

Redaktion

B. Dirks, Ulm
R. Somasundaram, Berlin
C. Waydhas, Essen
U. Zeymer, Ludwigshafen



Punkte sammeln auf...

CME.springer.de

Teilnahmemöglichkeiten

- kostenfrei im Rahmen des jeweiligen Zeitschriftenabonnements
- individuelle Teilnahme durch den Erwerb von CME.Tickets auf CME.springer.de

Zertifizierung

Diese Fortbildungseinheit ist mit 3 CME-Punkten zertifiziert von der Landesärztekammer Hessen und der Nordrheinischen Akademie für Ärztliche Fort- und Weiterbildung und damit auch für andere Ärztekammern anerkennungsfähig.

Für Rettungsassistenten und -sanitäter ist diese Fortbildungseinheit von der Akademie für Rettungsdienst und Gefahrenabwehr der Landesfeuerwehrschule Hamburg sowie der Feuerwehr München mit 3 Stunden Fortbildung zertifiziert und damit bundesweit anerkennungsfähig.

Hinweis für Leser aus Österreich

Gemäß dem Diplom-Fortbildungs-Programm (DFP) der Österreichischen Ärztekammer werden die auf CME.springer.de erworbenen CME-Punkte hierfür 1:1 als fachspezifische Fortbildung anerkannt.

Kontakt und weitere Informationen

Springer-Verlag GmbH
Fachzeitschriften Medizin / Psychologie
CME-Helpdesk, Tiergartenstraße 17
69121 Heidelberg
E-Mail: cme@springer.com

CME Weiterbildung Zertifizierte Fortbildung

K. Wieners¹ · H. Hellbernd¹ · S.C. Jenner² · L. Oesterhelweg³

¹ S.I.G.N.A.L. e. V./Koordinierungsstelle, Berlin

² HuSG, Häusliche + sexualisierte Gewalt Interventionsprojekt, Charité-Universitätsmedizin Berlin

³ Institut für Rechtsmedizin, Charité-Universitätsmedizin Berlin

Häusliche Gewalt in Paarbeziehungen

Intervention und Prävention

Zusammenfassung

Einrichtungen der medizinischen Versorgung sind bedeutende Orte für Prävention und Intervention bei Gewalt in Paarbeziehungen. Ärzte und Pflegekräfte in Rettungsstellen gehören zu den ersten und mitunter einzigen Personen, die professionelle Unterstützung anbieten und weitere Hilfe vermitteln können. Eine rechtzeitige und kurze Intervention im Rahmen der Gesundheitsversorgung kann wesentlich dazu beitragen, das Risiko weiterer Gewalt und langfristiger gesundheitlicher Schädigungen zu verhindern – von dem v. a. Frauen und ihre Kinder betroffen sind. Fachkompetenz und Handlungssicherheit auf Seiten der Fachkräfte in Rettungsstellen sind entscheidend dafür, ob Präventions- und Interventionschancen realisiert werden.

Schlüsselwörter

Häusliche Gewalt · Rettungsstellen · Gesundheitsversorgung · Prävention · Intervention

Gewalt in Paarbeziehungen (häusliche Gewalt) umfasst Gewalt(straf-)taten zwischen Erwachsenen in engen sozialen Beziehungen

Rettungsstellen können durch Intervention und Aufklärung einen zentralen Beitrag zur Verringerung von Gewalt leisten

Nach Absolvierung dieser Lerneinheit ist Ihnen bekannt,

- dass es sich bei Gewalt in Paarbeziehung – auch häusliche Gewalt genannt – um ein komplexes Misshandlungssystem aus physischen, psychischen und sexualisierten Formen der Gewalt handelt.
- was unter Kreislauf der Gewalt zu verstehen ist und wie wichtig es ist, diesen zu unterbrechen.
- welche Risikofaktoren und welche Verstärker es gibt und wie diese zu gewichten sind.
- mit welchen Beschwerdebildern Gewalterfahrungen assoziiert sein können und welche Befunde als „red flags“ zu werten sind.
- wie man sich bei Hinweisen auf häusliche Gewalt verhalten sollte und welche Maßnahmen angeboten bzw. ergriffen werden sollten.
- welche entscheidende Bedeutung Ärzte und Pflegekräfte in Rettungsstellen in der Prävention und Intervention bei Gewalt in Paarbeziehungen haben.

Gewalt in Paarbeziehungen ist eine im Kontext familiärer Gewalthandlungen hoch bedeutsame Problematik. Sie wird auch als *häusliche Gewalt* bezeichnet und umfasst Gewalt(straf-)taten zwischen Erwachsenen in engen sozialen Beziehungen, insbesondere in bestehenden (oder bereits beendeten) Paarbeziehungen. Sie gilt als Indikator für eine **Gefährdung des Kindeswohls**. Aufgrund des unterschiedlichen Rechts- und Handlungsrahmens werden *häusliche Gewalt* und *Kindeswohlgefährdung* allerdings als jeweils eigenständige Problematiken behandelt [9]. In der Praxis sollte jedoch stets beachtet werden, dass sich die beiden Problemfelder sehr häufig überschneiden.

Die WHO (Weltgesundheitsorganisation) bezeichnet Gewalt weltweit als eines der **zentralen Gesundheitsrisiken** für Frauen und fordert seit Anfang 2000 zu Maßnahmen der Intervention und Prävention in der gesundheitlichen Versorgung auf [10]. Ärztinnen, Ärzte und Pflegekräfte sind mitunter die einzigen außen stehenden Personen, die die gesundheitlichen Folgen häuslicher Gewalt zu sehen bekommen. Insbesondere Rettungsstellen können durch Intervention und Aufklärung einen zentralen Beitrag zur Verringerung von Gewalt leisten. Dass Ärzte und Pflegekräfte wichtige Ansprechpersonen für Betroffene sind, zeigte eine Befragung unter 806 Patientinnen einer Berliner Rettungsstelle: Für 67% der Befragten wären sie im Fall von Gewalt wichtige Ansprechpartner/-innen. Demgegenüber waren nur 7,5% der Frauen jemals von ihrem Arzt/ihrer Ärztin nach Gewalterfahrung gefragt worden [8].

Phänomenologie

Gewalt in Paarbeziehungen ist selten ein einmaliges Ereignis. Zumeist handelt es sich um ein **komplexes Misshandlungssystem**, in dem unterschiedliche Formen der Gewalt angewandt werden, um Macht und Kontrolle über die andere Person zu erlangen. Gewalthandlungen beschränken sich da-

Domestic violence in pair relationships · Intervention and prevention

Abstract

Institutions of medical care are important places for prevention and intervention in cases of violence in intimate relationships. Doctors and nurses in rescue centers are often the first and sometimes the only professionals who can offer support and provide further assistance. A timely and brief intervention in health care is crucial to prevent the risk of further violence and long-term damage to health which particularly affects women and their children. Expertise and action on the part of health professionals in rescue centers are decisive for whether prevention and intervention opportunities are utilized.

Keywords

Domestic violence · Rescue center · Emergency treatment · Prevention · Intervention

bei nicht auf offene **körperliche und sexualisierte Misshandlungen**. Sie umfassen ebenso **psychische Gewalt** mit Demütigungen, Beschimpfungen und gezielter Abwertung, soziale Kontrolle und die Zerstörung sozialer Netze sowie ökonomische Ausbeutung oder das Verhindern finanzieller Eigenständigkeit [8, 9].

Häusliche Gewalt hat eine spezifische Dynamik, die Walker [15] als **Kreislauf der Gewalt** mit den 3 Phasen

- Spannungsaufbau,
- Gewalteskalation und
- Reue und Versöhnung

beschrieb. Charakteristisch im Spannungsaufbau ist auf Seiten des Täters der (willkürliche) Wechsel zwischen zugewandt-liebevollen und aggressiv-kontrollierenden Verhaltensweisen, die auch leichtere körperliche und sexuelle Übergriffe umfassen. Kommt es zu keiner Unterbrechung, eskaliert das Verhalten bis zu einem offenen Gewaltausbruch mit ggf. massiven körperlichen Verletzungen. Nachfolgend dominieren Entschuldigungen, Beschwichtigungen und Bemühungen, die Beziehung aufrechtzuerhalten. Ohne Interventionen beginnt der Kreislauf in der Regel von Neuem, wobei Häufigkeit und Schwere der Gewalttaten im Verlauf zunehmen und die Gesundheit der Betroffenen und ihrer Kinder fortschreitend beschädigt wird. Die Tatsache, dass Betroffene oft lange in Gewaltbeziehungen leben und nach Gewaltattacken zum Partner zurückkehren, ist u. a. in dieser Dynamik begründet [15].

Epidemiologie

Vorliegenden Daten folgend, sind es überwiegend Frauen, die Gewalt in Paarbeziehungen erleben. Dabei sind Migrantinnen und Frauen mit Behinderungen häufiger betroffen. Zum Ausmaß häuslicher Gewalt in gleichgeschlechtlichen Beziehungen liegen bundesweit nur wenige Angaben vor. Gleiches gilt zur Betroffenheit von Männern in heterosexuellen Beziehungen [7, 13].

Eine deutschlandweite repräsentative Studie zu Gewalterfahrungen von Frauen unter Einbeziehung von 10.000 Frauen im Alter zwischen 16 und 85 Jahren zeigte, dass 25% der Befragten im Erwachsenenalter mindestens einmal körperliche und/oder sexuelle Übergriffe durch einen Beziehungspartner erlebten [13].

Eine Befragung unter Patientinnen der Rettungsstelle des Klinikums Charité-Universitätsmedizin Berlin, Campus Benjamin Franklin (CBF), zeigte eine Lebenszeitprävalenz von 36,6% körperlicher, sexueller und psychischer Gewalt. Über 80% der körperlichen und 55% der sexuellen Gewalterfahrungen standen im Zusammenhang mit häuslicher Gewalt [2, 8]. Aufgrund akuter gewaltverursachter Verletzungen suchten 1,5% der Frauen die Rettungsstelle auf. Internationale Studien zu Partnergewalt ergaben eine Akutprävalenz von 2–4% in Rettungsstellen. Die 1-Jahres-Prävalenz wird auf 10–12% geschätzt [4].

Risikofaktoren

Gewalt in Paarbeziehungen tritt in allen sozialen Schichten unabhängig vom Bildungsstand, Einkommen, Alter, kulturellen Hintergrund und sexueller Orientierung auf. Dennoch gibt es vulnerable Personengruppen bzw. besondere Lebensphasen, die das Risiko, Gewalt zu erfahren, erhöhen. Hierzu zählen Schwangerschaft/Geburt, Trennung, Behinderung/chronische Erkrankungen, Pflegebedürftigkeit sowie Migrations- oder Fluchterfahrungen [7, 9].

Das höchste Risiko, häusliche Gewalt zu erleiden, tragen Frauen, die in ihrer Herkunftsfamilie häusliche Gewalt miterleben mussten [13].

Faktoren wie soziale Probleme, Arbeitslosigkeit und Alkoholmissbrauch gelten im Hinblick auf das Ausüben von Gewalt als enthemmende oder Gewalt verstärkende Faktoren, nicht jedoch als ursächlich.

Gesundheitliche Folgen von Gewalt in Paarbeziehungen

Laut WHO ist Gewalt gegen Frauen als globales Gesundheitsproblem in seiner Dimension mit den durch andere Risikofaktoren verursachten Gesundheitsschäden bei Frauen wie HIV („human immunodeficiency virus“), Tuberkulose, Sepsis bei der Geburt, Krebs und Kreislaufkrankungen zu ver-

Häufigkeit und Schwere der Gewalttaten nehmen im Verlauf zu, und die Gesundheit der Betroffenen und ihrer Kinder wird fortschreitend beschädigt

Jede 4. Frau berichtete über mindestens einmalige Gewalt in der Partnerschaft

Das höchste Risiko, häusliche Gewalt zu erleiden, tragen Frauen, die in ihrer Herkunftsfamilie häusliche Gewalt miterleben mussten

Tab. 1 Gesundheitliche Folgen von Gewalt gegen Frauen und Mädchen. (Nach [8])

Nichttödliche Folgen		Tödliche Folgen
Körperliche Folgen	Direkte Verletzungen wie Hämatome, Schürfwunden, Prellungen, Quetschungen, Frakturen, Stich-/Brandwunden	Tödliche Verletzungen
	Dauerhafte funktionelle Beeinträchtigungen	Mord
	Chronifizierung	Suizid
(Psycho-)somatische Folgen	Chronische Schmerzsyndrome	
	Reizdarmsyndrom	
	Magen-Darm-Störungen	
	Harnwegsinfektionen	
	Atemwegsbeschwerden	
Psychische Folgen	Posttraumatische Belastungsstörungen	
	Depression, Ängste, Schlafstörungen, Panikattacken	
	Essstörungen	
	Verlust von Selbstachtung und Selbstwertgefühl	
Reproduktive Gesundheit	Eileiter-, Eierstock-, Harnwegsinfekte	
	Sexuell übertragbare Krankheiten	
	Ungewollte Schwangerschaften	
	Schwangerschaftskomplikationen	
	Fehlgeburten/niedriges Geburtsgewicht	
	Sexuelle Störungen	
Gesundheitsgefährdende Bewältigungsstrategien	Alkohol-, Nikotin- und Drogenkonsum	
	Risikoreiches Sexualverhalten	
	Selbstverletzendes Verhalten	

gleichen. Wirkungen auf die körperliche und seelische Gesundheit verstärken sich mit der Schwere der Misshandlung. Verschiedene Gewaltformen und multiple Gewaltepisoden wirken im zeitlichen Verlauf kumulativ [10].

Gewalterfahrungen können mit einem breiten Spektrum körperlicher, psychosomatischer und psychischer Beschwerdebilder assoziiert sein (■ **Tab. 1**) und zu kurz-, mittel- und langfristigen gesundheitlichen Beeinträchtigungen führen [10]. Die bundesweite Prävalenzstudie [13] zeigte, dass 64% der Betroffenen über **körperliche Verletzungen** infolge der Gewalttaten und 56–80% über **psychische Folgebeschwerden** berichteten. Von Gewalt Betroffene gaben zudem für die letzten 12 Monate eine höhere Anzahl gesundheitlicher Beschwerden an. Signifikant waren Kopfschmerzen, Magen-/Darmprobleme und Unterleibs- bzw. gynäkologische Beschwerden.

In der Befragung von Patientinnen der Rettungsstelle des Klinikums Charité-Universitätsmedizin Berlin, CBF, berichteten 57% der von Gewalt betroffenen Frauen über gesundheitliche Folgen aufgrund häuslicher Gewalt. Am häufigsten benannt wurden

- Hämatome/Prellungen (44%),
- Knochenbrüche/Quetsch-Riss-Verletzungen (10%) sowie
- Stich-/Schuss- und Brandverletzungen (10%).

Die Verletzungen betrafen zu 60% den Kopfbereich. Als häufigste Störungsbilder wurden

- gastrointestinale Beschwerden (23%),
- Kopfschmerzen/Migräne (18%) und
- Herz-Kreislauf-Beschwerden (14%)

genannt. Im Hinblick auf psychische Folgen überwogen

- Angst-/Panikattacken (33%) und
- Depressionen (15%).

Selbstverletzendes Verhalten und Suizidversuche wurden zu 5% genannt [8].

Bezogen auf die reproduktive Gesundheit haben von Gewalt betroffene Frauen ein 3-fach erhöhtes Risiko gynäkologischer Beschwerden [3]. Eine Befragung unter 18- bis 65-jährigen Patientinnen in Berliner Arztpraxen zeigte signifikante Verbindungen zwischen Gewalterfahrungen durch einen

Gewalterfahrungen können mit einem breiten Spektrum körperlicher, psychosomatischer und psychischer Beschwerdebilder assoziiert sein

Gewaltbetroffene Frauen haben ein 3-fach erhöhtes Risiko gynäkologischer Beschwerden

Infobox 1 „red flags“ [3, 8, 9, 12, 14, 16]

Situative Faktoren

- Begleitperson versucht, die Situation zu kontrollieren, spricht für Patient/-in.
- Verhalten des Patienten/der Patientin gegenüber der Begleitperson ist auffällig (ängstlich, vermeidend).
- Erklärungen zum Verletzungshergang stimmen nicht mit deren Art/Lage überein.
- Zeitraum zwischen dem Entstehen und Aufsuchen der Rettungsstelle ist auffällig lang.
- Verletzungen werden verdeckt oder bagatellisiert.

Körperliche Verletzungen

- Multiple mehrzeitige Verletzungen unterschiedlicher Färbungen/unterschiedlicher Heilungsstadien
- Geformte oder gruppierte Verletzungen, die auf den Einsatz eines Gegenstands schließen lassen
- Verletzungen im Kopfbereich, an Unterarmen und Händen (Abwehrverletzungen)
- Häufige Verletzungen durch stumpfe Gewalt

Gynäkologische und geburtshilfliche Aspekte

- Schmerzen, hohe Anspannung bei vaginalen Untersuchungen
- Vaginale Entzündungen
- Vaginale und rektale Verletzungen
- Schwangerschaftskomplikationen
- Früh-, Fehl- und Totgeburten
- Blutungen im 1. und 2. Trimester der Schwangerschaft

Psychosomatische und psychische Beschwerdebilder

- Angst- und Panikattacken
- Schlafstörungen, Erschöpfungszustände
- Unspezifische Schmerzsyndrome/Bauch- oder Unterleibsbeschwerden
- Depressionen, Suizidgedanken oder -versuche
- Posttraumatische Belastungsstörungen

Gesundheitsverhalten

- unachtsamer Umgang mit chronischen Erkrankungen
- Vermeiden oder mangelnde Inanspruchnahme von Früherkennungsangeboten oder Schwangerenvorsorge
- Medikamenten- und Suchtmittelkonsum

Partner und gynäkologischen Symptomen wie Unterbauchschmerzen, Harnwegsinfekten und Zyklusstörungen [11]. Gewalttaten während einer Schwangerschaft schädigen nicht nur Frauen, sondern betreffen auch den Fetus bzw. das Neugeborene [9, 10, 11].

Häusliche Gewalterfahrungen stehen in sehr enger Verbindung mit psychischen Beeinträchtigungen bis hin zu psychiatrischen Erkrankungen. Im Rahmen der bundesweiten Prävalenzstudie nannten Betroffene [13]:

- dauerndes Grübeln (50–70%),
- vermindertes Selbstwertgefühl (36–55%),
- Schlafstörungen und Alpträume (etwa 30%),
- erhöhte Ängste auch in Verbindung mit Panikattacken (18–24%),
- Probleme im Umgang mit Männern/in sozialen Beziehungen (13–34%),
- Essstörungen (7–9%),
- Suizidgedanken (6–9%).

Auswirkungen zeigen sich auch im Gesundheitsverhalten, z. B. durch einen überdurchschnittlichen Konsum von Tabak-, Alkohol-, Substanzmitteln [9, 10].

Eine stärkere Beachtung der durch Gewalt verursachten Gesundheitsfolgen hilft nicht nur, einer Chronifizierung von Beschwerden und möglicher Fehlversorgung entgegenzusteuern. Rettungsstellen können durch Information und Aufklärung auch eine wichtige Schnittstelle in die psychosoziale Versorgung sein und somit entscheidend zum Abbau von Gewalt in Paarbeziehungen beitragen.

Intervention bei häuslicher Gewalt

Konzepte der Intervention und Prävention bei Gewalt in Paarbeziehungen umfassen folgende, international als Standards anerkannte Maßnahmen [5, 6, 8, 16]:

- das Erkennen und aktive Ansprechen von Gewalterfahrungen,
- die rechtssichere ärztliche Dokumentation vorliegender Verletzungen und Beschwerden,
- das Gewährleisten von Schutz und Sicherheit,
- das Vermitteln von Informationen über weiterführende Versorgungs-, Beratungs- und Schutzangebote.

In vielen deutschen Bundesländern liegen **Handlungsempfehlungen** zur Intervention in der Gesundheitsversorgung vor. Wissenschaftlich evaluiert wurde bisher nur das **S.I.G.N.A.L.-Interventionsprogramm**, das in der Rettungsstelle des Klinikums Charité-Universitätsmedizin Berlin, CBE, [13] eingeführt wurde und oben angeführte Interventionsschritte in Form eines Handlungsleitfadens beinhaltet (■ **Abb. 1**).

Häusliche Gewalterfahrungen stehen in sehr enger Verbindung mit psychischen Beeinträchtigungen bis hin zu psychiatrischen Erkrankungen

Rettungsstellen können eine wichtige Schnittstelle in die psychosoziale Versorgung sein

- S**etzen Sie ein Signal, sprechen Sie Gewalterfahrungen aktiv an
Betroffene öffnen sich eher, wenn Sie merken, dass ihre Situation verstanden wird.
- I**nterview mit konkreten Fragen
Über Gewalterfahrungen zu sprechen, ist in aller Regel schwer: Hören Sie zu, ohne zu urteilen.
- G**ründliche Untersuchung alter und neuer Verletzungen
Verletzungen in unterschiedlichen Heilungsstadien können Hinweise auf häusliche Gewalt sein.
- N**otieren aller Befunde und Angaben, sodass sie gerichtsverwertbar sind
Der S.I.G.N.A.L.-Dokumentationsbogen hilft, systematisch und rechtssicher zu dokumentieren.
- A**bklären des aktuellen Schutzbedürfnisses
Schutz und Sicherheit für die Patientin sind Grundlage und Ziel jeder Intervention.
- L**eitfaden mit Notrufnummern und Unterstützungsangeboten anbieten
Betroffene werden Informationen zu einem für sie richtigen Zeitpunkt nutzen.

Abb. 1 ▲ Handlungsleitfaden des S.I.G.N.A.L.-Interventionsprogramm. (Mit freundl. Genehmigung des S.I.G.N.A.L. e.V.)

Erkennen von Gewalt in Paarbeziehungen

Hinweise auf ein mögliches Vorliegen häuslicher Gewalterfahrungen bieten die in **Infobox 1** aufgeführten, wissenschaftlich fundierten „red flags“ [3, 8, 9, 12, 14, 16].

Für eine sichere Abklärung möglicher Gewalterfahrungen ist ein persönliches Gespräch unumgänglich.

Das Erkennen möglicher Gewalterfahrungen ist Basis aller weiteren Interventionsmaßnahmen.

Aktives Ansprechen

Barrieren seitens des Patienten/der Patientin

Mit einer aktiven Ansprache wird die Thematik enttabuisiert, und es kann Ängsten auf Seiten der Patienten/-innen begegnet werden. Gewalterfahrungen, gerade wenn sie von nahe stehenden Menschen ausgeübt werden, gehen häufig mit einer tiefgreifenden Verletzung der persönlichen Integrität und mit Schamgefühlen, Verunsicherungen und Ambivalenzen einher. Darüber hinaus tragen auch extrinsische Faktoren wesentlich dazu bei, dass Gewalterfahrungen verschwiegen werden, beispielsweise Drohungen/Redeverbote der Gewalt ausübenden Person, soziale Reaktionen wie generalisierende Handlungsempfehlungen, Vorurteile oder ein missbräuchlicher Umgang mit anvertrauten Informationen.

Barrieren seitens der Gesundheitsfachkräfte

Gewalterfahrungen anzusprechen, ist auch für das medizinische Personal nicht einfach. Beispielsweise besteht häufig Unsicherheit, ob es ein Patient/eine Patientin als verletzend oder als Eingriff in die Privatsphäre empfindet, nach erlittener Gewalt gefragt zu werden. Die bereits benannte Befragung von Patientinnen einer Berliner Rettungsstelle zeigte, dass nahezu 80% der Befragten eine routinemäßige Frage nach Gewalterfahrungen befürworteten. Die Antworten zeigten keine nennenswerten Unterschiede zwischen von Gewalt betroffenen und nichtbetroffenen Frauen [8].

Setting

Für ein Ansprechen von Gewalterfahrungen sind folgende Rahmenbedingungen wesentlich:

- Gewährleisten eines sicheren Rahmens für das Gespräch: Gewalterfahrungen sollten unter 4 Augen angesprochen werden. Dabei ist darauf zu achten, dass ein überraschendes Betreten des Behandlungsraums durch die Begleitpersonen ausgeschlossen ist.
- Neutrale und professionelle Sprach- oder Gebärdendolmetscher/-innen
- Informationsmaterialien über weiterführende regionale Versorgungs- und Unterstützungsangebote: Im Idealfall bestehen Kontakte und Absprachen über Möglichkeiten der Zusammenarbeit.
- Arbeitsmaterialien: Instrumente wie ärztliche Dokumentationsvordrucke und eine Kamera für Fotodokumentationen sollten bereitliegen.

Für eine sichere Abklärung möglicher Gewalterfahrungen ist ein persönliches Gespräch unumgänglich

Mit einer aktiven Ansprache wird die Thematik enttabuisiert

Nahezu 80% der Befragten befürworteten eine routinemäßige Frage nach Gewalterfahrungen

Gesprächsführung

Grundlegende Prinzipien der Gesprächsführung wie Empathie, offene Fragen, unvoreingenommenes Zuhören sowie Wertschätzung [1] sind für ein Gespräch mit von Gewalt betroffenen Patienten/-innen von zentraler Bedeutung. Ebenso wichtig ist eine Grundhaltung, in der die Autonomie der Patienten/-innen, d. h. ihr Recht auf und ihre Fähigkeit zur Selbstbestimmung, anerkannt und bewusst gestärkt werden.

Eine ruhige, zugewandte Gesprächsatmosphäre ist zu gewährleisten. Hierzu sollte man sich dem Patienten/der Patientin bewusst zuwenden und darauf achten, Blickkontakt in Augenhöhe herzustellen [8, 16].

Herstellen von Transparenz

Dem Patienten/der Patientin sollte mitgeteilt werden, was einen veranlasst, nach Gewalterfahrungen zu fragen, z. B.:

„Wir erleben häufig, dass Verletzungen von einem Partner/einer Partnerin oder einer anderen nahestehenden Person verursacht werden. Wir fragen daher jede Patientin, ob etwas Derartiges geschehen ist.“

Die angeführte Formulierung vermittelt den Hintergrund der Frage und signalisiert zugleich die Bedeutung (*häufig*) und die Aufmerksamkeit für die Problematik.

Vertraulichkeit

Im Gespräch muss unbedingt auf die **Schweigepflicht** hingewiesen werden. Dem Patienten/der Patientin sollte zugesichert werden, dass Informationen, die möglicherweise vermittelt werden, vertraulich behandelt und nur mit seinem/ihrer Einverständnis weitergegeben werden.

Fragestellung

Es ist leichter, auf konkrete als auf allgemein formulierte Fragen zu antworten. Häusliche Gewalt äußert sich in einer Vielzahl von Handlungen und Unterlassungen, die direkt benannt werden können. Empfehlenswert ist auch die Verwendung des Begriffs *Verletzung*. Er ist normativ weniger besetzt als der Begriff *Gewalt* und eröffnet die Möglichkeit, über emotionale sowie über körperliche Verletzungen zu sprechen:

„Kann es sein, dass Sie von einer anderen Person geschlagen/getreten/verletzt wurden? War es möglicherweise ihr Partner oder Freund?“

„Wie ist es dazu gekommen, dass Sie die Leiter hinunter gestürzt sind? Hat Sie möglicherweise jemand gestoßen oder hat Ihnen jemand Angst gemacht?“

„Sie wirken ängstlich/unruhig. Erzählen Sie mir bitte, was Ihnen Angst macht. Hat es möglicherweise etwas mit ihrer Situation zu Hause zu tun? Fühlen Sie sich dort vielleicht nicht sicher?“

Nicht angebrachte Verhaltensweisen

Es sollte nicht nach *häuslicher Gewalt* gefragt werden, da sich in aller Regel kein Patient/keine Patientin mit diesem Begriff identifizieren kann.

Eine ermittelnde Gesprächsführung ist kontraproduktiv. Es ist die Entscheidung des/der Betroffenen, ob er/sie über eine möglicherweise vorliegende Gewalterfahrung sprechen möchte oder nicht.

Auch Äußerungen, die dazu beitragen, dass sich das Opfer die Schuld an der Situation zuschreibt, wie

„Daran sind doch immer zwei Personen beteiligt, was haben Sie zu der Eskalation beigetragen“, sollten unterlassen werden.

Ebenso kontraproduktiv sind Handlungsvorgaben wie:

„Sie müssen sich trennen.“

„Sie müssen Ihren Partner anzeigen.“

Vorgehen bei bejahter Gewalterfahrung

Wenn Gewalterfahrungen bejaht werden, sind die Anerkennung des erlittenen Unrechts, das Zusichern von Unterstützung, Schutz- und Sicherheit sowie die Vermittlung von Information über Handlungsmöglichkeiten zentral.

Die Autonomie der Patienten/-innen, d. h. ihr Recht auf und ihre Fähigkeit zur Selbstbestimmung, muss anerkannt und bewusst gestärkt werden

Häusliche Gewalt äußert sich in einer Vielzahl von Handlungen und Unterlassungen, die direkt benannt werden können

Eine ermittelnde Gesprächsführung ist kontraproduktiv

- Der Mut und das Vertrauen, das der Patient/die Patientin einem entgegenbringt, müssen entsprechende Wertschätzung erfahren.
- Die Aussagen der Patientin/des Patienten dürfen nicht in Frage gestellt werden. Bruchstückhafte oder widersprüchlich wirkende Aussagen können Ausdruck einer traumatisierenden Erfahrung sein.
- Es muss deutlich gemacht werden, dass die Verantwortung für die Gewalt bei der diese ausübenden Person liegt (z. B. „Niemand verdient es, geschlagen/gedemütigt zu werden.“). Da sich Betroffene von Partnergewalt oft (mit-)schuldig fühlen, kann eine eindeutige Positionierung bereits eine wichtige *therapeutische Information* beinhalten.
- Es sollte offen nach dem individuellen Hilfe- und Unterstützungsbedarf gefragt werden (z. B.: „Gibt es etwas, womit ich Ihnen jetzt helfen kann“?). Veränderung ist in aller Regel ein prozesshaftes Geschehen, das Zeit erfordert. Beachten Sie, dass eine Trennung mit einer erhöhten Gefährdung einhergehen kann.
- Das Gespräch sollte begrenzt werden, wenn der Gesprächsführende merkt, dass hoher Gesprächsbedarf besteht, der nicht aufgefangen werden kann (z. B. „Ich muss Sie unterbrechen. Wir haben hier in der Rettungsstelle leider nicht die Möglichkeit für ein längeres Gespräch. Ich würde Sie aber gerne an eine Beratungsstelle/Psychologin vermitteln. Wäre das in ihrem Interesse?“).

Vorgehen bei Verneinung der Gewalterfahrung bei begründetem Verdacht

Wird die Frage nach Gewalterfahrungen verneint, obwohl aufgrund der Art der Verletzung, der Beschwerden oder weiterer Aspekte ein begründeter Verdacht besteht, gilt es, die Entscheidung des Patienten/der Patientin zu respektieren. Die bestehende Sorge kann man in diesem Fall in einer allgemein gehalten Form vermitteln, z. B.

„Verstehen Sie mich bitte nicht falsch. Ich mache mir Sorgen um Ihre Gesundheit und es ist mir ein Anliegen, zu vermitteln, dass Gewalt nie in Ordnung ist und unsere Rettungsstelle Schutz und Hilfe bietet.“ [8]

Abklärung von Schutz und Sicherheit

Hinweise auf eine Gefährdung und Ängste des Patienten/der Patientin sind ernst zu nehmen. Das Risiko lebensgefährlicher oder tödlicher Angriffe ist kurz vor und nach einer Trennung am höchsten. Folgende Fragen ermöglichen eine Einschätzung der Gefährdung:

- Wurden die Gewalttätigkeiten in der letzten Zeit häufiger oder schwerwiegender?
- Gibt es Waffen im Haushalt?
- Bestehen bei dem Patienten/der Patientin Suizidgedanken oder hat diese bereits einen Suizidversuch unternommen?
- Droht der Partner dem Patienten/der Patientin, den Kindern oder sich selbst etwas anzutun?

Will oder kann der Patient/die Patientin nicht nach Hause zurückkehren, sind Möglichkeiten einer **sicheren Unterbringung** (z. B. Freunde, Zufluchtswohnung) zu klären. Auch eine Kurzaufnahme im Krankenhaus kann in Betracht gezogen werden.

Möchte der Patient/die Patientin nach Hause zurück, sollten Schutzmöglichkeiten angesprochen werden, z. B.

„Wissen Sie was Sie tun können, wenn sich erneut eine Eskalation andeutet?“

Der Patient/die Patientin sollte darin bestärkt werden, frühzeitig Hilfe zu suchen, z. B. in einer Beratungsstelle. Es ist wichtig, dass Betroffene wissen, wohin sie sich jederzeit wenden können, um Schutz zu erhalten.

Die Gefährdung von Kindern ist im Kontext von Schutz- und Sicherheitsfragen stets zu thematisieren. Die negativen Auswirkungen des Miterlebens der Gewalt werden häufig unterschätzt. Gegebenenfalls sollte eine im Kinderschutz kompetente Person zur weiteren Beratung und Klärung des Interventionsbedarfs hinzugezogen werden.

Hinweise auf eine Gefährdung und Ängste des Patienten/der Patientin sind ernst zu nehmen

Die Gefährdung von Kindern ist im Kontext von Schutz- und Sicherheitsfragen stets zu thematisieren

Tab. 2 Häufige Verteilung der Verletzungen bei häuslicher Gewalt

Körperregion	Verletzungen
Schädel	Ausgerissene Haare, Haarwurzelunterblutungen, Kratzwunden, Hämatome
Gesicht	Monokel-/Brillenhämatom, Lid-/Bindehautblutungen, Kratzwunden, Mundschleimhautverletzungen, Zahnverletzungen, Verletzungen der Hinterohrregion, Brüche des Jochbeins und der Augenhöhle („blow out-fracture“)
Hals	Hämatome (Würgemale/Drosselmarke), Kratzwunden
Oberkörpervorderseite	Hämatome (Griffspur) im Bereich der Brüste, Bissverletzungen im Bereich der Brüste, Kratzwunden
Rücken/Gesäß	Hämatome über Knochenvorsprüngen (Schulterblattgräte, Dornfortsätze der Wirbelsäule, Kreuzbein und hintere Darmbeinstachel) als sog. Widerlagerverletzungen, Doppelstriemen
Arme	Hämatome oder Schnitt-/Stichverletzungen an der Streckseite des Unterarms als sog. passive Abwehrverletzungen, Hämatome (Griffspur) insbesondere an der Innenseite der Oberarme
Hände	Schnitt-/Stichverletzungen an den Handflächen (aktive Abwehrverletzungen), Abbrüche der Fingernagelränder
Beine	Hämatome an der Innenseite der Oberschenkel und am knienahen Unterschenkel z. B. durch Tritte oder infolge sog. Spreizverletzung (insbesondere nach sexuellen Übergriffen)

Information, Aufklärung, Weitervermittlung

Informationen über psychosoziale und rechtliche Beratungsangebote, über Schutzeinrichtungen und gesundheitsfördernde Angebote stärken die Handlungsfähigkeit und Selbsthilferessourcen der Betroffenen. Berücksichtigt werden sollten insbesondere:

- Fachberatungsstellen für Betroffene häuslicher Gewalt: Wichtig ist in der Regel der Hinweis, dass die Beratungen ergebnisoffen und auf Wunsch anonym erfolgen.
- Frauenhäuser und Zufluchtswohnungen bei akuter Gefährdung oder Trennungsabsicht
- Rechtliche Handlungsmöglichkeiten, z. B. nach dem Gewaltschutzgesetz (Schutzanordnungen, Wohnungszuweisung) sowie rechtliche Beratungsangebote: Entsprechende Informationen vermitteln die erwähnten Fachberatungsstellen.
- Mitbetroffenheit von Kindern und Unterstützungsangebote z. B. durch regionale Erziehungs- und Familienberatungsstellen, Jugendämter und Kinderschutzeinrichtungen
- Gesundheitsfördernde Angebote wie Kuren

Hilfreich sind neben dem persönlichen Gespräch Plakate und Flyer regionaler Unterstützungseinrichtungen, die in Warte- und Behandlungsräumen präsentiert werden können (■ **Infobox 2**).

Berücksichtigt werden sollten zudem **Internetinformationen**, insbesondere wenn sie mehrsprachig, für Hörgeschädigte zugänglich sowie in leichter Sprache abrufbar sind.

Voraussichtlich ab Ende 2012 bietet eine bundesweite **Hotline** umfassende Informationen bei häuslicher Gewalt.

Rechtssichere Dokumentation von Verletzungen

Eine rechtssicher verfasste ärztliche Dokumentation vorliegender Verletzungen kann Betroffene wesentlich bei der Durchsetzung rechtlicher Ansprüche unterstützen (Strafrecht, Zivilrecht, Familienrecht, Ausländerrecht, Opferentschädigung usw.). Sie ist zudem deshalb von besonderer Bedeutung, weil die Entscheidung für oder gegen rechtliche Schritte und somit gegen den Partner nicht in der akuten Situation gefällt werden muss.

Objektivität – Trennung von Befund und Diagnose

Rechtsmedizinisch nicht versierte Ärzte/-innen sollten rein deskriptiv dokumentieren und auf eine Trennung von Befund und Diagnose achten [12]. Aus einer **deskriptiven Befundbeschreibung** kann auch zu einem späteren Zeitpunkt unter Berücksichtigung weiterer Informationen zum Tatablauf eine Diagnose gestellt werden. Eine vorschnelle Diagnosestellung, z. B. eine Einschätzung des Wundalters oder ob eine Verletzung selbst beigebracht oder fremdverursacht wurde, kann in einem Ge-

Informationen über psychosoziale und rechtliche Beratungsangebote stärken die Handlungsfähigkeit der Betroffenen

Infobox 2 Informationen über regionale Hilfeeinrichtungen

- Bundesverband Frauennotrufe und Frauenberatungsstellen: <http://www.frauen-gegen-gewalt.de>
- Frauenhauskoordinierung e. V.: <http://www.frauenhauskoordinierung.de/>
- Interventionsstellen bei häuslicher Gewalt: <http://www.big-koordinierung.de/adressen/interventionsstellen.htm>

Zur Unterstützung einer vollständigen Dokumentation ist die Nutzung spezieller Dokumentationsvordrucke empfehlenswert

Eine Dokumentation in wörtlicher Rede ist oft sinnvoll

Es müssen alle Verletzungen dokumentiert werden

richtsverfahren für alle Beteiligten zu problematischen Situationen führen.

Zur Unterstützung einer vollständigen Dokumentation ist die Nutzung spezieller Dokumentationsvordrucke empfehlenswert. Entsprechende Unterlagen sind zu meist Bestandteil von Handlungsleitfäden, die u. a. über die Landesärztekammern erhältlich sind. Berücksichtigt werden sollte auch, dass die rechtssichere Dokumentation v. a. für Nichtmediziner (Juristen, Mitarbeiter von Behörden, Angehörige der Ermittlungsorgane) erstellt wird. Sie muss folglich in einer verständlichen und gut lesbaren Art und Weise verfasst werden. Auf Fachvokabular sollte soweit möglich verzichtet werden.

Folgende Aspekte sind bei der Erstellung einer rechtssicheren Befunddokumentation wesentlich:

Rahmendaten und anamnestische Angaben

Zu dokumentieren sind Angaben zum Patienten, zur untersuchenden Person und ggf. assistierenden Mitarbeitern/-innen sowie zu eingesetzten Sprachmittlern/-innen und anwesenden Begleitpersonen. Festzuhalten sind zudem Untersuchungsort und -zeit.

In der Anamnese sind Ereigniszeit und -ort, die Verwendung von Tatwerkzeugen sowie die ereignisbeteiligten Personen zu dokumentieren. Ferner sollte der Ereignisablauf kurz wiedergegeben werden. Eine Dokumentation in wörtlicher Rede ist oft sinnvoll, da hierdurch deutlich gemacht wird, dass es sich nicht um eine Interpretation der untersuchenden Person handelt.

Befunderhebung und -beschreibung

Für eine umfassende Befunderhebung ist eine **Ganzkörperuntersuchung** zu empfehlen. Zu dokumentieren sind alle Verletzungen – auch ältere oder zunächst nicht mit dem angegebenen Ereignis in Zusammenhang stehende Läsionen. In **Tab. 2** und **Abb. 2** sind typische Regionen dargestellt, an denen gehäuft durch häusliche Gewalt verursachte Verletzungen gefunden werden.

Die deskriptive Befunderhebung sollte stets folgende Punkte umfassen:

- Lokalisation,
- Größe,
- Form und Begrenzung sowie
- Farbe.

Exemplarisch sei eine Befundbeschreibung für die in **Abb. 3–5** gezeigten Verletzungen angegeben.

Befundbeschreibung für **Abb. 3.** An der Beugeseite des rechten Oberarms im oberen Drittel in einem 3 cm × 3 cm messenden Areal eine unscharf begrenzte, rundliche blau-violette Hautverfärbung mit 1 cm durchmessender Abblassung im distalen Bereich

Befundbeschreibung für **Abb. 4.** An der Stirn im Bereich 3 cm oberhalb der linken äußeren Augenbraue eine 5 cm lange, spaltförmige Hautdurchtrennung mit sichtbarer Knochenhaut im Wundgrund. Mäßige Blutung. Die Wundränder unregelmäßig mit einem geringen, bis maximal 0,5 cm breitem Schürfsaum sowie stellenweise geringem Bluterguss im Bereich des Wundrandes. In der Wunde mehrere Gewebsbrücken erkennbar.

Befundbeschreibung für **Abb. 5.** An der Innenseite der Oberlippe im Bereich der Schneidezähne lippenrotnah eine streifenförmige, maximal 3 cm lange und bis maximal 0,5 cm breite rote Schleimhautunterblutung mit einem kleinen Schleimhautdefekt. Zahnfleischnah 2 weitere, parallel zur ersten Unterblutung liegende maximal 1 cm × 0,6 cm messende rote Schleimhautunterblutungen, korrespondierend zu den großen Schneidezähnen

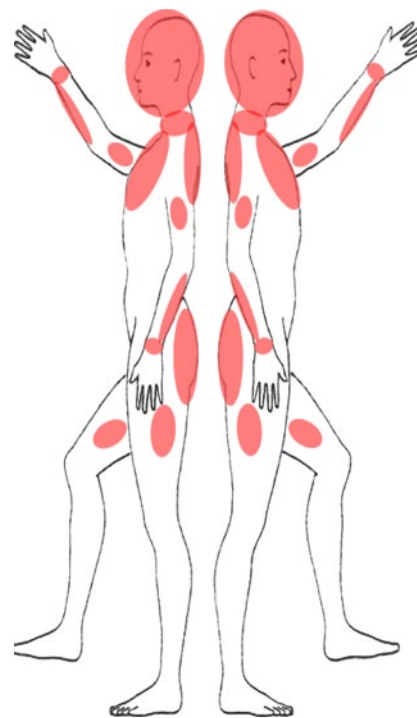


Abb. 2 ▲ Bodyschema

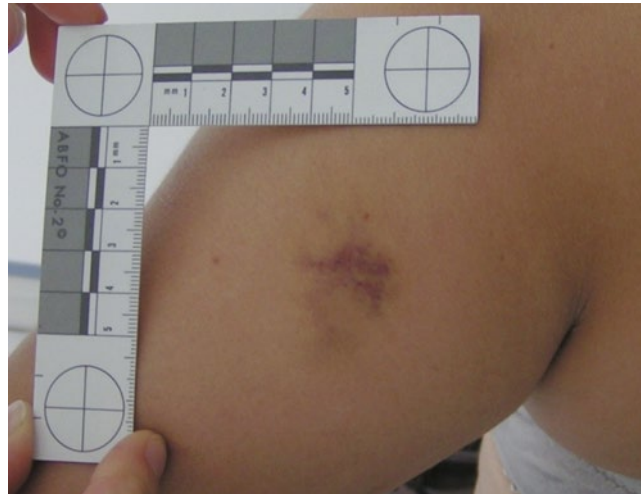


Abb. 3 ► Fotografische Dokumentation einer Griffspur am linken Oberarm



Abb. 4 ► Fotografische Dokumentation einer Quetsch-Riss-Wunde an der Stirn infolge eines Sturzes bei häuslicher Auseinandersetzung



Abb. 5 ► Fotografische Dokumentation einer Unterblutung der Mundvorhofschleimhaut nach Schlag mit der flachen Hand ins Gesicht

Die rechtssichere Dokumentation sollte auch eine Einschätzung einer eventuellen Lebensgefahr ermöglichen. Relevant ist dies insbesondere, wenn eine Gewalteinwirkung gegen den Hals erfolgte. Auch wenn es nicht leicht ist, die Lebensgefahr eines überlebten Angriffs gegen den Hals einzuschätzen, ist dies im Hinblick auf eine strafrechtliche Einordnung der Tat von hoher Bedeutung. Finden sich Stauungsblutungen (Petechien) in den Lid- und Bindehäuten, der Mundschleimhaut oder der Hinterohrregion, ist von einer relevanten Verminderung des Blutabflusses auszugehen. Diese ist mit massiver Blutstauung und somit Unterversorgung des Gehirns mit Sauerstoff vergesellschaftet, sodass von einer lebensgefährlichen Situation ausgegangen werden kann. Zu dokumentieren sind ferner anamnestische

Tab. 3 Gewaltformen und resultierende Befunde

Gewaltform	Diagnose	Befund
Stumpfe Gewalt	Abschürfung	Feuchte bzw. bräunlich verschorfte Verletzung mit Verlust der Oberhaut
	Hautunterblutung/-einblutung	Blauviolette, bräunliche, grünliche oder gelbliche Hautverfärbungen, z. T. mit deutlichem Druckschmerz, eventuell mit erkennbaren Konturen (Doppelstriemen, Handabdruck, Griffspur oder Ähnliches)
	Quetsch-Riss-Wunde	Offene Wunde mit unregelmäßigen Wundrändern und häufig sog. Gewebsbrücken in der Tiefe. Lokalisation über Knochen (meist Schädel, aber auch Ellenbogen, Schulter, Knie, Becken usw.)
	Knochenbruch	Schmerzen, Fehlstellung, Schonhaltung, Röntgenbefund
Halbscharfe Gewalt	Bissverletzung	Halbrunde bis ovale Verletzung mit z. T. erkennbaren einzelnen kleinen Hautunterblutungen oder Hautverletzungen und Abschürfungen (Zahnabdrücke)
	Sonstige (z. B. Pfählungsverletzung)	Sehr variabel, häufig unregelmäßige Wundränder mit Schürfsaum
Scharfe Gewalt	Schnitt-/Stichverletzung	Offene Wunde mit meist glatten Wundrändern und ohne Gewebsbrücken in der Tiefe, ggf. kratzerförmige oberflächliche Auszieher und je nach Tatwerkzeug bei Stichverletzungen stumpfe (z. B. Messerrücken) und/oder spitze (Schneide) Wundwinkel. Bei Bewegung des Stichwerkzeugs in der Wunde z. T. schwalbenschwanzartige Wunden
Thermische Gewalt	Verbrühung/Verbrennung	Scharf begrenzte (Eintauchen) oder bizarr geformte (Überschütten) Hautrötung, evtl. mit klarer Flüssigkeit gefüllte Hautblasen oder Verlust der obersten Hautschichten. Bei Verbrennungen z. T. mit Antrugungen von Verbrennungsrückständen (Ruß/Asche)
Strangulation	Würgen/Drosseln	Ovale bis bizarr geformte Hautunterblutungen am Hals (Würgemale) oder strangförmige, z. T. auch doppelkonturierte Hautrötung (Drosselmarke), ggf. mit Kratzern oder halbmondförmigen Abschürfungen (Fingernagelspuren) Blutstauung im Gesicht mit ggf. flohstichartigen Einblutungen in die Lid- und Bindehäute, Mundschleimhäute und Haut der Hinterohrregion

Angaben, die auf eine Minder- bzw. Mangelversorgung des Gehirns mit Sauerstoff hinweisen. Insbesondere sind dies ein Bewusstseinsverlust, Wahrnehmungsstörungen (sog. Aura), Schwindel und Kontrollverlust über die Ausscheidungsorgane. Die bloße Dokumentation der Würgemale/Drosselmarke reicht nicht zur Einschätzung der Lebensgefahr aus. Festzuhalten sind auch weitere therapeutische Maßnahmen wie Operationen, Transfusionen, Wiederbelebungsmaßnahmen usw.

■ **Tab. 3** vermittelt exemplarisch aus verschiedenen einwirkenden Gewaltformen resultierende Befunde.

Alle erhobenen Befunde sind in einem Bodyschema einzuzeichnen (■ **Abb. 2**).

Im Idealfall wird die schriftliche Befunddokumentation durch eine fotografische Dokumentation der vorliegenden Verletzungen ergänzt. Dabei sollte Folgendes berücksichtigt werden:

- gute Ausleuchtung und Nutzung einer Digitalkamera,
- eine Personenaufnahme und jeweils mindestens 2 Detailaufnahmen aus unterschiedlichen Winkeln,
- Einsatz eines Maßstabs (Größenverhältnis),
- Datum, Uhrzeit, Daten des Patienten/der Patientin sowie Lage der Verletzung notieren.

Opferzentrierter Umgang

Bei der Untersuchung und Dokumentation sind die psychische Verfassung des Patienten/der Patientin und vorliegende Empfehlungen für einen opferzentrierten Umgang zu beachten. Den Patienten/-innen sollten die Bedeutung einer rechtssicheren Dokumentation von Verletzungen und der Ablauf der Befunderhebung erläutert werden. Sie sind darauf hinzuweisen, dass die Dokumentation in den Patientenunterlagen verbleibt und bei Bedarf abgerufen werden kann. Für eine rechtssichere Dokumentation wird das schriftliche Einverständnis der Patienten/-innen benötigt.

Im Idealfall wird die schriftliche Befunddokumentation durch eine fotografische Dokumentation der vorliegenden Verletzungen ergänzt

Die **Autonomie des Opfers** sowohl hinsichtlich der Untersuchung als auch der Entscheidungen über die einzuleitenden Schritte ist zu respektieren. Im Gegensatz zur Kindesmisshandlung sind Betroffene von häuslicher Gewalt in der Regel mündige formal selbstbestimmte Personen, die Entscheidungen über den Umfang der Untersuchung und die weiteren Folgen selbst treffen können und müssen.

Nach Möglichkeit sollte ein gleichgeschlechtlicher Untersucher gewährleistet sein. Es ist auf ruhige und ungestörte Rahmenbedingungen zu achten. Die Untersuchung sollte in mehreren Schritten durchgeführt werden, die vollständige Entkleidung der Patienten/-innen sollte vermieden werden.

Schweigepflicht

Die Schweigepflicht entsprechend § 203 Abs. 1 Nr. 1 StGB (Strafgesetzbuch) ist ein zentraler Baustein in der Intervention bei häuslicher Gewalt. Sie gibt dem Patienten/der Patientin die Sicherheit, dass keine Informationen und Befunde ohne ihre Zustimmung nach außen gelangen. Eine Offenbarungsberechtigung – keine Pflicht – besteht nur bei in der Zukunft liegenden, d. h. geplanten schweren Straftaten wie Mord, Totschlag und anderen schweren Straftaten gegen die persönliche Freiheit. Gerechtfertigt ist eine Verletzung der Schweigepflicht zudem auch gemäß § 34 StGB zur Abwendung von Gefahren für Leib und Leben.

Das Übergehen des erwachsenen und geschäftsfähigen Opfers durch eigenmächtige Erstattung einer polizeilichen Anzeige sollte unterbleiben, da dies in der Regel zu einem Rückzug der Geschädigten führt und als ein erneuter Kontrollverlust über die eigene Autonomie erlebt wird. Diese Sicht gilt für Erwachsene, nicht aber für Kinder. Bei Letzteren ist keine Geschäftsfähigkeit gegeben und die fürsorgerechtigte Person ist nicht selten gleichzeitig die Gewalt ausübende Person. Die Sicherung des Kindeswohls sollte in diese Fällen Priorität haben und im Zweifel auch durch das Einbeziehen von Jugendamt und Polizei durchgesetzt werden.

Resümee

In Anbetracht des weiten Spektrums gesundheitlicher Folgen, des seelischen Leids der Betroffenen und der generationenübergreifenden Auswirkungen häuslicher Gewalt in Paarbeziehungen sollten Präventions- und Interventionsprogramme bei häuslicher Gewalt systematisch in die Gesundheitsversorgung integriert werden. Für eine nachhaltige Verankerung bedarf es der Unterstützung auf allen Ebenen der Institution.

Neben strukturellen Maßnahmen ist die **Qualifizierung** aller Mitarbeiter/-innen eine grundlegende Säule bei der Einführung der Thematik. Unterlässlich sind vertiefende praxisbezogene Fortbildungen, das Angebot von Fallbesprechungen sowie klare Regelungen, durch die Sicherheit und Schutz der Beschäftigten gewährleistet werden können.

Fazit für die Praxis

- Häusliche Gewalt ist in Deutschland nicht selten und tritt in allen sozialen Schichten auf.
- Gewalt gegen Frauen als globales Gesundheitsproblem ist in seiner Dimension mit den durch andere Risikofaktoren verursachten Gesundheitsschäden bei Frauen vergleichbar.
- Gewalterfahrungen können mit einem breiten Spektrum körperlicher, psychosomatischer und psychischer Beschwerdebilder assoziiert sein.
- International als Standards anerkannte Maßnahmen bei häuslicher Gewalt sind:
 - das Erkennen und aktive Ansprechen von Gewalterfahrungen,
 - die rechtssichere ärztliche Dokumentation vorliegender Verletzungen und Beschwerden,
 - das Gewährleisten von Schutz und Sicherheit,
 - das Vermitteln von Informationen über weiterführende Versorgungs-, Beratungs-, und Schutzangebote.
- Die Schweigepflicht entsprechend § 203 Abs. 1 Nr. 1 StGB (Strafgesetzbuch) ist ein zentraler Baustein in der Intervention bei häuslicher Gewalt. Das Übergehen des erwachsenen und geschäftsfähigen Opfers durch eigenmächtige Erstattung einer polizeilichen Anzeige sollte unterbleiben.

Eine Offenbarungsberechtigung besteht nur bei in der Zukunft liegenden, d. h. geplanten, schweren Straftaten

Präventions- und Interventionsprogramme bei häuslicher Gewalt sollten systematisch in die Gesundheitsversorgung integriert werden

Korrespondenzadresse

K. Wieners

S.I.G.N.A.L. e. V./Koordinierungsstelle
Sprengelstraße 15, 13353 Berlin
wieners@signal-intervention.de

Interessenkonflikt. Die korrespondierende Autorin gibt an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Literatur

- Bergner TH (2009) Wie geht's uns denn? Ärztliche Kommunikation optimieren. Schattauer, Stuttgart New York
- Brzank P, Hellbernd H, Maschewsky-Schneider U, Kallischnigg G (2005) Häusliche Gewalt gegen Frauen und Versorgungsbedarf. Ergebnisse einer Befragung von Patientinnen einer Ersten Hilfe/Rettungsstelle. Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz 48(3):337–345
- Campbell JC (2002) Health consequences of intimate partner violence. Lancet 359(9314):1331–1336
- Dearwater SR, Coben JH, Campbell JC et al (1998) Prevalence of intimate partner abuse in women treated at community hospital emergency departments. JAMA 280(5):433–438
- Fachstelle für Gleichstellung Stadt Zürich (Hrsg) (2007) Häusliche Gewalt erkennen und richtig reagieren. Handbuch für Medizin, Pflege und Beratung. Huber, Bern Stuttgart Toronto
- Feder G, Ramsay J, Dunne D et al (2009) How far does screening women for domestic (partner) violence in different health-care settings meet criteria for a screening programme? Systematic reviews of nine UK National Screening Committee criteria. Health Technol Assess 13(16):1–347
- GiG-net – Forschungsnetz Gewalt im Geschlechterverhältnis (Hrsg) (2008) Gewalt im Geschlechterverhältnis. Erkenntnisse und Konsequenzen für Politik, Wissenschaft und soziale Praxis. Budrich, Opladen
- Hellbernd H, Brzank P, 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 mit Mitteln des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Berlin. S.I.G.N.A.L.-Intervention im Gesundheitsbereich gegen Gewalt an Frauen e.V., Berlin, www.signal-intervention.de
- Hornberg C, Schröttle M, Bohne S et al (2008) Gesundheitliche Folgen von Gewalt. Robert Koch Institut. Gesundheitsberichterstattung 42:29. www.rki.de
- Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA et al (2002) World report on violence and health. Weltgesundheitsorganisation, Genf
- Mark H, Bitzker K, Klapp KP, Rauffuss M (2008) Gynaecological symptoms associated with physical and sexual violence. J Psychosom Obstet Gynaecol 29(3):167–175
- Muelleman RL, Lenaghan PA, Pakieser RA (1996) Battered women: injury locations and types. Ann Emerg Med 28(5):486–492
- Müller U, Schröttle M (2004) Lebenssituation, Sicherheit und Gesundheit von Frauen in Deutschland. Eine repräsentative Untersuchung zu Gewalt gegen Frauen in Deutschland. Im Auftrag des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Berlin. www.bmfsfj.de/BMFSFJ/gleichstellung,did=88298.html
- Seifert D, Heinemann A, Püschel K (2006) Frauen und Kinder als Opfer häuslicher Gewalt. Dtsch Arztebl 103(33):A2168–2173
- Walker L (1984) The battered woman syndrome. Springer, Berlin Heidelberg New York
- Warshaw C, Ganley A (1998) Improving the health care response to domestic violence: a resource manual for health care providers. Family Violence Prevention Fund, USA

CME-Fragebogen

kostenfreie Teilnahme für Abonnenten

Bitte beachten Sie:

- Antwortmöglichkeit nur online unter: **CME.springer.de**
- Die Frage-Antwort-Kombinationen werden online individuell zusammengestellt.
- Es ist immer nur eine Antwort möglich.

? Wie viele Frauen in Deutschland erleben laut einer repräsentativen Studie mindestens einmal körperliche und/oder sexuelle Gewalt durch einen Beziehungspartner?

- 83%
- 50%
- 36%
- 25%
- Bedauerliche Einzelschicksale

? Was gilt als höchster Risikofaktor für Frauen, Gewalt in einer Partnerschaft zu erleiden?

- Riskanter Alkoholkonsum
- Erwerbslosigkeit
- Miterleben von häuslicher Gewalt in der Kindheit
- Niedriger Bildungsstand
- Es gibt keine speziellen Risikofaktoren.

? Welche Fachrichtungen sind *nicht* vorrangig mit den gesundheitlichen Folgen von häuslicher Gewalt konfrontiert?

- Psychosomatik/Psychiatrie
- Chirurgie/Unfallchirurgie
- Gynäkologie/Geburtshilfe
- Onkologie/Hämatologie
- Gastroenterologie

? Welche Handlungsweise gehört *nicht* zu den Interventionsschritten?

- Sie bieten eine rechtssichere Dokumentation vorliegender Verletzungen an.
- Sie sprechen die Patientin/den Patienten aktiv auf mögliche Gewalterfahrungen durch einen Partner oder eine andere nahestehende Person an.
- Sie schalten die Polizei ein.
- Sie informieren über weitergehende Beratungs- und Unterstützungsangebote.
- Sie fragen nach einer akuten Gefährdung und Schutzbedürfnissen der Patientin.

? Welche der folgenden Reaktionen ist im Gespräch mit einer von häuslicher Gewalt betroffenen Patientin vorrangig zu wählen:

- Sie empfehlen eine Paartherapie/-beratung.
- Sie fordern zu einer umgehenden Trennung auf.
- Sie erkundigen sich, was der Patientin/dem Patienten aktuell helfen könnte.
- Sie fragen nach dem Grund für die Gewalt.
- Sie empfehlen, auf keinen Fall nach Hause zu gehen.

? Eine 51-jährige Patientin stellt sich mit einer hypertensiven Krise in der Rettungsstelle vor. Beim Schreiben des EKG fallen „bunte“ Hämatome am Thorax auf. Welches Vorgehen ist am sinnvollsten? Nach Blutdrucknormalisierung:

- Entlassen
- Stationäre Aufnahme
- Gerinnungsdiagnostik
- Psychosomatisches Konsil
- Ansprechen

? Eine 36-jährige Lehrerin stellt sich mit einem Unterarmbruch an einem Mittwoch um 17:30 Uhr in der Rettungsstelle vor. Der begleitende Partner nennt einen Treppensturz als Ursache und schildert für seine Frau detailliert den Unfallhergang. Er möchte bei den Untersuchungen anwesend bleiben. Was spricht dafür, die Patientin unter 4 Augen auf häusliche Gewalt anzusprechen?

- Lebensalter und Bildungsstand
- Verhalten des Partners
- Verletzung und angegebene Ursache
- Wochentag und Uhrzeit
- Nichts

? Eine 42-jährige Sozialarbeiterin kommt in Begleitung ihres Lebensgefährten in die Rettungsstelle. Es wird ein Treppensturz etwa 90 min zuvor angegeben. Welche der Verletzungen ist am wenigsten durch die spärlichen Angaben zu erklären?

- Geschlossener Unterarmbruch rechts.
- Flächenhaftes blau-violettes Hämatom am Gesäß
- Leicht blutende Quetsch-Riss-Wunde im Bereich des hohen Scheitels
- Gruppierte bräunliche Hämatome an der Innenseite des rechten Oberarms
- Feuchte Abschürfungen vor beiden Knien

? Welchem Befund kommt bei Beurteilung der Lebensgefahr bei Strangulationsopfern eher eine untergeordnete Bedeutung zu?

- Vorliegen einer Aura
- Vorliegen einer Bewusstlosigkeit
- Vorliegen von Würgemalen/Drosselmarken
- Vorliegen von Punktblutungen in der gesamten Gesichtshaut
- Vorliegen von Punktblutungen in den Lid-/Bindehäuten

? Welche Reaktion sollten Sie im Interesse von Schutz und Sicherheit einer von Gewalt betroffenen Patientin vermeiden?

- Sie erkundigen sich, ob Gewalttätigkeiten in der letzter Zeit zunahmen.
- Sie erkundigen sich, ob Kinder in der Familie leben und ebenfalls Gewalt erleiden.
- Sie erkundigen sich nach Suizidgedanken.
- Sie stellen den begleitenden Partner, der nach Angabe der Patientin die Gewalt ausübte, zur Rede.
- Sie klären über die Mitbetroffenheit und die negativen Auswirkungen häuslicher Gewalt für Kinder auf.

Diese Fortbildungseinheit ist 12 Monate auf CME.springer.de verfügbar. Den genauen Einsendeschluss erfahren Sie unter CME.springer.de

Hier steht eine Anzeige.

