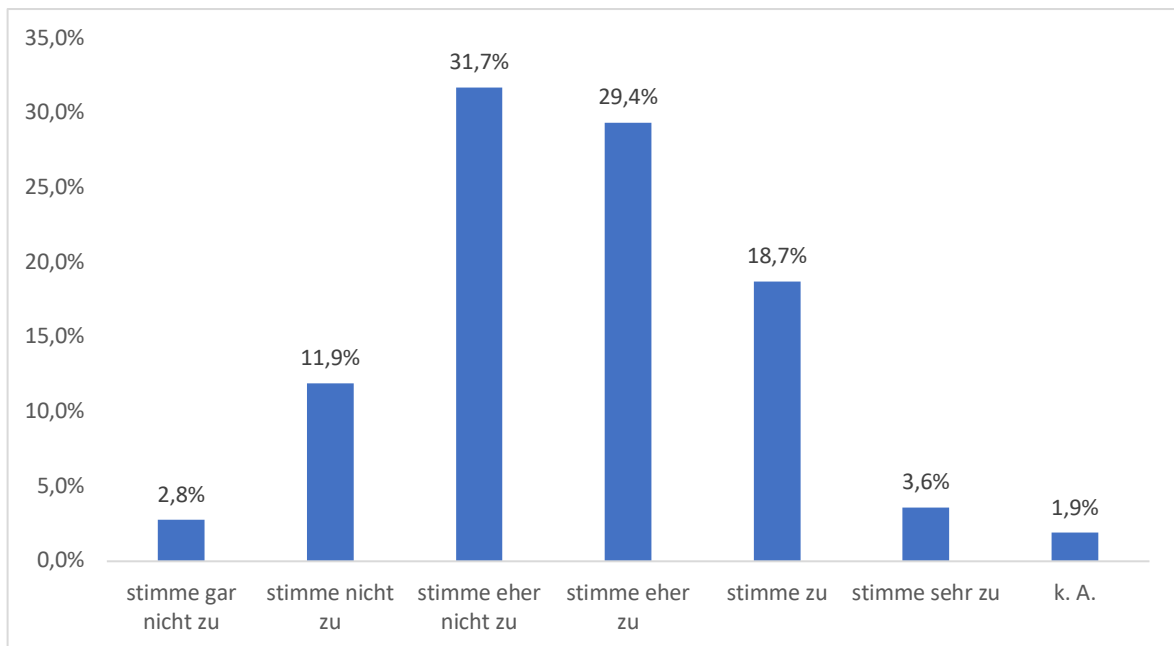


Abbildung 31: Ergebnis der Frage 20: „Ich befürchte, dass mir viele Fälle von häuslicher Gewalt in der täglichen Praxis entgehen.“

3.2.22 Frage 21: „Ich bin ausreichend über polizeiliche Maßnahmen und rechtliche Möglichkeiten informiert.“

Der Aussage, ausreichend über polizeiliche Maßnahmen und rechtliche Möglichkeiten informiert zu sein, stimmte die Mehrzahl der befragten Ärzte nicht zu (78,5 %, n=369) und wählte zum großen Anteil die Antworten „stimme nicht zu“ (34,7 %, n= 163) und „stimme eher nicht zu“ (33,2 %, n=156) (siehe Abbildung 32).

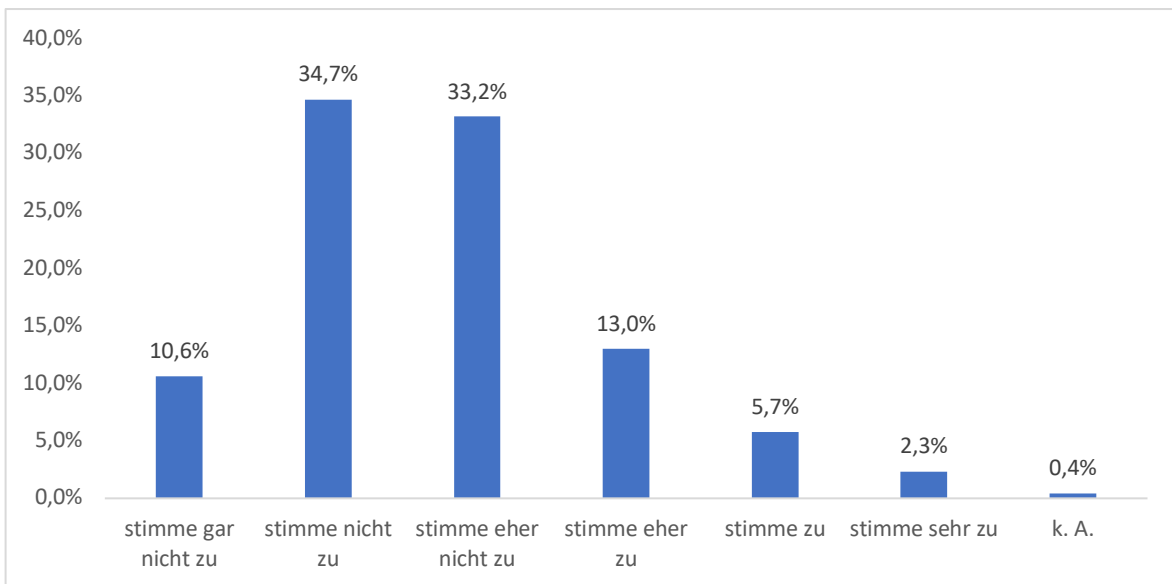


Abbildung 32: Ergebnis der Frage 21: „Ich bin ausreichend über polizeiliche Maßnahmen und rechtliche Möglichkeiten informiert.“

3.2.23 Frage 22: „Ich bin in der Lage, Opfer häuslicher Gewalt über weiterführende Beratungsstellen zu informieren.“

Die Abbildung 33 zeigt die Verteilung der gewählten Antwortmöglichkeiten. Hierbei wählten die meisten der Umfrageteilnehmer die Antwort „stimme eher zu“ (30,2 %, n= 142), gefolgt von „stimme eher nicht zu“ (23,8 %, n= 112) (siehe Abbildung 33).

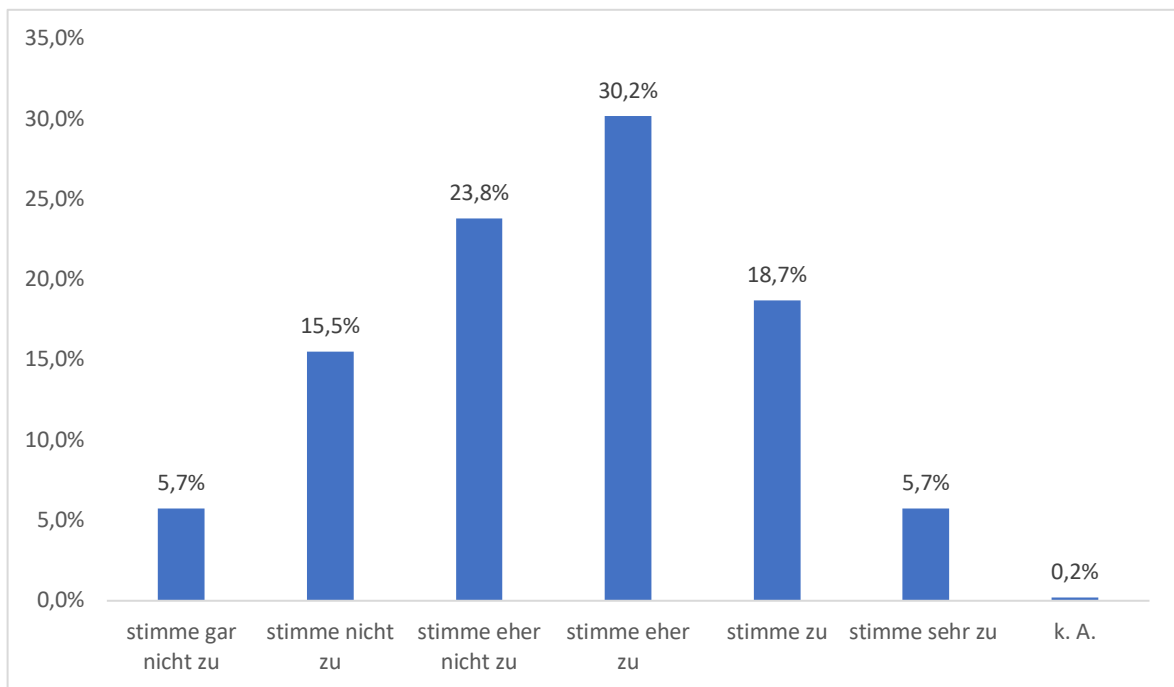


Abbildung 33: Ergebnis der Frage 22: „Ich bin in der Lage, Opfer häuslicher Gewalt über weiterführende Beratungsstellen zu informieren.“

3.2.24 Frage 23: „Im Studium sollten mehr Unterrichtseinheiten zum Thema ‚häusliche Gewalt‘ angeboten werden.“

Die Mehrzahl der befragten Ärzte sprach sich für mehr Unterrichtseinheiten zur Thematik in der universitären ärztlichen Ausbildung aus und wählte eine der drei Antwortmöglichkeiten von „stimme eher zu“ (23,8 %, n=112) über „stimme zu“ (38,9 %, n=183) und „stimme sehr zu“ (29,8 %, n=140). Zusammengefasst stimmten 5,7 % (n=27) der Umfrageteilnehmer der Aussage nicht zu und gaben entsprechend eine dieser drei Antwortmöglichkeiten an (siehe Abbildung 34).

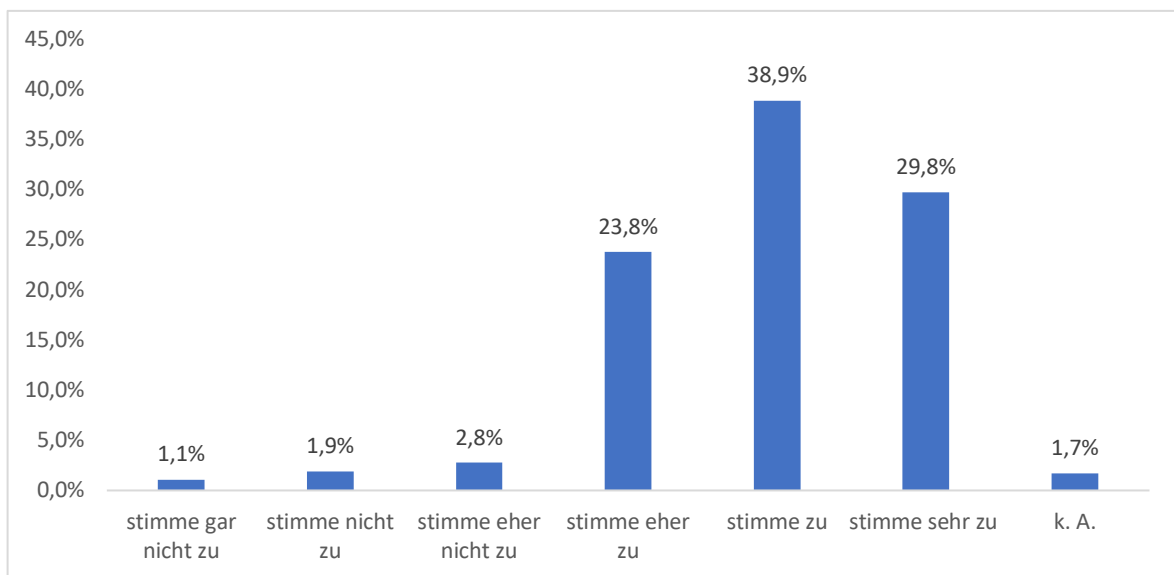


Abbildung 34: Ergebnis der Frage 23: „Im Studium sollten mehr Unterrichtsmaterialien zum Thema ‚häusliche Gewalt‘ angeboten werden.“

3.2.25 Frage 24: „Das Thema ‚häusliche Gewalt‘ sollte fester Bestandteil der Weiterbildungen sein.“

94 % (n=442) der befragten Ärzte sind der Meinung, dass das Thema ‚häusliche Gewalt‘ fester Bestandteil der Weiterbildung sein sollte. Die Mehrheit der Umfrageteilnehmer wählte hierbei die Antwortmöglichkeit „stimme zu“ (39,1 %, n=184) (siehe Abbildung 35).

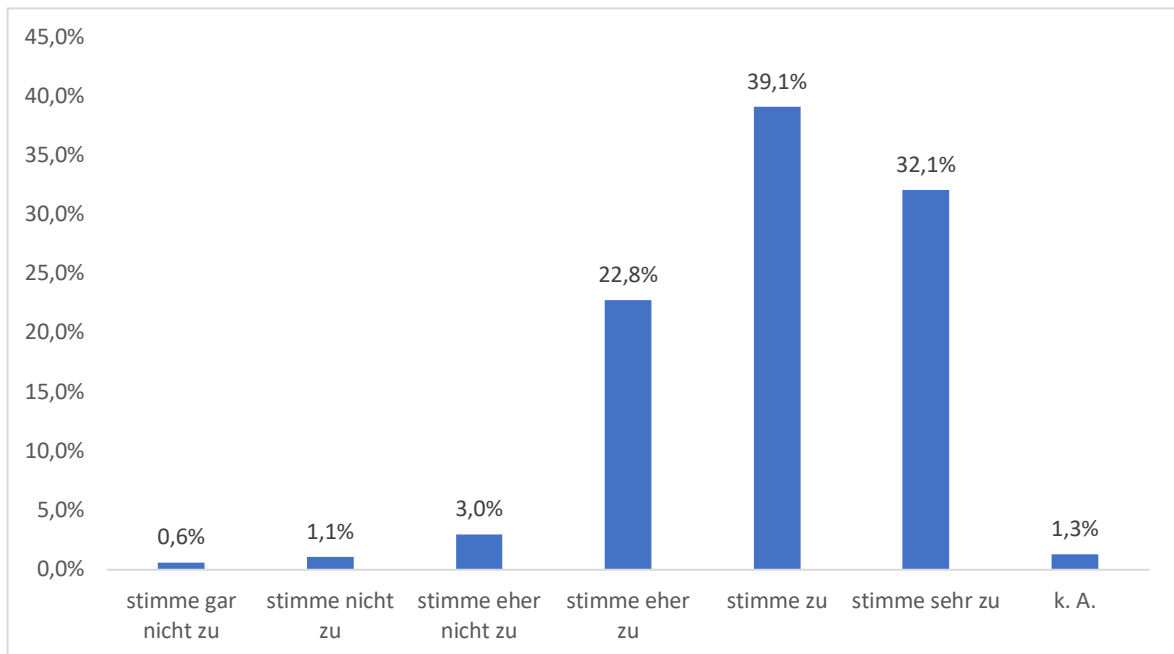


Abbildung 35: Ergebnis der Frage 24: „Das Thema ‚häusliche Gewalt‘ sollte fester Bestandteil der Weiterbildungen sein.“

3.3 Hypothesentests

Im folgenden Kapitel sind die Ergebnisse der Überprüfung folgender Hypothesen dargestellt: Unter Zuhilfenahme des Chi-Quadrat-Unabhängigkeitstests nach Pearson sollte untersucht werden, ob Abhängigkeiten zwischen der Beantwortung von Frage 5 bzw. von der ersten Teilfrage von Frage 5 („Ich fühle mich sicher, bei der Untersuchung von Opfern von häuslicher Gewalt ggf. eine Spurensicherung durchzuführen.“), mit den Angaben aus den Fragen 6 („Der Leitfaden der Ärztekammer zum Thema Umgang mit ‚Opfern von häuslicher Gewalt‘ ist mir bekannt.“), 7 („War das Thema ‚Umgang mit Opfern von häuslicher Gewalt‘ Bestandteil Ihres Medizinstudiums?“) und 8 („Haben Sie an einer Fortbildung zum Thema ‚Umgang mit Opfern von häuslicher Gewalt‘ teilgenommen?“) bestehen. Hierzu wurde ein Signifikanzlevel von 5 % bzw. $\alpha=0,005$ gewählt.

3.3.1 Ergebnis der Untersuchung der Abhängigkeit von Frage 5.1 und Frage 6

Hypothese: Die Ärzte fühlen sich bei der Untersuchung von Opfern von häuslicher Gewalt sicherer, ggf. eine Spurensicherung durchzuführen, wenn sie einen Leitfaden der Ärztekammer zum Thema „Umgang mit Opfern von häuslicher Gewalt“ kennen bzw. kennen, diesen aber nicht nutzen oder kennen und diesen auch nutzen.

Um die Hypothese zu überprüfen, wurde zunächst die eine Kreuztabelle erstellt (siehe Tabelle 4).

Tabelle 4: Ergebnisse der Kreuztabelle Frage 5.1 und 6

Kreuztabelle 1: Frage 6 * Frage 5.1					
Der Leitfaden der Ärztekammer zum Thema ‚Umgang mit Opfern von häuslicher Gewalt‘ ist mir bekannt * Ich fühle mich sicher, bei der Untersuchung von Opfern von häuslicher Gewalt ggf. eine Spurensicherung durchzuführen					
			Ich fühle mich sicher, ggf. eine Spurensicherung durchzuführen		
			nein	ja	Gesamtsumme
Der Leitfaden der Ärztekammer zum Thema ‚Umgang mit Opfern von häuslicher Gewalt‘ ist mir bekannt	nein	Anzahl	221	62	283
		% in Frage 6	78,1%	21,9%	100,0%
	ja, aber ich nutze ihn nicht	Anzahl	53	28	81
		% in Frage 6	65,4%	34,6%	100,0%
	ja, ich nutze ihn	Anzahl	19	19	38
		% in Frage 6	50,0%	50,0%	100,0%
Gesamtsumme	Anzahl	293	109	402	
	% in Frage 6	72,9%	27,1%	100,0%	

Der Kreuztabelle 1 kann entnommen werden, dass 78,1 % der Ärzte, denen ein Leitfaden der Ärztekammer nicht bekannt ist, sich unsicher fühlen, ggf. eine Spurensicherung durchzuführen. Nur 21,9 % der Ärzte, die keinen Leitfaden kennen, fühlen sich dabei hingegen sicher. Je höher die Nutzung des Leitfadens ist, desto größer ist der prozentuale Anteil der Teilnehmer, die angaben, sich bei der Durchführung einer Spurensicherung sicher zu fühlen (34,6 % der Teilnehmer, die einen Leitfaden kennen und nicht nutzen, bis 50 % der Teilnehmer, die einen Leitfaden nutzen).

Um die beobachtete Tendenz der Steigerung des prozentualen Anteils von den Teilnehmern, die angeben, sich sicher zu fühlen, in der Abhängigkeit von der Nutzung des Leitfadens zu bestätigen, wurde die Chi-Quadrat-Analyse durchgeführt. Die Ergebnisse der Chi-Quadrat-Analyse ($\chi^2=16,229$, $p=0,000 < 0,05$, $n=402$, siehe Tabelle 5) zeigen einen hochsignifikanten Zusammenhang zwischen der Fragen 5.1 und Frage 6. Der Zusammenhang ist schwach (Cramer's-V = 0,201, $p=0,000 < 0,01$, siehe Tabelle 6).

Tabelle 5: Berechnung des Chi-Quadrat-Koeffizienten

Chi-Quadrat-Test			
	Wert	df	Asymp. Sig. (zweiseitig)
Pearson-Chi-Quadrat	16,229	2	,000
Anzahl der gültigen Fälle	402		

Tabelle 6: Stärke des Zusammenhangs

Symmetrische Maße		
	Wert	Näherungsweise Sig.
Cramer's-V	,201	,000
Anzahl der gültigen Fälle	402	

Ergebnis: Die Hypothese ist somit bestätigt: Die Ärzte fühlen sich umso sicherer, ggf. eine Spurensicherung durchzuführen, je mehr sie den Leitfaden kennen und nutzen. Zur Veranschaulichung der Ergebnisse zeigt die Abbildung 36 ein für die Variable „Ich fühle mich sicherer, ggf. eine Spurensicherung durchzuführen, wenn der Leitfaden der Ärztekammer zum Thema ‚Umgang mit Opfern von häuslicher Gewalt‘ bekannt ist“ gruppiertes Balkendiagramm.

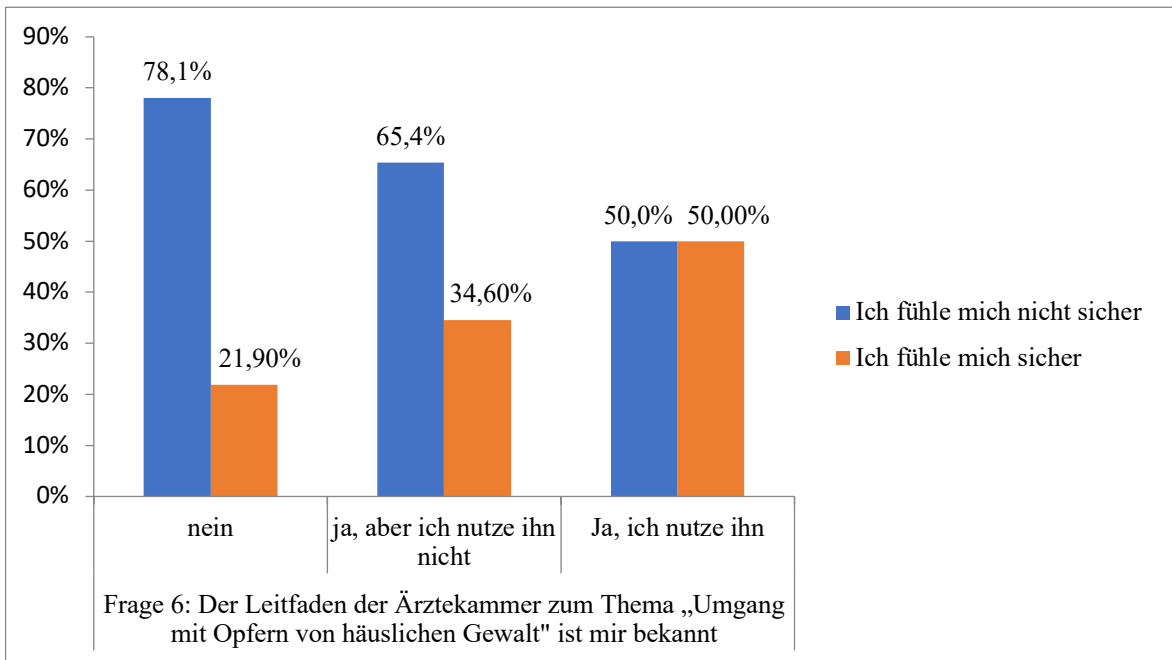


Abbildung 36: Gruppieretes Balkendiagramm der Frage 5.1 und 6.

3.3.2 Ergebnis der Untersuchung der Abhängigkeit von Frage 5.1 und Frage 7

Hypothese: Die Ärzte fühlen sich bei der Untersuchung von Opfern häuslicher Gewalt sicherer, ggf. eine Spurensicherung durchzuführen, wenn das Thema „Umgang mit Opfern von häuslicher Gewalt“ Bestandteil des Medizinstudiums war respektive theoretisch bzw. theoretisch und praktisch vermittelt wurde.

Der Kreuztabelle 2 (Tabelle 7) kann entnommen werden, dass der prozentuale Anteil der sicheren Ärzte wächst, von 25,2 %, bezogen auf diejenigen, bei denen das Thema „Umgang mit Opfern von häuslicher Gewalt“ nicht während des Studiums gelehrt wurde, bis 33,8 %, die das Thema nur theoretisch bearbeitet haben, bis zu 83,3 % der Teilnehmer, die das Thema während des Studiums theoretisch und praktisch bearbeitet haben. Je nachdem, ob und in welcher Form das Thema im Medizinstudium Inhalt war, ändert sich das Gefühl der Sicherheit der Ärzte bei der Untersuchung von Opfern von häuslicher Gewalt. Um die Signifikanz dieser Abhängigkeit zu prüfen, wurde der Chi-Quadrat-Unabhängigkeitstest durchgeführt.

Tabelle 7: Ergebnisse der Kreuztabelle der Frage 5.1 und 7

Kreuztabelle 2: Frage 7 * Frage 5.1					
War das Thema ‚Umgang mit Opfern von häuslicher Gewalt‘ Bestandteil Ihres Medizinstudiums? *					
Ich fühle mich sicher, bei der Untersuchung von Opfern von häuslicher Gewalt ggf. eine Spurensicherung durchzuführen					
			Ich fühle mich sicher, ggf. eine Spurensicherung durchzuführen		
			nein	ja	Gesamt- summe
	nein	Anzahl	244	82	326
		% in Frage 7	74,8%	25,2%	100,0%
War das Thema ,Umgang mit Opfern von häuslicher Gewalt‘	ja, nur theoretisch	Anzahl	49	25	74
		% in Frage 7	66,2%	33,8%	100,0%
Bestandteil Ihres Medizinstudiums ?	ja, theoretisch und praktisch	Anzahl	1	5	6
		% in Frage 7	16,7%	83,3%	100,0%
Gesamtsumme		Anzahl	294	112	406
		% in Frage 7	72,4%	27,6%	100,0%

Die Ergebnisse der Chi-Quadrat-Analyse ($\chi^2=11,723$, $p=0,003 < 0,01$, $n=406$, siehe Tabelle 8) zeigen auf einen hochsignifikanten Zusammenhang zwischen der Frage 5.1 und der Frage 7. Der Zusammenhang ist schwach (Cramer's-V=0,170, $p=0,003 < 0,01$, siehe Tabelle 9).

Tabelle 8: Berechnung des Chi-Quadrat-Koeffizienten

Chi-Quadrat-Test			
	Wert	df	Asymp. Sig. (zweiseitig)
Pearson-Chi-Quadrat	11,7 23	2	,003
Anzahl der gültigen Fälle	406		

Tabelle 9: Stärke des Zusammenhangs

Symmetrische Maße		
	Wert	Näherungsweise Sig.
Cramer's-V	,170	,003
Anzahl der gültigen Fälle	406	

Ergebnis: Die Hypothese kann bestätigt werden. Die Ärzte fühlen sich sicherer, ggf. eine Spurensicherung durchzuführen, wenn das Thema „Umgang mit Opfern von häuslicher Gewalt“ Bestandteil der universitären Ausbildung war, insbesondere nicht nur theoretisch, sondern auch praktisch. Die Abbildung 37 stellt die Informationen nochmals in einem gruppierten Balkendiagramm für die Variable „Ich fühle mich sicherer, ggf. eine Spurensicherung durchzuführen, wenn das Thema ‚Umgang mit Opfern von häuslicher Gewalt‘ Bestandteil des Medizinstudiums war“ dar.

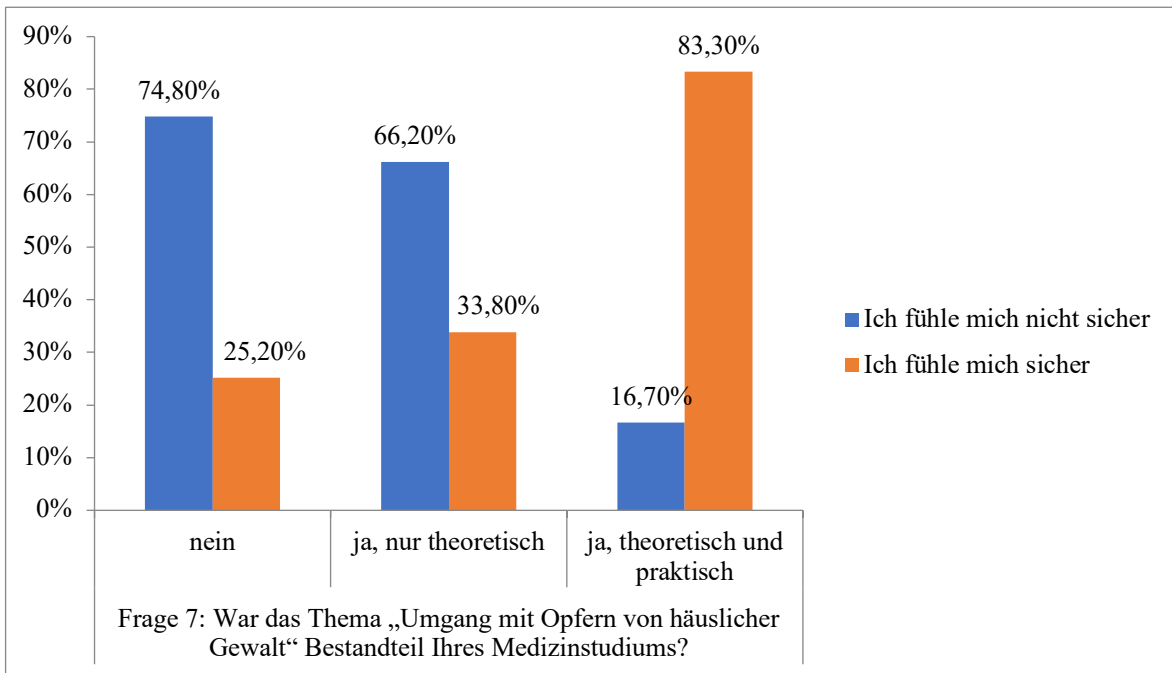


Abbildung 37: Gruppieretes Balkendiagramm der Frage 5.1 und 7.

3.3.3 Ergebnis der Untersuchung der Abhängigkeit von Frage 5.1 und Frage 8

Hypothese: Die Ärzte fühlen sich bei der Untersuchung von Opfern von häuslicher Gewalt sicherer, ggf. eine Spurensicherung durchzuführen, wenn sie bereits an einer Fortbildung zum Thema „Umgang mit Opfern von häuslicher Gewalt“ teilgenommen haben respektive sicherer, wenn diese Fortbildung nicht nur theoretische, sondern theoretische und praktische Inhalte integrierte.

Der Kreuztabelle 3 (Tabelle 10) kann entnommen werden, dass 24,7 % der Ärzte, die bisher nicht an einer Fortbildung zum Thema „Umgang mit Opfern von häuslicher Gewalt“ teilgenommen haben, sich bei der Untersuchung von Opfern von häuslicher Gewalt sicher fühlen, ggf. eine Spurensicherung durchzuführen. Bei den Ärzten, die nur an theoretischen Fortbildungen teilgenommen haben, liegt der prozentuale Anteil der Ärzte, die sich sicher fühlen, bei 36,9 %. 75,0 % der Ärzte, die an theoretischen und praktischen Fortbildungen teilgenommen haben, fühlen sich bei der Untersuchung von Opfern von häuslicher Gewalt sicher, ggf. eine Spurensicherung durchzuführen.

Tabelle 10: Ergebnisse der Kreuztabelle der Frage 5.1 und 8

Kreuztabelle 3: Frage 8 * Frage 5.1					
Haben Sie an einer Fortbildung zum Thema ‚Umgang mit Opfern von häuslicher Gewalt‘ teilgenommen? *					
Ich fühle mich sicher, bei der Untersuchung von Opfern von häuslicher Gewalt ggf. eine Spurensicherung durchzuführen					
			Ich fühle mich sicher, ggf. eine Spurensicherung durchzuführen		
			nein	ja	Gesamt- summe
Haben Sie an einer Fortbildung zum Thema ‚Umgang mit Opfern von häuslicher Gewalt‘ teilgenommen?	nein	Anzahl	250	82	332
		% in Frage 8	75,3%	24,7%	100,0%
	ja, nur theoretische Fortbildungen	Anzahl	41	24	65
		% in Frage 8	63,1%	36,9%	100,0%
	ja, theoretische und praktische Fortbildungen	Anzahl	2	6	8
		% in Frage 8	25,0%	75,0%	100,0%
Gesamtsumme	Anzahl	293	112	405	
	% in Frage 8	72,3%	27,7%	100,0%	

Es ist deutlich zu sehen, dass der prozentuale Anteil der sicheren Ärzte abhängig von der Teilnahme an einer Fortbildung steigt und zwar am meisten, wenn eine Fortbildung besucht wurde, die sowohl theoretische als auch praktische Inhalte vermittelte. Um die Stärke und die Signifikanz dieser Abhängigkeit zu prüfen, wurde der Chi-Quadrat-Unabhängigkeitstest durchgeführt.

Die Ergebnisse der Chi-Quadrat-Analyse ($\chi^2=13,204$, $p=0,001 < 0,01$, $n= 405$, siehe Tabelle 11) zeigen auf einen hochsignifikanten Zusammenhang zwischen der Frage 5.1 und 8. Der Zusammenhang ist schwach (Cramer’s-V=0,18, $p=0,001 < 0,01$, siehe Tabelle 12).

Tabelle 11: Berechnung des Chi-Quadrat-Koeffizienten

Chi-Quadrat-Test			
	Wert	df	Asymp. Sig. (zweiseitig)
Pearson-Chi-Quadrat	13,204	2	,001
Anzahl der gültigen Fälle	405		

Tabelle 12: Stärke des Zusammenhangs

Symmetrische Maße		
	Wert	Näherungsweise Sig.
Cramer's-V	,181	,001
Anzahl der gültigen Fälle	405	

Ergebnis: Die Hypothese kann angenommen werden. Die Ärzte fühlen sich sicherer, ggf. eine Spurensicherung durchzuführen, wenn sie bereits an einer Fortbildung zum Thema „Umgang mit Opfern von häuslicher Gewalt“ teilgenommen haben und am sichersten, wenn diese sowohl theoretische als auch praktische Inhalte vermittelte. Die Abbildung 38 stellt die Informationen nochmals in einem gruppierten Balkendiagramm für die Variable „Ich fühle mich sicherer, eine Spurensicherung durchzuführen, wenn an einer Fortbildung zum Thema ‚Umgang mit Opfern von häuslicher Gewalt‘ teilgenommen wurde“ dar.

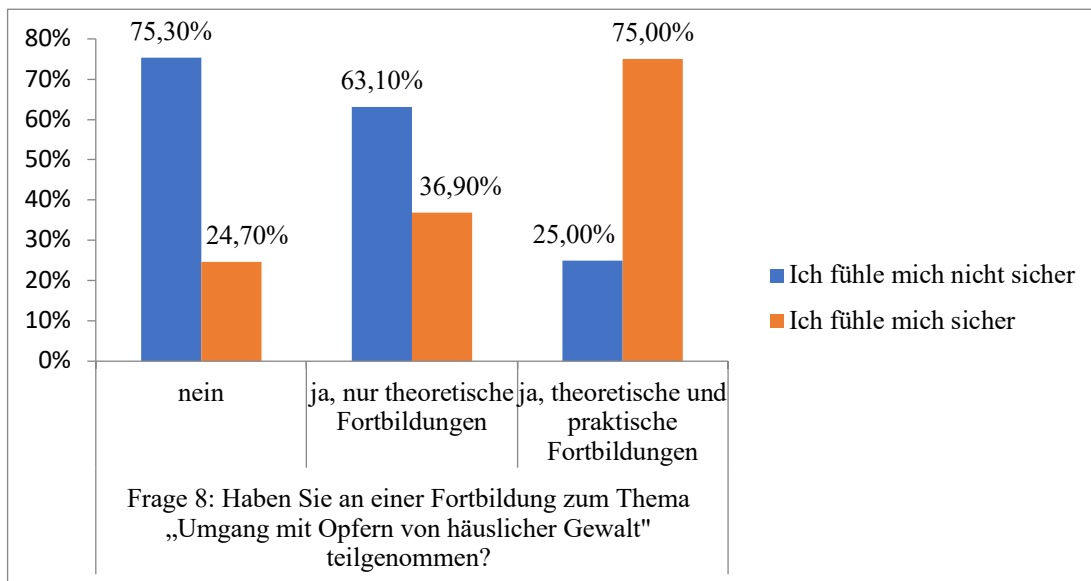


Abbildung 38: Gruppieretes Balkendiagramm der Frage 5.1 und 8.

3.4 Vergleich der Bundesländer Hamburg und Schleswig-Holstein

Im folgenden Kapitel sind die Ergebnisse bezüglich bundeslandspezifischer Differenzen im Antwortverhalten zwischen Ärzten in Hamburg und Schleswig-Holstein dargelegt. Einen Gesamtüberblick über bundeslandspezifische Angaben der antwortenden Ärzte geben die Tabellen der Häufigkeitsverteilungen im Anhang (Anlagen 1 und 2).

3.4.1 Angaben zur Person

Im Abschnitt „Angaben zu Ihrer Person“ ergaben sich signifikante Unterschiede im Antwortverhalten der Ärzte in Hamburg und Schleswig-Holstein bezüglich der Variablen „Alter“, „Dauer der ärztlichen Tätigkeit“ und „Facharztrichtung“.

Die Überprüfung der Geschlechterverteilung sowie der Variablen „Dauer der hausärztlichen Tätigkeit“ mittels der Chi-Quadrat-Analyse ist nicht signifikant ausgefallen ($\chi^2=0,059$, $p=0,851$, siehe Tabelle 13).

Table 13: Geschlechterverteilung nach dem Bundesland

		Bundesland		Chi-Quadrat	p
		SH	HH		
		Anzahl	Anzahl		
Geschlecht	männlich	133	91	,059 ^a	,851
	weiblich	141	101		

Die metrischen Variablen „Alter“, „Dauer der ärztlichen Tätigkeit“ sowie „Dauer der hausärztlichen Tätigkeit“, die unter Annahme von Normalverteilung mittels t-Test zweier unabhängigen Stichproben auf bundeslandspezifische Differenzen untersucht wurden, ergaben signifikante Unterschiede beim „Alter“ und der „Dauer der ärztlichen Tätigkeit“: Für beide Variablen ergaben sich höhere Werte bei den Ärzten aus dem Bundesland Hamburg (Mittelwert „Alter“: 54,43 (HH) gegen 52,13 (SH), $t=-2,536$, $p=0,012$; Mittelwert „Dauer der ärztlichen Tätigkeit“: 25,31 (HH) gegen 22,86 (SH), $t=-2,769$; $p=0,006$; siehe Tabellen 14-15).

Table 14: Ergebnisse der Fragen zu „Alter“, „Dauer ärztliche Tätigkeit“ und „Dauer hausärztliche Tätigkeit“

	Bundesland	H	Mittelwert	Standardabweichung	Standardfehler	
					Mittelwert	p
Alter	SH	241	52,13	9,051	,583	
	HH	161	54,43	8,694	,685	,012*
Dauer ärztlich tätig	SH	270	22,86	9,604	,584	
	HH	190	25,31	8,908	,646	,006*
Dauer hausärztlich tätig	SH	266	13,63	9,653	,592	
	HH	186	14,98	8,847	,649	,131

Anmerkung: * $p < 0,05$

Table 15: Test bei unabhängigen Stichproben

		Levene-Test der Varianzgleich- heit		T-Test für die Mittelwertgleichheit			
		F	Sig.	t	df	Sig. (2- seitig)	Mittelwert- differenz
Alter	Varianzgleichheit angenommen	,915	,339	-2,536	400	,012	-2,300
	Varianzgleichheit nicht angenommen			-2,557	352,3 99	,011	-2,300
Dauer ärztlich tätig	Varianzgleichheit angenommen	1,833	,176	-2,769	458	,006	-2,445
	Varianzgleichheit nicht angenommen			-2,806	424,8 97	,005	-2,445
Dauer hausärztlich tätig	Varianzgleichheit angenommen	1,360	,244	-1,513	450	,131	-1,349
	Varianzgleichheit nicht angenommen			-1,536	418,6 70	,125	-1,349

Signifikante Unterschiede ergaben sich zusätzlich bezüglich der Angaben zur Facharzttrichtung, welche mittels der Chi-Quadrat-Methode analysiert wurden. Hierbei führten die Ärzte in Schleswig-Holstein häufiger den Facharzt „Allgemeinmedizin“. Dieser Unterschied ist signifikant (67,3 % (SH) gegen 52,8 % (HH), $\chi^2=10.043$, $p=0,002$) (siehe Tabellen 16-18).

Tabelle 16: Ergebnisse zur Facharztrichtung

			Bundesland		Chi- Quadrat	p
			SH	HH		
Praktischer Arzt	nein	Anzahl	260	176	3,128	0,103
		% in Bundesland	94,5%	90,3%		
	ja	Anzahl	15	19		
		% in Bundesland	5,5%	9,7%		
Facharzt Allgemeinmedizin	nein	Anzahl	90	92	10,043	0,002*
		% in Bundesland	32,7%	47,2%		
	ja	Anzahl	185	103		
		% in Bundesland	67,30%	52,80%		
Facharzt Innere Medizin	nein	Anzahl	196	125	2,709	0,108
		% in Bundesland	71,3%	64,1%		
	ja	Anzahl	79	70		
		% in Bundesland	28,7%	35,9%		
in Weiterbildung	nein	Anzahl	265	190	0,425	0,602
		% in Bundesland	96,4%	97,4%		
	ja	Anzahl	10	5		
		% in Bundesland	3,6%	2,6%		
andere Facharztrichtung	nein	Anzahl	256	187	1,66	0,231
		% in Bundesland	93,1%	95,9%		
	ja	Anzahl	19	8		
		% in Bundesland	6,9%	4,1%		

Anmerkung: * $p < 0,05$

Tabelle 17: Kreuztabelle Facharzt Allgemeinmedizin und Bundesland

			Bundesland		Gesamtsumme
			SH	HH	
Facharzt	nein	Anzahl	90	92	182
Allgemeinmedizin		% in Bundesland	32,7%	47,2%	38,7%
	ja	Anzahl	185	103	288
		% in Bundesland	67,3%	52,8%	61,3%
Gesamtsumme		Anzahl	275	195	470
		% in Bundesland	100,0%	100,0%	100,0%

Tabelle 18: Chi-Quadrat-Test zur Frage zum Facharzt Allgemeinmedizin

	Wert	df	Asymp. Sig. (zweiseitig)	Exakte Sig. (zweiseitig)	Exakte Sig. (einseitig)
Pearson-Chi-Quadrat	10,043 ^a	1	,002		
Kontinuitätskorrektur ^b	9,443	1	,002		
Likelihood-Quotient	10,012	1	,002		
Exakter Test nach Fisher				,002	,001
Zusammenhang linear- mit-linear	10,022	1	,002		
Anzahl der gültigen Fälle	470				

a. 0 Zellen (0,0%) haben die erwartete Anzahl von weniger als 5. Die erwartete Mindestanzahl ist 75,51.

b. Berechnung nur für eine 2x2-Tabelle

3.4.2 Fragen 1-24

3.4.2.1 Fragen 1-3 und 11-24

Die Antworten der Fragen 1-3, sowie 11-24 wurden unter Zuhilfenahme des nichtparametrischen Mann-Whitney-U-Tests für zwei unabhängige Stichproben auf signifikante Unterschiede im Rahmen der bundeslandspezifischen Betrachtung untersucht. Hierbei ergaben sich signifikante Unterschiede im Antwortverhalten der Ärzte in Hamburg und Schleswig-Holstein bei den Fragen 1 und 3 (siehe Tabelle 19).

Tabelle 19: Ergebnisse des Mann-Whitney-U-Tests der Fragen 1-3 und 11-24

	Bundesland	N	Mittelwert	Standardabweichung	<i>p</i>
Frage 1	HH	193	3,23	0,738	0,024*
	SH	270	3,07	0,770	
Frage 2	HH	193	0,14	0,536	0,522
	SH	274	0,13	0,407	
Frage 3.1	HH	183	2,32	1,456	0,004*
	SH	250	2,76	1,431	
Frage 3.2	HH	186	0,43	0,893	0,000*
	SH	253	0,79	1,101	
Frage 11	HH	194	4,30	0,895	,332
	SH	275	4,23	0,886	
Frage 12	HH	192	3,36	1,319	,356
	SH	274	3,51	1,193	
Frage 13	HH	194	2,41	0,935	,894
	SH	273	2,39	0,949	
Frage 14	HH	194	1,51	1,210	,084
	SH	275	1,72	1,284	
Frage 15	HH	192	2,88	1,095	,676
	SH	275	2,95	1,029	
Frage 16	HH	195	2,83	0,969	,542
	SH	275	2,80	0,846	
Frage 17	HH	192	2,70	1,212	,521
	SH	274	2,75	1,245	
Frage 18	HH	194	1,93	1,167	,501
	SH	274	2,01	1,210	
Frage 19	HH	193	1,90	1,070	,175
	SH	273	2,01	1,162	
Frage 20	HH	195	2,53	1,113	,183
	SH	266	2,67	1,124	
Frage 21	HH	194	1,82	1,111	,170
	SH	274	1,70	1,153	
Frage 22	HH	195	2,59	1,279	,859
	SH	274	2,57	1,274	
Frage 23	HH	191	3,86	0,966	,272
	SH	271	3,93	1,023	
Frage 24	HH	193	3,98	0,935	,905
	SH	271	3,97	0,940	

Anmerkung: * $p < 0,05$

Die Antwortmöglichkeiten der Frage 1 („Ich werde mit dem Thema ‚häusliche Gewalt‘ in meinem Arbeitsalltag konfrontiert“) wurden mit 0 (=täglich) bis 4 (=seltener als 1x pro Jahr) codiert. Die befragten Ärzte in Hamburg sahen sich seltener mit der Thematik konfrontiert als Studienteilnehmer in Schleswig-Holstein (Mittelwert 3,23 (HH) gegen 3,07(SH), $p=0,024$; siehe Tabellen 19 und 20).

Tabelle 20: Ergebnis des Mann-Whitney-U-Tests zur Frage 1

<i>Teststatistiken^a</i>	
	Frage 1
Mann-Whitney-U-Test	23108,500
Wilcoxon-W	59693,500
U	-2,263
Asymp. Sig. (2-seitig)	,024

a. Gruppierungsvariable: Bundesland

Im Antwortverhalten der Ärzte in Hamburg und Schleswig-Holstein ließen sich signifikante Unterschiede in der Beantwortung der Frage 3.1 („Insgesamt werde ich mit ca. __ Fällen pro Jahr konfrontiert“) und 3.2 („davon sind ca. __ von Gewalt betroffene Kinder“) beobachten. Den Angaben der Umfrageteilnehmer in Schleswig-Holstein zufolge, sahen sich die befragten Ärzte durchschnittlich häufiger mit Fällen häuslicher Gewalt konfrontiert als Ärzte in Hamburg (Mittelwert 2,76 (SH) gegen 2,32 (HH), $p=0,004$; siehe Tabelle 19 und 21). Gleiches galt auch bezüglich wahrgenommener Fälle gewaltbetroffener Kinder (Mittelwert 0,79 (SH) gegen 0,43 (HH), $p<0,01$; siehe Tabellen 19 und 22).

Tabelle 21: Ergebnis des Mann-Whitney-U-Tests zur Frage 3.1

<i>Teststatistiken^a</i>	
	Frage 3.1 (Anzahl Fälle)
Mann-Whitney-U-Test	19298,500
Wilcoxon-W	36134,500
U	-2,882
Asymp. Sig. (2-seitig)	,004

a. Gruppierungsvariable: Bundesland

Tabelle 22: Ergebnis des Mann-Whitney-U-Tests zur Frage 3.2

<i>Teststatistiken^a</i>	
	Frage 3.2 (davon Kinder)
Mann-Whitney-U-Test	19449,000
Wilcoxon-W	36840,000
U	-3,786
Asymp. Sig. (2-seitig)	,000

a. Gruppierungsvariable: Bundesland

3.4.2.2 Fragen 4-10

Der Tabelle 23 können die absoluten Häufigkeiten der Antworten der Fragen 4-10 sowie die Ergebnisse der Chi-Quadrat-Analyse entnommen werden. Signifikante Unterschiede ergaben sich in der Beantwortung der Fragen 4, 6 und 9 (siehe Tabelle 23).

Tabelle 23: Übersicht der Ergebnisse des Chi-Quadrat-Tests der Fragen 4-10

		Bundesland		Chi- Quadrat	p
		SH	HH		
		Anzahl	Anzahl		
Frage 4	physische Gewalt	274	192	17,012	0,04*
	psychische Gewalt	244	158		
	sexualisierte Gewalt	253	168		
	ökonomische Gewalt	97	55		
	soziale Gewalt	111	66		
Frage 5.1	nein	175	119	1,179	0,312
	ja	60	52		
Frage 5.2a	standardisierte Dokumentationsbögen	8	5		
Frage 5.2b	Sonografie, Röntgen	43	29		
Frage 5.2c	gynäkologische Untersuchung	30	21		
Frage 5.2d	Urin- und Blutproben	31	15		
Frage 5.2e	Abstriche	21	10		
Frage 5.2f	Fotodokumentation	57	37		
Frage 5.2g	eigene/freie Dokumentation	83	65	7,585	0,371
	nein	209	120		
Frage 6	ja, aber ich nutze ihn nicht	37	54	15,481	< .01*
	ja, ich nutze ihn	25	20		
	nein	215	165		
Frage 7	ja, nur theoretisch	54	29	3,57	0,168
	ja, theoretisch und praktisch	5	1		
	nein	228	152		
Frage 8	ja, nur theoretische Fortbildungen	41	38	2,008	0,366
	ja, theoretische und praktische Fortbildungen	6	3		
	nein	223	138		
Frage 9.1	ja	51	56	6,779	0,01*
	nein	223	138		
Frage 9.2	UKE	24	54		
	UKSH	22	0		

	anderes Institut	7	3	65,544	,000**
Frage 10.1	nein	53	40		
	ja	221	153	,136	,725
Frage 10.2	Gesprächsführung	161	105		
	polizeiliche Maßnahmen und rechtliche Möglichkeiten	187	125		
	Befundung und Dokumentation	185	125		
	anderes Thema	20	9	4,170	,384

Anmerkung: * $p < 0,05$

Signifikante Unterschiede ergaben sich in der Beantwortung der Frage 4 bezüglich der Antwortmöglichkeiten „psychische Gewalt“ (88,7 % (SH) gegen 81,0 % (HH), $\chi^2=5,469$, $p=0,023$; siehe Tabellen 24-26) und „sexualisierte Gewalt“ (92,0 % (SH) gegen 86,2 % (HH), $\chi^2=4,176$, $p=0,047$); siehe Tabellen 24, 27-28). Diese wurden von Ärzten in Schleswig-Holstein signifikant häufiger als Formen häuslicher Gewalt angegeben.

Tabelle 24: Ergebnisse der Frage 4

			Bundesland		Chi- Quadrat	p
			SH	HH		
Frage 4a: physische Gewalt	nein	Anzahl	1	3	1,866	0,312
		% in Bundesland	,4%	1,5%		
	ja	Anzahl	274	192		
		% in Bundesland	99,6%	98,5%		
Frage 4b: psychische Gewalt	nein	Anzahl	31	37	5,469	0,023*
		% in Bundesland	11,30%	19,00%		
	ja	Anzahl	244	158		
		% in Bundesland	88,70%	81,00%		
Frage 4c: sexualisierte Gewalt	nein	Anzahl	22	27	4,176	0,047*
		% in Bundesland	8,0%	13,8%		
	ja	Anzahl	253	168		
		% in Bundesland	92,0%	86,2%		
Frage 4d: ökonomische Gewalt	nein	Anzahl	178	140	2,605	0,111
		% in Bundesland	64,7%	71,8%		
	ja	Anzahl	97	55		
		% in Bundesland	35,3%	28,2%		
Frage 4e: soziale Gewalt	nein	Anzahl	164	129	2,064	,176
		% in Bundesland	59,6%	66,2%		
	ja	Anzahl	111	66		
		% in Bundesland	40,4%	33,8%		

Anmerkung: * $p < 0,05$

Tabelle 25: Kreuztabelle psychische Gewalt und Bundesland

			Bundesland		Gesamtsumme
			SH	HH	
Frage 4b: psychische Gewalt	nein	Anzahl	31	37	68
		% in Bundesland	11,3%	19,0%	14,5%
	ja	Anzahl	244	158	402
		% in Bundesland	88,7%	81,0%	85,5%
Gesamtsumme	Anzahl		275	195	470
	% in Bundesland		100,0%	100,0%	100,0%

Tabelle 26: Chi-Quadrat-Test zur Frage 4b

	Wert	df	Asymp. Sig. (zweiseitig)	Exakte Sig. (zweiseitig)	Exakte Sig. (einseitig)
Pearson-Chi-Quadrat	5,469 ^a	1	,019		
Kontinuitätskorrektur ^b	4,864	1	,027		
Likelihood-Quotient	5,388	1	,020		
Exakter Test nach Fisher				,023	,014
Zusammenhang linear-mit-linear	5,457	1	,019		
Anzahl der gültigen Fälle	470				

a. 0 Zellen (0,0%) haben die erwartete Anzahl von weniger als 5. Die erwartete Mindestanzahl ist 28,21.

b. Berechnung nur für eine 2x2-Tabelle

Tabelle 27: Kreuztabelle sexualisierte Gewalt und Bundesland

			Bundesland		Gesamtsumme
			SH	HH	
Frage 4c: sexualisierte Gewalt	nein	Anzahl	22	27	49
		% in Bundesland	8,0%	13,8%	10,4%
	ja	Anzahl	253	168	421
		% in Bundesland	92,0%	86,2%	89,6%
Gesamtsumme	Anzahl		275	195	470
	% in Bundesland		100,0%	100,0%	100,0%

Tabelle 28: Chi-Quadrat-Test zur Frage 4c

	Wert	df	Asymp. Sig. (zweiseitig)	Exakte Sig. (zweiseitig)	Exakte Sig. (einseitig)
Pearson-Chi-Quadrat	4,176 ^a	1	,041		
Kontinuitätskorrektur ^b	3,573	1	,059		
Likelihood-Quotient	4,108	1	,043		
Exakter Test nach Fisher				,047	,030
Zusammenhang linear- mit-linear	4,167	1	,041		
Anzahl der gültigen Fälle	470				

a. 0 Zellen (0,0%) haben die erwartete Anzahl von weniger als 5. Die erwartete Mindestanzahl ist 20,33.

b. Berechnung nur für eine 2x2-Tabelle

Auch die Verteilungen der Antworten von Ärzten in Hamburg und Schleswig-Holstein bezüglich der Frage 6 unterschieden sich signifikant ((HH: „nein“: 61,9 %, „ja, aber ich nutze ihn nicht“: 27,8 %, „ja, ich nutze ihn“: 10,3 %) gegen (SH: 77,1 %, 13,7 %, 9,2 %); ($p < 0,01$)). Demnach war der Leitfaden der Ärztekammer zur Thematik häuslicher Gewalt unter Ärzten in Hamburg bekannter als unter Ärzten in Schleswig-Holstein (siehe Tabelle 29-30).

Tabelle 29: Kreuztabelle Frage 6 und Bundesland

			Bundesland		Gesamtsumme
			SH	HH	
Frage 6	nein	Anzahl	209	120	329
		% in Bundesland	77,1%	61,9%	70,8%
	ja, aber ich nutze ihn nicht	Anzahl	37	54	91
		% in Bundesland	13,7%	27,8%	19,6%
	ja, ich nutze ihn	Anzahl	25	20	45
		% in Bundesland	9,2%	10,3%	9,7%
Gesamtsumme		Anzahl	271	194	465
		% in Bundesland	100,0%	100,0%	100,0%

Tabelle 30: Chi-Quadrat Test zur Frage 6

	Wert	df	Asymp. Sig. (zweiseitig)
Pearson-Chi-Quadrat	15,481 ^a	2	,000
Likelihood-Quotient	15,320	2	,000
Zusammenhang linear- mit-linear	6,993	1	,008
Anzahl der gültigen Fälle	465		

a. 0 Zellen (0,0%) haben die erwartete Anzahl von weniger als 5. Die erwartete Mindestanzahl ist 18,77.

Ein signifikanter Unterschied ergab sich auch bezüglich der Beantwortung der Frage 9. Ärzte in Hamburg nahmen signifikant häufiger Kontakt mit rechtsmedizinischen Instituten auf als Ärzte in Schleswig-Holstein (Frage 9.1), (28,9% (HH) gegen 18,6% (SH), $p=0,01$) (siehe Tabellen 31-32).

Tabelle 31: Kreuztabelle Frage 9.1 und Bundesland

			Bundesland		Gesamtsumme
			SH	HH	
Frage 9.1	nein	Anzahl	223	138	361
		% in Bundesland	81,4%	71,1%	77,1%
	ja	Anzahl	51	56	107
		% in Bundesland	18,6%	28,9%	22,9%
Gesamtsumme		Anzahl	274	194	468
		% in Bundesland	100,0%	100,0%	100,0%

Tabelle 32: Chi-Quadrat-Test zur Frage 9.1

	Wert	df	Asymp. Sig. (zweiseitig)	Exakte Sig. (zweiseitig)	Exakte Sig. (einseitig)
Pearson-Chi-Quadrat	6,770 ^a	1	,009		
Kontinuitätskorrektur ^b	6,201	1	,013		
Likelihood-Quotient	6,694	1	,010		
Exakter Test nach Fisher				,010	,007
Zusammenhang linear- mit-linear	6,756	1	,009		
Anzahl der gültigen Fälle	468				

a. 0 Zellen (0,0%) haben die erwartete Anzahl von weniger als 5. Die erwartete Mindestanzahl ist 44,35.

b. Berechnung nur für eine 2x2-Tabelle

Dabei wurde das rechtsmedizinische Institut des UKE von Ärzten in Hamburg signifikant häufiger in Anspruch genommen als von Ärzten in Schleswig-Holstein (Frage 9.2), (8,80 % (SH) gegen 27,80 % (HH), $\chi^2=29,758$, $p<0,001$; siehe Tabellen 33-35). Die Institute des UKSH wurden hingegen häufiger von Ärzten in Schleswig-Holstein als von Ärzten in Hamburg kontaktiert (8,0 % (SH) gegen 0,0 % (HH), $\chi^2=16,345$, $p<0,001$; siehe Tabellen 33; 36-37).

Tabelle 33: Ergebnisse zur Frage 9.2

			Bundesland		Chi- Quadrat	p
			SH	HH		
Frage 9.2: UKE	nein	Anzahl	250	140	29,758	<.001*
		% in Bundesland	91,20%	72,20%		
	ja	Anzahl	24	54		
		% in Bundesland	8,80%	27,80%		
Frage 9.2: UKSH	nein	Anzahl	252	194	16,345	<.001*
		% in Bundesland	92,0%	100,0%		
	ja	Anzahl	22	0		
		% in Bundesland	8,0%	0,0%		
Frage 9.2: anderes Institut	nein	Anzahl	267	192	0,564	,533
		% in Bundesland	97,4%	98,5%		
	ja	Anzahl	7	3		
		% in Bundesland	2,6%	1,5%		

Anmerkung: * $p < 0,05$

Tabelle 34: Kreuztabelle Frage 9.2: UKE und Bundesland

			Bundesland		Gesamtsumme
			SH	HH	
Frage 9.2: UKE	nein	Anzahl	250	140	390
		% in Bundesland	91,2%	72,2%	83,3%
	ja	Anzahl	24	54	78
		% in Bundesland	8,8%	27,8%	16,7%
Gesamtsumme	Anzahl	274	194	468	
	% in Bundesland	100,0%	100,0%	100,0%	

Tabelle 35: Chi-Quadrat-Test zur Frage 9.2 (UKE)

	Wert	df	Asymp. Sig. (zweiseitig)	Exakte Sig. (zweiseitig)	Exakte Sig. (einseitig)
Pearson-Chi-Quadrat	29,758 ^a	1	,000		
Kontinuitätskorrektur ^b	28,401	1	,000		
Likelihood-Quotient	29,549	1	,000		
Exakter Test nach Fisher				,000	,000
Zusammenhang linear- mit-linear	29,695	1	,000		
Anzahl der gültigen Fälle	468				

a. 0 Zellen (0,0%) haben die erwartete Anzahl von weniger als 5. Die erwartete Mindestanzahl ist 32,33.

b. Berechnung nur für eine 2x2-Tabelle

Tabelle 36: Kreuztabelle Frage 9.2 (UKSH) und Bundesland

			Bundesland		Gesamtsumme
			SH	HH	
Frage 9.2: UKSH	nein	Anzahl	252	194	446
		% in Bundesland	92,0%	100,0%	95,3%
	ja	Anzahl	22	0	22
		% in Bundesland	8,0%	0,0%	4,7%
Gesamtsumme		Anzahl	274	194	468
		% in Bundesland	100,0%	100,0%	100,0%

Tabelle 37: Chi-Quadrat-Test zur Frage 9.2 (UKSH)

	Wert	df	Asymp. Sig. (zweiseitig)	Exakte Sig. (zweiseitig)	Exakte Sig. (einseitig)
Pearson-Chi-Quadrat	16,345 ^a	1	,000		
Kontinuitätskorrektur ^b	14,602	1	,000		
Likelihood-Quotient	24,320	1	,000		
Exakter Test nach Fisher				,000	,000
Zusammenhang linear- mit-linear	16,310	1	,000		
Anzahl der gültigen Fälle	468				

a. 0 Zellen (0,0%) haben die erwartete Anzahl von weniger als 5. Die erwartete Mindestanzahl ist 9,12.

3.5 Auswertung der Anmerkungen im Freitextfeld

In einem freien Textfeld am Ende des Fragebogens war es möglich, eine Anmerkung zu hinterlassen. 7,7 % (n=36) nutzten diese Möglichkeit. Dabei war eine Anmerkung (n=1) nicht lesbar. Die Anmerkungen wurden zur besseren Übersicht verschiedenen Themenkategorien zugeordnet. Dabei wurde zwischen Anmerkungen mit Einfach- und Mehrfachnennungen unterschieden. Die Auflistung ist der Tabelle 38 zu entnehmen.

Insgesamt konnten die Kommentare innerhalb der Einfachnennungen 11 Kategorien zugeordnet werden. Dabei machten Anmerkungen zum Thema „Berührungspunkte“ mit häuslicher Gewalt den höchsten Anteil aus (27,8 %, n=10). Diese Ärzte gaben an, dass das Thema in ihrem Umfeld keine große Relevanz habe. Ein Arzt gab an, sich für Patienten mit entsprechender Anamnese nicht zuständig zu fühlen.

Zu den Kategorien „Verhalten seitens der Opfer“, „Ausbildung/Fortbildung/Weiterbildung“, „Hilfsnetzwerk“ und „zum Fragebogen/Umfrage“ wurden jeweils 3 Anmerkungen (8,3 %) gemacht. Weitere 8,3 % (n=3) der Kommentare entsprachen der Kategorie „Sonstiges“. Unter den Mehrfachnennungen konnten 4 Anmerkungen (11,1 %) mehr als einer Themenkategorie zugeordnet werden.

Tabelle 38: Ergebnisse der Anmerkungen

Kategorie	Zahlen absolut	in Prozent
„Berührungspunkte“	10	27,8
„Verhalten seitens der Opfer“	3	8,3
„Ausbildung/Fortbildung/Weiterbildung“	3	8,3
„Hilfsnetzwerk“	3	8,3
„zum Fragebogen/Umfrage“	3	8,3
„eigene Kompetenz“	2	5,6
„Zeit“	2	5,6
„Vergütung“	1	2,8
„Infomaterial“	1	2,8
„Sonstiges“	3	8,3
„nicht lesbar“	1	2,8
„Kompetenz und Ausbildung/Fortbildung/Weiterbildung“	1	2,8
„Berührungspunkte und Kompetenz“	1	2,8
„Berührungspunkte und Verhalten seitens der Opfer“	1	2,8
„Berührungspunkte, Kompetenz und Verhalten seitens der Oper“	1	2,8
Gesamt	36	100

Alle Anmerkungen können den Anlagen 8 und 9, sortiert nach Einfach- und Mehrfachnennungen und entsprechender Kategorie, entnommen werden.

4. Diskussion

4.1 Limitationen der Studie

Ziel dieser Untersuchung war es, einen möglichst hohen Anteil hausärztlich tätiger Ärzte (Fachärzte für Allgemeinmedizin, hausärztlich tätige Internisten und Praktische Ärzte) in Hamburg und Schleswig-Holstein zum Thema Umgang mit Opfern häuslicher Gewalt zu befragen. Von insgesamt 2780 zugestellten Fragebögen (2936 versendeten Fragebögen) wurden 494 Fragebögen zurückgesendet (17,8 %). 470 (16,9 %) Fragebögen konnten in der Auswertung berücksichtigt werden.

An dieser Stelle ist anzumerken, dass in der Arbeit fünf Fragebögen gewertet wurden, die von drei Gynäkologen und zwei Pädiatern beantwortet wurden. Diese wurden dennoch berücksichtigt, da es sich um niedergelassene Ärzte handelt, die aufgrund ihrer Facharztausrichtung dennoch Berührungspunkte mit der Thematik haben dürften. Deren Teilnahme an der Umfrage lässt vermuten, dass Fragebögen auch von Kollegen der adressierten, allgemeinmedizinisch und internistisch tätigen Ärzte in Praxisgemeinschaften und Gemeinschaftspraxen beantwortet wurden.

Im Gegensatz dazu wurden zwei weitere Fragebögen nicht gewertet. Diese Teilnehmer machten im freien Textfeld zu „andere Facharztweiterbildung“ lediglich die Angaben „Psychiatrie und Psychotherapie“ sowie „Psychotherapie“, jedoch keine zu „praktischer Arzt“ oder „Facharzt für Allgemeinmedizin“ bzw. „Facharzt für Innere Medizin“, sodass diese als nicht hausärztlich tätig angesehen werden konnten. Im Sinne des Studiendesigns blieben diese daher in der Auswertung unberücksichtigt, da sie als primäre Anlaufstellen auf Grund der allgemeinen Versorgungsstruktur nur in seltenen Fällen in Frage kommen dürften.

Die Vollständigkeit der Online-Verzeichnisse der Ärztekammer Hamburg sowie der Kassenärztlichen Vereinigung Schleswig-Holstein ist nicht garantiert. So ist es möglich, dass nicht alle Hausärzte in Hamburg und Schleswig-Holstein dort gelistet und letztlich in die Datenbank mit aufgenommen wurden. Zudem ist es wahrscheinlich, dass keine regelmäßige Aktualisierung der Verzeichnisse stattfindet: Von 19 Ärzten, die telefonisch nach ihrer Faxnummer befragt wurden, da diese weder im Verzeichnis hinterlegt, noch durch Internetrecherche auffindig gemacht werden konnten, gaben 10 Ärzte im Vorfeld an, nicht mehr ärztlich tätig zu sein. 9 weitere Ärzte bekundeten im Rahmen dieser telefonischen

Erfragung kein Interesse an einer Teilnahme. Insgesamt konnten in der ersten Befragungsrunde 201 Fragebögen nicht zugestellt werden.

Um die Rücklaufquote zu steigern und somit eine höhere Ausschöpfungsquote zu erzielen (vgl. Porst 1999: 74), wurden im Rahmen einer Nachfassaktion Ärzte erneut angeschrieben. Es konnten jedoch auch hier nicht alle Fragebögen erfolgreich zugestellt werden (n=156). Zudem sind Gründe für eine Nichtteilnahme derjenigen, die erreicht werden konnten, bis auf die neun Ärzte, die in der telefonischen Befragung vorab kein Interesse mitteilten, unbekannt.

Es ist davon auszugehen, dass die Bereitschaft an der Teilnahme bei Ärzten höher ausgefallen ist, die dem Thema eine höhere Relevanz beimessen. Durch Antwortausfall (non-response), bzw. unit non-response (wenn die Antwort eines Befragten vollständig ausbleibt), steigt jedoch die Gefahr einer sogenannten Schweigeverzerrung (non-response-bias). Um diese Verzerrung zu minimieren, den Ausfall gering zu halten und eine möglichst hohe Ausschöpfungsquote zu erzielen, werden in der Literatur unterschiedliche Lösungsansätze diskutiert.

Hippler (vgl. 1988: 245) wirbt hinsichtlich höherer Rücksenderaten für die Durchführung weiterer Nachfassaktionen. Eine zweite oder dritte Nachfassaktion hätte hinsichtlich der vorliegenden Untersuchung möglicherweise die Chance erhöht, mehr Ärzte zu erreichen und die Anzahl der Responder und somit die Gesamtausschöpfung zu steigern (vgl. Porst 1999: 74).

Gründe einer Nichtteilnahme und Rückfragen zu den Fragebögen, hätten durch eine erneute Befragung, im besten Fall im Rahmen eines persönlichen Gesprächs, erörtert werden können. Im Rahmen der Befragung wurde den angeschriebenen Ärzten weitestgehend Anonymität und vertrauliche Behandlung der Antworten zugesichert. Nachfragen zur Umfrage könnten als Vertrauensbruch, gerade bezüglich der Thematik, die persönliche Verhaltens- und Denkmuster erkennen lassen, gewertet werden.

Einige methodische Aspekte, die in der Literatur beschrieben werden und welche die Ausschöpfungsquote neben Nachfassaktionen steigern sollen, wurden in dieser Arbeit berücksichtigt. Hippler (vgl. 1988: 244) stellte insbesondere fest, dass höhere

Rücklaufquoten zu verzeichnen sind, wenn die Umfrage aktuelle und interessante Themen aufgreift. Dillmann (1978), der begann niedrige Rücklaufquoten auf technische Schwächen im Rahmen von postalischen Befragungen zurückzuführen, setzte in seiner entwickelten Herangehensweise, bekannt unter dem Namen der „total design method“, auf erhöhte Teilnahme durch Motivation (vgl. Klein/Porst 2000: 4). Dabei müsse den Befragten der Nutzen ihrer Beteiligung ersichtlich gemacht werden, sodass die Nachteile einer Teilnahme, wie Zeitmangel, minimal erscheinen und als zweitrangig gewertet werden (vgl. Dillmann 1978: 168-169, vgl. Porst 1999: 73).

In diesem Sinne wurde dem Fragebogen ein Anschreiben beigelegt, welches zur Teilnahme anregen sollte. Hierbei wurde die Relevanz der Thematik, insbesondere die zentrale Rolle der hausärztlich tätigen Ärzte im Umgang mit Opfern von häuslicher Gewalt, betont. Ob die Verlosung dreier Büchergutscheine im Wert von 150 € die Befragten zu einer Teilnahme zusätzlich ermuntert haben, bleibt offen. Allgemein gelten „Incentives“ als Anreiz für eine Steigerung der Umfragebeteiligung als fördernd (vgl. Porst 1999: 75-76). Dabei scheint die Höhe des Wertes von untergeordneter Bedeutung zu sein, allein das Zeichen einer Belohnung (vgl. Hippler 1988: 245), auch durch Möglichkeit der eigenen Meinungsäußerung am Schluss der Befragung in Form eines Freitextes, kann als Entschädigung gewertet werden und als Ansporn zur Teilnahme führen (vgl. Klein/Porst: 2000: 6).

Weitere, eher technische Aspekte, wie die Konzeption eines kurzen Fragebogens mit weniger als 12 Seiten, offizielle Briefbögen mit Logos der Universitätskliniken Hamburg und Schleswig-Holstein sowie frankierte Umschläge im Rahmen der postalischen Befragung, die die Rücklaufquoten ebenfalls steigern, wurden umgesetzt (vgl. Porst 1999: 75).

Neben Verzerrungen durch Antwortausfall sind im Rahmen dieser Umfrage auch response-bias, sogenannte Antwortverzerrungen, zu diskutieren, die u.a. durch bewusste Falschangaben der Teilnehmer entstehen, wenn diese eher den gesellschaftlichen Normen und Werten entsprechen als die tatsächliche Einstellung bzw. die vorhandenen Kompetenzen. Das Phänomen der sozialen Erwünschtheit lässt sich häufig bei Umfragetypen ausmachen, bei denen Anonymität und physische Distanz nicht gewahrt werden (vgl. Bogner/Landrock 2015: 2). Durch eine schriftliche Befragung sowie einer

Anonymitätssicherung könnten diese Aspekte von geringerer Relevanz gewesen sein, wenngleich Preisendörfer und Wolter (vgl. 2014: 138) zu der Erkenntnis kamen, dass besser gebildete Personen u.a. eher zu sozial erwünschtem Antwortverhalten neigen. Die allgemeine Erwartung der Gesellschaft, dass Ärzte sich in dieser Thematik auskennen, könnte dazu führen, dass der Fragebogen nicht ehrlich beantwortet wurde.

Kritisch zu betrachten ist die formale Konzeption der Frage 5. Von 470 möglichen Angaben wurden zum ersten Teil der Frage 406 Angaben gemacht (siehe Kapitel 3.2.6). Jedoch machten zur Art der Spurensicherung, dem zweiten Teil der Frage, nur 159 Ärzte zu mindestens einer der sieben Antwortmöglichkeiten eine Angabe. Grund könnte hierfür das Layout gewesen sein, das suggeriert haben könnte, dass diese sieben Antwortmöglichkeiten nur bei einer „Ja“-Angabe zur Auswahl stehen.

Auf der zweiten Seite des Fragebogens konnte eine Anmerkung in das dafür vorgesehene freie Textfeld hinterlassen sowie 14 Fragen vom Likert-Typ beantwortet werden. Die 6-stufigen Antwortskalen enthielten keine Mittelkategorie, um eine klarere Position der Befragten zu den einzelnen Aussagen zu erzielen. Eine Mittelkategorie fungiert als Skalenmittelpunkt und kann somit als „Ausweichantwort“ gewählt werden, mit der Gefahr, dass Befragte sich nicht ausreichend inhaltlich mit der Aussage auseinandersetzen, um sich letztlich für eine Antwort mit klarer Aussage zu entscheiden (vgl. Menold/Bogner 2015: 5). Dies birgt die Gefahr der Antworttendenz „Tendenz zur Mitte“, die zu Verzerrungen der Ergebnisse beitragen kann. Andererseits besteht durch fehlende Mittelkategorie immer die Option, dass die Daten durch erzwungene Ergebnispolarisierung verfälscht werden, da neutrale Einstellungen durch eine entsprechende Antwortmöglichkeit nicht dargelegt werden können (vgl. ebd.: 5).

In der vorliegenden Untersuchung konnte trotz fehlender Mittelkategorie eine Tendenz zur Mitte beobachtet werden, indem sich Angaben bei „stimme eher nicht zu“ und „stimme eher zu“ häuften. Die Intention, eindeutige Positionen der Befragten bezüglich der Items 11-24 zu generieren, scheint durch bewusstes Weglassen einer Mittelkategorie nicht erfolgreich gewesen zu sein. In einer zweiten, sich anschließenden Studie könnten vorliegende Limitationen aufgegriffen werden, Fragen konkretisiert bzw. generierte Daten durch Informationen aus zusätzlichen Befragungen im Rahmen qualitativer Forschung ergänzt werden.

4.2 Diskussion der Antworten des Fragebogens

Im Folgenden werden die Ergebnisse der Fragen diskutiert. Zur besseren Übersicht sind die Fragen in Themenkomplexe sortiert.

4.2.1 Angaben zur Person

In der Auswertung der Angaben zu Person ist festzustellen, dass die Geschlechtsverteilung der antwortenden Ärzte ausgeglichen war (47,7 % (n=224) männliche und 51,5 % (n=242) weibliche Teilnehmer) und der Großteil der teilnehmenden Ärzte zwischen 51 und 55 Jahren alt ist (19,4 %, n=91). Ein relativ großer Anteil von 14,5 % (n=68) der befragten Ärzte machte zum Alter jedoch keine Angabe. Dieses Ergebnis bildet in etwa die Altersverteilung der in Deutschland praktizierenden Hausärzte ab. In den Zahlen der Vertragsarztstatistiken der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) konnte ein Durchschnittsalter von 54,2 Jahren für das Jahr 2018 und 54,3 Jahren für 2019 ermittelt werden (KBV 2018 und KBV 2019).

Die Mehrheit der befragten Ärzte (39,8 %, n=187) gab an, zwischen 21 und 30 Jahren ärztlich tätig zu sein. 37,9 % (n=178) der Ärzte waren nicht länger als 10 Jahre hausärztlich tätig, dicht gefolgt von einem Anteil an Ärzten von 35,7 % (n=168), die angaben, zwischen 11 und 30 Jahren hausärztlich zu arbeiten. Nur 22,5 % (n=106) hingegen gaben an, seit mehr als 21 Jahren hausärztlich tätig zu sein. Der Großteil der Befragten führte den Facharzttitel für Allgemeinmedizin (61,3 %, n=288).

4.2.2 Gewaltformen

Taten häuslicher Gewalt und Patienten, die zu Opfern dieser geworden sind, lassen sich von Ärzten im Arbeitsalltag identifizieren, wenn diese sich der Thematik und der Erscheinungsformen bewusst sind (vgl. Fanslow JL et al. 1998: 600-601, vgl. Rodriguez 1999: 576-577). Generell herrscht in der Gesellschaft, Politik und auch in der Wissenschaft kein Konsens über eine allgemeingültige Definition von häuslicher Gewalt, sodass die Begriffskombination häufig nicht alle Formen miteinschließt und Gewalttaten als solche

weniger wahrgenommen werden. Wieners und Hellbernd (vgl. 2000: 33-34) differenzieren fünf Ausprägungsformen. Diese eher theoretische Unterteilung scheint in der Praxis jedoch von untergeordneter Bedeutung, da die Formen häufig schwer voneinander abzugrenzen sind und parallel stattfinden. Psychische Gewalt wird dabei häufig in Kombination mit physischen Gewalttaten wahrgenommen (vgl. Mark 2001: 52-53).

Für die Ärzte, die mindestens einer der fünf Antwortoptionen der Frage 4 („Unter dem Begriff ‚häusliche Gewalt‘ verstehe ich folgende Gewaltformen“) zustimmten (n=468), waren „ökonomische Gewalt“ (32,5 %) und „soziale Gewalt“ (37,8 %) deutlich seltener Erscheinungsformen von häuslicher Gewalt. Deutlich häufiger wurden mit dem Begriff dagegen Formen der „physischen Gewalt“ (99,6 %), „sexualisierten Gewalt“ (90 %) und „psychischen Gewalt“ (85,9 %) assoziiert. Wenig verwunderlich sind die Ergebnisse bezüglich der physischen Gewalt, die für fast alle der Befragten eine Form der häuslichen Gewalt darstellte. Zeichen körperlicher Gewalt können deutlich in Erscheinung treten und machen eine Thematisierung des Gewalterleidens im Arzt-Patienten-Gespräch wahrscheinlicher.

In der Umfrage von Mark (vgl. 2001: 52) nahmen 95,5 % der befragten Ärzte physische Gewaltformen bei ihren von häuslicher Gewalt betroffenen Patienten wahr. 81,8 % nahmen psychische Gewalt wahr, sexualisierte (31,8 %), ökonomische (43,1 %) und soziale Gewalt (18,2 %) wurden seltener registriert. Ob sexualisierte Gewaltformen im Vergleich zu den psychischen und physischen Erscheinungsformen hier seltener wahrgenommen wurden, da sie, anders als in der vorliegenden Untersuchung, nicht der häuslichen Gewalt zugeschrieben wurden bzw. auf Anzeichen entsprechender Gewalttaten daher auch nicht verstärkt geachtet wurde, ist unklar.

Fraglich ist in diesem Zusammenhang, ob Verletzungen sexualisierter Gewalttaten in der hausärztlichen Praxis in Erscheinung treten, wenn entsprechende (gynäkologische) Untersuchungen nicht vorgenommen werden. Fachärzte für Gynäkologie und Geburtshilfe dürften aufgrund ihres ärztlichen Schwerpunktes sensibler für sexualisierte Gewaltformen und -taten sein. Inwieweit sich die Wahrnehmung der Ärzte durch eine verstärkte Thematisierung in der Öffentlichkeit durch Medien und Politik in den letzten Jahren geändert haben könnte, müsste durch eine erneute Befragung in Erfahrung gebracht werden.

Dass Nachstellung (Stalking) als eine Erscheinungsform der häuslichen Gewalt seit 2007 strafrechtlich verfolgt werden kann und ein Gesetzesentwurf zur Ausweitung des Strafbestandes auch im Netz ausgearbeitet werden soll (BMJV 2021), trägt sicherlich zur Sensibilisierung bei und steigert das Bewusstsein für die unterschiedliche Ausprägungsformen von häuslicher Gewalt. Dass sexualisierte Gewalt für die Ärzte in dieser Umfrage zu 90 % ein Aspekt der häuslichen Gewalt ist, zeigt, dass diese Form zumindest gedanklich inkludiert wird. Ob Opfer sexualisierter Gewalt durch die Ärzte jedoch auch identifiziert werden, ist unklar. Offen bleibt hierbei auch, wie sexualisierte Gewalt subjektiv definiert wird und welche Taten damit in Zusammenhang gebracht werden. Ob neben schweren Formen wie Vergewaltigung und Missbrauch auch vermeintlich subtilere Formen wie verbale Äußerungen oder Belästigungen wie Textnachrichten verstanden werden, wurde nicht genauer eruiert.

Auffällig bei den vorliegenden Ergebnissen dieser Studie ist die geringe Nennung ökonomischer und sozialer Gewalt im Zusammenhang mit Formen der häuslichen Gewalt. Ob Gewalttaten, die nach Wieners und Hellbernd (2000) der sozialen und ökonomischen Gewaltformen zugeschrieben werden, von den befragten Ärzten zwar bedacht, aber einer anderen Gewaltform, hierbei am ehesten der psychischen, zugeordnet wurden, kann an dieser Stelle nicht geklärt werden und unterstreicht den Bedarf einer weiteren Befragung. Dabei scheint eine qualitative Befragung hierhingehend besser geeignet zu sein, um zu erfahren, welche Definition von häuslicher Gewalt die befragten Ärzte für sich wählen und welche Symptome welcher Kategorie der Gewaltformen zugeordnet werden. Kenntnis über Zeichen und Erscheinungsformen von Gewalttaten sind für die Ärzteschaft unabdingbar, um im Kontakt mit Patienten solche zu erkennen und Opfer von Gewalt identifizieren zu können. Dieser Aspekt sollte in der ärztlichen Ausbildung und im Rahmen von Fortbildungsveranstaltungen beachtet werden. Im Rahmen des MIGG-Modellprojekts konnten Ärzte für Zeichen der psychischen Gewalt durch Schulungsmaßnahmen enorm sensibilisiert werden (vgl. Graß et al. 2013: 183-184). Dies wäre speziell im Hinblick auf ökonomische und soziale Gewalt wünschenswert.

4.2.3 Ausmaß von häuslicher Gewalt

Auf die Frage, wie häufig die befragten Ärzte mit der Thematik der häuslichen Gewalt im ärztlichen Arbeitsalltag konfrontiert werden, gab die Mehrheit (48,1 %, n=226) an, sich „mind. 1 x pro Jahr“ und dementsprechend seltener als sich „mind. 1 x pro Monat“ damit zu befassen. Die Mehrzahl der Befragten registrierte dabei 1-2 (33,8 %, n=159) bzw. 3-5 (23,6 %, n=111) Fälle häuslicher Gewalt pro Jahr in der Praxis, wobei den Angaben zufolge Kinder als Opfer häuslicher Gewalt einen geringen Anteil ausmachten. Nur 5,1 % (n=24) der Ärzte gaben hierbei an, im Arbeitsalltag mehr als 2 Kinder pro Jahr zu sehen, die Opfer häuslicher Gewalt geworden sind.

Da aktuelle Dunkelfeldstudien zu gewaltbetroffenen Menschen im häuslichen Kontext fehlen, insbesondere keine repräsentativen zur Partnerschaftsgewalt gegen Männer vorliegen, ist eine genaue Beurteilung dieser Daten in Bezug auf derzeitige Prävalenzen schwierig sowie eine Bewertung wahrgenommener und tatsächlicher Fälle häuslicher Gewalt nicht möglich. Vor dem Hintergrund, dass jede vierte Frau schon einmal physische und/oder sexuelle Gewalt durch einen (früheren) Partner erlitten hat (vgl. BMFSFJ 2004a: 9), scheinen die Angaben zum wahrgenommenen Ausmaß häuslicher Gewalt im Rahmen der hausärztlichen Versorgung dennoch gering. Hagemann-White und Bohne (2003: 14) schätzen die Situation folgendermaßen ein: „ÄrztInnen, PsychotherapeutInnen, Pflegekräfte, Hebammen, PhysiotherapeutInnen, ZahnärztInnen, Beratungsstellen und Selbsthilfeorganisationen müssten demnach davon ausgehen, dass jede fünfte Frau, mit denen sie wegen gesundheitlicher Probleme in Kontakt kommen, geschlechtsbezogene Gewalt erlebt hat oder erleben wird.“

Auch der Befragung niedergelassener Ärzte zweier Berliner Bezirke im Jahr 2000 zufolge war die Wahrnehmung von häuslicher Gewalt betroffener Frauen geringer als die eigentliche Prävalenz (vgl. Mark 2001: 78-79). Hierbei gaben 44 Ärzte an, insgesamt 167 Fälle pro Jahr registriert zu haben. Teilt man diese Fälle durch die Anzahl der Ärzte (n=44), so ergeben sich hierbei 3,8 Fälle häuslicher Gewalt im Jahr pro Arzt. Ca. ein Drittel (32,3 %) hätte der Befragung durch Mark (vgl. 2001: 49) zufolge noch keinen Kontakt zu entsprechenden Patienten im Praxisalltag gehabt.

Epple et al. (vgl. 2011: 455) berichten in ihrer Arbeit von 23 % ihrer befragten Ärzte, die angaben, keinen Kontakt zu von häuslicher Gewalt betroffenen Patienten in einem Jahr gehabt zu haben sowie einer Kontaktrate von unter 2 % durch die Hälfte der Befragten. Gerlach (vgl. 2013: 232) schreibt in seinem Kapitel „Häusliche Gewalt“ des Buches „klinisch-forensische Medizin“ von Prävalenzen häuslicher Gewaltbetroffener, die den Angaben der Ärzte in Untersuchungen zufolge, sogar weniger als 1 % der Patienten in den Praxen ausmachen und könnte damit Bezug auf die Studie von Sugg et al. nehmen, die zudem resümierten, dass 10 % der Ärzte noch nie ein Opfer häuslicher Gewalt identifiziert hätten (vgl. Sugg et al. 1999: 302).

Demgegenüber wird in der Literatur angegeben, dass mit einer „[...] Prävalenz von 11 % als mögliches Richtmaß für die Inanspruchnahme des Gesundheitswesens“ (Hagemann-White/Bohne 2003:11) gerechnet werden sollte. Somit kann angenommen werden, dass das tatsächliche Ausmaß von gewaltbetroffenen Patienten in der hausärztlichen Praxis nicht wahrgenommen wird und Opfer unerkannt bleiben. Wie unter dem Punkt 4.2.2 erwähnt, dürfte eine Sensibilisierung für die verschiedenen Erscheinungsformen von Gewalt und ihre jeweiligen Warnzeichen für die Identifizierungsrate eine wichtige Rolle spielen.

4.2.4 Einschätzung der Rolle als Hausarzt

Bezugnehmend auf die Frage, welche Relevanz Hausärzte in der Identifizierung von Opfern häuslicher Gewalt haben, sind die Ergebnisse verschiedener Untersuchungen ähnlich: Demnach obliegt den Hausärzten eine wichtige Funktion im Erkennen sowie in der Betreuung von gewaltbetroffenen Patienten im sozialen Nahraum (vgl. Wetzels/Pfeiffer 1995: 23, Mark 2001: 59, vgl. Hellbernd et al. 2004: 116-117, 119). Betroffene geben an, sich außerhalb ihres Umfeldes vor allem dem eigenen Hausarzt, dem sie Vertrauen schenken, zu offenbaren (vgl. Hellbernd et al. 2004: 119).

Dieser Funktion scheinen sich auch die befragten Ärzte aus dieser Umfrage bewusst zu sein. So stimmte die Mehrzahl der Befragten (85,3 %, n=401) der Aussage, als Hausarzt eine wichtige Rolle im Erkennen und Überweisen von Opfern häuslicher Gewalt einzunehmen (Frage 11), „zu“ bzw. „sehr zu“. Dies deckt sich in etwa mit den Ergebnissen der Frage 12, bei der 76,2 % (n=358) der Ärzte angaben, sich als ersten Ansprechpartner für Opfer

häuslicher Gewalt zu sehen, indem sie dieser Aussage „eher zustimmten“, „zustimmten“ und „sehr zustimmten“. Deutliche Ergebnisse konnte auch Mark (2001) in ihrer Umfrage generieren. Dabei bejahten 95,4 % der befragten Ärzte die Aussage, sich als Ansprechpartner/Ansprechpartnerin für Opfer häuslicher Gewalt zu sehen (vgl. Mark 2001: 59). Auch Ergebnisse internationaler Studien zeigen, dass Ärzte sich für Gewaltbetroffene verantwortlich fühlen und sich ihrer Rolle bewusst sind (vgl. Sugg et al. 1999: 303, vgl. Gerbert et al. 2002: 87, vgl. Elliot et al. 2012: 113-114).

4.2.5 Einschätzung der eigenen Kompetenz

Anhand der Ergebnisse der Fragen 11 und 12 kann festgestellt werden, dass sich die befragten Ärzte ihrer Schlüsselfunktion bewusst sind. Jedoch zeigen diverse Studien, dass sich niedergelassene Ärzte häufig unsicher im Umgang mit Opfern von häuslicher Gewalt fühlen (vgl. 1.8). Dabei sollte das Ergreifen von Maßnahmen, die international als Standards bei der Intervention bei Gewalterleiden angesehen werden, von Ärzten beherrscht werden. Neben der Identifizierung von Gewalterfahrungen der Patienten und folgender Ansprache, sollten Ärzte in der Lage sein, physische und psychische Verletzungen zu erkennen, bestenfalls rechtssicher zu dokumentieren, das Opfer vor weiteren Gefahren zu schützen und Informationen über weiterführende Hilfsangebote und Anlaufstellen bereit zu halten und an diese zu verweisen (WHO 2002).

Die Hypothese „Ärzte fühlen sich unsicher im Umgang mit Opfern von häuslicher Gewalt“ konnte in dieser Studie weder bestätigt noch eindeutig verworfen werden. Fasste man die Fragen 13-22 zu einer Fragebatterie zusammen, dessen einzelne Items Hinweise auf Unsicherheit bzw. Sicherheit im Umgang mit Opfern von häuslicher Gewalt geben, ergäbe sich hier als Gesamtergebnis eine leichte Tendenz hin zum sicheren Gefühl. Diese Schlussfolgerung wäre insbesondere durch die Ergebnisse der Fragen 14 und 19 beeinflusst. Die Mehrheit der befragten Ärzte gab hierbei an, keine Hemmnisse zu haben, das Thema bei Verdacht anzusprechen (siehe Kapitel 4.2.5.1) und mit der Aussage „Ich bin mit dem Thema ‚häusliche Gewalt‘ überfordert“ (Frage 19) nicht konform zu gehen. 67,2 % (n=316) stimmten der Aussage „gar nicht zu“, „nicht zu“ oder „eher nicht zu“. Hingegen gaben nur 31,9 % (n=150) an, sich überfordert zu fühlen. Andere Einzelergebnisse der Fragebatterie sind jedoch im Hinblick auf Sicherheit bzw. Unsicherheit im Umgang mit Opfern von häuslicher Gewalt weniger eindeutig.

Betrachtet man das Ergebnis der Frage 5.1, „Ich fühle mich sicher, bei der Untersuchung von Opfern von häuslicher Gewalt ggf. eine Spurensicherung durchzuführen“, ist hierbei eine eindeutige Unsicherheit bei den Ärzten festzustellen. 62,6 % (n=294) der Ärzte gaben hierbei an, der Aussage nicht zuzustimmen. Nur 23,8 % (n=112) fühlten sich bei der Durchführung einer Spurensicherung im Rahmen der Untersuchung der Opfer sicher. Internationale Studien kommen vielfach zu dem Ergebnis, dass das Sicherheitsgefühl bezüglich des Umgangs mit dieser Thematik ungenügend ist, Unbehagen und Barrieren existieren, sodass Hemmungen bestehen, „Pandoras Box“ (McClauley et al. 1998: 549) durch Thematisierung häuslicher Gewalt zu öffnen (Elliot et al. 2002, Gerbert et al. 2002, Erickson et al. 2001).

Im Folgenden werden die Ergebnisse des Fragebogens bezüglich der subjektiven ärztlichen Kompetenzen zur Thematik entlang der Interventionskaskade kategorisch zugeteilt und diskutiert.

4.2.5.1 Erkennen und Ansprache

Opfer häuslicher Gewalt im ärztlichen Arbeitsalltag zu erkennen und bei Verdacht auf Gewalterleiden anzusprechen, stellen die ersten Schritte in der Interventionskaskade in der allgemeinmedizinischen Praxis dar. Das Erkennen von Warnzeichen und deren Einordnung sowie eine feinfühligte Ansprache unter Achtung einer angemessenen vertraulichen Gesprächsatmosphäre im Praxisalltag stellt eine Herausforderung dar. Den Betroffenen kann hierdurch jedoch idealerweise ein Ausweg aus der drohenden Gewaltspirale und ein Zugang zum Hilfsnetzwerk ermöglicht werden.

Für 51,5 % (n=242) der Ärzte stellte dies jedoch eine Hürde dar: Sie stimmten der Aussage, „Ich bin sicher im Erkennen von Opfern häuslicher Gewalt im ärztlichen Arbeitsalltag“ (Frage 13), nicht zu und wählten eine der drei Antwortmöglichkeiten von „stimme gar nicht zu“, „stimme nicht zu“ und „stimme eher nicht zu“. 47,9 % (n=225) der Umfrageteilnehmer gaben an, sich sicher zu fühlen und stimmten der Aussage „eher zu“, „zu“ und „sehr zu“. Der Großteil der Befragten wählte hierbei eine der beiden mittleren Antwortmöglichkeiten (36,2 % (n=170) stimmten „eher nicht zu“ und 38,3 % (n=180) stimmten „eher zu“), sodass die Aussage weder eindeutig abgelehnt noch bestätigt wurde.

Ähnlich sieht das Ergebnis der Aussage, „Ich befürchte, dass mir viele Fälle von häuslicher Gewalt in der täglichen Praxis entgehen“ (Frage 20), aus. Für 51,7 % (n=243) traf diese Aussage zu, indem sie dieser „eher zustimmten“, „zustimmten“ bzw. „sehr zustimmten“. Anzumerken ist jedoch, dass sich die Mehrheit der Befragten (31,7 %, n=149) für die Antwortmöglichkeit „stimme eher nicht zu“ entschied, insgesamt jedoch auch hier eine Tendenz zur Mitte zu beobachten ist, da 31,7 % (n=149) der Befragten der Aussage mit „stimme eher nicht zu“ bzw. „stimme eher zu“ (29,4 %, n=138) begegneten.

Positiver fiel das Ergebnis der Frage 16 bezüglich dieser Thematik aus. Der Aussage, „Ich bin in der Lage, psychische und physische Auffälligkeiten bezogen auf häusliche Gewalt zu erkennen und einzuordnen“, stimmten 66,4 % (n=312) zu. Dagegen wählten nur 33,6 % (n=158) der Befragten eine der drei Antwortmöglichkeiten von „stimme gar nicht zu“, „stimme nicht zu“ und „stimme eher nicht zu“. Grund für die unterschiedlichen Ergebnisse zu einem thematisch ähnlichen Inhalt könnte die differente Formulierung sein: Theoretisch fühlen sich dabei mehr Ärzte in der Lage, Opfer zu erkennen, praktisch dagegen, in der direkten Frage nach dem Sicherheitsempfinden („Ich bin sicher...“) ist der Anteil der sicheren Ärzte dagegen geringer. Dabei könnte auch der Effekt der „sozialen Erwünschtheit“ (vgl. 4.1) eine Rolle gespielt haben.

Auffällig bleibt, dass das Erkennen von Gewaltbetroffenen für die Mehrheit der Befragten (51,5 %, n=242) eine Herausforderung darstellt. Auch der Großteil der befragten Ärzte durch Mark (vgl. 2001: 58) gab an, Opfer häuslicher Gewalt nur „manchmal“ zu erkennen (58,5 %; „häufig“: 27,7 %, „selten“ und „nie“: 10,7 %). Mark (vgl. 2001: 78-79) resümierte zudem, dass die Zahl identifizierter weiblicher Gewaltopfer durch den Hausarzt damals weitaus geringer waren als Angaben zur Prävalenz in der Literatur. Somit wird im hausärztlichen Bereich häufig die Chance verpasst, Opfer von häuslicher Gewalt unter den Patienten zu erkennen.

In der Literatur sind Risikofaktoren und Alarmsignale, sogenannte „red flags“, die Vorfälle häuslicher Gewalt wahrscheinlicher machen, vielfältig beschrieben (vgl. Heise et al. 1999: 22, Snider et al. 2009, vgl. WHO 2013c: 21, vgl. Rosin et al. 2020: 252). Diese reichen von einer sich auffällig verhaltenden Begleitperson während des Arzttermins, die den Partner nicht aus den Augen verliert, über chronische Beschwerden ohne erklärliche Ursache bis hin zu Suizidversuchen (vgl. Heise 1999: 22). Bezüglich der vorliegenden Ergebnisse in dieser

Untersuchung, scheinen die Ärzte für diese Warnhinweise nicht ausreichend sensibilisiert zu sein, zugleich Symptome sehr vielfältig und Hinweise auf Gewalt je nach Ausprägungsform schwierig erfassbar sein können.

Routinescreenings, wie z.B. das von Nyberg et al. (2008) konzipierte deutschsprachige Screeninginterview für gewaltbetroffene Frauen, könnten mit Hilfe standardisierter Fragen im Anamnesegespräch Gewalterleiden sichtbar machen und Ärzte im Erkennen von Opfern im Arbeitsalltag unterstützen. Debatten über Pro und Contra solcher generellen Screenings werden durchaus geführt. Die WHO (vgl. 2013c: 20) spricht sich in ihrer Leitlinie gegen ein Routinescreening aus. Zwar könne dadurch die Erkennungsrate gesteigert werden, jedoch gäbe es bislang keine Studien mit starker Evidenz dafür, dass dies Gewalttaten minimiere bzw. sich die Lebenssituation Gewaltbetroffener in Bezug auf den Gesundheitszustand verbessere (vgl. WHO 2013c: 18). Für andere hingegen überwiegen die Vorteile den Nachteilen solcher Screenings (vgl. Nelson et al. 2012: 806). Dennoch ist ein generelles Screening, wie zum Teil in Spanien oder den USA gefordert (vgl. Brzank/Blättner 2010: 221, vgl. WHO 2013c: 18), kein Standard in der allgemeinärztlichen Praxis und anderen Institutionen im deutschen Gesundheitswesen.

Auch im Rahmen der Umfrage an Berliner Rettungsstellen ließ sich kein routinemäßiges Erfragen von häuslicher Gewalt erkennen. Es zeigte sich, dass 91,5 % der Befragten nicht nach Gewalterlebnissen befragt wurden (vgl. Hellbernd et al. 2004: 119). Umfragen zufolge ist die Akzeptanz auf Seiten der Opfer für ein generelles Screening jedoch vorhanden (vgl. Hellbernd et al. 2004: 120, vgl. Brzank/Blättner. 2010: 223, vgl. Schulze 2016: 61).

Innerhalb der Ärzteschaft werden als Gegenargumente ein begrenztes Zeitkontingent sowie bürokratischer Mehraufwand erwähnt. Seitens der Opfer könnten Routinescreenings eine emotionale Belastung darstellen und Unwohlsein hervorrufen, zugleich die WHO befürchtet, dass Ressourcen fehlen, um nach Aufdeckung von erlebter Gewalt auf die Opfer adäquat einzugehen (vgl. Brzank et al. 2011: 223, vgl. WHO 2013: 19, vgl. Nelson et al. 2012: 803). Die Ärztekammer Hamburg befürwortet ein routinemäßiges Screening und führt im veröffentlichten Leitfaden Beispielfragen für ein Kurzscreening auf (vgl. Ärztekammer Hamburg 2006 (2010): 11).

Bezogen auf die Ergebnisse dieser Untersuchung könnte der Einbau eines solchen Kurzscreenings in den ärztlichen Arbeitsalltag helfen, die Erkennungsraten zu steigern.

Handlungskompetenzen bezüglich der Identifizierung von Gewalterleiden scheinen ungenügend, wenngleich das Erkennen Voraussetzung für alle weiteren Interventionsschritte ist. Dies unterstreicht die Bedeutung der ärztlichen Ausbildung im Rahmen der Qualitätssicherung und hebt den Bedarf an Förderung im Rahmen von Weiterbildungen und Fortbildungsprogrammen nochmals hervor (siehe Kapitel 4.2.8).

Besteht der Verdacht auf häusliche Gewalt, so stellt die Ansprache für die Mehrheit der Befragten keine Hürde dar: 74,7 % (n=351) gaben an, der Aussage, „Bei Verdacht auf häusliche Gewalt kostet es mich Überwindung, dieses Thema anzusprechen“ (Frage 14), „gar nicht“ zuzustimmen, „nicht“ zuzustimmen bzw. „eher nicht“ zuzustimmen. 25,1 % (n=118) dagegen teilten diese Aussage nicht und stimmten dieser „eher zu“, „zu“ bzw. „sehr zu“.

Als Hinderungsgründe für die Ansprache bei Verdacht auf häusliche Gewalt aus ärztlicher Sicht werden in anderen Untersuchungen Zeitmangel, unkooperatives Verhalten der Patienten mit Abwehrhaltung, geringfügige Entlohnung sowie Unsicherheiten, ob tatsächlich Gewalthandlungen stattfanden bzw. das Opfer darüber sprechen möchte, genannt (vgl. Rodriquez 1996: 472, vgl. Mark 2001: 65-55, vgl. Erickson et al. 2001: 99-100). In der vorliegenden Untersuchung wurden Hemmnisse der Ansprache nicht genauer eruiert.

Die WHO (vgl. 2013c: 20) empfiehlt bei der Ansprache Mindeststandards einzuhalten: Neben Achtung des Rechts auf Privatsphäre des Gewaltbetroffenen, sollten Aspekte wie Schweigepflicht und Vertraulichkeit des Gespräches erwähnt sowie auf Meldepflichten und -rechte aufmerksam gemacht werden. Eine weitere Voraussetzung für die erfolgreiche Ansprache ist laut WHO die Kenntnis über geeignete Hilfestellen und Überweisungsmöglichkeiten (vgl. WHO 2013c: 20). Den Ergebnissen der Untersuchung von Epple et al. (vgl. 2010: 455) zufolge, stellt dies jedoch die größte Barriere für Ärzte dar.

4.2.5.2 Anamnese, Untersuchung, Befundung, Dokumentation

Erhärtet sich der Verdacht der häuslichen Gewalt und das Opfer lässt sich auf das Gespräch ein, so sollte im gewaltbezogenen anamnestischen Gespräch der Sachverhalt ergründet werden.

Hinsichtlich der Angaben zur Frage 15, „Ich bin in der Lage, eine gewaltbezogene Anamnese durchzuführen“, sind Unsicherheiten im anamnestischen Gespräch jedoch durchaus vorhanden: Jeder 10. Befragte stimmte der Aussage „gar nicht zu“ (1,5 %, n=7) oder „nicht zu“ (8,5 %, n=40). Insgesamt ist bei der Beantwortung der Frage eine „Tendenz zur Mitte“ festzustellen: 21,3 % (n=100) der Umfrageteilnehmer stimmten der Aussage „eher nicht zu“, 37,7 % (n=177) stimmten „eher zu“. Definierte man also einen Mittelwert der Antwortskala bei 2,5, sodass Werte größer 2,5 in Richtung Sicherheit zeigen, so wäre dies hier mit einem Wert von 2,92 gegeben, sogleich hier die Betonung auf „Tendenz“ liegen muss. Ärzte fühlten sich hiernach also „eher“ sicher. Eine eindeutige Zustimmung („stimme sehr zu“) kann jedoch bei nur 4,0 % (n=19) der Befragten festgestellt werden.

Dem gewaltbezogenen anamnestischen Gespräch sollte eine gründliche ärztliche Untersuchung mit exakter Dokumentation folgen, die Grundlage für ein eventuell später stattfindendes (Straf-)Verfahren wäre. Bezüglich der Angaben zur Aussage, „Die körperliche Untersuchung von Opfern von häuslicher Gewalt bereitet mir keine Schwierigkeiten“ (Frage 17), ist auch hier eine „Tendenz zur Mitte“ festzustellen: 25,7 % (n=121) der Ärzte stimmten der Aussage „eher nicht zu“, 28,3 % (n=133) stimmten dieser „eher zu“, sodass 54 % (n=254) der Befragten eine Antwortmöglichkeit der „Mitte“ wählten. Zwar fühlen sich die Ärzte gemessen am Mittelwert von 2,5 also insgesamt „eher“ sicher, resümierend sind jedoch Kompetenzlücken in der körperlichen Untersuchung ersichtlich, wenn 3,8 % (n=18) der Aussage „gar nicht zustimmen“ und 12,3 % (n=58) der Aussage „nicht zustimmen“. Nur knapp ein Drittel der Befragten (29 %, n=136) machte hier eine „deutliche“ Angabe (22,8 % (n=107) „stimmten zu“ und 6,2 % (n=29) „stimmten sehr zu“), keine Probleme beim Durchführen einer Spurensicherung zu haben.

Dem Ergebnis der Frage 2 zufolge, „Wenn das Thema ‚häusliche Gewalt‘ aufkommt, dokumentiere ich meine Erkenntnisse“, bestätigte die Mehrheit der Befragten diese Aussage. 88,9 % (n=418) der befragten Ärzte beantworteten diese Frage mit „immer“, 0,4 % (n=2)

verweigern sich gänzlich der ärztlichen Dokumentationspflicht und gaben hierbei „nie“ an. Dabei fühlt sich der Großteil der Ärzte in der Dokumentation der Befunde nicht sicher: 69,6 % (n=327) der Befragten stimmten der Aussage, „Ich bin ausreichend ausgebildet, bei Opfern von häuslicher Gewalt Befunde zu dokumentieren“ (Frage 18), „gar nicht zu“, „nicht zu“ oder „eher nicht zu“. 30 % (n=141) der Ärzte stimmten der Aussage zu und wählten dazu passend eine der drei Antwortmöglichkeiten, von „stimme eher zu“ (18,5 %, n=87) über „stimme zu“ (9,6 %, n=45) bis „stimme sehr zu“ (1,9 %, n=9).

Alle Details körperlicher und psychischer Verletzungen, Störungen und Auffälligkeiten sollten deskriptiv erfasst und Spuren, gegebenenfalls durch Konsiliaruntersuchungen im Rahmen interdisziplinärer Zusammenarbeit, gesichert und asserviert werden. Dem Ergebnis der Frage 5.1 („Ich fühle mich sicher, bei der Untersuchung von Opfern von häuslicher Gewalt ggf. eine Spurensicherung durchzuführen“) zufolge, ist hierbei dagegen eine eindeutige Unsicherheit bei den Ärzten festzustellen. 62,6 % (n=294) der Ärzte gaben an, der Aussage nicht zuzustimmen. Nur 23,8 % (n=112) gaben an, sich bei der Durchführung einer Spurensicherung im Rahmen der Untersuchung der Opfer sicher zu fühlen und wählten die Antwortmöglichkeit „ja“.

Im Hinblick auf eine mögliche spätere rechtliche Verfolgung ist eine klinisch-forensische Untersuchung inklusive Spurensicherung und Dokumentation in rechtsmedizinischen Versorgungsstellen wünschenswert. Häufig stellen niedergelassene ärztliche Praxen jedoch niedrighschwelligere Anlaufstellen für Gewaltbetroffene dar, sodass diese, insbesondere vor dem Hintergrund der Sicherung von Beweismitteln, zügig agieren und zumindest „allgemeinmedizinisch“ handlungskompetent sein müssen. Eine Überweisung im Rahmen der interdisziplinären Zusammenarbeit ist dann hinsichtlich forensisch-klinischer Untersuchungen und Dokumentationen an rechtsmedizinische Institute sinnvoll und steigert die Erfolgsaussichten vor Gericht (siehe Kapitel 4.2.7). Die Einbeziehung weiterer Fachgebiete im Rahmen der interdisziplinären Zusammenarbeit kann dem Opfer die bestmögliche Versorgung und Betreuung ermöglichen.

Im Falle sexualisierter Gewalt kann eine Überweisung dem Opfer (gynäkologische) Mehrfachuntersuchungen durch unterschiedliche Ärzte ersparen, die erneute Traumatisierungen der Opfer bedeuten könnten (vgl. Peschers 2004: 93). Der Umfrage zufolge werden solche jedoch nur im geringen Maße veranlasst bzw. überhaupt in die

Untersuchung inkludiert. Auf die Frage, welche Möglichkeiten von Spurensicherung (ggf. auch durch Überweisung) genutzt werden, wählten von 159 Ärzten, die mindestens eine der sieben Antwortmöglichkeiten bei der Teilfrage 5.2 angekreuzt haben, nur 32,1 % (n=51) „gynäkologische Untersuchungen“. Dies scheint verwunderlich, da sexuelle Gewalttaten durchaus von Relevanz sind.

Das BKA registrierte im jährlichen Bericht „Partnerschaftsgewalt“ für das Jahr 2019 3.086 Opfer sexueller Übergriffe, sexueller Nötigung und Vergewaltigungen (vgl. BKA 2020a: 4). Die Anzahl der Taten im sogenannten Dunkelfeld (siehe Kapitel 1.5), die nicht zur Anzeige gebracht wurden, dürfte weitaus höher liegen. Im Rahmen einer Erhebung der europäischen Agentur für Grundrechte (European Union Agency for Fundamental Rights 2014) konnte ermittelt werden, dass 22 % der Frauen in der EU seit dem 15. Lebensjahr körperliche und/oder sexuelle Gewalt in der Partnerschaft erlitten haben, 10 % der Frauen erlebte schon einmal eine Form von sexueller Gewalt (vgl. FRA 2014: 9, 19). Müller und Schröttle (vgl. 2004: 28) berichteten in ihrer Gewaltprävalenzstudie, dass 13 % der befragten Frauen schon einmal sexueller Gewalt ausgesetzt waren, 7 % erlebten sexuelle Gewalt in Partnerschaften.

Wird sexuelle Gewalt erkannt, ist neben der allgemeinen körperlichen auch eine gynäkologische Untersuchung mit Abstrichen im Intimbereich essenziell. Blut- und Urinproben zum Ausschluss sexuell übertragbarer Infektionen sowie als Nachweis von Medikamenten-, Alkohol- und Drogenaufnahme sind wichtige Bestandteile der Beweissicherung. Im Hinblick auf Infektionsrisiken sind zudem Postexpositionsprophylaxen zu erwägen sowie Notfallverhütung bei Vergewaltigung. Jedoch werden diese Möglichkeiten der Spurensicherung selten genutzt: „Urin- und Blutproben“ wurden von nur 28,9 % (n=46), „Abstriche“ sogar von nur 19,5 % (n=31) der Befragten, die mindestens eine Angabe zur Frage 5.2 machten, als Antwortmöglichkeit angekreuzt, sodass diese Ergebnisse auf eine ungenügende Spurensicherung deuten.

Sinnvoll ist auch eine fotografische Dokumentation von Verletzungen, die die schriftliche Dokumentation ergänzt und das klinische Bild vor zügiger Erstversorgung festhält. Diese wird, bezüglich der Angaben, vergleichsweise häufig durchgeführt (59,1 %, n=94).

4.2.6 Informationsmaterial

Informationsmaterialien mit Empfehlungen und Handlungsleitfäden können Ärzte, die in der Regel keine klinisch-forensische Ausbildung haben, jedoch im Rahmen der Gewaltopferversorgung mit entsprechenden Aufgabenfeldern in Berührung kommen, in der Untersuchung und gerichtsfesten Dokumentation unterstützen und anleiten. Umso erstaunlicher ist, dass „standardisierte Dokumentationsbögen“ der Umfrage zufolge dabei von nur 8,2 % (n=13) der 159 Ärzte, die mindestens eine Angabe zu Möglichkeiten der Spurensicherung machten, genutzt wurden. Die „eigene/freie Dokumentation“ wurde im Rahmen der Spurensicherung am häufigsten angegeben (93,1 %, n=148). Zu diesem Ergebnis passt, dass 70,0 % (n=329) der Ärzte in dieser Umfrage angaben, einen Leitfaden der Ärztekammer für den Umgang von Opfern mit häuslicher Gewalt nicht zu kennen. 19,4 % (n=91) gaben an, über dieses Informationsmaterial zu wissen, es aber nicht zu nutzen. Nur 9,6 % (n=45) nutzten einen Leitfaden.

Ähnliche Ergebnisse konnte man im Rahmen des Modellprojekts MIGG generieren. Leitfäden waren hier nur bei 17,6 % der Ärzte bekannt. Im Verlauf des Projektes konnte die Nutzung der Leitfäden jedoch von anfangs 8,8 % auf 70 % gesteigert werden (vgl. Graß et al. 2013: 182). Dabei steigt die Sicherheit im Umgang mit Gewaltbetroffenen dieser Untersuchung zufolge, wenn Leitfäden bekannt sind und genutzt werden (vgl. Kapitel 3.3.1).

Leitfäden, Anleitungen zur Untersuchung, Spurensicherung und Dokumentation sowie Materialien mit vorgedruckten Dokumentationsbögen sind inzwischen vielfältig vorhanden und häufig durch Fachgruppen im Rahmen interdisziplinärer Zusammenarbeit erstellt worden. Eine Zusammenstellung der Herausgeber nach Bundesland sowie ein Auszug einiger internationaler Materialien ist auf der Website von S.I.G.N.A.L. e.V. abrufbar (S.I.G.N.A.L. e.V. 2020b). In Berlin und Hessen liegen inzwischen sogar zusammengestellte, ausgewählte Untersuchungsmaterialien (KITS) passend zum Dokumentationsbogen zur Spurensicherung auf Anfrage bereit. Im Rahmen des MIGG-Modellprojektes wurde die Kitteltaschenkarte „Med-Doc-Card“ mit Informationen zur häuslichen Gewalt und Anleitungen zur Dokumentation als hilfreiches Material im Praxisalltag evaluiert (vgl. Graß 2013: 183).

Das Unterstützungsangebot iGOBSIS (intelligentes Gewaltopfer-Beweissicherungs- und Informationssystem) richtet sich an Opfer von Gewalt und Ärzte, die in der Betreuung von Patienten anonymisiert Anleitung in der Untersuchung, Dokumentation, Spurensicherung und geeigneten Weitervermittlung benötigen und von rechtsmedizinischer Expertise rund um die Uhr profitieren können. Solche webbasierten Informations- und Lernplattformen, auf die jederzeit und von überall zurückgegriffen werden kann, könnten enorm zur verbesserten Gewaltopferversorgung durch niedergelassene Ärzte beitragen.

4.2.7 Hilfsnetzwerk

Interdisziplinäre Zusammenarbeit aller beteiligten Berufsgruppen kann Gewaltbetroffenen die bestmögliche Versorgung und Betreuung ermöglichen, um physische, psychische und soziale Spätfolgen zu mindern und im besten Fall zu verhindern. Dabei stellen rechtsmedizinische Institute wichtige Schnittstellen in dem Hilfsnetzwerk zwischen medizinischer Versorgung, psychosozialer Betreuung, Justiz und Polizei, sowie diversen Beratungsstellen dar (vgl. Graß-Rothschild 2004: 189). Speziell eingerichtete Gewaltopferambulanzen innerhalb der rechtsmedizinischen Institute fungieren als niedrigschwellige Anlaufstellen für Opfer von Gewalt, die eine klinisch-forensische Untersuchung, Dokumentation und Spurensicherung ermöglichen, die auf Eigeninitiative aufgesucht werden können und keiner vorherigen juristischen oder polizeilichen Anordnung bedürfen.

Zudem können Ärzte niedergelassener Praxen und Kliniken, im Rahmen von Konsiliaruntersuchungen oder durch Beratungen, von rechtsmedizinischer Expertise durch die Institute im Umgang mit Opfern von häuslicher Gewalt profitieren. Gewaltopfer nehmen das wachsende Angebot von Gewaltopferambulanzen innerhalb rechtsmedizinischer Institute, zum Teil kostenfrei, in Anspruch (vgl. Gahr et al. 2012: 381). 89 % der Institute sind dieser Untersuchung zufolge an der Öffentlichkeitsarbeit beteiligt, um die Angebote für Gewaltopfer präsent zu machen (vgl. ebd.: 382). Mit Erfolg: Zu 86 % erteilten Gewaltopfer selbst den Auftrag zur Untersuchung (vgl. ebd.: 381).

Den Ergebnissen der vorliegenden Umfrage zufolge erfolgt eine Kontaktaufnahme durch Ärzte jedoch durchaus seltener: Nur 22,8 % (n=107) der Ärzte gaben an, schon einmal

Kontakt zu einem rechtsmedizinischen Institut aufgenommen zu haben (Frage 9.1). Dabei wurde das rechtsmedizinische Institut des UKE von diesen Ärzten deutlich öfter genannt (72,9 %, n=78) als das des UKSH mit den beiden Standorten in Kiel und Lübeck. Bei 10 Ärzten erfolgte eine Kontaktaufnahme zu einem weiteren Institut (9,3 %). Die Inanspruchnahme rechtsmedizinischer Expertise seitens der Ärzteschaft wäre im Hinblick auf die Ergebnisse, die auf Unsicherheiten gerade im Themenbereich Dokumentation und Spurensicherung zeigen, wünschenswert. Eine Kontaktaufnahme könnte im Rahmen von Informationsveranstaltungen, gemeinsamen Fortbildungsveranstaltungen, Fachtagungen und Gesprächszirkeln erfolgen, die den fachlichen Austausch und eine Intensivierung der Zusammenarbeit fördern.

Um unabhängig von rechtsmedizinischen Instituten auch in dünn besiedelten Regionen von rechtsmedizinischer Expertise profitieren zu können, sollte, wie am Beispiel der Kölner Rechtsmedizin, der Ausbau von Kompetenzzentren, unabhängig von der Angliederung an ein rechtsmedizinisches Institut, für die Eingliederung in die Gesundheitsversorgung unterstützt werden (vgl. Graß/Rothschild 2004: 192). Vielversprechend scheint auch das Konzept des iGOBSIS-Projektes zu sein (vgl. Kapitel 4.2.6), bei welchem Unterstützung im Umgang mit Opfern häuslicher Gewalt webbasiert, ortsunabhängig und jederzeit erfolgen kann.

Neben der Relevanz rechtsmedizinischer Kompetenz ist in der Gewaltopferversorgung und -betreuung jedoch auch der Blick der Ärzte für weitere Akteure im Hilfsnetzwerk zu schärfen. Gründe für Ansprachehemmnisse bei Verdacht auf häusliche Gewalt basieren auch auf Unsicherheiten in Bezug auf Weiterverweisungen (vgl. Graß et al. 2013: 183). Der Empfehlungen der WHO (vgl. WHO 2013: 20) zufolge ist die Kenntnis über geeignete Hilfsangebote eine Mindestvoraussetzung für das Erfragen nach Gewalt. Im Verlauf der Untersuchung muss der behandelnde Arzt zudem abklären, ob ein Gewaltopfer akuten Gefahren ausgesetzt ist und welche weiteren Maßnahmen einzuleiten sind, um das Opfer und eventuell mitbetroffene Minderjährige zu schützen.

Auf die Aussage, „Ich bin in der Lage, Opfer von häuslicher Gewalt über weiterführende Beratungsstellen zu informieren“ (Frage 22), antwortete der Großteil der Ärzte (30,2 %, n=142) mit „stimme eher zu“. 23,8 % (n=112) der Ärzte hingegen stimmten der Aussage „eher nicht zu“. Auch wenn etwas mehr als die Hälfte der Ärzte (54,7 %, n=257) die Aussage

bejahten, indem diese Ärzte angaben, dieser „eher zu“, „zu“ bzw. „sehr zuzustimmen“, so stimmten immerhin 15,5 % (n=73) der Umfrageteilnehmer dieser „nicht zu“ und 5,7 % (n=27) sogar „gar nicht zu“. Dies entspricht einem Anteil von mehr als 20 % der Ärzte, die sich eindeutig unsicher in der Weitervermittlung von Opfern fühlen. Ein beachtlicher Anteil, zumal dieser Aspekt ein Grund für Barrieren der Ansprache auf Seiten der Ärzteschaft darstellt und den Opfern somit Unterstützungsmöglichkeiten verwehrt bleiben können. Für die optimale Gewaltopferversorgung bedarf es einer flächendeckenden Versorgungsstruktur aus Ärzten, Rechtsmedizinern, psychosozialen Anlaufstellen, Beratungsstellen, Justiz und Polizei.

Wie am Beispiel des Modellprojektes MIGG erfolgreich geschehen, muss ein Aspekt der Schulungsmaßnahmen darauf abzielen, die Strukturen des Hilfsnetzwerkes deutlicher sichtbar zu machen und Kontaktaufnahme mit anderen Disziplinen und Akteuren der Gewaltopferversorgung zu fördern und zu intensivieren. Es bedarf einer Sensibilisierung vorhandener Hilfsangebote und weiterführender, regionaler Beratungsstellen. Hierbei ist Ärzten der enge persönliche Kontakt zu den Mitarbeitern der Beratungsstellen wichtig (vgl. Artus 2007: 83), da ansonsten das Verständnis für deren Zuständigkeiten und Arbeitsweisen fehlen und Unsicherheiten in der Überweisung gewaltbetroffener Patienten an die richtigen Stellen bestehen (vgl. ebd.: 82-83). Dabei wünschen sich Ärzte, dass mehr Eigeninitiative bezüglich persönlicher Vorstellung in den Praxen und Kontaktaufnahme seitens der Beratungsstellen ergriffen wird (vgl. ebd.: 109). Schlichte Adressenlisten entsprechender Anlaufstellen, oft zu finden in Informationsbroschüren und Leitfäden, sind nach Ärztemeinung nicht ausreichend (vgl. ebd.: 82-83). Insgesamt wurde in der Dissertationsschrift von Artus die Kommunikation mit den Beratungsstellen weniger positiv bewertet als die mit der Polizei und Rechtsmedizin bzw. Rechtsberatung (vgl. ebd.: 109-111).

Eine Verbesserung dieser Strukturen scheint angesichts dieser Ergebnisse dringend notwendig. Auch im Rahmen einer Befragung medizinischer Fachkräfte konnte eruiert werden, dass weiterführende Stellen zwar dem Namen zufolge bekannt sind, jedoch selten eine Kontaktaufnahme zu diesen hergestellt wird (vgl. Epple et al. 2011: 456). Ein Ausbau an Koordinierungsstellen, wie zum Beispiel die in Berlin ansässige Koordinierungsstelle von S.I.G.N.A.L. e.V. („Koordinierungs- und Interventionsstelle zur Förderung der Intervention und Prävention in der Gesundheitsversorgung bei häuslicher und sexualisierter Gewalt“),

die sich für eine enge Zusammenarbeit der unterschiedlichen Akteure und deren Vernetzung einsetzt, könnte diesem Problem Abhilfe schaffen und die Netzwerkarbeit fördern und intensivieren. Auch bezüglich juristischer und polizeilicher Aspekte in der Gewaltopferversorgung scheint es Handlungsbedarf zu geben: Nur 21,1 % (n=99) der Ärzte bestätigten die Aussage, „Ich bin ausreichend über polizeiliche Maßnahmen und rechtliche Möglichkeiten informiert“ (Frage 21), indem sie dieser „eher zustimmten“, „zustimmten“ oder „sehr zustimmten“. Die Mehrzahl der Ärzte wählte die Antwortmöglichkeit „stimme nicht zu“ (34,7 %, n=163) gefolgt von „stimme eher nicht zu“ (33,2 %, n=156) und „stimme gar nicht zu“ (10,6 %, n=50). Die enorme Unsicherheit hierhingehend deckt sich mit dem hohen Anteil an Ärzten, die sich zu dem Aspekt „polizeiliche und rechtliche Maßnahmen“ mehr Fortbildungs-veranstaltungen wünschen (siehe Kapitel 4.2.8). Dabei sollten rechtliche Aspekte in der Gewaltopferversorgung für eine Einleitung entsprechender Maßnahmen bekannt sein, sodass gesetzlicher Schutz greifen kann und (straf-)rechtliche Verfahren Erfolgsaussichten haben.

Im Rahmen der Gefährdungsanalyse kann polizeiliche Intervention von Nöten sein. Eine Auseinandersetzung mit deren Arbeitsweisen und Handlungsspielräumen ist hierbei essenziell. Mit dem Inkrafttreten des Gewaltschutzgesetzes („Gesetz zum zivilrechtlichen Schutz vor Gewalttaten und Nachstellungen“) im Jahr 2002 sowie der Möglichkeit der Polizei Platzverweise nach der Devise „Wer schlägt der geht“ zu erteilen, ergeben sich neue Chancen und Perspektiven in der Bekämpfung häuslicher Gewalt zum Schutz der Betroffenen.

4.2.8 Ausbildung, Fortbildung, Weiterbildung

Die WHO plädiert seit Jahren, die Thematik der häuslichen Gewalt stärker in die Curricula von Aus-, Fort- und Weiterbildung zu integrieren. Auch auf europäischer und nationaler Ebene gibt es Bemühungen, die Qualifizierung von Gesundheitsfachkräften dahingehend zu verbessern und die Sensibilisierung für die Thematik voranzutreiben (vgl. Kapitel 1.8). Im Übereinkommen der Istanbul Konvention ist festgeschrieben, Maßnahmen zur Verhütung und Bekämpfung von Gewalt bereits in Aus-, Fort- und Weiterbildungen von Berufsgruppen mit Kontakt zu Opfern und Tätern häuslicher Gewalt zu ergreifen. Der erste Staatenbericht Deutschlands, der 2020 beim Europarat eingereicht wurde und Bericht über ergriffene

Maßnahmen zur Umsetzung der Konvention erstattet, enthält hierzu Informationen zu Maßnahmen in Aus- und Fortbildungen gemäß Artikel 15.

Auf Bundesebene soll hiernach die Approbationsordnung, die die Rahmenbedingungen der ärztlichen Ausbildung regelt und nach derer die medizinischen Fakultäten ihre Curricula ausgestalten, entsprechende Lehrinhalte vorgeben. Inwieweit die neue ÄAppO, die 2025 in Kraft treten wird, Lehrinhalte zur Thematik der häuslichen Gewalt integriert, bleibt abzuwarten. In der Überarbeitung des Nationalen Kompetenzbasierten Lernzielkatalogs Medizin (NKLM 2.0), der Lernziele und Kompetenzen des ärztlichen Berufsbildes definiert und auf dessen Grundlage die neue ÄAppO basieren wird, sind zumindest Aspekte des sexuellen Missbrauchs sowie der ärztlichen Gesprächsführung, auch themenspezifisch für den Bereich der häuslichen Gewalt, für das Kerncurriculum formuliert (NKLM 2.0 2020). Das lässt hoffen, dass das Thema der häuslichen Gewalt in Zukunft stärkeren Einzug in die Lehrpläne medizinischer Fakultäten findet.

Eine Untersuchung an rechtsmedizinischen Instituten aus dem Jahr 2019 zeigt, dass das Thema häusliche Gewalt bis zu diesem Zeitpunkt an nur an einem Drittel der Institute in das Curriculum inkludiert war und nicht stärker, wie bereits länger gefordert, in die Lehrpläne aufgenommen wurde (vgl. Nold et al. 2020: 227). Auch die Ergebnisse dieser Studie offenbaren, dass das Thema häusliche Gewalt im Lehrplan der Universitäten unterrepräsentiert gewesen ist: Für 80,9 % (n= 380) der Befragten war das Thema nicht Teil der universitären ärztlichen Ausbildung (Frage 8). Jedoch ist hierbei anzumerken, dass der größte Anteil der teilnehmenden Ärzte zwischen 46 und 60 Jahren alt ist bzw. die Mehrzahl der Ärzte seit mehr als 11 Jahren ärztlich tätig ist. Somit konnte dieser Anteil von Ärzten von möglichen Novellierungen der Curricula hinsichtlich einer stärkeren Integration entsprechender Themeninhalte nicht profitieren.

Die Charité in Berlin, die zum Wintersemester 2010/2011 den Modellstudiengang Medizin (MSM) eingeführt hat, berücksichtigt die Thematik seither in den Lehrplänen der universitären Ausbildung. Der Erfolg der Novellierung zeigte sich in einer Umfrage unter den Studierenden: Durch die Etablierung eines Kommunikationstrainings zum Thema häusliche Gewalt fühlten sich Studierende besser auf Arzt-Patienten-Gespräche vorbereitet und sahen sich eher bereit, das Thema bei Verdacht auf Gewalterleiden anzusprechen (vgl. Kienle et al. 2017: 205). Eine stärkere Schwerpunktsetzung wünscht sich auch die Mehrzahl

der Ärzte in der vorliegenden Umfrage: 92,6 % (n=435) der teilnehmenden Ärzte sprachen sich dafür aus und stimmten der Aussage, „Im Studium sollten mehr Unterrichtseinheiten zum Thema ‚häusliche Gewalt‘ angeboten werden“ (Frage 23), „eher zu“ (23,8 %, n=112), „zu“ (38,9 %, n=183) und „sehr zu“ (29,8 %, n=140).

Pilotprojekte, wie der zum Wintersemester 2013/2014 an der Medizinischen Fakultät der Universität Duisburg-Essen eingeführte Online-Kurs, in dem unter anderem Kommunikationstrainings mit Simulationspatienten zum Thema häusliche Gewalt angeboten werden (vgl. Merse/Tübner 2014: 6), könnten flächendeckend in die universitären Lehrpläne aufgenommen werden und zur Kompetenzförderung und Sensibilisierung der Thematik im späteren ärztlichen Arbeitsalltag beitragen. Dass bei der Gestaltung solcher Lehrveranstaltungen das Konzept von theoretischen und praktischen Inhalten, wie Kommunikationstrainings, sinnvoll sein können, zeigen auch Ergebnisse der vorliegenden Studie. Die Ergebnisse zeigen, dass ein signifikanter Zusammenhang zwischen der Frage 5.1 und Frage 7 besteht: Somit steigt der prozentuale Anteil der Ärzte, die sich sicher fühlen, ggf. eine Spurensicherung durchzuführen, wenn das Thema häusliche Gewalt im Medizinstudium Einzug fand. Der Anteil sicherer Ärzte steigt zudem umso mehr, wenn nicht nur theoretische- sondern auch praktische Inhalte vermittelt wurden. Sofern kann die Hypothese, „Ärzte fühlen sich bei der Untersuchung von Opfern häuslicher Gewalt sicherer, ggf. eine Spurensicherung durchzuführen, wenn das Thema ‚Umgang mit Opfern von häuslicher Gewalt‘ Bestandteil des Medizinstudiums war“, bestätigt werden (vgl. Kapitel 3.3.2).

Die Delegierten des Deutschen Ärztetages fordern zudem seit Jahren dazu auf, dass entsprechende Inhalte auch in die Curricula der Weiterbildungen integriert werden (vgl. Kapitel 1.8). 94 % (n=442) der Ärzte dieser Umfrage sprachen sich für eine Integration der Thematik in Weiterbildungsmaßnahmen aus: 22,8 % (n=107) der befragten Ärzte stimmten der Aussage, „Das Thema ‚häusliche Gewalt‘ sollte fester Bestandteil der Weiterbildungen sein“ (Frage 24), „eher zu“. 39,1 % (n= 184) „stimmten zu“ und 32,1 % (n=151) stimmten sogar „sehr zu“. Mit der Novellierung der MWBO im Jahr 2018, die für die Weiterbildungsordnungen der Landesärztekammern empfehlenden Charakter hat, wurden die Lehrinhalte im Allgemeinen Teil der Weiterbildungen um den Satz „Symptome der Verletzung von körperlicher und/oder psychischer Integrität“ (Bundesärztekammer 2018a:

22), der laut Bundesärztekammer auch Aspekte der häuslichen Gewalt inkludiert, erweitert (vgl. Kapitel 1.8.1).

Weitere Erwähnung findet sich in den Weiterbildungsinhalten zum Facharzt der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, der Frauenheilkunde und Geburtshilfe, der Rechtsmedizin sowie der Allgemeinmedizin (MWBO 2018 (2020)), wobei bei letzterem nur sehr allgemein die Rede von „Gesundheitsberatung, Früherkennung und Vorsorge von Gesundheitsstörungen einschließlich Gewalt- und Suchtprävention [...]“ (Bundesärztekammer 2018a: 27) ist. In welchem Umfang einer Facharztweiterbildung entsprechende Aspekte der häuslichen Gewalt im Curriculum integriert sind und ob diese als ausreichend bewertet werden, bleibt abzuwarten und könnte durch neue Befragungen unter Ärzten konkretisiert werden.

Neben Lehrinhalten in Aus- und Weiterbildung tragen zudem Fortbildungsmaßnahmen dazu bei, Ärzte für das Thema der häuslichen Gewalt zu sensibilisieren und Handlungskompetenzen zu schulen. Durch Sensibilisierungstrainings des medizinischen Fachpersonals am Innsbrucker Landeskrankenhaus konnte die subjektive Handlungskompetenz im Umgang mit gewaltbetroffenen Patienten gesteigert werden (vgl. Beck et al. 2020: 63). Große Erfolge konnte auch das Modellprojekt „Medizinische Intervention gegen Gewalt“ (MIGG) bei der Erprobung eines für niedergelassene Ärzte konzipierten Interventionsprogrammes verbuchen. Beteiligte Modellpraxen profitierten von Fortbildungsmaßnahmen und Vernetzung mit anderen Fachdisziplinen sowie von Opferhilfeangeboten, sodass besonders in den Bereichen Ansprache und Wahrnehmung sowie in der Netzwerkarbeit positive Ergebnisse erzielt wurden (vgl. Graß et al. 2013: 182-184).

Als sehr hilfreich wurden im Rahmen der Schulungsmaßnahmen des Modellprojektes der Zugewinn an Informationen über „Möglichkeiten der Intervention“ und „Praktische Hilfestellungen“ genannt (vgl. Hellbernd et al. 2004: 161). Aus den gewonnenen Erkenntnissen und Erfahrungen des Modellprojektes MIGG konnte ein Leitfaden zur Implementierung von Interventionsstandards erarbeitet werden. Das erfolgreiche Fortbildungskonzept des Modellprojektes könnte in Zukunft als Grundlage und als Vorbild für weitere Projekte zur Umsetzung eines strukturierten Umgangs mit Gewaltopfern dienen. Interesse seitens der Ärzteschaft an Schulungsmaßnahmen scheint zu bestehen: Der

vorliegenden Umfrage zufolge bekundeten 79,6 % (n=374) der Ärzte Interesse an Fortbildungen zum Thema, 19,8 % (n=93) der Ärzte äußerten mit ihrer Angabe keinen Bedarf an Fortbildungen (Frage 10.1). Dabei ist das Interesse an Veranstaltungen zu „polizeilichen und rechtlichen Maßnahmen“ (84,6 %, n=312) und „Befundung und Dokumentation“ (84,0 %, n=310) in etwa so hoch wie an Angeboten zum Thema „Gesprächsführung“ (72,1 %, n=266). Aus den Ergebnissen der Freitextangaben hinsichtlich inhaltlicher Fortbildungsthemen ist zudem auch der Wunsch nach Veranstaltungen zu Informationen weiterführender Unterstützungsangebote und Anlaufstellen für Betroffene ersichtlich (n=13).

Das Interesse an Fortbildungsveranstaltungen, welches sich in dieser Umfrage zeigte, deckt sich mit Ergebnissen einer Umfrage unter niedergelassenen medizinischen Fachkräften in Chemnitz und Dresden und solcher des Universitätsklinikums Dresden im Jahr 2011, wonach bei 84 % der Befragten die Bereitschaft einer Teilnahme an einer Fortbildung zum Thema häusliche Gewalt bestand (vgl. Epple et al. 2011: 456). Laut Epple et al. (vgl. ebd.: 456) führe ein Interesse jedoch nicht zwangsläufig zu einer erhöhten Teilnahmerate. Nur ein Drittel der Befragten habe im 5-Jahres-Zeitraum vor der Vollerhebung an einer entsprechenden Fortbildung teilgenommen (vgl. ebd.: 456). Ärzte scheinen für Sensibilisierungstrainings bezüglich der Thematik schwer erreichbar zu sein (vgl. MIGG 2011: 8). In dieser Umfrage gaben 80,9 % (n=380) der Befragten an, bisher an keiner Fortbildung teilgenommen zu haben (Frage 8).

Das Akquisekonzept des MIGG-Curriculums zielt dabei auf eine größere Akzeptanz und Motivation zur Teilnahme an entsprechenden Fortbildungsmaßnahmen ab. Flexible Terminangebote, die das begrenzte Zeitfenster der Ärzteschaft für die Vielzahl an Fortbildungsangeboten berücksichtigen sowie bedarfsangepasste Themeninhalte sollen die Teilnahmebereitschaft steigern (vgl. MIGG 2011: 10-12).

Im Rahmen einer „[...] Umfrage zur Bedarfsermittlung und Akzeptanz von Informationsveranstaltungen und Fortbildungsangeboten zum Thema ‚Häusliche Gewalt‘“ (Wenzlaff et al. 2001: 1) konnte als größtes Teilnehmemhemmnis die eigene Überforderung im ärztlichen Alltag ermittelt werden (vgl. Wenzlaff et al. 2001: 4). Veranstaltungsangebote, die direkt in die Praxisräumlichkeiten und Kliniken verlegt werden, wären an dieser Stelle eine Möglichkeit, das knappe Zeitkontingent der Ärzte zu berücksichtigen und dadurch an

Attraktivität gewinnen könnten. Basisfortbildungen, die sich an die inhaltlichen Bedürfnisse der Ärzte orientieren und sich auf die wichtigsten Inhalte konzentrieren, könnten zu höheren Teilnahmequoten führen.

Das evaluierte Konzept des S.I.G.N.A.L.-Curriculums ist hiernach ausgerichtet. Es beinhaltet modular aufgebaute Schulungen, die sich in verpflichtende Basis- sowie in Aufbaufortbildungen gliedern und bei denen einzelne Module flexibel und bedarfsangepasst, zusammen an einem Termin oder auf mehrere Veranstaltungen aufgeteilt, angeboten werden können (vgl. MIGG 2011: 12). Interdisziplinäre Fachtage und Fachaustausch innerhalb von Qualitätszirkeln und Jour Fixe Meetings runden das Fortbildungskonzept ab. S.I.G.N.A.L. e.V. bietet mittlerweile drei Mal jährlich Basisfortbildungen in Kooperation mit der Berliner Ärztekammer an.

Aktuell wird, unterstützt durch das BMFSFJ, ein Fortbildungsprogramm für Fachkräfte zum Thema Gewalt in Paarbeziehungen ausgearbeitet („Schutz und Hilfe bei häuslicher Gewalt – ein interdisziplinärer Online-Kurs“). Solche ortsunabhängigen, webbasierten Schulungen können bisherige, klassische Fortbildungsveranstaltungen ergänzen, zu einer erhöhten Teilnahmebereitschaft beitragen und die Sensibilisierung für die Thematik steigern.

4.3 Diskussion der Freitextanmerkungen

Anhand der Anmerkungen, die am Ende des Fragebogens in einem Freitextfeld eingetragen werden konnten, konnten Gedanken und subjektive Wahrnehmungen der befragten Ärzte zum Thema „Umgang mit Opfern von häuslicher Gewalt in der hausärztlichen Praxis“ generiert werden.

Hierbei zeichnete sich vor allem ein Anteil von Ärzten ab, für die die Thematik der häuslichen Gewalt von geringer Relevanz im ärztlichen Alltag scheint. Sie nehmen eine geringe Prävalenz von Gewaltopfern wahr oder fühlen sich für eine Gewaltopferversorgung als Arzt nicht zuständig. Zeitmangel und geringe finanzielle Vergütung lassen nach Meinung eines Befragten eine ausführliche Auseinandersetzung mit der Thematik nicht zu: „Als Hausärztin bin ich nicht für das Elend der Welt zuständig. Wir haben viel zu tun [...]“. Bezugnehmend auf die Ergebnisse der Fragen 11 und 12 zur Rolle des Hausarztes, ist die Mehrzahl der Ärzte jedoch anderer Meinung. Aspekte wie Zeitmangel und ungenügende

finanzielle Vergütung („Thema sprengt hausärztlichen Zeitrahmen“, „[...] solange fallorientiert bezahlt wird, wird es schwierig sein [...] Patienten zu erkennen. Sie müssen zahlen, wenn sie besser betreuen wollen“), die Ärzte darin hindern, Gewalt im Patientengespräch zu thematisieren, finden auch Erwähnung im ausgearbeiteten Curriculum des MIGG-Projektes. Basierend auf den Erkenntnissen des Modellprojekts wurden diese Faktoren, auch nach Teilnahme an Schulungsmaßnahmen im Bereich Kommunikation, welche zu einer Verbesserung des Zeitmanagements im Umgang mit Opfern häuslicher Gewalt geführt haben, dennoch als einflussnehmend in Bezug auf Ansprachehemmnisse bewertet. Das Qualitätsmanagement der Praxen muss dahingehend verbessert werden, dass Zeit- und Terminmanagement auf die Versorgung von Gewaltbetroffenen angepasst werden. Gesundheitspolitisch bedarf es hierbei struktureller Veränderungen, sodass der zeitliche Mehraufwand im ärztlichen Alltag angemessen honoriert wird und dieser Faktor keine Barriere mehr für eine Ansprache bei Verdacht auf häusliche Gewalt bedeutet. Denkbar ist in diesem Zusammenhang auch, dass Routinescreenings in der hausärztlichen Praxis vermehrt Anwendung finden und die Thematisierung von häuslicher Gewalt ein fester anamnestischer Bestandteil wird. Die eingangs erwähnte Neuregelung zur Finanzierung der vertraulichen Spurensicherung durch die gesetzlichen Krankenkassen (vgl. Kapitel 1.6.2.3) ist sicher ein wichtiger Schritt.

Prinzipiell sind Schulungen für das gesamte Praxisteam, ausgearbeitete Handlungspläne in Notfallsituationen und deren Verschriftlichungen, die jederzeit von allen nachzulesen sind, im Rahmen des Qualitätsmanagements der Praxen praktikabel und könnten ein zügiges und abgestimmtes Agieren im Umgang mit Gewaltbetroffenen ermöglichen.

Ob die wahrgenommene Anzahl der Gewaltopfer („medial gehyptes Thema, welches in der Realität des Alltags eher selten ist“) tatsächlich so gering ist, wie ein Teil der Ärzte hierzu in den Anmerkungen verlauten lässt oder diese die sogenannten „red flags“ sowie die vielfältigen Erscheinungsformen von Gewalt nicht kennen bzw. als solche identifizieren, lässt sich an dieser Stelle nicht erfassen. Angesichts der Ergebnisse der Prävalenzstudie der FRA (2014), nach denen 35 % aller deutschen Frauen schon einmal physische und/oder sexuelle Gewalt seit dem 15. Lebensjahr bzw. 22 % innerhalb einer Partnerschaft erlebt haben (vgl. FRA 2014: 19), lässt vermuten, dass diese Ärzte Patienten nicht als Gewaltopfer identifiziert haben könnten.

In den Anmerkungen zum Verhalten der Opfer wird über Hemmnisse, das Thema anzusprechen, berichtet: „[...] Hab manchmal den Verdacht, aber Pat. verharmlosen dann Gewalt...“ oder „[...] verweigert trotz ihrer Verletzungen kategorisch einen Bezug zur häuslichen Gewalt [...]“. Prinzipiell gilt der Hausarzt als vertrauenswürdige Person, der aus Sicht vieler Opfer Gewalterleiden auf Eigeninitiative ansprechen sollte (vgl. Brzank et al. 2005: 340). Ausliegende Informationsbroschüren und Notfalladressen von Beratungsstellen, z.B. im Warteraum, könnten den Gewaltopfern eine Auseinandersetzung mit der Thematik und Gesprächsbereitschaft des Arztes signalisieren, sodass Hemmungen fallen, das Thema auf Eigeninitiative anzusprechen oder auf Nachfrage des Arztes einzugehen. Kommunikationstrainings konnten in Untersuchungen positive Effekte in der Gesprächsführung erzielen und somit die Chance auf eine Thematisierung im Arzt-Patienten-Gespräch erhöhen. Dolmetscher können bei sprachlichen Barrieren vermitteln und sind als Außenstehende hinzuziehen. Das Beisein von Familienmitgliedern als Übersetzer ist zu vermeiden, da sie möglicherweise eine Rolle in den Konflikten spielen und Schilderungen beeinflussen könnten.

Insgesamt scheint eine stärkere Integration der Thematik in Fortbildungsmaßnahmen notwendig und den Ergebnissen dieser Umfrage zufolge auch erwünscht. Unter den Freitextanmerkungen gab es dazu Äußerungen wie: „Ich würde persönlich Einladungen zu themenbezogenen Fortbildungen Ihrerseits sehr begrüßen“, „[...] eine gute Fortbildung darüber wäre gut!“ und „Ich habe dank einer traumapädagogischen und systemischen Ausbildung mehr zu diesem Thema lernen können und wünsche nur, dass viele Kollegen mehr darüber erfahren!!“.

4.4 Diskussion der Unterschiede im Antwortverhalten der Ärzte in Hamburg und Schleswig-Holstein

Auf die Frage, ob sich die erhobenen Daten der antwortenden Ärzte in den Bundesländern Hamburg und Schleswig-Holstein unterscheiden, wurden die Ergebnisse der deskriptiven Statistik unter Zuhilfenahme statistischer Tests miteinander verglichen (siehe Kapitel 3.4).

Im Hinblick auf die Angaben zur Person zeigte sich, dass die Umfrageteilnehmer zum Befragungszeitpunkt in Hamburg im Schnitt signifikant älter waren als Ärzte in Schleswig-Holstein (Durchschnittsalter in Hamburg: 54,4 Jahre; 52,1 Jahre in Schleswig-Holstein).

Zudem waren diese länger ärztlich tätig als ihre Kollegen in Schleswig-Holstein (25,3 Jahre in Hamburg und 22,9 Jahre in Schleswig-Holstein). Unter den befragten Ärzten führten diejenigen in Schleswig-Holstein signifikant häufiger den Titel „Facharzt für Allgemeinmedizin“ (67,3 % der Ärzte in Schleswig-Holstein zu 52,8 % in Hamburg). Inwieweit diese Unterschiede bezüglich der persönlichen Angaben relevant für Differenzen im Antwortverhalten der weiteren Fragen waren, wurde nicht genauer eruiert.

In der Analyse bezüglich bundeslandspezifischer Differenzen in der Beantwortung der Fragen 1-24, ergaben sich signifikante Unterschiede bezüglich der Fragen 1, 3, 4, 6 und 9. Ärzte in Hamburg sahen sich im Vergleich signifikant seltener mit der Thematik häuslicher Gewalt konfrontiert als Ärzte in Schleswig-Holstein (Frage 1) und registrierten weniger Fälle von häuslicher Gewalt, einschließlich weniger Fälle gewaltbetroffener Kinder (Frage 3). Hierbei stellt sich die Frage, ob im Bundesland Schleswig-Holstein die Wahrnehmung gewaltbetroffener Patienten durch den Hausarzt höher oder die tatsächliche Anzahl von Fällen häuslicher Gewalt größer ist. Aus den Daten der polizeilichen Kriminalstatistik, die jährlich in einem Jahrbuch zusammengefasst werden, sind Zahlen der Partnerschaftsgewalt, die seit 2015 erhoben werden, nicht bundeslandspezifisch aufgelistet (BKA 2020a). Fraglich wäre in diesem Zusammenhang ohnehin, ob die erfassten Fälle, die nur die begangenen Taten im Hellfeld abbilden, die Gesamtheit aller begangenen Taten bezüglich häuslicher Gewalt, nämlich auch derer, die im sogenannten Dunkelfeld geschehen, abbilden, als Vergleichswert herangezogen werden können und die Realität in Gänze widerspiegeln. Abgesehen von den zwei Großstädten Kiel und Lübeck mit jeweils mehr als 200.000 Einwohnern, der zwei Mittelstädte Flensburg und Neumünster mit ca. 90.000 und 80.000 Einwohnern sowie vor allem einiger, an die Hansestadt Hamburg angrenzender Kreise wie Pinneberg, Segeberg oder Stormarn (vgl. Statistisches Amt für Hamburg und Schleswig-Holstein 2020: 5), ist das Bundesland als Flächenstaat durchaus auch von ländlichen Strukturen geprägt. Eine weniger gut ausgebaute Infrastruktur an niedergelassenen Ärzten und Fachärzten in diesen Regionen könnte dazu beitragen, dass der Hausarzt als Ansprechpartner für weite medizinische Bereiche und aller Altersklassen ist, eine besondere Funktion als Vertrauens- und Bezugsperson erfüllt und intensive Beziehungen zu seinen Patienten pflegt.

Diese Annahme wird durch Ergebnisse einer Umfrage durch das Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf bestätigt, wonach sich Hausärzte in ländlichen Gebieten eher als

„medizinische Begleiter“ sehen und ihre Patienten „from the cradle to the grave“ betreuen, hingegen Hausärzte in städtischen Gebieten „nur“ als „medizinischer Anbieter“ fungieren („provider of medical services“) und der enge persönliche Kontakt von untergeordneter Relevanz ist (vgl. Pohontsch et al. 2018: 212-213). Demnach könnte es nicht nur Gewaltbetroffenen leichter fallen, sich dem Hausarzt anzuvertrauen. Enge persönliche Kontakte könnten auch dazu führen, dass die Thematik auf Initiative des Hausarztes angesprochen wird, da der Verdacht auf Gewalterleiden häufiger aufkommen könnte. Den befragten Hausärzten in den ländlichen Regionen zufolge suchen Patienten den Kontakt wegen jeglicher medizinischer Belange, unabhängig fachspezifischer Themengebiete und verzichten zugunsten der Hausarztbetreuung und der dadurch vertraulichen Behandlung sogar auf Kontaktaufnahme zu Notfallambulanzen (vgl. Pohontsch et al. 2018: 212). Dies könnte als Erklärung für die Wahrnehmung höherer Fallzahlen von Opfern häuslicher Gewalt herangezogen werden. Als „family doctors“ betreuen Hausärzte in ländlichen Regionen dazu häufig auch die Kinder der Patienten, sodass dies als Erklärung höherer Fallzahlen minderjähriger Personen unter den Befragten in Schleswig-Holstein herangezogen werden könnte: „[...] what I find great is that we treat entire generations from babies to grandmothers [...]. I believe that this is different in cities, since there is a higher fluctuation there.“ (Paragraph 231, rural GPs group A)“ (Pohontsch et al. 2018: 211). Eine hohe Dichte an niedergelassenen Ärzten, Fachärzten und Kliniken im städtischen Bereich wie in Hamburg hingegen können hohe Fluktuationen der Patienten in den Hausarztpraxen bedeuten und den Aufbau vertrauensvoller Bindungen, die eine Offenbarung von Gewalterleiden ermöglichen, erschweren (vgl. Hansen et al 2017: 7). Zum anderen könnte ein besser ausgebautes und funktionierendes Netz an speziellen Beratungsstellen sowie Gewaltopferambulanzen dazu beitragen, dass sich Opfer von häuslicher Gewalt verstärkt an diese und nicht an den Hausarzt wenden, sodass die geringere Zahl an registrierten Fällen von Ärzten in Hamburg hierin begründet liegen könnte.

Auch bezüglich der Frage 4, welche Gewaltformen unter dem Begriff häusliche Gewalt einzuordnen sind, zeigten sich Differenzen in der Beantwortung der Frage. Hierbei wurden die fünf Erscheinungsformen der häuslichen Gewalt, die als Antwortmöglichkeit vorgegeben waren, jeweils öfter von Ärzten in Schleswig-Holstein angegeben als von Ärzten in Hamburg. Signifikante Unterschiede ergaben sich bei den Formen der „psychischen Gewalt“ (88,70 % (SH) gegen 81,00 % (HH)) und „sexualisierten Gewalt“ (92,0 % (SH) gegen 86,20 % (HH)). Dass Ärzte in Schleswig-Holstein häufiger alle Formen, insbesondere

signifikant häufiger die zwei zuvor genannten als Ausprägungen häuslicher Gewalt sehen, könnte mit der höheren Anzahl wahrgenommener Fälle gewaltbetroffener Patienten (Frage 3) und der sich häufiger im Arbeitsalltag mit der Thematik konfrontierten Ärzte (Frage 1), zusammenhängen. Ein höheres Fallaufkommen könnte eine verstärkte Auseinandersetzung mit der Thematik insgesamt sowie vor allem mit deren Erscheinungsformen vermuten lassen, sodass auch das Bewusstsein für Patienten mit Gewalterfahrung jeglicher Art ausgeprägter sein könnte. Hieraus jedoch zu schließen, dass sich Ärzte in Schleswig-Holstein sicherer in der Thematik und im Umgang mit Opfern von häuslicher Gewalt fühlen, wäre mit Blick auf die Beantwortung auf den Großteil weiterer Fragen des Fragebogens, die keine bundeslandspezifischen Unterschiede ergaben, nicht zulässig. Hingegen unterscheidet sich die Verteilung der Antworten der Ärzte in Hamburg und Schleswig-Holstein bezüglich der Frage 6, ob der Leitfaden der Ärztekammer zum Thema häusliche Gewalt bekannt ist, signifikant.

Insgesamt zeigte sich unter Ärzten in Hamburg ein größerer Bekanntheitsgrad ((HH: „nein“: 61,9 %, „ja, aber ich nutze ihn nicht“: 27,8 %, „ja, ich nutze ihn“: 10,3 %) gegen (SH: 77,1 %, 13,7 %, 9,2 %), $p < 0,01$). Dieses Ergebnis könnte der Tatsache geschuldet sein, dass die Ärztekammer Hamburg einen Leitfaden zur Thematik bereits 2006 herausgegeben hat, der im Juni 2010 aktualisiert wurde. Auf 74 Seiten sind dort Informationen zum Thema, inklusive verwendbare Dokumentationsbögen, auch bei Verdacht auf „sexuelle Gewalt“, zusammengestellt, die sich speziell an niedergelassene Ärzte richten (Ärztekammer Hamburg 2006 (2010)). Auch in einigen anderen Bundesländern sind Leitfäden zur Thematik auf den Webseiten der jeweiligen Landesärztekammern abrufbar (u.a. Baden-Württemberg, Bremen, Niedersachsen). Die Ärztekammer Schleswig-Holstein stellt hingegen dieses Material auf ihrer Webseite nicht zur Verfügung. Informationen zur Thematik sind dagegen in einer 14-seitigen Broschüre, die an Ärzte und Pflegekräfte adressiert ist und vom damaligen Ministerium für Justiz, Frauen, Jugend und Familie des Landes Schleswig-Holstein mit dem Titel „Diagnose: Gewalt. Leitfaden für den Umgang mit Patientinnen, die von häuslicher Gewalt betroffen sind“ (Ministerium für Justiz, Frauen, Jugend und Familie des Landes Schleswig-Holstein o.D.) herausgegeben wurde, erhältlich. Auch in dieser Broschüre stehen beispielhafte Vorlagebögen zur Dokumentation zur Verfügung. Fraglich ist hierbei jedoch, ob diese Broschüre den Ärzten in Schleswig-Holstein bekannt ist. Die Eingabe der Stichwörter „Leitfaden häusliche Gewalt“ in der Internet-Suchmaschine „Google“ ergibt 396.000 Ergebnisse (Stand Juli 2021), wobei der Link des

Leitfadens der Ärztekammer Hamburg bereits unter dem zweiten Eintrag zu finden ist. Dies lässt vermuten, dass der Leitfaden zur Thematik einen gewissen Bekanntheitsgrad genießt, niedergelassene Ärzte in Hamburg aber auch durch ihre zuständige Landesärztekammer mit diesem schon einmal konfrontiert worden sind, sodass hierin die Begründung des Ergebnisses für Schleswig-Holstein liegen könnte. In der vorliegenden Untersuchung konnte herausgearbeitet werden, dass die Sicherheit im Umgang mit Opfern von häuslicher Gewalt höher ist, wenn Ärzte einen Leitfaden der Ärztekammer zur Thematik kennen und nutzen (vgl. Kapitel 3.3.1). Umso wichtiger, dass Ärzte über vorhandenes Informationsmaterial wissen, damit dieses im Arbeitsalltag zur Anwendung kommen kann.

Mit Blick auf die Frage 9.1, „Ich habe wegen häuslicher Gewalt bereits Kontakt zu einem rechtsmedizinischen Institut aufgenommen“, konnte festgestellt werden, dass Ärzte in Hamburg diese signifikant häufiger in Anspruch genommen haben als Ärzte in Schleswig-Holstein (27,80 % (HH) gegen 8,8 % (SH)), wobei das rechtsmedizinische Institut des UKE öfter von Ärzten in Hamburg als von den befragten Ärzten in Schleswig-Holstein konsultiert wurde. Ob es sich hierbei um rechtsmedizinische Beratungen, Überweisungen von Patienten an die Institute im Rahmen einer rechtsmedizinischen Gewaltopferversorgung oder anderes handelte, wurde nicht genauer gefragt. Hinsichtlich des Ergebnisses stellt sich die Frage, ob rechtsmedizinische Institute, insbesondere das Institut für Rechtsmedizin des UKE und ihre Dienstleistungen und Angebote unter niedergelassenen Ärzten in Hamburg bekannter sind und diese Tatsache in höheren Konsultationsraten mündete. Dies könnte zur Annahme führen, dass Angebote anderer rechtsmedizinischer Institute, wie die des UKSH in Kiel und Lübeck, für Ärzte sichtbarer gemacht werden müssten.

Überlegungen diesbezüglich, dass Ärzte in Hamburg sich mit der Thematik allgemein überforderter fühlen als Ärzte in Schleswig-Holstein und daher rechtsmedizinische Expertise verstärkt in Anspruch nehmen, können im Hinblick auf die Beantwortung der Fragen, die sich auf das Sicherheitsempfinden der Ärzte zum Umgang mit Opfern häuslicher Gewalt beziehen (Fragen 5 und 13-22), nicht bestätigt werden. Hierbei ergaben sich im Antwortverhalten keine signifikanten Unterschiede von Ärzten in Hamburg und Schleswig-Holstein. Die Annahme, dass rechtsmedizinische Expertise im Fall häuslicher Gewalt bezüglich gerichtsfester Spurensicherung und Dokumentation eher von Ärzten in Hamburg bekannt und geschätzt wird und daher häufiger in Anspruch genommen wurde, müsste genauer untersucht werden.

5. Zusammenfassung/Summary

Häusliche Gewalt zeigt sich allgegenwärtig und kann für Betroffene enorme gesundheitliche, soziale und ökonomische Folgen bedeuten. Dem Hausarzt obliegt in der Opferversorgung eine Schlüsselrolle in der Interventionskaskade, sodass sein Handeln maßgeblich weitere Schritte beeinflussen kann.

In der vorliegenden Arbeit wurden hausärztlich tätige Allgemeinmediziner, Internisten und praktische Ärzte (n=2936) aus Hamburg (n=1571) und Schleswig-Holstein (n=1365) zum Umgang mit Opfern häuslicher Gewalt mittels eines standardisierten Fragebogens per Fax befragt, um Daten bezüglich des Sicherheitsempfindens zu generieren. Darüber hinaus sollten anhand der Ergebnisse die Bereitschaft und der Bedarf an Fortbildungsveranstaltungen aufgrund der subjektiv wahrgenommenen Unsicherheiten und ersichtlichen Defizite der ärztlichen Kompetenz abgeleitet werden. Inklusiv einer Nachfassaktion konnten die Ergebnisse von 470 zurückgesandten Fragebögen (16,9 %) in der Auswertung berücksichtigt werden.

Die Mehrzahl der befragten Ärzte sah sich „mind. 1 x pro Jahr“ mit dem Thema häusliche Gewalt konfrontiert und registrierte meistens 1-2 Fälle pro Jahr, minderjährige Betroffene im Vergleich deutlich seltener. Die Wahrnehmung von Opfern häuslicher Gewalt war unter Ärzten in Schleswig-Holstein insgesamt höher.

Im Hinblick auf die Erscheinungsformen von häuslicher Gewalt scheint die Konfrontation mit der Thematik in Hausarztpraxen in Schleswig-Holstein größer zu sein, da häufiger jegliche Formen der Gewalt benannt wurden. Soziale und ökonomische Gewalt wurden deutlich seltener der häuslichen Gewalt zugeordnet als die Erscheinungsformen der physischen, psychischen und sexualisierten Gewalt. Ärzte sind sich ihrer besonderen Rolle in der Gewaltopferversorgung als häufig erste Ansprechpartner bewusst. Hinsichtlich des Umgangs mit Opfern häuslicher Gewalt ergeben sich in der Praxis aber Unsicherheiten. Insbesondere bei der Durchführung einer Spurensicherung und der Dokumentation. Es wird überwiegend frei dokumentiert anstatt unter Verwendung standardisierter Dokumentationsbögen. Nur etwas mehr als ein Fünftel aller Befragten hat schon einmal Kontakt zu einem rechtsmedizinischen Institut aufgenommen, Ärzte in Hamburg häufiger als in Schleswig-Holstein. Lediglich knapp die Hälfte der befragten Ärzte gab an, sich sicher

im Erkennen von Opfern häuslicher Gewalt zu fühlen. Ärztliche Kompetenzen in der Ansprache, Anamnese und bei der Untersuchung scheinen dagegen besser ausgeprägt zu sein. Es zeigte sich, dass das Sicherheitsgefühl der Ärzte stärker vorhanden war, wenn der Leitfaden der Ärztekammer bekannt ist und Anwendung findet, die Thematik Gegenstand der universitären ärztlichen Ausbildung war und Fortbildungsveranstaltungen besucht wurden. Ein Großteil der Befragten plädierte für Schulungen zum Thema „polizeiliche und rechtliche Maßnahmen“ und „Befundung und Dokumentation“ - Aspekte, die der Umfrage zufolge Defizite in der ärztlichen Handlungskompetenz aufweisen. Zudem zeigt sich Verbesserungspotential in der Kenntnis und Kooperation mit Beratungsstellen sowie rechtsmedizinischen Instituten.

Resümierend bedarf es weitergehender gesundheitspolitischer Veränderungen, die standardisierte Strukturen für eine gewaltopferzentrierte Versorgung ausbauen. Idealerweise in Kombination mit Förderung und Fokussierung wissenschaftlicher Studien, auf dessen Grundlage evidenzbasierte, zielgerichtete Maßnahmen eingeführt werden können. Eine stärkere Integration der Thematik in die Curricula der ärztlichen universitären Ausbildung sowie Weiter- und Fortbildungen scheint dringend notwendig für einen Ausbau von Handlungssicherheit im ärztlichen Umgang mit Opfern von häuslicher Gewalt, um nachhaltig zur Verbesserung der Gewaltopferversorgung, auch im Sinne der Istanbuler Konvention, beizutragen. Auf neue Erkenntnisse lässt hierbei eine Prävalenzstudie mit Start im Jahr 2021 hoffen, die Ergebnisse zum Thema Gewaltbetroffenheit von Frauen und Männern generieren wird.

Domestic violence is omnipresent and can have extensive consequences on the health of victims, as well as social and economic impacts. General practitioners (GP's) play a key role in the intervention cascade in victim care; thus, their actions significantly influence the escalation of care.

In the present study, general practitioners and practice-based internists (n=2936) from Hamburg (n=1571) and Schleswig-Holstein (n=1365) were interviewed via a faxed standardised questionnaire regarding victims of domestic violence. The aim of the study was to obtain data for the purpose of assessing the degree of confidence physicians have in their skills regarding this topic. According to the results of the study, the willingness and need for

further training was demonstrated by findings of subjectively perceived uncertainties and apparent deficits in medical competencies. The results of 470 returned questionnaires (16,9 %), along with one follow-up survey, were included in the evaluation.

Most of the physicians surveyed were confronted with the topic of domestic violence “at least once a year” and usually registered 1-2 cases per year. Underage victims were recognised infrequently. Geographically, the detection of victims of domestic violence overall was higher among doctors in Schleswig-Holstein.

Regarding the forms of domestic violence, confrontation with the topic seems to be greater in GP practices in Schleswig-Holstein, since all forms of violence were identified there more commonly. Social and economic violence were less frequently associated with domestic violence than physical, psychological, and sexualised violence. Doctors are aware of their crucial role in the care of victims of violence as they are often the first point of contact. However, in regards to dealing with victims of domestic violence, uncertainties exist in practice, particularly in the securing of evidence and documentation. Documentation is mostly undertaken in a non-standardised manner, instead of using a structured and standardised documentation system. Only about one fifth of all respondents had ever contacted an institute of forensic medicine before; in general, physicians based in Hamburg have done so more often compared to those in Schleswig-Holstein. Feeling confident in recognising victims of domestic violence was stated in only about half of the doctors surveyed. In comparison, doctors’ competencies in addressing the topic, taking an anamnesis, and examining victims showed to be more developed. An increased sense of confidence was observed when medical council guidelines were known and implemented and when the topic of domestic violence was integrated into university medical training, and further education. The majority of surveyed physicians were in favour of additional training on “police and legal measures” and “reporting and documentation”- aspects which, according to the questionnaire, demonstrated deficits in medical skill competencies. Furthermore, there is potential for improvement in the knowledge and cooperation with counselling centres and forensic medical institutes.

In summary, there is a need for further changes in health policy that expands standardised structures for violence victim-centred care. Ideally, in combination with the promotion and focus on scientific studies, with which evidence-based, targeted measures can be introduced.

A stronger integration of the topic into the curricula of medical university education as well as into further training schemes is an urgent necessity to increase physician confidence in dealing with victims of domestic violence. This would allow for improved victim of violence care, in accordance with the Istanbul Convention. A prevalence study is planned to be undertaken in 2021, with the aim to generate new findings on the topic of victims of violence involving both, females and males.

6. Literaturverzeichnis

Anders S, Püschel K (2003): Die neue Approbationsordnung für Ärzte. Rechtsmedizin 13(2): 66-68.

Anders S, Schwenn A, Püschel K (2007): Studentische Ausbildung im Fach Rechtsmedizin in Deutschland. Rechtsmedizin 17(3): 153-158.

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

Ärzttekammer Berlin (o.D.): S.I.G.N.A.L.-Basisfortbildung. „Wenn Partnerschaft verletzend wird...“. Kompetent (be-)handeln bei häuslicher Gewalt.
https://www.aerztekammer-berlin.de/10arzt/25_Aerztl_Fb/12_Fortbildungen_AEKB/02_InterdisziplinaereVeranstaltungen/Haeusliche-Gewalt/Flyer_SIGNAL_BasisFB.pdf
[Zugriff: 02.02.2021].

Ärzttekammer Hamburg (2006; aktualisiert 2010): Leitfaden „Häusliche Gewalt“. Hinweise zu Diagnostik, Dokumentation und Fallmanagement. Aktualisiert Juli 2010.
https://www.aerztekammer-hamburg.org/files/aerztekammer_hamburg/wissenswertes/gewalt/leitfaden_haeusl_gewalt_18_10_10.pdf [Zugriff:03.06.2021].

Beck T, Trawöger I, Riedl D, Lampe A (2020): Sensibilisierungstrainings gegenüber häuslicher Gewalt für medizinisches Fachpersonal. Sind diese auch effizient? Neuropsychiatrie 34(2): 61-65.
<https://link.springer.com/content/pdf/10.1007/s40211-020-00338-w.pdf>
[Zugriff: 02.02.2021].

- Bock M (2003): Häusliche Gewalt – ein Problemaufriss aus kriminologischer Sicht. Landeszentrale für politische Bildung Baden-Württemberg. Der Bürger im Staat. 1/2003: 25-31.
- Bogner K, Landrock U (2015): Antworttendenzen in standardisierten Umfragen (Version 1.1). Mannheim. GESIS – Leibniz-Institut für Sozialwissenschaften.
- Brogden M, Harkin S (2000): Male Victims of domestic violence. Report to the Northern Ireland domestic violence forum. Institute of Criminology. Queen's University Belfast.
- Brunotte D (2006): Interaktion in hausärztlichen Praxen als Parameter für die Identifikation psychischer/psychosomatischer Störungen. Dissertation. Habilitationsschrift. Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf.
- Brzank P (2009): Häusliche Gewalt gegen Frauen: sozioökonomische Folgen und gesellschaftliche Kosten. Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz 52(3): 330-338.
- Brzank P (2012): Wege aus der Partnergewalt. Frauen auf der Suche nach Hilfe. Wiesbaden. VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Brzank P, Blättner B (2010): Screening nach Gewalt gegen Frauen durch den Partner. Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz 53(2): 221-232.
- Brzank P, Hellbernd H, Maschewsky-Schneider U (2004): Häusliche Gewalt gegen Frauen: Gesundheitsfolgen und Versorgungsbedarf-Ergebnisse einer Befragung von Erste-Hilfe-Patientinnen im Rahmen der S.I.G.N.A.L.-Begleitforschung. Das Gesundheitswesen 66(3): 164-169.

Bundesärztekammer (2002): Beschlussprotokoll 105. Dt. Ärztetag 2002. Zu Punkt VI der Tagesordnung: Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer. Geschlechtsspezifische Fragen der Gesundheitsversorgung / Häusliche Gewalt in der Familie.

<https://www.bundesaerztekammer.de/aerztetag/beschlussprotokolle-ab-1996/105-daet-2002/zu-punkt-vi-der-tagesordnung-taetigkeitsbericht-der-bundesaerztekammer/geschlechtsspezifische-fragen-der-gesundheitsversorgung-haeusliche-gewalt-in-der-familie/> [Zugriff: 05.10.2020].

Bundesärztekammer (2007): Beschlussprotokoll des 110. Deutschen Ärztetages. Münster. 05.-18.Mai 2007.

https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/DAETBeschlussprotokoll20070822a.pdf [Zugriff: 05.10.2020].

Bundesärztekammer (2015): Beschlussprotokoll des 118. Deutschen Ärztetages. Frankfurt am Main. 12.-15. Mai 2015.

https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/118._DAET/118DAETBeschlussprotokoll20150515.pdf [Zugriff: 05.10.2020].

Bundesärztekammer (2018a): (Muster-)Weiterbildungsordnung 2018 in der Fassung vom 12./13.11.2020. Berlin.

https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/Weiterbildung/20201112_13_MWBO-2018.pdf [Zugriff: 05.10.2020].

Bundesärztekammer (2018b): Beschlussprotokoll des 121. Deutschen Ärztetages. Erfurt. 08.-11. Mai 2018.

https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/121.DAET/121_Beschlussprotokoll.pdf [Zugriff: 05.10.2020].

Bundesärztekammer (2021): (Muster-)Berufsordnung für die in Deutschland tätigen Ärztinnen und Ärzte in der Fassung des Beschlusses des 124. Deutschen Ärztetages vom 5. Mai 2021 in Berlin. Deutsches Ärzteblatt 118(23). A-1184.

[https://www.aerzteblatt.de/archiv/219411/\(Muster-\)Berufsordnung-fuer-die-in-Deutschland-taetigen-Aerztinnen-und-Aerzte](https://www.aerzteblatt.de/archiv/219411/(Muster-)Berufsordnung-fuer-die-in-Deutschland-taetigen-Aerztinnen-und-Aerzte) [Zugriff: 05.10.2021].

Bundesgesetzblatt (2002): Approbationsordnung für Ärzte vom 27. Juni 2002. Bonn. Teil 1(44): 2405–2435.

Bundeskriminalamt (2020a): Partnerschaftsgewalt. Kriminalstatistische Auswertung. Berichtsjahr 2019. Wiesbaden: Eigendruck.
https://www.bka.de/SharedDocs/Downloads/DE/Publikationen/JahresberichteUndLagebilder/Partnerschaftsgewalt/Partnerschaftsgewalt_2019.html;jsessionid=8F9BFBA1198B91FDDFBFFB91A790935D.live0601?nn=63476 [Zugriff: 01.10.2020].

Bundeskriminalamt (2020b): Polizeiliche Kriminalstatistik. Bundesrepublik Deutschland. PKS-Kompakt 2019. Gewaltkriminalität. 2. Ausgabe.
<https://www.bka.de/SharedDocs/Downloads/DE/Publikationen/PolizeilicheKriminalstatistik/2019/FachlicheBroschueren/PKS-Kompakt-Gewaltkriminalit%C3%A4t.html?nn=46948> [Zugriff: 01.10.2020].

Bundesministerium für Arbeit und Soziales (2020): Soziales Entschädigungsrecht neu geregelt und deutlich verbessert. Pressemitteilung.
<https://www.bmas.de/DE/Service/Presse/Meldungen/2020/neue-gesetze-soziales-entschaedigungsrecht.html> [Zugriff: 03.02.2021].

Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) (2017): Masterplan Medizinstudium 2020. Beschlusstext. Berlin.
https://www.bmbf.de/bmbf/shareddocs/downloads/files/2017-03-31_masterplan-beschlusstext.pdf;jsessionid=84A009E218BDF73C62BC2B6A454660C8.live381?__blob=publicationFile&v=1 [Zugriff: 05.02.2021].

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) (2002): Standards und Empfehlungen für die Aus- und Weiterbildung zum Thema Häusliche Gewalt. Insbesondere zu Einführung und Umsetzung des neuen Gewaltschutzgesetzes. Nr. 92/2002.
<https://www.bmfsfj.de/resource/blob/84244/c69a8048cad0865757ac68d09e00d78d/gewalt-standards-aus-und-fortbildung-haeusliche-data.pdf> [Zugriff: 10.02.2021].

- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) (2004a):
Lebenssituation, Sicherheit und Gesundheit von Frauen in Deutschland. Eine repräsentative Untersuchung zu Gewalt gegen Frauen in Deutschland – Zusammenfassung zentraler Studienergebnisse –.
<https://docplayer.org/20751811-Lebenssituation-sicherheit-und-gesundheit-von-frauen-in-deutschland-eine-repraesentative-untersuchung-zu-gewalt-gegen-frauen-in-deutschland.html> [Zugriff: 12.02.2021].
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) (2004b): Gewalt gegen Männer. Personale Gewaltwiderfahrnisse von Männern in Deutschland. Ergebnisse einer Pilotstudie im Auftrag des BMFSFJ. Berlin: Eigendruck.
<https://www.bmfsfj.de/resource/blob/84590/a3184b9f324b6ccc05bdfc83ac03951e/studie-gewalt-maenner-langfassung-data.pdf> [Zugriff: 6.11.2020].
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) und Bundesministerium der Justiz und Verbraucherschutz (BMJV) (2019): Mehr Schutz bei häuslicher Gewalt. Informationen zum Gewaltschutzgesetz.
https://www.bmjv.de/SharedDocs/Publikationen/DE/Schutz_haeusliche_Gewalt.pdf?__blob=publicationFile&v=22 [Zugriff: 20.07.2020].
- Bundesministerium für Justiz und Verbraucherschutz (BMJV) (2021): Gesetzesentwurf der Bundesregierung. Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Strafgesetzbuches – effektivere Bekämpfung von Nachstellungen und bessere Erfassung des Cyberstalkings.
https://www.bmjv.de/SharedDocs/Gesetzgebungsverfahren/Dokumente/RegE_Cyberstalking.pdf?__blob=publicationFile&v=3 [Zugriff: 04.04.2021].
- Bussmann KD (2007): Gewalt in der Familie. In: Ecarius J (Hrsg.). Handbuch Familie. Wiesbaden. VS Verlag für Sozialwissenschaften: 637-652.
- Büttner M (Hrsg.) (2020): Handbuch häusliche Gewalt. Schattauer.

- Charité – Universitätsmedizin Berlin (2018): Amtliches Mitteilungsblatt. Studienordnung des Modellstudiengang Medizin der Charité – Universitätsmedizin Berlin. 08.05.2018. Nr. 210.
https://www.charite.de/fileadmin/user_upload/portal/charite/presse/publikationen/aml-mitteilungsblatt/2018/AMB180508-210.pdf [Zugriff: 02.03.2021].
- CoE – Council of Europe (2011): Übereinkommen des Europarates zur Verhütung und Bekämpfung von Gewalt gegen Frauen und häuslicher Gewalt und erläuternder Bericht. Istanbul. Council of Europe Treaty Series No. 210.
<https://rm.coe.int/1680462535> [Zugriff: 09.09.2020].
- Cohen J (1988): Statistical power analysis for the behavioral sciences. Second Edition. Hillsdale, NJ. Lawrence Erlbaum Associate.
- Davis JW (2008): Domestic violence: the “rule of thumb”: 2008 Western Trauma Association presidential address. Journal of Trauma and Acute Care Surgery 65(5): 969-974.
- Deutscher Bundestag (2019a): Drucksache 19/13824. Gesetzesentwurf der Bundesregierung. Entwurf eines Gesetzes zur Regelung des Sozialen Entschädigungsrechts.
<https://dip21.bundestag.de/dip21/btd/19/138/1913824.pdf> [Zugriff: 03.02.2021].
- Deutscher Bundestag (2019b): Abschlussdrucksache 19(11)505. Zusammenfassung der schriftlichen Stellungnahmen.
<https://www.bundestag.de/resource/blob/664210/73a296022cc359f26cb8f7c1a5174950/Materialzusammenstellung-Soz-Entschaedigungsrecht-data.pdf>
[Zugriff: 03.02.2021].
- Dillman DA (1978): Mail and Telephone Surveys: The Total Design Method. New York. Wiley.
- Dlugosch S (2010): Mittendrin oder nur dabei? Miterleben häuslicher Gewalt in der Kindheit und seine Folgen für die Identitätsentwicklung. Wiesbaden. VS Verlag für Sozialwissenschaften.

- Elmer E (1979): Child abuse and family stress. *Journal of Social Issues* 35(2): 60-71.
- Elliot L, Nerney M, Jones T, Friedmann PD (2002): Barriers to screening for domestic violence. *Journal of general internal medicine* 17(2): 112-116.
- Epple F, Cory I, Schellong J (2011): Häusliche Gewalt bei Patienten – durch medizinische Fachkräfte vermutlich unterschätzt. Eine Vollerhebung bei Dresdner und Chemnitzer niedergelassenen medizinischen Fachkräften und solchen des Dresdener Universitätsklinikums. *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen* 105(6): 452-458.
- Erickson MJ, Hill TD, Siegel RM (2001): Barriers to domestic violence screening in the pediatric setting. *Pediatrics* 108(1): 98-102.
- Fabry G, Fischer MR (2014): Das Medizinstudium in Deutschland – Work in Progress. *GMS Zeitschrift Für Medizinische Ausbildung* 31(3).
- Fanslow JL, Norton RN, Robinson EM, Spinola CG (1998): Outcome evaluation of an emergency department protocol of care on partner abuse. *Aust N Z J Public Health* 22(5): 598–603.
- Farrington KM (1980): Stress and family violence. In: Straus MA, Hotaling GT (Hrsg). *The social causes of husband-to-wife violence*. University of Minnesota: 94-114.
- Fegert JM, Jud A, Plener PL (2013): Kinder- und Betroffenenenschutz in der Medizin. *Nervenheilkunde* 32(11): 834-840.
- Fischer L (2020): Akutversorgung nach sexualisierter Gewalt: Zur Umsetzung von Artikel 25 der Istanbul-Konvention in Deutschland. (Analyse / Deutsches Institut für Menschenrechte). Berlin. Deutsches Institut für Menschenrechte.
<https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-71279-0> [Zugriff: 27.10.2021].

- Follingstad DR, Ruthledge LL, Berg BJ, Hause ES, Polek DS (1990): The role of emotional abuse in physically abusive relationships. *Journal of family violence* 5(2): 107-120.
- FRA - European Union Agency For Fundamental Rights (2014): Violence against women: an EU-wide survey. Results at a glance. Deutsche Übersetzung der Agentur der Europäischen Union für Grundrechte (2014): Gewalt gegen Frauen: eine EU-weite Erhebung. Ergebnisse auf einen Blick
https://fra.europa.eu/sites/default/files/fra_uploads/fra-2014-vaw-survey-at-a-glance-oct14_de.pdf [Zugriff: 01.10.2020].
- Franke B, Seifert D, Anders S, Schröder J, Heinemann A (2004): Gewaltforschung zum Thema „häusliche Gewalt“ aus kriminologischer Sicht. *Rechtsmedizin* 14(3): 194-199.
- Fritzsche K, Schweickhardt A (2020): Die Gestaltung der Arzt-Patient-Beziehung. In: Fritzsche K, Wirsching M (Hrsg.). *Basiswissen Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*. 2. Auflage. Wiesbaden. Springer-Verlag: 57-70.
- Gelles RJ (2002): Gewalt in der Familie. In: Heitmeyer W, Hagan J (Hrsg.) *Internationales Handbuch der Gewaltforschung*. Wiesbaden. VS Verlag für Sozialwissenschaften: 1043-1077.
- Gerbert B, Gansky SA, Tang JW, McPhee SJ, Carlton R, Herzig K, Danley D, Caspers N (2002): Domestic violence compared to other health risks: a survey of physicians' beliefs and behaviors. *American journal of preventive medicine* 23(2): 82-90.
- Gerlach K (2013): Häusliche Gewalt. In: Grassberger M, Türk E, Yen K (Hrsg.). *Klinisch forensische Medizin. Interdisziplinärer Praxisleitfaden für Ärzte, Pflegekräfte, Juristen und Betreuer von Gewaltopfern*. Wien. Springer-Verlag: 228-242.
- GiG-net – Forschungsnetz Gewalt im Geschlechterverhältnis (Hrsg.) (2008): *Gewalt ist nicht geschlechtsneutral. Ausmaße, Formen und Kontexte. Gewalt im Geschlechterverhältnis: Erkenntnisse und Konsequenzen für Politik, Wissenschaft und soziale Praxis*. Opladen & Farmington Hills. Verlag Barbara Budrich: 19-48.

- Godenzi A (1994): Gewalt im sozialen Nahraum. Basel. Helbing & Lichtenhahn.
- Graß H, Berendes L, Mützel E, Preuss R, Ritz-Timme S (2013): Medizinische Intervention gegen Gewalt an Frauen. Ergebnisse eines Modellprojekts. Rechtsmedizin 23(3): 180-185.
- Graß HL, Gahr B, Ritz-Timme S (2016): Umgang mit Opfern von häuslicher Gewalt in der ärztlichen Praxis. Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz 59(1): 81-87.
- Graß H, Ritz-Timme S (2005): Rechtsmedizinische Kompetenz im Netzwerk gegen häusliche Gewalt. Journal Netzwerk Frauenforschung NRW 19: 49-51.
- Graß H, Rothschild MA (2004): Klinische Rechtsmedizin. Aufgaben und Herausforderungen im Rahmen der medizinischen Betreuung von Opfern häuslicher Gewalt. Rechtsmedizin 14(3): 188-192.
- Grafl C (2013): Phänomen Gewalt. In: Grassberger M, Türk E, Yen K. Klinisch forensische Medizin. Interdisziplinärer Praxisleitfaden für Ärzte, Pflegekräfte, Juristen und Betreuer von Gewaltopfern. Wien. Springer-Verlag: 16-24.
- Guse AH, Kuhlmeier A (2018): Modellstudiengänge in der Medizin. Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz 61(2): 132-140.
- Habermehl A (1999): Gewalt in der Familie. Ausmaß und Ursachen körperlicher Gewalt. In: Albrecht G, Gronemeyer A, Stahlberg FW (Hrsg.). Handbuch soziale Probleme. Wiesbaden. VS Verlag für Sozialwissenschaften: 419-433.
- Hagemann-White C (2006): Gemeinsamkeiten und Unterschiede der Gewalt gegen Frauen und Männer. In: Heitmeyer W, Schrötle M (Hrsg.). Gewalt, Beschreibungen, Analysen, Prävention. Bonn. Bundeszentrale für politische Bildung: 117-123.

- Hagemann-White C, Bohne S (2003): Versorgungsbedarf und Anforderungen an Professionelle im Gesundheitswesen im Problembereich Gewalt gegen Frauen und Mädchen. Expertise im Auftrag der Enquetekommission „Zukunft einer frauengerechten Gesundheitsversorgung in Nordrhein-Westfalen“. Osnabrück/Düsseldorf.
<https://docplayer.org/24494710-Versorgungsbedarf-und-anforderungen-an-professionelle-im-gesundheitswesen-im-problembereich-gewalt-gegen-frauen-und-maedchen.html> [Zugriff: 12.12.2020].
- Hagemann-White C, Lenz HJ (2002): Gewalterfahrungen von Männern und Frauen. In: Hurrelmann K, Kolip P (Hrsg.). Geschlecht, Gesundheit und Krankheit. Männer und Frauen im Vergleich. Bern. Hans Huber: 460–487.
- Hansen H, Pohontsch NJ, Bole L, Schäfer I, Scherer M (2017): Regional variations of perceived problems in ambulatory care from the perspective of general practitioners and their patients - an exploratory focus group study in urban and rural regions of northern Germany. *BMC Fam Practice* 18(1): 1-13.
<https://doi.org/10.1186/s12875-017-0637-x> [Zugriff: 03.03.2021].
- Heise L, Ellsberg M, Gottemoeller M (1999): Ending violence against women. *Population reports* 27(4): 1-1.
- Hellbernd H (2006): Gewalt gegen Frauen: gesundheitliche Versorgung. Das SIGNAL Interventionsprogramm. Förderung durch das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Berlin.
- Hellbernd H, Brzank P, May A, Maschewsky-Schneider U (2005): Das S.I.G.N.A.L.-Interventionsprogramm gegen Gewalt an Frauen. *Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz* 48(3): 329-336.
- Hellbernd H, Brzank H, Wieners K, Maschewsky-Schneider U (2004): Häusliche Gewalt gegen Frauen: gesundheitliche Versorgung. Das S.I.G.N.A.L. – Interventionsprogramm. Handbuch für die Praxis. Wissenschaftlicher Bericht. Gefördert durch das BMFSFJ. Berlin. S.I.G.N.A.L. e.V.

- Hellbernd K, Wieners K (2002): Gewalt gegen Frauen im häuslichen Bereich. Gesundheitliche Folgen, Versorgungssituation und Versorgungsbedarf. Jahrbuch Kritische Medizin 36: 135-148.
- Heitmeyer W, Hagan J (2002): Gewalt. Zu den Schwierigkeiten einer systematischen internationalen Bestandsaufnahme. Internationales Handbuch der Gewaltforschung. Wiesbaden. VS Verlag für Sozialwissenschaften: 15-25.
- Hines D, Malley-Morrison K (2001): Psychological effects of partner abuse against men. A neglected research area. Psychology of Men & Masculinity 2(2): 75-85.
- Hippler HJ (1988): Methodische Aspekte schriftlicher Befragungen: Probleme und Forschungsperspektiven. Planung und Analyse 6(88): 244-248.
- 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. Berlin. Robert-Koch-Institut.
https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsT/gewalt.pdf?__blob=publicationFile [Zugriff: 07.09.2020].
- Hornstein W (1996): Gewaltbereitschaft von Kindern und Jugendlichen. In: Hilpert K (Hrsg.). Die ganz alltägliche Gewalt. Eine interdisziplinäre Annäherung. Wiesbaden. VS Verlag für Sozialwissenschaften: 19-43.
- Igney C, Ehmke J (2016): Das Opferentschädigungsgesetz – eine gute Idee mit Reformbedarf. Trauma. Zeitschrift für Psychotraumatologie und ihre Anwendungen 14(4): 64-72.
- Jungnitz J, Lenz H.J, Puchert R, Puhe H, Walter W (2007): Gewalt gegen Männer. Personale Gewaltwiderfahrnisse von Männern in Deutschland. Opladen & Farmington Hills. Verlag Barbara Budrich.

Kaselitz V, Lercher L (2002): Gewalt in der Familie. Rückblick und neue Herausforderungen. Gewaltbericht 2001. Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen Wien.

Kassenärztliche Bundesvereinigung (2018): Statistische Information aus dem Bundesarztregister. Bundesgebiet insgesamt. Stand: 31.12.2018.
<https://www.kbv.de/html/bundesarztregister.php#content6889>
[Zugriff: 31.03.2021].

Kassenärztliche Bundesvereinigung (2019): Statistische Information aus dem Bundesarztregister. Bundesgebiet insgesamt. Stand: 31.12.2019
<https://www.kbv.de/html/bundesarztregister.php#content6889>
[Zugriff: 31.03.2021].

Kienle R, Arends P, Hitzblech T (2017): Das Thema häusliche Gewalt im Medizinstudium. Gemeinsame Jahrestagung der Gesellschaft für Medizinische Ausbildung (GMA) und des Arbeitskreises zur Weiterentwicklung der Lehre in der Zahnmedizin (AKWLZ). Münster. 20.-23.09.2017. Düsseldorf: German Medical Science GMS Publishing House. 2017. Doc324.
<https://www.egms.de/static/resources/meetings/gma2017/Abstractband.pdf>
[Zugriff: 02.03.2021].

Klein S, Porst R (2000): Mail surveys: ein Literaturbericht. Mannheim. ZUMA Technischer Bericht 10.

Kolbe V, Büttner A (2020): Häusliche Gewalt gegen Männer – auch ein rechtsmedizinisches Problem? Rechtsmedizin 30(2): 88-93.

Kölch M, Allroggen M, Fegert JM (2020): Rechtliche Aspekte und ethische Fragen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. In: Kölch M, Rassenhoder M, Fegert JM (Hrsg.). Klinikmanual Kinder- und Jugendpsychiatrie und-psychotherapie. Berlin. Heidelberg. Springer: 645-656.

- Krantz G, Östergren PO (2000): The association between violence and victimization and common symptoms in Swedish woman. *Journal of Epidemiology and Community Health* 54(11): 815-821.
- Lamnek S (2002): Individuelle Rechtfertigungsstrategien von Gewalt. In: Heitmeyer W, Hagan J (Hrsg.). *Internationales Handbuch der Gewaltforschung*. Wiesbaden. VS Verlage für Sozialwissenschaften: 1379-1396.
- Lamnek S, Luedtke J, Ottermann R, Vogl S (2012): *Tatort Familie: Häusliche Gewalt im gesellschaftlichen Kontext*. 3. Auflage. Wiesbaden. Springer-Verlag.
- Lampert T, Kroll LE (2010): Armut und Gesundheit. Zahlen und Trends aus der Gesundheitsberichterstattung des Bundes. *GBE kompakt* 5/2010.
- Lenz HJ (2004): Männer als Opfer von Gewalt. Aus *Politik und Zeitgeschichte*. Bundeszentrale für politische Bildung (Hrsg.). B55-53/2004: 10-18.
- Mark H (2001): Häusliche Gewalt gegen Frauen. Ergebnisse einer Befragung niedergelassener Ärztinnen und Ärzte. Marburg. Tectum Verlag.
- Marquardt C (2014): Rechtliche Grundlagen zu Kinderrechten, Kindeswohl und Kindeswohlgefährdung. In: Fegert JM, Hoffmann U, König E, Niehues J, Liebhardt H (Hrsg.). *Sexueller Missbrauch von Kindern und Jugendlichen. Ein Handbuch zur Prävention und Intervention für Fachkräfte im medizinischen, psychotherapeutischen und pädagogischen Bereich*. Berlin. Springer Verlage: 155-164.
- May U, Ries M (2006) Umfrage: Beim Arzt gut aufgehoben. *Deutsches Ärzteblatt*. Ärztliche Mittelungen. Ausgabe A. 103(31-32): 2090-2092.
- McCauley J, Yurk RA, Jenckes MW, Ford DE (1998): Inside "Pandora's box" abused women's experiences with clinicians and health services. *Journal of general internal medicine* 13(8): 549-555.

- Menold N, Bogner K (2015): Gestaltung von Ratingskalen in Fragebögen. Mannheim. GESIS – Leibniz-Institut für Sozialwissenschaften (GESIS Survey Guidelines).
- Merse S, Tübner K (2014): Ärztlicher Umgang mit häuslicher Gewalt und sexuellem Missbrauch. In: Jahrestagung der Gesellschaft für Medizinische Ausbildung (GMA). Hamburg. 25.- 27.09.2014. Düsseldorf: German Medical Science GMS Publishing House. 2014. DocP121.
<https://www.egms.de/static/resources/meetings/gma2014/Abstractband.pdf>
 [Zugriff: 02.03.2021].
- Meysen T, Jud A, Fegert JM (2019): Bundeskinderschutzgesetz und Kinder- und Jugendpsychiatrie. In: Kölch M, Rassenhofer M, Fegert JM (Hrsg.). Klinikmanual Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, 3. Auflage. Berlin/Heidelberg. Springer Verlag: 657-667.
- MIGG – Medizinische Intervention gegen Gewalt an Frauen (2011): Curriculum zum Modellprojekt „MIGG“ – Medizinische Intervention gegen Gewalt an Frauen.
https://signal-intervention.de/sites/default/files/2020-04/MIGG_CURRICULUM_0.pdf [Zugriff: 05.10.2020].
- Ministerium für Justiz, Frauen, Jugend und Familie des Landes Schleswig-Holstein (o.D.): Diagnose: Gewalt. Leitfaden für den Umgang mit Patientinnen, die von häuslicher Gewalt betroffen sind. Kiel. Schmidt & Klaunig.
https://www.schleswig-holstein.de/DE/Landesregierung/VIII/Service/Broschueren/Broschueren_VIII/Gesundheit/DiagnoseGewalt.pdf?__blob=publicationFile&v=1 [Zugriff: 11.05.2021].
- Mosser P (2016): Erhebung (sexualisierter) Gewalt bei Männern. In: Helfferich C, Kavemann B, Kindler H (Hrsg.). Forschungsmanual Gewalt. Grundlagen der empirischen Erhebung von Gewalt in Paarbeziehungen und sexualisierter Gewalt. Wiesbaden. Springer VS: 177-190.
- Nationaler Kompetenzbasierter Lernzielkatalog Medizin 2.0 (2021)
<https://nklm.de/zend/menu/index> [Zugriff: 01.06.2021].

- Neise M, Zank S (2019): Gewalterfahrungen älterer Menschen im sozialen Nahraum. Befunde und Herausforderungen. In: Hank K, Schulz-Nieswandt F, Wagner M, Zank S (Hrsg.). *Alternforschung. Handbuch für Wissenschaft und Praxis*. Baden-Baden. Nomos Verlagsgesellschaft: 459-490.
- Nold S, Heide S, Bajanowski T, Anders S (2020): Inhaltliche und strukturelle Änderungen der rechtsmedizinischen Lehre in Deutschland. *Rechtsmedizin* 30: 225-232.
- Nyberg E, Hartman P, Stieglitz RD, Riecher-Rössler A (2008): Screening Partnergewalt. *Fortschritte der Neurologie. Psychiatrie* 76(01): 28-33.
- O'Leary DK (1988): Physical aggression between spouses. A social learning theory perspective. In: Van Hasselt VB, Morrison RL, Bellack AS., Hersen M (Hrsg.). *Handbook of family violence*. Bosten MA. Springer: 31-55.
- Parzeller M, Wenk M, Rothschild MA (2005): Zertifizierte Medizinische Fortbildung. Die ärztliche Schweigepflicht. *Deutsches Ärzteblatt* 102(5): 289-297.
- Peschers U (2004): Das unklare gynäkologische Beschwerdebild. *Der Gynäkologe* 37(1): 91-95.
- Peschers UM, Du Mont J, Jundt K, Pfuertner M, Dugan E, Kindermann G (2003): Prevalence of sexual abuse among women seeking gynecologic care in Germany. *Obstetrics & Gynecology* 101(1): 103-108.
- Pflegerl J, Cizek B (2001): Erklärungsansätze für das Phänomen Gewalt in der Familie. *Gewalt in der Familie*. Bundesministerium für Soziale Sicherheit und Generationen (Hrsg.). *Gewaltbericht*: 36-55.
- Podnieks E, Anetzberger GJ, Wilson SJ, Teaster PB, Wangmo T (2010): WorldView environmental scan on Elder Abuse. *Journal of Elder Abuse & Neglect* 22(1-2): 164-179.
<https://doi.org/10.1080/08946560903445974> [Zugriff: 05.11.2020].

- Pohontsch NJ, Hansen H, Schäfer I, Scherer M (2018): General practitioners' perception of being a doctor in urban vs. rural regions in Germany - A focus group study. *Family Practice* 35(2): 209–215.
<https://doi.org/10.1093/fampra/cmz083> [Zugriff: 03.03.2021].
- Popp U (1997): Geschlechtersozialisation und Gewalt an Schulen. In: Holtappel HG, Heitmeyer W, Melzer W, Tillmann KJ (Hrsg.). *Forschung über Gewalt an Schulen. Erscheinungsformen und Ursachen, Konzepte und Prävention. Forschung über Gewalt an Schulen*. Juventa Weinheim: 207-223.
- Porst R (1999): Thematik oder Incentives? Zur Erhöhung der Rücklaufquoten bei postalischen Befragungen. *Zuma Nachrichten* 23(45): 72-87.
- Preisendörfer P, Wolter F (2014): Who is telling the truth? A validation study on determinants of response behavior in surveys. *Public Opinion Quarterly* 78(1): 126-146.
- Puchert R, Walter W, Jungnitz L, Lenz HJ, Puhe H (2007): Einleitung. In: Jungnitz L, Lenz HJ, Puchert R, Puhe H, Walter W (Hrsg.). *Gewalt gegen Männer. Personale Gewaltwiderfahrnisse von Männern in Deutschland*. Opladen & Farmington Hills. Verlag Barbara Budrich: 11-34.
- Puchert R, Jungnitz L, Schröttle M, Mecke D, Schrimpf N, Hornberg C (2013): Lebenssituation und Belastung von Männern mit Behinderungen und Beeinträchtigungen in Deutschland Haushaltsbefragung. *Forschungsbericht Sozialforschung*. 435. Bielefeld. Berlin. München. Bundesministerium für Arbeit und Soziales.
https://pub.uni-bielefeld.de/download/2606815/2644852/Lebenssituation_Maenner_mit_Behinderungen_Abschlussbericht.pdf [Zugriff: 01.10.2020].
- Riebel M (2020): Die Corona-Krise als Ursache häuslicher Gewalt? *NK Neue Kriminalpolitik* 32(2): 304-320.

- Rodriguez MA, Szkupinski Quiroga S, Bauer HM (1996): Breaking the silence. Battered women's perspective on medical Care. Arch. Fam. Med 5: 153-158.
- Rodriguez MA et al. (1999): Screening and intervention for intimate partner abuse: practices and attitudes of primary care physicians. Jama 282 (5): 468– 474.
- Rönnerberg AKM, Hammarström A (2000): Barriers within the health care system to dealing with sexualized violence: a literature review. Scandinavian Journal of Public Health 28(3): 222-229.
- Rosin C, Hennings E, Gerlach K, Wieners K, Winterholler M, Heierle-Duberow A, Tschudin S, Nickel C, Bingisser R (2020): Notfallsituation: häusliche Gewalt. Swiss Medical Forum 20(15-16): 250-255.
- Sacco S (2017): Häusliche Gewalt. Kostenstudie für Deutschland. Gewalt gegen Frauen in (ehemaligen) Partnerschaften. Hamburg. Tredition GmbH.
- Sautter D, Winterholler M (2020): S.I.G.N.A.L. – Intervention bei häuslicher Gewalt in Kliniken und Arztpraxen. In: Büttner M (Hrsg.). Handbuch Häusliche Gewalt. Stuttgart. Schattauer: 182-193.
- Sellach B, Kühner H, Landgrebe G, Landgrebe P (2011): Implementierungsleitfaden zur Einführung der Interventionsstandards in die medizinische Versorgung von Frauen. Berlin. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend.
<https://www.bmfsfj.de/resource/blob/94018/bb855bd14e2950c2c3b2389b76182b74/implementierungsleitfaden-data.pdf> [Zugriff: 11.11.2020].
- Schepker R, Fegert JM (2019): Referentenentwurf des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales zu einem Gesetz zur Regelung des Sozialen Entschädigungsrechts (SGB XIV). Zeitschrift für Kinder-und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie 47(2): 176-182.
<https://econtent.hogrefe.com/doi/pdf/10.1024/1422-4917/a000654>
[Zugriff: 09.03.2021].

- Schmitt B (2007): Kriminologie, Jugendstrafrecht, Strafvollzug. 3. Auflage. Münster. Verlag Alpmann und Schmidt.
- Schmuel E, Schenker JG (1998): Violence against women: the physician's role. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology* 80(2): 239-245.
- Schrötle M (2010): Kritische Anmerkungen zur These der Gendersymmetrie bei Gewalt in Paarbeziehungen. *GENDER–Zeitschrift für Geschlecht, Kultur und Gesellschaft* 2(1): 133-151.
- Schrötle M (2016): Methodische Anforderungen an Gewaltprävalenzstudien im Bereich Gewalt gegen Frauen (und Männer). In: Helfferich C, Kavemann B, Kindler H. Springer (Hrsg.). *Forschungsmanual Gewalt. Grundlagen der empirischen Erhebung von Gewalt in Paarbeziehungen und sexualisierter Gewalt*. Wiesbaden. Springer VS: 101-120.
- Schrötle M (2017): Gewalt in Paarbeziehungen. Expertise für den Zweiten Gleichstellungsbericht der Bundesregierung. Berlin. Institut für Sozialarbeit und Sozialpädagogik e.V. Geschäftsstelle Zweiter Gleichstellungsbericht der Bundesregierung.
www.gleichstellungsbericht.de/kontext/controllers/document.php/35.b/6/895b92.pdf [Zugriff: 01.10.2020].
- Schrötle M, Ansorge N (2008): Gewalt gegen Frauen in Paarbeziehungen – eine sekundäranalytische Auswertung zur Differenzierung von Schweregraden, Mustern, Risikofaktoren und Unterstützung nach erlebter Gewalt. Im Auftrag des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend.
<https://www.bmfsfj.de/resource/blob/93968/f832e76ee67a623b4d0cdfd3ea952897/gewalt-paarbeziehung-langfassung-data.pdf> [Zugriff: 01.10.2020].

- Schröttle M, Khelaifat N (2007): Gesundheit – Gewalt – Migration. Eine vergleichende Sekundäranalyse zur gesundheitlichen und sozialen Situation und Gewaltbetroffenheit von Frauen mit und ohne Migrationshintergrund in Deutschland. Berlin. Im Auftrag des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend.
<https://www.bmfsfj.de/resource/blob/93964/588d6d5da075d2803f8696dfbbe3d35c/gesundheits-gewalt-migration-langfassung-studie-data.pdf> [Zugriff: 01.10.2020].
- Schröttle M, Müller U (2004): Lebenssituation, Sicherheit und Gesundheit von Frauen in Deutschland. Eine repräsentative Untersuchung zu Gewalt gegen Frauen in Deutschland. Berlin. Im Auftrag des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend.
<https://www.bmfsfj.de/resource/blob/84328/0c83aab6e685eeddc01712109bcb02b0/langfassung-studie-frauen-teil-eins-data.pdf> [Zugriff: 28.05.2020].
- Schröttle M, Hornnberg C, Glammeier S, Sellach B, Kavemann B, Puhe H, Zinsmeister J (2012): Lebenssituation und Belastungen von Frauen mit Beeinträchtigungen und Behinderungen in Deutschland. Kurzfassung. Berlin. Im Auftrag des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend.
<https://www.bmfsfj.de/resource/blob/94204/3bf4ebb02f108a31d5906d75dd9af8cf/lebenssituation-und-belastungen-von-frauen-mit-behinderungen-kurzfassung-data.pdf> [Zugriff: 01.10.2020].
- Schulze S (2016): Frauengesundheit in der Schwangerschaft - Bedarfsanalyse für ein Screening nach Gewalt in der Schwangerschaft. Dissertation. Medizinische Fakultät Charité – Universitätsmedizin Berlin.
http://emedien3.sub.uni-hamburg.de/han/sfx/https/refubium.fu-berlin.de/bitstream/handle/fub188/4652/Schulze_Susen_Diss.pdf;jsessionid=CE0837576CA9BA92AE154B6D1D90388F?sequence=1 [Zugriff: 20.02.2021]
- Schwarz S (2020): Gewalt gegen Frauen in heterosexuellen Partnerschaften. In: Büttner M (Hrsg.). Handbuch häusliche Gewalt. Schattauer: 47-58.

- Schwenn A (2008): Studentische Ausbildung im Fach Rechtsmedizin in Deutschland. Dissertation. Medizinische Fakultät der Universität Hamburg. <https://ediss.sub.uni-hamburg.de/bitstream/ediss/2624/1/dissertation.pdf> [Zugriff: 02.10.2020].
- Schwind HD (2010): Kriminologie. Eine praxisorientierte Einführung mit Beispielen. CF Müller GmbH.
- Schwithal B (2005): Weibliche Gewalt in Partnerschaften. Eine synontologische Untersuchung. Norderstedt. Books on Demand GmbH.
- Seifert D, Heinemann A, Püschel K (2006): Frauen und Kinder als Opfer häuslicher Gewalt. Deutsches Ärzteblatt 103(33): A2168-2173.
- Sellach B (2016): Die Bedeutung von Gewalt im System der Gesundheitsversorgung am Beispiel des Modellprojektes „Medizinische Intervention gegen Gewalt“. In: Hornberg C, Pauli A, Wrede B (Hrsg.). Medizin-Gesundheit-Geschlecht. Wiesbaden. Springer VS: 323-341.
- Sellach B, Kühner H, Landgrebe G, Landgrebe P (2011): Implementierungsleitfaden zur Einführung der Interventionsstandards in die medizinische Versorgung von Frauen. Berlin. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. <https://www.bmfsfj.de/resource/blob/94018/bb855bd14e2950c2c3b2389b76182b74/implementierungsleitfaden-data.pdf> [Zugriff: 11.11.2020].
- S.I.G.N.A.L. e.V. (2019a): Curricula zur Aus- und Fortbildung von Gesundheitsfachkräften zur Intervention und Ersthilfe nach häuslicher und sexualisierter Gewalt. https://www.signal-intervention.de/sites/default/files/2020-04/19_8_29_%C3%BCbersicht_Curricula_2019.pdf [Zugriff: 05.10.2020].

S.I.G.N.A.L. e.V. (2019b): Deutsche Ärztetage: Anträge zum Thema „Häusliche/Sexuelle Gewalt“ ab 2002 sowie Ergebnisse der Beratungen.
https://www.signal-intervention.de/sites/default/files/2020-05/2019_11_04_Antraege_Deutsche_Aerztetage_hG_sG.pdf [Zugriff: 05.10.2020].

S.I.G.N.A.L. e.V. (2019c): Newsletter der S.I.G.N.A.L.-Koordinierungsstelle.
S.I.G.N.A.L. e.V. Berlin
https://www.signal-intervention.de/sites/default/files/2020-06/S.I.G.N.A.L.%20Koordinierungsstelle%20Newsletter%202008_2019.pdf
[Zugriff: 05.10.2020].

S.I.G.N.A.L. e.V. (2020a): Unterrichtsangebot für Berliner Pflegeschulen: Häusliche Gewalt – Erkennen und Handeln in der Gesundheitsversorgung.
Koordinierungsstelle S.I.G.N.A.L. e.V. Berlin.
<https://www.signal-intervention.de/sites/default/files/2021-02/SIGNAL%20Angebot%20Unterricht%20Pflegeschulen.pdf> [Zugriff: 02.02.2020].

S.I.G.N.A.L. e.V. (2020b): Leitfäden für die Intervention in der Gesundheitsversorgung bei häuslicher und sexualisierter Gewalt. Leitfäden und Empfehlungen in den Bundesländern.
https://www.signal-intervention.de/sites/default/files/2020-06/2020_06_10%20Uebersicht_Leitfaeden_Gesundheit_final_0.pdf
[Zugriff: 03.03.2021].

Snider C, Webster D, O’Sullivan CS, Campbell J (2009): Intimate Partner Violence: Development of a Brief Risk Assessment for the Emergency Department.
Academic Emergency Medicine 16(11): 1208-1216.

Statistisches Amt für Hamburg und Schleswig-Holstein (2020): Kreise und Städte in Schleswig-Holstein im Vergleich. Bevölkerung 2019. Hamburg. Schleswig-Holstein. regional. Band 1.
https://www.statistik-nord.de/fileadmin/Dokumente/NORD.regional/Schleswig-Holstein.regional/Band_1_-_Bevoelkerung/SH_regional_Band_1_2019.pdf
[Zugriff: 03.02.2021].

Steingen A (Hrsg.) (2020): Häusliche Gewalt. Handbuch der Täterarbeit. Göttingen. Vandenhoeck & Ruprecht.

Stewart MA (1995): Effective physician-patient communication and health outcomes: a review. CMAJ: Canadian medical association journal 152(9): 1423-1433.

Sugg N. K. et al. (1999): Domestic violence and primary care. Attitudes, practices, and beliefs. Arch Fam Med 8(4): 301-306.

Swanberg JE, Macke C (2006): Intimate partner violence and the workplace: Consequences and disclosure. Affilia 21(4): 391-406.

Thole W, Baader M, Helsper W, Kappeler M, Leuzinger-Bohleber M, Reh S, Sielert U, Thompson C (Hrsg.) (2012): Sexualisierte Gewalt, Macht und Pädagogik. Opladen. Verlag Barbara Budrich.

Todt M, Awe M, Roesler B, Germerott T, Dbertin A.S, Fieguth A (2016): Häusliche Gewalt. Daten, Fakten und Herausforderungen. Rechtsmedizin 26(6): 499-506.

Von Jagow G, Lohölter R (2006): Die neue Ärztliche Approbationsordnung. Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz 49(4): 330-336.

Wahl K (2009): Aggression und Gewalt. Ein biologischer, psychologischer und sozialwissenschaftlicher Überblick. Springer-Verlag.

- Walker LE (2016): The battered woman syndrome. 4th edition. Springer publishing company.
- Walter W, Lenz HJ, Puchert R (2007): Gewalt in Lebensgemeinschaften. In: Jungnitz L, Lenz HJ, Puchert R, Puhe H, Walter W (Hrsg.). Gewalt gegen Männer. Personale Gewaltwiderfahrnisse von Männern in Deutschland. Opladen & Farmington Hills. Verlag Barbara Budrich: 139-195.
- Waters H, Hyder A, Rajkotia Y, Basu Y, Rehwinkel S, Butchart JA (2004): The economic dimensions of interpersonal violence. Genf. WHO.
- Weber A, Hörmann G, Heipertz W (2007): Arbeitslosigkeit und Gesundheit aus sozialmedizinischer Sicht. Deutsches Ärzteblatt 104(43): A2957-A2962.
- WEISSER RING e.V. (2020): Staatliche Opferentschädigung in Deutschland im Jahr 2020.
<https://weisser-ring.de/statistiken-zur-staatlichen-opferentschaedigung> [Zugriff: 12.11.2020].
- West CM, Carolyn M, Williams LM, Siegel JA (2000): Adult sexual revictimization among Black women sexually abused in childhood. A prospective examination of serious consequences of abuse. Child maltreatment 5(1): 49-57.
- WHO (2003): World report on violence and health: Summary. Geneva. Weltbericht Gewalt und Gesundheit. Zusammenfassung Europa. Regionalbüro Europa Kopenhagen.
https://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en/summary_ge.pdf [Zugriff: 21.7.2020].
- WHO (2013a): Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence. World Health Organization.
<https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/302733/retrieve> [Zugriff: 25.10.2020].

- WHO (2013b): Responding to intimate partner violence and sexual violence against women. WHO clinical and policy guidelines. World Health Organization.
https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/85240/9789241548595_eng.pdf?sequence=1 [Zugriff: 25.10.2020].
- WHO (2013c): Responding to intimate partner violence and sexual violence against women. WHO clinical and policy guidelines. Deutsche Übersetzung des S.I.G.N.A.L. e.V. Umgang mit Gewalt in Paarbeziehungen und mit sexueller Gewalt gegen Frauen. Leitlinien der WHO für Gesundheitsversorgung und Gesundheitspolitik. 2. Auflage 2018.
https://www.signal-intervention.de/sites/default/files/2020-04/WHO_Broschuere_4_9_18_web.pdf [Zugriff: 25.10.2020].
- WHO (2014a): Health care for woman subjected to intimate partner violence or sexual violence. A clinical handbook. World Health Organization.
https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/136101/WHO_RHR_14.26_eng.pdf [Zugriff: 25.10.2020].
- WHO (2014b): Health care for woman subjected to intimate partner violence or sexual violence. A clinical handbook. Deutsche Übersetzung des S.I.G.N.A.L. e.V. Gesundheitliche Versorgung von Frauen, die Gewalt erfahren haben. Klinisches Handbuch der WHO.
https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/136101/WHO_RHR_14.26_ger.pdf;jsessionid=4EE0A826A691CFED72218DE47D76CE6D?sequence=5 [Zugriff: 25.10.2020].
- WHO (2019): Caring for women subjected to violence. A WHO curriculum for training health-care providers.
<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/330084/9789241517102-eng.pdf?sequence=8&isAllowed=y> [Zugriff: 20.02.2021].

Wieners K, Hellbernd H (2000): Gewalt macht krank. Zusammenhänge zwischen Gewalt und Gesundheit. In: European women`s health network (Hrsg.). Situation, Konzepte, Herangehensweisen und Organisationen in der Frauengesundheit Länderbericht Bundesrepublik Deutschland. Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen e.V. Hannover: 32-45.

Wieners K, Winterholler M (2016): Häusliche und sexuelle Gewalt gegen Frauen. Implikationen der WHO-Leitlinien für Deutschland. Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz 59(1): 73-80.

Wieners K, Winterholler M, Hellbernd H (2014): Häusliche und sexuelle Gewalt – Versorgungsangebote in Berliner Rettungsstellen. Ergebnisse einer Bestandsaufnahme. S.I.G.N.A.L. e.V.
https://signal-intervention.de/sites/default/files/2019-02/Lit_33RST_Poster_1_9_2014.pdf [Zugriff: 03.02.2021].

Wissenschaftsrat (2014): Empfehlungen zur Weiterentwicklung des Medizinstudiums in Deutschland auf Grundlage einer Bestandsaufnahme der humanmedizinischen Modellstudiengänge. Dresden. Drs. 4017-14.

Wörmann X, Wilmes S, Dragana S, Anders S (2021): Males as victims of intimate partner violence – results from a clinical-forensic medical examination centre. International journal of legal medicine 135: 2107-2115.

Verzeichnis der Abbildungen

Abbildung 1: „Gesundheitliche Folgen von Gewalt gegen Frauen und Mädchen“ (CHANGE 1999, modifiziert von Hellbernd et al. 2004: 28).	10
Abbildung 2: Anhaltspunkte für Kindeswohlgefährdung (Kölch et al. 2020: 651).....	20
Abbildung 3: Zentrale Handlungsschritte und -ziele der Intervention des S.I.G.N.A.L.-Interventionsprogramms (Hellbernd et al. 2004: 14).	27
Abbildung 4: Geschlechterverteilung der antwortenden Ärzte.....	46
Abbildung 5: Altersverteilung der antwortenden Ärzte in Jahren.	47
Abbildung 6: Dauer der ärztlichen Tätigkeit in Jahren.	48
Abbildung 7: Dauer der hausärztlichen Tätigkeit in Jahren.....	48
Abbildung 8: Ergebnis der Frage 1: „Ich werde mit dem Thema ‚häusliche Gewalt‘ in meinem ärztlichen Arbeitsalltag konfrontiert.“	50
Abbildung 9: Ergebnis der Frage 2: „Wenn das Thema ‚häusliche Gewalt‘ aufkommt, dokumentiere ich meine Erkenntnisse.“	51
Abbildung 10: Ergebnis der Frage 3.1: „Mit wie vielen Fällen werden Sie pro Jahr ca. konfrontiert?“.....	52
Abbildung 11: Ergebnis der Frage 3.2.: „Wie viele Fälle davon sind betroffene Kinder?“	53
Abbildung 12: Ergebnis der Frage 4: „Unter dem Begriff ‚häusliche Gewalt‘ verstehe ich folgende Gewaltformen.“	54
Abbildung 13: Ergebnis der ersten Teilfrage von Frage 5: „Ich fühle mich sicher, bei der Untersuchung von Opfern von häuslicher Gewalt ggf. eine Spurensicherung durchzuführen.“	55
Abbildung 14: Ergebnis der zweiten Teilfrage von Frage 5: „Ich nutze dazu folgende Möglichkeiten (ggf. durch Überweisung).“.....	56
Abbildung 15: Ergebnis der Frage 6: „Der Leitfaden der Ärztekammer zum Thema ‚Umgang mit Opfern von häuslicher Gewalt‘ ist mir bekannt.“	57
Abbildung 16: Ergebnis der Frage 7: „War das Thema ‚Umgang mit Opfern von häuslicher Gewalt‘ Bestandteil ihres Medizinstudiums?“	58
Abbildung 17: Ergebnis der Frage 8: „Haben Sie an einer Fortbildung zum Thema ‚Umgang mit Opfern von häuslicher Gewalt‘ teilgenommen?“	59
Abbildung 18: Ergebnis der ersten Teilfrage von Frage 9: „Ich habe wegen häuslicher Gewalt bereits Kontakt zu einem rechtsmedizinischen Institut aufgenommen.“	60
Abbildung 19: Ergebnis der zweiten Teilfrage der Frage 9: „Ich habe Kontakt zu folgendem rechtsmedizinischen Institut aufgenommen.“	61
Abbildung 20: Ergebnis zur ersten Teilfrage der Frage 10: „Ich bin an Fortbildungen zum Thema ‚häusliche Gewalt‘ interessiert.“	62
Abbildung 21: Ergebnis zur zweiten Teilfrage der Frage 10: „Ich habe Interesse an folgenden Fortbildungshemen.“	63
Abbildung 22: Ergebnis der Frage 11: „Ich nehme als Arzt/Ärztin eine wichtige Rolle im Erkennen und Überweisen von Opfern häuslicher Gewalt ein.“	65
Abbildung 23: Ergebnis der Frage 12: „Ich bin oft der/die erste Ansprechpartner/in für Opfer häuslicher Gewalt.“	66
Abbildung 24: Ergebnis der Frage 13: „Ich bin sicher im Erkennen von Opfern häuslicher Gewalt im ärztlichen Arbeitsalltag.“	67
Abbildung 25: Ergebnis der Frage 14: „Bei Verdacht auf häusliche Gewalt kostet es mich Überwindung, dieses Thema anzusprechen.“	68
Abbildung 26: Ergebnis der Frage 15: „Ich bin in der Lage, eine gewaltbezogene Anamnese durchzuführen.“	69

Abbildung 27: Ergebnis der Frage 16: „Ich bin in der Lage, psychische und physische Auffälligkeiten bezogen auf häusliche Gewalt zu erkennen und einzuordnen.“.....	70
Abbildung 28: Ergebnis der Frage 17: „Die körperliche Untersuchung von Opfern von häuslicher Gewalt bereitet mir keine Schwierigkeiten.“	71
Abbildung 29: Ergebnis der Frage 18: „Ich bin ausreichend ausgebildet, bei Opfern von häuslicher Gewalt Befunde zu dokumentieren.“	72
Abbildung 30: Ergebnis der Frage 19: „Ich bin mit dem Thema ‚häusliche Gewalt‘ überfordert.“	73
Abbildung 31: Ergebnis der Frage 20: „Ich befürchte, dass mir viele Fälle von häuslicher Gewalt in der täglichen Praxis entgehen.“	74
Abbildung 32: Ergebnis der Frage 21: „Ich bin ausreichend über polizeiliche Maßnahmen und rechtliche Möglichkeiten informiert.“	75
Abbildung 33: Ergebnis der Frage 22: „Ich bin in der Lage, Opfer häuslicher Gewalt über weiterführende Beratungsstellen zu informieren.“	76
Abbildung 34: Ergebnis der Frage 23: „Im Studium sollten mehr Unterrichtsmaterialien zum Thema ‚häusliche Gewalt‘ angeboten werden.“	77
Abbildung 35: Ergebnis der Frage 24: „Das Thema ‚häusliche Gewalt‘ sollte fester Bestandteil der Weiterbildungen sein.“	78
Abbildung 36: Gruppiertes Balkendiagramm der Frage 5.1 und 6.....	82
Abbildung 37: Gruppiertes Balkendiagramm der Frage 5.1 und 7.....	85
Abbildung 38: Gruppiertes Balkendiagramm der Frage 5.1 und 8.....	88

Verzeichnis der Tabellen

Tabelle 1: Rücklaufquote des Fragebogens.....	45
Tabelle 2: Übersicht der Angaben zu Weiterbildung und Fachgebiet.....	49
Tabelle 3: Ergebnis der Angaben zu weiteren Fortbildungen.....	64
Tabelle 4: Ergebnisse der Kreuztabelle Frage 5.1 und 6.....	80
Tabelle 5: Berechnung des Chi-Quadrat-Koeffizienten.....	81
Tabelle 6: Stärke des Zusammenhangs.....	81
Tabelle 7: Ergebnisse der Kreuztabelle der Frage 5.1 und 7.....	83
Tabelle 8: Berechnung des Chi-Quadrat-Koeffizienten.....	84
Tabelle 9: Stärke des Zusammenhangs.....	84
Tabelle 10: Ergebnisse der Kreuztabelle der Frage 5.1 und 8.....	86
Tabelle 11: Berechnung des Chi-Quadrat-Koeffizienten.....	87
Tabelle 12: Stärke des Zusammenhangs.....	87
Tabelle 13: Geschlechterverteilung nach dem Bundesland.....	89
Tabelle 14: Ergebnisse der Fragen zu „Alter“, „Dauer ärztliche Tätigkeit“ und „Dauer hausärztliche Tätigkeit“.....	89
Tabelle 15: Test bei unabhängigen Stichproben.....	90
Tabelle 16: Ergebnisse zur Facharztrichtung.....	91
Tabelle 17: Kreuztabelle Facharzt Allgemeinmedizin und Bundesland.....	92
Tabelle 18: Chi-Quadrat-Test zur Frage zum Facharzt Allgemeinmedizin.....	92
Tabelle 19: Ergebnisse des Mann-Whitney-U-Tests der Fragen 1-3 und 11-24.....	93
Tabelle 20: Ergebnis des Mann-Whitney-U-Tests zur Frage 1.....	94
Tabelle 21: Ergebnis des Mann-Whitney-U-Tests zur Frage 3.1.....	94
Tabelle 22: Ergebnis des Mann-Whitney-U-Tests zur Frage 3.2.....	94
Tabelle 23: Übersicht der Ergebnisse des Chi-Quadrat-Tests der Fragen 4-10.....	95
Tabelle 24: Ergebnisse der Frage 4.....	97
Tabelle 25: Kreuztabelle psychische Gewalt und Bundesland.....	98
Tabelle 26: Chi-Quadrat-Test zur Frage 4b.....	98
Tabelle 27: Kreuztabelle sexualisierte Gewalt und Bundesland.....	98
Tabelle 28: Chi-Quadrat-Test zur Frage 4c.....	99
Tabelle 29: Kreuztabelle Frage 6 und Bundesland.....	99
Tabelle 30: Chi-Quadrat Test zur Frage 6.....	100
Tabelle 31: Kreuztabelle Frage 9.1 und Bundesland.....	100
Tabelle 32: Chi-Quadrat-Test zur Frage 9.1.....	101
Tabelle 33: Ergebnisse zur Frage 9.2.....	102
Tabelle 34: Kreuztabelle Frage 9.2: UKE und Bundesland.....	102
Tabelle 35: Chi-Quadrat-Test zur Frage 9.2 (UKE).....	103
Tabelle 36: Kreuztabelle Frage 9.2 (UKSH) und Bundesland.....	103
Tabelle 37: Chi-Quadrat-Test zur Frage 9.2 (UKSH).....	104
Tabelle 38: Ergebnisse der Anmerkungen.....	105

Verzeichnis der Anlagen

Anlage 1: Häufigkeitstabelle 1.....	172
Anlage 2: Häufigkeitstabelle 2, Mehrfachantworten.....	178
Anlage 3: Fragebogen, begleitendes Anschreiben.....	179
Anlage 4: Fragebogen, Seite 1.....	180
Anlage 5: Fragebogen, Seite 2.....	181
Anlage 6: Zitate der antwortenden Ärzte der Frage 10.2 im Freitextfeld „anderes Thema“ (Fortbildungen), Einfachnennungen.....	182
Anlage 7: Zitate der antwortenden Ärzte der Frage 10.2 im Freitextfeld „anderes Thema“ (Fortbildungen), Mehrfachnennungen.....	184
Anlage 8: Zitate der antwortenden Ärzte im Freitextfeld „Anmerkungen“, Einfachnennungen.....	185
Anlage 9: Zitate der antwortenden Ärzte im Freitextfeld „Anmerkungen“, Mehrfachnennungen.....	189

Anlagen

Anlage 1: Häufigkeitstabelle 1

		SH		HH		Gesamt	
		Häufigkeit	Gültige Prozent	Häufigkeit	Gültige Prozent	Häufigkeit	Gültige Prozent
Gesamtsumme		275	100	195	100	470	100
Fragen	Antwortoptionen						
<i>Geschlecht</i>	männlich	133	48,4	91	46,7	224	47,7
	weiblich	141	51,3	101	51,8	242	51,5
	Summe gegebener Antworten	274	99,6	192	98,5	466	99,1
	keine Angabe	1	0,4	3	1,5	4	0,9
<i>Altersgruppen</i>	26-30 Jahre	1	0,4	2	1,0	3	0,6
	31-35 Jahre	9	3,3	4	2,1	13	2,8
	36-40 Jahre	15	5,5	3	1,5	18	3,8
	41-45 Jahre	34	12,4	9	4,6	43	9,1
	46-50 Jahre	42	15,3	32	16,4	74	15,7
	51-55 Jahre	55	20,0	36	18,5	91	19,4
	56-60 Jahre	41	14,9	38	19,5	79	16,8
	61-65 Jahre	28	10,2	19	9,7	47	10,0
	66-70 Jahre	14	5,1	14	7,2	28	6,0
	71-75 Jahre	1	0,4	3	1,5	4	0,9
	76-80 Jahre	1	0,4	1	0,5	2	0,4
	Summe gegebener Antworten	241	87,6	161	82,6	402	85,5
	keine Angabe	34	12,4	34	17,4	68	14,5
<i>Ärztliche Tätigkeit</i>	0-10 Jahre	26	9,5	12	6,2	38	8,1
	11-20 Jahre	86	31,3	42	21,5	128	27,2
	21-30 Jahre	101	36,7	86	44,1	187	39,8
	31-40 Jahre	49	17,8	42	21,5	91	19,4
	41-50 Jahre	6	2,2	6	3,1	12	2,6
	> 50 Jahre	1	0,4	1	0,5	2	0,4
	Summe gegebener Antworten	269	97,8	189	96,9	458	97,4
	keine Angabe	6	2,2	6	3,1	12	2,6
<i>Hausärztliche Tätigkeit</i>	0-10 Jahre	115	41,8	63	32,3	178	37,9
	11-20 Jahre	91	33,1	77	39,5	168	35,7
	21-30 Jahre	42	15,3	40	20,5	82	17,4
	31-40 Jahre	16	5,8	6	3,1	22	4,7
	41-50 Jahre	2	0,7	0	0,0	2	0,4
	Summe gegebener Antworten	266	96,7	186	95,4	452	96,2
	keine Angabe	9	3,3	9	4,6	18	3,8

<i>Fach- richtung</i>	Praktischer Arzt	15	5,5	19	9,7	34	7,2
	Facharzt Allgemeinmedizin	185	67,3	103	52,8	288	61,3
	Facharzt Innere Medizin	79	28,7	70	35,9	149	31,7
	In Weiterbildung	10	3,6	5	2,6	15	3,2
	Andere Facharztrichtung	19	6,9	8	4,1	27	5,7
<i>Frage 1</i>	taglich	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	mindestens 1xpro Woche	10	3,6	3	1,5	13	2,8
	mindestens 1xpro Monat	41	14,9	26	13,3	67	14,3
	mindestens 1xpro Jahr	139	50,5	87	44,6	226	48,1
	seltener als 1xpro Jahr	80	29,1	77	39,5	157	33,4
	Summe gegebener Antworten	270	98,2	193	99,0	463	98,5
	keine Angabe	5	1,8	2	1,0	7	1,5
<i>Frage 2</i>	immer	243	88,4	175	89,7	418	88,9
	meistens	28	10,2	14	7,2	42	8,9
	selten	1	0,4	1	0,5	2	0,4
	fast nie	2	0,7	1	0,5	3	0,6
	nie	0	0,0	2	1,0	2	0,4
	Summe gegebener Antworten	274	99,6	193	99,0	467	99,4
	keine Angabe	1	0,4	2	1,0	3	0,6
<i>Frage 3.1</i>	0	8	2,9	23	11,8	31	6,6
	0-1	21	7,6	23	11,8	44	9,4
	1-2	97	35,3	62	31,8	159	33,8
	3-5	69	25,1	42	21,5	111	23,6
	6-11	30	10,9	21	10,8	51	10,9
	12-20	13	4,7	8	4,1	21	4,5
	21-30	3	1,1	1	0,5	4	0,9
	31-50	7	2,5	3	1,5	10	2,1
	> 50	2	0,7	0	0,0	2	0,4
	Summe gegebener Antworten	250	90,9	183	93,8	433	92,1
	keine Angabe	25	9,1	12	6,2	37	7,9
<i>Frage 3.2</i>	0	155	56,4	145	74,4	300	63,8
	0-1	17	6,2	12	6,2	29	6,2
	1-2	65	23,6	21	10,8	86	18,3
	3-5	11	4,0	6	3,1	17	3,6
	6-11	4	1,5	2	1,0	6	1,3
	12-20	1	0,4	0	0,0	1	0,2
	Summe gegebener Antworten	253	92,0	186	95,4	439	93,4
	keine Angabe	22	8,0	9	4,6	31	6,6
<i>Frage 4*</i>	physische Gewalt	274	99,6	192	98,5	466	99,1
	psychische Gewalt	244	88,7	158	81,0	402	85,5
	sexualisierte Gewalt	253	92,0	168	86,2	421	89,6
	ökonomische Gewalt	97	35,3	55	28,2	152	32,3
	soziale Gewalt	111	40,4	66	33,8	177	37,7

	keine Angabe	1	0,4	1	0,5	2	0,4
<i>Frage 5.1</i>	nein	175	63,6	119	61,0	294	62,6
	ja	60	21,8	52	26,7	112	23,8
	Summe gegebener Antworten	235	85,5	171	87,7	406	86,4
	keine Antwort	40	14,5	24	12,3	64	13,6
	Gesamtsumme	275	100,0	195	100,0	470	100,0
<i>Frage 5.2*</i>	standardisierte Dokumentations-bögen	8	2,9	5	2,6	13	2,8
	Sonografie, Röntgen	43	15,6	29	14,9	72	15,3
	gynäkologische Untersuchung	30	10,9	21	10,8	51	10,9
	Urin- und Blutproben	31	11,3	15	7,7	46	9,8
	Abstriche	21	7,6	10	5,1	31	6,6
	Fotodokumentation	57	20,7	37	19,0	94	20,0
	eigene/freie Dokumentation	83	30,2	65	33,3	148	31,5
<i>Frage 6</i>	nein	209	76,0	120	61,5	329	70,0
	ja, aber ich nutze ihn nicht	37	13,5	54	27,7	91	19,4
	ja, ich nutze ihn	25	9,1	20	10,3	45	9,6
	Summe gegebener Antworten	271	98,5	194	99,5	465	98,9
	keine Angabe	4	1,5	1	0,5	5	1,1
<i>Frage 7</i>	nein	215	78,2	165	84,6	380	80,9
	ja, nur theoretisch	54	19,6	29	14,9	83	17,7
	ja, theoretisch und praktisch	5	1,8	1	0,5	6	1,3
	Summe gegebener Antworten	274	99,6	195	100,0	469	99,8
	keine Angabe	1	0,4	0	0,0	1	0,2
<i>Frage 8</i>	nein	228	82,9	152	77,9	380	80,9
	ja, nur theoretische Fortbildungen	41	14,9	38	19,5	79	16,8
	ja, theoretische und praktische Fortbildungen	6	2,2	3	1,5	9	1,9
	Summe gegebener Antworten	275	100,0	193	99,0	468	99,6
	keine Angabe	0	0,0	2	1,0	2	0,4
<i>Frage 9.1</i>	nein	223	81,1	138	70,8	361	76,8
	ja	52	18,9	57	29,2	107	22,8
	Summe gegebener Antworten	274	99,6	194	99,5	468	99,6
	keine Angabe	1	0,4	1	0,5	2	0,4
<i>Frage 9.2*</i>	UKE	24	8,7	54	27,7	78	16,6
	UKSH	22	8,0	0	0,0	22	4,7
	anderes Institut	7	2,5	3	1,5	10	2,1
<i>Frage 10.1</i>	nein	53	19,3	40	20,5	93	19,8

	ja	221	80,4	153	78,5	374	79,6
	Summe gegebener Antworten	274	99,6	193	99,0	467	99,4
	keine Angabe	1	0,4	2	1,0	3	0,6
<i>Frage 10.2*</i>	Gesprächsführung	161	58,5	105	53,8	266	56,6
	Polizeiliche Maßnahmen und rechtliche Möglichkeiten	187	68,0	125	64,1	312	66,4
	Befundung und Dokumentation	185	67,3	125	64,1	310	66,0
	anderes Thema	20	7,3	9	4,6	29	6,2
<i>Frage 11</i>	stimme gar nicht zu	0	0	2	1,0	2	0,4
	stimme nicht zu	5	1,8	1	0,5	6	1,3
	stimme eher nicht zu	10	3,6	2	1,0	12	2,6
	stimme eher zu	23	8,4	25	12,8	48	10,2
	stimme zu	115	41,8	66	33,8	181	38,5
	stimme sehr zu	122	44,4	98	50,3	220	46,8
	Summe gegebener Antworten	275	100,0	194	99,5	469	99,8
	keine Angabe	0	0,0	1	0,5	1	0,2
<i>Frage 12</i>	stimme gar nicht zu	1	0,4	5	2,6	6	1,3
	stimme nicht zu	14	5,1	15	7,7	29	6,2
	stimme eher nicht zu	45	16,4	28	14,4	73	15,5
	stimme eher zu	66	24,0	43	22,1	109	23,2
	stimme zu	81	29,5	60	30,8	141	30,0
	stimme sehr zu	67	24,4	41	21,0	108	23,0
	Summe gegebener Antworten	274	99,6	192	98,5	466	99,1
	keine Angabe	1	0,4	3	1,5	4	0,9
<i>Frage 13</i>	stimme gar nicht zu	9	3,3	6	3,1	15	3,2
	stimme nicht zu	35	12,7	22	11,3	57	12,1
	stimme eher nicht zu	97	35,3	73	37,4	170	36,2
	stimme eher zu	106	38,5	74	37,9	180	38,3
	stimme zu	25	9,1	18	9,2	43	9,1
	stimme sehr zu	1	0,4	1	0,5	2	0,4
	Summe gegebener Antworten	273	99,3	194	99,5	467	99,4
	keine Angabe	2	0,7	1	0,5	3	0,6
<i>Frage 14</i>	stimme gar nicht zu	42	15,3	38	19,5	80	17,0
	stimme nicht zu	105	38,2	79	40,5	184	39,1
	stimme eher nicht zu	52	18,9	35	17,9	87	18,5
	stimme eher zu	48	17,5	25	12,8	73	15,5
	stimme zu	20	7,3	16	8,2	36	7,7
	stimme sehr zu	8	2,9	1	0,5	9	1,9
	Summe gegebener Antworten	275	100,0	194	99,5	469	99,8
	keine Angabe	0	0,0	1	0,5	1	0,2

<i>Frage 15</i>	stimme gar nicht zu	2	0,7	5	2,6	7	1,5
	stimme nicht zu	22	8,0	18	9,2	40	8,5
	stimme eher nicht zu	63	22,9	37	19,0	100	21,3
	stimme eher zu	102	37,1	75	38,5	177	37,7
	stimme zu	74	26,9	50	25,6	124	26,4
	stimme sehr zu	12	4,4	7	3,6	19	4,0
	Summe gegebener Antworten	275	100,0	192	98,5	467	99,4
	keine Angabe	0	0,0	3	1,5	3	0,6
<i>Frage 16</i>	stimme gar nicht zu	1	0,4	4	2,1	5	1,1
	stimme nicht zu	13	4,7	10	5,1	23	4,9
	stimme eher nicht zu	79	28,7	51	26,2	130	27,7
	stimme eher zu	136	49,5	87	44,6	223	47,4
	stimme zu	39	14,2	37	19,0	76	16,2
	stimme sehr zu	7	2,5	6	3,1	13	2,8
	Summe gegebener Antworten	275	100,0	195	100,0	470	100,0
	keine Angabe	0	0,0	0	0,0	0	0,0
<i>Frage 17</i>	stimme gar nicht zu	12	4,4	6	3,1	18	3,8
	stimme nicht zu	32	11,6	26	13,3	58	12,3
	stimme eher nicht zu	70	25,5	51	26,2	121	25,7
	stimme eher zu	74	26,9	59	30,3	133	28,3
	stimme zu	70	25,5	37	19,0	107	22,8
	stimme sehr zu	16	5,8	13	6,7	29	6,2
	Summe gegebener Antworten	274	99,6	192	98,5	466	99,1
	keine Angabe	1	0,4	3	1,5	4	0,9
<i>Frage 18</i>	stimme gar nicht zu	30	10,9	20	10,3	50	10,6
	stimme nicht zu	62	22,5	54	27,7	116	24,7
	stimme eher nicht zu	100	36,4	61	31,3	161	34,3
	stimme eher zu	45	16,4	42	21,5	87	18,5
	stimme zu	32	11,6	13	6,7	45	9,6
	stimme sehr zu	5	1,8	4	2,1	9	1,9
	Summe gegebener Antworten	274	99,6	194	99,5	468	99,6
	keine Angabe	1	0,4	1	0,5	2	0,4
<i>Frage 19</i>	stimme gar nicht zu	32	11,6	16	8,2	48	10,2
	stimme nicht zu	58	21,1	55	28,2	113	24,0
	stimme eher nicht zu	83	30,2	72	36,9	155	33,0
	stimme eher zu	78	28,4	34	17,4	112	23,8
	stimme zu	19	6,9	15	7,7	34	7,2
	stimme sehr zu	3	1,1	1	0,5	4	0,9
	Summe gegebener Antworten	273	99,3	193	99,0	466	99,1
	keine Angabe	2	0,7	2	1,0	4	0,9
<i>Frage 20</i>	stimme gar nicht zu	6	2,2	7	3,6	13	2,8

	stimme nicht zu	33	12,0	23	11,8	56	11,9
	stimme eher nicht zu	79	28,7	70	35,9	149	31,7
	stimme eher zu	83	30,2	55	28,2	138	29,4
	stimme zu	54	19,6	34	17,4	88	18,7
	stimme sehr zu	11	4,0	6	3,1	17	3,6
	Summe gegebener Antworten	266	96,7	195	100,0	461	98,1
	keine Angabe	9	3,3	0	0,0	9	1,9
<i>Frage 21</i>	stimme gar nicht zu	33	12,0	17	8,7	50	10,6
	stimme nicht zu	98	35,6	65	33,3	163	34,7
	stimme eher nicht zu	90	32,7	66	33,8	156	33,2
	stimme eher zu	30	10,9	31	15,9	61	13,0
	stimme zu	16	5,8	11	5,6	27	5,7
	stimme sehr zu	7	2,5	4	2,1	11	2,3
	Summe gegebener Antworten	274	99,6	194	99,5	468	99,6
	keine Angabe	1	0,4	1	0,5	2	0,4
<i>Frage 22</i>	stimme gar nicht zu	15	5,5	12	6,2	27	5,7
	stimme nicht zu	44	16,0	29	14,9	73	15,5
	stimme eher nicht zu	68	24,7	44	22,6	112	23,8
	stimme eher zu	78	28,4	64	32,8	142	30,2
	stimme zu	54	19,6	34	17,4	88	18,7
	stimme sehr zu	15	5,5	12	6,2	27	5,7
	Summe gegebener Antworten	274	99,6	195	100,0	469	99,8
	keine Angabe	1	0,4	0	0,0	1	0,2
<i>Frage 23</i>	stimme gar nicht zu	4	1,5	1	,5	5	1,1
	stimme nicht zu	4	1,5	5	2,6	9	1,9
	stimme eher nicht zu	8	2,9	5	2,6	13	2,8
	stimme eher zu	63	22,9	49	25,1	112	23,8
	stimme zu	103	37,5	80	41,0	183	38,9
	stimme sehr zu	89	32,4	51	26,2	140	29,8
	Summe gegebener Antworten	271	98,5	191	97,9	462	98,3
	keine Angabe	4	1,5	4	2,1	8	1,7
<i>Frage 24</i>	stimme gar nicht zu	3	1,1	0	0,0	3	0,6
	stimme nicht zu	1	0,4	4	2,1	5	1,1
	stimme eher nicht zu	7	2,5	7	3,6	14	3,0
	stimme eher zu	66	24,0	41	21,0	107	22,8
	stimme zu	106	38,5	78	40,0	184	39,1
	stimme sehr zu	88	32,0	63	32,3	151	32,1
	Summe gegebener Antworten	271	98,5	193	99,0	464	98,7
	keine Angabe	4	1,5	2	1,0	6	1,3

Anlage 2: Häufigkeitstabelle 2, Mehrfachantworten

Fragen	Antwortoptionen	SH		HH		Gesamt	
		Häufigkeit	Gültige Prozent	Häufigkeit	Gültige Prozent	Häufigkeit	Gültige Prozent
<i>Frage 4*</i>	physische Gewalt	274	100	192	99	466	99,6
	psychische Gewalt	244	89,1	158	81,4	402	85,9
	sexualisierte Gewalt	253	92,3	168	86,6	421	90,0
	ökonomische Gewalt	97	35,4	55	28,4	152	32,5
	soziale Gewalt	111	40,5	66	34	177	37,8
*bezogen auf Anzahl der Teilnehmer, die mindestens eine Antwortoption angaben		274	100	194	100	468	100
<i>Frage 5.2*</i>	standardisierte Dokumentationsbögen	8	8,9	5	7,2	13	8,2
	Sonografie, Röntgen	43	47,8	29	42,0	72	45,3
	gynäkologische Untersuchung	30	33,3	21	30,4	51	32,1
	Urin- und Blutproben	31	34,4	15	21,7	46	28,9
	Abstriche	21	23,3	10	14,5	31	19,5
	Fotodokumentation	57	63,3	37	53,6	94	59,1
	eigene/freie Dokumentation	83	92,2	65	94,2	148	93,1
*bezogen auf Anzahl der Teilnehmer, die mindestens eine Antwortoption angaben		90	100	69	100	159	100
<i>Frage 9.2*</i>	UKE	24	47,1	54	96,4	78	72,9
	UKSH	22	43,1	0	0	22	20,6
	anderes Institut	7	13,7	3	5,4	10	9,3
*bezogen auf Anzahl der Teilnehmer, die mindestens eine Antwortoption angaben		51	100	56	100	107	100
<i>Frage 10.2*</i>	Gesprächsführung	161	74,2	105	69,1	266	72,1
	Polizeiliche Maßnahmen und rechtliche Möglichkeiten	187	86,2	125	82,2	312	84,6
	Befundung und Dokumentation	185	85,3	125	82,2	310	84,0
	anderes Thema	20	9,2	9	5,9	29	7,9
*bezogen auf Anzahl der Teilnehmer, die mindestens eine Antwortoption angaben		217	100	152	100	369	100

Anlage 3: Fragebogen, Begleitendes Anschreiben



Umfrage zum Umgang mit Opfern von häuslicher Gewalt

Sehr geehrte Kollegin, sehr geehrter Kollege,

Opfer von häuslicher Gewalt finden sich in allen Bevölkerungsschichten unabhängig von Alter, Geschlecht und sozialem Status. Ergebnisse der kriminalstatistischen Auswertung des Bundeskriminalamtes bestätigen eine bereits in den Vorjahren festgestellte Entwicklung: Im Berichtsjahr 2016 wurde demnach eine Zunahme von Gewaltdelikten in Partnerschaften im Vergleich zum Vorjahr um 4,4% verzeichnet.¹

Das Institut für Rechtsmedizin des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf führt daher in Kooperation mit den Instituten für Allgemeinmedizin des UKE und der Universität Kiel eine anonyme Befragung zum Thema der hausärztlichen Versorgung von Opfern von häuslicher Gewalt durch. Sie richtet sich an alle hausärztlich tätigen Ärztinnen und Ärzte.

Wir möchten Sie bitten, sich einige Minuten Zeit zu nehmen, um uns bei diesem Vorhaben zu unterstützen.

Bitte füllen Sie den beiliegenden zweiseitigen Fragebogen aus und senden ihn innerhalb von zwei Wochen (bis zum 20.11.2018) per Fax an uns zurück. Die Faxnummer finden Sie auf dem Fragebogen.

Die Ergebnisse der Datenauswertung werden eine Grundlage für zukünftige Verbesserungen in der Aus- und Weiterbildung sein. Mit Ihrer Teilnahme an der Befragung leisten Sie daher einen wichtigen Beitrag zur Qualitätssicherung im Umgang mit Opfern von häuslicher Gewalt.

Als Dank für Ihre Mithilfe verlosen wir unter allen Rücksendern drei Büchergutscheine im Wert von je **150 Euro**.

Wir weisen darauf hin, dass die Befragung **anonym** erfolgt und keine Rückschlüsse auf Ihre Person gezogen werden. Die zurückgefaxten Fragebögen werden nach Eingang vom Faxkopf getrennt, der separat vom Fragebogen nur für die Verlosung aufbewahrt wird.

Vielen Dank für Ihre Mitwirkung!

Mit freundlichen Grüßen

Prof. Dr. K. Püschel

Prof. Dr. M. Scherer

Prof. Dr. H. Kaduszkiewicz

Prof. Dr. S. Anders, MME

Dr. S. Wilmes

Anlage 4: Fragebogen, Seite 1



Fragebogen zum Umgang mit Opfern von häuslicher Gewalt

Angaben zu Ihrer Person:

Geschlecht: männlich weiblich Alter: _____ Jahre

Ärztlich tätig seit: _____ Jahren, davon hausärztlich tätig in einer Praxis seit _____ Jahren

- Praktischer Arzt / Praktische Ärztin Facharzt / Fachärztin für Allgemeinmedizin
 Facharzt / Fachärztin für Innere Medizin Arzt / Ärztin in Weiterbildung
 andere Facharztweiterbildung: _____

Bitte kreuzen Sie an (Mehrfachantworten sind möglich):

- Ich werde mit dem Thema „häusliche Gewalt“ in meinem ärztlichen Arbeitsalltag konfrontiert.
 täglich mindestens 1x pro Woche mind. 1 x pro Monat mind. 1 x pro Jahr seltener als 1 x pro Jahr
- Wenn das Thema „häusliche Gewalt“ aufkommt, dokumentiere ich meine Erkenntnisse
 immer meistens selten fast nie nie
- Insgesamt werde ich mit ca. _____ Fällen pro Jahr konfrontiert, davon sind ca. _____ von Gewalt betroffene Kinder
- Unter dem Begriff „häusliche Gewalt“ verstehe ich folgende Gewaltformen (Mehrfachnennung möglich):
 physische Gewalt psychische Gewalt sexualisierte Gewalt ökonomische Gewalt soziale Gewalt
- Ich fühle mich sicher, bei der Untersuchung von Opfern von häuslicher Gewalt ggf. eine Spurensicherung durchzuführen.
 nein ja, dazu nutze ich folgende Möglichkeiten (ggf. durch Überweisung):
 standardisierte Dokumentationsbögen Sonografie, Röntgen gynäkologische Untersuchung
 Urin -und Blutproben Abstriche Fotodokumentation
 eigene / freie Dokumentation
- Der Leitfaden der Ärztekammer zum Thema Umgang mit „Opfern von häuslicher Gewalt“ ist mir bekannt.
 nein ja, aber ich nutze ihn nicht ja, ich nutze ihn
- War das Thema „Umgang mit Opfern von häuslicher Gewalt“ Bestandteil Ihres Medizinstudiums?
 nein ja, nur theoretisch ja, theoretisch und praktisch
- Haben Sie an einer Fortbildung zum Thema „Umgang mit Opfern von häuslicher Gewalt“ teilgenommen?
 nein ja, nur theoretische Fortbildung ja, theoretische und praktische Fortbildung
- Ich habe wegen häuslicher Gewalt bereits Kontakt zu einem rechtsmedizinischen Institut aufgenommen.
 nein ja, zum Institut des:
 UKE UKSH anderes Institut
- Ich bin an Fortbildungen zum Thema „häusliche Gewalt“ interessiert.
 nein ja, zu folgendem Thema bzw. folgenden Themen:
 Gesprächsführung polizeiliche Maßnahmen und rechtliche Möglichkeiten Befundung und Dokumentation
 anderes Thema (bitte angeben) _____

Anlage 5: Fragebogen, Seite 2

Bitte geben Sie an, wie sehr Sie den folgenden Aussagen zustimmen:	stimme gar nicht zu	stimme nicht zu	stimme eher nicht zu	stimme eher zu	stimme zu	stimme sehr zu
11. Ich nehme als Arzt/Ärztin eine wichtige Rolle im Erkennen und Überweisen von Opfern häuslicher Gewalt ein.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Ich bin oft der/die erste Ansprechpartner/in für Opfer häuslicher Gewalt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Ich bin sicher im Erkennen von Opfern häuslicher Gewalt im ärztlichen Arbeitsalltag.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Bei Verdacht auf häusliche Gewalt kostet es mich Überwindung, dieses Thema anzusprechen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Ich bin in der Lage, eine gewaltbezogene Anamnese durchzuführen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Ich bin in der Lage, psychische und physische Auffälligkeiten bezogen auf häusliche Gewalt zu erkennen und einzuordnen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Die körperliche Untersuchung von Opfern von häuslicher Gewalt bereitet mir keine Schwierigkeiten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Ich bin ausreichend ausgebildet, bei Opfern von häuslicher Gewalt Befunde zu dokumentieren.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Ich bin mit dem Thema „häusliche Gewalt“ überfordert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Ich befürchte, dass mir viele Fälle von häuslicher Gewalt in der täglichen Praxis entgehen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Ich bin ausreichend über polizeiliche Maßnahmen und rechtliche Möglichkeiten informiert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Ich bin in der Lage, Opfer häuslicher Gewalt über weiterführende Beratungsstellen zu informieren.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Im Studium sollten mehr Unterrichtseinheiten zum Thema „häusliche Gewalt“ angeboten werden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Das Thema „häusliche Gewalt“ sollte fester Bestandteil der Weiterbildung sein.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie noch Anmerkungen?						

Vielen Dank für Ihre Teilnahme!
Bitte zurückfaxen an: **040 / 65 58 41 05**

Anlage 6: Zitate der antwortenden Ärzte der Frage 10.2 im Freitextfeld „anderes Thema“ (Fortbildungen), Einfachnennungen

„Unterstützung der Opfer: Anlaufstellen/Hilfsnetzwerk/Behörden“

„Vernetzung mit zuständigen Behörden (Forensik, Polizei, Jugendamt, Frauenhaus, Kollegen Selbsthilfegruppen, Krankenhausabteilungen etc.“

„Anlaufstellen: psych. u. soz. Unterstützung und Begleitung von Opfern“

„Anlaufstellen“

„Hilfestellung / Angebote für Opfer“

„Ambulante Anlaufstellen f. Betroffene“

„Hilfsangebote/- Kontaktadressen usw. für Patienten“

„Ansprechpartner“

„Bessere Koordination z.B. niedrigschwellige Weiterüberweisung“

„Kontakt Jugendamt“

„Adressen für Psychotherapeuten am Ort, die sich damit auskennen“

„Unterbringung oder Versorgungsmöglichkeiten von Kindern“

„Weitere Begleitung der Opfer“

„Einschalten nicht ärztlicher Einrichtungen + Beratungsstellen (z.B. Opferhilfe)“

„Identifizierung“

„Erkennung“

„Wie erkenne ich h. Gewalt?“

„Erkennung von häusl. Gewalt auch psychische“

„Erkennung von spezifischen Befunden“

„Behandlung/Betreuung/Therapie“

„Therapie“

„Langfristige weitere Betreuung als HA“

„Behandlungsangebote“

„Ablauf“

„Standards zum Ablauf“

„Ich habe Verdacht / ein „schlechtes Gefühl“ – Was nun?“

„Sonstiges“

„Epidemiologie“

„Gewalt bei geriatrischen Patienten“

„Insges.“

„Bedeutung psychischer Gewalterfahrungen“

Anlage 7: Zitate der antwortenden Ärzte der Frage 10.2 im Freitextfeld „anderes Thema (Fortbildungen), Mehrfachnennungen

„Prävention und Intervention“

„Prävention, geschächstherapeutische Intervention“

„Dokumentation und Beratung“

„Dokumentation, Pat. Beratung“

„Rechtliche Fragen, Behörden und eigene Kompetenz“

„Einbindung ärztl. Schweigepflicht, Umgang mit Behörden, Grenzen der eigenen Kompetenz“

Anlage 8: Zitate der antwortenden Ärzte im Freitextfeld „Anmerkungen“, Einfachnennungen

„Berührungspunkte“

„Das Thema ist in meinem Umfeld von eher geringer Relevanz.“

„Meine Praxis liegt in einem mittelständischen Wohngebiet, kein sozialer Brennpunkt, ich führe sie seit erst 0,5 Jahren alleine; ich habe daher eingeschränkten Überblick über Fallzahlen hierzu.“

„Als Facharzt Kardiologie kaum entspr. Patienten zu erwarten.“

„Ich praktiziere im Stadtteil Volksdorf. Schwere Zeichen einer häuslichen Gewalt habe ich bisher selten gesehen.“

„Körperliche Gewalt ist mir insgesamt nur 3-4 Mal begegnet, psychische, sexuelle u. soziale/ökonomische nur sublim und komplex, meist in gegenseitigem neurotischen Geflecht, also kein Fall für kriminologische oder polizeiliche Maßnahmen.

Als Psychosomatiker sah ich die Verhältnisse komplexer.“

„Bin erst seit 1,5, Jahren in der Praxis. In dieser Zeit ist mir bisher kein Fall zu diesem Thema erscheinen.“

„Als Hausärztin bin ich nicht für das Elend der Welt zuständig. Wir haben viel zu tun!!! Häusliche Gewalt, Mobbing, auch Diskriminierung – das ist kein ärztliches sondern ein gesellschaftliches Problem!“

„Ich habe nur 2 Fälle über mehrere Jahre, die ich ehrenamtlich begleite, ein Fall, bei den es um die Verarbeitung von Gewalt, die zurückliegt, geht, ein Fall, bei dem Gewalt latent immer wieder möglich sein kann. Beide keine offiziellen Pat., da gesetzl. versichert, ich aber nur priv. Kassen habe.“

„Das größere Problem ist m.E. Gewalt bei Konflikten außerhalb der Familie, dazu sehe ich deutlich mehr Fälle.“

„Thema kommt eher anamnestisch bei erwachsenen Patienten vor, wenn schon alles lange gelaufen ist.“

„Verhalten seitens der Opfer“

„Die Opfer selbst bagatellisieren häufig oder verteidigen/ verschweigen die Gewalt.“

„Die Patienten/innen kommen eher selten mit dem Problem bzw. den Folgen von häuslicher Gewalt ins direkte Gespräch.“

„Ich sehe 3 Gruppen:

Gruppe 1: war bei Polizei und wurde geschickt um Befund aufzunehmen

Gruppe 2: lässt sich auf ein Gespräch ein und wird von mir beraten und ggf. weitergeleitet

Gruppe 3: verweigert trotz ihrer Verletzungen kategorisch einen Bezug zur häuslichen Gewalt

Gruppe 2 ist mit Abstand die kleinste“

„Ausbildung/Fortbildung/Weiterbildung“

„Ich würde persönlich Einladungen zu themenbezogenen Fortbildungen Ihrerseits sehr begrüßen.“

„Es könnte im Rahmen der psychosomat. Grundversorgung ein Themenkomplex sein oder eine gute Fortbildung darüber wäre gut!“

„Ich habe dank einer traumapädagogischen und systemischen Ausbildung mehr zu diesem Thema lernen können und wünsche nur, dass viele Kollegen mehr darüber erfahren!!“

„Hilfsnetzwerk“

„Das beinahe Schlimmste ist die i.d.R. fehlende Empathie und das geringe Engagement von Jugendämtern, Behörden, Polizei und Beratungsstellen, wenn ein „Fall“ aufgedeckt ist.“

„Meine Erfahrung – gerade in den letzten Wochen – ist, dass den Opfern von Seite der Polizei nicht gut geholfen wird!“

„Auf dem Lande od. in sehr kleinen Orten oft schwierige Befunderstellung einschl. polizeil. Maßnahmen“

„Eigene Kompetenz“

„Ich denke, dass in den Fällen häuslicher Gewalt intuitiv richtig gehandelt habe. Ich bin sicher, dass es sie gibt und in Hamburg gibt es erreichbare Institutionen an die mich intuitiv gewandt habe.“

„Ich fürchte, dass ich Fälle verdeckter häusl. Gewalt, d.h wenn der Pat. diese nicht benennt übersehe.“

„Zeit“

„wichtiges Thema, aus zeitl. Gründen aktuell keine Fortbildung erwünscht.“

„Thema sprengt hausärztlichen Zeitrahmen“

„Infomaterial“

„Leitfaden zu wenig bekannt. KVSH? Bietet kaum / keine Infos dazu.“

„Vergütung“

„Das Gespräch mit dem Patienten ist maßgebend, solange fallorientiert bezahlt wird, wird es schwierig sein, die ängstlichen und schweigsamen Patienten zu erkennen. Sie müssen zahlen wenn sie besser betreuen wollen.“

„Zum Fragebogen/ Umfrage“

„Dieser Fragebogen ist sprachlich schwierig! Wer ist so von sich überzeugt auf „Ich bin in der Lage...“ mit ja zu antworten.“

„Danke für die Umfrage!“

„Verbiete mir Spam-Faxe. Fordere Sie auf, Tintenkosten zu erstatten + Papier! Ggf. erfolgt Meldung an Bundesagentur wegen Spam-Sendung!“

„Sonstiges“

„Hausärztlich tätig seit 17 Jahren, privatärztlich-homöopathisch.“

„bin erst 1,5 Jahre hausärztlich tätig, vorher hauptsächlich Krankenhaus innere Abt.“

„Als Hausarzt tätig von 1980-1994 in dörflicher Struktur bei Osnabrück. Als Naturheilarzt hatte ich zu 2/3 besonders natur- und selbstheilbewusste Patienten.“

Anlage 9: Zitate der antwortenden Ärzte im Freitextfeld „Anmerkungen“, Mehrfachnennungen

„Eigene Kompetenz und Ausbildung/Fortbildung/Weiterbildung“

- „1) Ob mir Fälle entgehen mag ich nicht zu beurteilen
- 2) Kenne die Inzidenz nicht. Natürlich ist es gut über alle Themen Bescheid zu wissen
- 3) Ob das jedoch heisst, dass das Studium geändert werden muss, siehe 2).“

„Berührungspunkte und Kompetenz“

„Durch die seltene Konfrontation/Behandlung mit/von Opfern, habe ich wenig Routine, insbesondere im Erkennen von Opfern, wen sie sich nicht selbst offenbaren und ich habe das Thema nicht im Kopf, übersehe also potentiell Patienten.“

„Berührungspunkte und Verhalten seitens der Opfer“

„Aufgrund meiner zweiten FA-Qualifikation haben Pat. eine geringe Schwelle, sich in der Sprechstunde dem Thema zu öffnen und melden sich insbesondere mit diesem Anliegen [nicht lesbar]. Konfrontationen in meiner Praxis weniger mit aktuellen Mißbrauch sondern solche aus der Vergangenheit, mitunter Jahrzehnte zurückliegend! D.h.: die körperliche Untersuchung unmittelbar nach einer Tat spielt bei mir eine sehr geringe Rolle.“

„Berührungspunkte, eigene Kompetenz, Verhalten seitens Opfer“

- „-medial gehyptes Thema welches in der Realität des Alltags eher selten ist.
- Dran denken + ggf. gezielt nachfragen ist wichtig.
- Hab manchmal den Verdacht, aber Pat. verharmlosen dann Gewalt...“

Danksagung

Diese Arbeit erfolgte in Kooperation mit den Instituten für Allgemeinmedizin des UKE und der Christian-Albrechts-Universität zu Kiel (CAU).

Meinen besonderen Dank gilt Herrn Prof. Dr. med. Sven Anders für die Überlassung dieses interessanten und relevanten Themas und für den stets konstruktiven Austausch.

Ich möchte meiner wissenschaftlichen Betreuerin Dr. med. Sandra Wilmes für die fortwährende Unterstützung danken, insbesondere für ihre wertvollen Hilfestellungen bei der Datenerhebung zu Beginn dieser Arbeit.

Ferner danke ich Susanne Sehner vom Institut für Medizinische Biometrie und Epidemiologie für ihre Anregungen zur statistischen Auswertung der Daten.

Ich danke dem ärztlichen Personal des Instituts für Rechtsmedizin sowie den kooperierenden Ärzten der Institute für Allgemeinmedizin des UKE und der CAU für die Überprüfung des Fragebogens und eingehenden Änderungsvorschlägen.

Weiterhin danke ich allen Ärztinnen und Ärzten, die an dieser Befragung teilgenommen haben und die Arbeit somit ermöglicht haben.

Ich bedanke mich herzlich bei meiner Familie sowie insbesondere bei meinem Mann, Marc Alexander Precht, der mich stets unterstützt, ermutigt und Rücksicht genommen hat. Ihm und meinen zwei Kindern ist diese Arbeit gewidmet.

Lebenslauf

Lebenslauf wurde aus datenschutzrechtlichen Gründen entfernt.

Eidesstattliche Erklärung

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 einem Fachvertreter an einer anderen Hochschule zur Überprüfung vorgelegt oder mich anderweitig um Zulassung zur Promotion beworben habe.

Ich erkläre mich einverstanden, dass meine Dissertation vom Dekanat der Medizinischen Fakultät mit einer gängigen Software zur Erkennung von Plagiaten überprüft werden kann.

Unterschrift:
