

Aus dem Institut für Rechtsmedizin  
der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf  
Direktorin: Univ.-Prof. Dr. med. St. Ritz-Timme

Gewaltopferversorgung im Gesundheitswesen –  
eine geschlechterdifferenzierte Untersuchung

Dissertation

zur Erlangung des Grades des Doktors der Medizin  
der Medizinischen Fakultät der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf

Katharina Elisabeth Theodora Willen

2015

Als Inauguraldissertation gedruckt mit der Genehmigung der Medizinischen Fakultät  
der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf  
gez. Univ.-Prof. Dr. med. Joachim Windolf  
Dekan

Referentin: Priv.-Doz. Dr. med. Hildegard Graß  
Korreferent: Prof. Dr. med. Tim Lögters

## I Zusammenfassung:

Von Gewalt betroffene Personen sind in vielerlei Hinsicht auf die Inanspruchnahme medizinischer Hilfeangebote angewiesen. Insbesondere der Erstkontakt zu diesem Personenkreis eröffnet für das medizinische Personal eine Vielzahl von Möglichkeiten, diese Akut- und Ausnahmesituation günstig zu beeinflussen.

Inwieweit dies gelingt, hängt von multiplen Faktoren ab, die es zu prüfen gilt. In Ergänzung zu einer Repräsentativbefragung der Bundesregierung aus dem Jahre 2004, sollen die unterschiedlichen Perspektiven der Akteure des Gesundheitswesens und insbesondere die Gewaltopfer selbst analysiert werden, um aus diesen Befunden neue Erkenntnisse für ein gut ausgebautes Hilfenetzwerk ziehen zu können. Darüber hinaus soll der geschlechterdifferenzierten Betrachtung besonderes Interesse geschenkt werden.

Diese Studie betrachtet die Wahrnehmung und die medizinische Versorgung von Gewaltopfern im Einzugsgebiet der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein.

Der Zugang zu Adressen für die Befragung der Ärzteschaft erfolgte einerseits im Sinne einer Querschnitterhebung aus einem großen Kollektiv im Tätigkeitsgebiet der kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein mit Fokus auf den Großraum Düsseldorf. Im Sommer/Herbst 2006 wurden in diesem Versorgungsgebiet tätige Praxisärztinnen und Praxisärzte postalisch kontaktiert. Bei denen in der Klinik tätigen Kolleginnen und Kollegen beschränkte sich die Adressensuche auf Chirurgische, Innere/Medizinische, Gynäkologische und Pädiatrische Abteilungen. Die Chefarzte dieser Kliniken wurden gebeten, den standardisierten Fragebogen im Kollegium zu verteilen. Diese wurden dann im Institut der Rechtsmedizin Düsseldorf gesammelt und mittels des Statistikprogramms SPSS ausgewertet. In die Analyse gelangten so 264 Fragebögen (Rücklaufquote 6,18%).

Durch Mithilfe des umfassenden Opferhilfenetzwerkes in Düsseldorf gelang es zusätzlich, einen standardisierten Fragebogen für Gewaltopfer in den entsprechenden Institutionen auszulegen. 37 Fragebögen ermöglichen Hintergrundinformationen von durch Gewalt Betroffene zu erlangen.

Der Stellenwert der medizinischen Betreuung von Gewaltopfern wird zwar durchaus als hoch bis sehr hoch eingeschätzt, die eigene, ärztliche Betreuungsrealität entspricht diesem allerdings nicht. Kenntnisse über Leitfäden zum Thema häuslicher Gewalt werden nur von knapp einem Drittel der Befragten angegeben, davon nutzen wiederum weniger als die Hälfte diese Mittel. Auch Körperschemata zur Befunddokumentation sowie eine Fotodokumentation werden vom Großteil der Befragten nicht gekannt oder genutzt.

Versorgungsstrukturen sind vorhanden, es mangelt aber an einer effektiven Vernetzung der Handelnden. Insbesondere der Informations- und Beratungsbedarf wird in der Befragung als nach wie vor sehr hoch erkenntlich. Durch prägnante Informationsbroschüren, gezielte Schulungseinheiten und (bundesweit) zentrale Anlaufstellen sollte diese Basis weiter ausgebaut werden.

## II Abkürzungsverzeichnis

Abb.	Abbildung
bsp.	beispielsweise
bzw.	beziehungsweise
CSSR	historischer Staat Tschechoslowakei amtlich: Tschechoslowakische Sozialistische Republik
e.V.	eingetragener Verein
et al.	„und andere“
gez.	gezeichnet
Hrsg.	Herausgeber
HNO	Hals-Nasen-Ohren Arzt/Ärztin
J.	Jahre
Jg.	Jahrgang
KH	Krankenhaus
KV	Kassenärztliche Vereinigung
KW	Kürzel der Verfasserin (Katharina Willen)
Max	maximaler Wert
med.	medizinisch
Min	minimaler Wert
MW	Mittelwert
n	Anzahl
S.	Seite
s.	siehe
SD	Standardabweichung
Teil A	Unterteilung der MedizinerInnen nach dem Tätigkeitsbereich (Allgemeinmedizin, Chirurgie, Gynäkologie, Innere Neurologie/Psychiatrie, Pädiatrie)
Teil B	Unterteilung der MedizinerInnen nach dem Tätigkeitsgebiet (Hausarztpraxis, Facharztpraxis, Krankenhaus)
u.a.	unter anderem
UDSSR	historischer Staat Sowjetunion amtlich: Union der sozialistischen Sowjetrepubliken
UKD	Universitätsklinikum Düsseldorf
vs.	versus
vgl.	vergleiche
z.B.	zum Beispiel



### III Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung.....	8
1.1	Hintergrundinformationen.....	8
1.2	Herleitung und Ziel der Befragung.....	10
2	Begriffsdefinitionen.....	12
2.1	Gewalt und ihre Folgen.....	12
2.2	Gesundheitswesen: Definition und deren Bedeutung als erster Ansprechpartner.....	14
3	Material und Methode.....	15
3.1	Ärztebefragung.....	15
3.1.1	Gliederung des Fragebogens der Ärzteschaft - Zusammenfassung.....	17
3.1.2	Teilnehmende Krankenhäuser:.....	18
3.2	Gewaltopferbefragung.....	20
3.2.1	Übersicht über die an der Opferbefragung teilnehmenden Institutionen .....	21
4	Ergebnisse der Ärztebefragung.....	24
4.1	Basisdaten zu der befragten Ärzteschaft.....	24
4.1.1	Alter.....	24
4.1.2	Geschlecht.....	25
4.1.3	Geburtsland.....	25
4.1.4	Herkunftsland der Eltern.....	25
4.1.5	Berufstätigkeit.....	26
4.1.6	Stand der Berufsausbildung.....	33
4.1.7	Berufserfahrung.....	36
4.2	Patientenklientel.....	38
4.2.1	Zusammensetzung des Patientenklientel nach dem Geschlecht.....	38
4.2.2	Klientelbeschreibung nach Alter und Geschlecht.....	41
4.2.3	Patientenzahl pro Quartal.....	43
4.3	Gewaltopferthematik.....	46
4.3.1	Stellenwert der medizinischen Betreuung von Gewaltopfern.....	46
4.3.2	Beurteilung der Betreuungssituation.....	51
4.3.3	Direktes Ansprechen bei Zeichen für Gewalteinwirkung.....	55
4.3.4	Ansprache in jedem Anamnesegespräch.....	57
4.3.5	Art und Weise des Ansprechens auf Gewalt.....	61
4.3.6	Schätzung der Patientenzahl mit Gewalteinwirkung pro Quartal.....	64
4.3.7	Ursprung der erlebten Gewalt.....	67
4.3.8	Altersgruppenverteilung unter den Gewaltopfern.....	71
4.4	Kenntnis von Leitfäden zum Thema häuslicher Gewalt.....	72
4.5	Kenntnis von Körperschemata zur Befunddokumentation.....	74
4.6	Nutzung von Leitfäden und Körperschemata zur Befunddokumentation.....	77
4.7	Nutzung von Fotos zur Befunddokumentation.....	79
4.8	Angebot von Hilfestellungen.....	82
4.8.1	Ausführliches Arzt-Patientengespräch sofort.....	83

4.8.2	Ausführliches Arzt-Patientengespräch bei neuem Termin .....	83
4.8.3	Partner-/Familienberatung .....	84
4.8.4	Krisennotdienst, z.B. Frauenberatung .....	84
4.8.5	Frauenhaus .....	85
4.8.6	„Weißer Ring e.V.“ .....	85
4.8.7	„Rechtsmedizin“ .....	86
4.8.8	„Psychotherapie“ .....	86
4.8.9	„Rechtsberatung“ .....	88
4.8.10	„Polizei“ .....	88
4.8.11	Versorgungsamt „Opferentschädigungsgesetz“ .....	89
4.8.12	„Traumaambulanzen“ .....	89
4.8.13	Weitere Angabe als Freitext .....	91
4.9	Verfügbarkeit von Informationsmaterial .....	91
4.10	Informationsmaterial zu welchen Angeboten? .....	94
4.10.1	„Partner-/Familienberatung“ .....	96
4.10.2	„Krisennotdienst, z.B. Frauenberatung“ .....	97
4.10.3	„Frauenhaus“ .....	98
4.10.4	„Weißer Ring e.V.“ .....	98
4.10.5	„Psychotherapie“ .....	99
4.10.6	„Rechtsmedizin“ .....	99
4.10.7	„Rechtsberatung“ .....	100
4.10.8	„Polizei“ .....	100
4.10.9	„Versorgungsamt /Opferentschädigungsgesetz“ .....	101
4.10.10	„Traumaambulanzen“ .....	102
4.11	Informationsbedarf, Beratungsbedarf und konkreter Unterstützungsbedarf .....	102
4.11.1	Informationsbedarf .....	103
4.11.2	Beratungsbedarf .....	106
4.11.3	Konkreter Unterstützungsbedarf .....	108
4.11.4	Wünsche .....	110
4.12	Eigener Kontakt zu Institutionen mit Hilfeangeboten .....	112
4.13	Beurteilung der Kontakte zu den einzelnen Hilfeangeboten .....	115
4.14	Anmerkungen der Studienteilnehmer .....	118
4.15	Fragebogen zur medizinischen Gewaltopferbetreuung .....	120
4.15.1	Vorwort .....	120
4.15.2	Auswertung der Opferfragebögen der Frauen .....	120
4.15.3	Beschreibung des männlichen Teilnehmers .....	146
5	Diskussion .....	147
5.1	Repräsentanz der Erhebung .....	147
5.2	Interessante Aspekte zum Rücklauf .....	149
5.3	Stellenwert medizinischer Betreuung in der Gewaltopferversorgung .....	150
5.4	Beurteilung der eigenen Betreuungssituation .....	152
5.5	Direkte Ansprache des Patienten bei Zeichen von Gewalteinwirkung .....	153
5.6	Ansprache des Themas „Gewalterleben“ in jedem Anamnesegespräch ....	156
5.7	Schätzung der Patientenzahl mit Gewalteinwirkung pro Quartal .....	159
5.8	Ursprung der erlebten Gewalt .....	161
5.9	Kenntnis von Leitfäden zum Thema häuslicher Gewalt .....	163
5.10	Nutzung von Leitfäden .....	165
5.11	Fotos zur Befunddokumentation .....	166

5.12	Konkrete Institutions- bzw. Hilfeangebote.....	167
5.13	Verfügbarkeit von Informationsmaterial .....	168
5.14	Informations-, Beratungs- und Unterstützungsbedarf .....	169
5.15	Eigener Kontakt zu Hilfeangeboten .....	171
5.16	Zusammenfassung und Diskussion der qualitativen Auswertung des Fragebogens von Gewalt betroffener Frauen .....	172
6	Schlussfolgerungen .....	179
7	Literatur .....	180
8	Anhang .....	186
8.1	Originalfragebogen „Fragebogen zur medizinischen Betreuung von Gewaltopfern in Düsseldorf“ Stand 8/2006 .....	186
8.2	Originalfragebogen „Fragebogen zur medizinischen Betreuung von Gewaltopfern in Düsseldorf“ .....	195
8.3	Eidesstattliche Versicherung .....	205
9	Danksagung .....	206

# 1 Einleitung

Diese Arbeit bezieht sich insbesondere auf die Differenzierung zwischen den Geschlechtern im Umgang mit der Thematik der Gewaltopferversorgung. Sollte doch einmal die männliche Nennform verwendet werden, gilt dies der Vereinfachung des Lesens, auch wenn beide Geschlechter gleichberechtigt gemeint sind. Häufig wurde dieses für das Wort „Patient“ sowie „Mediziner“ angewendet.

Eine besondere Schreibweise ist die Kombination der Geschlechter, wie sie beispielsweise in den Wörtern ÄrztInnen und KollegInnen verwendet wird. Zudem wird die Schreibweise Fachärzte/innen gebraucht.

## 1.1 Hintergrundinformationen

„Gewalt macht krank“ – diese Aussage lässt sich in den letzten Jahren häufiger in der Öffentlichkeit vernehmen. Vor allem in Großstädten finden sich meist gut ausgebaute Opferhilfenetzwerke, die sich der kompetenten Versorgung von Hilfebedürftigen annehmen. Sie können Hilfesuchenden unter anderem Schutz- und Schlafmöglichkeiten (wie beispielsweise in Frauenhäusern), Lebensberatung und Rechtshilfe bieten. In der Fachpresse sowie in der Öffentlichkeit wird verstärkt über das Thema der allgemeinen Gewaltopferversorgung diskutiert. Viele Initiativen und Angebote sind dem Engagement einzelner Personen oder Institutionen zuzurechnen. Eine strukturierte und regelhafte Angebotslage ist nicht ersichtlich. Der Ende September 2007 veröffentlichte „Aktionsplan 2 der Bundesregierung zur Bekämpfung der Gewalt gegen Frauen“ (BMFSFJ 2007) greift daher den weiterhin bestehenden Bedarf an Hilfeangeboten auf. Es lassen sich aber auch bereits einige Erfolge des ersten Aktionsplanes aus dem Jahre 1999 erkennen, wie das am 01.01.2002 in Deutschland in Kraft getretene Gewaltschutzgesetz zur Verbesserung der Situation von Gewaltopfern. Dieses eröffnet effizientere Handlungsmöglichkeiten für Betroffene und Akteure im Rahmen der Gewaltopferproblematik (GewSchG 2001).

Das Gesundheitswesen ist in diesen Netzwerk- Strukturen eher weniger präsent und es finden sich noch zahlreiche Unklarheiten im Umgang mit Betroffenen. So bittet auch Jahre später im Mai 2011 der „114. Deutsche Ärztetag [...] die Landesärztekammern, diese Vielschichtigkeit der Formen und Auswirkungen von Gewalt stärker in ihren Fortbildungsangeboten zu berücksichtigen [...]

[und bittet] den Medizinischen Fakultätenrat, diese Lehrinhalte im Rahmen des

Studiums stärker zu vermitteln“ (Deutsches Ärzteblatt 2011, S.1321).

Laut einer Berliner Studie aus dem Jahr 2000 stellt sich die Wahrnehmung von durch Gewalt Betroffene durch niedergelassene Ärztinnen und Ärzte gering dar (Mark 2000, S. 78-79). Die Expertise einer Enquêtekommission zum „Versorgungsbedarf und Anforderungen an Professionelle im Gesundheitswesen im Problembereich Gewalt gegen Frauen“ verdeutlicht unter anderem die Defizite, welche in niedergelassen medizinischen Praxen und Klinikambulanzen herrschen (Hagemann-White/Bohne 2003, S.45-50). Hier seien zunächst die mangelnden Qualifikationen der Professionellen im Umgang mit von Gewalt betroffenen Frauen und Männern, die inadäquate gerichtsverwertbare Dokumentation und die unzureichende Kenntnis über weiterversorgende Angebote sowie die daraus resultierende mangelnde Zusammenarbeit mit diesen zu nennen (Hagemann-White/Bohne 2003, S.46-47).

Dabei muss davon ausgegangen werden, dass „rund 25 % der in Deutschland lebenden Frauen [...] Formen körperlicher und sexueller Gewalt (oder beides) durch **aktuelle** oder **frühere** Beziehungspartnerinnen oder –partner erlebt“ haben (BMFSFJ 2004, S.9). Eine von der Weltbank in Auftrag gegebene Studie kommt außerdem zu dem Ergebnis, dass Frauen in der westlichen Welt durchschnittlich eins von fünf gesunden Lebensjahren durch körperliche oder sexuelle Gewalt verlieren (Heise et al. 1994, S.17).

„[...] wie hoch der Anteil von Frauen ist, die aufgrund gewaltbedingter Verletzungen und Beschwerden medizinische Versorgung in Anspruch nehmen, lässt sich für die Bundesrepublik nicht beantworten“ (Hellbernd/Wieners 2002, S.138).

Angesichts der Annahme, dass Ärzte und Ärztinnen für viele Frauen (die immer noch den Großteil der unter Gewalt leidenden darstellen) den ersten und aufgrund der beschriebenen Fehlversorgung auch oft den letzten Ansprechpartner ausmachen (Mark 2000, S.11; Wetzels/Pfeiffer 1995, S. 23), sollte auch deutlich werden, dass weiteres Wissen über die bestehenden Missstände von Nöten ist, um anhand dieser gezielte und praktikable „Leitlinien“ für die Gewaltopferversorgung im Gesundheitswesen zu entwickeln, wie es auch die Weltgesundheitsorganisation 2002 fordert. So sei Datenerhebung auf allen Ebenen wichtig, Forschung kann und sollte bürgernah stattfinden (WHO 2002, S.48-49). Der angloamerikanische Raum kann hier als Vorbild angesehen werden. Das Interesse an der Problematik der (Erst-)Versorgung von Gewaltopfern in Krankenhäusern und Praxen besteht dort schon seit über zwei Jahrzehnten. Zahlreiche Studien beschäftigen sich mit der Wahrnehmung Betroffener, den Hindernissen des sich Offenbarens auf Seiten der

Opfer, den Barrieren des Ansprechens seitens der Professionellen und den Interventionsmöglichkeiten (vgl., bsp. Elliott et al. 2002, Friedman et al. 2006, Campbell et al. 2001, Rodriguez et al. 1999). Inwieweit diese Erkenntnisse allerdings auf die Bundesrepublik übertragbar sind, bedarf weiterer Klärung.

## **1.2 Herleitung und Ziel der Befragung**

In der gesamten Bundesrepublik Deutschland lassen sich vermehrt Initiativen zur Verbesserung der Gewaltopferproblematik erkennen. So beschäftigt sich das „Kölner Opferhilfemodell“ schon seit weit über zehn Jahren mit der Thematik und erforscht vor allem die psychotraumatologischen Hintergründe, Interventions- und Rehabilitationsmöglichkeiten (vgl. Kölner Opferhilfe Modell). Auch das Berliner „S.I.G.N.A.L- Projekt“ implementiert seit Jahren ein umfangreiches Opferhilfenetzwerk in ansässigen Krankenhäusern in Berlin und wird wissenschaftlich unter anderem von Frau Prof. Dr. Hagemann-White begleitet, woraus sich unter anderem wertvolle Ansatzpunkte, wie sie in den Schriftensammlungen der Enquêtekommision aus dem Jahre 2003 zu finden sind, herauskristallisiert haben (vgl. S.I.G.N.A.L; Hagemann-White/Bohne 2003).

Ein weiteres gutes Zeugnis gesteigerten öffentlichen und politischen Interesses stellt der 3. Bericht zum Handlungskonzept der Landesregierung „Gewalt gegen Frauen und sexueller Missbrauch von Kindern“ aus dem Jahre 2004 dar (vgl. MGSFF NRW 2004). Trotz dieser tendenziell anwachsenden Öffentlichkeitsarbeit, gibt es insgesamt nur wenige Studien, die das Verhältnis des deutschen Gesundheitswesens zu den Opfern von Gewalt darstellen. Heike Mark gelang es im Jahre 2000 für die Bundesrepublik Deutschland erstmals Informationen von Ärztinnen und Ärzten darüber zu erlangen, wie häusliche Gewalt in der ärztlichen Praxis wahrgenommen wird (vgl. Mark 2000). Dennoch ist die deutsche Studienlage nach wie vor lückenhaft, so dass der Deutsche Ärztetag im Mai 2005 die Pauschalvorwürfe zurückweist, dass Ärzte keine ausreichende Sensibilität zeigten und dazu auffordert, konkrete Defizite empirisch zu belegen (vgl. Bundesärztekammer 2005). Angesichts dieser Problematik startete das Rechtsmedizinische Institut der Universitätsklinik Düsseldorf ein umfassendes Forschungsprojekt.

Neben der retrospektiven Datenerhebung aus Patientenakten, die die Identifizierung von Gewaltopfern in den verschiedenen Kliniken der Universität Düsseldorf eruieren sollte, soll mit der hier vorgelegten Arbeit eine Erfassung der Wahrnehmung und

Versorgung von Gewaltopfern im Kontakt zum medizinischen Hilfesystem mittels einer Ärztebefragung vorgestellt werden. Zusätzlich wurde das subjektive Empfinden der Opfer und versuchsweise eine objektivierbare Versorgungsqualität in den Blick genommen. Vor dem Hintergrund der vermehrten Darstellung der Thematik in den Medien, in der Fachpresse und in Fortbildungen wird geprüft, ob im Vergleich zu den wenigen früheren Studien Veränderungen in den Versorgungsstrukturen sichtbar gemacht werden können. Zugleich möchte diese Studie Schwachstellen in der Versorgung prüfen, insbesondere auch unter der Berücksichtigung des Geschlechts von Gewaltopfer und Untersucher. Diesem Genderaspekt wurde bisher wenig Beachtung geschenkt. Die Ergebnisse der hier vorgelegten Untersuchungen, die sich sowohl auf die Sicht der Gewaltopfer, als auch auf die der Behandelnden stützt, sollen mögliche Handlungsfelder zur Verbesserung der Versorgung beziehungsweise Betreuung von Gewaltopfern aufspüren, sie klar definieren, um sie so in die speziell auf die Bundesrepublik Deutschland zugeschnittenen, bestehenden Behandlungskonzepte (z.B. Leitlinien), in die Ausbildung von Medizinstudenten/innen und in die Weiterbildung der Ärzteschaft zu integrieren.

## 2 Begriffsdefinitionen

### 2.1 Gewalt und ihre Folgen

Gewalt wurde von der Weltgesundheitsorganisation 2002 folgendermaßen definiert:

„Der absichtliche Gebrauch von angedrohtem oder tatsächlichen körperlichen Zwang oder physischer Macht gegen die eigene oder eine andere Person, gegen eine Gruppe oder Gemeinschaft, der entweder konkret oder mit hoher Wahrscheinlichkeit zu Verletzungen, Tod, psychischen Schäden, Fehlentwicklung oder Deprivation führt“ (WHO 2002, S.6).

Gewalterfahrungen spielen sich demnach auf unterschiedlichen Ebenen ab. Hier ist zum einen die **körperliche Gewalt** zu erwähnen. Sie wird am ehesten offensichtlich und kann sich in Verletzungen wie z.B. Hämatomen, Würgemalen, Frakturen und Verbrennungen darstellen oder sogar zum Tod führen. Zahlreiche Chronifizierungsprozesse wie Asthma, Herz- und orthostatische Beschwerden, aber auch funktionelle somatische Schmerzsyndrome wie Reizdarmsyndrom, Spannungskopfschmerz und Fibromyalgiesyndrom können ursächlich in einer körperlichen Misshandlung gründen. Auch bei gynäkologischen Auffälligkeiten wie rezidivierenden Kolpitis und Harnwegsinfekten, Menstruationsbeschwerden oder unklaren Unterbauchschmerzen sowie insbesondere bei unklaren vaginalen oder analen Verletzungen muss an Gewalterfahrungen, vor allem aber an **sexualisierte Gewalt/Missbrauch** gedacht werden (MGSFF NRW 2005; Olbricht 2002, S.51). „[...] sie umfasst Nötigungen bis hin zu Vergewaltigungen oder auch den Zwang zur Prostitution“ (Hagemann-White/Bohne 2003, S.5). Zudem kann es zu sogenannten Zwangsschwangerschaften kommen und im Verlauf zu Verletzungen des Fötus und anderen durch Gewalt verursachte Schwangerschaftskomplikationen, wie z.B. niedrigem Geburtsgewicht (Heynen 2003, S.4-5). Auch das frühgeburtliche Risiko steigt um das bis zu vierfache an (Schmuel/Schenker 1998, S.244). Bedrohungen, Beleidigungen, Demütigungen und Schlafentzug sind nur einige Beispiele für **psychische Gewaltausübung**. Diese ist eng mit **sozialer Gewalt** verbunden, in der das Opfer absichtlich in sozialer Isolation gehalten wird oder auch mit **ökonomischer Gewalt**, in der sich der Täter alleine der finanziellen Rücklagen bedient und darüber bestimmt, ob das Opfer Geld verdienen muss oder ihm der Zugang zur eigenen finanziellen Unabhängigkeit verwehrt bleibt (Hagemann-White/Bohne 2003, S.5). Die hier vorliegende Erhebung bezieht sich vor allem auf **häusliche Gewalt**, die die verschiedenen Gewaltformen beinhalten kann, jedoch im persönlichen Nahraum des



Opfers, etwa durch einen Lebens- oder Intimpartner stattfindet. „Häusliche Gewalt wird fast ausschließlich von Männern gegen Frauen ausgeübt und zwar überwiegend in dem vermeintlichen Schutzraum des eigenen „zu Hauses“ [und, KW] ist an das strukturelle Machtverhältnis zwischen Männern und Frauen gebunden“ (BIG e.V., S.4).

Neben den oben genannten körperlichen Symptomen, die vor allem physische und sexualisierte Gewalt mit sich bringen, gibt es zahlreiche Konsequenzen für die psychische Gesundheit der Opfer. Es lassen sich akute und verzögert manifestierende Symptome beschreiben: Unruhezustände, Schlaflosigkeit, Ängste, Niedergeschlagenheit oder Suizid können einer akuten Belastungsreaktion zugrunde liegen. Zu den so genannten Anpassungsstörungen, die meist innerhalb von vier Wochen nach der Tat auftreten und bis zu einem halben Jahr andauern können, lassen sich beeinträchtigte soziale Funktionen, Besorgnis und Anspannung, Angstgefühle und längere depressive Phasen zählen (MGSFF NRW 2005, S.3). Zudem kann sich eine Psychotraumatische Belastungsstörung (PTBS) ausbilden, „wenn ein schwer belastendes Ereignis [...] im Zustand von Hilflosigkeit erlebt wird“ (Fischer 2009, S.86). Zu den Folgen eines solchen Erlebnisses zählt Fischer intrusive Erinnerungsbilder, die sogenannten „Flashbacks“ und Alpträume. Zudem zeige sich ein Vermeidungsverhalten traumabezogener Auslöser, „Numbing“ (emotionale Taubheit) und „Hyperarousal“ (Übererregungssymptome). Nicht immer sind alle Merkmale unmittelbar ausgeprägt. Unter Umständen prägen sich diese erst im Laufe von Monaten bis Jahren aus (Fischer 2009, S.45-52). Einige Autoren wollen bestimmte Symptomkomplexe bezüglich erlebter Gewalterfahrungen in den Vordergrund stellen. So beschreibt beispielsweise Ingrid Olbricht 2002 „[...] drei typische Symptomkomplexe, [...] Unterleibsbeschwerden, -erkrankungen, -operationen, Atemstörungen und Essstörungen“ (Hagemann-White/Bohne 2003 (S.28) zitiert Olbricht).

Hagemann-White und ihre Kollegin heben „sechs Störungsbereiche [...] als typische Folgewirkungen“ bei verschiedenen Arten von Gewalt hervor. Es sind: Anhaltende Angst- und Schlafstörungen, Beziehungs- und Sexualitätsstörungen, Posttraumatische Belastungsreaktion, Suchtverhalten und Suchtgefährdung sowie chronische Schmerzen (Hagemann-White/Bohne 2003, S.19-27). Allerdings sollte beachtet werden, dass prinzipiell jede Verletzung und jede psychische Auffälligkeit als Konsequenz traumatischer Erlebnisse auftreten kann (Hirsch/Nikolaus 2005, S.2). Zudem muss dem Aspekt Beachtung geschenkt werden, dass das Miterleben

und die Hilflosigkeit, oft weitreichende, das Leben prägende Beeinträchtigungen mit sich bringen. In diesem Kontext sind vor allem Kinder, die im Rahmen etwa der Gewalttaten des Vaters gegen die Mutter dem Erlebten ausgeliefert sind, in den Blick zu nehmen (Heynen 2003, S.1-14). Die Begrifflichkeiten der strukturellen und kulturellen Gewalt seien hier nur am Rande erwähnt. Dennoch muss insgesamt festgehalten werden, „[...] dass es derzeit noch keinen Konsens darüber gibt, was unter „Gewalt“ zu verstehen ist. Je nach theoretischem Hintergrund werden diesbezügliche Definitionen und Themen formuliert“ (Hirsch/Nikolaus 2005, S.2) und anders zu bewerten sein beziehungsweise anders verwendet. Für die vorliegende Arbeit werden die WHO-Definition sowie die dargelegten Gewaltbegriffe zu Grunde gelegt.

## **2.2 Gesundheitswesen: Definition und deren Bedeutung als erster Ansprechpartner**

„Das Gesundheitswesen ist differenziert gegliedert. Man unterscheidet die *ambulante und stationäre Leistungserbringung* durch niedergelassene Ärzte und Zahnärzte, Krankenhäuser sowie sonstige Leistungserbringer; einen eigenen Bereich stellt die Arzneimittelversorgung dar. Die *Finanzierung* dieser Leistungen erfolgt im Wesentlichen durch die Krankenversicherungen, die wiederum in die gesetzliche und private Krankenversicherung unterteilt sind. Daneben gibt es seit 1995 die Pflegeversicherung“ (Gabler Wirtschaftslexikon).

In einer bundesweiten Bürgerbefragung zeigt sich, dass der „Arzt [...] traditionell und vom ethischen Anspruch her den Inbegriff eines vertrauenswürdigen Heilberufers und altruistischen Verfechters der Patientenrechte [verkörpere]“ (May/Ries 2006, S.2090). Abgesehen von diesem humanistischen Aspekt deuten viele englischsprachige und mittlerweile auch deutsche Stimmen in der Fachpresse an, dass Ärzte und Ärztinnen oft die erste Anlaufstelle für von Gewalt betroffene Personen darstellen (vgl. u.a. Mark 2000, Friedman et al. 2006, Bühring 2004, Blättner et al. 2008). „Viele Gewaltopfer wenden sich zunächst nicht an eine Beratungseinrichtung [...], sondern konsultieren aufgrund von Verletzungen und gesundheitlichen Beschwerden eine Ärztin oder einen Arzt“ (MGSFF NRW 2004, S.88).

Die Folgekosten von Gewalt gegen Frauen werden in der Bundesrepublik auf etwa 29 Milliarden DM pro Jahr geschätzt. Kosten für Justiz und Polizei, aber auch für

ärztliche Behandlungen oder Ausfallzeiten am Arbeitsplatz sind hierin enthalten (vgl. Deutscher Bundestag 1999). Dies ist allerdings mehr gemutmaßt, als an konkreten Daten zu belegen. Darauf weist auch die Gesundheitsberichterstattung des Bundes hin: „Für Deutschland existieren noch keine vergleichbaren nationalen Daten zu den Folgekosten von Gewalt. Ausgehend von vergleichbaren Gewaltausmaßen muss auch in Deutschland mit erheblichen ökonomischen Dimensionen der Gewaltproblematik gerechnet werden“ (RKI 2008, S.25).

## **3 Material und Methode**

### **3.1 Ärztebefragung**

Die Datenerhebung erfolgte mit Hilfe eines standardisierten Fragebogens. Dieser wurde unter Mitarbeit des Instituts der Medizinischen Soziologie des Universitätsklinikums Düsseldorf entwickelt, einem innerinstitutionären Pretest in der Rechtsmedizin Düsseldorf unterzogen und abschließend überarbeitet.

Die Abfrage erbittet anfangs einige sozioepidemiologische Angaben, die neben dem Alter, dem Geschlecht und der Staatsbürgerschaft, Daten zur Arbeitsstätte, die ausgeübte Fachrichtung und die Berufserfahrung erfassen sollen. Im Weiteren beziehen sich die Items auf das Patientenkollektiv, darunter dem geschätzten weiblichen Anteil, die durchschnittliche Zusammensetzung der betreuten Patienten nach Alter und Geschlecht und die Anzahl der Patienten im Quartal. Schließlich werden Informationen über die Häufigkeit und Umstände der Untersuchung von Gewaltopfern, zum Stellenwert der Gewaltopferversorgung, des eigenen Ansprechverhaltens und des weiteren Vorgehens ermittelt. Zum Abschluss der Befragung wird die Darstellung eigener Bedürfnisse und Probleme erbeten, von denen einige Items mit denen von Vergleichsuntersuchungen, wie etwa der Berliner Studie von Heike Mark aus dem Jahr 2000 (Mark 2000), inhaltlich verwandt sind, um Vergleiche der Ergebnisse zu ermöglichen. Mittels einiger offener Fragestellungen sollen wertvolle Zusatzinformationen erzielt werden.

Fördermittel bezogen wir aus dem Hochschul- und Wissenschaftsprogramm (HWP) - Fond aus dem Jahre 2005/2006 des Ministeriums für Innovation, Wissenschaft, Forschung und Technologie des Landes Nordrhein Westfalen.

Im Oktober 2006 erklärte sich die Kassenärztliche Vereinigung (KV) Nordrhein zum Versand von rund 3100 Fragebögen inklusive eines kurzen Informationsbriefes

bereit, so dass aus diesem Verbund etwa 3100, in einer Praxis im Raum Düsseldorf, arbeitende Ärztinnen und Ärzte sowie Psychotherapeutinnen und -therapeuten befragt wurden.

Die KV Nordrhein umfasst etwa 18.000 Kassenärztinnen und -ärzte, sowie psychologische Psychotherapeutinnen- und -therapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen- und -therapeuten. Der Einzugsbereich soll anhand der folgenden Schautafel demonstriert werden. Für die so durchgeführte Erhebung wird die Annahme zu Grunde gelegt, dass ein als weitgehend repräsentativ bewertbares Kollektiv der Ärzteschaft im Raum Düsseldorf durch die Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein angeschrieben wurde.



Abb. 1: Darstellung des Einzugsgebietes für die Aussendung der Fragebögen – rotes Areal betreffend (KVNO 2011)

### 3.1.1 Gliederung des Fragebogens der Ärzteschaft - Zusammenfassung

- Übersicht (Originalvorlage siehe Anhang)

Fokus	Stichwort, Sammelbegriffe	Hintergrund
Ärztinnen und Ärzte	Alter, Geschlecht, Geburtsland, Geburtsland der Eltern, Tätigkeit in welcher medizinischen Einrichtung/Fachrichtung, Status und Dauer der Berufsausbildung	Basisfakten zum ärztlichen Kollektiv
Patientenkollektiv	Geschlechterverhältnis, Altersgruppenverteilung, Patientenzahlen pro Quartal	Basisfakten zum Kollektiv der Patientenschaft
Gewaltopfer in der klinischen Praxis	Stellenwert der medizinischen Betreuung von Gewaltopfern, Einschätzung der eigenen Betreuung von Gewaltopfern, Procedere bei Entdecken von Gewalt, geschätzte Patientenzahl mit Gewalteinwirkung, Spezifizierung der Art der Gewalt, Altersgruppe und Anteil der Frauen/Mädchen	Fakten zum Thema Gewalt allgemein, Vorgehensweise bezüglich vermuteter Gewalt, Einschätzung der Prävalenz im klinischen Alltag

Tabelle 1: Gliederung des **Fragebogens der Ärzteschaft**

<b>Fokus</b>	<b>Stichwort, Sammelbegriffe</b>	<b>Hintergrund</b>
Kontakt zu Einrichtungen	Welche Einrichtungen werden kontaktiert?	Bestandsaufnahme für den Großraum Düsseldorf
Bedarf der Ärzteschaft	Informationsbedarf, Beratungsbedarf, konkreter Unterstützungsbedarf Anregungen	Ansatzpunktfindung zur Optimierung der Behandlungssituation

Fortsetzung Tabelle 1: Gliederung **des Fragebogens der Ärzteschaft**

Zur Ermittlung der klinisch tätigen ÄrztInnen in den Kliniken in Düsseldorf und den Partnerkliniken der Universitätsklinik Düsseldorf wurden einige Auswahlkriterien geschaffen. Es wurden keine so genannten „Schönheitskliniken“ angeschrieben, in den meisten Kliniken beschränkte sich die Adressensuche auf Chirurgische, Innere/Medizinische, Gynäkologische und Pädiatrische Abteilungen. Als Ansprechpartner wurden die Chefärzte/innen der jeweiligen Abteilungen gebeten, die Fragebögen an ihre Kollegen/innen auszuhändigen. Hier wurden 900 Fragebögen verschickt. Eine Liste der beteiligten Krankenhäuser/Kliniken soll einen kurzen Überblick bieten.

### **3.1.2 Teilnehmende Krankenhäuser:**

- Augusta Krankenhaus
- Deutsche Diabetes Klinik
- Diakoniewerk Kaiserswerth
- Evangelisches Krankenhaus Düsseldorf
- Kliniken der Landeshauptstadt Düsseldorf (Benrath, Gerresheim)
- Krankenhaus Elbroich
- Marien-Hospital Düsseldorf
- Marienkrankenhaus Kaiserswerth
- Rheinische Kliniken Düsseldorf
- St. Martinus Krankenhaus
- St. Vinzenz Krankenhaus

Folgende Akademische Lehrkrankenhäuser wurden angeschrieben:

- Evangelisches Krankenhaus Bethesda zu Duisburg
- Evangelisches Krankenhaus Mülheim-Ruhr
- Evangelisches und Johanniter Klinikum Duisburg
- Johanniter Krankenhaus Oberhausen
- Katholisches Klinikum Duisburg
- Städtische Kliniken Neuss/Lukaskrankenhaus

Über den Emailverteiler der Uni konnte zusätzlich allen an der Universitätsklinik Düsseldorf tätigen Ärztinnen und Ärzten der Fragebogen zugeteilt werden. Zum Erhebungszeitraum wurden so ca. 270 Personen per Email angeschrieben.

Insgesamt wurden 4000 gedruckte Fragebögen postalisch verschickt und weitere 270 Fragebögen elektronisch übermittelt.

Die Erhebung und Datenbearbeitung wurde anonymisiert mit anschließender gepoolter Auswertung ohne Rückführung von Daten auf Personen oder Personengruppen durchgeführt. Die Bearbeitung der anonymisierten Fragebögen erfolgte auf freiwilliger Basis. Die Ärztinnen und Ärzte hatten die Möglichkeit sich vorher über das Projekt zu informieren.

Für die Auswertung konnten 264 Fragebögen herangezogen werden.

Die aus den Fragebögen ermittelten Daten wurden in eine Datenmaske eingegeben und zu einem Datensatz vereint. Mittels SPSS 15.0 erfolgte die statistische Auswertung. Für die Tabellenaufbereitung sowie die Erstellung von Abbildungen wurde Excel 2007 verwendet.

In der Regel wird zur besseren Lesbarkeit der Berechnungen in dieser Arbeit auf ganze Zahlen gerundet. Als Analyseverfahren werden deskriptive Auswertungen angewendet, wie Häufigkeitstabellen, Kreuztabellierungen und zur graphischen Darstellung Balken- sowie Tortendiagramme.

### **3.2 Gewaltopferbefragung**

Als Erhebungsinstrument wurde ein standardisierter Fragebogen entwickelt, der durch die Beantwortung von Testpersonen und durch Vorlage bei Beratungsstellen einer Überprüfung zum Verständnis der Fragen und Antwortoptionen unterzogen wurde (Pretest). Zusätzlich erfolgte durch das Institut der Medizinischen Soziologie Düsseldorf eine fachliche Begleitung der Fragebogenentwicklung.

Dem Fragebogen werden Variablen zur Beschreibung der befragten Person, so genannte sozioepidemiologische Basisvariablen, nach den Vorgaben der Sozialmedizin, vorangestellt (Alter, Geschlecht, Familienstand, Kinder im Haushalt, Bildungsstand). Darauf folgen Aspekte zum Gewalterleben im Kontext zur ärztlichen Hilfe, die Reaktion auf die Gewalterfahrungen, wie etwa das Einschalten der Polizei, der Kontakt zu psychosozialen Hilfeeinrichtungen und Angaben zu Informationsquellen über weiterführende Hilfeangebote. Anschließend soll die subjektiv erlebte Qualität der medizinischen Versorgung und die Weiterleitung an Hilfeangebote erhoben werden. Darüber hinaus gibt der Fragebogen Auskunft über das Opfer betreffende Besonderheiten, wie aktuelle Schwangerschaften, chronische Erkrankungen, Behinderungen und inwieweit Kinder in die Gewalttätigkeiten mit einbezogen sind.

Zur Erreichung der Gewaltopfer wurde im Düsseldorfer Hilfesystem nach spezifischen Einrichtungen gesucht und diese gezielt über das Projekt informiert. In persönlichen Treffen sowie auf dem telefonischen oder elektronischen Wege wurden Mitarbeiter der ausgewählten Einrichtungen über das Vorhaben informiert und gebeten, ihre Klienten zur Bearbeitung der Fragebögen zu motivieren. Den Einrichtungen wurden dann Fragebögen mit einem Informationsschreiben für jeden Klienten zur Verfügung gestellt. Bei Interesse und Einwilligung in die Befragung konnten die Daten so anonymisiert erhoben werden. Insgesamt konnten Anfang Oktober 2006 24 kooperierenden Institutionen Fragebögen (je ca. 15 Fragebögen) ausgehändigt werden, es waren etwa 450 Fragebögen.

Insgesamt ergibt sich ein Rücklauf von 37 Fragebögen, beantwortet von 36 Frauen und einem Mann. Aufgrund dieser geringen Fallzahl erfolgte eine qualitative Auswertung, die keinen Anspruch auf Repräsentativität erhebt, jedoch einen interessanten Einblick in die Perspektive dieser Betroffenen ermöglicht.

Im Folgenden soll ein kurzer Überblick über die Institutionen in Düsseldorf gegeben werden, die sich bereit erklärt haben, dieses Projekt durch Verteilung der



Fragebögen an ihre Klienten zu unterstützen. Die Darstellung gibt einen Einblick in die bestehenden Strukturen und untermauert die am Anfang der Arbeit geschilderte Prämisse eines gut ausgebauten Opferhilfenetzwerkes, sie erhebt jedoch keinen Anspruch auf Vollständigkeit. Das komplette Handbuch, welches durch die „Fachgruppe Opferschutz“ des Kriminalpräventiven Rates der Landeshauptstadt Düsseldorf entwickelt wurde, kann beispielsweise auf der Internetseite der Gewaltopferambulanz der Universitätsklinik Düsseldorf abgerufen werden (Rechtsmedizin). Zu dem „Düsseldorfer Opferhilfenetzwerk“ gehören neben Einrichtungen der freien Wohlfahrtspflege und gemeinnützigen Vereinen, auch städtische Dienststellen. Alle Beratungen können kostenlos und vertraulich, auf Wunsch auch anonym, entgegengenommen werden.

### **3.2.1 Übersicht über die an der Opferbefragung teilnehmenden Institutionen:**

Stand 6/2006

Die folgenden Informationen stammen aus dem Handbuch „Opferhilfe“ in Düsseldorf (Kriminalpräventiver Rat 2004).

Aktion Gemeinwesen und Beratung (AGB) e.V.: MigrantInnen und Flüchtlinge können hier mit der Beratung bei ausländerrechtlichen Fragen und der weiterführenden Begleitung zu Ämtern und Gerichtsterminen rechnen.

Arbeiterwohlfahrt, IBBZ (Internationales Beratungs- und Betreuungszentrum): Die AWO vermittelt Integrationskurse, leistet Sozial- und Migrationserstberatung und bietet muttersprachliche Beratung in Türkisch, Arabisch/Berberisch, Serbokroatisch, Russisch, Französisch und Englisch. Zudem vermittelt und begleitet die AWO in der Akut- sowie in der Folgehilfe vielerlei Behördengänge.

Arbeiterwohlfahrt, ZUMMM Ambulant: Neben der psychosozialen Erstberatung junger Mädchen und Frauen wird auch den Vertrauenspersonen Unterstützung angeboten. In Zusammenarbeit mit dem Jugendamt und möglichen Notunterbringungen wird den Betroffenen ein umfangreiches System bis hin zur ambulanten Nachbetreuung offeriert.

Ärztliche Kinderschutzambulanz des Evangelischen Krankenhauses in Düsseldorf: Für die Zielgruppe von Kindern und Jugendlichen, Eltern, Familien und Fachleuten mit dem Verdacht auf (sexualisierte) Gewalt wird hier ein vielfältiges Angebot zur Diagnostik, zum Krisenmanagement, Fallberatungen und Kinderschutz- Planungen offeriert, welches zusätzlich zu Kinderpsychotherapien, Einzel- und Familienberatung mit einbezieht.

Caritasverband für die Stadt Düsseldorf e.V.: Hier finden NeuzuwanderInnen und Flüchtlinge kompetente Weitervermittlungsangebote durch konkrete Kontaktaufnahme mit den einzelnen Institutionen.

Diakonie, Ariadne, Notaufnahme für Frauen: Akut wohnungslose Frauen ab 18 Jahren finden hier sofortige Aufnahme, Verpflegung bei Mittellosigkeit und Erstberatung, sowie umfassende Folgehilfeangebote.

Diakonie, Beratungsstelle Gewalt in Familien: Neben dem Angebot der Akuthilfe wird im Rahmen der Folgehilfe eine Unterstützung bei der Verarbeitung des Traumas, auch in Traumatherapien, vorgeschlagen.

Diakonie, Fachberatungsstelle für Frauen: Hier wird von Sicherstellungen materieller Grundlagen, Hilfe bei Behördengängen und Wohnungssuche, bis zur Rehabilitation ein breites Spektrum an Dienstleistungen für Frauen in besonders schwierigen Lebenssituationen gewährleistet.

Diakonie, Zentrum für interkulturelle Begegnung und Beratung: Der Zielgruppe von Migrantinnen und Migranten, Spätaussiedlerinnen und Spätaussiedlern wird ihr das Angebot einer bedarfsgerechten Erstberatung in Griechisch, Polnisch, Arabisch und Berberisch mit dementsprechenden Begleitungen bei Behördengängen geboten.

Düsseldorfer DrogenhilfeCentrum: Diese Institution widmet sich der Abhängigen von illegalen Drogen und bietet neben einem täglich geöffneten Kontaktladen Basisversorgung, Notschlafstellen und medizinische Notversorgung auch die Vermittlung an Rechtsanwälte oder andere Hilfeangebote an.

frauenberatungsstelle düsseldorf e.V.: Für Frauen, die unter jeglicher Art von Gewalt und Diskriminierung zu leiden haben, wird hier Akuthilfe in Form von einem Krisentelefon, kurzfristiger Beratung und Krisenintervention geleistet. Zusätzlich wird auch außerhalb dieser unmittelbaren Hilfen ein breit gefächertes Angebot an Folgedienstleistungen wie Zielgruppen orientierten Gesprächsgruppen vermittelt.

Frauenhaus Düsseldorf, Frauen helfen Frauen e.V.: Diese Institution bietet eine 24-stündige Aufnahme, telefonische Krisenintervention und ambulante Beratung an und leistet auch nachfolgend unter anderem Gerichtshilfe bei Erwachsenen.

Gesundheitsamt Landeshauptstadt Düsseldorf: In dieser Ambulanz für Gewaltopfer können Personen neben Beratungen und Therapien auch kriseninterventionelle und stabilisierende Akut- sowie längerfristige Folgehilfen in Anspruch nehmen.

Gewaltopferambulanz des UKD: Das Institut für Rechtsmedizin bietet mit seinen fachärztlich geschulten Mitarbeitern die Möglichkeiten einer gerichtsfesten Dokumentation und sachgerechten Interpretation der Verletzungen von Gewaltopfern. Zusätzlich wird die Sicherung von Spuren, Urin- und Haarproben und Blutentnahmen, sowie eine adäquate Weitervermittlung angeboten, was ebenso über ein Beratungstelefon gewährleistet wird. Die Rechtsmediziner fühlen sich darüber hinaus der Beratung und Weiterbildung der Ärzteschaft und anderen Berufsgruppen verpflichtet.

Jugendamt Landeshauptstadt Düsseldorf, Abteilung Soziale Dienste: Hier werden neben Beratungen, Unterstützungen, Vermittlungen und Kriseninterventionen auch Hilfen zur Erziehung angeboten.

Kliniken Düsseldorf, Klinische Sozialberatung: Dieses Angebot gilt beispielsweise für die Krisenintervention bei stationären Aufenthalten und bietet unter anderem auch die Vermittlung der erforderlichen Hilfen nach Krankenhausaufenthalten an.

ProMädchen, Mädchenhaus Düsseldorf e.V.: Bietet neben pädagogischer und psychotherapeutischer Begleitung, Primärstabilisierung und Unterstützung bei der Suche nach Unterbringungsmöglichkeiten und verschiedensten Gruppenangeboten auch eine längerfristige, sogar in Gerichtsverfahren bestehende Hilfen.

Steps, Kaiserswerther Diakonie Düsseldorf: Nach Vermittlungen durch das örtliche Jugendamt können junge Menschen zwischen 15 und 21 Jahren dort eine kurzfristige und zeitlich begrenzte Unterbringung mit Betreuung erhalten, die sich bis in die Begleitung zur Selbstständigkeit ausdehnen kann.

Versorgungsamt NRW : Das Land NRW bietet mit dieser Institution ein bundesweites Opfer- Info- Telefon, die Gewährung von beispielsweise Versorgungskrankengeld, Renten an Beschädigte und Hinterbliebene, sowie Kapitalabfindungen. Ebenso werden Heilbehandlungen, orthopädische Versorgung mit Hilfsmitteln und andere Fürsorgeleistungen gestattet.

Weisser Ring e.V.: Personen, die Opfer vorsätzlicher Gewalt geworden sind, können hier Betreuung und Hilfe bei der Alltagsbewältigung finden. So wird ihnen auch in strafbedingter materieller Notlage und der Durchsetzung von Opferrechten geholfen.

Zeuginnen- und Zeugenberatung am Amts- und Landgericht Düsseldorf : Der Träger ist das Landgericht Düsseldorf/Justizministerium NRW welchen ZeugInnen und Opfer von Straftaten eine umfassende psycho- soziale Begleitung während der Verhandlung und eine anschließende Vermittlung weiterführender Hilfeangebote machen möchte.

## 4 Ergebnisse der Ärztebefragung

Im Rahmen der insgesamt knapp 4000 postalisch versandten Fragebögen und des genutzten Emailverteilers des Universitätsklinikums Düsseldorf konnten 264 verwertbare Fragebögen gewonnen werden. In die Statistik wurden nur die beinahe lückenlos ausgefüllten Fragebögen einbezogen, um die Datensätze nicht zu verfälschen. Beispielsweise wurden Fragebögen, bei denen das „Alter“ nicht angegeben ist, aber das „Geschlecht“ dargestellt wurde, in die Auswertung mit einbezogen. Die Darstellung erfolgt nach der im Fragebogen benutzten Reihenfolge. Der Fragebogen ist vollständig im Anhang ersichtlich.

Die Rücklaufquote beträgt 6,18%.

### 4.1 Basisdaten zu der befragten Ärzteschaft

Jegliche Angaben wie Mittelwerte und Häufigkeitsverteilungen werden in der Regel auf ganze Zahlen gerundet, was eventuelle Rundungsdifferenzen zur Folge haben kann.

#### 4.1.1 Alter

260 der 264 Befragten machen Angaben zu ihrem Alter. Der jüngste Teilnehmer ist zum Zeitpunkt der Befragung 28 Jahre, der älteste 66 Jahre alt. Das Durchschnittsalter liegt bei knapp 47 Jahren, die Frauen sind mit durchschnittlich 45 Jahren jünger als die Männer mit durchschnittlich 48 Jahren.

	n	Min	Max	Median	MW	SD
Ärztinnen	121	28	66	45	45,3	9,264
Ärzte	139	30	65	47	47,6	9,269
insgesamt	260	28	66	46	46,6	9,318

Tabelle 2: **Alter in Jahren der Mediziner/innen, insgesamt und nach Geschlecht**

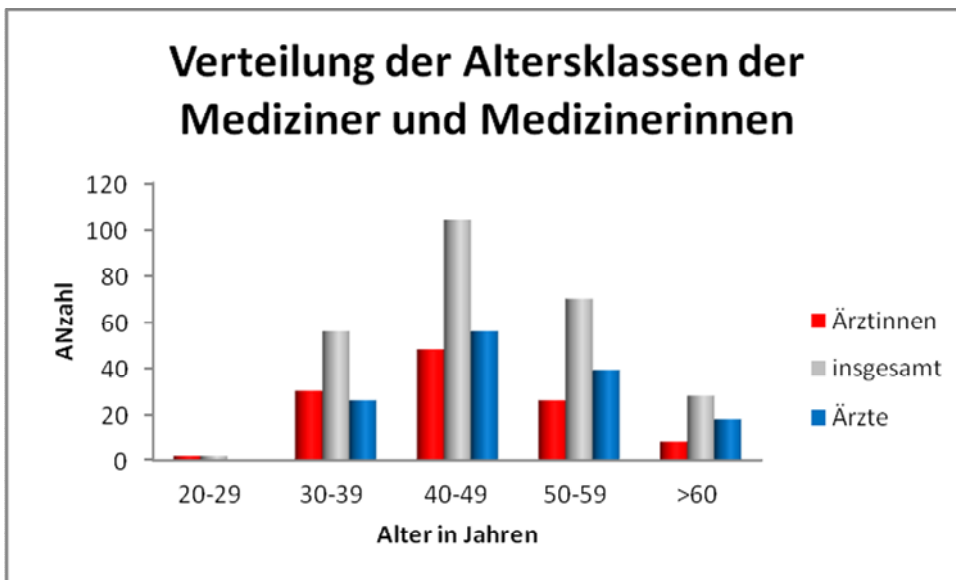


Abb.2: Verteilung der Altersklassen der Mediziner/innen, nach Geschlecht

#### 4.1.2 Geschlecht

121 (46%) Ärztinnen und 141 (54%) Ärzte nehmen an der schriftlichen Befragung teil, beide Geschlechter sind insofern als gut repräsentiert anzusehen.

#### 4.1.3 Geburtsland

Auf die Frage, in welchem Land sie geboren seien, antworten 259 Teilnehmer. 114 von 121 Frauen (94%) und 121 von 138 Männern (88%) geben Deutschland als ihr Geburtsland an. Für eine im Verlauf dieser Ergebnisdarstellung notwendige Differenzierung nach der Herkunft wird ein „Migrationshintergrund“ dann definiert, wenn der Mediziner nicht in Deutschland oder Österreich geboren wurde.

Bei beiden Geschlechtern sind demnach folgende Länder als Geburtsländer vertreten. (Alphabetisch sortiert und die Anzahl in Klammern): Afghanistan (1), CSSR (1), Frankreich (1), Griechenland (1), Israel (1), Polen (5), Rumänien (3), Tschechien (2), Türkei (1) und UDSSR (1), Ukraine (1) und Ungarn (2).

#### 4.1.4 Herkunftsland der Eltern

Die Frage nach der Herkunft der Eltern beantworten 120 Ärztinnen und 139 Ärzte. Hier zeigt sich, dass bei 101 von 120 (84%) der Ärztinnen und 113 von den 139 (81%) der Ärzte auch die Wurzeln der Eltern in Deutschland liegen.

Bei den anderen Herkunftsländern der Eltern handelt es sich (alphabetisch sortiert) um Afghanistan, Frankreich, Griechenland, Korea, Kroatien, Österreich, Polen, Rumänien, Tschechien, Türkei und Ungarn. Zudem weisen viele der Befragten

Elternteile aus zwei verschiedenen Ländern auf, wie Deutschland gepaart mit El Salvador, Iran, Jugoslawien, Kolumbien, Niederlande, Österreich, Polen, Schweden, Tschechien, Ungarn und USA sowie Eltern aus der damaligen CSSR und Ungarn, England und Bolivien oder Großbritannien und England.

#### **4.1.5 Berufstätigkeit**

Die hierzu erhobenen Daten beziehen sich darauf, in welcher medizinischen Einrichtung zur Zeit der Befragung gearbeitet wird. Die Kategorie der Praxisärzte/innen wird in Hausarztpraxis und Facharztpraxis unterteilt, wobei die letztgenannte eine Gliederung in weitere Fachrichtungen erfährt. Die Einteilung der im Krankenhaus arbeitenden Ärzte/innen wird in Grundversorgung, Fachklinik und Universitätsklinikum aufgeteilt und ebenfalls differenziert unter dem Aspekt der Fachrichtung betrachtet.

Einige Teilnehmer/innen geben an, in der Praxis und im Krankenhaus zu arbeiten. Durch die Verteilung der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein an Ärzte/innen und Psychotherapeuten/innen sind auch Psychologen/innen bei der Auswertung zu finden. Da nicht explizit erwähnt wird, ob es sich um medizinische oder psychologische Psychotherapeuten/innen handelt, werden diese als sonstige Fachrichtungen ausgewiesen.

So lassen sich insgesamt 80 in einer Hausarztpraxis, 103 in einer Facharztpraxis und 85 im Krankenhaus arbeitende Ärztinnen und Ärzte feststellen.

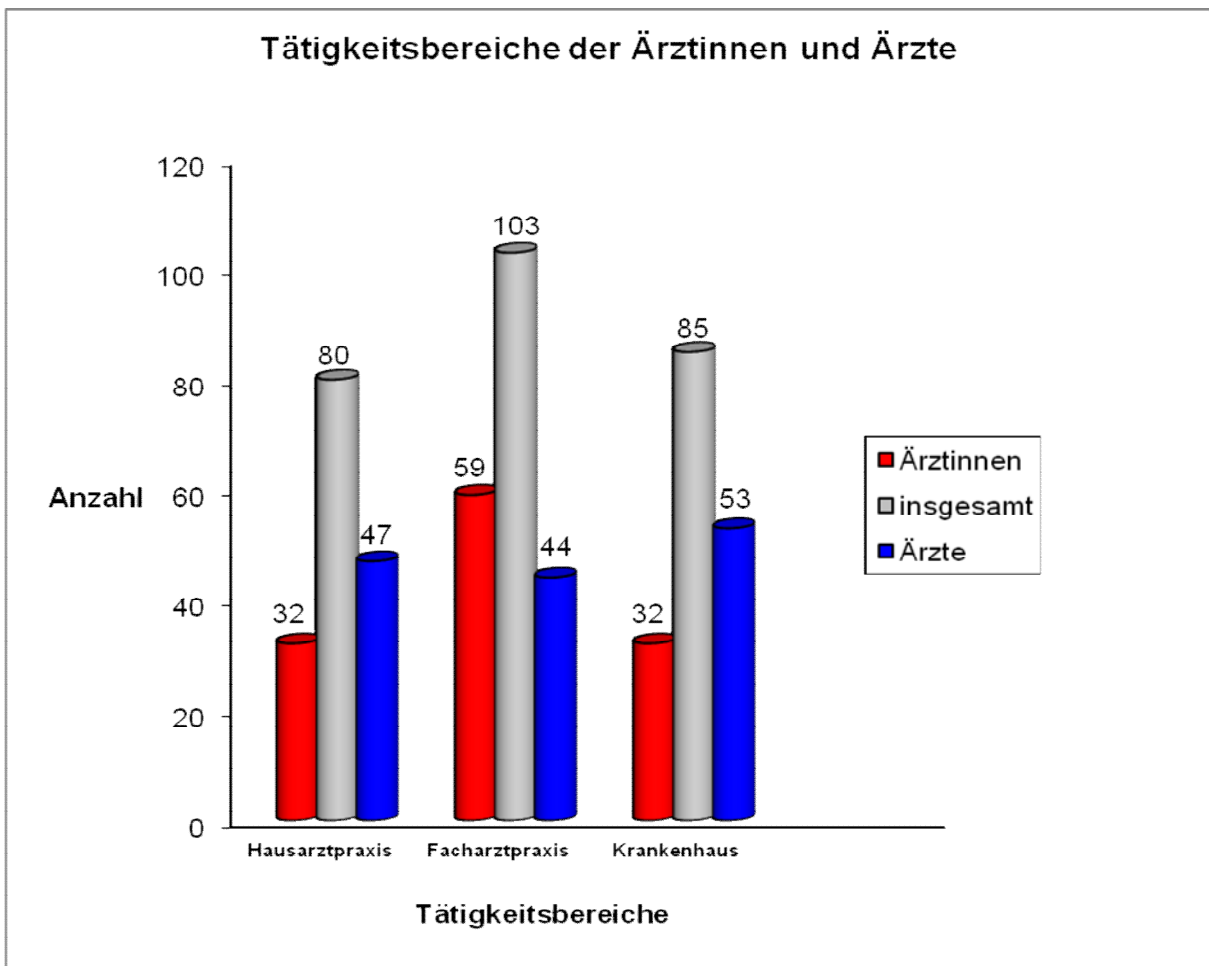


Abb.3: **Tätigkeitsbereiche der Mediziner**, nach **Geschlecht der Mediziner**

Von den weiblichen Teilnehmerinnen arbeiten 32 von 122 (26%) in einer Hausarztpraxis, 59 von 122 (48%) in einer Facharztpraxis und 32 von 122 (26%) im Krankenhaus.

Zur weiteren Differenzierung soll zunächst ein Überblick über die in einer Facharztpraxis tätigen Fachärztinnen gegeben werden.

Es finden sich dort 5 Allgemeinmedizinerinnen, 10 Gynäkologinnen, 1 Internistin, 6 Neurologinnen/Psychiaterinnen und 11 Kinderärztinnen. Die als „andere Fachrichtungen“ bezeichneten Gebiete stellen das Tätigkeitsgebiet von 26 Fachärztinnen dar, welche sich auf die Augenheilkunde, HNO, Orthopädie, Anästhesie und Radiologie, jedoch mit überwiegender Mehrheit auf die psychotherapeutische Behandlung spezialisiert haben. Aufgrund von Mehrfachnennungen, ergeben sich einige Unschärfen. Kinder- und Jugendpsychotherapeutinnen sind schwer von den Psychotherapeutinnen abzugrenzen, 1 Gynäkologin und 1 Allgemeinmedizinerin beschreiben ihre psychosomatische (Mit-)Tätigkeit.

Die folgende Tabelle bietet eine kurze Übersicht über die Nennungen der „anderen“ Facharztpraxen, in denen die Ärztinnen arbeiten.

Bezeichnung der Facharztpraxis	Anzahl der Nennungen
Anästhesie	1
Arbeitsmedizin	1
Augenheilkunde	2
HNO	1
Orthopädie	1
Psychologische Psychotherapeutin	8
Psychotherapie	11
Radiologie	1

Tabelle 3: Darstellung der **Ärztinnen** in einer **Facharztpraxis** („andere“)

Zudem soll die **Krankenhaustätigkeit** dargestellt werden, die 32 von den befragten 122 Frauen ausüben. Insgesamt 18 von diesen (56%) sind in einem Krankenhaus der Grundversorgung, 7 (22%) einer Fachklinik und 8 (25%) als an einem Universitätsklinikum arbeitend zuzuordnen.

Auch in der Kategorie der in der **Klinik** tätigen Ärztinnen lassen sich die Fachrichtungen differenzieren. So finden sich 11 Allgemeinmedizinerinnen, 3 Chirurginnen, 11 Gynäkologinnen, 13 Internistinnen, 11 Neurologinnen/Psychiaterinnen und 9 Kinderärztinnen. Als sonstige Fachrichtungen werden 2x die Tätigkeit in der Anästhesie und jeweils 1x in der Arbeitsmedizin, Neuropädiatrie, plastischen Chirurgie, psychologischer Psychotherapie und Zahnmedizin angegeben. Die folgende Abbildung soll einen Gesamtüberblick ermöglichen.



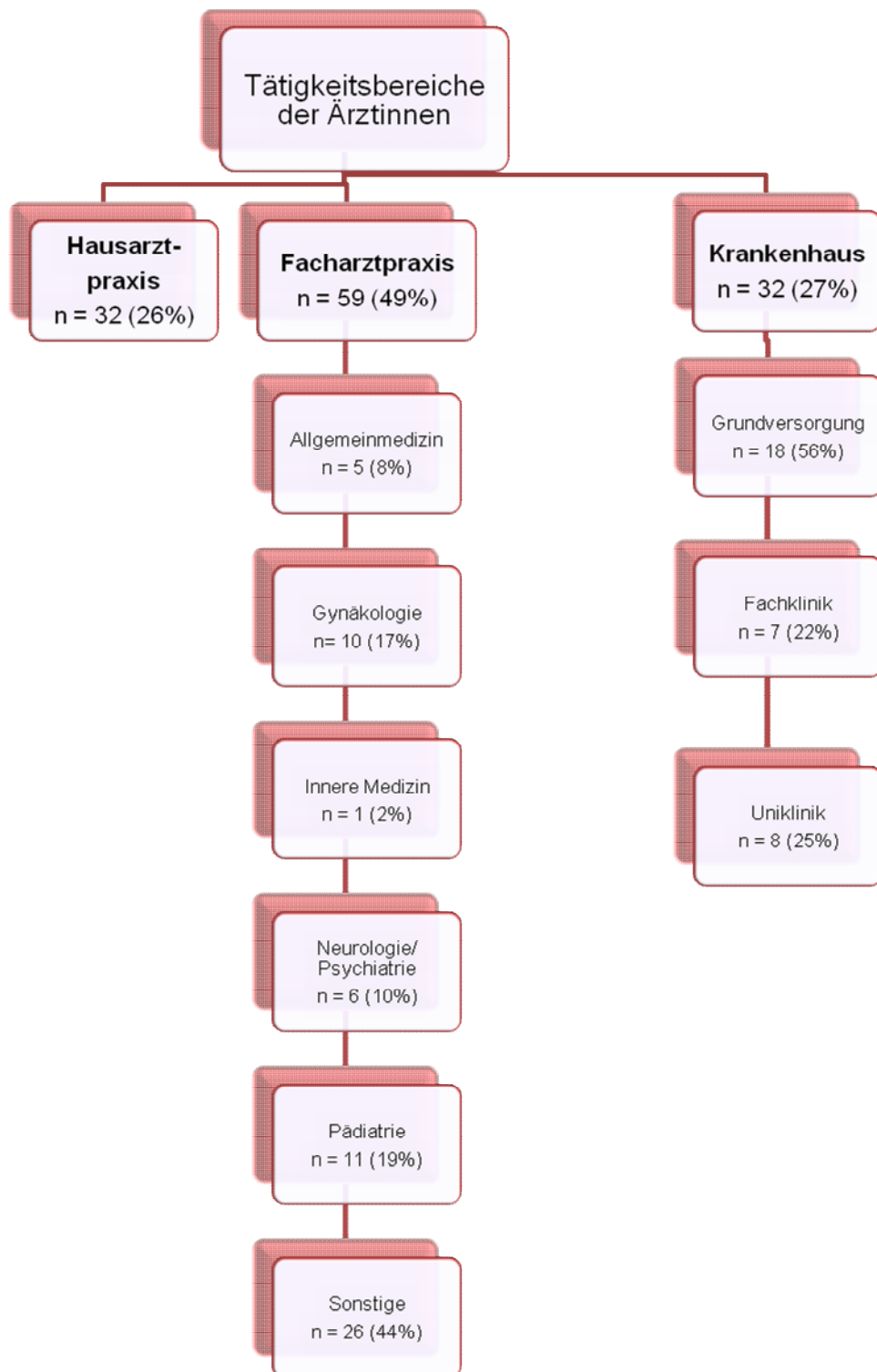


Abb.4: Tätigkeitsbereiche, Ärztinnen

Die **männlichen** Teilnehmer verteilen sich mit 47 von 141 (33%) in der Hausarztpraxis, mit 44 von 141 (31%) in einer Facharztpraxis und mit 53 von 142 (37%) im Krankenhaus.

Zu den männlichen Kollegen in der **Facharztpraxis** lassen sich 3 Allgemeinmediziner, 3 Chirurgen, 6 Gynäkologen, 7 Internisten, 6 Neurologen/Psychiater und 1 Kinderarzt zählen. 18 Ärzte erfüllen die Kategorie „andere Fachrichtungen“. 3 von ihnen sind in der Augenheilkunde, 5 in der Orthopädie und 4 in der Urologie tätig. Zudem weisen sich 1 Anästhesist, 1 Dermatologe, 1 Psychosomatiker, 1 Mund-Kiefer-Gesichtschirurg, 1 Radiologe, 1 Psychotherapeut und 1 in einer Drogenambulanz tätiger Arzt aus.

Bezeichnung der Facharztpraxis	Anzahl der Nennungen
Anästhesie	1
Augenheilkunde	3
Dermatologie	1
Drogenambulanz	1
Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie	1
Orthopädie	5
Psychotherapie	1
Radiologie	1
Urologie	4

Tabelle 4: Darstellung der **Ärzte** in einer **Facharztpraxis** („andere“)

Von den 142 Männern arbeiten 53 in einem **Krankenhaus**. Davon sind 23 (43%) in der Grundversorgung, 14 (26%) in einer Fachklinik und 14 (26%) in einem Universitätsklinikum, einer in einer Fach- und Uniklinik sowie zwei in einem Haus der Fachklinik und Grundversorgung.

Die in einer **Klinik** tätigen Ärzte lassen sich in 21 Allgemeinmediziner, 17 Chirurgen,

6 Gynäkologen, 23 Internisten, 13 Neurologen/Psychiater und 10 Pädiater aufgliedern.

Unter den sonstigen Fachrichtungen lassen sich 2 Anästhesisten, 1 Dermatologe, 4 Hals-Nasen- Ohrenärzte, 1 Arzt für Naturheilverfahren, 1 Orthopäde, 1 Somnologe, 1 Radiologe, 1 Sportmediziner, 1 Suchtmediziner und 1 Zahnmediziner erkennen.

Zusammenfassend lässt sich beschreiben, dass sich das Kollektiv der an dieser Studie teilnehmenden Ärzteschaft, bereits hinsichtlich des Tätigkeitsbereiches geschlechtsspezifisch unterscheidet. Es arbeiten mehr ärztliche Kollegen in einer Hausarztpraxis und im Krankenhaus. In einer Facharztpraxis sind insgesamt mehr Ärztinnen zu finden. Auffallend ist insbesondere die Teilnahme vieler (psychologischer) Psychotherapeutinnen.

Die folgende Abbildung soll die Informationen zu dem Tätigkeitsbereich der männlichen Kollegen nun zusammenfassend darstellen.

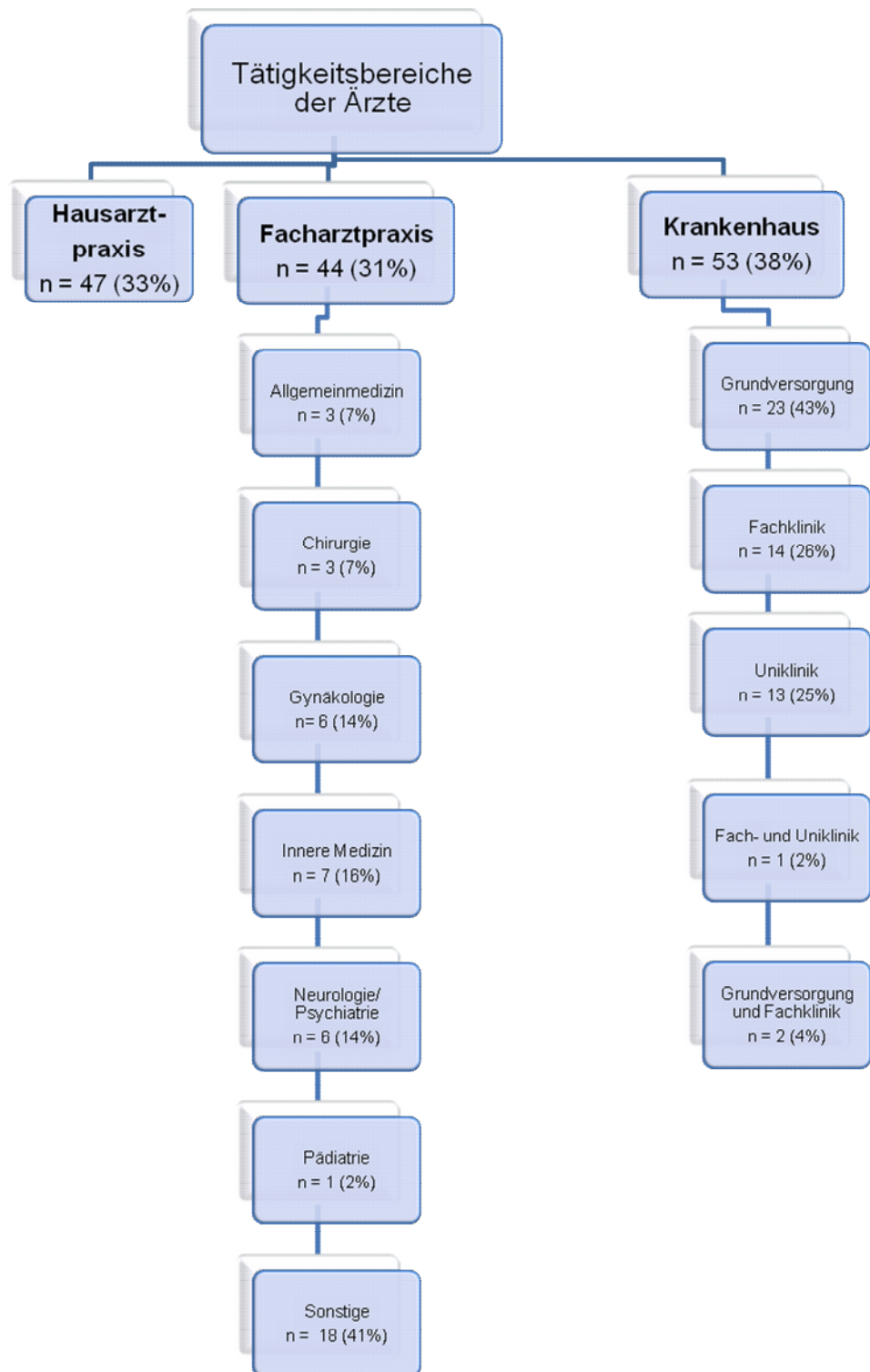


Abb.5: Tätigkeitsbereiche, Ärzte

#### 4.1.6 Stand der Berufsausbildung

Von den befragten 121 Ärztinnen beantworten 119, von den 141 Ärzten beantworten alle die Frage, ob sie eine abgeschlossene Facharztausbildung besitzen.

95 Ärztinnen (80%) haben derzeit eine abgeschlossene Facharztausbildung, 25 (20%) besitzen dementsprechend keine abgeschlossene Facharztausbildung. Von diesen 25 befinden sich 18 allerdings in einer Facharztausbildung, was 15% der insgesamt teilnehmenden Frauen entspricht.

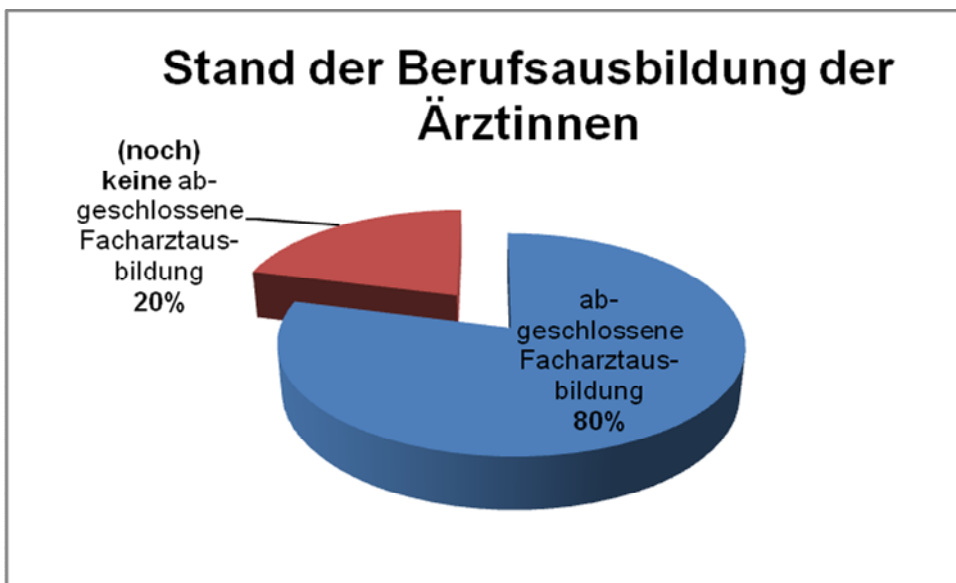


Abb.6: Stand der Berufsausbildung, Ärztinnen

119 (84%) der 141 befragten Ärzte haben derzeit eine abgeschlossene Facharztausbildung. 22 (16%) besitzen diese nicht. Davon befinden sich jedoch 14 Männer noch in der Facharztausbildung, entsprechend 10% aller teilnehmenden Ärzte.

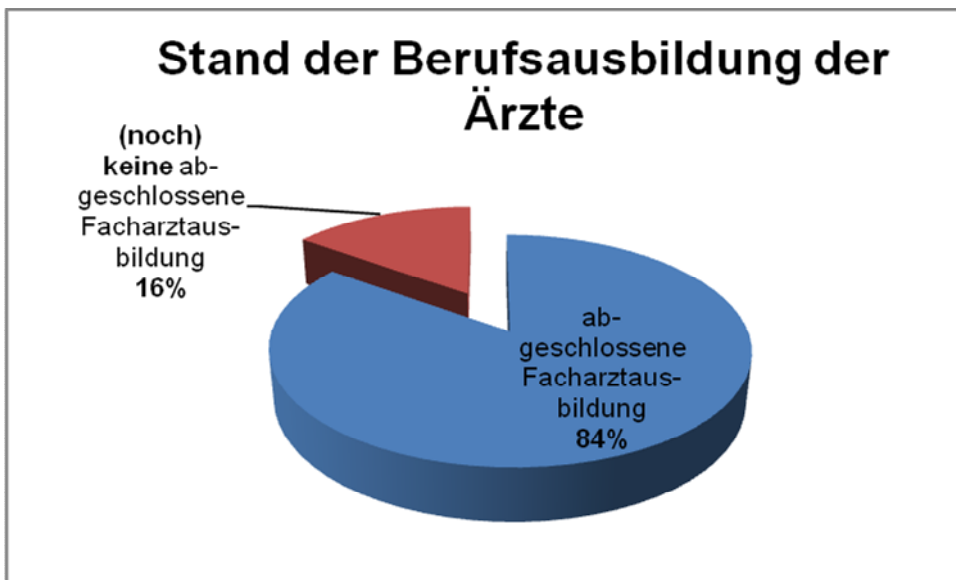


Abb.7: **Stand der Berufsausbildung, Ärzte**

Die nun folgende Auflistung der abgeschlossenen Facharztausbildungen wird die zuvor schon erwähnten Schilderungen zur Berufspraxis komplementieren.

Es lassen sich 2 Chirurginnen, 13 Gynäkologinnen, 16 Internistinnen, 19 Pädiaterinnen und 16 Neurologinnen/Psychiaterinnen finden. Die restlichen Fachärztinnen lassen sich der Kategorie „sonstige“ zuordnen.

Unter den männlichen Facharztkollegen finden sich 15 Chirurgen, 8 Gynäkologen, 28 Internisten, 6 Pädiater und 18 Neurologen/Psychiater. Auch hier lässt sich die Differenz von 119 Fachärzten zu den hier aufgeführten 75 Fachärzten durch die Kategorie der „sonstigen“ Fachärzte erklären.

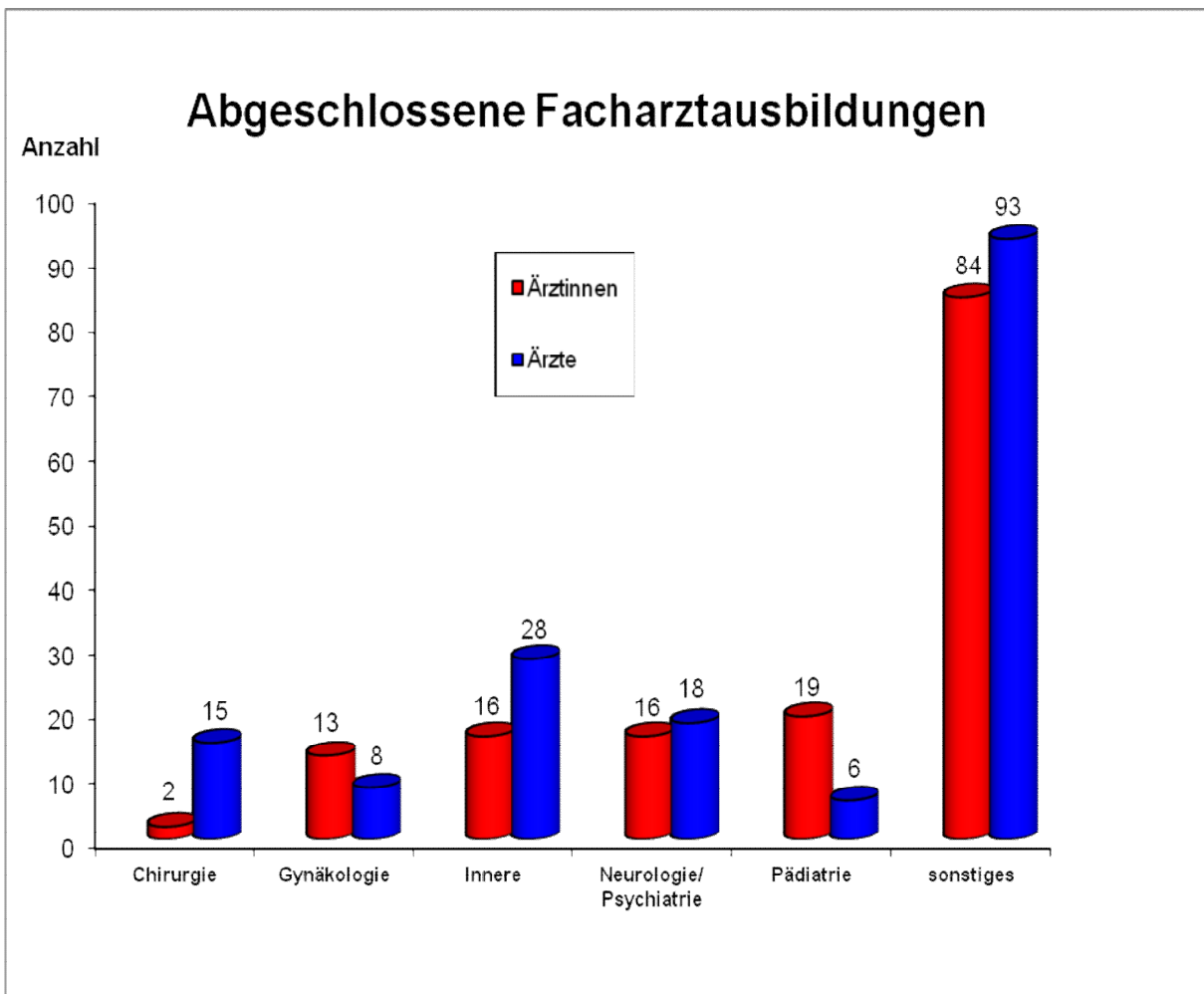


Abb.8: **Stand der Berufsausbildung**, Anzahl der Personen mit abgeschlossener Facharztausbildung, nach **Geschlecht** der Mediziner

Eine detaillierte numerische Darstellung der in den Fragen Nr. 5 und Nr. 6 (vgl. Originalfragebogen der Ärztebefragung im Anhang) als Kategorie: „anderes: bitte benennen“ aufgetretenen Antworten ist aufgrund der Vielzahl der gebotenen Darstellungen und Kombinationen nicht möglich.

Da sich bei dieser Antwortmöglichkeit allerdings 84 (71%) der Frauen und 92 (65%) der Männer einordnen, soll ein Überblick über die Nennungen gegeben werden. Die folgenden Darstellungen beziehen sich sowohl auf Ärztinnen und Ärzte. So lassen sich bei zahlreichen Befragten Tätigkeiten als medizinische oder psychologische Psychotherapeuten sowie Allgemeinmediziner erkennen.

Vereinzelt werden Tätigkeiten als Anästhesisten, Arbeitsmediziner, Dermatologen, Hals- Nasen- Ohren- Ärzte, Humangenetiker, Kinder- und Jugendpsychiater, Naturheilkundler, Neuropädiater, Ophthalmologen, Orthopäden, Psychosomatiker, Radiologen, Rechtsmediziner, Urologen und Zahnmediziner ausgewiesen, wie bereits in der Darstellung des Tätigkeitsbereiches beschrieben.

Insgesamt bestätigen 18 von 119 Ärztinnen und 14 von 141 Ärzten sich noch in der Facharztausbildung zu befinden.

Unter diesen Frauen sind 1 in der Chirurgie, 5 in der Gynäkologie, 5 in der Inneren Medizin, 2 in der Pädiatrie, 1 in der Neurologie/Psychiatrie und als „sonstige Fachrichtungen“ 1 in der Anästhesie tätig.

Bei den Männern dieser Kategorie lassen sich 4 angehende Chirurgen, 2 Gynäkologen, 7 Internisten und 2 Pädiater finden.

Zusammenfassend lässt sich eine geringfügig höhere Rate abgeschlossener Facharzttitel bei den männlichen Kollegen beschreiben.

#### 4.1.7 Berufserfahrung

Angaben zur Dauer ihrer Berufstätigkeit wurden von 116 der 121 Frauen und 137 der 141 Männer gemacht.

	n	Min	Max	Median	MW	SD
Ärztinnen	116 fehlend: 5	2	38	16,00	16,48	9,060
Ärzte	137 fehlend: 4	0,5	40	20,00	19,07	9,932
insgesamt	254 fehlend: 10	0,5	40	17,00	17,90	9,595

Tabelle 5: Darstellung der **Berufserfahrung in Jahren**, nach **Geschlecht** der Mediziner/innen

Ein Teilnehmer oder eine Teilnehmerin äußert sich nicht zu dem Geschlecht.

Bei den Teilnehmerinnen findet sich eine minimale Berufstätigkeit von zwei Jahren und eine maximale Berufstätigkeit von 38 Jahren. Die mittlere Berufstätigkeitsdauer liegt bei etwa 16 Jahren.

Die minimale Berufstätigkeit der männlichen Teilnehmer lässt sich bei 0,5 Jahren, die maximale bei 40 Jahren festlegen. Die mittlere Berufstätigkeitsdauer beträgt zum



Zeitpunkt der Erhebung etwa 19 Jahre. Wie der oben stehenden Tabelle zu entnehmen, weist der Median jeweils einen ähnlichen Wert wie der Mittelwert auf, was auf eine geringe Anzahl von Extremwerten bezüglich der Berufstätigkeitsdauer hinweist.

Wird die Dauer der Berufstätigkeit gruppiert (fünf Jahre, zehn Jahre, 20 Jahre, 30 Jahre und über 30 Jahre), so ergibt sich folgende Verteilung in die Kategorien:

Zum Zeitpunkt der Befragung gehören 32 MedizinerInnen der ersten Kategorie (bis zu fünf Jahre berufstätig) an. 30 Ärztinnen und Ärzte sind bis zu zehn Jahre berufstätig, während 93 Personen bis zu 20 Jahre arbeiten. Bis zu 30 Jahre sind 70 ÄrztInnen und über 30 Jahre 29 MedizinerInnen tätig. 10 Personen machen zu ihrer Berufserfahrung keine Angaben.

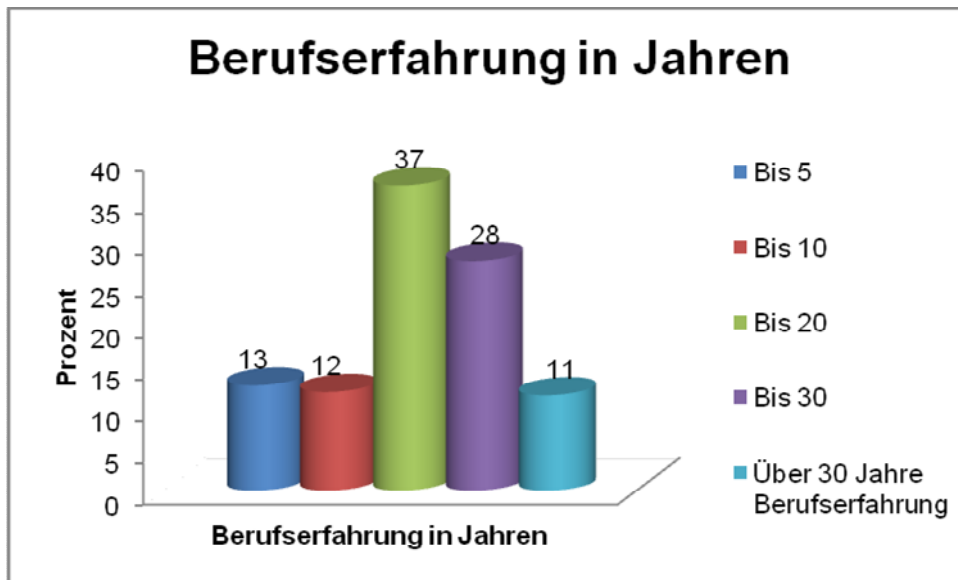


Abb.9: Berufserfahrung in Jahren, insgesamt

## 4.2 Patienten Klientel

### 4.2.1 Zusammensetzung des Patienten Klientel nach dem Geschlecht

Die Ärztinnen und Ärzte sollen in der Befragung das Geschlechterverhältnis der von ihnen betreuten Patienten schätzen.

119 von 122 befragten Ärztinnen nehmen hierzu Stellung, im Mittel werden 67% weibliche zu 35% männliche Patienten betreut.

Dabei nennen die Ärztinnen einen minimalen weiblichen Anteil am Patientengut von 35% und einen maximalen weiblichen Anteil von 100%.

Sie schätzen ihr männliches Klientel mit einem minimalen Anteil von null Prozent bis hin zu einem maximalen Anteil von 81%.

139 von 142 männlichen Kollegen betreuen diesbezüglich durchschnittlich einen Anteil von 60% weiblichen und 40% männlichen Patienten. Wobei hier das Minimum von 30% und einem Maximum von 100% weiblichem Klientel angenommen wird. Die Spannweite des geschätzten männlichen Patientengutes liegt beim Minimum von 0% bis hin zum Maximum von 70%.

	n		Min	Max	MW	SD
Ärztinnen	119	Anteil weiblicher Pat. in%	35	100	66,7	17,997
		Anteil männlicher Pat. in%	0	81	33,7	18,708
Ärzte	139	Anteil weiblicher Pat. in%	30	100	59,7	14,005
		Anteil männlicher Pat. in%	0	70	40,3	13,970

Tabelle 6: Schätzungen der Mediziner/innen zum **Geschlechterverhältnis ihrer Patienten**, nach **Geschlecht**

	n		Min	Max	MW	SD
insgesamt	259	Anteil weiblicher Pat. in%	30	100	62,9	16,313
		Anteil männlicher Pat. in%	0	81	37,3	16,612

Fortsetzung Tabelle 6: Schätzungen der Mediziner/innen zum **Geschlechterverhältnis ihrer Patienten, nach Geschlecht**

Berufserfahrung in Jahren	n		Min	Max	MW	SD
Bis 5 Jahre	32	Anteil weiblicher Pat. in %	40	100	63	20,320
		Anteil männlicher Pat. in %	0	60	37	20,250
Bis 10 Jahre	30	Anteil weiblicher Pat. in %	40	100	66	19,344
		Anteil männlicher Pat. in %	0	60	34	19,350
Bis 20 Jahre	93	Anteil weiblicher Pat. in%	35	100	63	16,159
		Anteil männlicher Pat. in%	0	65	37	19,129

Tabelle 7: Geschätzter Anteil der Patientenklientel, **nach Berufserfahrung**

Berufserfahrung in Jahren	n		Min	Max	MW	SD
Bis 30 Jahre	67	Anteil weiblicher Pat. in %	30	100	61	15,032
		Anteil männlicher Pat. in %	0	81	40	16,233
Über 30 Jahre	29	Anteil weiblicher Pat. in %	40	80	60	8,587
		Anteil männlicher Pat. in %	20	60	40	8,584

Fortsetzung Tabelle 7: Geschätzter Anteil der Patienten Klientel, **nach Berufserfahrung**

Es sei darauf hingewiesen, dass die Gynäkologinnen/Gynäkologen hierbei sicherlich zum Überwiegen des weiblichen Patientenkollektivs beitragen, da diese ihr Patientengut mit einem Anteil von 99% Patientinnen angeben. Tendenziell lässt allerdings auch ein Blick auf die anderen Fachrichtungen ein Überwiegen der weiblichen Patientinnen erkennen.

So kann man bei den Allgemeinmedizinerinnen/Allgemeinmedizinern ein Geschlechterverhältnis von 61% weiblichen zu 39% männlichen Patienten erkennen. Die Chirurginnen/Chirurgen weisen ein Verhältnis von 54% Patientinnen zu 46 % Patienten auf. Eben eine solche Tendenz erzielen Internistinnen/Internisten (58% weibliche zu 42% männliche Patienten) und Neurologinnen/Neurologen und Psychiaterinnen/Psychiater mit 64% weiblichen zu 36% männlichen Patienten.

Nur bei den Pädiaterinnen/Pädiatern wird diese Tendenz noch nicht erkennbar- sie geben durchschnittlich 51% Patientinnen zu 49% Patienten an.

Auch die Differenzierung nach den Kategorien des Hausarztes (59%), Facharztes (67%) und Krankenhausarztes (62%) zeigen ein deutliches Überwiegen des weiblichen Patienten Klientel an.

#### 4.2.2 Klientelbeschreibung nach Alter und Geschlecht

Bei dieser Frage sollen die Mediziner die unter ihren Patienten vertretenen Altersgruppen ankreuzen. Mehrfachnennungen sind erwünscht. Der genaue Wortlaut kann dem Original- Fragebogen im Anhang entnommen werden.

Danach wird zusätzlich um eine Schätzung des weiblichen Anteils unter den Patienten gebeten. Da bei dieser Frage allerdings nicht einheitlich geantwortet wird, können die Angaben nicht adäquat ausgewertet werden.

Es wird erwartet, dass der Anteil der Patientinnen innerhalb der verschiedenen Altersgruppen angegeben werden soll, wie im Antwortverhalten des Originalfragebogens Nr. 8 dargestellt.

Bitte schätzen Sie den Anteil der Frauen/Mädchen in der/den Altersgruppe/n, die Sie betreuen:	Antwortverhalten	
	a) Originalfragebogen Nr.7	b) Originalfragebogen Nr.8
Kinder bis 14 Jahre	5%	50%
Heranwachsende bis 20 Jahre	10%	50%
21-40 Jahre	15%	50%
41-60 Jahre	30%	60%
> 60 Jahre	40%	70%

Tabelle 8: **Antwortverhalten hinsichtlich des geschätzten weiblichen** Anteils innerhalb der Altersgruppen des Patientenkollektivs

Viele Ärztinnen und Ärzte haben jedoch das Antwortverhalten wie der Kollege aus dem Fragebogen Nr. 7 gewählt.

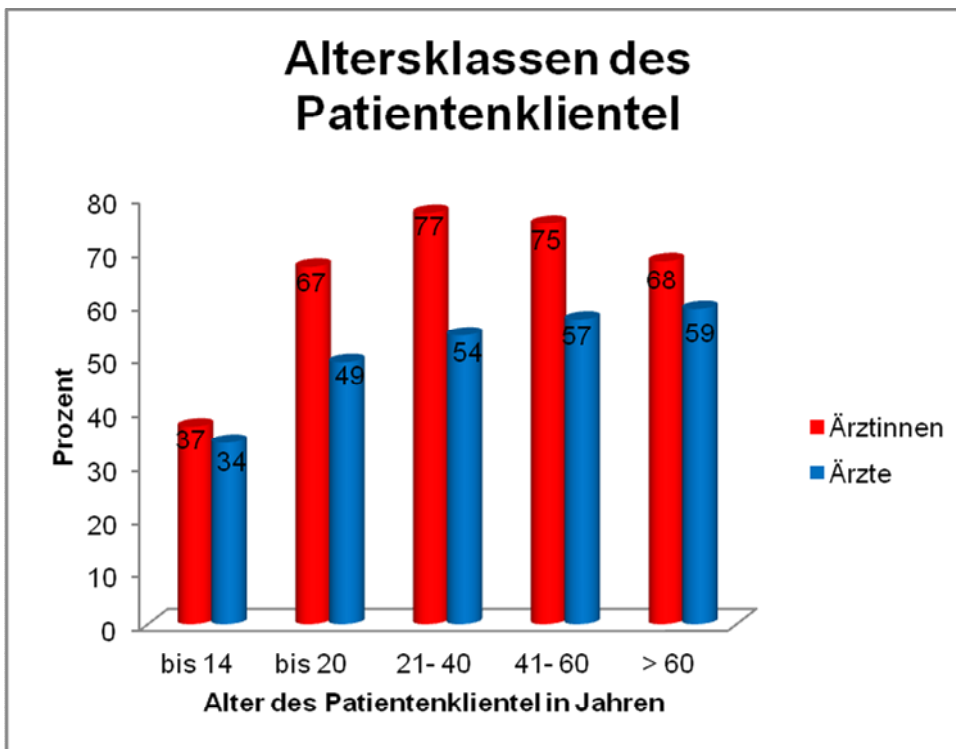


Abb.10: **Altersklassenverteilung des Patientenlientel**, nach dem **Geschlecht** der Mediziner

Die Altersgruppe der bis 14 jährigen wird von durchschnittlich 37% der befragten Ärztinnen betreut. Durchschnittlich 67% der Ärztinnen behandeln Jugendliche bis zum 20. Lebensjahr. 77% der Ärztinnen versorgen das Patientenlientel in der Altersgruppe von 21- 40 Jahren und 75% in der Altersgruppe der 41-60 jährigen. Die Altersgruppe der über 60 jährigen wird von durchschnittlich 68% der Ärztinnen behandelt.

Die männlichen Kollegen kümmern sich um 34% der Kinder in der Altersgruppe bis 14 Jahren. 49% der Ärzte betreuen Jugendliche bis zum 20.Lebensjahr. Die Altersgruppe der 21- 40 jährigen wird von 54% und die Altersgruppe von 41-60 Jahren von 57% der Ärzte versorgt. 59% der Ärzte behandeln Patienten, die das 60.Lebensjahr überschritten haben.

Bei der Altersklassenverteilung nach Art der medizinischen Tätigkeit als Haus-, Fach- oder Krankenhausarzt zeigt sich erwartungsgemäß eine breite Altersverteilung des Patientenlientel.

### 4.2.3 Patientenzahl pro Quartal

	N	Min	Max	MW	SD
Ärztinnen	118 fehlend: 3	3	3000	662,4	658,970
Ärzte	134 fehlend: 7	40	4000	897,2	653,346
insgesamt	253 fehlend: 11	3	4000	790,4	665,758

Tabelle 9: **Geschätzte Patientenzahl pro Quartal, insgesamt und nach Geschlecht**

Insgesamt lassen sich bei den Patientenzahlen der Mediziner große Unterschiede feststellen. Während eine Ärztin eine minimale Anzahl von 3 Patienten pro Quartal zu versorgen hat, so liegt die maximale Patientenzahl eines Arztes bei 4000 Patienten pro Quartal. Durchschnittlich betreut jeder Mediziner 791 Patienten pro Quartal.

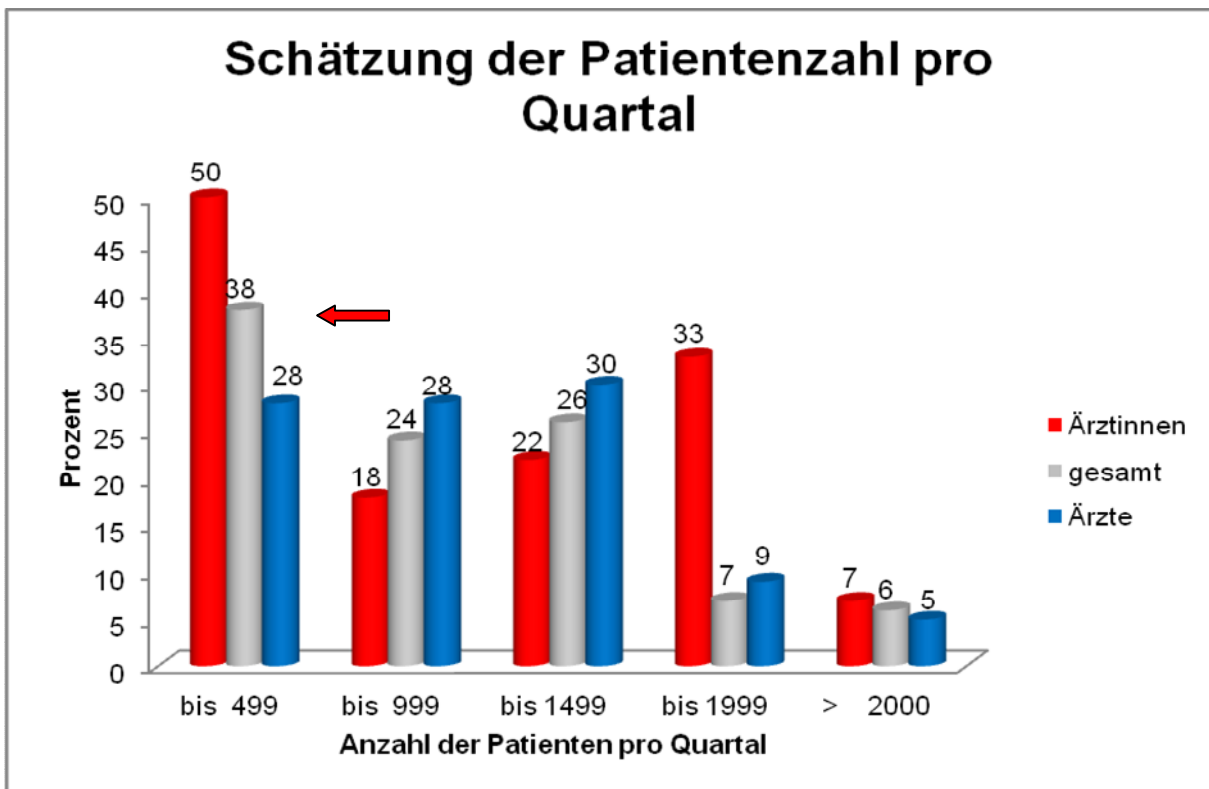


Abb.11: **Geschätzte Patientenzahl pro Quartal, insgesamt und nach Geschlecht**

Berufserfahrung	N	Min	Max	MW	SD
Bis zu 5 Jahre	28 fehlend: 4	15	4000	538	834,403
Bis zu 10 Jahren	29 fehlend: 1	25	2000	662	551,193
Bis zu 20 Jahren	90 fehlend: 3	20	3000	792	921,118
Bis zu 30 Jahren	70 fehlend: 0	28	4000	923	678,001
Über 30 Jahre	29 fehlend: 0	3	2500	894	689,208

Tabelle 10: **Geschätzte Patientenzahl pro Quartal**, nach Berufserfahrung

Die Patientenzahl pro Quartal steigt nach dieser Erhebung deutlich mit der Berufserfahrung. In der Kategorie der bis zu fünf Jahre tätigen Mediziner befinden sich durchschnittlich 538 Patienten pro Quartal. Mit einer Berufserfahrung von bis zu 10 Jahren sind es durchschnittlich 662 Patienten pro Quartal, während in der Kategorie der bis zu 20 Jahre tätigen der Durchschnittswert noch einmal über 100 Patienten pro Quartal mehr (n=792) betreut werden. Des Weiteren steigt dieser Durchschnittswert sogar bei Berufserfahrung von bis zu 30 Jahren auf 923 Patienten pro Quartal an. Erst bei den über 30 Jahre berufserfahrenen Mediziner findet sich mit 894 Patienten pro Quartal ein leichter Rückgang.

Art medizinischer Tätigkeit	N	Min	Max	MW	SD
Allgemeinmedizin	31	100	2000	956	462,228
Chirurgie	18	50	4000	1029	905,905
Gynäkologie	27	60	1500	718	501,074
Innere Medizin	39	60	4000	754	729,313
Neurologie/Psychiatrie	26	3	1100	350	307,422
Pädiatrie	23	175	2000	961	507,911

Tabelle 11: Geschätzte Patientenzahl pro Quartal, nach Art medizinischer Tätigkeit, Teil A



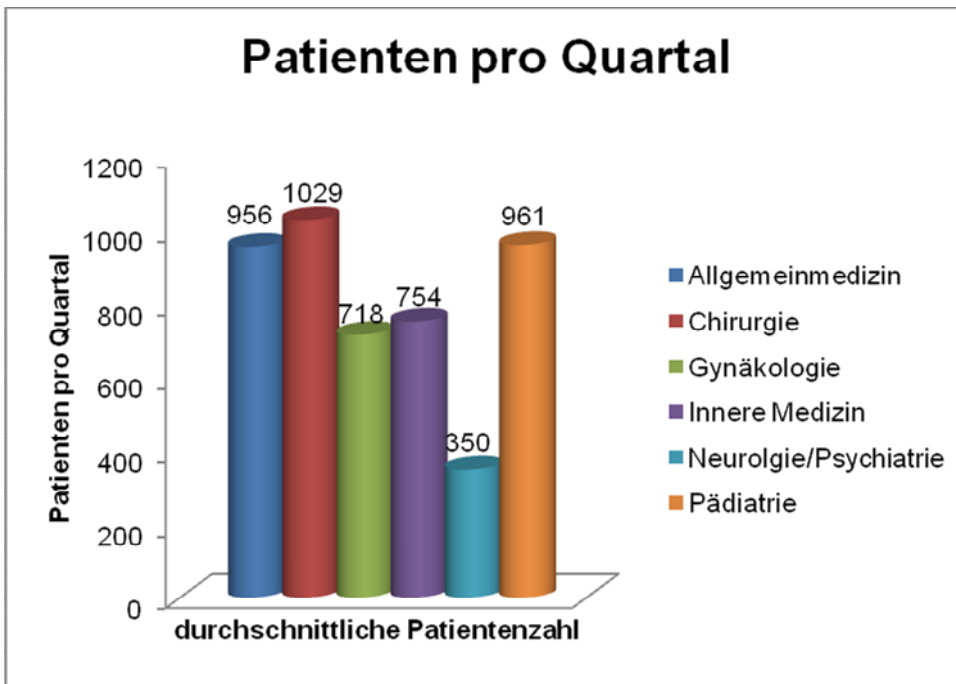


Abb.12: **Geschätzte Patientenzahl pro Quartal**, nach Art medizinischer Tätigkeit, Teil A

Während die Chirurgen mit durchschnittlich 1029 Patienten pro Quartal die höchste Patientendichte aufweisen, lässt sich bei den Neurologen und Psychiatern deutlich erkennen, dass sie mit durchschnittlich 350 Patienten pro Quartal eine geringe Patientendichte behandeln.

Art medizinischer Tätigkeit	N	Min	Max	MW	SD
Hausarztpraxis	79	300	2500	1080	449,956
Facharztpraxis	101	3	3000	814	679,182
Krankenhausarzt	79	3	4000	493	702,021

Tabelle 12: **Geschätzte Patientenzahl pro Quartal**, nach Art medizinischer Tätigkeit, Teil B

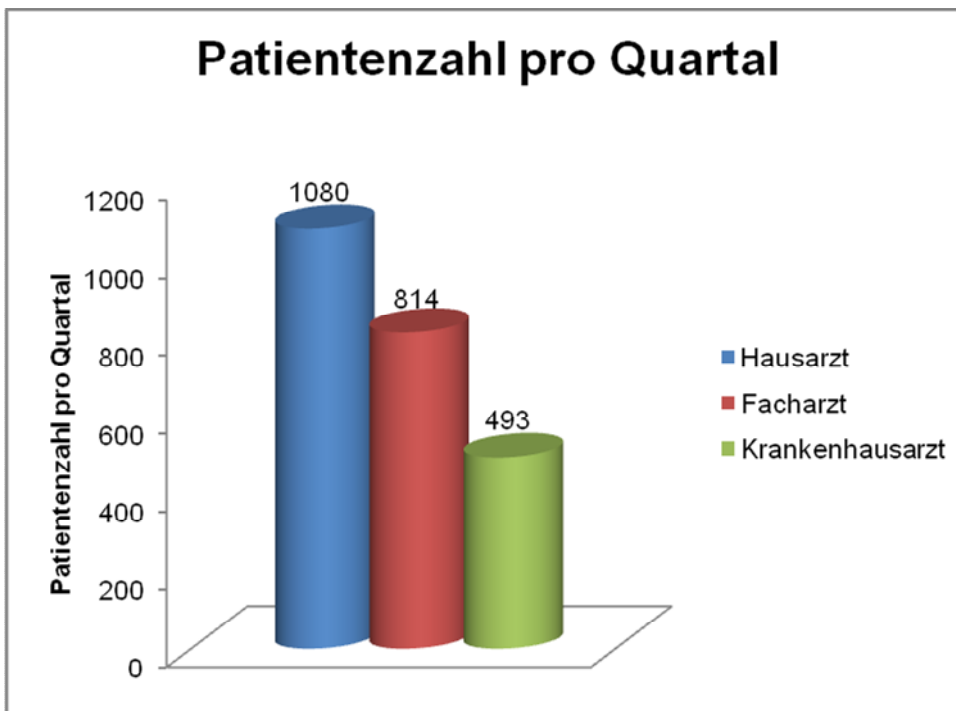


Abb.11: **Geschätzte Patientenzahl pro Quartal**, nach Art medizinischer Tätigkeit, Teil B

Die durchschnittliche Patientenzahl pro Quartal weist bei den Hausärzten und Hausärztinnen mit 1080 Patienten die höchste Dichte auf. Während die in einer Facharztpraxis arbeitenden Ärzte und Ärztinnen durchschnittlich auf 814 Patienten pro Quartal kommen, sind es bei denen im Krankenhaus tätigen Kollegen und Kolleginnen mit 493 Patienten pro Quartal deutlich weniger.

### 4.3 Gewaltopferthematik

#### 4.3.1 Stellenwert der medizinischen Betreuung von Gewaltopfern

260 der 264 Ärztinnen und Ärzte äußern sich zu der folgenden Frage: „Welchen Stellenwert hat Ihrer Einschätzung nach die medizinische Betreuung für die Situation des Gewaltopfers, z.B. Ihre Befunddokumentation, Ihre Ansprache und eventuell Ihre Beratung?“

Dem jeweiligen Stellenwert der medizinischen Gewaltopferbetreuung wird zur Verdeutlichung ein Notenwert in folgender Weise zugewiesen:

1 = sehr gut; 2 = hoch; 3 = mittelmäßig; 4 = mäßig; 5 = gering; 6 = unbedeutend

Die linkssteile/rechtsschiefe Verteilung mit einem Mittelwert von 1,95 spricht für einen hohen Stellenwert, welcher der Gewaltopferbetreuung zugesprochen wird.

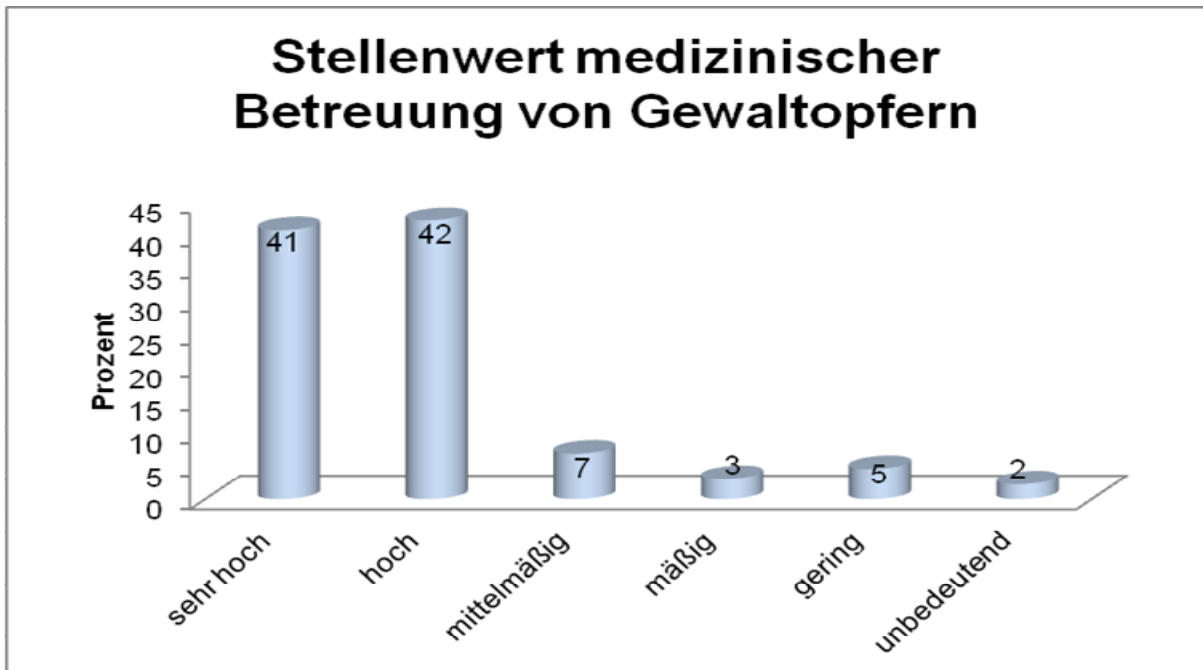


Abb.14: Stellenwert medizinischer Betreuung von Gewaltopfern

106 (41%) der Befragten sprechen der medizinischen Betreuung einen sehr hohen und 110 (42%) einen hohen Stellenwert zu. Für einen mittelmäßigen Stellenwert entscheiden sich 18 (7%) und für einen mäßigen 8 (3%) der Teilnehmer. Während 12 (5%) der Befragten den Stellenwert der medizinischen Betreuung als gering einschätzen, sind es 6 (2%) Personen, die sich für die Kategorie „unbedeutend“ entscheiden.

	N	MW	SD
Ärztinnen	119 fehlend: 2	1,87	1,139
Ärzte	139 fehlend: 2	2,04	1,212
insgesamt	260	1,95	1,178
keine Angabe	4		

Tabelle 13: Stellenwert der Gewaltopferversorgung, insgesamt und nach Geschlecht der Mediziner

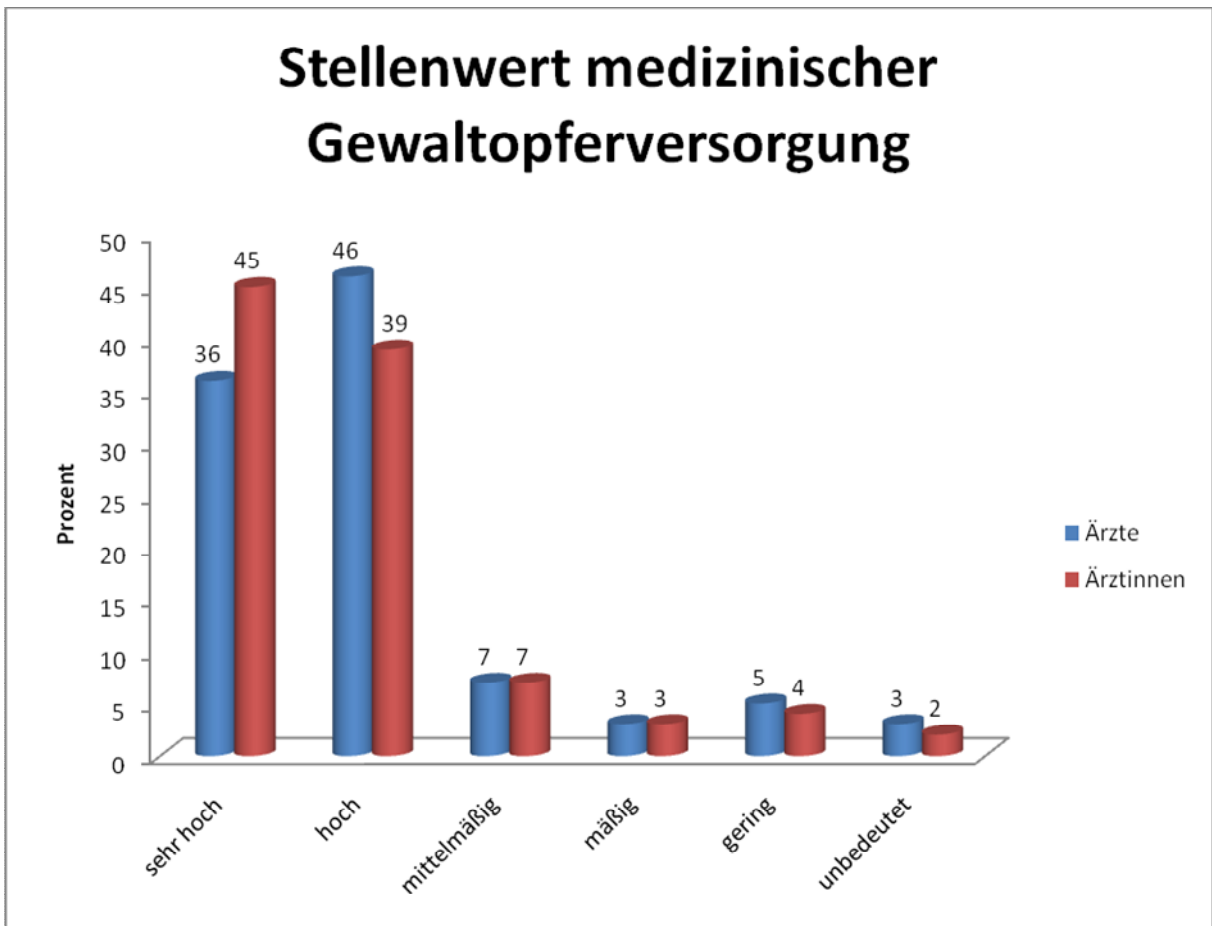


Abb.15: **Stellenwert der Gewaltopferversorgung**, nach Geschlecht der Mediziner

Die Ärztinnen schätzen den Stellenwert der medizinischen Betreuung für Gewaltopfer tendenziell höher ein (Mittelwert 1,87) als die Männer (Mittelwert 2,04). Innerhalb der Altersklassen, sowie der Darstellung nach Berufserfahrung kann keine Tendenz erkannt werden.

Innerhalb der Altersklassen kann in Bezug auf die Berufserfahrung keine Tendenz abgeleitet werden.

Auffällig erscheint allerdings die überdurchschnittliche hohe Bewertung der „über 30 Jahre Berufserfahrung“- Kategorie mit einem Mittelwert von 1,64, der einer „sehr hohen Zustimmung“ entspricht.

Berufserfahrung	n	Min	Max	MW	SD
Bis 5 Jahre	32	1	6	1,88	1,238
Bis 10 Jahre	30	1	6	2,13	1,525
Bis 20 Jahre	91	1	6	2,04	1,219
Bis 30 Jahre	69	1	5	1,96	1,091
Über 30 Jahre	28	1	5	1,64	0,870

Tabelle 14: Stellenwert medizinischer Betreuung, nach Berufserfahrung

Art medizinischer Tätigkeit	N	Min	Max	MW	SD
Allgemeinmedizin	31 fehlend: 1	1	5	2,13	1,204
Chirurgie	21 fehlend: 1	1	5	2,00	1,000
Gynäkologie	27 fehlend: 2	1	5	2,15	1,406
Innere Medizin	38 fehlend: 1	1	6	2,08	1,239
Neurologie/Psychiatrie	25 fehlend: 1	1	6	2,20	1,472
Pädiatrie	27 fehlend: 0	1	5	1,85	0,989

Tabelle 15: Stellenwert medizinischer Betreuung, nach Art der medizinischen Tätigkeit, Teil A

Innerhalb der Darstellung nach der Art der medizinischen Tätigkeit, zeigt sich bei den Pädiatern mit 1,85 der höchste Mittelwert. Dies spricht für einen hohen bis sehr hohen Stellenwert der Gewaltopferbetreuung. Die Neurologen und Psychiater weisen dem Stellenwert der medizinischen Gewaltopferbetreuung durchschnittlich eine 2,2 zu, was zwar noch immer einem hohen Stellenwert entspricht, innerhalb der Fachrichtungen allerdings die schlechteste Beurteilung darstellt.

Art medizinischer Tätigkeit	N	Min	Max	MW	SD
Hausarztpraxis	79 fehlend: 1	1	6	2,03	1,109
Facharztpraxis	102 fehlend: 1	1	6	2,00	1,282
gesamte Praxisärzte	177 fehlend: 2	1	6	2,02	1,213
Krankenhausarzt	83 fehlend: 2	1	6	1,93	1,276

Tabelle 16 :**Stellenwert medizinischer Betreuung**, nach **Art der medizinischen Tätigkeit**, Teil B

Nach Differenzierung der medizinischen Tätigkeit fällt bei denen im Krankenhaus tätigen Medizinern ein tendenziell etwas höherer Stellenwert der Gewaltopferbetreuung (MW= 1,93) als bei den Hausärzten (MW= 2,03) und den in einer Facharztpraxis arbeitenden Medizinern (MW= 2,00) auf.

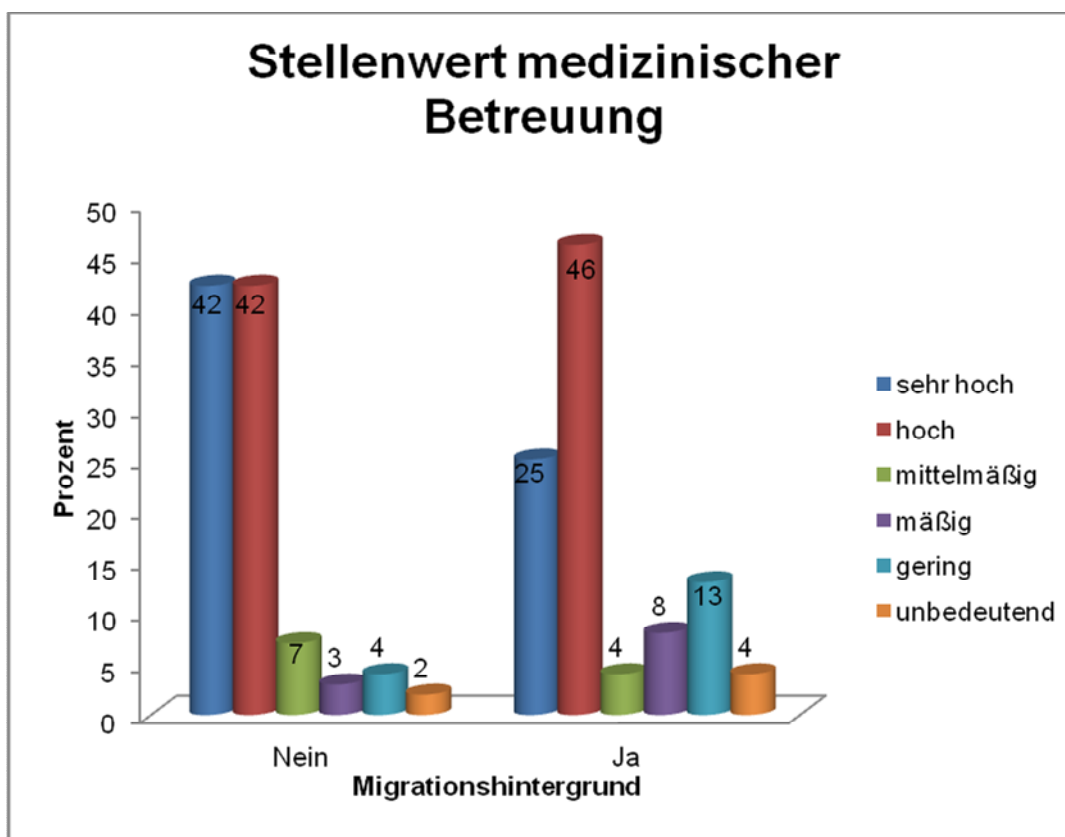


Abb.16: **Stellenwert medizinischer Betreuung**, nach **Migrationshintergrund**

Nicht in Deutschland oder Österreich geborene Mediziner, unserer Definition nach also einen Migrationshintergrund aufweisend, bewerten den Stellenwert der medizinischen Gewaltopferversorgung weniger wichtig als ihre deutschen und österreichischen Kollegen (Mittelwert von 2,50 bei den Medizern mit Migrationshintergrund vs. einem Mittelwert von 1,90 ohne Migrationshintergrund).

Sie teilen sich in 7 Frauen und 17 Männer auf.

Die Ärztinnen mit Migrationshintergrund sehen den Stellenwert der medizinischen Gewaltopferversorgung 2x als „sehr hoch“, 4x als „hoch“ und 1x als „mittelmäßig“ an, wohingegen ihre männlichen Kollegen mit Migrationshintergrund diesen Stellenwert 4x als „sehr hoch“, 7x als „hoch“, 2x als „mäßig“, 3x als „gering“ und 1x als „unbedeutend“ ansehen. Die Mittelwerte unterscheiden sich demnach deutlich (Ärztinnen 1,86 versus Ärzte 2,76). Somit wird der Gewaltopferbetreuung von den durch Migrationshintergrund geprägten Kolleginnen ein höherer Stellenwert beigemessen, als durch die durch Migrationshintergrund geprägten Kollegen.

In der Differenzierung der Ärztinnen mit Migrationshintergrund ergibt sich ein Mittelwert von 1,86 entgegen der Ärztinnen ohne Migrationshintergrund, die einem Mittelwert von 1,88 entsprechen. Somit ergeben sich hinsichtlich des Stellenwertes der Gewaltopferversorgung insgesamt diesbezüglich keine Unterschiede.

Bei den männlichen Kollegen ohne Migrationshintergrund ergibt sich ein Mittelwert von 1,93, dahingegen findet sich bei den Ärzten mit Migrationshintergrund ein Mittelwert von 2,76.

#### **4.3.2 Beurteilung der Betreuungssituation**

Von den 264 Teilnehmern beantworten 251 diese Frage. Die Beurteilungskategorien sind in sehr gut = 1; gut = 2; mittelmäßig = 3; mäßig = 4; schlecht = 5 und ungenügend = 6 unterteilt.

Die Betreuungssituation des Versorgungsangebotes für Gewaltopfer, in welchem die teilnehmenden Mediziner zum Zeitpunkt der Befragung tätig sind, wird von 8 (3%) als sehr gut und von 64 (26%) als gut bewertet. 81 (32%) deklarieren diese Situation als mittelmäßig und 64 (26%) als mäßig. Von 26 (11%) wird der Umgang mit Personen, die Opfer von Gewalt sind, als schlecht und von 8 (3%) als ungenügend gewertet.

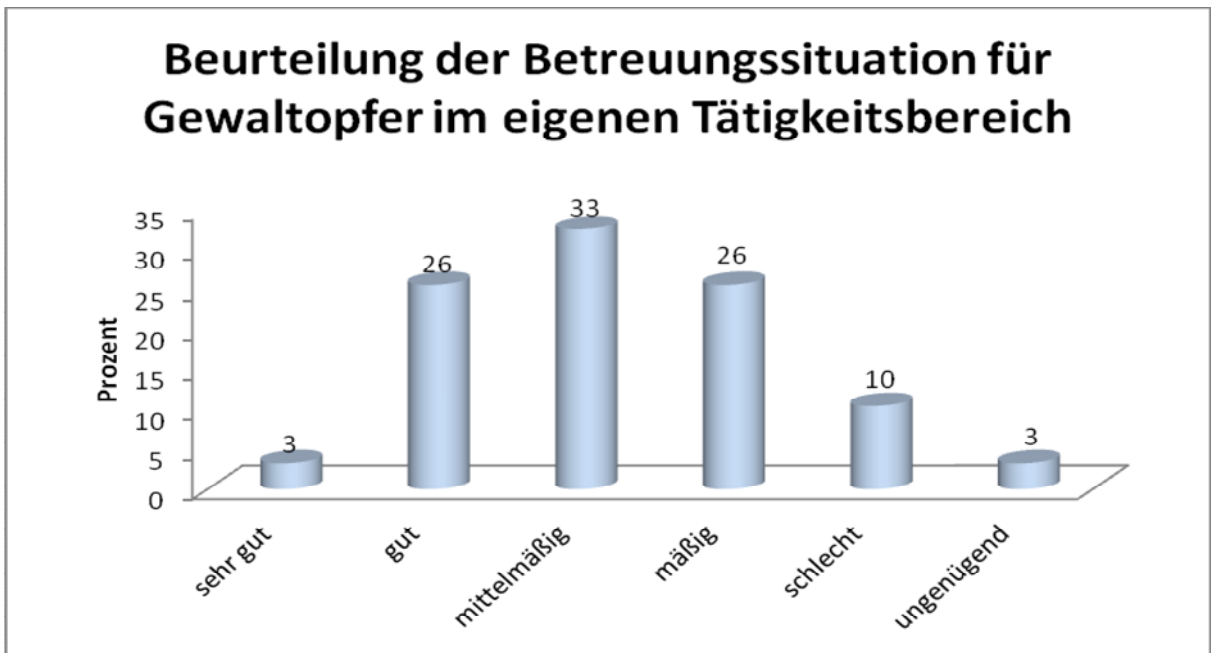


Abb.17: Beurteilung der Betreuungssituation für Gewaltopfer im eigenen Tätigkeitsbereich, insgesamt

	N	MW	SD
Ärztinnen	117 fehlend: 4	3,24	1,072
Ärzte	132 fehlend: 9	3,24	1,194
insgesamt	251 fehlend: 13	3,24	1,134

Tabelle 17: Beurteilung der Betreuungssituation für Gewaltopfer im eigenen Tätigkeitsbereich, insgesamt und nach Geschlecht differenziert



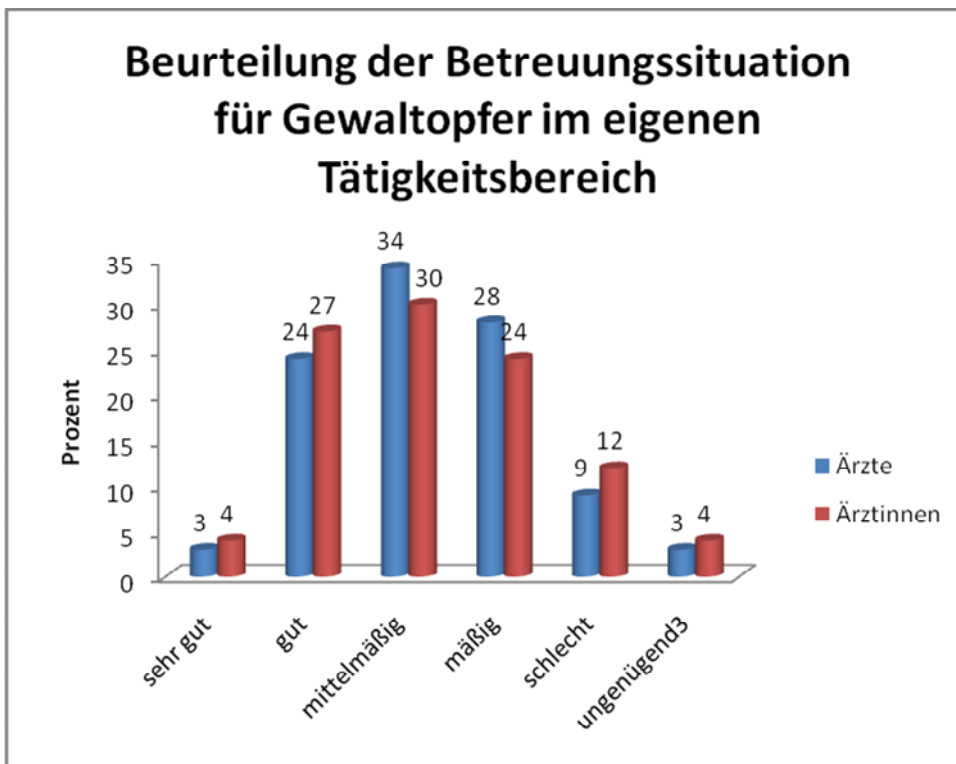


Abb.18: **Beurteilung der Betreuungssituation für Gewaltopfer** im eigenen Tätigkeitsbereich, nach Geschlecht der Mediziner

Berufserfahrung	n	Min	Max	MW	SD
Bis 5 Jahre	31	2	6	3,48	1,151
Bis 10 Jahre	29	1	6	3,07	1,252
Bis 20 Jahre	89	1	6	3,28	1,148
Bis 30 Jahre	69	2	6	3,33	1,066
Über 30 Jahre	24	1	5	2,88	1,116

Tabelle 18: **Beurteilung der Betreuungssituation für Gewaltopfer im eigenen Tätigkeitsbereich, nach Berufserfahrung**

Innerhalb der Kategorien der Berufserfahrung zeigen die über 30 Jahre tätigen Mediziner mit einem Mittelwert von 2,88, dass sie die Betreuungssituation im eigenen Tätigkeitsbereich als am besten einschätzen.

Art medizinischer Tätigkeit	N	Min	Max	MW	SD
Allgemeinmedizin	30 fehlend: 2	2	6	3,37	1,066
Chirurgie	20 fehlend: 1	1	6	3,20	1,969
Gynäkologie	25 fehlend: 2	1	6	3,52	1,122
Innere Medizin	36 fehlend: 3	1	6	3,36	1,355
Neurologie/Psychiatrie	24 fehlend: 2	1	6	3,13	1,262
Pädiatrie	27 fehlend: 0	2	5	3,07	0,874

Tabelle 19: **Beurteilung der Betreuungssituation für Gewaltopfer** im eigenen Tätigkeitsbereich, nach Art der medizinischen Tätigkeit, Teil A

Art medizinischer Tätigkeit	N	Min	Max	MW	SD
Hausarztpraxis	75 fehlend: 5	2	6	3,16	1,053
Facharztpraxis	99 fehlend: 4	1	6	3,33	1,059
gesamte Praxisärzte	170 fehlend: 9	1	6	3,27	1,282
Krankenhausarzt	82 fehlend: 3	1	6	3,22	1,324

Tabelle 20: **Beurteilung der Betreuungssituation für Gewaltopfer** im eigenen Tätigkeitsbereich, nach Art der medizinischen Tätigkeit, Teil B

Innerhalb der Kategorien „nach Art medizinischer Tätigkeit“, Teil A und B, zeigen sich keine eindeutigen Tendenzen bezüglich der Beurteilung der Betreuungssituation.

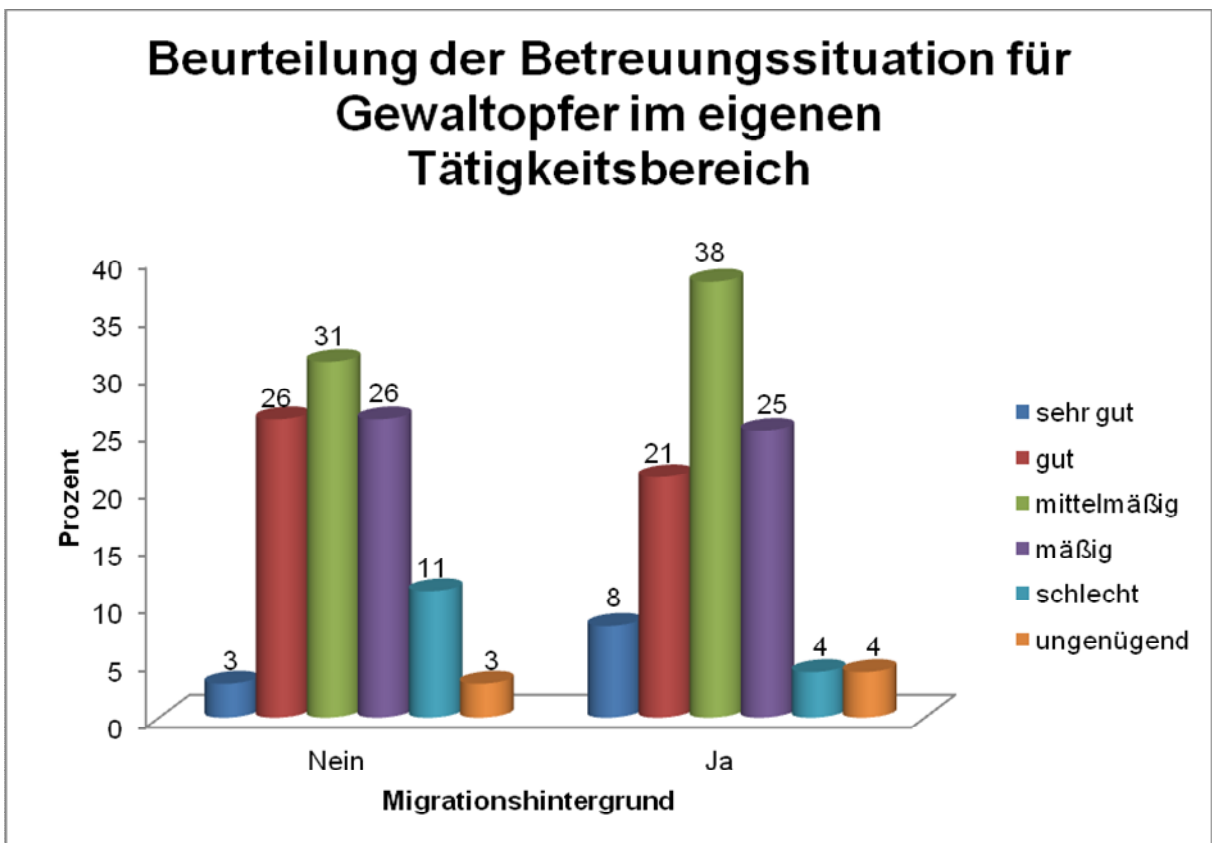


Abb.19: **Beurteilung der Betreuungssituation für Gewaltopfer im eigenen Tätigkeitsbereich, nach Migrationshintergrund**

Die nicht in Deutschland oder Österreich geborenen Medizinerinnen und Mediziner beurteilen die Betreuungssituation im eigenen Tätigkeitsbereich insgesamt etwas besser. Denn während 60% der in Deutschland geborenen Kolleginnen und Kollegen die Betreuungssituation mit „sehr gut“, „gut“ oder „mittelmäßig“ einschätzen, sind dies bei den Medizinerinnen/Medizinern mit Migrationshintergrund 67%. In der differenzierten Betrachtung der Ärzteschaft mit Migrationshintergrund ergibt sich allerdings ein anderes Bild: Die Ärztinnen mit Migrationshintergrund bewerten die Betreuungssituation von Gewaltopfern im eigenen Tätigkeitsbereich mit einem Mittelwert von 3,4 schlechter als ihre männlichen Kollegen mit einem Mittelwert von 2,9.

#### 4.3.3 Direktes Ansprechen bei Zeichen für Gewalteinwirkung

Im Weiteren erfasst der Fragebogen die Abfrage, ob der Patient oder die Patientin bei entdeckten Zeichen für Gewalteinwirkung darauf angesprochen wird. Diese Frage wird von vier Ärztinnen sowie vier Ärzten nicht beantwortet, so dass 256 von 264 Antworten vorhanden sind.

249 (97%) geben an, den Patienten in diesem genannten Fall darauf anzusprechen.

Während eine Ärztin und zwei Ärzte vermerken, Patienten auch bei entdecktem Gewalterleben nicht anzusprechen, sind es drei Ärztinnen und ein Arzt, welche sich nicht für eine Antwort entscheiden wollen und handschriftlich „sowohl als auch“ hinzufügen, welches daraufhin als Variable ergänzt wird.

#### **4.3.3.1 Begründung**

Die Teilnehmer/innen der Befragung werden gebeten, ihre Aussagen zu begründen. Diese Ausführungen sind im Folgenden unter inhaltlich zusammengefassten Oberbegriffen gruppiert.

Hilfsangebot: „Um gegebenenfalls helfen zu können“; „Konfliktlösungen“; „Gemeinsame Problembewältigung“; „Um weiterführende Hilfestellungen anzubieten“.

Diagnostik: „Um Hintergründe zu erfahren und Missverständnissen vorzubeugen“; „Hat zentrale Bedeutung für den Patienten“; „Umfeldanalyse“; „Um bislang verschwiegene Verletzungen zu eruieren“; „Ist oft das zu Grunde liegende Problem“; „Anamnestische Neugier“; „Weil es mir wichtig ist, um meinen Verdacht auszuschließen“; „Gehört zur (Familien-) anamnese“; „Es gehört zu meiner psychotherapeutischen Tätigkeit“.

Eigene Betreuung/Beratung: „Als Grundlage für die psychotherapeutische Intervention“; „Seelische Betreuung“.

Behandlung: „Gewalterleben führt oft zu somatischen Beschwerden und zu anhaltenden psychischen Problemen“; „Um die posttraumatische Belastungsstörung zu vermeiden“.

Opferschutz: „Um unmittelbaren Schaden abzuwenden“; „Ist das Einschalten von Opferhilfen notwendig?“; „Um den Täter zu ermitteln“; „Vermeidung einer Wiederholung“; „Rasche Aufklärung- geringere Wiederholungsgefahr“.

Forensische Gründe: „Rechtliche Verpflichtung“; „Dokumentation“; „Da es Bürgerpflicht ist, ein Strafvergehen anzuzeigen (in Absprache mit dem Patienten) beziehungsweise das Angebot einer Anzeige zu machen (oftmals auf Grund der Angst des Opfers schwierig)“; „Strafgesetzbuch“.

Moralische Gründe: „Ethische Gründe“; „Humanitäre Verpflichtung“; „Moralische Verantwortung“.

Berufliche Verpflichtung: „Ärztliche Verpflichtung“; „...wer sonst?“; „Muss man doch als Arzt“; „Nichtansprechen wäre ärztliches Fehlverhalten“; „Ist mein Beruf“; „Weil das mein Job als Hausarzt ist“; „Hippokratischer Eid“; „Selbstverständlich“; „Weil ich als

Hausärztin für das Wohl meiner Patienten verantwortlich bin“.

Arzt als erste Instanz: „Wahrnehmung in Vertrauensposition“; „Ich bin in der Regel der erste Ansprechpartner und die oft einzig vertrauliche Person“; „Um im geschützten Raum zu informieren“; „Um dem Patienten das Gefühl zu geben, dass er nicht alleine ist“; „Um zu bemerken, dass es nicht unbemerkt geblieben ist“; „Um Gesprächsbereitschaft zu signalisieren, da dieses im allgemeinen vom Opfer nicht geschieht“; „Wenn der Patient keinen Mut zeigt/Angst hat“; „Ausschluss von Scham/Schuldgefühlen“; „Überwindung der Schwellenangst“; „keine Tabuisierung unangenehmer Themen“; „Damit die Patienten merken, dass hier ein Ort ist, wo das hingehört“; „Patienten sagen regelmäßig, dass sie darauf angesprochen werden wollen“; „Es gibt keinen Grund offensichtliche Zeichen zu ignorieren“.

Speziell auf die Pädiatrie bezogen: „Bei Kindern spreche ich meistens die Eltern/Angehörige darauf an, um eventuell eine nötige Betreuung (Jugendamt) einzuleiten“; „Um das Kind in die Kinderschutzambulanz weiterzuleiten“; „um Kinder und Jugendliche zu schützen, sozusagen ihr Anwalt zu sein“; „Meinen Patienten möchte ich zeigen, dass ich was sehe und es auch ausdrücke, es soll wissen, es nicht korrekt und hat ein Recht auf Unversehrtheit“; „Den (meistens) Müttern möchte ich signalisieren, dass ich Anlaufstelle zur Hilfe, nicht zur Verurteilung bin“.

Speziell auf die Gynäkologie bezogen: „Schutz für die Umgebung, Schutz der Schwangerschaft“; „Die intime Situation beim Gynäkologen ist besonders gut geeignet“; „Als Frauenärztin oft einziger Arztkontakt“.

Eingeschränkte Sichtweise: „Wenn ein Vertrauensverhältnis besteht“; „je nach Situation, Alter, Begleitpersonen, der eigenen Situation, dem kognitiven Niveau“; „Kommt darauf an, ob ich Kontakt zum Bezugspersonensystem erreichen kann, in dem die nächsten Schritte eingeleitet werden müssen“.

Die drei Teilnehmer, die dieses Verhalten nicht praktizieren, erläutern ihre Begründungen wie folgt: „Schwer zu beweisen“; „Wird oftmals negiert (insbesondere bei Kindern), was dann zur Abschottung führt“; „Häufig Kinder, versuche zunächst weitere Hinweise für/gegen Gewalt zu finden.“

#### **4.3.4 Ansprache in jedem Anamnesegespräch**

Die Ärztinnen und Ärzte werden ferner befragt, ob das Thema „Gewalterleben“ in jedem Anamnesegespräch angesprochen wird. 260 Personen beantworten diese Frage. Darunter 119 Ärztinnen und 139 Ärzte.

Einem „Ja“ wird der Wert 1 und einem „Nein“ der Wert 2 zugeordnet.

Der Mittelwert von 1,84 deutet an, dass der überwiegende Anteil der Mediziner die Patienten nicht regelhaft auf dieses Thema anspricht.

Von 120 weiblichen Teilnehmerinnen stimmen 25 (21%) der Aussage zu, in jedem Anamnesegespräch das Thema „Gewalterleben“ anzusprechen, somit verneinen 94 (79%) diese Aussage.

16 (12%) der männlichen Teilnehmer teilen diese Aussage. Dementsprechend sprechen 122 (88%) dieses Thema nicht in jedem Anamnesegespräch an.

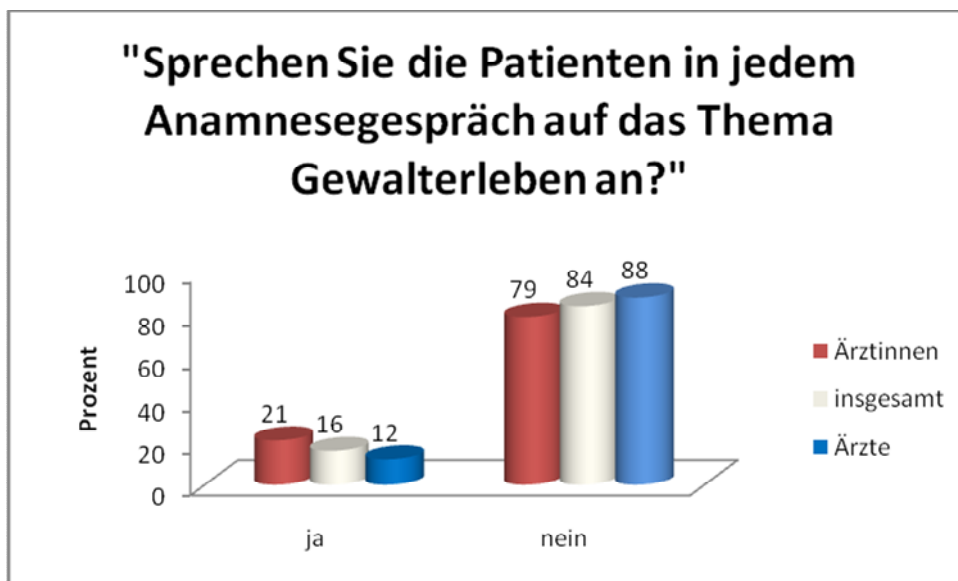


Abb.20: „Routine des Themas in jedem Anamnesegespräch?“, insgesamt und nach **Geschlecht**

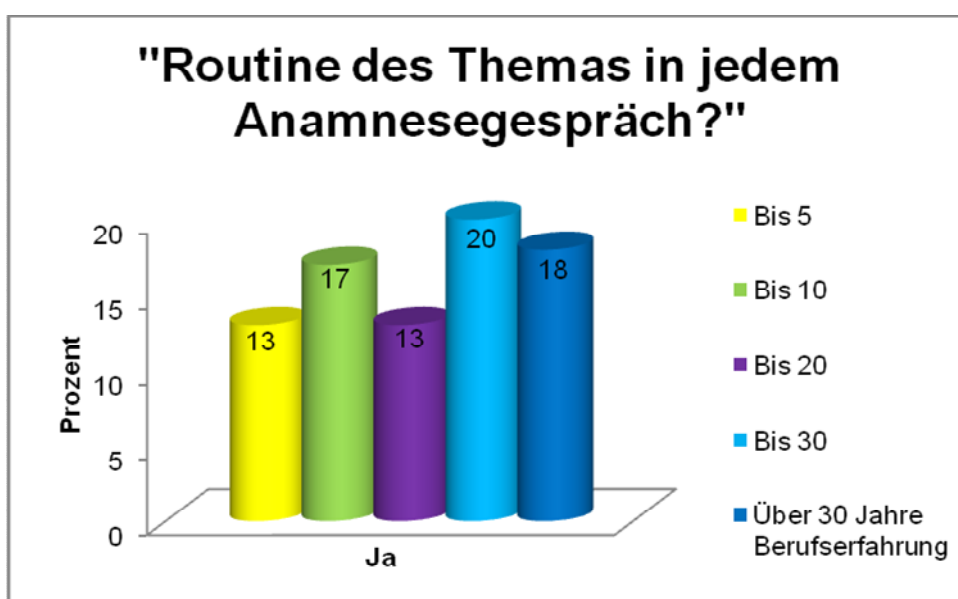


Abb.21: „Routine des Themas in jedem Anamnesegespräch?“, nach **Berufserfahrung**

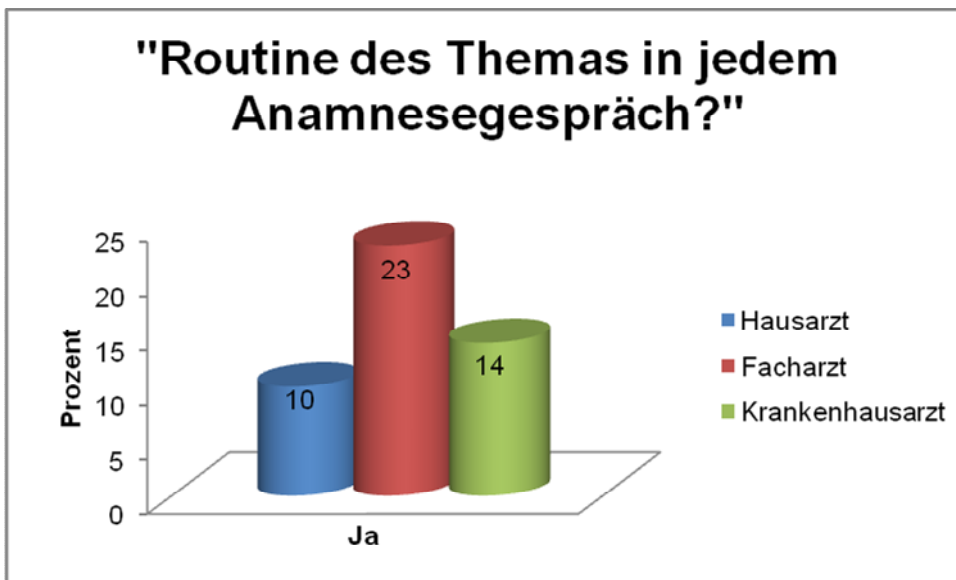


Abb.22: „Routine des Themas in **jedem Anamnesegespräch?**“, **Art medizinischer Tätigkeit**, Teil B

Innerhalb der Kategorie der Tätigkeiten sind es 23% der Fachärzte, die dieses Thema routiniert in jedem Anamnesegespräch ansprechen, während es 14% der Hausärzte und 10% der Fachärzte ebenso machen.

9% der Allgemeinmediziner/-innen, 18% der Chirurgen/-innen, 14% der Gynäkologen/-innen, 8% der Internisten/-innen und 11% der Neurologen/-innen und Psychiater /-innen sowie 8% der Pädiater/-innen sprechen das Thema der Gewalterfahrung routinemäßig in jedem Anamnesegespräch an.

#### **4.3.4.1 Begründung**

Auch bei dieser Frage wird gewünscht, die entsprechende Aussage zu erläutern. Die Teilnehmer, die notieren in jedem Anamnesegespräch auch dieses Thema anzusprechen, erörtern ihre Bekundung wie folgt. Die Angaben sind zur besseren Übersicht fächerspezifisch zusammengestellt:

Neurologie/Psychiatrie: „Diagnostische, forensische, ethische Gründe“; „Beratung“; „Behandlung“, „Ansonsten wäre die psychotherapeutische Anamnese nicht vollständig“, „Gehört zur elementaren Diagnostik im psychiatrisch/psychotherapeutischen Bereich; „Durch Fragebogen vor Anamnesegespräch, nicht immer persönlich, wichtig wegen Dunkelziffer“; „Lebensfragebogen, durch gezielte Nachfrage, um ein möglichst vollständiges Bild der Lebensgeschichte und Hinweise für Traumata zu erlangen“; „Bessere Einschätzung des Patienten und seinen kognitiven, emotionalen Fähigkeiten- Informationen über Affektregulierung,

Entwicklung, Bindungsmuster- Gewalterleben beeinträchtigt die Reflexionsfähigkeit und das Selbstwertgefühl“.

Chirurgie: „Versuche es, nicht jeder Patient will das gerade erlebte visualisieren“.

Allgemeinmedizin: „Um psychischen chronischen Erkrankungen und sonstigem Schaden bei den Personen vorzubeugen“.

Ebenso sollen die **Negierungen** begründet werden. Es folgt ein Ranking nach der Anzahl der Unterpunkte:

Schwieriges Thema: „Tabuthema“; „Patienten die nie etwas damit zu tun haben, werden abgeschreckt“; „Will mich nicht aufdrängen“; „Diskretion“; „Weil sonst suggeriert würde, dass ich einen Anfangsverdacht habe“; „Ich mache in meinen (Erst-) gesprächen ein offenes, sehr viel breiteres Angebot. Nur wenn der Patient signalisiert, dass mein Interesse erwünscht ist (oder wenn ich durch Andeutungen einen Verdacht fasse), spreche ich Gewalterfahrung gezielt an“; „Es könnte den Patienten emotional überfordern, gleich beim ersten Kontakt damit konfrontiert zu werden“; „Vom Patienten nicht gewünscht“; „Scham des Patienten“; „Patienten wollen keine Psychos sein“; „Führt oft zu Abwehr/Abschottung/Abwendung“; „Weil ich die Abschreckung von meinen Patienten befürchte“; „Weil tatsächliche Opfer von Gewalt oft zu viel Angst haben und sich abschrecken lassen könnten“; „Wird oftmals negiert“; „Antwort ist ohnehin falsch“; „Patienten sind sensibel (vor allem Kinder)“; „Weil bei jüngeren Kindern Eltern Auskunft geben und auch bei älteren fast immer die Eltern dabei sind, die selbst Täter sein können und bei forschem Fragen nicht mehr wiederkommen mit dem Kind“.

Bedeutung: „Weil ich die Bedeutung als nicht so groß ansehe“; „Das wäre wohl übertrieben“; „Wieso denn in jedem?“; „Überflüssig“; „Seltenes ist selten“; Irrelevant“; „Hat doch nicht immer eine Relevanz für das ärztliche Gespräch“; „Man kann nicht in jedem Anamnesegespräch alles ansprechen“; „Es werden viele Patienten langfristig betreut, bei denen sich die wiederholte Frage erübrigt“; „Ist nicht Grund der Aufnahme“; „Weil es nicht regelhaft vorkommt“; „Ist in der Altersgruppe über 60 (noch) ein geringes Problem“; „Bei meinem Patientenkollektiv eher unwahrscheinlich“; „Weil ich in einer äußerst gepflegten Gegend praktiziere“ ; „Fehlender Rahmen“; „Fehlende psychologische Kenntnisse“.

Nur wenn Verdacht darauf besteht: „Sehe sonst keinen Grund dazu“; „Sonst nicht relevant“; „Nicht in jedem Gespräch ohne Anlass passend“; „Bei fehlendem Anhalt für Gewalterleben kann das Ansprechen hierauf zu Missverständnis/Unverständnis



führen“; „Je nach Aufnahmegrund (Patienten orientiert) ; „Bei sicherer Diagnose nicht relevant“; „Bei Schülergerangel nicht“.

Vertrauensverhältnis: „Zunächst muss ein Vertrauensverhältnis geschaffen werden“; „Noch fehlendes Vertrauen bei Erstkontakt“; „Stört bei Erstgesprächen das Arzt-Patienten- Verhältnis“; „Beim Erstkontakt häufig schwierig“; „Weil das doch eher intim ist“.

Zeitmangel: „Keine Zeit“; „Nicht leistbar“; „Routine“; „In der täglichen Praxis nicht praktikabel“.

#### 4.3.5 Art und Weise des Ansprechens auf Gewalt

Die nächste Fragestellung wünscht eine Aussage über die Art und Weise des Ansprechens einer Person auf Gewalterleben. Es wird die Unterteilung in eine offene und geschlossene Fragestellung angeboten.

Insgesamt machen 228 von den 264 Personen hierzu eine Aussage (fehlend =36).

Es lässt sich erkennen, dass 172 (75%) die offene und 25 (11%) die geschlossene Fragestellung favorisieren. Auf Grund von 31 (14%) Teilnehmern, die beide Antwortmöglichkeiten vorziehen, wird diese in die Kategorie „geschlossene und offene Frageformulierung“ eingeteilt.

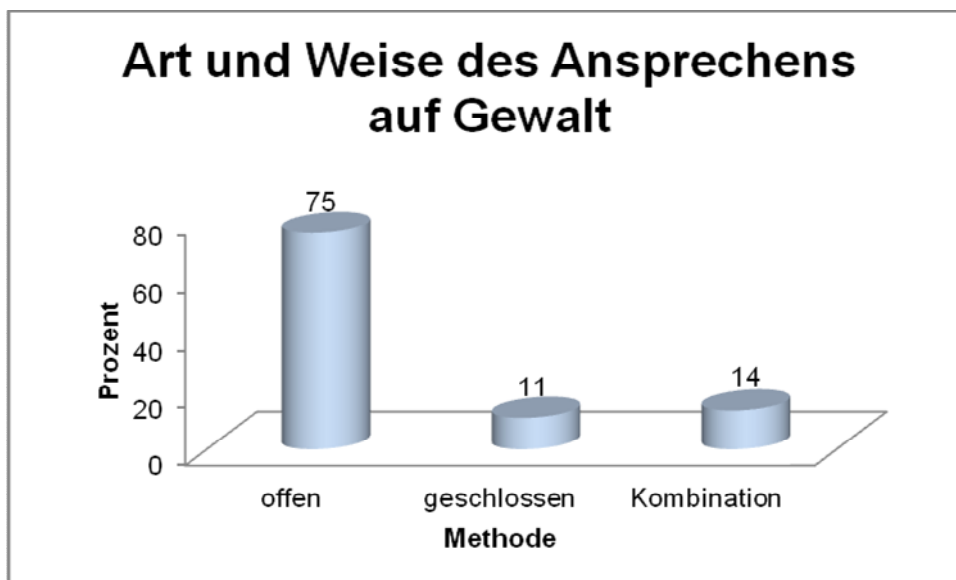


Abb.23: Art und Weise des Ansprechens auf Gewalt, insgesamt

Geschlechtsspezifische Unterschiede lassen sich hier nicht erkennen. Denn während sich 79 von 108 Frauen (73%) für die offene Frageformulierung und 19 (18%) für die Kombination entscheiden, sind es 91 (77%) von 118 der männlichen Kollegen, welche die offene und 12 (10%), welche die Kombination bevorzugen. So sind 10%

der Frauen und 13% der Männer für eine geschlossene Frageformulierung.

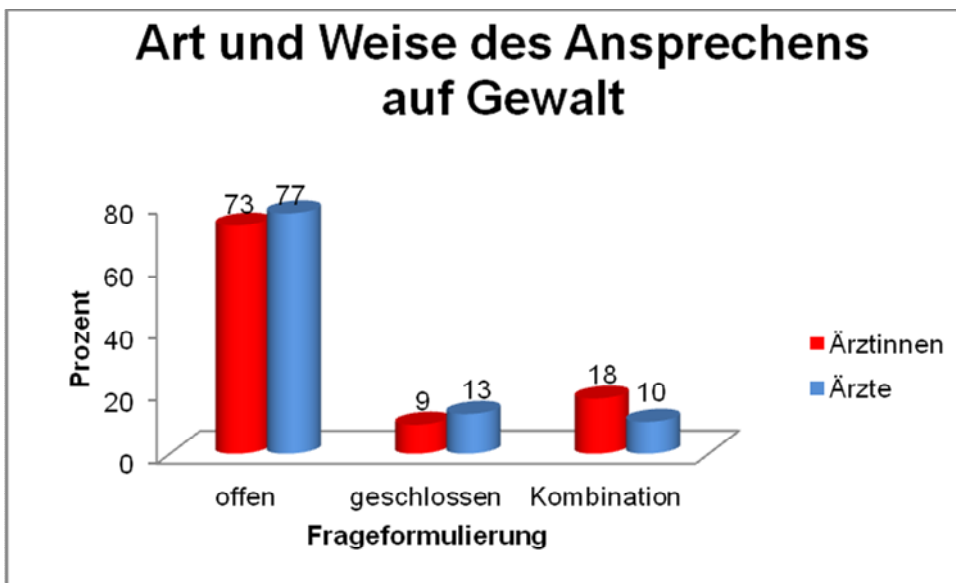


Abb.24: Art und Weise des Ansprechens auf Gewalt, nach Geschlecht

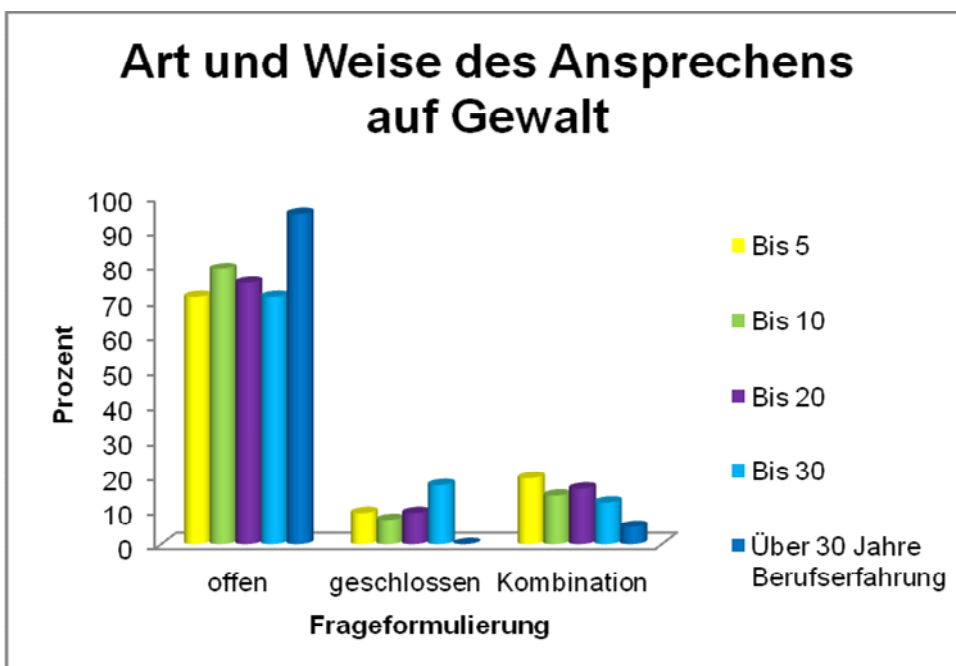


Abb.25: Art und Weise des Ansprechens auf Gewalt, nach Berufserfahrung

Auffällig ist, dass 95% der über 30 Jahre berufserfahrenen die offene Fragestellung präferieren.

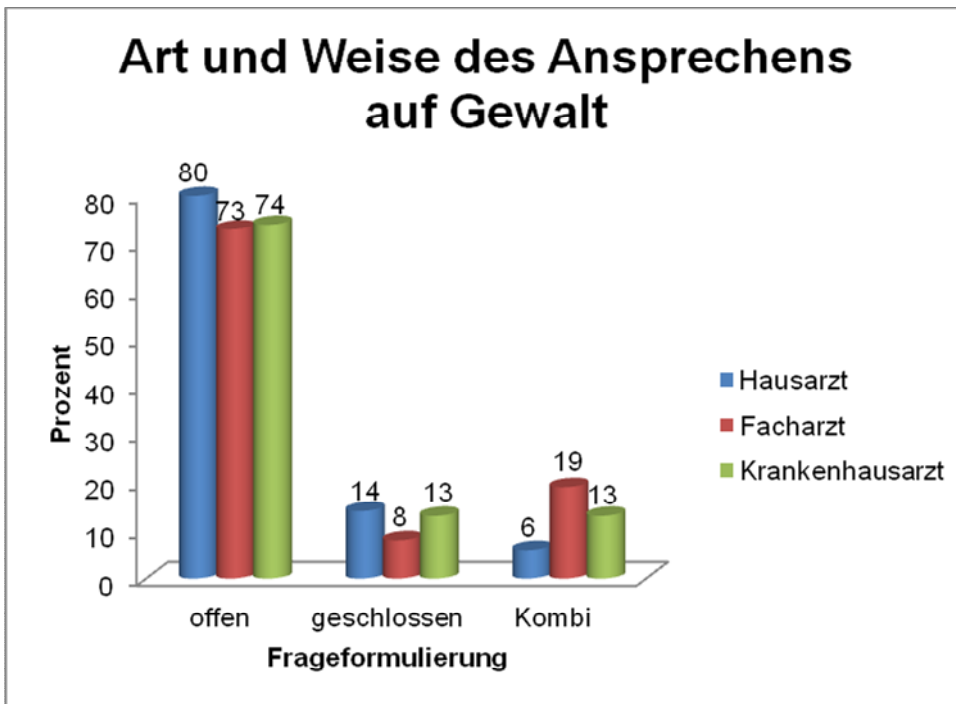


Abb.26: **Art und Weise des Ansprechens auf Gewalt**, nach **Art medizinischer Tätigkeit**, Teil B

Die in einer Hausarztpraxis tätigen Mediziner nutzen mit 80% am häufigsten die offene Frageformulierung.

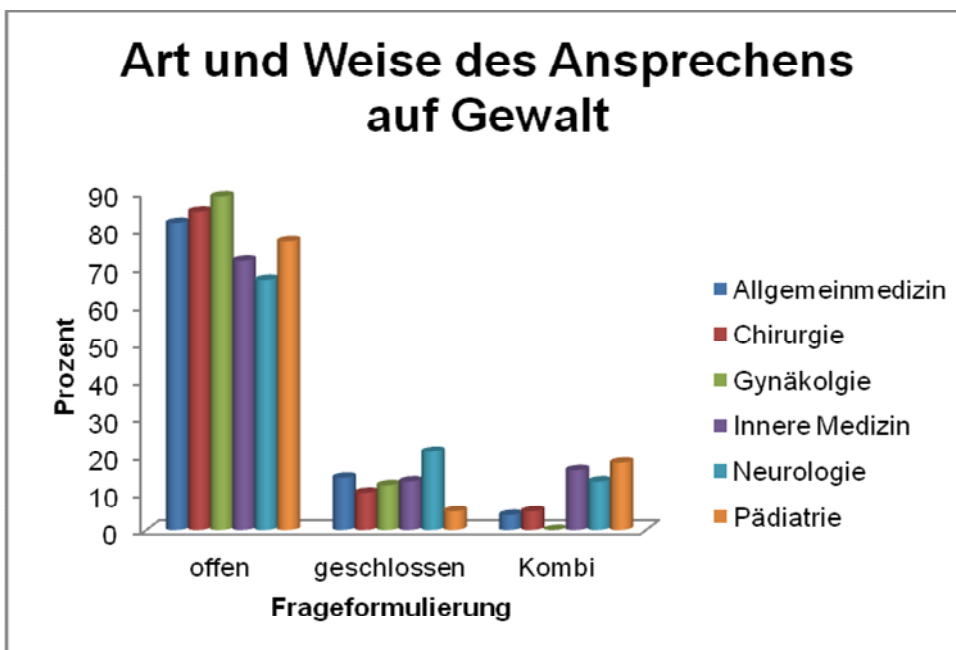


Abb.27: **Art und Weise des Ansprechens auf Gewalt**, nach **Art medizinischer Tätigkeit**, Teil A

Während die Gynäkologen mit 89% am häufigsten offene Frageformulierungen benutzen, waren es 67% der Neurologen und Psychiater, die die offene

Fragestellung favorisieren und mit 21% eine geschlossene Frage bevorzugen.

#### 4.3.6 Schätzung der Patientenzahl mit Gewalteinwirkung pro Quartal

In der nächsten Frage werden die Medizinerinnen/Mediziner gebeten, ihre Patientenzahl mit Gewalteinwirkung pro Quartal zu schätzen.

Zur besseren Übersicht werden später folgende Kategorien geschaffen:

- \* keine Patienten mit Gewalterleben
- \* weniger als 5
- \* weniger als 10
- \* weniger als 20
- \* mehr als 20

229 Teilnehmer geben hierzu Auskunft (fehlend=35). Im Durchschnitt werden **8 Patienten pro Quartal als Gewaltopfer** klassifiziert.

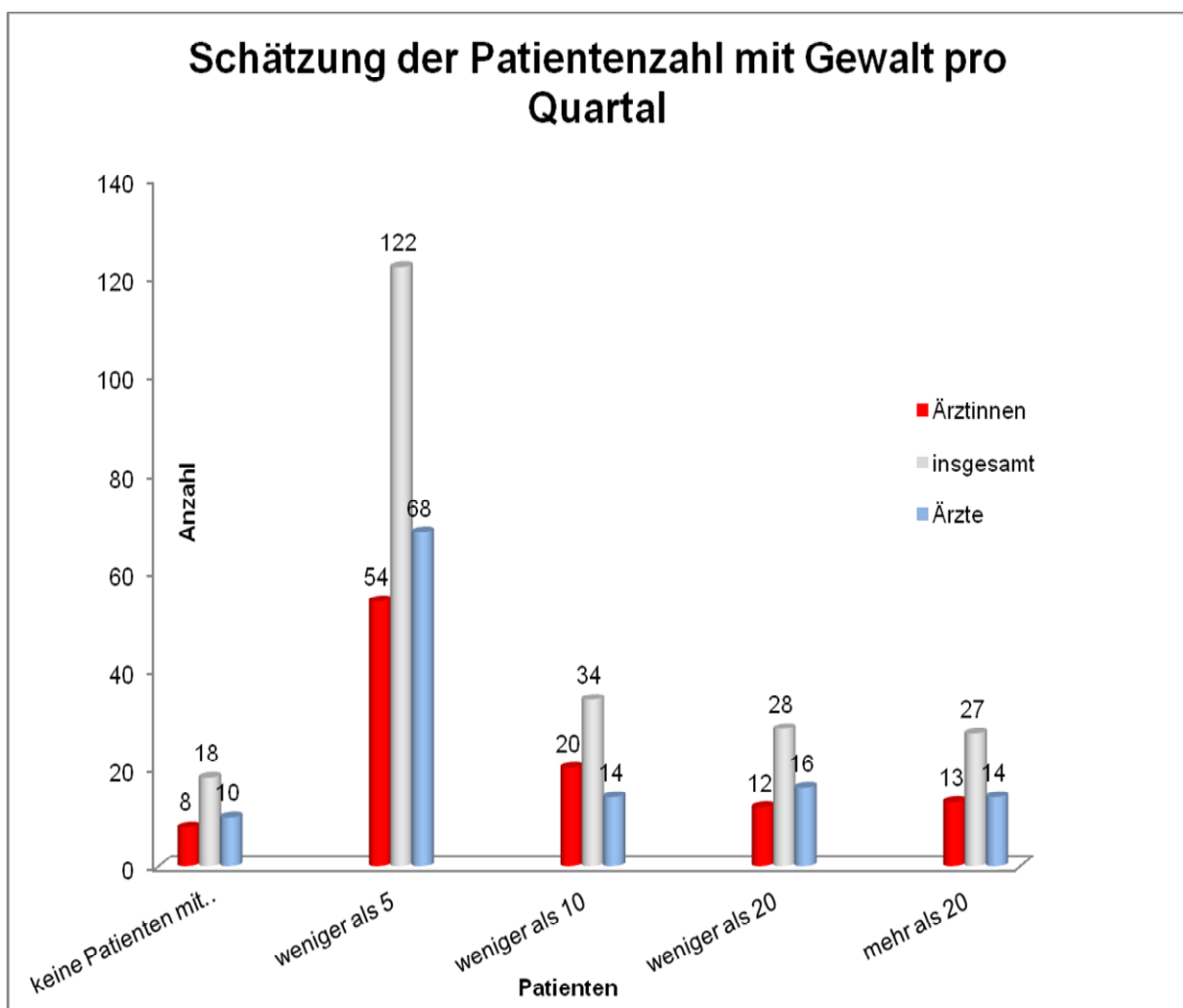


Abb.28: Schätzung der **Patientenzahl mit Gewalteinwirkung pro Quartal**, insgesamt und nach **Geschlecht**

Die geschätzten Patientenzahlen mit Gewalteinwirkung pro Quartal bewegen sich insgesamt in einem niedrigen Zahlenbereich.

Innerhalb der Darstellung nach der Berufserfahrung weisen die über 30 Jahre berufserfahrenen Mediziner mit 4 Patienten mit Gewalteinwirkung die minimalen Fallzahlen auf, wohingegen die bis zu 10 Jahre tätigen Mediziner mit 11 Patienten die maximale Fallzahl in dieser Kategorie angeben.

Berufserfahrung	n	MW	SD
Bis 5 Jahre	30 fehlend: 2	7	18,176
Bis 10 Jahre	29 fehlend: 1	11	21,940
Bis 20 Jahre	77 fehlend: 16	9	8,951
Bis 30 Jahre	62 fehlend: 8	8	7,593
Über 30 Jahre	24 fehlend: 5	4	6,403

Tabelle 21: **Schätzung der Patientenzahl mit Gewalteinwirkung pro Quartal, nach Berufserfahrung**

Art medizinischer Tätigkeit	n	MW	SD
Allgemeinmedizin	27 fehlend: 5	7	10,567
Chirurgie	20 fehlend: 1	21	28,846
Gynäkologie	22 fehlend: 5	6	6,408
Innere Medizin	36 fehlend: 3	2	3,651
Neurologie/Psychiatrie	22 fehlend: 4	7	14,986
Pädiatrie	22 fehlend: 5	8	9,495



Tabelle 22: Geschätzte **Patientenzahl mit Gewalteinwirkung pro Quartal, nach Art der medizinischen Tätigkeit, Teil A**

Die chirurgischen Kolleginnen und Kollegen weisen somit den weitaus größten Anteil an Patientinnen und Patienten mit Gewalterfahrungen auf.

Art medizinischer Tätigkeit	n	MW	SD
Hausarztpraxis	69 fehlend: 11	6	9,091
Facharztpraxis	87 fehlend: 16	8	13,327
gesamte Praxisärzte	152 fehlend: 27	7	11,789
Krankenhausarzt	75 fehlend: 10	8	18,266

Tabelle 23: Geschätzte **Patientenzahl mit Gewalteinwirkung pro Quartal**, nach **Art der medizinischen Tätigkeit**, Teil B

Innerhalb der Einteilung nach Art der medizinischen Tätigkeit in einer Hausarzt-oder Facharztpraxis, sowie als Krankenhausarzt finden sich kaum erkennbare Unterschiede hinsichtlich der durchschnittlich geschätzten Patientenzahl mit Gewalteinwirkung.

Anders ist es bei der Einteilung nach Fachrichtungen. Hier fallen die Chirurgen/-innen mit durchschnittlich 21 von Gewalt betroffenen Patienten pro Quartal auf, während die Internisten/-innen nur durchschnittlich 2 Patienten mit Gewalteinwirkung als solche ausweisen.

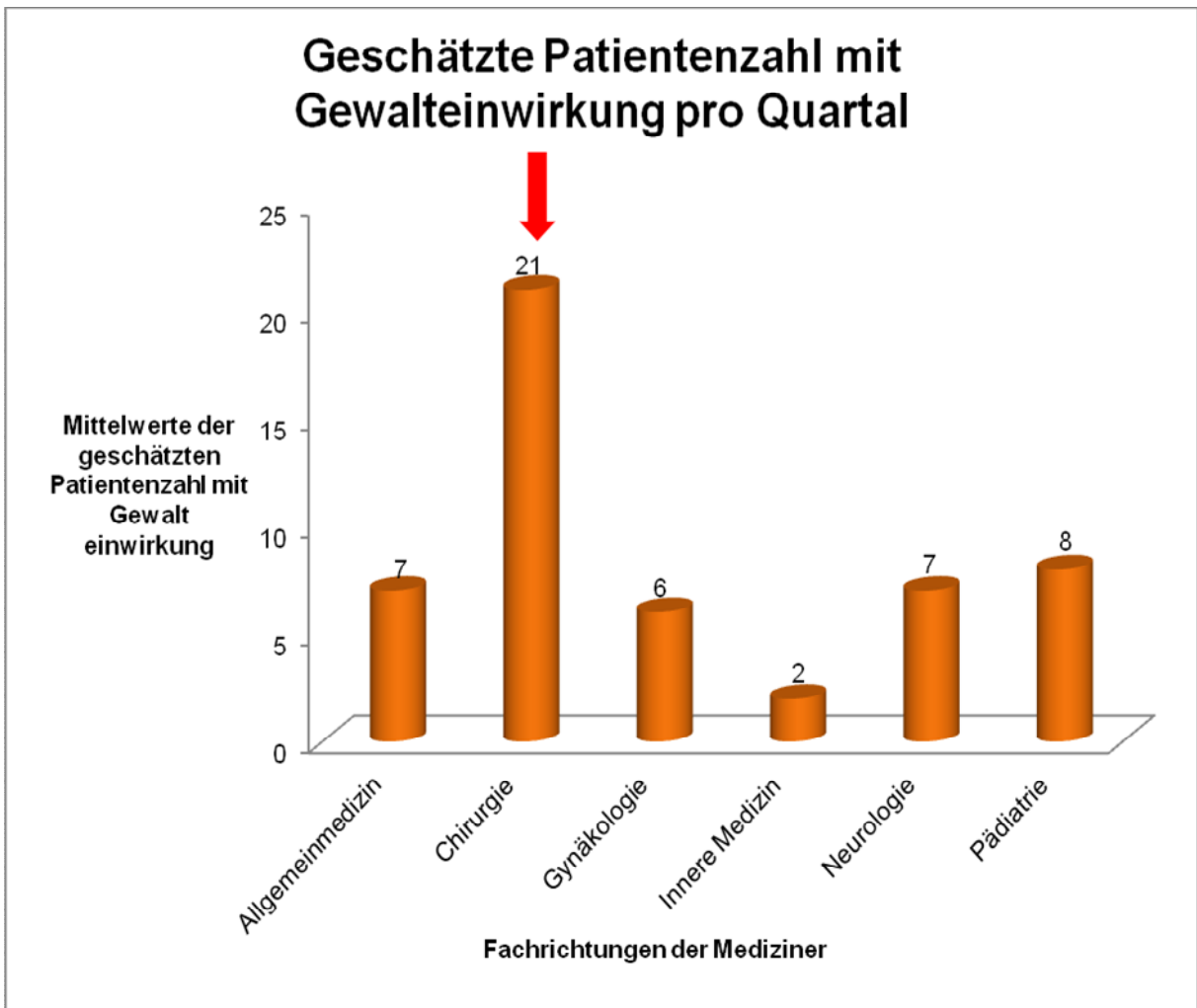


Abb.29: Geschätzte **Patientenzahl mit Gewalteinwirkung pro Quartal**, nach **Art der medizinischen Tätigkeit**

#### 4.3.7 Ursprung der erlebten Gewalt

Die Medizinerinnen/Mediziner werden im weiteren Verlauf aufgefordert, die bei ihren Patienten vorkommenden Ursachen von Gewalt weiter zu spezifizieren. Hier sind Mehrfachnennungen möglich.

Insgesamt geben 62% aller Mediziner an, Gewalt durch einen Lebenspartner bei ihren Patienten zu kennen.

44% schildern Gewalt durch Freunde oder Bekannte des Opfers, während 42% Unbekannte als Täter beschreiben.

Opfer eines Unfalls sind 40% aller Mediziner bekannt.

Sexuelle Gewalt spielt bei 42% der von Gewalt betroffenen Patienten eine Rolle.

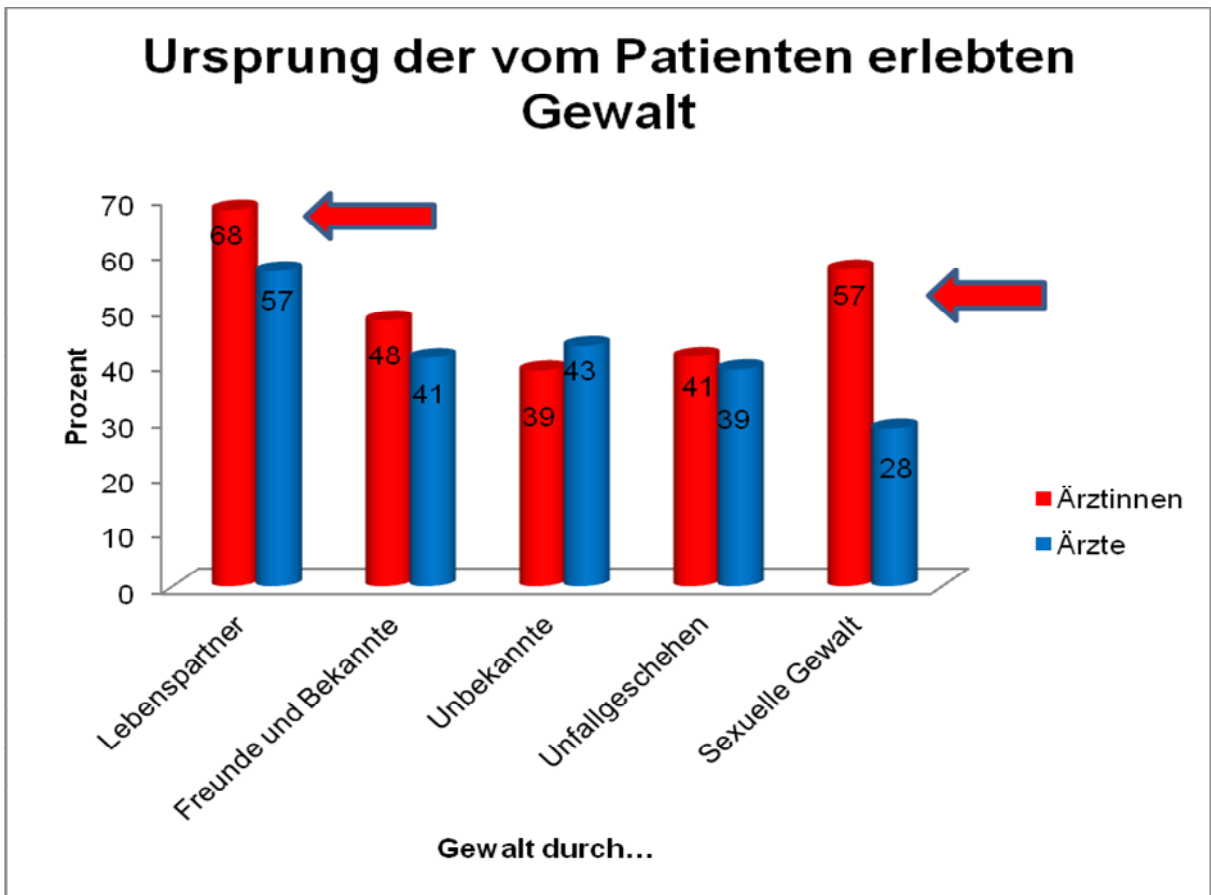


Abb.30: **Ursprung der erlebten Gewalt**, nach Geschlecht der Mediziner

Geschlechtsspezifische Unterschiede hinsichtlich des Ursprungs der vom Patienten erlebten Gewalt sind deutlich in der Kategorie „Gewalt durch Lebenspartner“, „Freunde und Bekannte“ und „Sexuelle Gewalt“ zu finden. Ärztinnen spezifizieren diese Ursachen weitaus häufiger als ihre männlichen Kollegen.

Innerhalb der Kategorie der Berufserfahrung finden sich keine Unterschiede hinsichtlich der Ursachen der Gewalterfahrung.

Die Darstellung anhand der medizinischen Tätigkeit zeigt eine große Präsenz von Gewalterfahrungen durch den Lebenspartner, Unfallgeschehen und sexueller Gewalt, vor allem in der Kategorie der Fachärzte. Dieses kann anhand der Darbietung der einzelnen Fachrichtungen weiter differenziert werden, da die Gynäkologen mit 71% vor allem die sexuelle Gewalt vorrangig beschreiben.



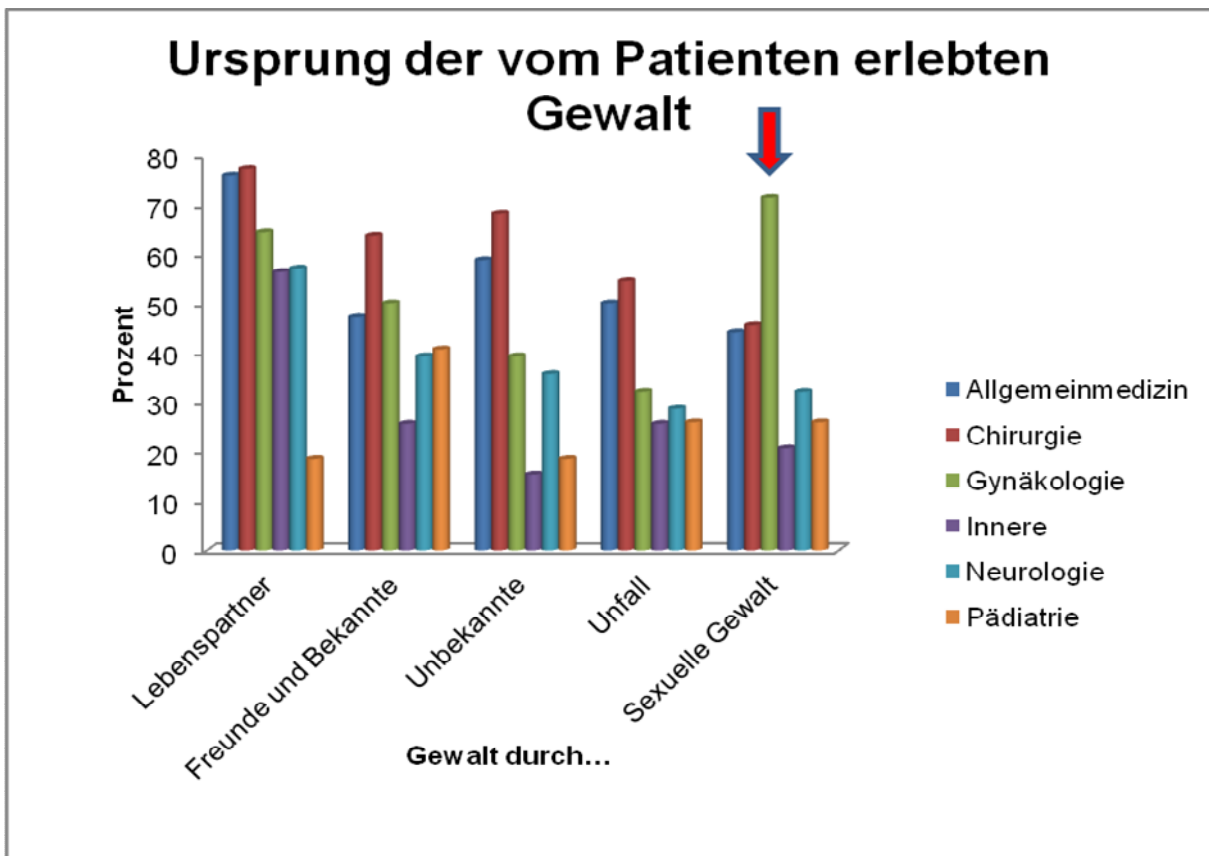


Abb.31: **Ursprung der vom Patienten erlebten Gewalt**, nach Art der medizinischen Tätigkeit, Teil A

Neben den Chirurgen/Chirurginnen, die erwartungsgemäß im Sinne ihrer traumatologischen Tätigkeit viele von Gewalt jeglicher Ursache betroffene Patientinnen und Patienten betreuen, sind die gynäkologisch tätigen Kollegen und Kolleginnen häufig mit von sexueller Gewalt betroffenem Patientenklintel vertraut.

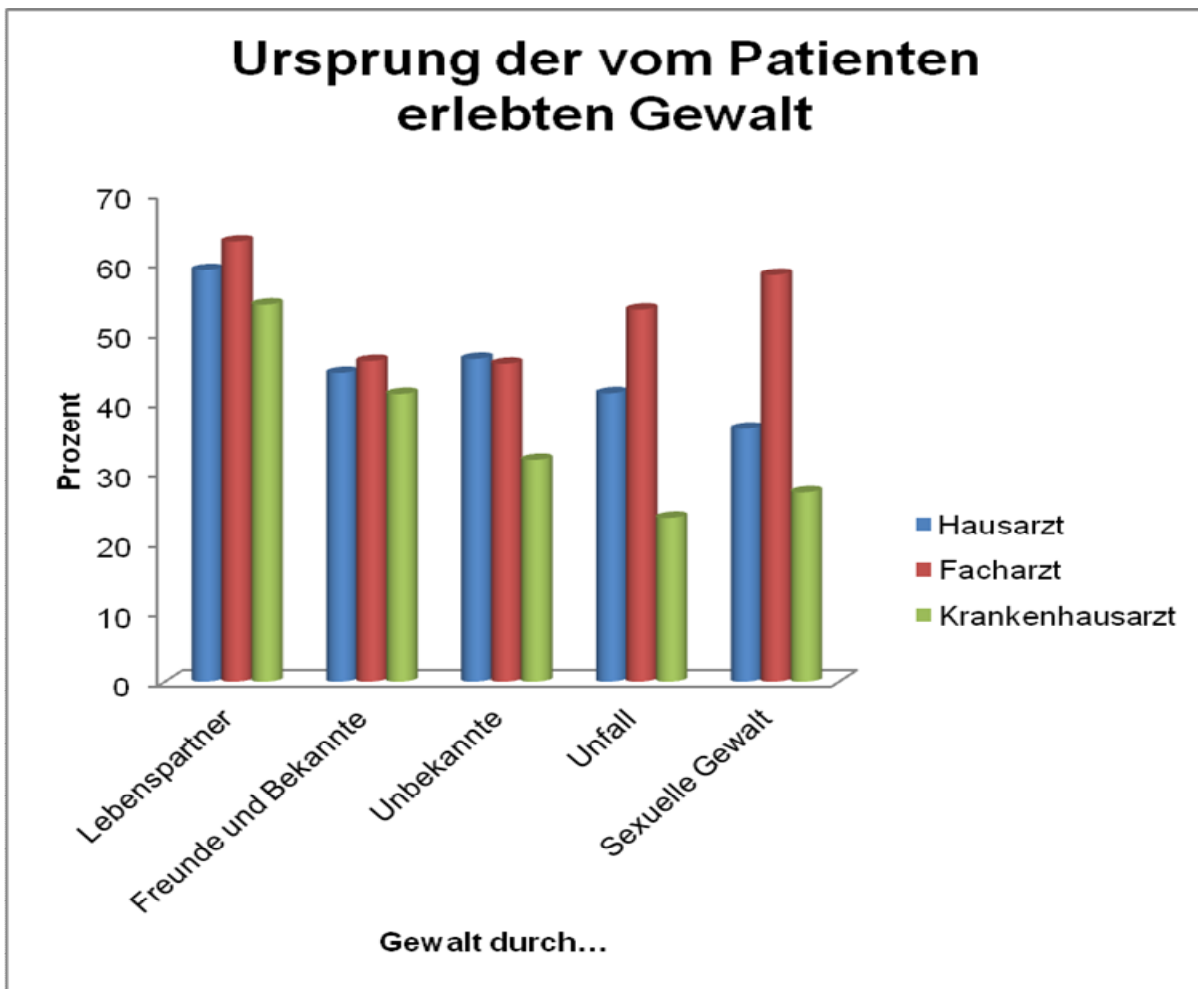


Abb.32: **Ursprung der vom Patienten erlebten Gewalt**, nach Art medizinischer Tätigkeit, Teil B

#### 4.3.7.1 Andere Ursachen von Gewalt

Zusätzlich werden Angaben dazu erbeten, ob andere Ursachen von Gewalt bei dem vorhandenen Patienten Klientel bekannt sind. 22 Ärztinnen (entsprechend 18%) antworten hier, von den männlichen Kollegen sind es 20 (entsprechend 14%).

Für sie sind es Eltern, die am weitaus häufigsten mit Gewalttaten gegenüber ihren Kindern in Verbindung gebracht werden müssen. Darauf folgen Bezugspersonen wie Erziehende, Stiefeltern, Großeltern und Geschwister. Ebenso oft werden Mitschüler verantwortlich gemacht. Auch die anamnestisch zurückliegenden Gewaltgeschehnisse, wie seelische und körperliche Vernachlässigungen und Kriegserlebnisse werden erwähnt. Zusätzlich wird auf Unzulänglichkeiten in pflegerischen Einrichtungen, auch durch Mitpatienten hingewiesen. Nicht unerwähnt bleiben soll die Besonderheit des Stalkings und traumatischer Ereignisse, wobei auch der Hundebiss erwähnt wird. Auch die **Ärzte** weisen überwiegend auf die Gewaltausübungen durch Eltern, sowie auf Schlägereien hin.

#### 4.3.8 Altersgruppenverteilung unter den Gewaltopfern

Die nächste Frage im Fragebogen widmet sich der bei den Gewaltopfern vertretenen Altersgruppen.

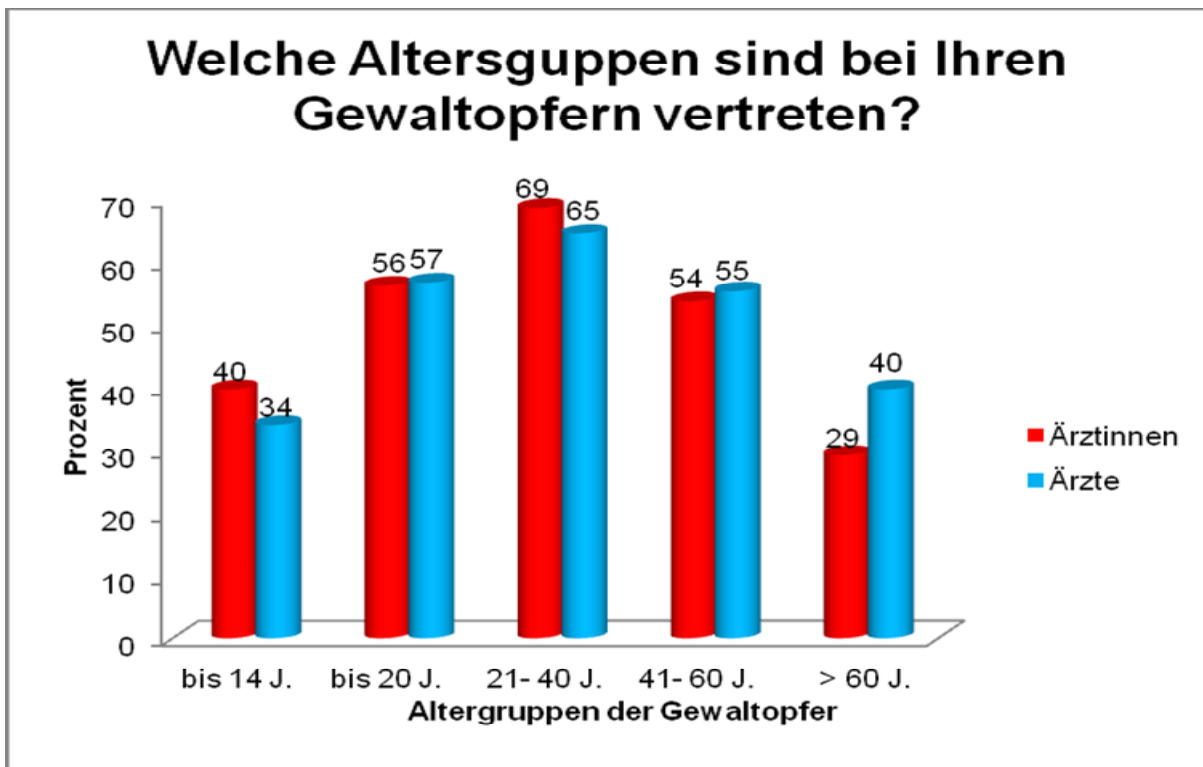


Abb.33: Verteilung der Altersgruppen unter den Gewaltopfern, nach Geschlecht

Der Anteil der bei den Gewaltopfern vorhandenen Altersgruppen stellt sich bei den unterschiedlichen Geschlechtern der Ärzteschaft ähnlich dar. Pädiater, deren Klientel ja bekanntlich überwiegend aus Kindern besteht, weisen eine andere Altersgruppenverteilung auf. 78% der Kinderärzte sehen Gewaltopfer in der Gruppe der bis 14 Jährigen. 67% von ihnen in der Gruppe bis 20 Jährigen und 15% in der Gruppe der 21 bis 40 Jährigen.

#### 4.4 Kenntnis von Leitfäden zum Thema häuslicher Gewalt

Im abschließenden Teil der Befragung sollen weitere detaillierte Angaben zur Art und Weise der Gewaltopferbetreuungssituation erhoben werden. Die Frage lautet: „Kennen Sie Leitfäden zum Thema häuslicher Gewalt“ Außer einem Teilnehmer äußern sich alle zu dieser Frage.

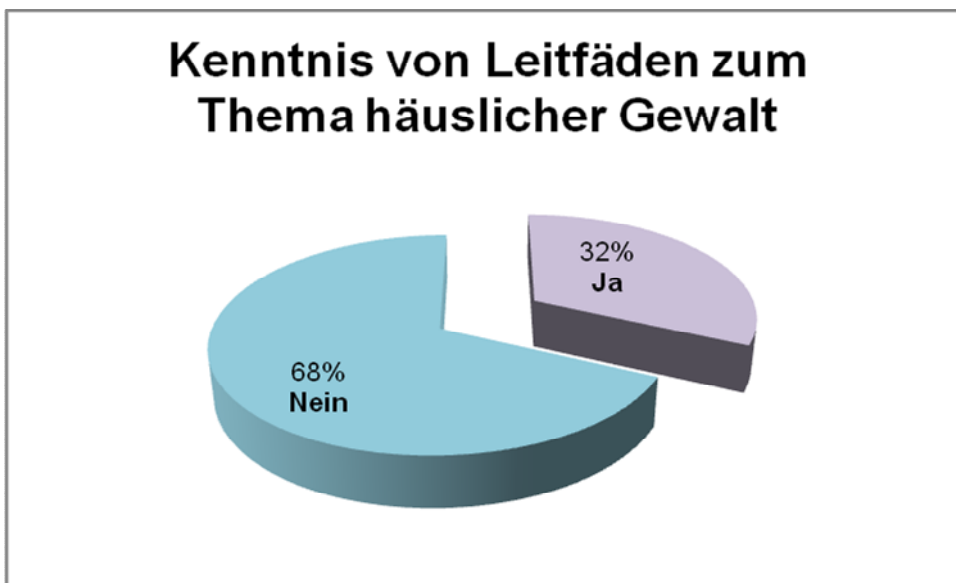


Abb.24: Kenntnis von Leitfäden zum Thema häuslicher Gewalt, insgesamt

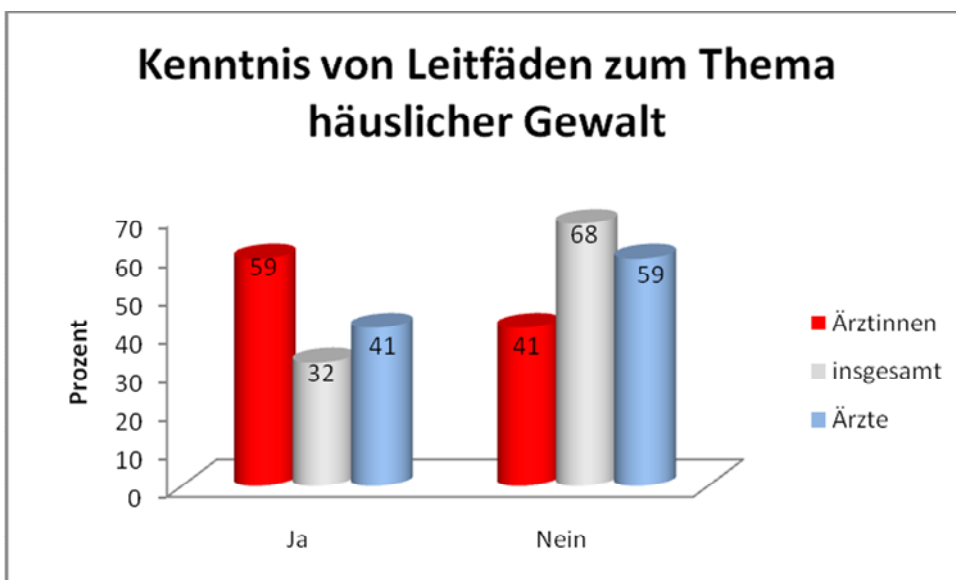


Abb.35: Kenntnis von Leitfäden zum Thema häuslicher Gewalt, insgesamt und nach Geschlecht

83 (32%) der Befragten geben an, Kenntnis über derartige Leitfäden zu besitzen. 49 (59%) davon sind weibliche, 34 (41%) männliche Teilnehmer.

Dagegen erklären 180 (69%) die Unkenntnis dieser Lektüre, was 71 (39%)

weiblichen und 107 (59%) männlichen Befragten entspricht.

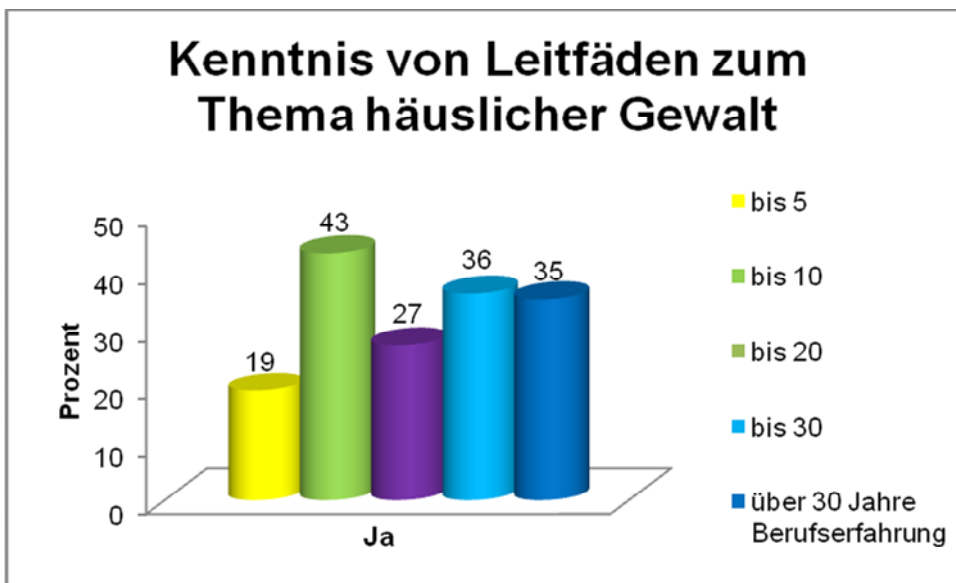


Abb.36: Kenntnis von Leitfäden zum Thema häuslicher Gewalt, nach Berufserfahrung

Die erst bis zu 5 Jahre berufstätigen Mediziner zeigen mit 19% die geringste Kenntnis von Leitfäden, während von den bis zu 10 Jahren tätigen Mediziner 43% derartige Leitfäden kennen.

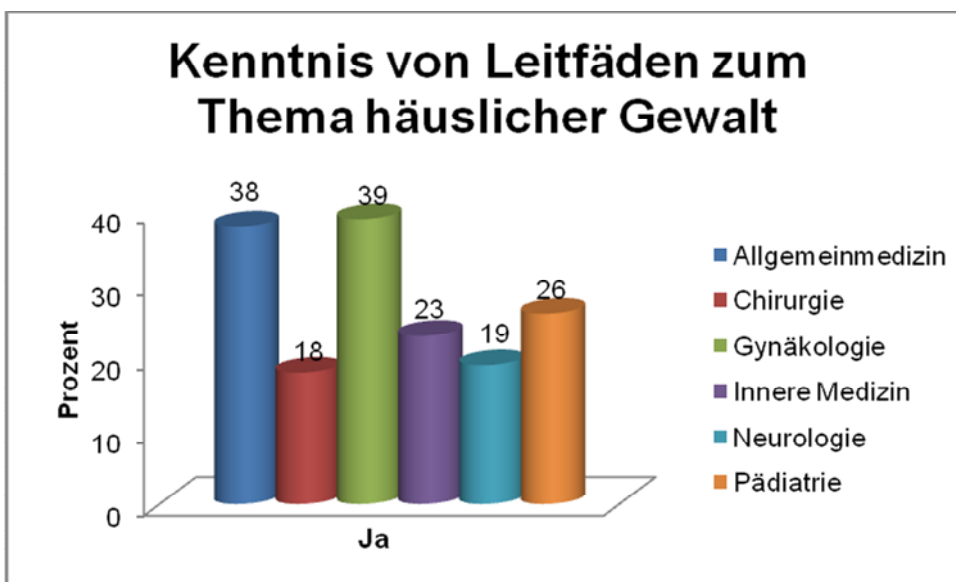


Abb.37: Kenntnis von Leitfäden zum Thema häuslicher Gewalt, nach Art medizinischer Tätigkeit, Teil A

Von den Allgemeinmediziner/innen und den Gynäkologen/innen geben 38% bzw. 39% an, derartige Leitfäden zu kennen, während bei anderen Fachrichtungen durchschnittlich 21% sind.

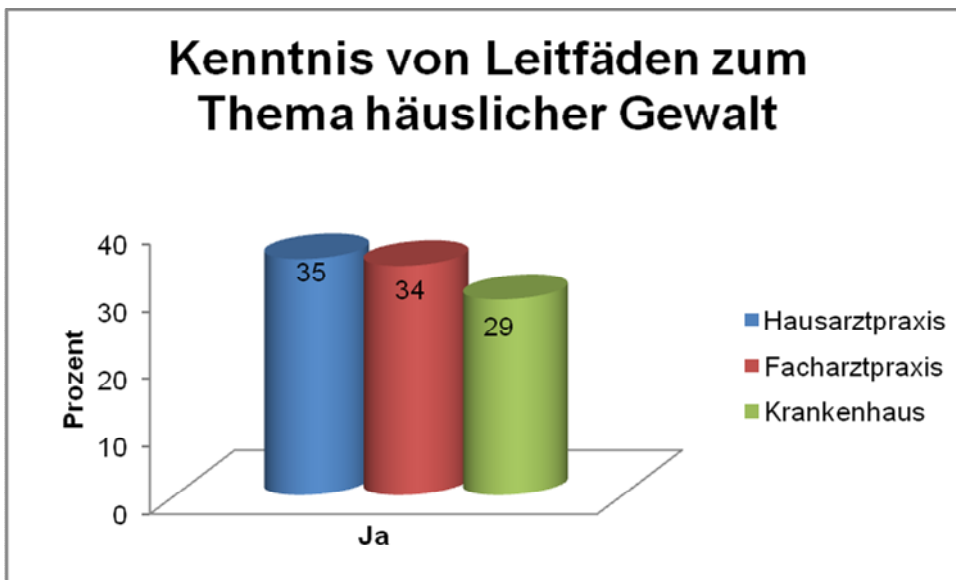


Abb.38: **Kenntnis von Leitfäden zum Thema häuslicher Gewalt**, nach Art medizinischer Tätigkeit, Teil B

Die in einer Hausarzt- oder Facharztpraxis tätigen Mediziner/innen unterscheiden sich hinsichtlich ihrer Kenntnis von Leitfäden zum Thema häuslicher Gewalt kaum untereinander. Im Vergleich zu den 29% der Krankenhausärzten/innen wissen 34% der Praxisärzte/innen um solche Leitfäden.

#### 4.5 Kenntnis von Körperschemata zur Befunddokumentation

Des Weiteren wird gefragt: „Kennen Sie Körperschemata zur Befunddokumentation?“.

Hierzu äußern sich 260 von 264 der Mediziner/innen.

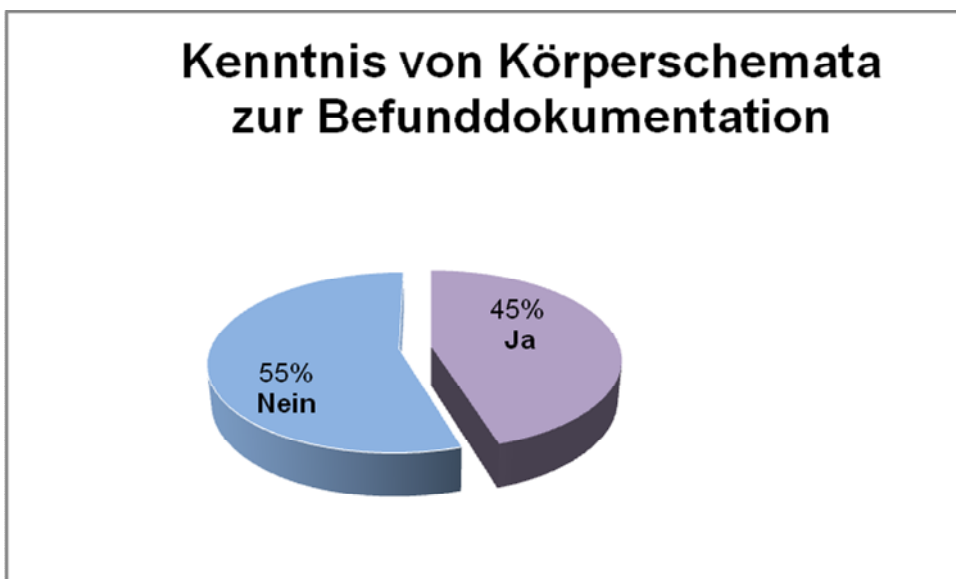


Abb.39: **Kenntnis von Körperschemata** zur Befunddokumentation, insgesamt

116 (44%) bejahen diese Frage. Davon sind 53 Ärztinnen und 65 Ärzte. 144 (55%) verneinen diese Frage. Darunter sind dementsprechend 65 Ärztinnen und 78 Ärzte.

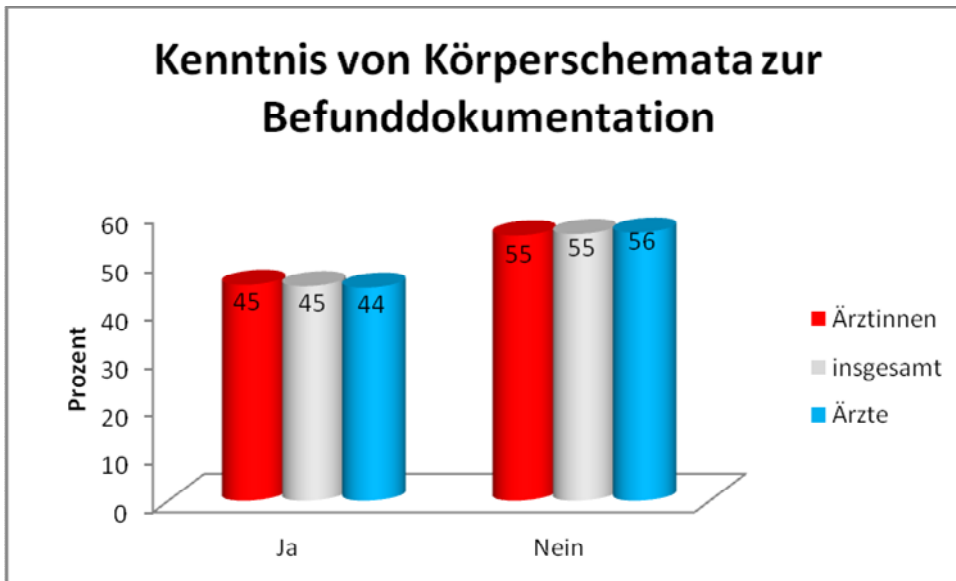


Abb.40: Kenntnis von **Körperschemata** zur Befunddokumentation, insgesamt und nach **Geschlecht**

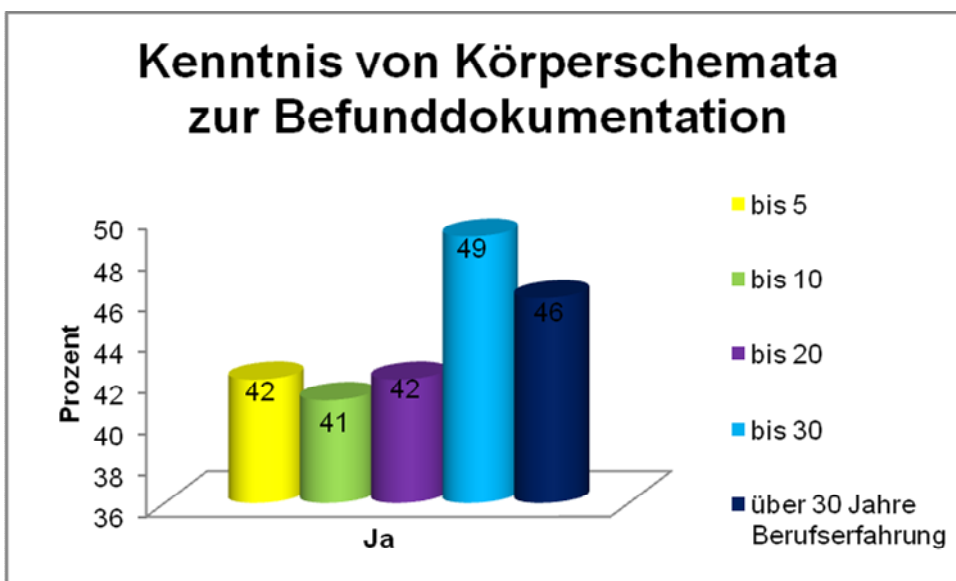


Abb.41: Kenntnis von **Körperschemata** zur Befunddokumentation, nach **Berufserfahrung**

In der Kategorie der Berufserfahrung zeigen sich innerhalb der ersten 20 Jahre keine Unterschiede in der Kenntnis von Körperschemata, durchschnittlich 42% kennen diese. Die noch erfahreneren Mediziner sind mit durchschnittlich 48% gehäuft über solche Körperschemata informiert.

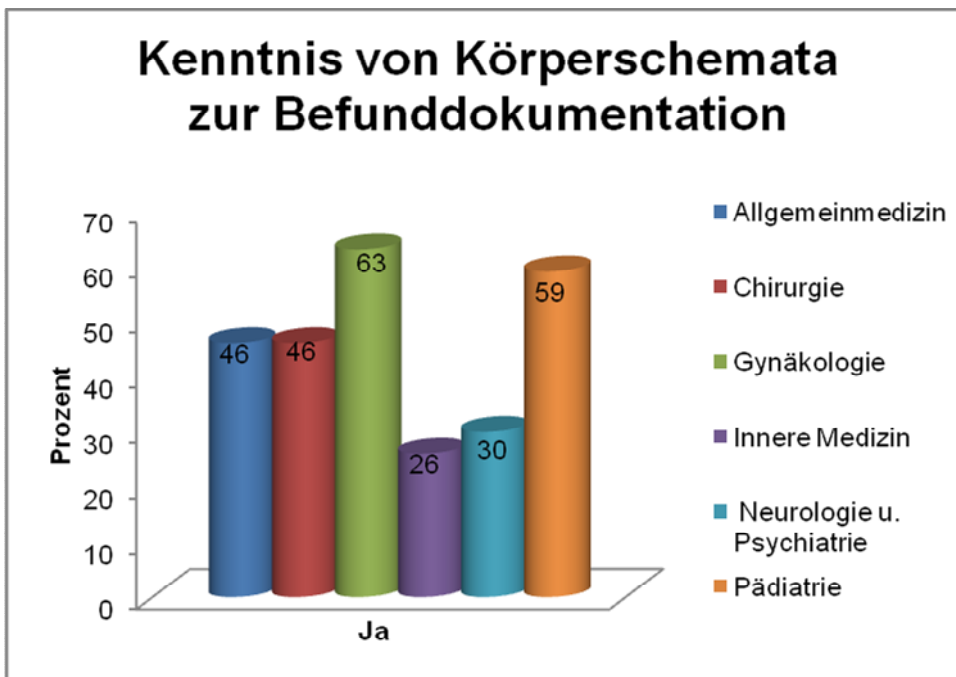


Abb.42: Kenntnis von **Körperschemata** zur Befunddokumentation, nach **Art medizinischer Tätigkeit**, Teil A

Während die Gynäkologen/innen und Pädiater/innen mit 63% bzw. 59% in dieser Kategorie am häufigsten vertreten sind, stellen die Internisten/innen mit 26% und die Neurologen/innen und Psychiater/innen mit 30% die Schlusslichter dar.

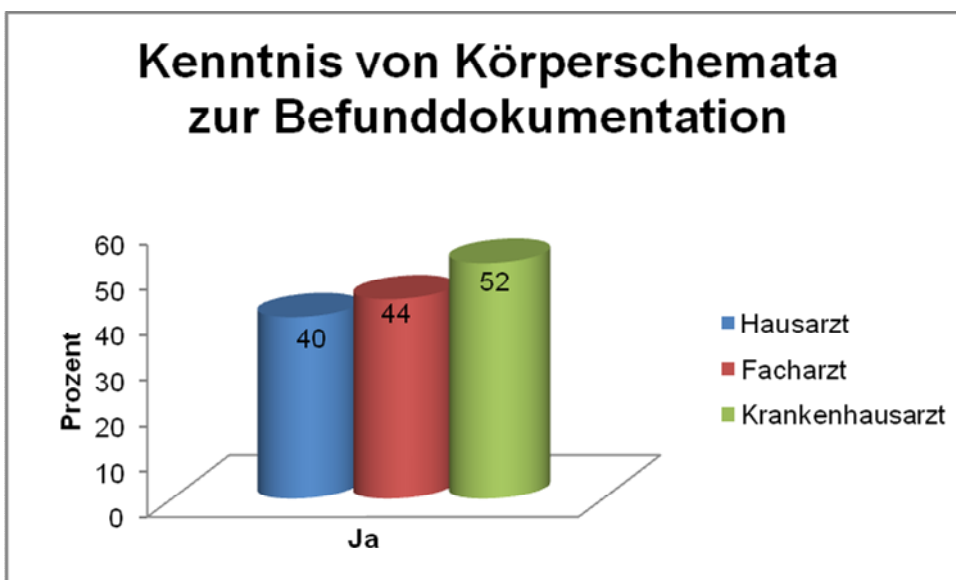


Abb.43: Kenntnis von **Körperschemata** zur **Befunddokumentation**, nach **Art medizinischer Tätigkeit**, Teil B

Kenntnis von Körperschemata zur Befunddokumentation geben 52% der Krankenhausärzte/innen, 44% der in einer Facharztpraxis tätigen und 40%, der in einer Hausarztpraxis tätigen Ärzte/innen an.



#### 4.6 Nutzung von Leitfäden und Körperschemata zur Befunddokumentation

Von den insgesamt 264 Medizinerinnen/innen kennen 162 die Leitfäden zum Thema der häuslichen Gewalt. Neben zwei Personen, die keine Angabe zum Thema tätigen, äußern sich die 100 Personen, die Leitfäden kennen, folgendermaßen:

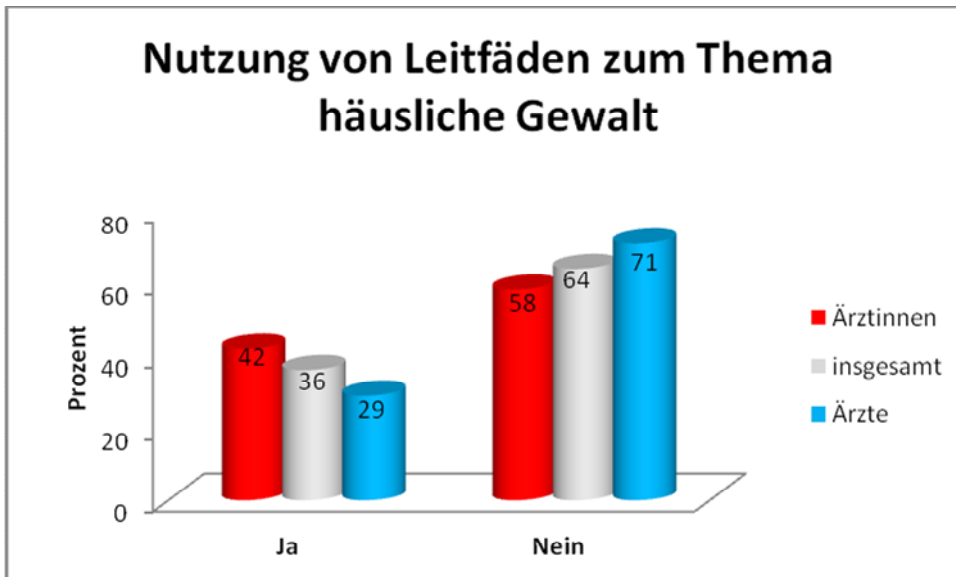


Abb.44: **Nutzung** von **Leitfäden** zum Thema häusliche Gewalt, insgesamt und nach Geschlecht der Mediziner

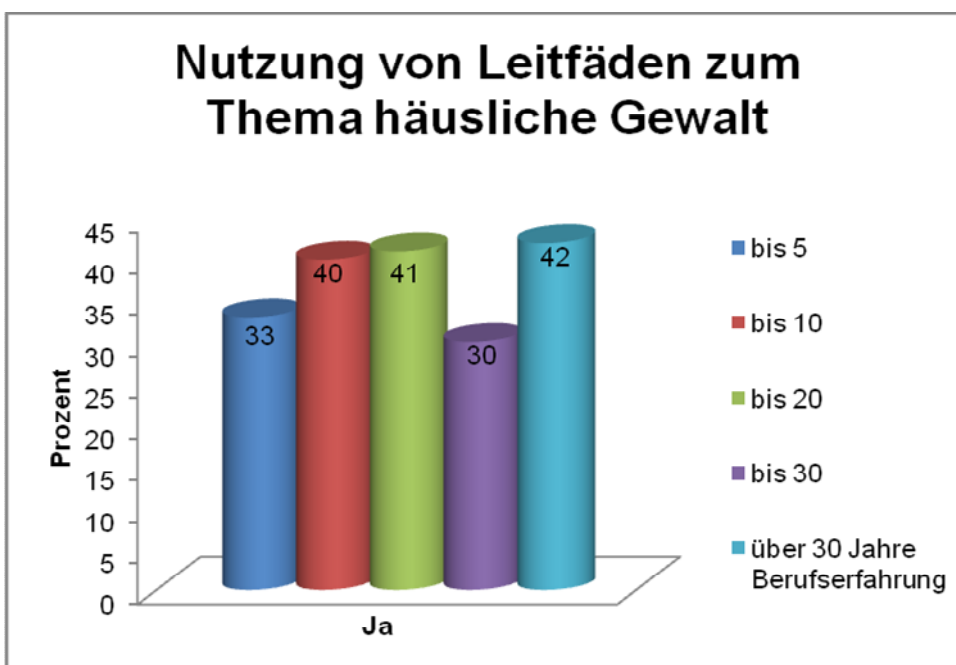


Abb.45: **Nutzung** von **Leitfäden** zum Thema häusliche Gewalt, nach **Berufserfahrung**

Differenziert man in der Kategorie der Berufserfahrung gaben die Erfahrensten mit 42% am häufigsten an, Leitfäden auch zu nutzen.

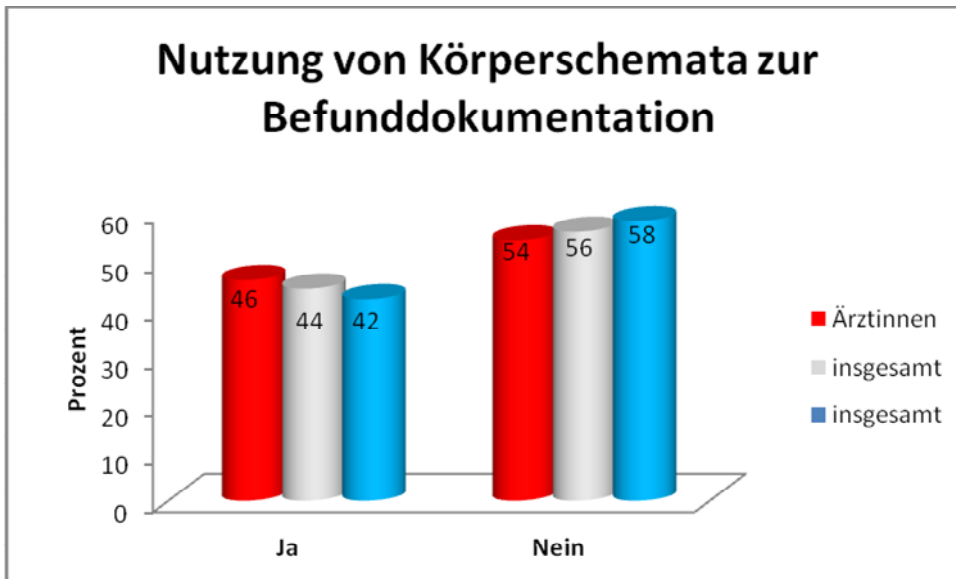


Abb.46: **Nutzung** von **Körperschemata** zur Befunddokumentation, insgesamt und nach Geschlecht

Von den insgesamt 117 Mediziner/innen, welche berichten Körperschemata zur Befunddokumentation zu kennen, sind es 60 Mediziner/innen, die diese auch nutzen. Mehr Ärzte als Ärztinnen geben an, Körperschemata zur Befunddokumentation anzuwenden.

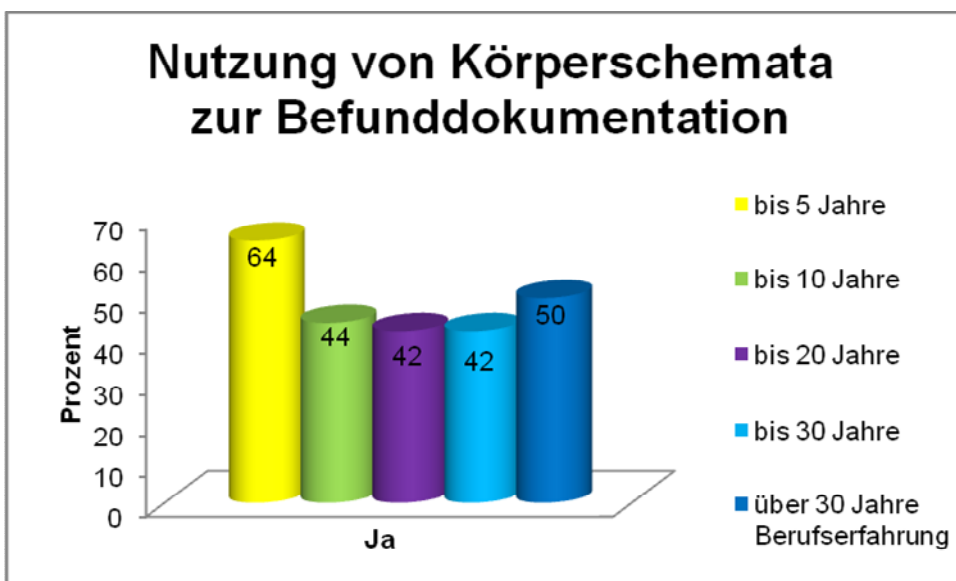


Abb.47 : **Nutzung** von **Körperschemata** zur Befunddokumentation, nach **Berufserfahrung**

In der Kategorie nach Berufserfahrung üben 64% der bis zu 5 Jahre tätigen Mediziner/innen, die ein solches Vorgehen kennen, ein solches selbst aus.

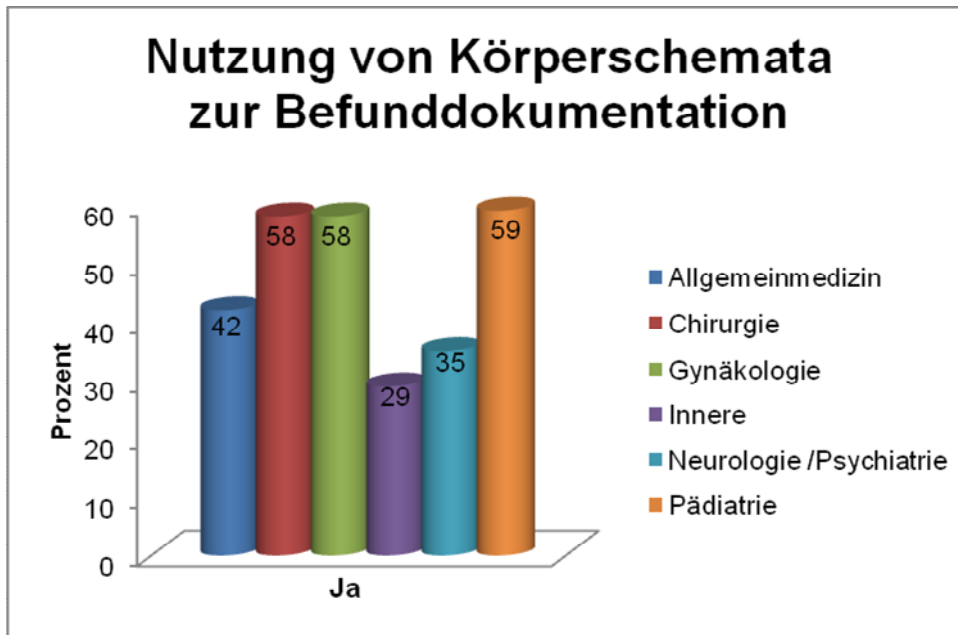


Abb.48: **Nutzung** von **Körperschemata** zur Befunddokumentation, nach **Art medizinischer Tätigkeit**, Teil A

#### 4.7 Nutzung von Fotos zur Befunddokumentation

Sieben Personen (3%), 5 Ärztinnen und 2 Ärzte, machen dazu keine Angabe. Insgesamt geben 105 Mediziner/innen (40%) an, diese Dokumentationshilfen zu nutzen. Es lassen sich 42 Frauen und 63 Männer feststellen, was 35% der Ärztinnen und 45% der Ärzte entspricht.

Dagegen negieren 152 (58%) die Nutzung der Fotodokumentation, darunter sind 74 weibliche und 76 männlichen Mediziner, dies entspricht einem Verhältnis von 62% aller Ärztinnen und 54% aller Ärzte.

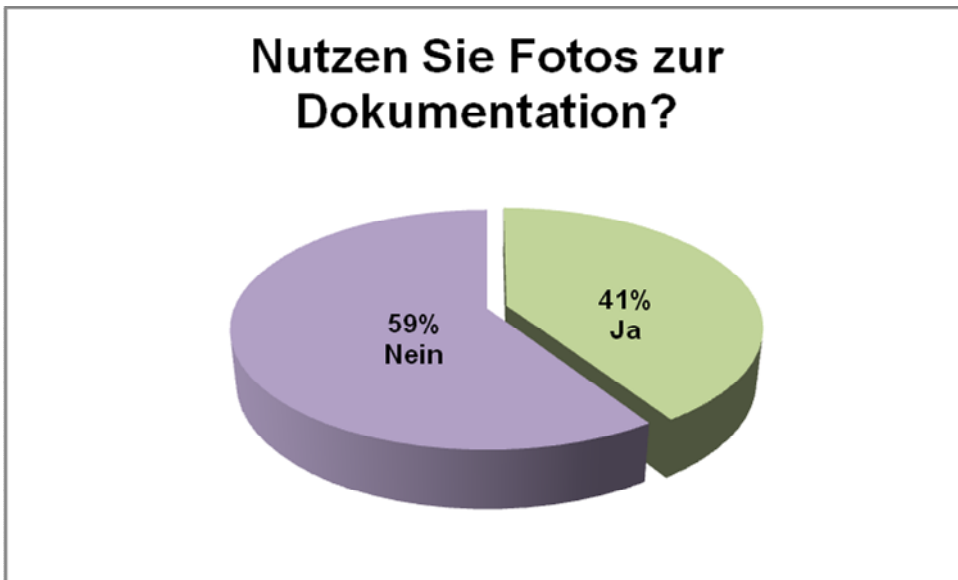


Abb.49: Nutzung von Fotos zur Dokumentation, insgesamt

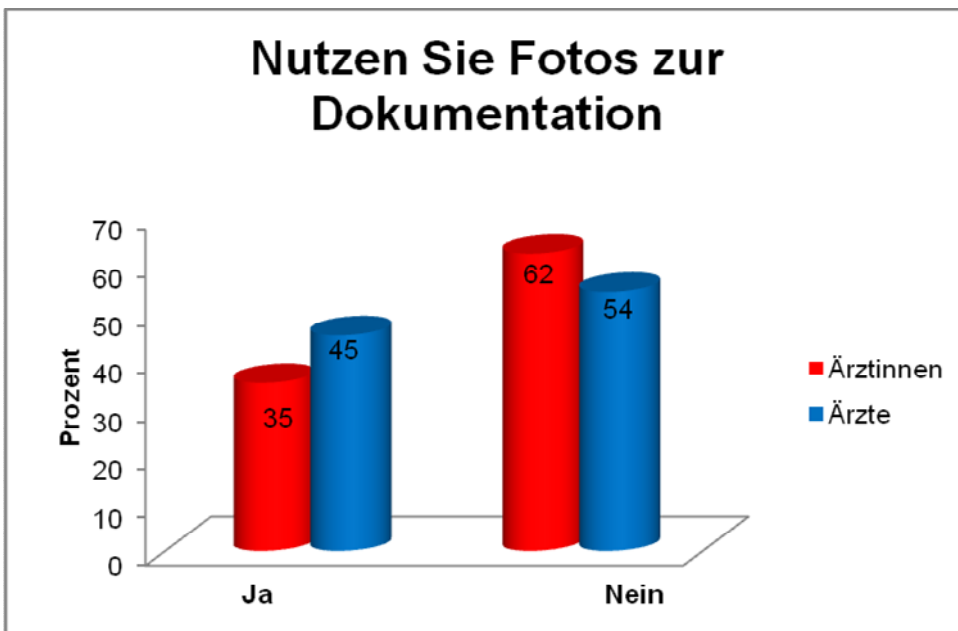


Abb.50: Nutzung von Fotos zur Dokumentation, nach **Geschlecht** der Mediziner

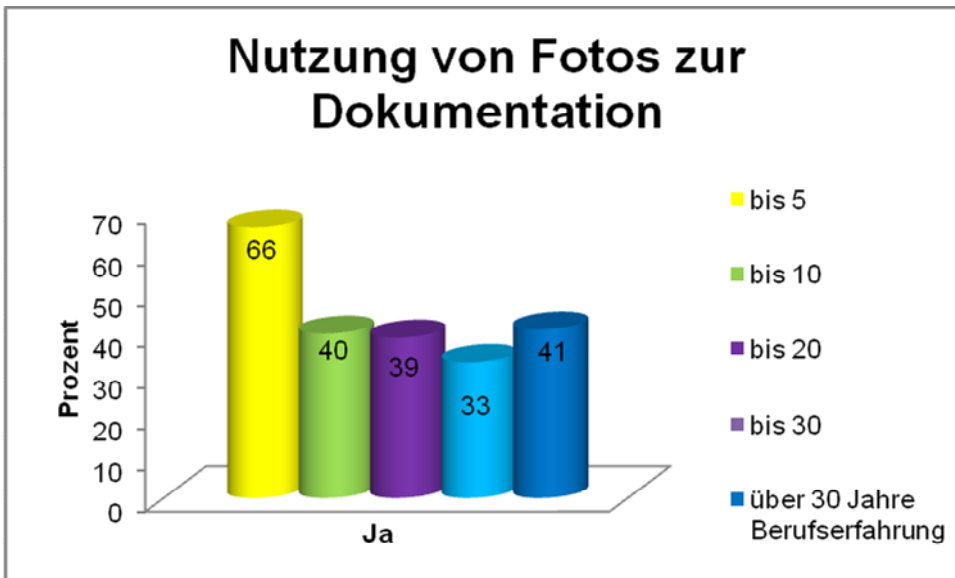


Abb.51: **Nutzung** von **Fotos** zur Dokumentation, nach **Berufserfahrung**

66% der bis zu 5 Jahre Berufserfahrung besitzenden Mediziner/innen nutzen Fotos zur Dokumentation. Dahingegen sind es in den darauf folgenden Jahrgängen durchschnittlich 38%.

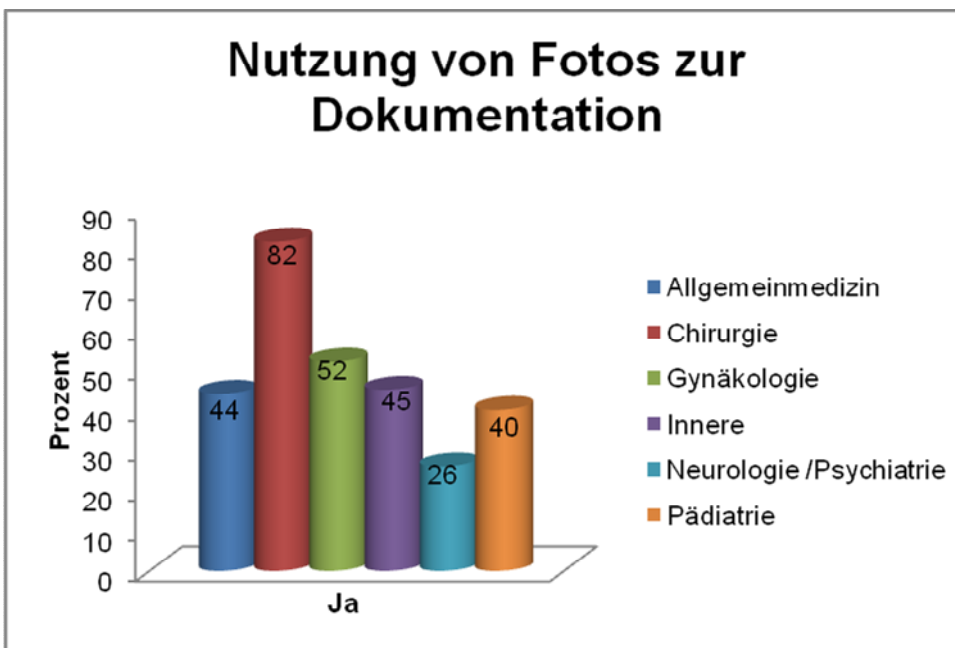


Abb.52: **Nutzung** von **Fotos** zur Dokumentation, nach **Art medizinischer Tätigkeit**, Teil A

82% der Chirurgen/innen nutzen Fotos zur Dokumentation, dagegen 26% der Neurologen/innen und Psychiater/innen.

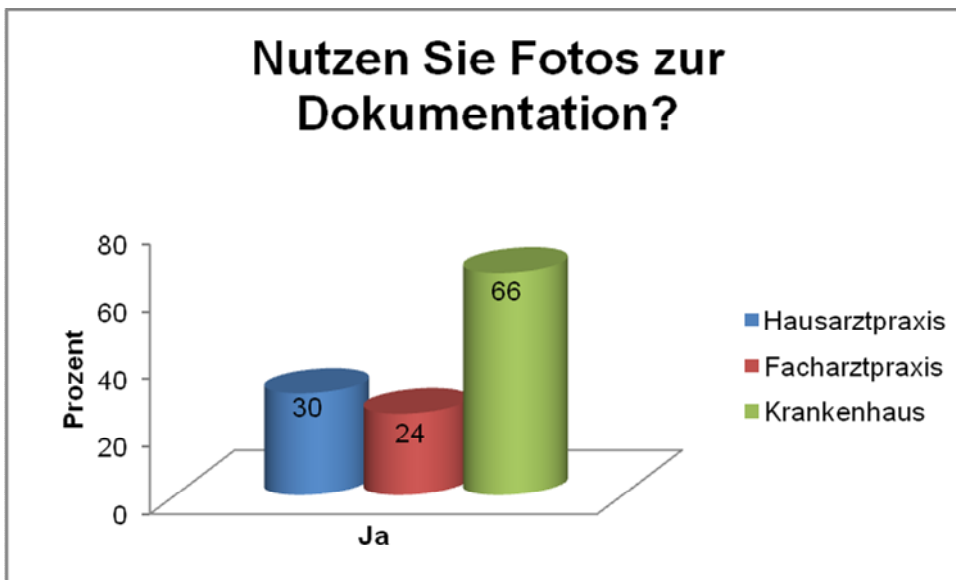


Abb.53: **Nutzung von Fotos zur Dokumentation**, nach **Art medizinischer Tätigkeit**, Teil B

66% der im Krankenhaus tätigen Mediziner/innen nutzen Fotos zur Dokumentation, während dies bei den Hausärzten/innen 30% und bei den Fachärzten/innen 24% sind.

#### **4.8 Angebot von Hilfestellungen**

Im weiteren Verlauf des Fragebogens werden detaillierte Auskünfte über die Hilfeangebote und Empfehlungen für Gewaltopfern erbeten, welche die Mediziner/innen in der Praxis tätigen. Dabei sind Mehrfachnennungen erwünscht. Zuerst soll nun eine Übersicht über die Nennungen der Mediziner/innen insgesamt vorangestellt werden.

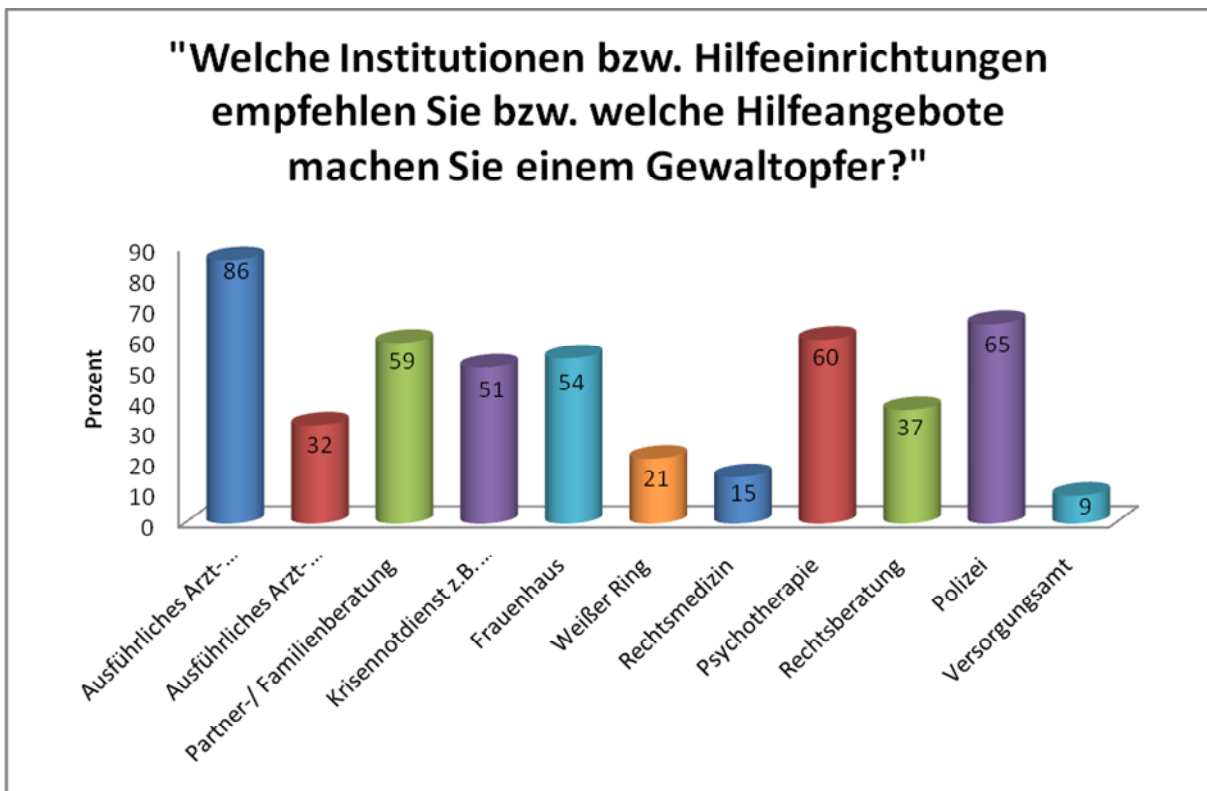


Abb.54: „ **Empfehlungen** von Institutionen und Hilfeeinrichtungen, sowie Gabe von Hilfeangeboten“, insgesamt

#### 4.8.1 Ausführliches Arzt-Patientengespräch sofort

89% der Ärztinnen und 82% der Ärzte bieten ihren Patienten bei Bedarf ein „ausführliches Arzt-Patientengespräch sofort“ an.

Am häufigsten wenden Gynäkologen/innen (96%) diese Form der Hilfestellung an, die Neurologen/innen und Psychiater/innen stehen in dieser Kategorie mit 82% auf dem untersten Rang.

90% der in einer Hausarztpraxis und 86% der in einer Facharztpraxis tätigen Mediziner/innen praktizieren ein ausführliches Gespräch, im Krankenhaus sind es 80%.

#### 4.8.2 Ausführliches Arzt-Patientengespräch bei neuem Termin

Bei einem „neuen Termin“ bieten 31% der Ärztinnen und 33% der Ärzte ihren Patienten ein ausführliches Arzt- Patientengespräch an. Innerhalb der einzelnen Fachrichtungen werden deutliche Tendenzen erkennbar.

Während 46% der Neurologen/innen und Psychiater/innen den Patienten dieses Angebot machen, sind es nur 9% der Chirurgen/innen. Die 35% der Allgemeinmediziner/innen, 21% der Gynäkologen/innen, 26% der Internisten/innen und 33% der Pädiater/innen wählen diese Form der Hilfeleistung.

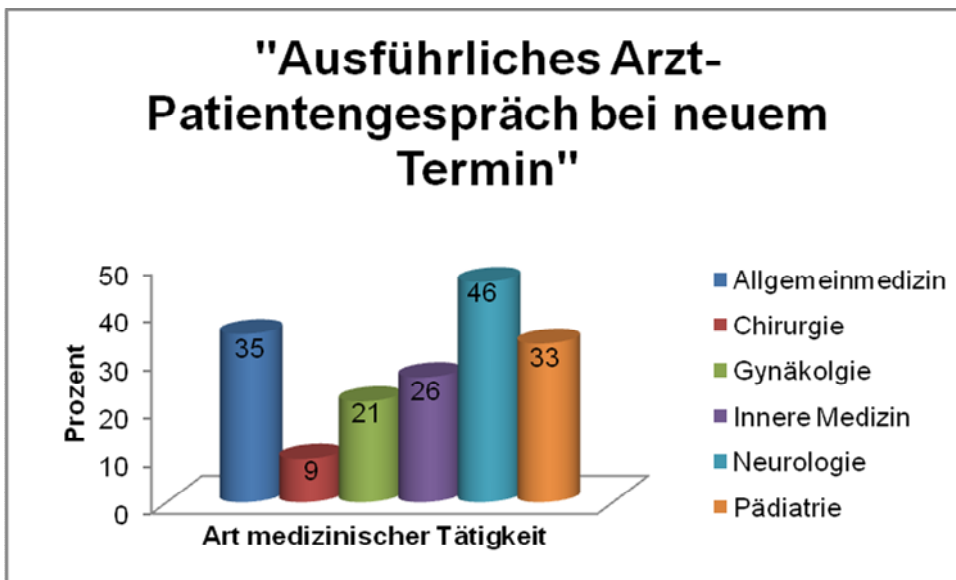


Abb.55: Empfehlung: „**Ausführliches Arzt-Patientengespräch bei neuem Termin**“, nach Art medizinischer Tätigkeit, Teil A

Es zeigt sich, dass 29% der Hausärzte/innen und 30% der Krankenhausärzte/innen dieses praktizieren, aber 40% der in einer Facharztpraxis arbeitenden.

#### 4.8.3 Partner-/Familienberatung

Mit 61% der Ärztinnen empfehlen diese eine „Partner- und Familienberatung“ etwas häufiger als die männlichen Kollegen (56%).

Während die Allgemeinmediziner/innen und Gynäkologen/innen jeweils zu 71% diese Empfehlung aussprechen, sind es unter den Chirurgen/innen, Internisten/innen und Neurologen/innen und Psychiatern/innen durchschnittlich 55%. Die Pädiater/innen bieten dieses zu 41% an.

Unter den in einer Hausarzt- oder Facharztpraxis tätigen Mediziner/innen befürworten durchschnittlich 61% diese Vorgehensweise, wohingegen es 52% der Krankenhausärzte/innen praktizieren.

#### 4.8.4 Krisennotdienst, z.B. Frauenberatung

Während 61% der Ärztinnen einen „Krisennotdienst“ empfehlen, sind es mit 40% deutlich weniger Ärzte. Innerhalb der fachärztlichen Tätigkeiten sind es die Neurologen/innen und Psychiater/innen, die mit einem Anteil von 64% diese Institutionen befürworten. Allgemeinmediziner/innen und Gynäkologen/innen tun dies zu durchschnittlich 52%. Von den Internisten/innen, Chirurgen/innen und Pädiatern/innen sprechen jeweils 41% diese Empfehlung aus.

Unter den Hausärzten sind es 49%, unter den Fachärzten 57% und unter den Krankenhausärzten 39%, die den Krisennotdienst befürworten.



#### 4.8.5 Frauenhaus

56% der Ärztinnen und 52% der Ärzte empfehlen ein „Frauenhaus“. Am häufigsten sind es die Gynäkologen/innen (79%), gefolgt von den Allgemeinmediziner/innen (62%), Neurologen/innen und Psychiatern/innen (61%) und Chirurgen/innen (46%) sowie Internisten/innen (46%). Nur die Pädiater/innen zeigen sich hier mit einem Anteil von 26% zurückhaltend.

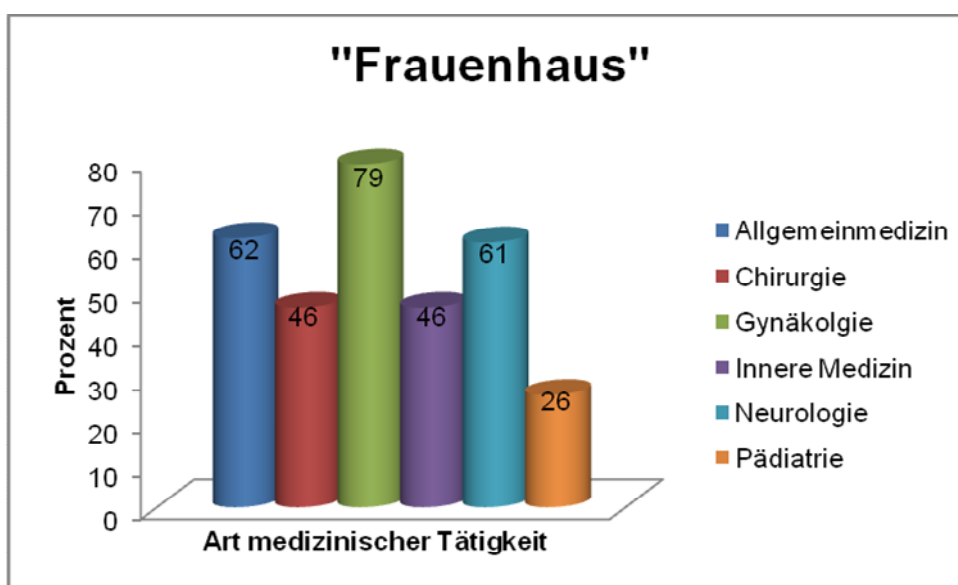


Abb.56: Empfehlungen: „Frauenhaus“, nach Art medizinischer Tätigkeit, Teil A

59% der Hausärzte/innen, 54% der in einer Facharztpraxis Tätigen und 44% der Krankenhausärzte/innen empfehlen einen „Krisennotdienst“.

#### 4.8.6 „Weißer Ring e.V.“

Den „Weißer Ring e.V.“ befürworten 22% der Ärztinnen und 20% der Ärzte. Neurologen/innen und Psychiater/innen sowie Allgemeinmediziner/innen dominieren mit durchschnittlich 28% diese Empfehlungen. Die weiteren Fachrichtungen bieten dieses mit durchschnittlich 21% an. Die Pädiater/innen schlagen den „Weißer Ring e.V.“ jedoch gar nicht vor.

Die in einer Facharztpraxis tätigen empfehlen diese Institution zu 24%, gefolgt von den Hausärzten/innen mit 21%. Nur 15% der Krankenhausärzte/innen sprechen diese Empfehlung aus.

#### 4.8.7 „Rechtsmedizin“

14% der Ärztinnen und 16% der Ärzte sprechen sich für die „Rechtsmedizin“ aus.

Innerhalb der Fachrichtungen zeigt sich, dass 18% der Neurologen/innen und Psychiater/innen, 13% der Internisten/innen, 12% der Allgemeinmediziner/innen und jeweils 11% der Gynäkologen/innen und Pädiater/innen diese Empfehlung tätigen. Am wenigsten Anklang scheint die „Rechtsmedizin“ bei den Chirurgen/innen zu finden. Nur 5% bieten diese Institution an.

Die im Krankenhaus arbeitenden Mediziner/innen empfehlen die „Rechtsmedizin“ zu 18%, während sich die in einer Facharztpraxis tätigen zu 15% und sich die hausärztlich praktizierenden mit 11% für diese Institution aussprechen.

#### 4.8.8 „Psychotherapie“

Mit 69% sind es mehr Ärztinnen als Ärzte, die eine „Psychotherapie“ empfehlen (52%). Innerhalb der einzelnen Fachrichtungen zeigen sich deutliche Unterschiede. Denn während nur 14% der Allgemeinmediziner/innen eine „Psychotherapie“ befürworten, sind es jeweils 41% der Chirurgen/innen und der Pädiater/innen, 49% der Internisten/innen und je 64% der Gynäkologen/innen und Neurologen/innen und Psychiater/innen.

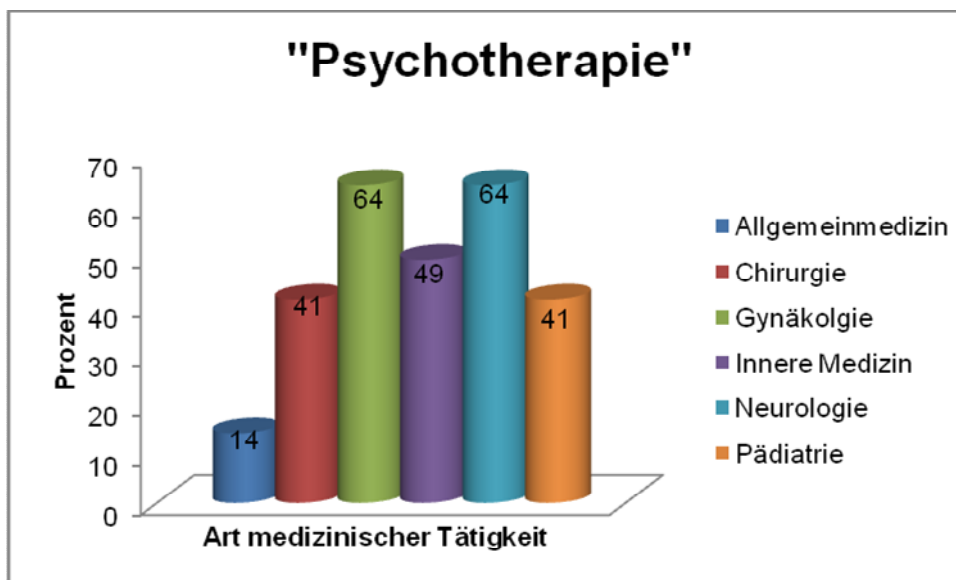


Abb.57: Empfehlungen: „Psychotherapie“, nach Art medizinischer Tätigkeit, Teil A

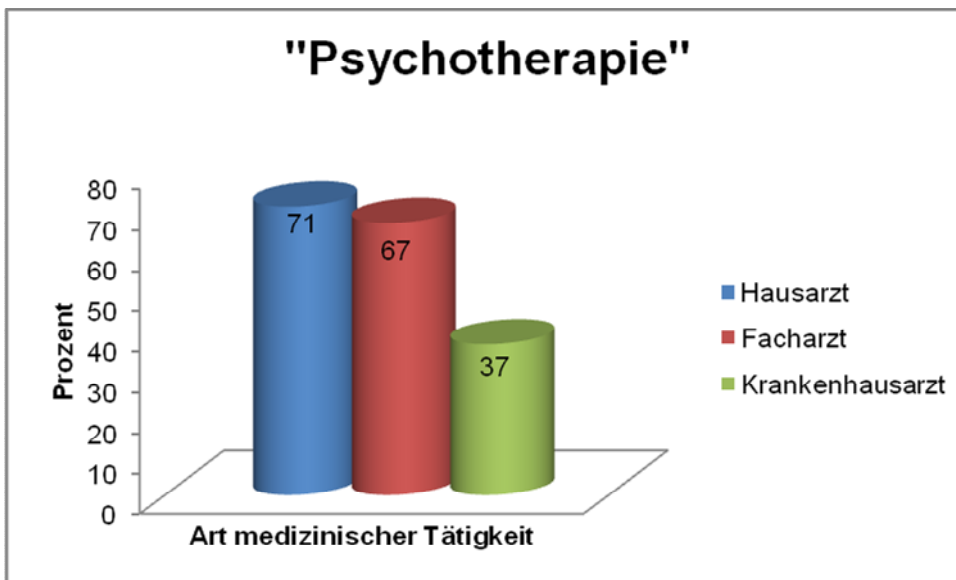


Abb.58: Empfehlungen: „**Psychotherapie**“, nach Art medizinischer Tätigkeit, Teil B

Es zeigt sich, dass durchschnittlich 69% der in einer Haus- und Facharztpraxis tätigen Mediziner eine Psychotherapie anbieten, wohingegen dieses nur von 37% der im Krankenhaus arbeitenden Ärzte und Ärztinnen praktiziert wird.

#### 4.8.9 „Rechtsberatung“

37% der Ärztinnen und 38% der Ärzte sprechen sich für eine „Rechtsberatung“ aus. Innerhalb der Fachrichtungen stehen zwei Gruppen besonders heraus: Die Allgemeinmediziner/innen empfehlen zu 49% ihren Patienten eine Rechtsberatung, Pädiater dahingegen zu 11%. Durchschnittlich 32% Zustimmung kommen aus den Fachbereichen der Chirurgie, Gynäkologie, Inneren Medizin sowie Neurologie und Psychiatrie.

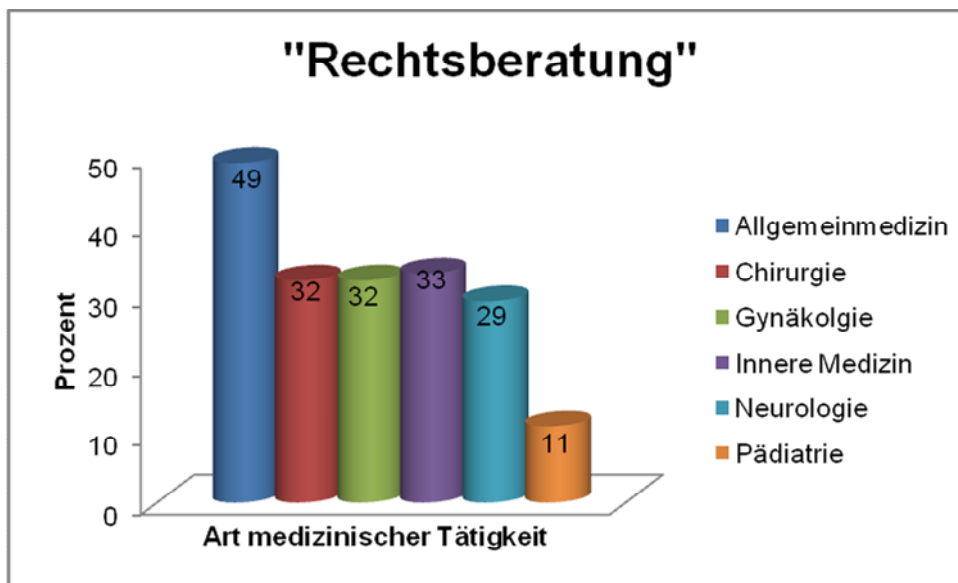


Abb.59: Empfehlungen: „Rechtsberatung“, nach Art medizinischer Tätigkeit, Teil A

Deutliche Unterschiede gibt es zwischen den entsprechenden Empfehlungen bei den in einer Hausarztpraxis arbeitenden Mediziner mit 38%, 50% bei den Fachärzten und 22% bei Krankenhausärzten.

#### 4.8.10 „Polizei“

Jeweils 65% der Ärztinnen und auch der Ärzte empfehlen die „Polizei“. 86% der Gynäkologen/innen bieten den Patienten den Kontakt zu dieser Institution an, 77% der Chirurgen/innen, 62% der Allgemeinmediziner/innen, 56% der Internisten/innen, 46% der Neurologen/inne und Psychiater/innen sowie 33% der Pädiater/innen.

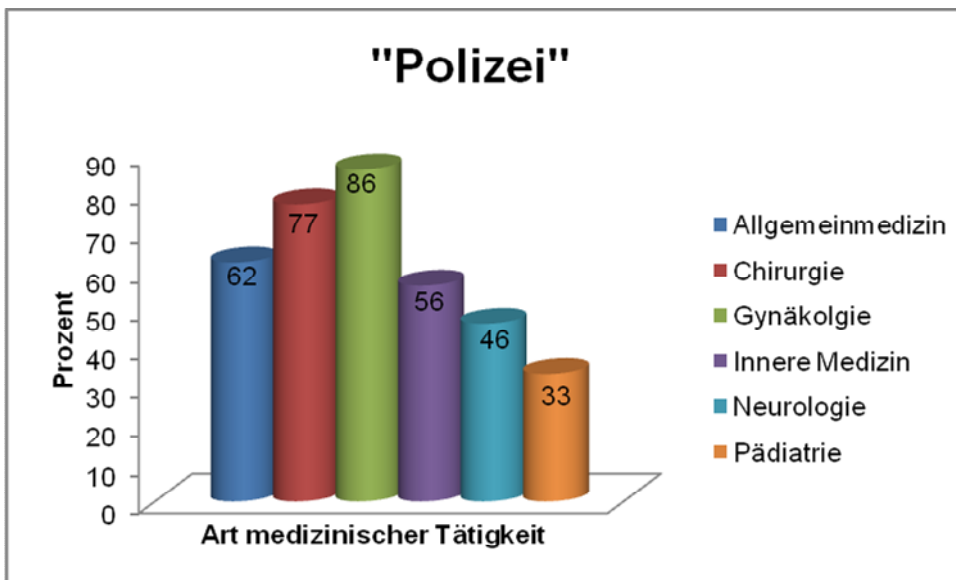


Abb.60: Empfehlungen: „Polizei“, nach Art medizinischer Tätigkeit, Teil A

In der folgenden Auswertung bieten 69% der Klinikärzte/innen, 64% der in einer Facharztpraxis tätigen und 59% der Hausärzte/innen ihrem betroffenen Patientengut die Hilfe durch die „Polizei“ an.

#### 4.8.11 Versorgungsamt „Opferentschädigungsgesetz“

Diese Institution wird von 13% der Ärztinnen und 6% der Ärzte empfohlen. Keiner der Chirurgen/innen, nur 3% bzw. 4% der Internisten/innen und Pädiater/innen, 7% der Gynäkologen/innen, 9% der Allgemeinmediziner/innen und 11% der Neurologen/innen und Psychiater/innen bieten das „Versorgungsamt“ zur weiteren Hilfestellung an.

Unter den in einer Hausarztpraxis tätigen Mediziner/innen sind es 9%, bei den in einer Facharztpraxis arbeitenden 11% und von den Krankenhausärzten/innen 6%, die diese Empfehlung aussprechen.

#### 4.8.12 „Traumaambulanzen“

Traumaambulanzen werden weitaus häufiger von Ärztinnen (36%) als von Ärzten (16%) angeboten.

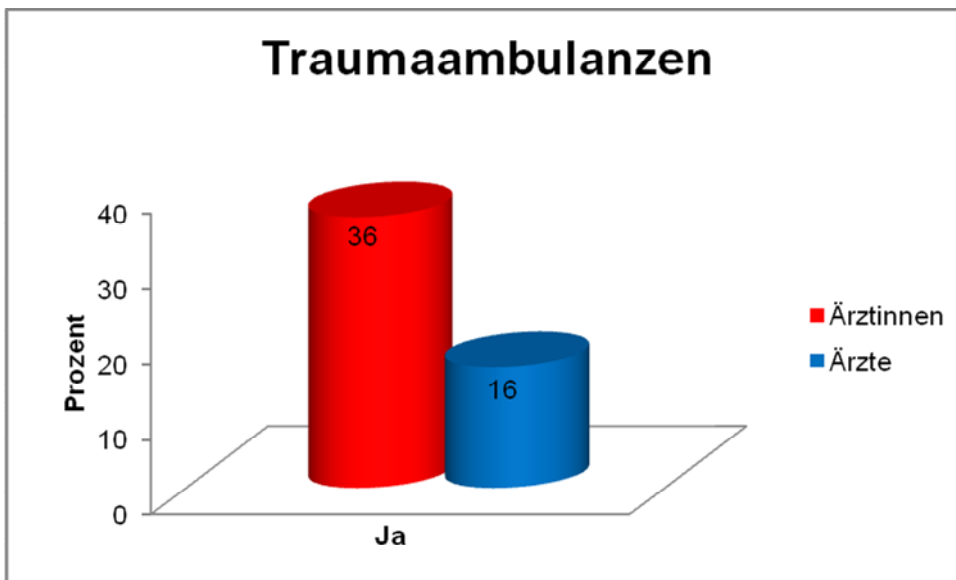


Abb.61: Empfehlung: „Traumaambulanzen“, nach Geschlecht der Mediziner

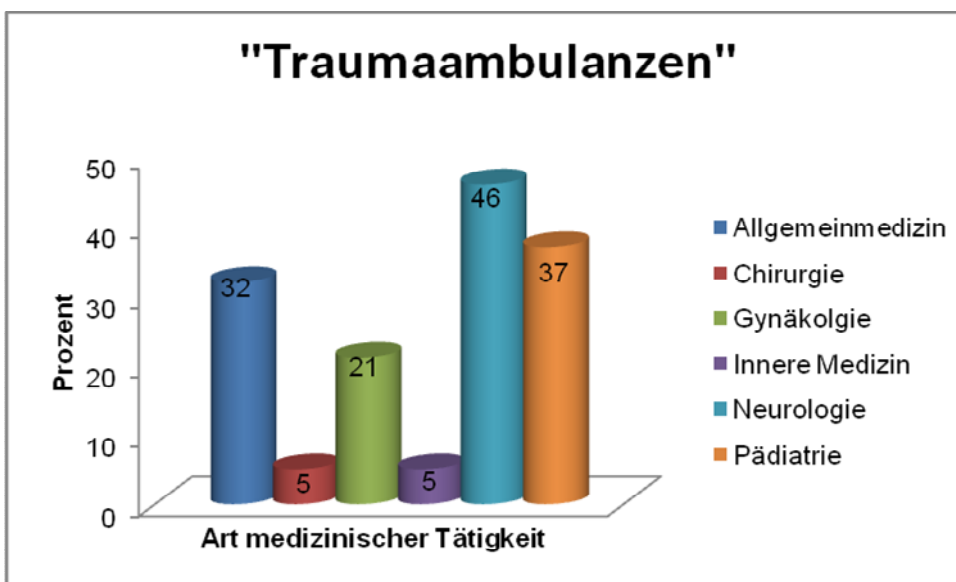


Abb.62 :Empfehlung: „Traumaambulanzen“, nach Art medizinischer Tätigkeit, Teil A

Innerhalb der einzelnen Fachgebiete zeigen sich die Neurologen/innen und Psychiater/innen mit 46% als diejenigen, die solche Institutionen am häufigsten empfehlen. Auch Pädiater/innen (37%) und Allgemeinmediziner/innen (32%) machen dieses. Mit 21% liegen die Gynäkologen/innen in dieser Kategorie im Mittelfeld, wohingegen die Chirurgen/innen und Internisten/innen mit einem Anteil von 5% jeweils am wenigsten solche Empfehlungen aussprechen.

Die in einer Facharztpraxis tätigen Mediziner/innen stellen mit 41% den größten Anteil dar, neben den 12% der im Krankenhaus praktizierenden und 20% der in einer Hausarztpraxis beschäftigten Mediziner/innen.

#### 4.8.13 Weitere Angabe als Freitext

Die Mediziner äußern sich auch über andere Hilfeangebote, die sie ihren Patienten geben. Diese Notizen sollen nun stichpunktartig dargestellt werden.

„Seelsorge“ und „Notfallseelsorge“, „Sozialdienst des Hauses“, „kirchliche Institutionen“, „Hausarzt“, „Betreuer von Asylanten“, „Caritas“, „Pflegedienst“, „Migrantenambulanz“, „Amtsgericht“, „Suchtberatungsstelle“, „Kollegen mit Traumap Psychotherapie“, „Kassandra“, „Opferbetreuung bei der Polizei“, „Sag es“, „Krisenintervention“, „Pro familia“, „stationäre Traumatherapie“, „Selbsthilfegruppen“, „Kinderschutzambulanz“, „Kinderschutzbund“, „Universität Kinderklinik“, „sozialpädiatrische Ambulanzen“, „Schulpsychologischer Dienst“, „Kinderschutzbund“ und das „Jugendamt“.

#### 4.9 Verfügbarkeit von Informationsmaterial

Die nächste Frage beschäftigt sich mit der Verfügbarkeit von Informationsmaterial, hier antworten 263 Mediziner/innen. 87 (33%) davon geben an, über Informationsmaterial zu verfügen, somit negieren 176 (67%) Teilnehmer/innen diese Frage. Darunter sind 53 Ärztinnen und 34 Ärzte, was 44% aller Ärztinnen und 24% aller Ärzte entspricht.

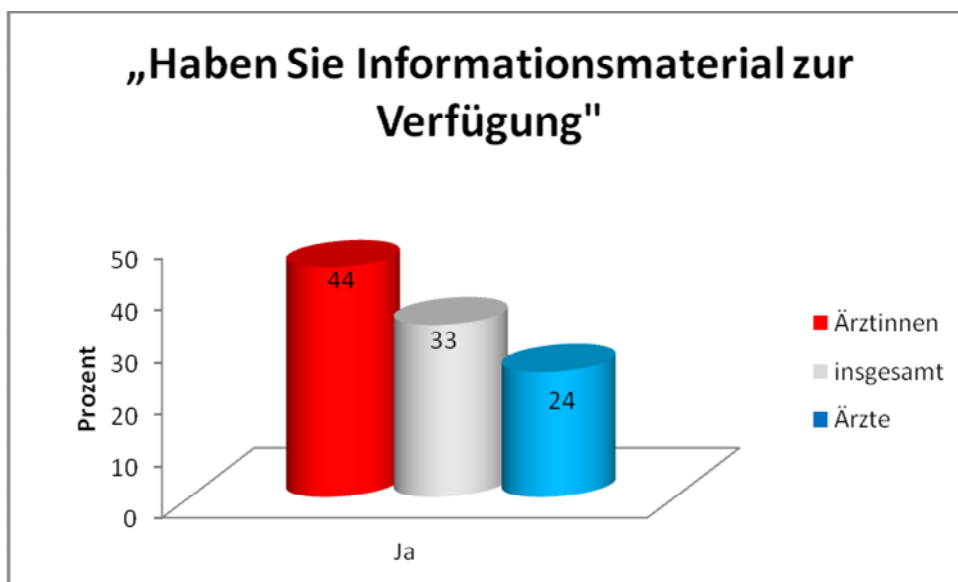


Abb.63: „Haben Sie **Informationsmaterial** zur Verfügung?“, insgesamt und nach Geschlecht

Ärztinnen haben häufiger Informationsmaterial zur Verfügung als Ärzte.



Abb.64: „Haben Sie **Informationsmaterial** zur Verfügung?“ nach Berufserfahrung

Die am kürzesten im Berufsleben Stehenden haben zu 13% Informationsmaterial zur Verfügung, darauf folgen die am Erfahrensten mit 21%. Seit bis zu 10 Jahren im Beruf stehende weisen zu 43% Informationsmaterial auf, in der darauf folgenden Kategorie 32% und die bis 30 Jahre tätigen wiederum zu 43%.

13% der Internisten/innen, aber 40% der Gynäkologen/innen besitzen Informationsmaterial.

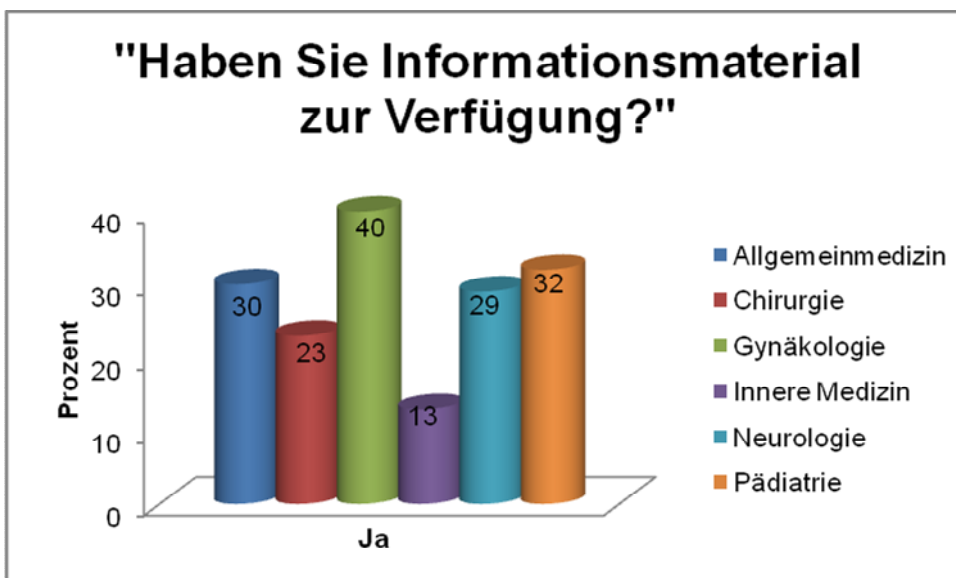


Abb.65: „Haben Sie **Informationsmaterial** zur Verfügung?“, nach Art medizinischer Tätigkeit, Teil A



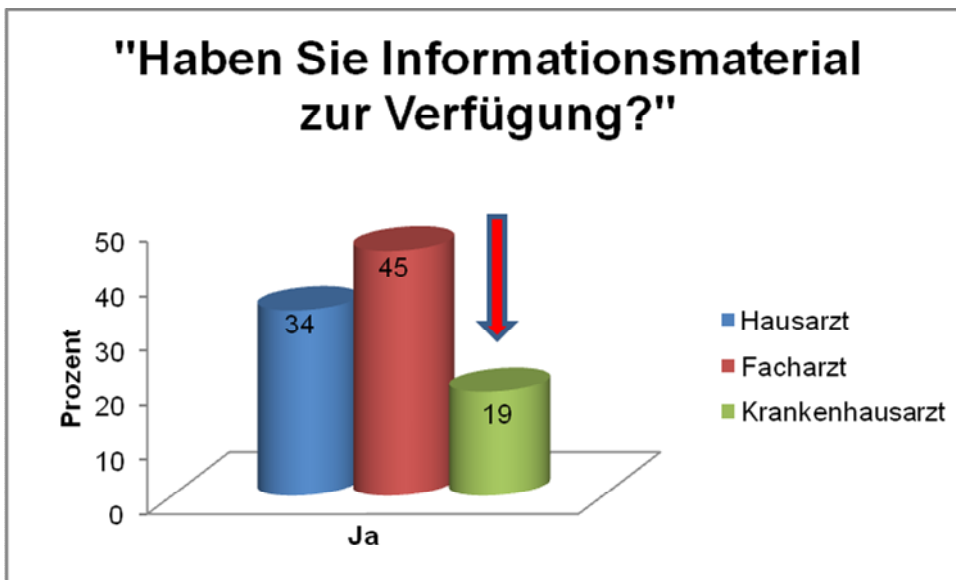


Abb.66: „Haben Sie **Informationsmaterial** zur Verfügung?“, nach Art medizinischer Tätigkeit, Teil B

Und auch in dieser Kategorie gibt es deutliche Unterschiede: Während 19% der im Krankenhaus tätigen Mediziner/innen Informationsmaterial zur Verfügung haben, sind es von den in einer Facharztpraxis arbeitenden 45%.

Diese Frage soll weiter spezifiziert werden, indem die „Angebotspalette“ hinterfragt wird. Es sei daran erinnert, dass 176 Teilnehmer angeben, über kein Informationsmaterial zu verfügen. Sie werden in der folgenden Auswertung nicht mehr berücksichtigt. Die folgenden Prozentzahlen der Ärztinnen und Ärzte beziehen sich nur auf diejenigen, die auch tatsächlich notieren, Informationsmaterial zu besitzen (entsprechend n= 87).

#### 4.10 Informationsmaterial zu welchen Angeboten?



Abb.67: „Zu welchen Angeboten haben Sie Informationsmaterial zur Verfügung?“, insgesamt

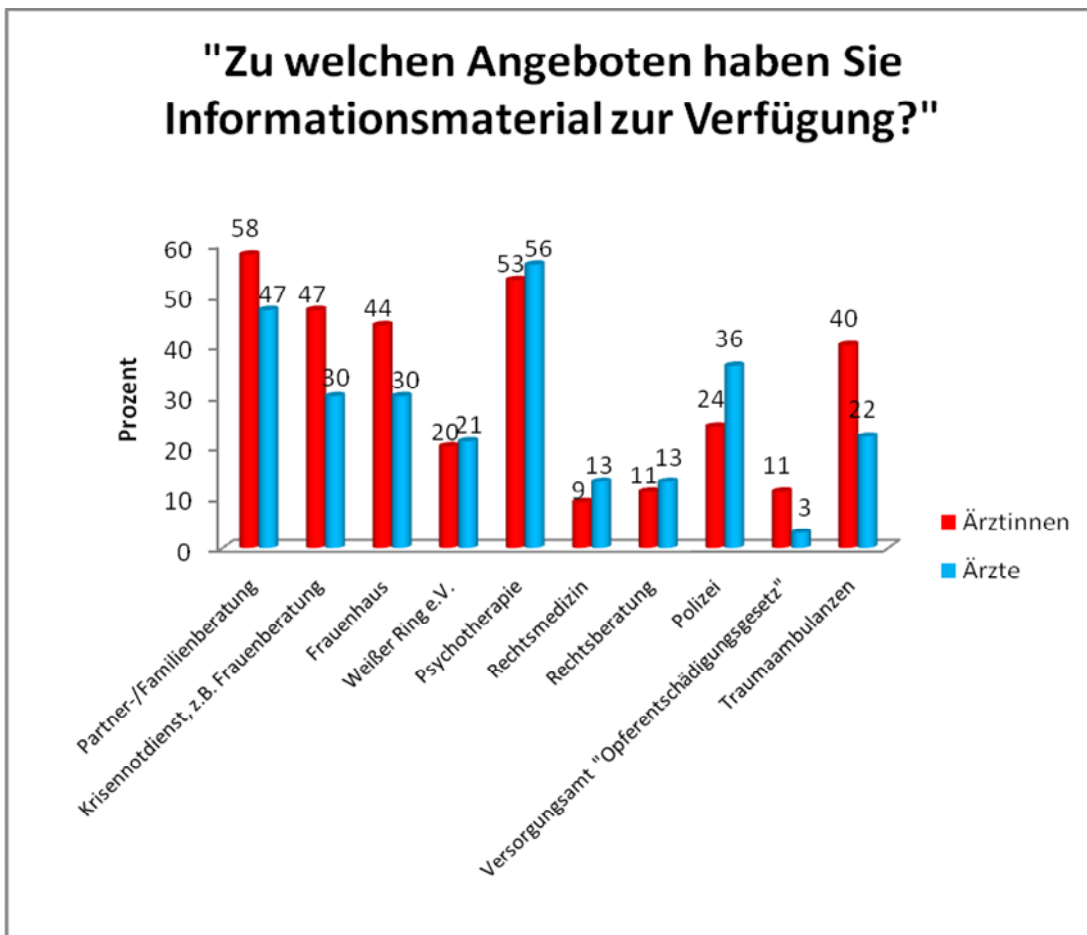


Abb.68: „Zu welchen Angeboten haben Sie Informationsmaterial zur Verfügung?“, nach Geschlecht der Mediziner

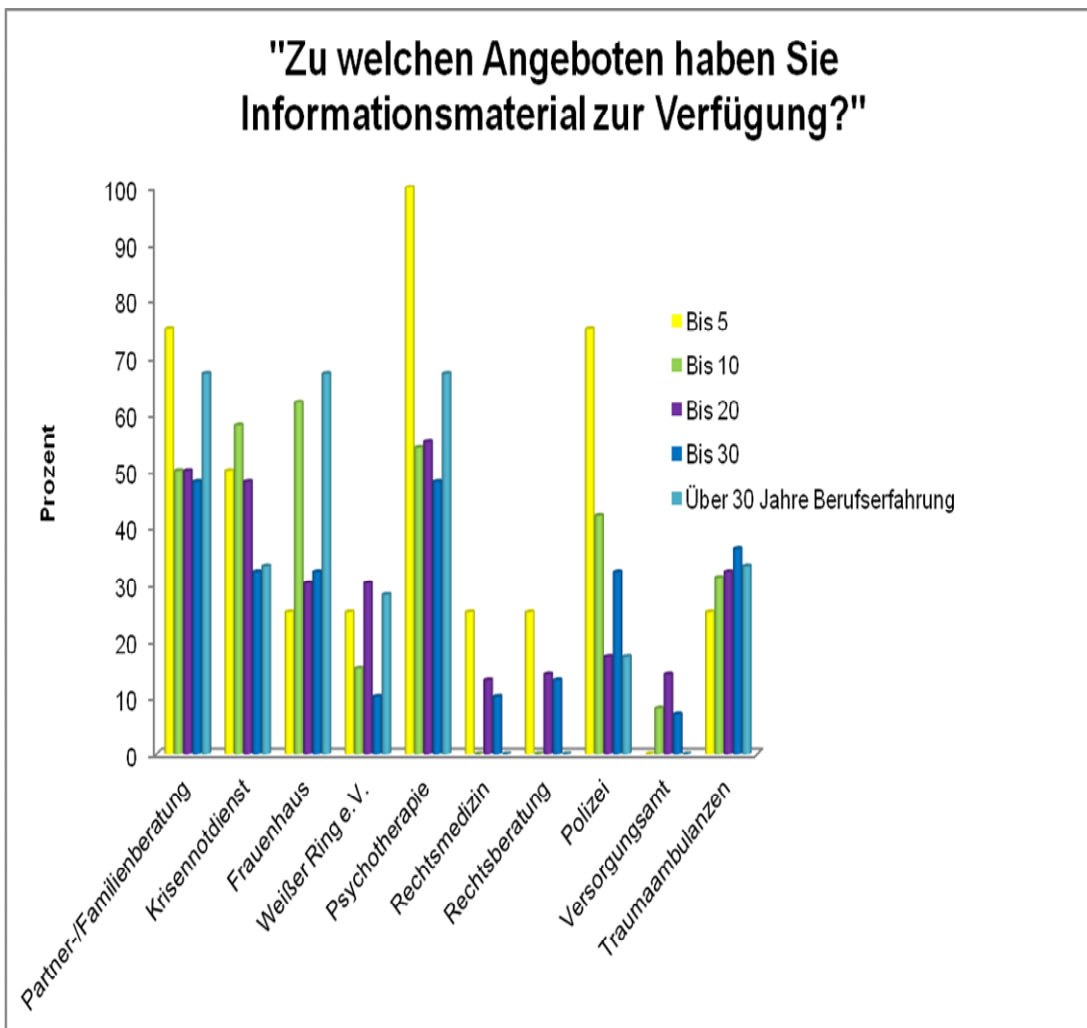


Abb.69: „Zu welchen Angeboten haben Sie **Informationsmaterial** zur Verfügung?“, nach Berufserfahrung

#### 4.10.1 „Partner-/Familienberatung“

58% aller Ärztinnen und 47% aller Ärzte, die mitteilen Informationsmaterial zur Verfügung zu haben, besitzen dieses von einer Partner-/Familienberatung.

82% der gynäkologisch tätigen Medizinerinnen und Mediziner haben Informationsmaterial zur „Partner- und Familienberatung“ zur Verfügung, wohingegen dieses nur auf 17% der Internisten/innen zutrifft.

Am meisten Informationsmaterial zu dieser Institution besitzen die in einer Facharztpraxis praktizierenden Kolleginnen und Kollegen mit einem Anteil von 58%. 50% der in einer Hausarztpraxis tätigen sowie 46% der im Krankenhaus arbeitenden Mediziner/innen können die Patienten mit Informationsmaterial versorgen.

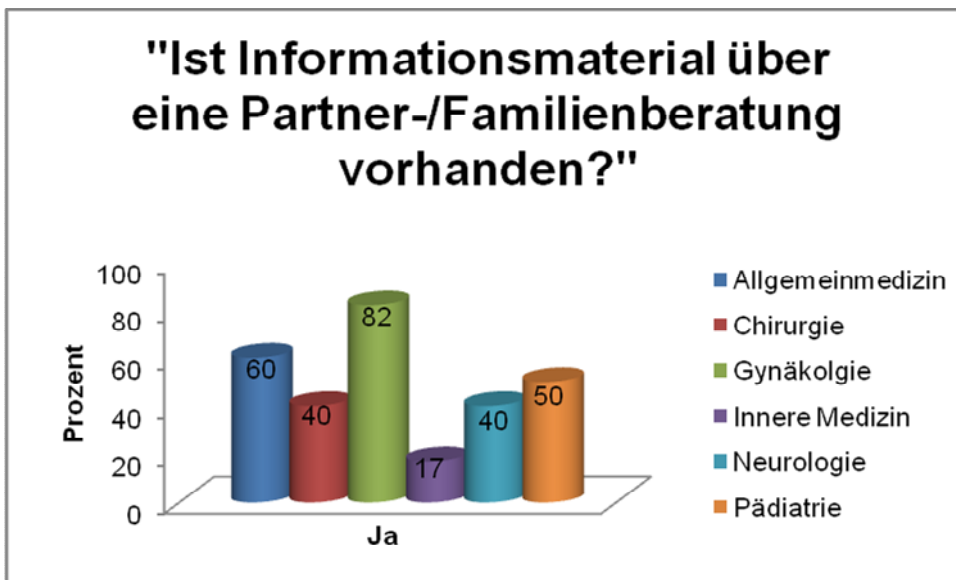


Abb.70: „Ist **Informationsmaterial** über eine „**Partner-/Familienberatung**“ vorhanden?“, nach Art medizinischer Tätigkeit, Teil A

#### 4.10.2 „Krisennotdienst, z.B. Frauenberatung“

Von den über Informationsmaterial verfügenden Mediziner/innen sind es 47% der Ärztinnen und 32% der Ärzte, die solches vom Krisennotdienst vorweisen können.

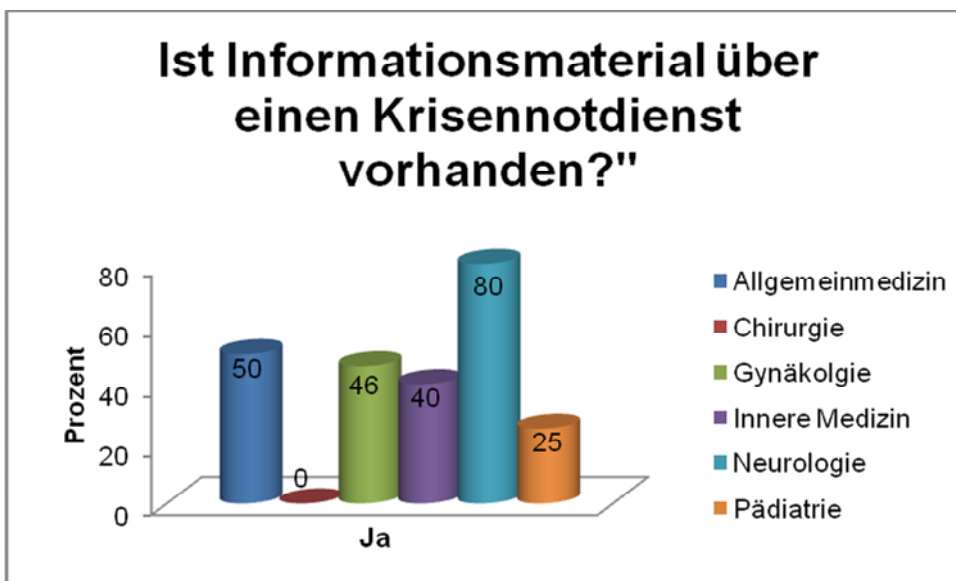


Abb.71: „Ist **Informationsmaterial** über einen Krisennotdienst vorhanden?“, nach Art medizinischer Tätigkeit, Teil A

80% der Neurologen/innen und Psychiater/innen haben derartiges Informationsmaterial zur Verfügung. Dem entgegen kann keiner der chirurgisch tätigen Mediziner/innen solches Informationsmaterial vorweisen.

Während die im Krankenhaus Praktizierenden zu 23% derartiges Informations-

material haben, sind es 41% der in einer Hausarztpraxis und 48% der in einer Facharztpraxis arbeitenden Ärztinnen und Ärzte.

#### 4.10.3 „Frauenhaus“

Über Informationsmaterial von einem Frauenhaus verfügen 44% der Ärztinnen und 30% der Ärzte **mit** Informationsmaterial.

Gynäkologinnen und Gynäkologen besitzen am häufigsten (64%) solches Informationsmaterial, während nur 10% der Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmediziner es ihnen gleich machen.

Die im Krankenhaus arbeitenden Medizinerinnen und Mediziner haben zu 60% Material zu „Frauenhäusern“, dagegen die in Facharztpraxen tätigen Kolleginnen und Kollegen zu 42% und in der Hausarztpraxis zu 22%.

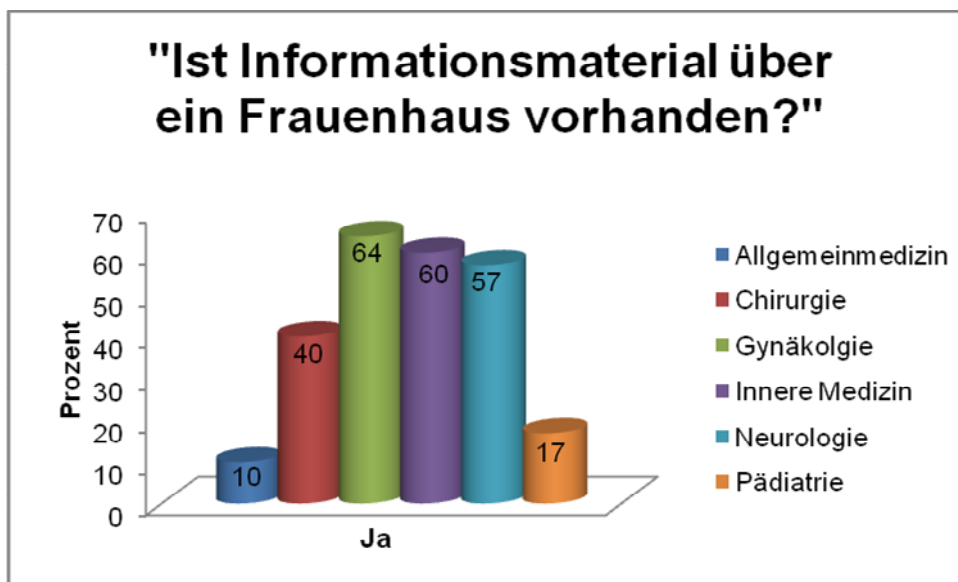


Abb.72: „Ist **Informationsmaterial** über ein **Frauenhaus** vorhanden?“ nach Art medizinischer Tätigkeit, Teil A

#### 4.10.4 „Weißer Ring e.V.“

Informationsmaterial zum „Weißen Ring e.V. findet sich bei 20% der Ärztinnen und 21% der Ärzte mit Informationsmaterial.

Chirurgen/innen sowie Neurologen/innen und Psychiater/innen besitzen zu durchschnittlich 62% Informationsmaterial über den „Weißen Ring“. Etwa 10% der Allgemeinmediziner/innen und Gynäkologen/innen machen es ihnen gleich, jedoch keiner der Internisten/innen oder Pädiater/innen.

Durchschnittlich 29% der im Krankenhaus und Facharztpraxis tätigen Mediziner/innen haben solches Material, im Vergleich zu 4% der Hausärzte/innen.

#### 4.10.5 „Psychotherapie“

Von den über Informationsmaterial verfügenden Medizinerinnen sind es 53% der Ärztinnen und 56% der Ärzte, die solches von einer „Psychotherapie“ vorweisen können.

Während bei den Neurologen/innen und Psychiater/innen 83% derartiges Informationsmaterial zur Verfügung steht, sind es durchschnittlich 57% der Gynäkologen/innen und Pädiater/innen, sowie jeweils 40% der Allgemeinmediziner/innen, Chirurgen/innen und Internisten/innen die ähnliches vorweisen.

67% der in einer Hausarztpraxis, 52% der in einer Facharztpraxis und 43% der im Krankenhaus arbeitenden Medizinerinnen und Mediziner bieten Informationsmaterial über eine „Psychotherapie“ an.

#### 4.10.6 „Rechtsmedizin“

Informationsmaterial zu einer „Rechtsmedizin“ findet sich bei 9% der Ärztinnen und 13% der Ärzte mit Informationsmaterial.

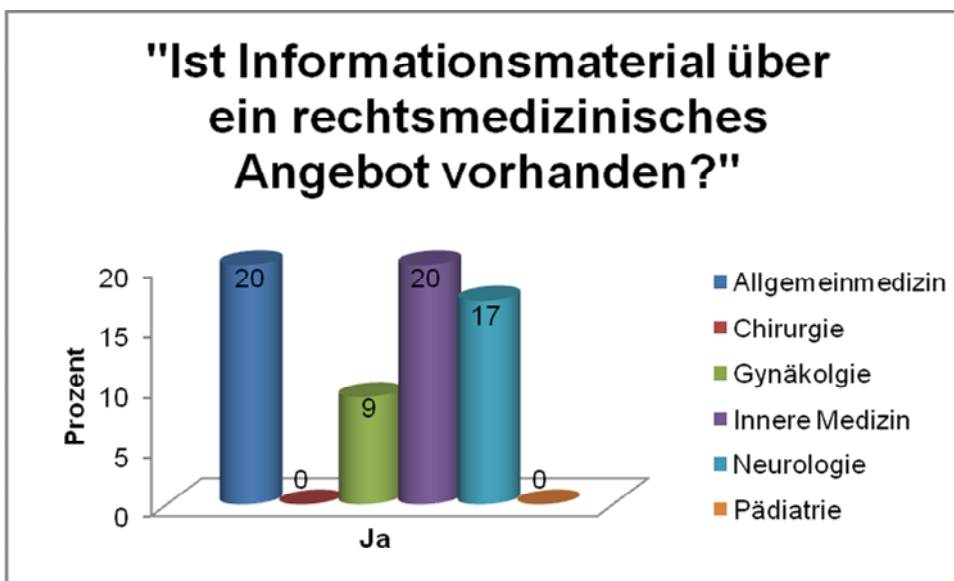


Abb.73: „Ist **Informationsmaterial** über eine **Rechtsmedizin** vorhanden?“, nach Art medizinischer Tätigkeit, Teil A

20% der Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmediziner wie auch der Internistinnen und Internisten verfügen über solches Informationsmaterial, jedoch keiner der Chirurginnen und Chirurgen oder der Pädiaterinnen und Pädiater.

29% der im Krankenhaus arbeitenden Kollegen/innen können derartiges Material vorweisen, dahingegen lediglich durchschnittlich 7% der in Praxen tätigen.

#### 4.10.7 „Rechtsberatung“

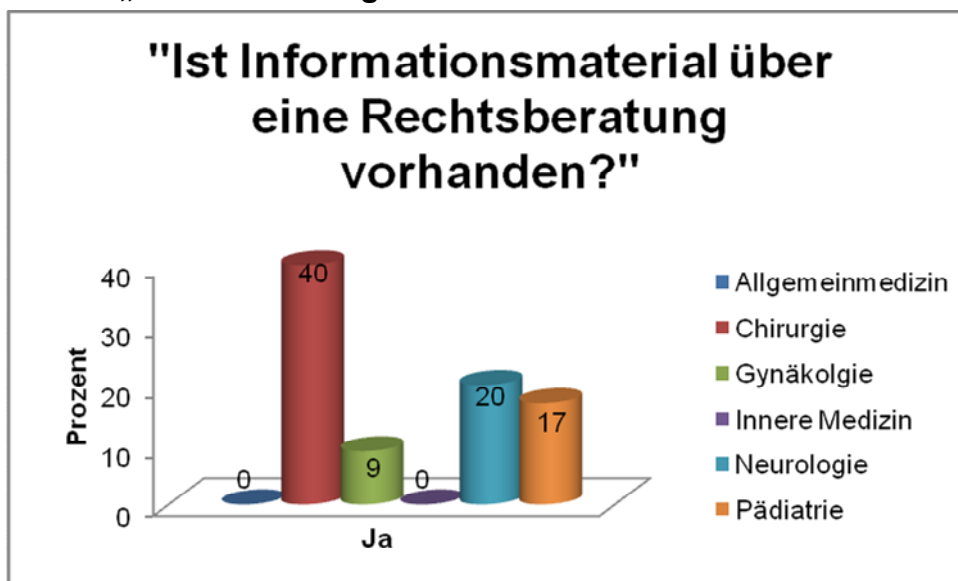


Abb.74: „Ist Informationsmaterial über eine Rechtsberatung vorhanden?“, nach Art medizinischer Tätigkeit, Teil A

Über Informationsmaterial von einer Rechtsberatung verfügen 11% der Ärztinnen und 13% der Ärzte.

40% der Chirurgen/innen sind in der Lage Informationsmaterial für eine „Rechtsberatung auszuhändigen. Dahingegen sind es durchschnittlich 19% der Neurologen/innen und Psychiater/innen sowie der Pädiater/innen, 9% der Gynäkologen/innen und niemand von den Allgemeinmediziner/innen oder Internisten/innen.

Jeweils 15% der in einer Klinik und Facharztpraxis Arbeitenden, sowie 7% der Hausärztinnen und Hausärzte verfügen über solches Material.

#### 4.10.8 „Polizei“

Von den über Informationsmaterial verfügenden Mediziner/innen sind es 24% der Ärztinnen und 36% der Ärzte, die solches von der „Polizei“ vorweisen können.

Am meisten Informationsmaterial zur „Polizei“ haben die Chirurgen/innen und Internisten/innen.

Die in der Klinik tätigen Mediziner/innen können zu 54% solches Material anbieten, während von den in der Praxis tätigen nur durchschnittlich 22% dieses vorliegen haben.



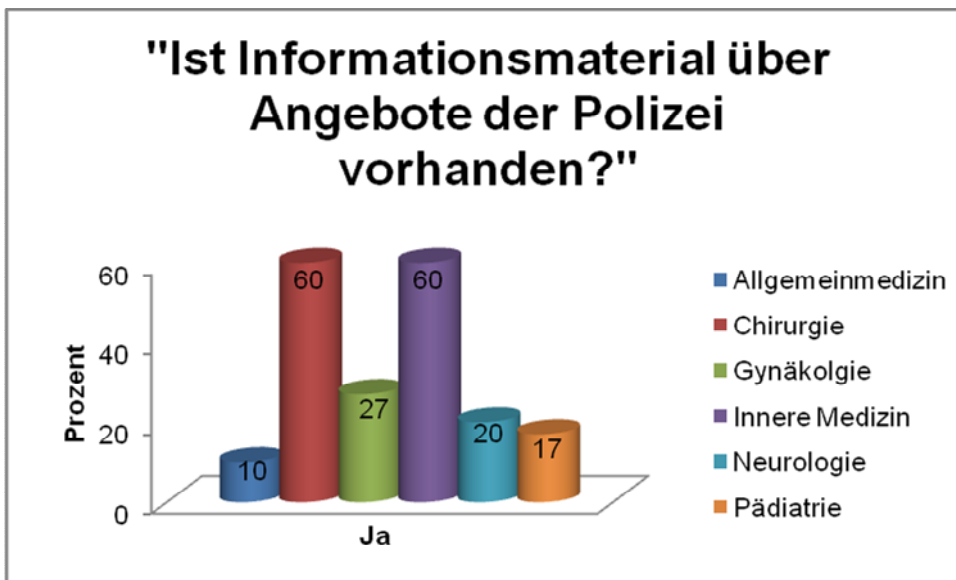


Abb.75: „Ist **Informationsmaterial** über die **Polizei** vorhanden?“, nach Art medizinischer Tätigkeit, Teil A

#### 4.10.9 „Versorgungsamt /Opferentschädigungsgesetz“

Über Informationsmaterial von einem „Versorgungsamt“ verfügen 11% der Ärztinnen und 13% Ärzte 3% der Ärzte mit Informationsmaterial.

Die Neurologen/innen und Psychiater/innen können zu 20% dieses Material aushändigen, durchschnittlich 9% der Allgemeinmediziner/innen und Pädiater/innen, aber weder die Chirurgen/innen, Gynäkologen/innen oder Internisten/innen, da sie über **kein** Informationsmaterial verfügen.

Niemand der im Krankenhaus tätigen, allerdings 15% der in einer Facharztpraxis und 4% in einer Hausarztpraxis arbeitenden Medizinerinnen und Mediziner, bieten dieses Infomaterial an.

#### 4.10.10 „Traumaambulanzen“

Informationsmaterial zu Traumaambulanzen findet sich bei 40% der Ärztinnen und 22% der Ärzte mit Informationsmaterial.

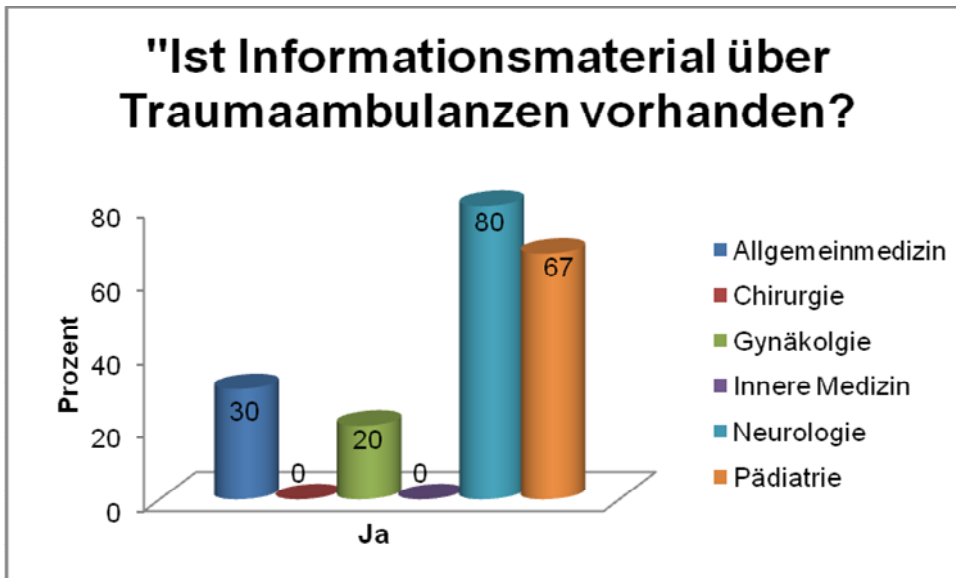


Abb.76: „Ist Informationsmaterial über Traumaambulanzen vorhanden?“, nach Art medizinischer Tätigkeit, Teil A

Neurologen/innen und Psychiater/innen verfügen zu 80% über Infomaterial, aber niemand der Chirurginnen und Chirurgen oder Internistinnen und Internisten.

In Facharztpraxen gibt es darüber mit 46% am häufigsten Informationen, dahingegen bei dem Hausärztinnen und Hausärzten und den im Krankenhaus arbeitenden Medizinerinnen und Mediziner durchschnittlich zu 22%.

#### 4.11 Informationsbedarf, Beratungsbedarf und konkreter Unterstützungsbedarf

Anschließend werden die Ärztinnen und Ärzte darum gebeten, ihre ärztliche Tätigkeit zu reflektieren und zu eruieren, ob zu diesem zuvor abgefragten Themenkomplex Informationsbedarf, Beratungsbedarf und konkreter Unterstützungsbedarf besteht.

Die folgende Abbildung gibt einen Überblick über die 3 Themengebiete und differenziert die Angaben nach dem Geschlecht.

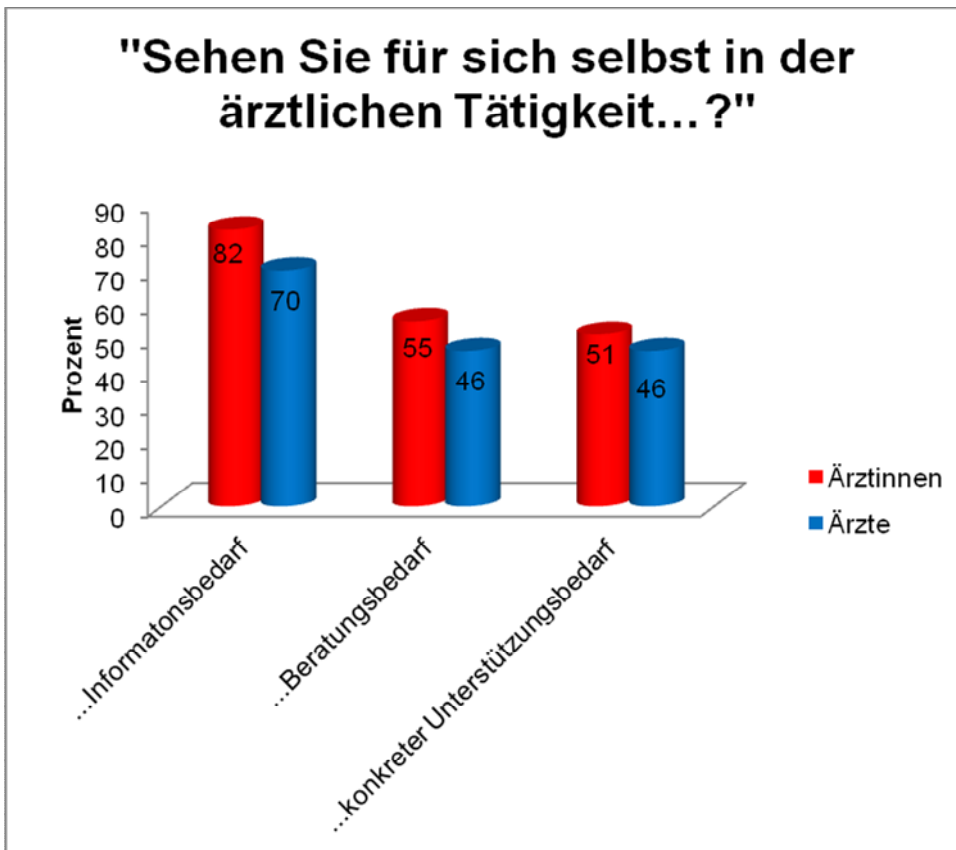


Abb.77: „Sehen Sie für sich selbst in der ärztlichen Tätigkeit...? Geschlecht der Mediziner

#### 4.11.1 Informationsbedarf

111 der Ärztinnen und 135 der Ärzte beantworten die Frage nach Informationsbedarf. Insgesamt antworten 248 (94%) Mediziner/innen auf diese Frage, 75% davon sehen für sich Informationsbedarf. In der Betrachtung nach ihrem Geschlecht, sind dies 91 (82%) Ärztinnen und 94 (70%) der Ärzte.



Abb.78: „Sehen Sie für sich in der ärztlichen Tätigkeit **Informationsbedarf?**“, insgesamt

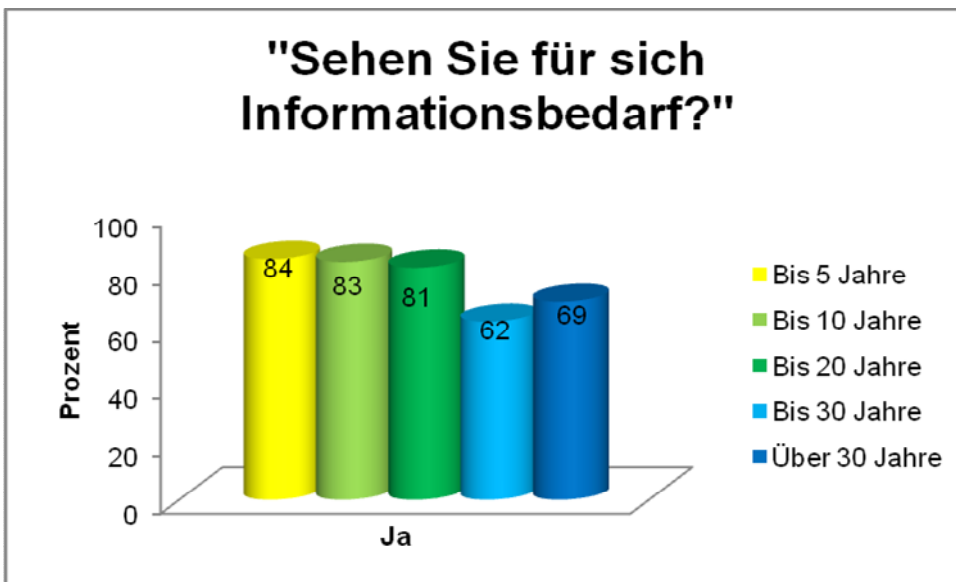


Abb.79: „Sehen Sie für sich in der ärztlichen Tätigkeit **Informationsbedarf?**“, nach Berufserfahrung

Der Informationsbedarf ist nach dieser Auswertung in den ersten 20 Berufsjahren am höchsten.

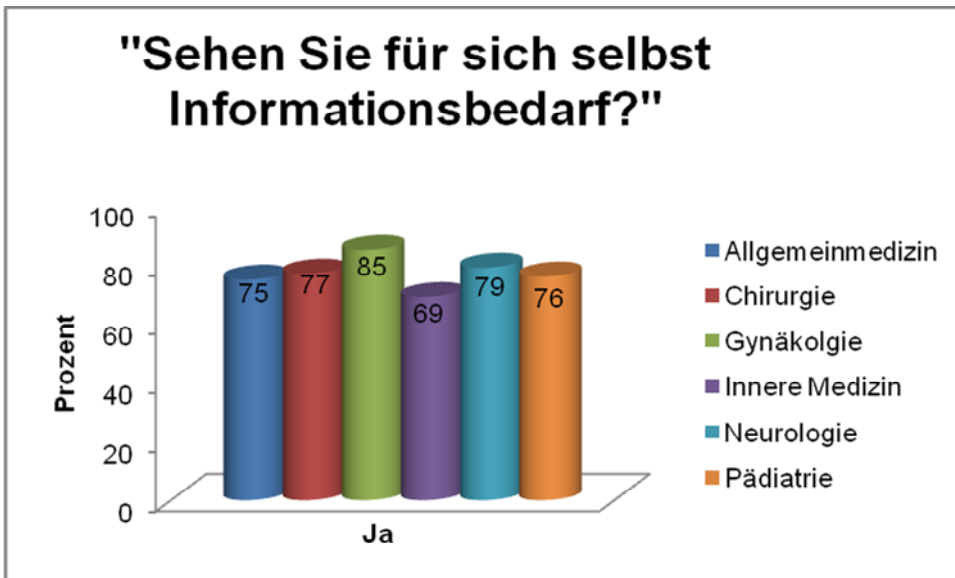


Abb.80: „Sehen Sie für sich selbst in der ärztlichen Tätigkeit **Informationsbedarf?**“, nach Art medizinischer Tätigkeit, Teil A

85% der Gynäkologen/innen sehen für sich selbst Informationsbedarf im Vergleich zu 69% der Internisten/innen.

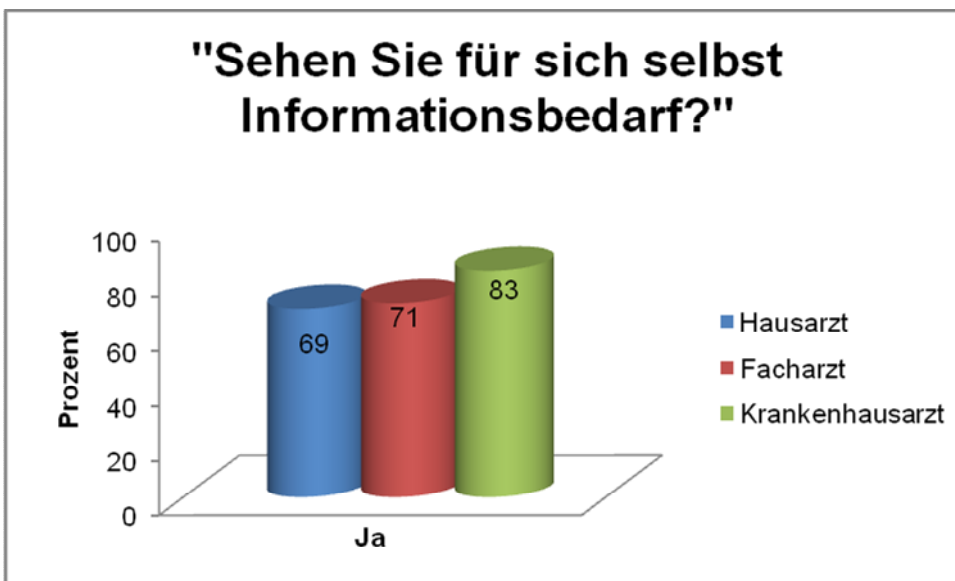


Abb.81: „Sehen Sie für sich in der medizinischen Tätigkeit **Informationsbedarf?**“, nach Art medizinischer Tätigkeit, Teil B

Der Informationsbedarf ist bei 83% der im Krankenhaus arbeitenden Mediziner/innen am höchsten, die Praxisärzte/innen geben diesen zu durchschnittlich 70% an.

#### 4.11.2 Beratungsbedarf

In der zweiten Kategorie, der Frage nach Beratungsbedarf im Zusammenhang mit Gewaltopfern, sind 236 Antworten zu finden, davon 103 durch die Ärztinnen und 131 durch die befragten Ärzte.

55% der Mediziner/innen sehen für sich einen diesbezüglichen Beratungsbedarf.



Abb.82: „Sehen Sie für sich in der ärztlichen Tätigkeit **Beratungsbedarf?**“, insgesamt

Von den 103 Ärztinnen sind es 66 (55%) und von den männlichen Kollegen 60 (46%), die einen Beratungsbedarf für sich erkennen.

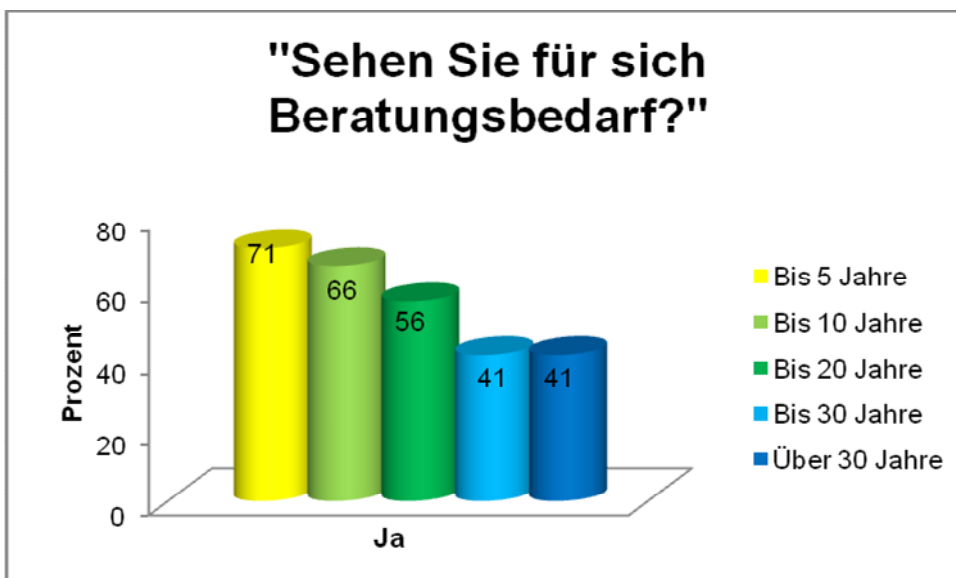


Abb.83: „Sehen Sie für sich in der ärztlichen Tätigkeit **Beratungsbedarf?**“, nach Berufserfahrung

Auch der Beratungsbedarf ist in der Berufsgruppe mit bis zu 20 Jahren Berufserfahrung am größten.

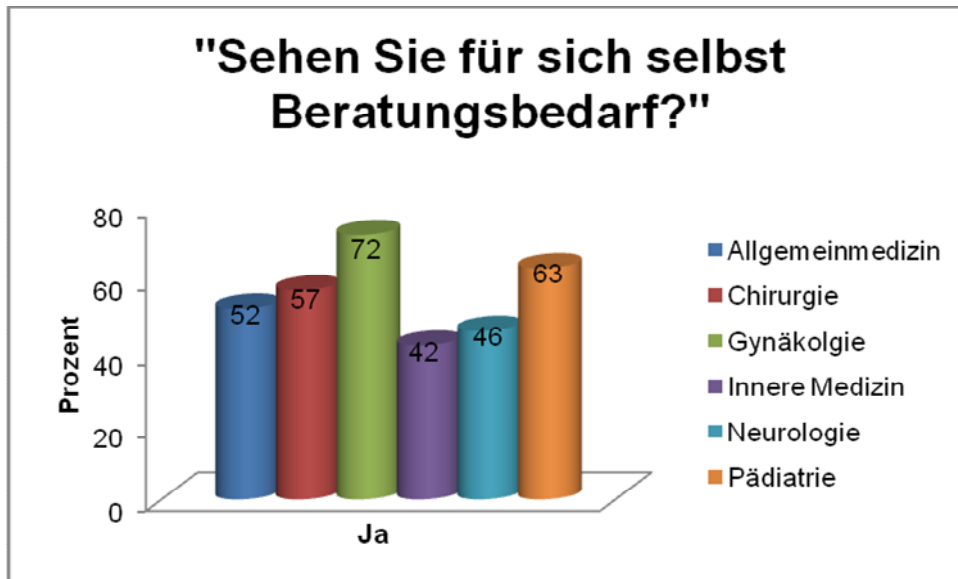


Abb.84: „Sehen Sie für sich selbst **Beratungsbedarf** in der ärztlichen Tätigkeit?“, nach Art medizinischer Tätigkeit, Teil A

Den größten Beratungsbedarf sehen wiederum Gynäkologen/innen zu 72%, während 42% der Internisten/innen diesen für sich erkennen.

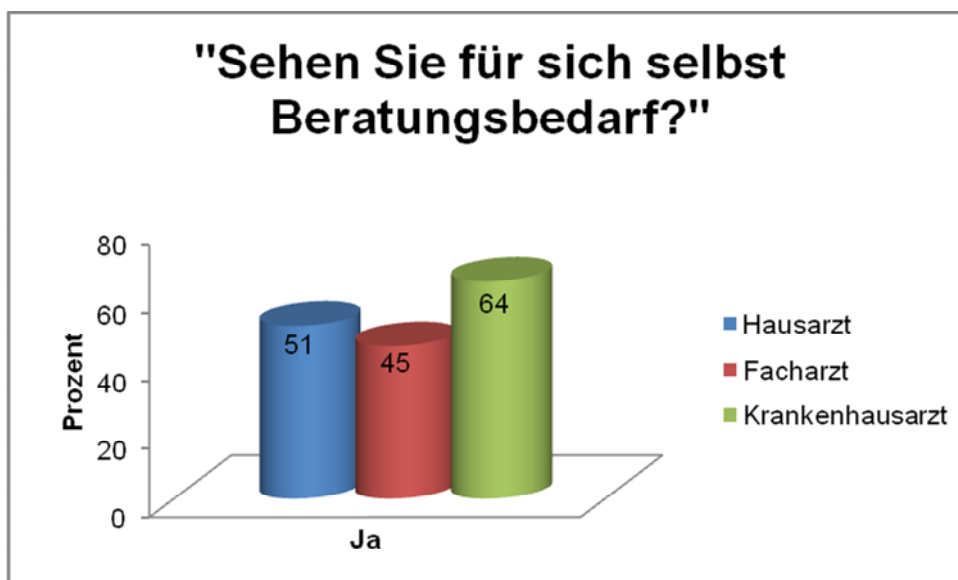


Abb.85: „Sehen Sie für sich selbst **Beratungsbedarf** in der ärztlichen Tätigkeit?“, nach Art medizinischer Tätigkeit, Teil B

Von denen im Krankenhaus tätigen Mediziner/innen haben zu 64% Beratungsbedarf.

### 4.11.3 Konkreter Unterstützungsbedarf

Die dritte Kategorie beschäftigt sich mit der Frage nach konkretem Unterstützungsbedarf bezüglich der Gewaltopferthematik. Hier antworten 231 (88%) der Mediziner, darunter 98 der Ärztinnen und 131 der Ärzte.

96 Mediziner/innen (42%) geben an, konkreten Unterstützungsbedarf in der ärztlichen Tätigkeit bezüglich der Gewaltopferthematik zu sehen.

50 von 98 Ärztinnen (51%), sowie 46 der 131 Ärzten (35%) sehen für sich konkreten Unterstützungsbedarf.



Abb.86: „Sehen Sie für sich in der ärztlichen Tätigkeit **konkreten Unterstützungsbedarf?**“, insgesamt

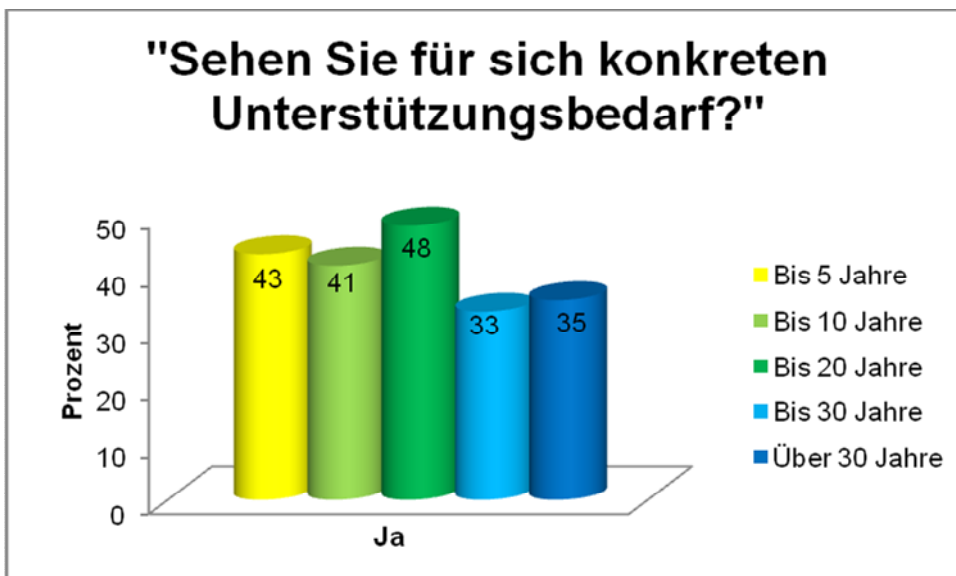


Abb.87: „Sehen Sie für sich in der ärztlichen Praxis **konkreten Unterstützungsbedarf?**“, nach Berufserfahrung



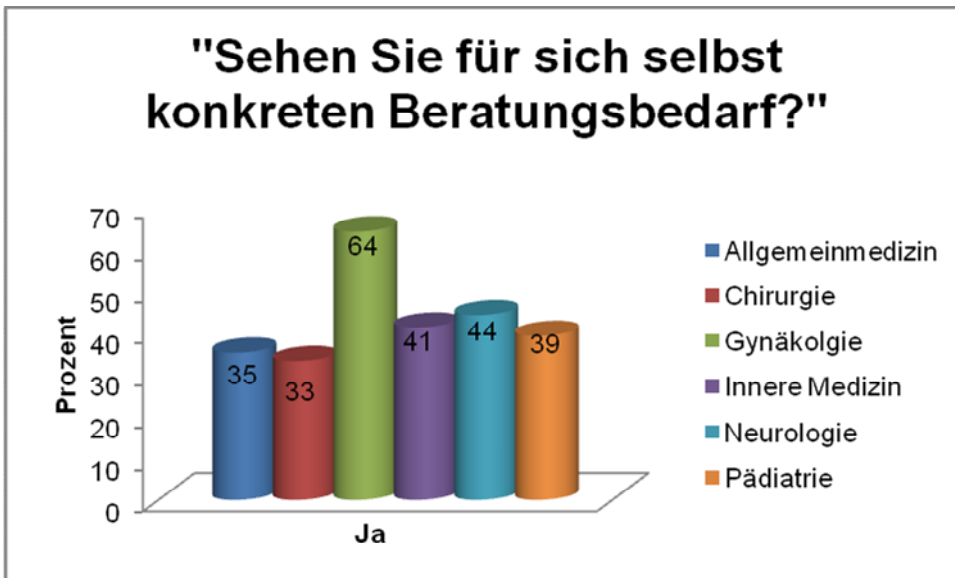


Abb.88: „Sehen Sie für sich in der ärztlichen Praxis **konkreten Beratungsbedarf?**“, nach Art medizinischer Tätigkeit, Teil A

Auch in dieser Kategorie sind die Gynäkologen/innen zu 64% ihren Kollegen voraus. Den geringsten Unterstützungsbedarf geben die Chirurgen/innen an (33%).



Abb.89: „Sehen Sie für sich in der ärztlichen Praxis **konkreten Beratungsbedarf?**“, nach Art medizinischer Tätigkeit, Teil B

Und auch hier sehen die Krankenhausärzte/innen für sich den größten Bedarf.

#### 4.11.4 Wünsche

Zur nächsten Frage äußern sich 136 Mediziner (52%), darunter 57 Ärztinnen und 78 Ärzte. Da viele Teilnehmer Mehrfachnennungen angeben, sollen hier keine genauen Fallzahlen auftreten, sondern deskriptiv die Häufigkeiten und Stichworte dargestellt werden.

Am häufigsten wird der Wunsch geäußert, Informationen zum Thema in Form von Broschüren, Handouts und Flyern zu erhalten, welche einerseits Hilfestellung für den ärztlichen Behandlungsvorgang, andererseits als Informationen für Patienten ausgehändigt werden könnten. Dabei werden „Informationen für das Wartezimmer“, die der „prophylaktischen Aufklärung“ dienen und demzufolge eine vermehrte „Öffnung des Patienten“ hervorrufen könnten, erwähnt, die diesem jedoch ebenso Informationen und Adressen zu Anlaufstellen vermitteln sollen.

Der Wunsch nach Telefon- und Faxnummern, Internetseiten zum Thema und vor allem den Adressen wird ebenfalls von den meisten geäußert. Dabei werden teils ganz allgemeine Adressensammlungen gewünscht, die „gut aufgelistet, mit Beschreibung von Aufgaben und Möglichkeiten“ einhergehen, zudem „aktuell“ und „konkret“ sind und dem Benutzer ein „einfaches Auffinden passender Berater bei spezifischen Problemen“ ermöglichen und auch für „verschiedene Zielgruppen“ ausgerichtet sein könnten. So berichtet ein Mediziner: „Im Falle eines konkreten Falles sind Adressen nicht verfügbar, bei mir ist der Kontakt oft nur im OP“ und ein weiterer äußert sich wie folgt: „Die aktive Suche nach Infomaterial bringt einen hohen Zeitaufwand mit sich - komprimierte Prospekte wären sinnvoll“. „Der Wust an Angeboten ist riesig, wo kann ich sehen, welche Einrichtungen ich vor Ort habe?“ Teils wurde auch die Frage nach speziellen Angeboten und Adressen, wie Traumaambulanzen, spezialisierten Fachärzten, Psychiatern und Psychotherapeuten, sowie Kinderschutzambulanzen gestellt. Viele der Teilnehmer wünschen sich „konkrete und regionale Anlaufstellen“, „Ansprechpartner“, „Supervision“ eventuell in Form eines „übergreifenden Profis“ und „Beratungsstellen mit mehr Kapazitäten“, die auch „vernünftige Terminangebote und Beratungsbedarf“ aufweisen. Diese sollen „zentral erreichbar sein“, eine „24-Stunden-Bereitschaft“ und somit auch „in der Nacht akute Interventionen“ leisten können. „Kontaktpersonen verschiedener Institutionen“ und „klare Anlaufstellen bei Polizei, Jugend- und Ordnungsamt“ beanspruchen zu können, die jedoch „nicht nur im Notfall“, sondern auch „spontan“, „neutral (nicht nur die Polizei)“ und „wirklich erreichbar“ sind, gehört

zu den Wünschen, wie „Jemand (nicht das Jugendamt), der im Verdachtsfall die Familie besucht und betreut“. „Unterstützung durch alle beteiligten Disziplinen“ und eine „Schnittstellendefinition“ wird erbeten. Es klingt auch der Wunsch nach „Kursen für Kinder zum Schutz vor Gewalt“ durch.

Bei vielen Medizinerinnen kristallisiert sich das Anliegen nach „Leitfäden“, „Leitlinien“, „Dokumentationshilfen“ und „Unfallversorgungsbögen“, wie „Handlungsschemata“, die „das Rezept für die Vorgehensweise bei Gewaltopfern“ erklären. „Woran erkenne ich Gewalt, außer an groben Verletzungen?“, „wie verhält man sich bei Vergewaltigungen?“, wie ist das „standardisierte Vorgehen für Patienten im Krankenhaus?“ „was macht man bei einem Verdacht, den man an nichts festmachen kann?“ und „wie hoch ist die Dunkelziffer“.

Häufig wird das Bedürfnis nach „Seminaren“, „Fortbildungsangeboten“, „Informationsveranstaltungen“ und einer „besseren Ausbildung“ kund getan, deren Inhalte sich auf „typische Verletzungs- und Gewaltmarker“, „Diagnostik“ und „Screeningmethoden“, „psychologische Schulungen“, „Hinweise zur verbalen Interaktion“ und „Gesprächsführung“ beziehen. Und zudem „Hilfestellungen“ erörtern, „wie der Ablauf der weiteren Behandlung“ organisiert werden kann.

Ebenso erbitten die Mediziner Hilfe in rechtlichen Fragen, wie „Scheidungen“, „Kontaktaufnahme mit Behörden“, „Hilfen durch Polizei und Anwälte“, „wie schnell geht eine richterliche Verfügung?“ und „wie gestalte ich die Kontaktaufnahme mit Behörden?“. Auch hier werden Informationen gewünscht, die „ich dem Patienten aus juristischer Sicht geben kann“. „Schnittstellen zwischen Arzt und Rechtsanwalt“ wären sinnvoll.

Zudem erörterten die Mediziner die Probleme, die sie im Zusammenhang mit der Gewaltopferthematik beschäftigen.

Sie fordern eine „bessere Vernetzung zu den Hilfsorganisationen- und angebotenen“, explizit auch „für ältere Menschen“ und „schnelle Weiterleitungen“ durch eine gezielte „Kooperation der Leistungsebenen“. Auch sei mehr Öffentlichkeitsarbeit von Nöten. Zudem fehle bei einigen einfach „die Zeit für Gespräch und Anamnese“. Ein anderer Mediziner klagt, ihm entstehen wirtschaftliche Probleme, wenn sich ganze Familien von einem abwenden.“ Finanzielle Probleme der Patienten spricht ein weiterer Mediziner an: „Zuweilen fehlt das Geld für die medizinische Attestierung, z.B. für den Rechtsanwalt“. Ein großes Problem sehen einige in „der Angst der Opfer“ und „Eltern, die leugnen, dass ihren Kindern Gewalt zugefügt wird. Die eigene „mangelnde Erfahrung“ und die „vieldeutige Symptomatik, die das Erkennen von

Gewaltanwendung schwierig macht“ räumen weitere Mediziner ein. „Ich erkenne wahrscheinlich nicht alle Gewaltursachen, weil die Patienten oft nichts davon zeigen wollen“. Ehrlich gab zudem jemand an: „Ich habe manchmal Angst eine „Psychokiste“ zu öffnen, weil ich befürchte, die dann selbst nicht mehr schließen zu können.“

Speziellere Problematiken erkannten folgende Mediziner: „Eine bessere Interaktion zwischen der Human- und Zahnmedizin ist erforderlich“. „Eine kurzfristige Krisenpsychotherapie ist nirgends zu finden. Des Weiteren wurde die „Vereinfachung der Dokumentation in der Abrechnung, insbesondere mit dem Versorgungsamt“ gewünscht und eine Aufnahme der Betreuung von Gewaltopfern in den Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM)“. Zudem beklagte jemand, dass „bei Hausärzten und Gynäkologen ein sehr großer Informationsbedarf besteht, der regelmäßig von den Patienten geschildert wird.“

Nur vereinzelt wurde angemerkt, dass „die Problematik extrem selten ist“ oder „bei meinem Patientengut gibt es wenig Dunkelziffer, ich erkenne Verletzungen, die Patienten kommen, um den Schaden dokumentieren zu lassen“. Ein Einzelfall schildert seine regelmäßige Teilnahme an Supervisionen, die zahlreiche Informationen vermitteln.

#### 4.12 Eigener Kontakt zu Institutionen mit Hilfeangeboten

Die vorletzte Frage lautet: „Haben Sie selbst Kontakt zu Institutionen mit Hilfeangeboten für Gewaltopfer?“ Bis auf drei antworten hier alle Mediziner/innen. Diese 263 Stimmen teilen sich 62 (52%) der Ärztinnen und 44 (32%) der Ärzte.



Abb.90: „Haben Sie selbst Kontakt zu diesen Institutionen?“, insgesamt und nach Geschlecht der Mediziner

Ärztinnen haben häufiger eigenen Kontakt zu diesen Institutionen als Ärzte.

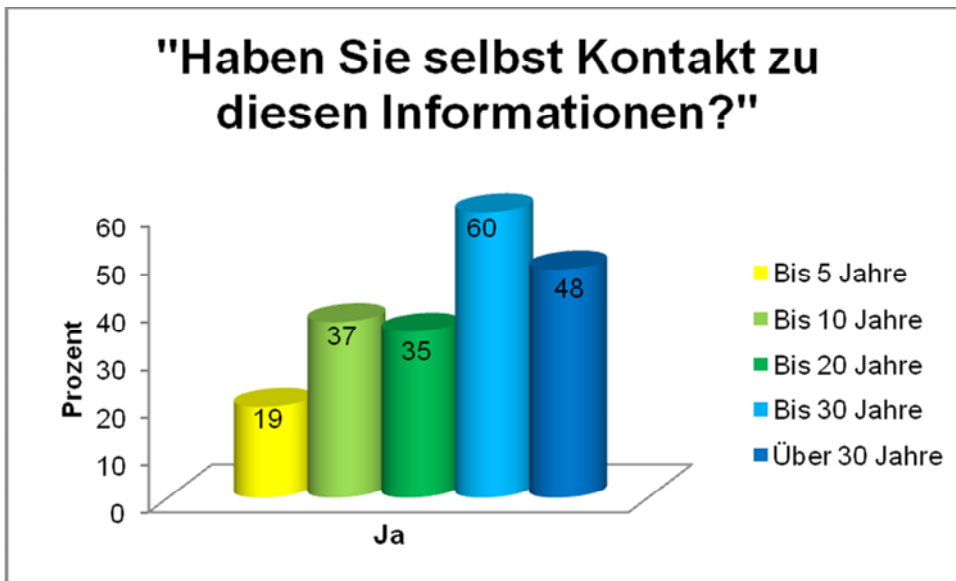


Abb.91: „Haben Sie **selbst Kontakt zu diesen Institutionen?**“, nach Berufserfahrung

Der eigene Kontakt zu Institutionen steigt nach dieser Auswertung mit einer Berufserfahrung von über 20 Jahren sprunghaft an.

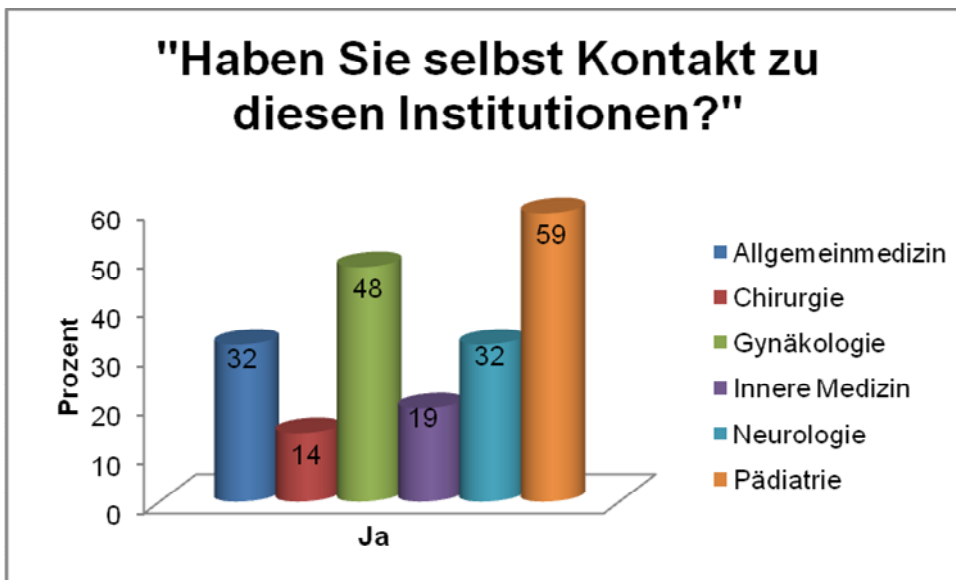


Abb.92: „Haben Sie **selbst Kontakt zu diesen Institutionen?**“, nach Art medizinischer Tätigkeit, Teil A

Der „Vorreiter“ unter den Fachrichtungen ist die Pädiatrie, die dort Tätigen haben zu 59% eigenen Kontakt zu diesen Institutionen - gefolgt von den Gynäkologen/innen mit 48%. Das „Schlusslicht“ bilden die Chirurgen/innen, von denen 14% eigenen Kontakt angaben.

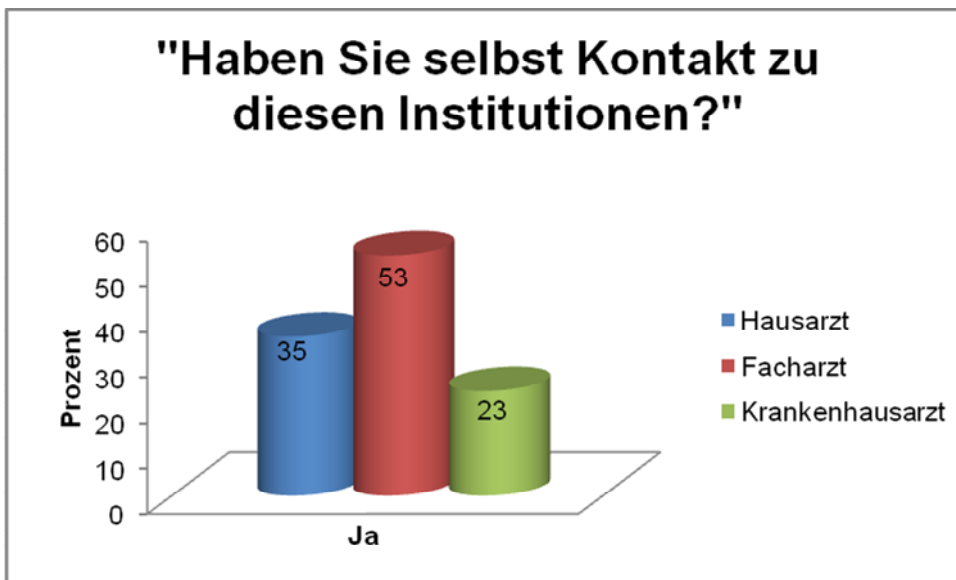


Abb.93: „Haben Sie **selbst Kontakt zu diesen Institutionen?**“, nach Art medizinischer Tätigkeit, Teil B

Die in der Facharztpraxis tätigen Kolleginnen und Kollegen geben mit 53% am häufigsten an, eigenen Kontakt mit betreuenden Institutionen zu haben.

#### 4.13 Beurteilung der Kontakte zu den einzelnen Hilfeangeboten

Diese letzte Frage des „Ärztefragebogens“ erbittet von den Medizinerinnen/innen mit persönlichem Kontakt zu Institutionen mit Hilfeangeboten, genauere Angaben über diese Einrichtungen zu tätigen und zudem darzustellen, ob sie diese als

- eher hilfreich oder
- eher nicht hilfreich

einstufen. Mehrfachnennungen sind demnach erwünscht.

	n	Partner-/Familienberatung	Eher hilfreich	Eher nicht hilfreich
Ärztinnen:	36		26	10
Ärzte:	25		17	8
Insgesamt:	61		43	18
	n	Krisennotdienst, z.B. Frauenberatung	Eher hilfreich	Eher nicht hilfreich
Ärztinnen:	32		28	4
Ärzte:	15		11	4
Insgesamt:	47		39	8
	n	Frauenhaus	Eher hilfreich	Eher nicht hilfreich
Ärztinnen:	26		21	5
Ärzte:	22		20	2
Insgesamt:	48		41	7

Tabelle 24: Darstellung des **Kontaktes und der Beurteilung** zu den Institutionen, insgesamt und nach Geschlecht der Mediziner

	n	Weißer Ring e.V.	Eher hilfreich	Eher nicht hilfreich
Ärztinnen:	15		10	5
Ärzte:	10		6	4
Insgesamt:	25		16	9
	n	Psychotherapie	Eher hilfreich	Eher nicht hilfreich
Ärztinnen:	40		35	5
Ärzte:	25		22	3
Insgesamt:	65		57	8
	n	Rechtsmedizin	Eher hilfreich	Eher nicht hilfreich
Ärztinnen:	14		7	7
Ärzte:	12		6	6
Insgesamt:	26		13	13
	n	Rechtsberatung	Eher hilfreich	Eher nicht hilfreich
Ärztinnen:	22		16	6
Ärzte:	11		8	3
Insgesamt	33		24	9

Fortsetzung Tabelle 24: Darstellung des **Kontaktes und der Beurteilung** zu den Institutionen, insgesamt und nach Geschlecht der Mediziner



	n	Polizei	Eher hilfreich	Eher nicht hilfreich
Ärztinnen:	33		18	15
Ärzte:	25		15	10
Insgesamt:	58		33	25
	n	Versorgungsamt „Opferentschädigungsgesetz“	Eher hilfreich	Eher nicht hilfreich
Ärztinnen:	15		6	9
Ärzte:	9		1	8
Insgesamt:	24		7	17
	n	Traumaambulanzen	Eher hilfreich	Eher nicht hilfreich
Ärztinnen:	30		25	5
Ärzte:	13		9	4
Insgesamt:	43		34	9

Fortsetzung II Tabelle 24: Darstellung des **Kontaktes und der Beurteilung** zu den Institutionen, insgesamt und nach Geschlecht der Mediziner

#### 4.14 Anmerkungen der Studienteilnehmer

Zum Abschluss der Befragung werden die Mediziner/innen gebeten etwaige Anmerkungen und Wünsche niederzuschreiben.

Die Verbesserungsvorschläge bezüglich der Fragebogendarstellung sollen an dieser Stelle nicht erwähnt werden. Wiederum werden die Vermerke der Mediziner wortwörtlich dargelegt.

- \* „Mehr Fortbildung, Aufklärung für Ärzte und Pflegepersonal, besonders hinsichtlich Erkennung, aber auch hinsichtlich Betreuungsangeboten.“
- \* „Ich fühle mich allein gelassen im Management von häuslicher Gewalt“.
- \* „Jugendämter kümmern sich zu wenig“.
- \* „Sprachliche Retardierung als Symptom kindlicher Gewaltopfer sollte mehr Beachtung finden in Anamnese und Untersuchung.“
- \* „Nach wie vor wird die Problematik der häuslichen Gewalt und Stalking meiner Wahrnehmung nach nicht ausreichend ernst genommen. Die Betroffenen fühlen sich extrem allein gelassen mit dem Problem, für das sie sich häufig persönlich schuldig fühlen.“
- \* „Meldepflicht einführen bei verdächtigen Befunden, ähnlich wie bei ansteckenden Krankheiten“, dann Begutachtung durch neutrale Mediziner.
- \* „Zeit“.
- \* „Es scheint sinnvoll zur Versorgung klare Strukturen aufzubauen, Fremdsprachen berücksichtigen.“
- \* „Die Ordnungsämter sollten ihre Aufgaben besser bewältigen.“
- \* „Notrufnummern- um schnelle Hilfe leisten zu können.“
- \* „Eine Infobroschüre mit Kontaktnummern wäre hilfreich, ggf. auch als Info für den Patienten direkt.“
- \* „Dass die Rechtsmedizin als Anlaufstelle möglich ist, war mir nicht bekannt. Dies sollte vielleicht eher publik gemacht werden.“
- \* „Ich habe keinen direkten Kontakt zu diesen Institutionen, vermittele Patienten aber dorthin und bekomme durch die Patienten eine Rückmeldung.“
- \* „Traumatisierte Menschen sollten von speziell ausgebildeten Ärzten, Therapeuten und Psychologen betreut werden.“
- \* „Die Gutachter in Gerichten sollten ebenfalls dafür ausgebildet sein, sonst Gefahr der Retraumatisierung.“
- \* „Wenn solche Patienten vermittelt werden, sollte man unbedingt auf

traumatherapeutische Ausbildung der Therapeuten achten, sonst Gefahr der Retraumatisierung. Bei V.a. Gewalt gegen Kinder und Jugendliche ist das Jugendamt im Allgemeinen eine wichtige Kontroll- und Beratungsinstitution, u.a. zur Inobhutnahme“.

\* „Gewalt ist transgenerationell und müsste transgenerationell behandelt werden, was nicht geht“.

\* „Berücksichtigung vom Kontext Suchterkrankung (Gewalt, Alkohol, Drogen)“.

\* „Mitunter fehlt das Geld für medizinische Attestierung, z.B. für einen Rechtsanwalt“.

\* „Habe zwar selbst kaum entsprechendes Klientel, bin aber der Meinung, dass hier mehr qualifizierte Ansprechstellen dringend benötigt werden“.

\* „Klare klinische Pfade wären sinnvoll“.

## **4.15 Fragebogen zur medizinischen Gewaltopferbetreuung**

### **4.15.1 Vorwort**

Der Fragebogen „zur medizinischen Gewaltopferbetreuung in Düsseldorf“ wurde in den bereits genannten Institutionen ausgelegt, um möglichst viele Betroffene ansprechen zu können und dieses äußerst sensible Thema in einer ruhigen Umgebung, womöglich mit Begleitung einer Mitarbeiterin/eines Mitarbeiters der Einrichtung zu erarbeiten. So sollte die Privatsphäre der Betroffenen gewahrt und Anonymität gewährleistet werden.

Wie nach den Vorgesprächen mit zahlreichen Mitarbeitern unterschiedlicher Institutionen vermutet, erhielten wir eine begrenzte Anzahl (37 Fragebögen) zurück, was bei etwa 360 abgegebenen Fragebögen einer Rücklaufquote von etwa 10% entspricht. Darunter findet sich die Antwort eines Mannes. Nachfolgend werden zunächst die Fragebögen der Frauen und gesondert der einzelne Fragebogen des Mannes betrachtet.

Diese Auswertung kann aufgrund der geringen Fallzahl keinen Anspruch auf statistische Repräsentativität erheben, erlaubt jedoch dennoch Tendenzen aufzuzeigen. Durch den Perspektivenwechsel auf die Seite der Betroffenen können wichtige Erkenntnisse zur Lage von Gewaltopfern gewonnen werden. Auch wenn nur wenige Fragebögen ausgewertet werden konnten, ergeben sich daraus zumindest Hinweise auf deren spezifische Bedürfnisse und Tendenzen im Kontakt zum medizinischen Hilfeangebot.

### **4.15.2 Auswertung der Opferfragebögen der Frauen**

#### **Alter und Geschlecht**

Es antworten 36 Frauen. Das Durchschnittsalter dieser liegt bei 35 Jahren, wobei die jüngste Befragte 19 Jahre und die älteste 56 Jahre alt ist.

## Höchster Schulabschluss

Die Frage nach dem höchsten Schulabschluss beantworteten die Teilnehmerinnen folgendermaßen:

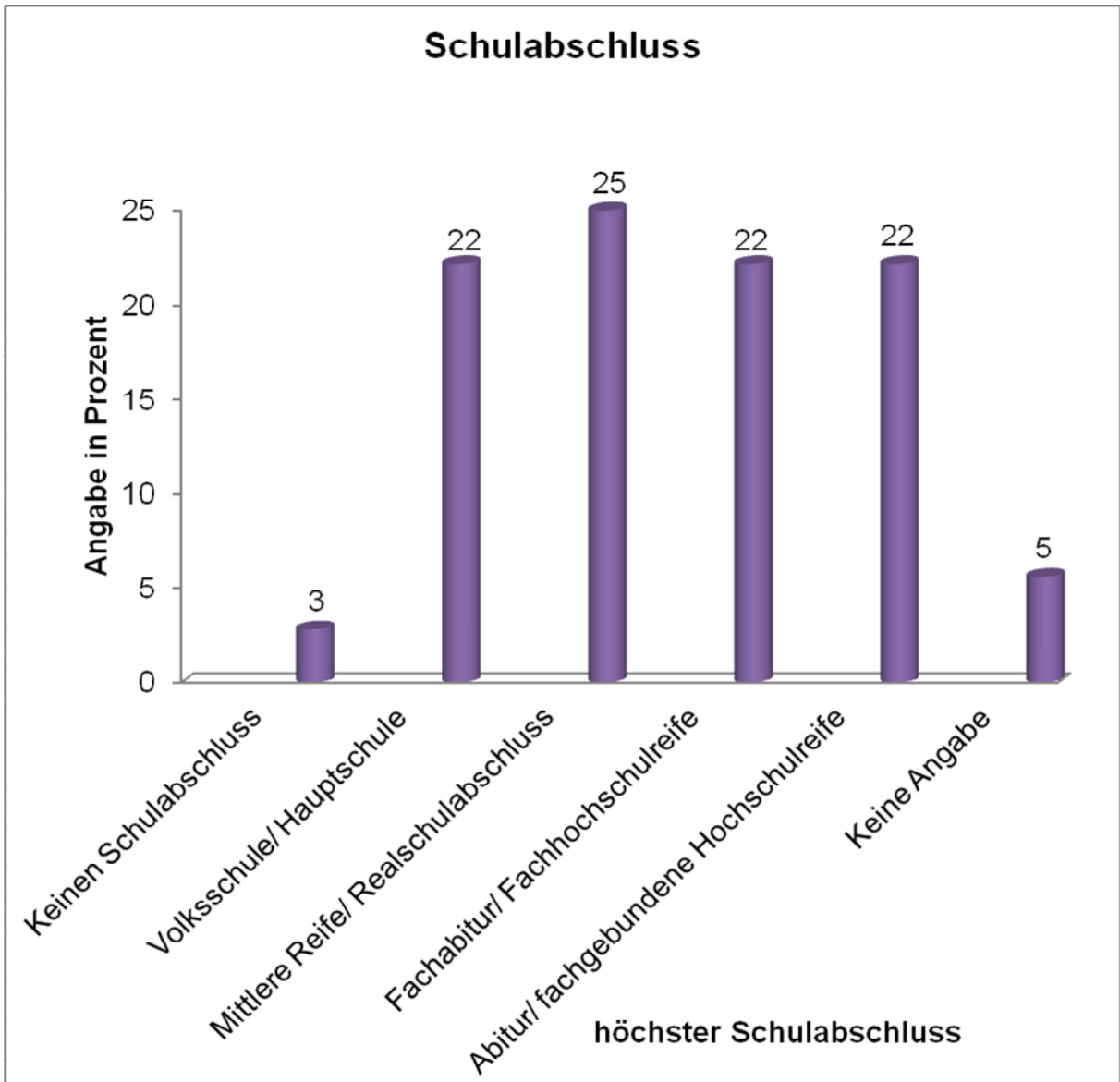


Abb.94: **Schulabschluss** der von Gewalt betroffenen Frauen

Es lässt sich dementsprechend keine Präferenz bezüglich der abgeschlossenen Schulausbildung erkennen.

## Geburtsland

Ein Großteil der befragten Frauen ist in Deutschland geboren, wie die folgende Abbildung verdeutlicht.

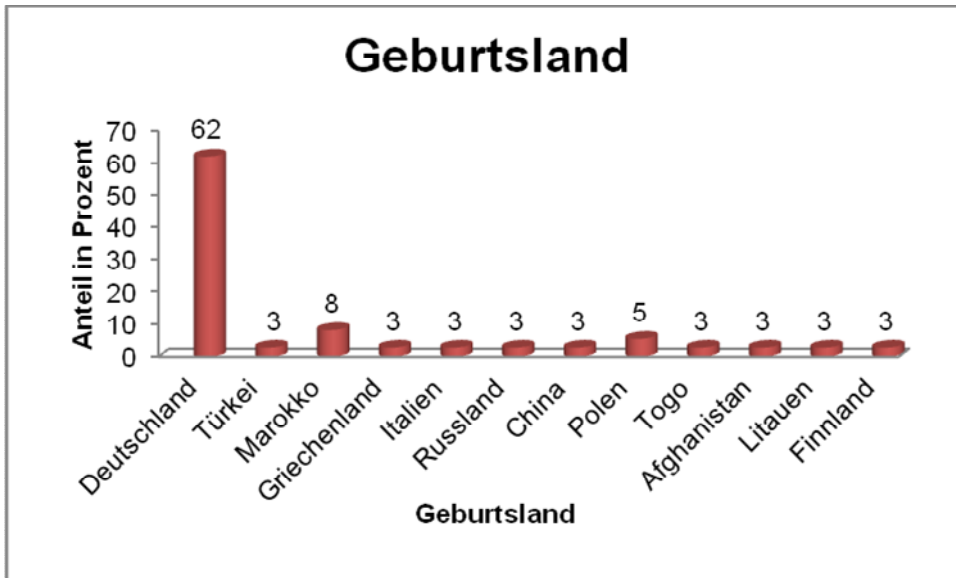


Abb.95: **Geburtsland** der von Gewalt betroffenen Frauen

## Geburtsland der Eltern

Ebenso wird nach dem Geburtsland der Eltern gefragt, um einen Migrationshintergrund darzustellen zu können. Der überwiegende Anteil der an dieser Befragung teilnehmenden Frauen weist **keinen** Migrationshintergrund auf.

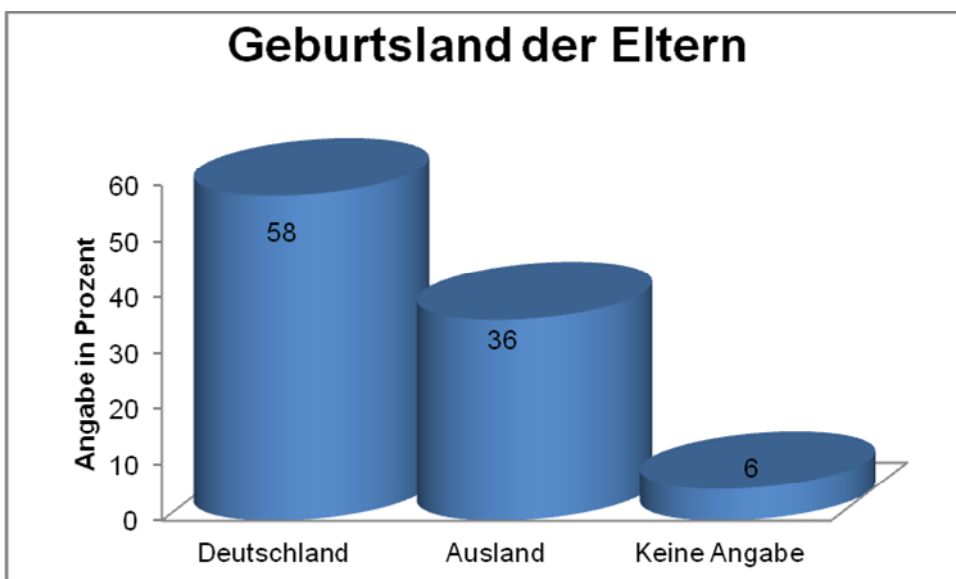


Abb.96: **Geburtsland der Eltern** der von Gewalt betroffenen Frauen

## Familienstand

Auf die Frage nach dem Familienstand der Teilnehmerinnen, ergibt sich diese Aussage:

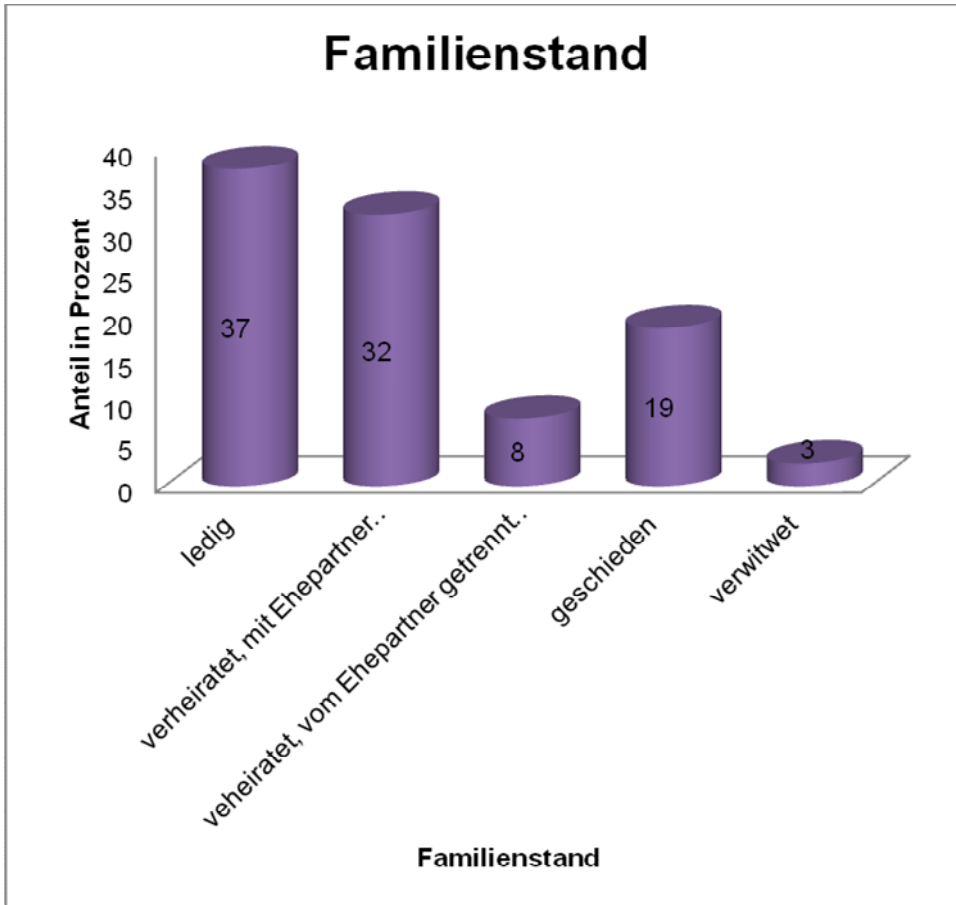


Abb.97: **Familienstand** der von Gewalt betroffenen Frauen

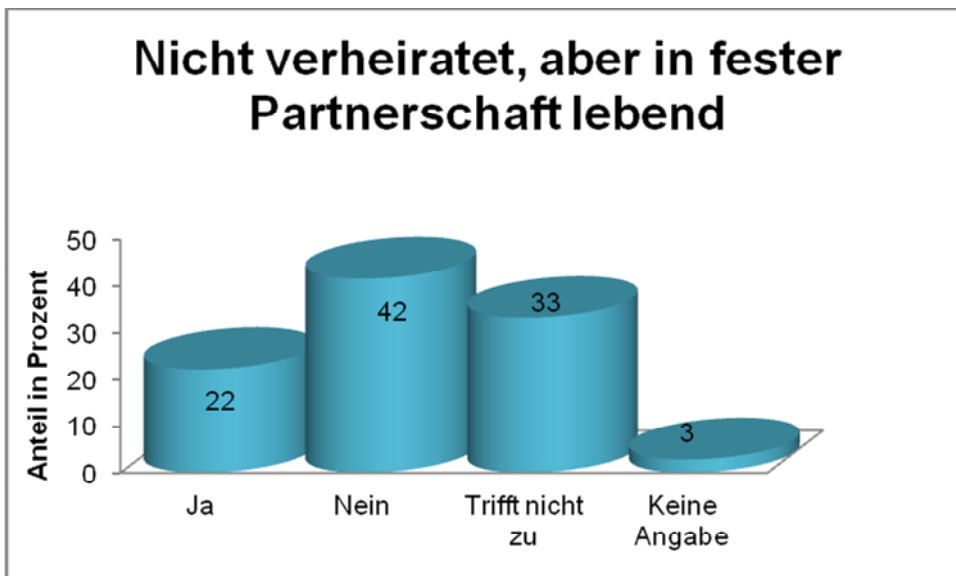


Abb.98: **Beziehungsstatus** der von Gewalt betroffenen Frauen

## Wohnsituation

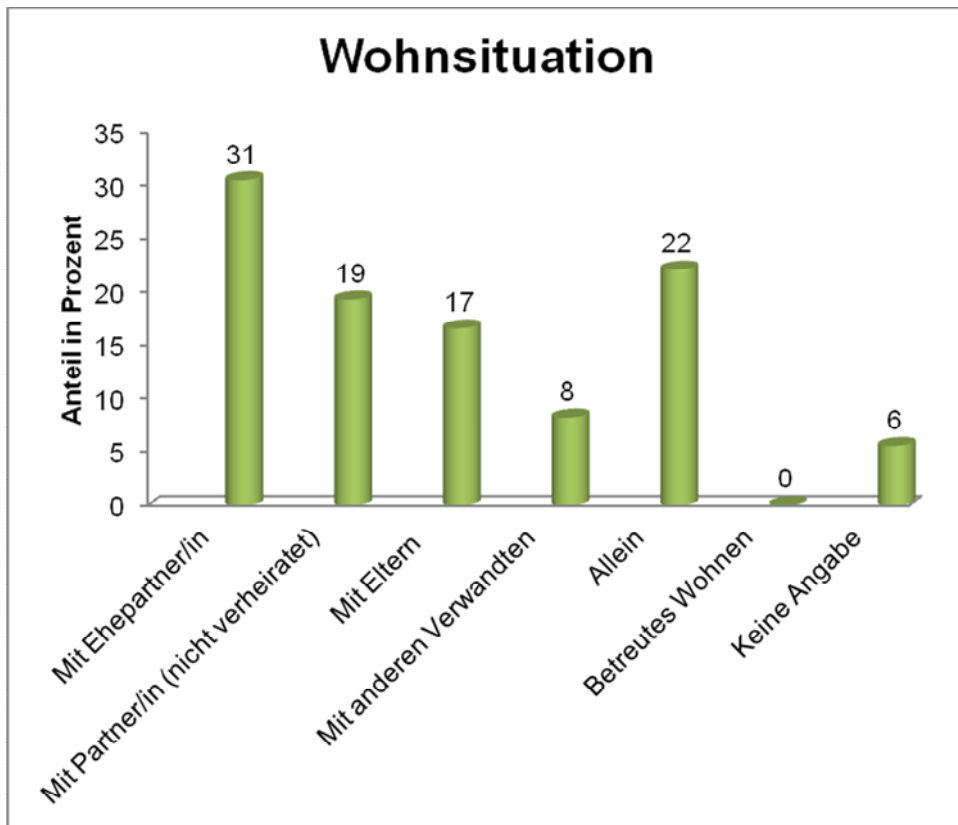


Abb.99: **Wohnsituation** der von Gewalt betroffenen Frauen



### Anzahl der Kinder im Haushalt



Abb.100: Leben **Kinder im Haushalt** der von Gewalt betroffenen Personen?

14 Teilnehmerinnen leben zusammen mit Kindern in ihrem Haushalt. Es handelt sich dabei jeweils um ein bis drei Kinder, die zum Erhebungszeitpunkt im Alter von knapp einem bis zu 36 Jahren alt sind.

### Anzahl der Personen im Haushalt



Abb.101: **Anzahl** der **Personen im Haushalt** der von Gewalt Betroffenen

Insgesamt handelt es sich dabei um Haushalte mit bis zu fünf Personen.

## Gewalterfahrung

Die nun folgenden Fragen beziehen sich auf das Erleben von Gewalt und den damit verbundenen Erfahrungen. Sie betreffen das Gewalterlebnis, welches das Gewaltopfer in die Institution geführt hat.

Zuerst soll eine Antwort darauf gegeben werden, was den Teilnehmerinnen passiert ist.

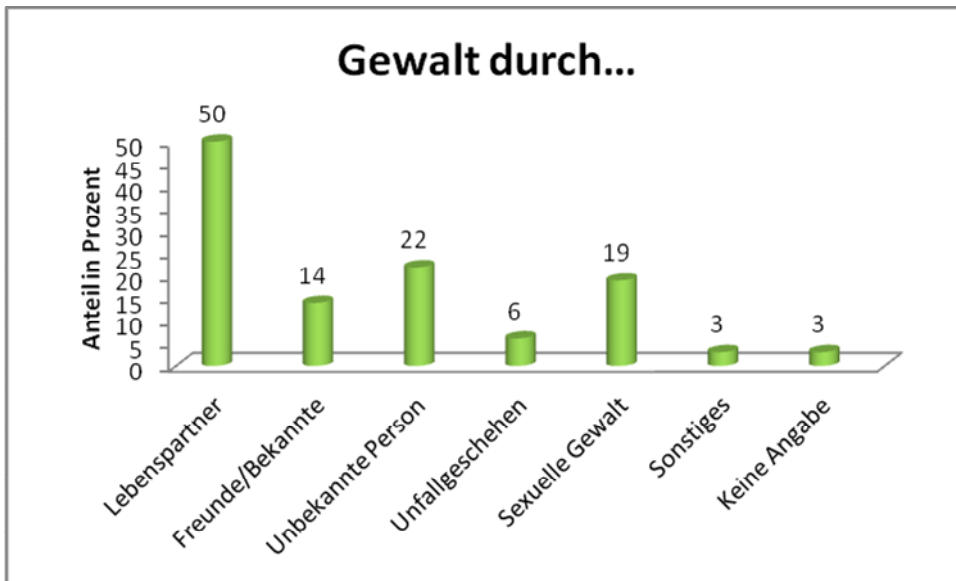


Abb.102: Gewalterfahrung **durch wen?**

Der Großteil dieser Frauen hat demnach Gewalt im häuslichen Bereich erlebt.

**Zeitliche Distanz zwischen Tatereignis und Kontakt zur Hilfeeinrichtung (in der die Befragung dann stattfand)**

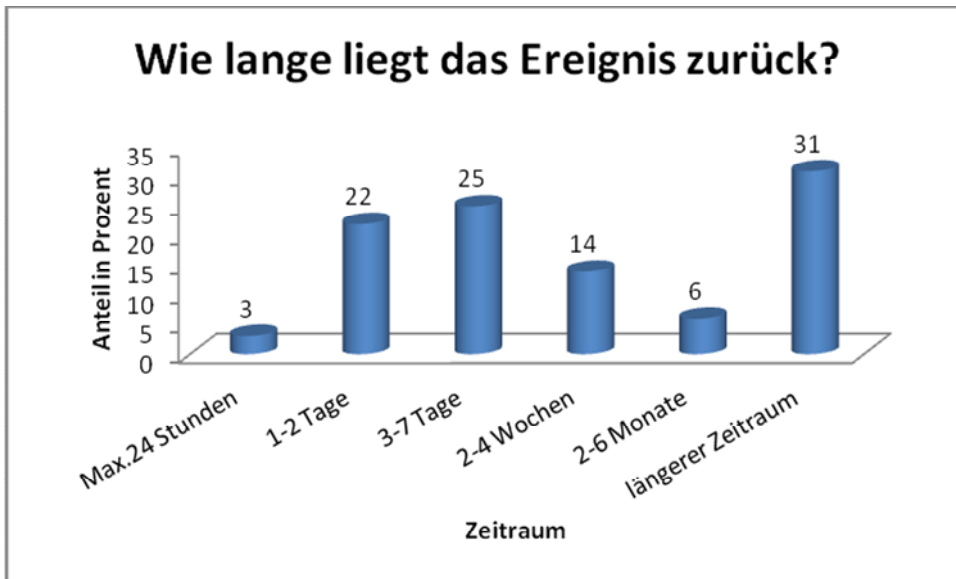


Abb.103: **Zeitliche Distanz** zum Tatereignis

Hier lässt sich erkennen, dass sich Frauen mit unterschiedlichster zeitlicher Distanz zum Gewaltereignis in den Institutionen aufhalten. Mehrheitlich (50%) suchen innerhalb der ersten Woche nach einem Gewalterleben ein Hilfeangebot auf.

**Arztbesuch im Zusammenhang mit der Tat**



Abb.104: **Arztbesuch** im Zusammenhang mit der Tat

## Besuch welcher medizinischen Einrichtung

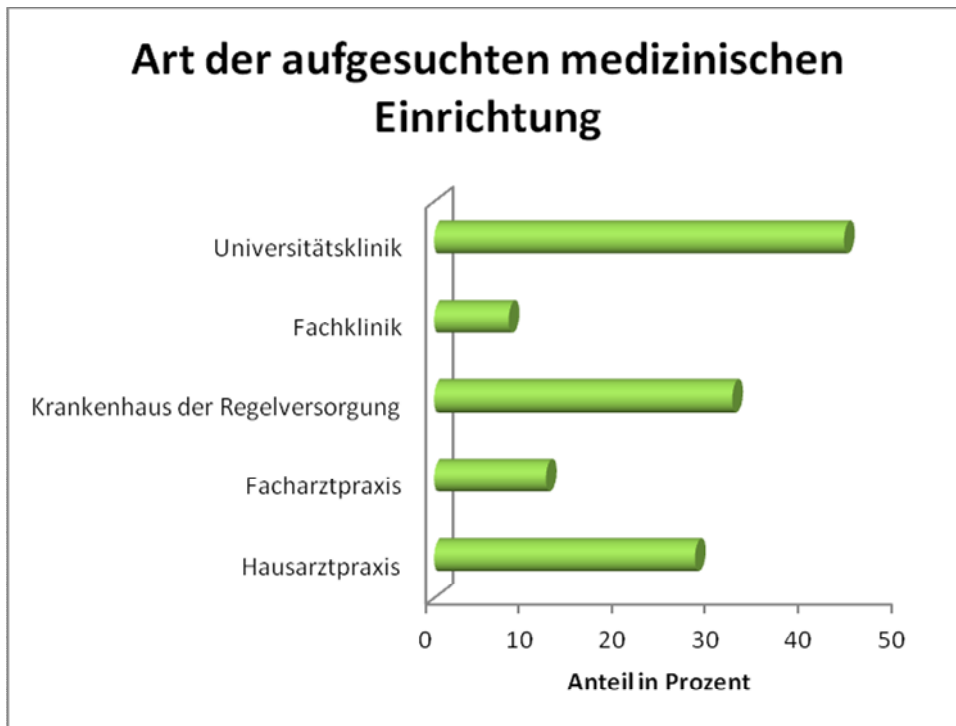


Abb.105: Welche **medizinische Einrichtung** wurde aufgesucht?

Zu den Facharztpraxen zählen die Befragten zweimal eine allgemeinmedizinische Praxis, eine augenärztliche und eine gynäkologische Praxis.

In den Krankenhäusern (KH) der Grundversorgung werden vor allem die allgemeinen beziehungsweise chirurgischen Ambulanzen und Notaufnahmen aufgesucht.

Bei den Fachkliniken handelt es sich um Frauenkliniken und psychiatrische Fachabteilungen.

An Universitätskliniken suchen die Frauen die überwiegend die chirurgischen Ambulanzen, die Hals- Nasen- Ohren- Klinik und fünfmal eine rechtsmedizinische Ambulanz auf.

## Gründe für das Aufsuchen eines Mediziners

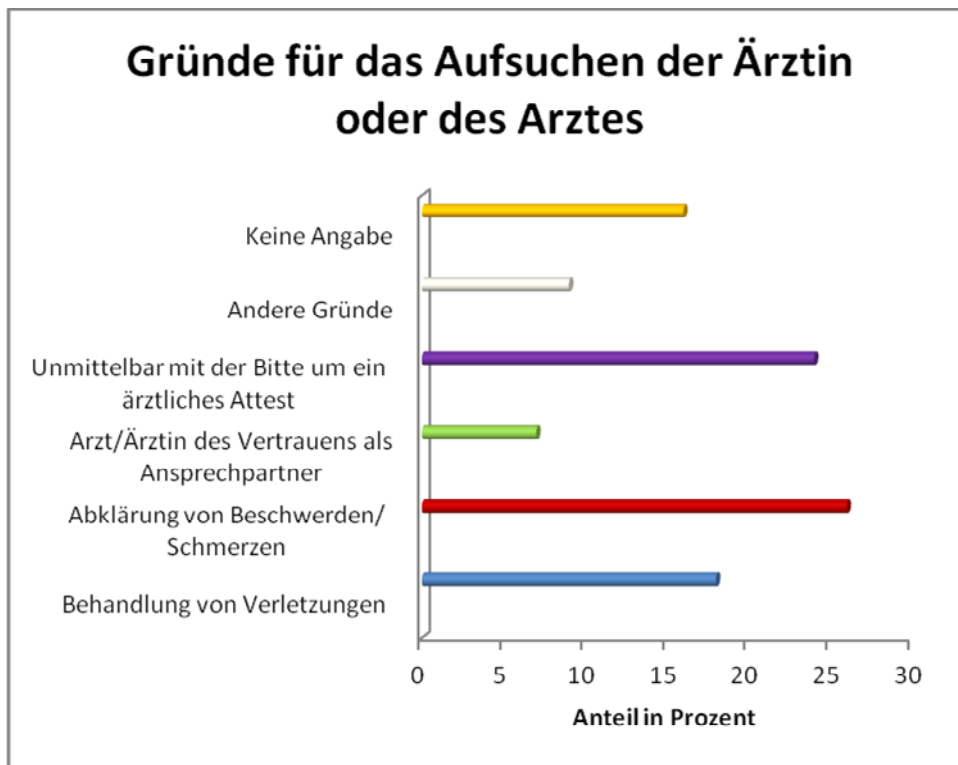


Abb.106: Warum wurde ärztliches Personal aufgesucht?

Die Übersicht zeigt, dass fast  $\frac{1}{4}$  (24 %) gezielt ein Attest und 44 % insgesamt eine Behandlung bzw. diagnostische Abklärung erbitten.

Zudem stehen zwei weitere Auswahlmöglichkeiten zur Verfügung.

- Bewusst einen fremden Arzt/eine fremde Ärztin aufgesucht
- Keinen anderen Ansprechpartner gewusst

Diese wird von keiner der Betroffenen angekreuzt.

### **Bedeutung gleichgeschlechtlicher Behandlung**

In der Befragung soll auch erörtert werden, ob es für das Gewaltopfer eine Bedeutung hat, im ärztlichen Kontakt gleichgeschlechtlich behandelt zu werden.



Abb.107: Wichtigkeit **gleichgeschlechtlicher Behandlung**, Teil 1



Abb.108: Wichtigkeit **gleichgeschlechtlicher Behandlung**, Teil 2

Die Befragten werden aufgefordert, ihre Antwort zu erläutern:

- „Da kann ich reden.“
- „Intuitiv, weil Frauen Frauen besser verstehen können.“
- „Habe Gewalt durch einen Mann erfahren und wollte keinen Mann in meinem Privatbereich lassen.“
- „Unangenehmes Gefühl, sich vor Männern zu entblößen, Ekel, Angst vor Wiederholung der Tat (leider war kein weiblicher Arzt verfügbar).“
- „Hoffnung auf mehr Verständnis, Einfühlungsvermögen.“
- „Vielleicht versteht eine Frau mich besser.“

- „Mit einer Frau kann ich besser über das Geschehene sprechen, weil ich denke, dass sie mich besser versteht.“
- „Angenehmer.“
- „Scheu und Hemmungen.“
- „Ärztin war ausländisch, vielleicht hatte sie so auch ein einfacheres Empfinden für Gewalt.“

Einige Teilnehmerinnen geben an, dass es ihnen egal sei, wer sie behandelt und begründen dieses derart:

- „Als Frau war es mir persönlich egal bzw. spielte für mich keine Rolle.“
- „Egal, andere haben nichts getan.“
- „Mir ist es egal, wer mich behandelt.“

Die Betroffene, welche sich lieber von einem Arzt behandeln lässt, gibt dies mit der Begründung an, dass „der Arzt vorsichtiger sei“.

Insgesamt überwiegt durchaus der Wunsch nach einer gleichgeschlechtlichen Ansprechperson, auch wenn dies im konkreten Kontakt nicht mehrheitlich als wichtig bewertet wird.

### **Atmosphäre während der Behandlungssituation**

Die folgende Frage beschäftigt sich damit, ob sich die Frau in der Kontaktsituation zum Mediziner wohl fühlt.



Abb.109: **Atmosphäre** während des Kontakts zum ärztlichen Personal

Auch hier werden die Frauen gebeten, dieses genauer darzustellen. Die nachfolgenden Kommentare stammen von den Frauen, die sich wohlfühlen.

- „Fühlte mich ernst genommen.“
- „Verständnisvoll, hilfsbereit in Bezug auf die Beschwerden.“
- „Kompetent und freundlich.“
- „Vertrauen.“
- „Ruhige Atmosphäre, Zeit.“
- „Verständnisvoll, sachlich.“
- „Hat mir Medikamente gegeben.“

Die Betroffenen, die sich **nicht** wohlfühlen, begründen dies wie folgt:

- „Unruhe wegen der Wartezeiten.“
- „Weil ich mich schäme, ganz einfach zu sagen: „Mein Mann hat mich geschlagen.“
- „Hatte das Gefühl, dass er nicht richtig zugehört hatte.“
- „Hatte einen alkoholisierten Autounfall und mir war es peinlich, dass Verletzungen anderer Art entdeckt wurden.“
- „Männliches, statt weibliches Gegenüber, Unbeholfenheit des Arztes, Ausländischer Arzt -> Sprache, Mentalität.“
- „Die Ärztin hatte keinerlei Erfahrung mit Patientinnen mit meinem Hintergrund.“
- „Fühlte mich in die Psychiatrie abgeschoben, nicht verstanden, hatte mir etwas anderes erhofft.“
- „Sie hatte kaum Zeit.“



## Zeitfenster zwischen Tat und Aufsuchen des Mediziners

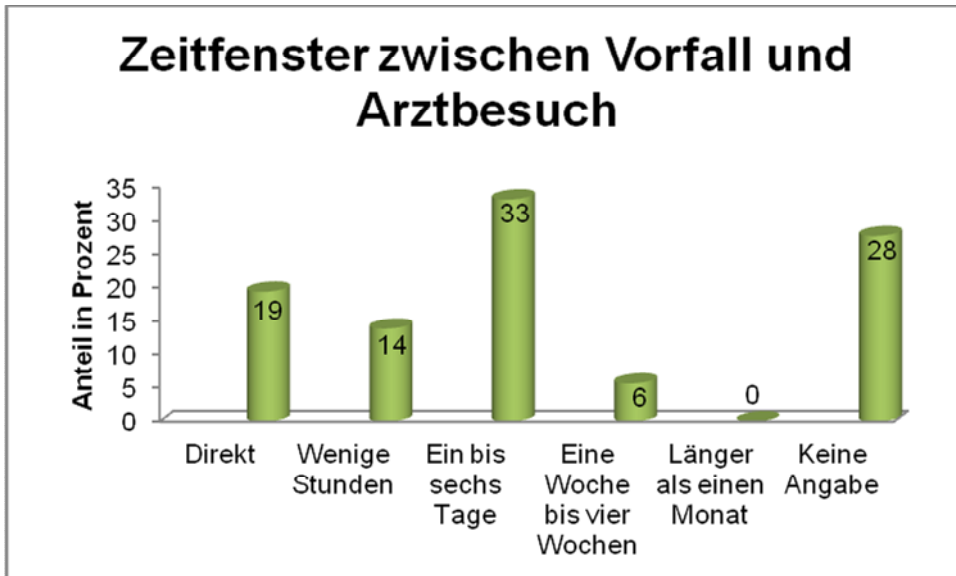


Abb.110: **Zeitfenster** zwischen Tat und Aufsuchen des Mediziners

Der Großteil der betroffenen Frauen (66%) sucht innerhalb der ersten 6 Tage nach dem Geschehen den Kontakt zu der Ärztin/dem Arzt.

## Verlauf der medizinischen Behandlung

Die nächsten Fragen beziehen sich auf den Verlauf der Behandlung und des Gespräches mit dem Mediziner.

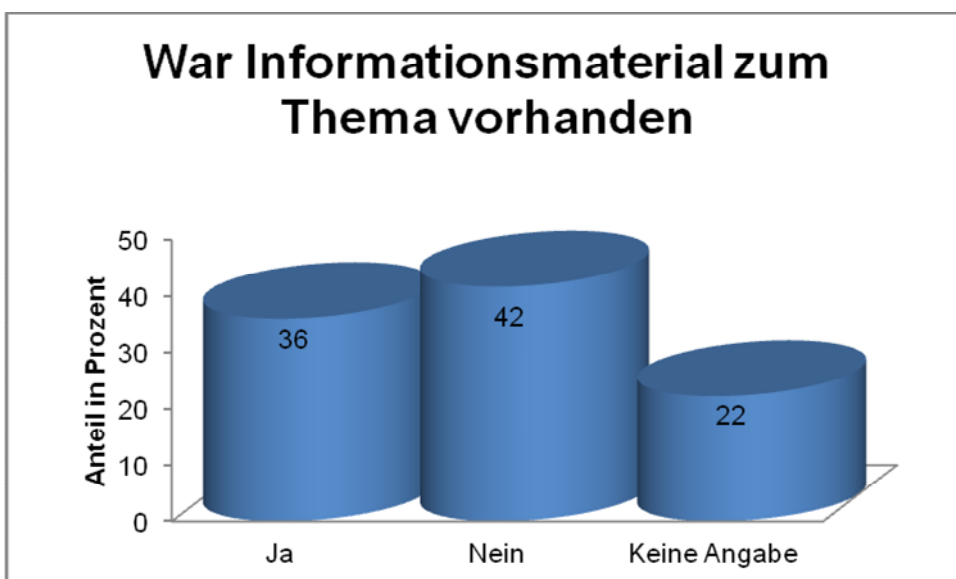


Abb.111: Vorhandensein von **Informationsmaterial**

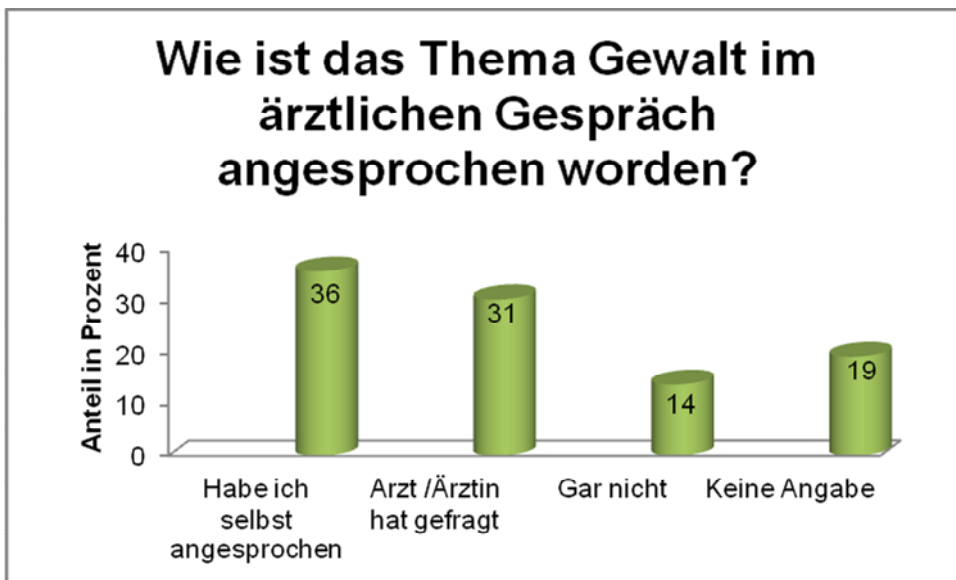


Abb.112: **Ansprache** des Themas „Gewalt“ im ärztlichen Gespräch

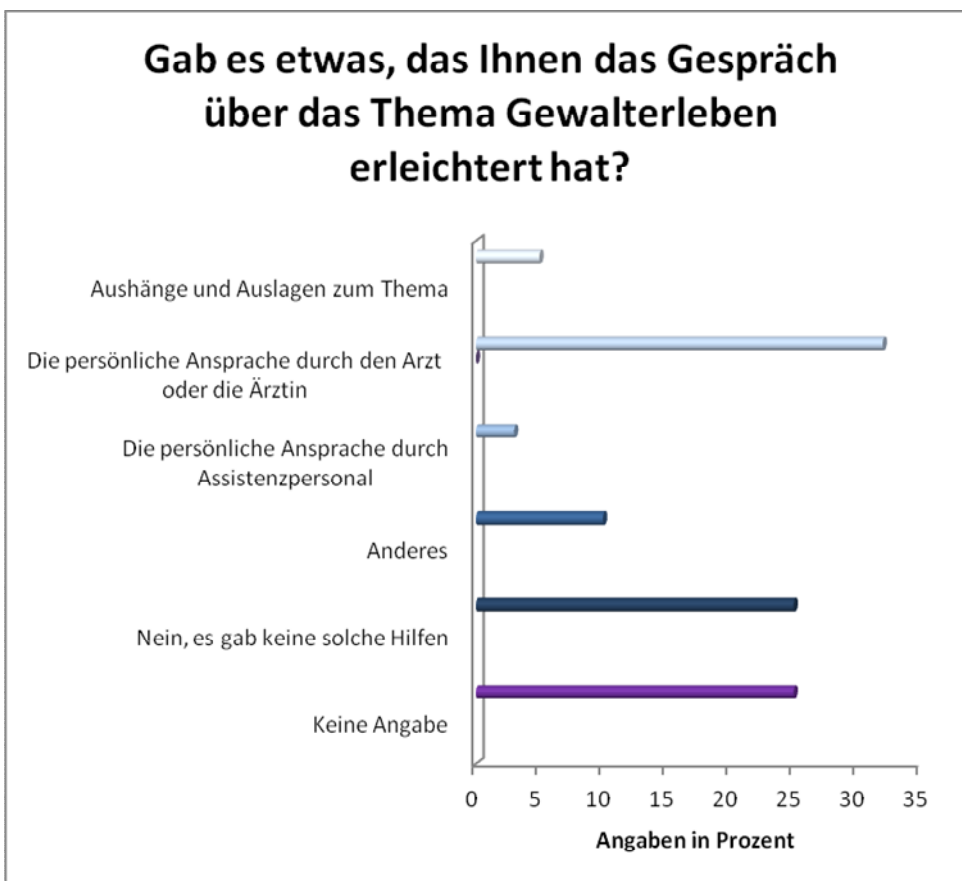


Abb.113: **Gesprächserleichterung**

Zu dem Absatz „Anderes“ äußern sich zwei Betroffene in der Form, dass für sie die „gezielte Nachfrage“ und die Tatsache, dass sie „die Ärztin schon lange kenne“ gesprächserleichternd wirken. Die ärztliche Ansprache in Verbindung mit Kontakt über das Assistenzpersonal sowie auch Auslagen von Informationsmaterial haben

somit insgesamt bei 40% der Befragten das Gespräch über das Gewalterleben positiv beeinflusst. Diese Aspekte werden in den Optimierungswünschen – siehe unten – noch bestärkt.

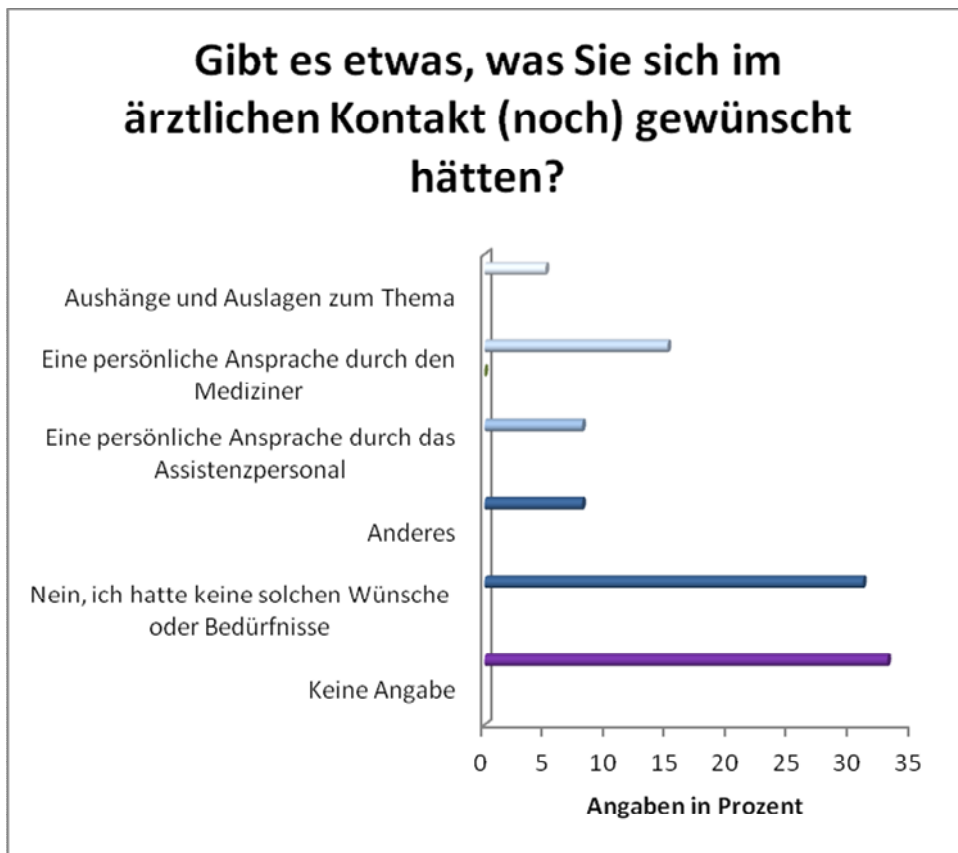


Abb.114: **Optimierungsmöglichkeit** des Patienten-Arzt- Kontaktes

Die befragten Frauen geben hier unter dem Punkt „Anderes“ an, dass sie sich „Lösungshilfen durch den Arzt“, „besonders Verständnis“ und eine „Hilfestellung und ein Hilfeangebot“ wünschen.



Abb.115: **Angebot** von Informationsmaterial Teil 1

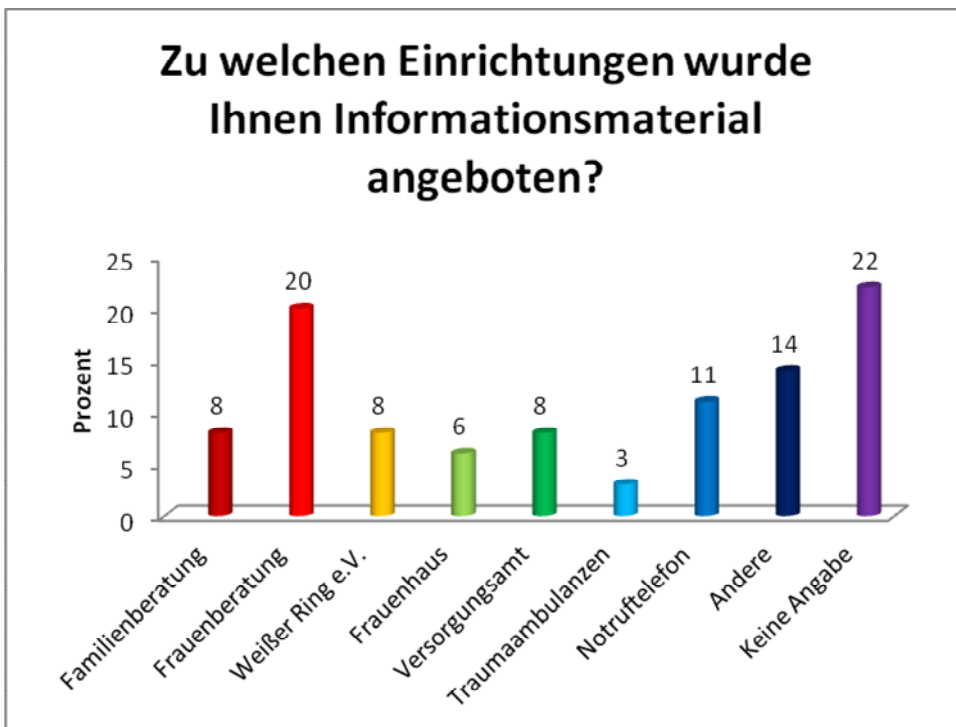


Abb.116: **Angebot** von Informationsmaterial Teil 2

Unter dem Unterpunkt „Andere“ wird nachstehendes erwähnt:

- „06000 Hinweis“ [Anmerkung: telefonisches Beratungs- und Hilfeangebot für Gewaltopfer am Universitätsklinikum Düsseldorf]
- „Anwalt“
- „medizinische Hilfe beim Haus-/Facharzt“
- „Polizei“
- „UKD Gewaltopferambulanz“ [Anmerkung: Universitätsklinikum Düsseldorf]

Neben dem Informationsmaterialangebot wird zudem ermittelt, ob es auch eine praktische Hilfe in Form eines konkreten Vermittlungsangebotes gibt.

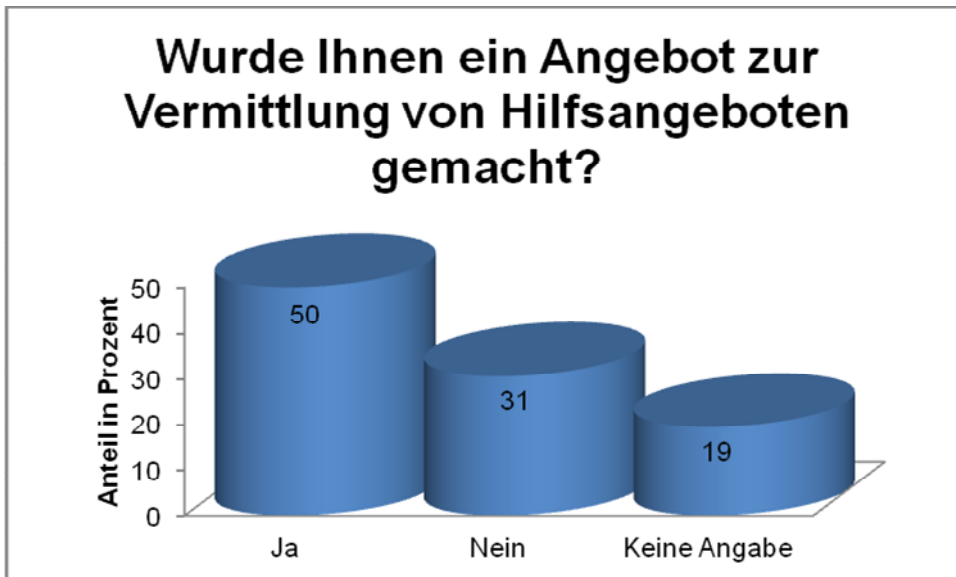


Abb.117: **Vermittlungsangebote** zu Hilfeangeboten? Teil 1

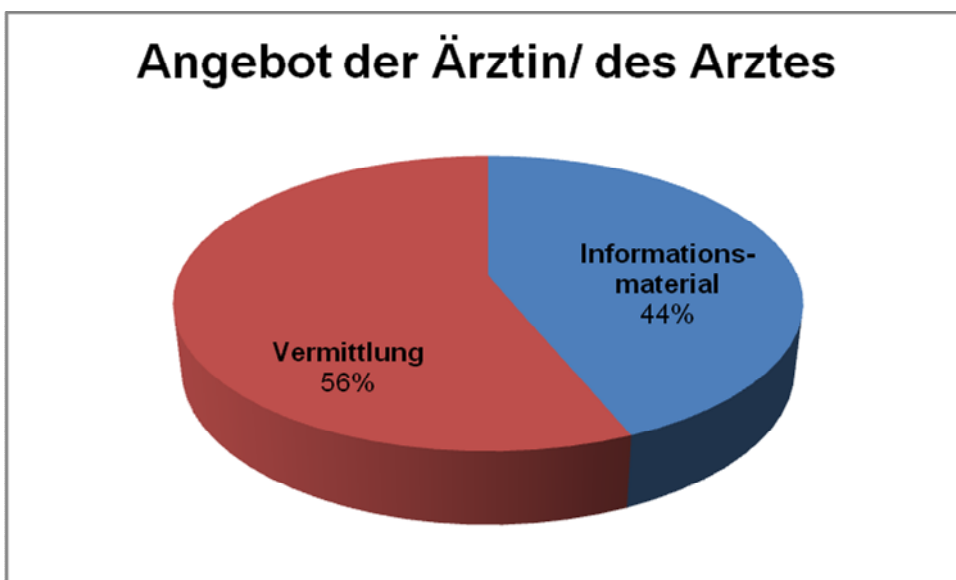


Abb.118: **Konkrete Hilfeangebote** durch den Arzt/die Ärztin? Teil 2

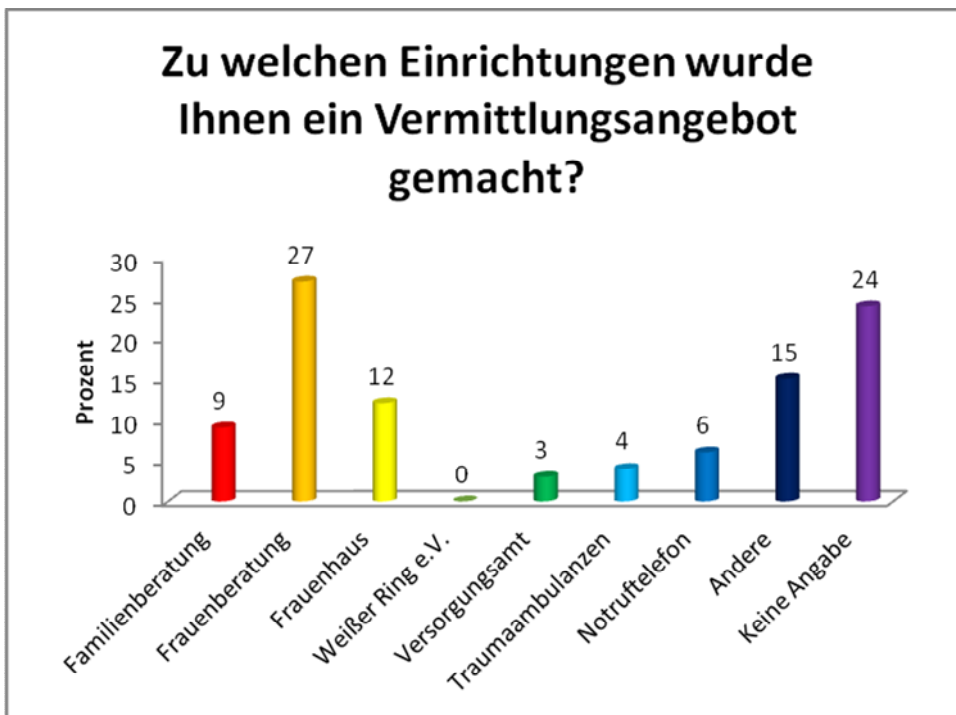


Abb.119: **Vermittlung** zu Hilfeangeboten? Teil 3

Der Weiße Ring e.V. wurde von keinem Mediziner empfohlen.



Abb.120: **Untersuchungssituation**, Teil 1

Die bei der Untersuchung anwesenden Personen/Personengruppen werden nachfolgend aufgelistet (Häufigkeiten der Nennungen in Klammern).

- „Assistenzpersonal“ (1)
- „Ex-Mann“ (1)
- „Frauenhaus“ (1)

- „Hilfspersonal“ (1)
- „Krankenschwester“ (2)
- „Mutter“ (1)
- „Pflegekraft“ (1)
- „Polizisten“ (1)

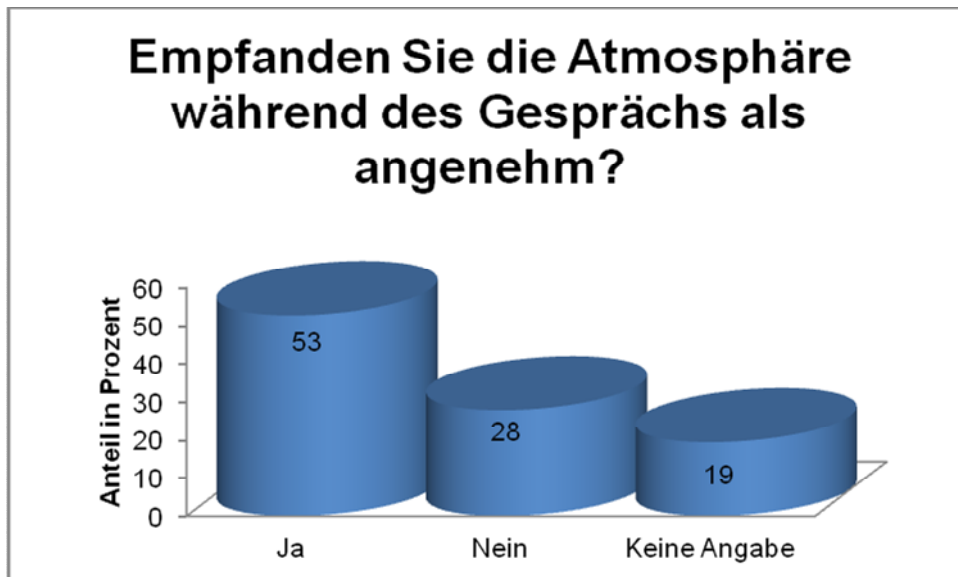


Abb.121: **Untersuchungssituation**, Teil 2

Die von Gewalt betroffenen Frauen begründen ihre Aussagen einer **angenehmen** Atmosphäre wie folgt:

- „Verständnisvoll, hilfreich in Bezug auf die Beschwerden.“
- „Ruhe, Zeit, keine Hektik.“
- „Verständnisvoll, sachlich.“
- „Arzt war sehr freundlich.“
- „Zu wenig Zeit. Schwierig, das in Worte zu fassen. Sie war sehr nett. Kennt meine Kindergeschichte. Kennt meine Eltern.“

Die Äußerungen der Patientinnen, die diese Atmosphäre als **unangenehm** schildern:

- „Ich habe mich geschämt und auch keine Schmerzmittel bekommen.“
- „Die Ärztin sowie die Schwester waren im Stress, weil es die Ambulanz eines Krankenhauses am Wochenende war.“
- „Ich habe mich geschämt, das was passiert ist, zu erzählen.“
- „Ich fühlte mich ausgeliefert.“
- „Unangenehmes Gefühl, sich vor Männern zu entblößen, Ekel, Angst vor

Wiederholung der Tat, männliches statt weibliches Gegenüber, Unbeholfenheit des Arztes, Ausländischer Arzt (Sprache, Mentalität).“

- „Ich fühlte mich verloren und unverstanden. Ich hatte das Gefühl, dass mir dort nicht geholfen werden kann.“
- „Anwesenheit von geschiedenem Mann, der mir zuvor Medikamente (Psychopharmaka) aus eigenem Bestand anbot/kein klärendes, Rat gebendes Gespräch, stattdessen Psychopharmaka und Krankenwagen und die Einweisung auf die geschlossene Station.“
- „Sprechstundenhilfe kam immer rein. Telefon klingelte dauernd.“

### Erstattung einer polizeilichen Anzeige

Das weitere Vorgehen nach dem Vorfall wird nun dargestellt.



Abb.122: **Polizeiliche** Anzeige



## Bitte um ein ärztliches Attest



Abb.123: Bitte um **ärztliches Attest**

In Verbindung mit der großen Zahl an polizeilichen Anzeigen ist auch die hohe Rate an ärztlichen Attesten einzuordnen, da in der Regel im Rahmen der polizeilichen Aufnahme des Sachverhaltes bei schon ersichtlichen oder möglichen Verletzungen auf die Notwendigkeit bzw. Sinnhaftigkeit eines ärztlichen Attests bezüglich der Verletzungen hingewiesen wird.

### **Kontaktherstellung zu Beratungsstellen**

7% der Frauen haben im Gespräch den Kontakt zu Beratungsstellen erbeten, wohingegen 29% es nicht taten. 26% der Patientinnen wird allerdings während des Arztgespräches der Kontakt zu Beratungsstellen ohne eigene Nachfrage angeboten. Die hohe Anzahl der Patientinnen, die dazu keine Angabe machen, bestätigt erneut die Sensibilität der Frage.



Abb.124: **Kontaktherstellung zu Beratungsstellen Teil 2**

Unter dem Unterpunkt „Andere“ wird erwähnt, dass eine Betroffene Kontaktinformationen zur Polizei erhalten hat.

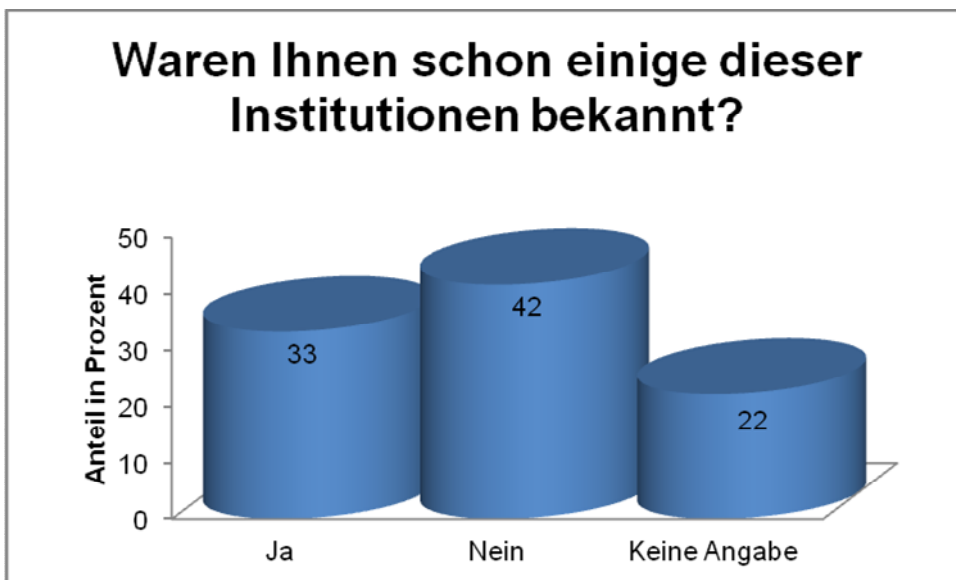


Abb.125: **Bekanntheit der Beratungsstellen, Teil 1**

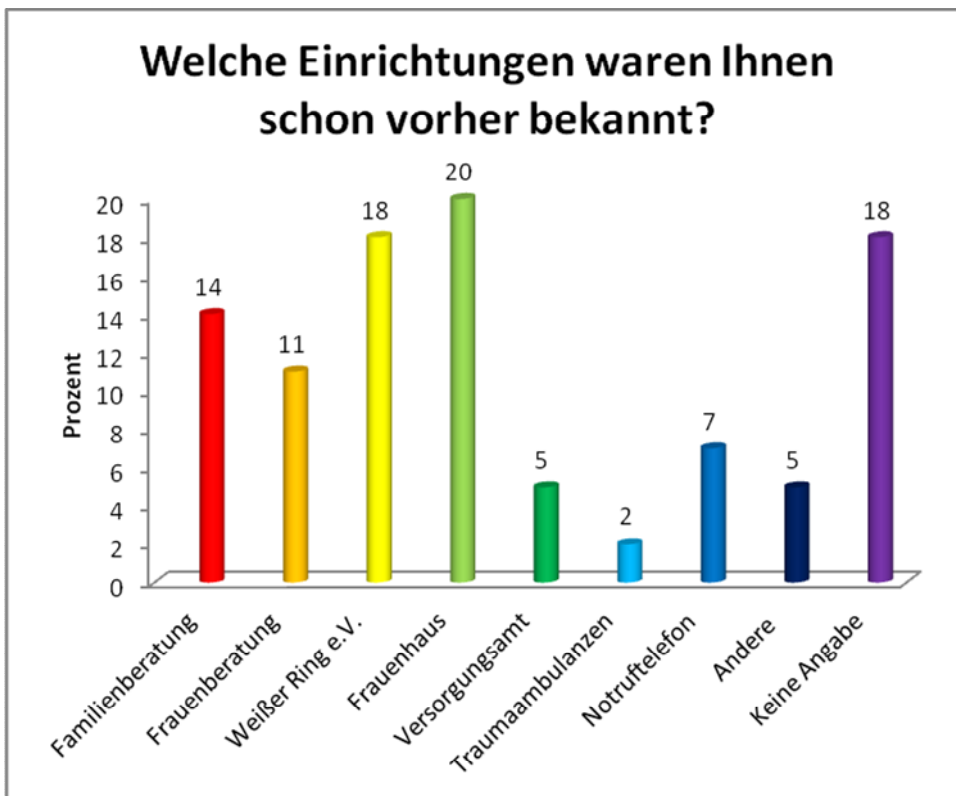


Abb.126: **Bekanntheit der Beratungsstellen**, Teil 2

Zum Abschluss sollen noch weitere Angaben zur Person vorgestellt werden.

### Häufigkeit der Gewalttaten gegen das Opfer

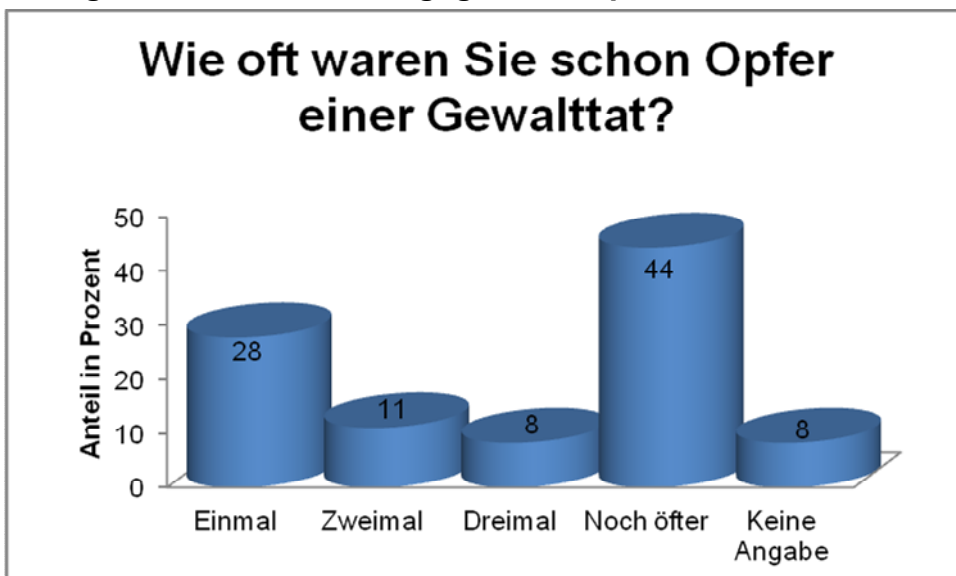


Abb.127: **Anzahl der Gewalttaten** gegen das Opfer

### Kontakt zum Mediziner nach stattgehabter Gewalttat

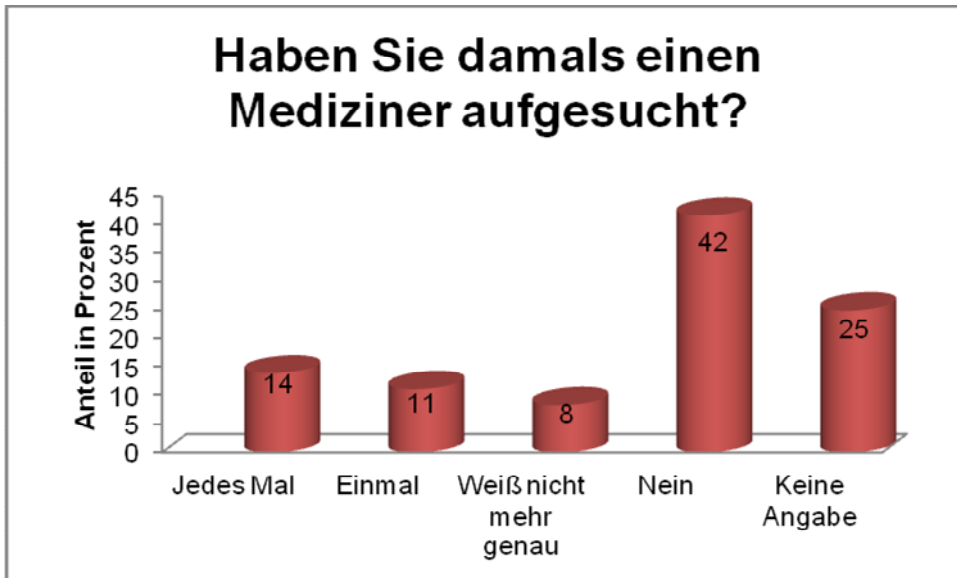


Abb.128: In diesem Zusammenhang **Kontakt zum Mediziner?**

### Besondere Einschränkungen der Patientinnen

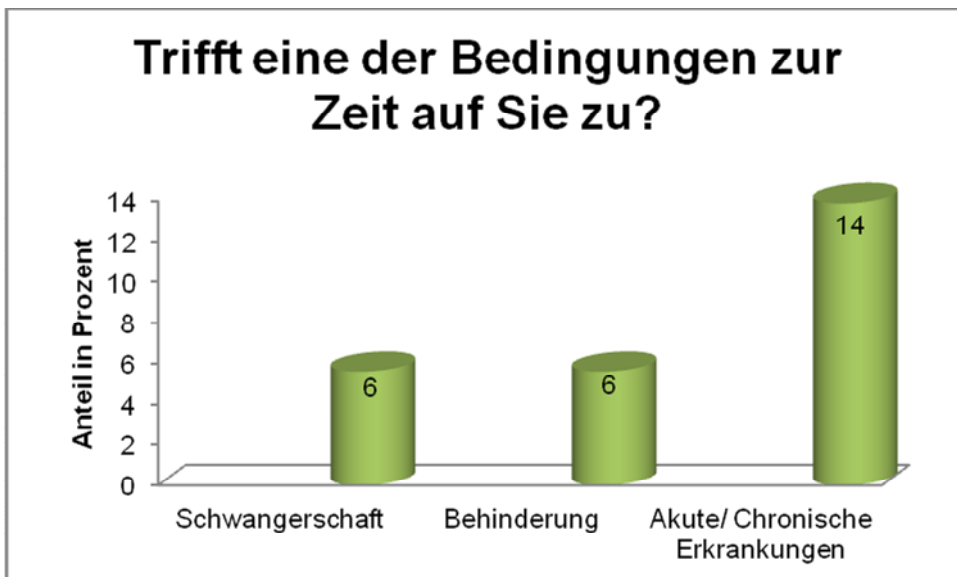


Abb.129: Besondere **Einschränkungen der Patientinnen**

## Kinder als Augen- oder Ohrenzeugen



Abb.130: **Kinder** als Augen- oder Ohrenzeugen



Abb.131: **Betroffenheit der Kinder**

Auf die Frage, ob diese ebenfalls ärztlich betreut wurden, äußern sich zwei Mütter, die eine bejaht dies, die andere verneint es.

#### **4.15.3 Beschreibung des männlichen Teilnehmers**

Der einzige Mann, der einen Fragebogen ausfüllt, ist 35 Jahre alt. Als höchsten Schulabschluss gibt er das Abitur/allgemeine oder fachgebundene Hochschulreife an. Sowohl er als auch seine Eltern sind in Deutschland geboren. Er ist verheiratet und wohnt mit seiner Ehepartnerin zusammen in einer gemeinsamen Wohnung. Insgesamt handelt es sich um einen vier- Personen- Haushalt, wobei die Kinder vier und sechs Jahre alt sind.

Der Mann ist am Arbeitsplatz überfallen worden, was zum Zeitpunkt des Ausfüllens des Fragebogens drei bis sieben Tage zurück liegt. In diesem Zusammenhang ist er nicht bei einem Mediziner gewesen.

Der 35 Jährige erstattet polizeiliche Anzeige. Er verzichtet auf ein ärztliches Attest. Ihm sind der Weiße Ring e.V. und Traumaambulanzen bekannt.

Bei den abschließenden Angaben zu seiner Person gibt er an, einmal Opfer einer Gewalttat geworden zu sein.

Die Gegebenheiten einer Behinderung oder akuter/chronischer Erkrankung verneint er ebenso wie die Frage nach der Anwesenheit als Augen-oder Ohrenzeugen oder sogar eigenen Betroffenheit der Kinder.

## 5 Diskussion

### 5.1 Repräsentanz der Erhebung

Der Druckauftrag umfasste Ende September 2006 insgesamt 4000 Ärztefragebögen. In den Versand kamen etwa 3100 durch die kassenärztliche Vereinigung Nordrhein verschickte sowie die von dem Institut der Rechtsmedizin selbst adressierten und verschickten rund 900 an die Kliniken (diese sind im Material und Methode-Kapitel detailliert aufgelistet) sowie etwa 270 per Emailverteiler der Uniklinik Düsseldorf versandte Fragebögen. Der Rücklauf gestaltete sich postalisch, diese Fragebögen wurden (zum größten Teil anonym) an PD Dr. Hildegard Graß, Institut der Rechtsmedizin, Moorenstraße 5 in 40225 Düsseldorf zurückgeschickt. Diese Adresse war auf dem Kurzinformationsbrief, welcher sich innen liegend und frei herausnehmbar im Fragebogen befand, vermerkt. Durch diese zentrale Anlaufstelle konnte, wenn von dem Versender gewünscht, absolute Anonymität gewährleistet werden.

Diese Studie kann demnach eine Rücklaufquote von 6,18% (im Folgenden weiter als 6% gerundet) vorweisen.

Die in dieser Erhebung zu erörternde Repräsentanz der Ärzteschaft muss von zwei Seiten betrachtet werden.

Praxisärzte im Einzugsbereich der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein: Durch den Versand an die in den Praxen im Einzugsbereich der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein tätigen Ärztinnen und Ärzte durch die Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein selbst, darf davon ausgegangen werden, dass das Höchstmaß an Aktualität der Adressen erreicht ist. In der kassenärztlichen Versorgung Nordrhein sind etwa 18.000 Kassenärztinnen und -ärzte, psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten/innen aufgelistet (Kvno 2011). 3100 im Raum Düsseldorf in einer Praxis tätige Kolleginnen und Kollegen erhielten über die Kassenärztliche Vereinigung die Fragebögen. Der Versand der Fragebögen an die Klinikärzte war dagegen von einigen Schwierigkeiten belastet, was insgesamt die Repräsentanz dieses Kollektivs einschränkt: Die Recherche nach den erforderlichen Kliniken und vor allem nach dem medizinischen Personal erwies sich als problematisch. Nachdem die Recherche in Telefonbüchern, wie etwa den Gelben Seiten nicht die erwünschten Möglichkeiten eröffnete, konzentrierte sich die Suche nach Ansprechpartnern in den jeweiligen Kliniken auf die Internetrecherche. Hier war es möglich, anhand von

Suchmaschinen alle Kliniken aus Düsseldorf auf einem Blick zu sichten. Wie schon erwähnt, wurden konsequent alle so genannten „Schönheitskliniken“ außer Acht gelassen. In den einzelnen Krankenhäusern/Kliniken beschränkte sich die weitere Suche vor allem auf Internistische/Medizinische, Chirurgische, Gynäkologische und Pädiatrische Einrichtungen. Nun wurde die Zahl der anwesenden Kollegen ermittelt und eine entsprechende Zahl an Fragebögen den jeweiligen Chefärzten und Chefärztinnen zugeschickt. Neben dem Kurzinformativbrief, der auch hier im Fragebogen innen liegend und frei herausnehmbar zu finden war, erhielten die Chefärzte und Chefärztinnen einen gesonderten Brief mit der Kurzinformation des Projektes und der Bitte, die Fragebögen im Kollegium zu verteilen. Anhand dieser Verteilungsweise muss davon ausgegangen werden, dass die Rücklaufquote auch deshalb mutmaßlich als zu niedrig bewertet wird, da eben nicht alle potentiellen Adressaten auch sicher erreicht worden sein dürften.

Die Anzahl von 264 beantworteten Fragebögen darf dennoch als eine gute Stichprobe der Ärzteschaft gewertet werden. Die Rücklaufquote von rund 6% mag auf den ersten Blick niedrig erscheinen, dabei gilt es jedoch zu beachten, dass generell bei postalischen Befragungen hohe Non-Response-Raten von je nach Zielgruppe 80 oder sogar 95 Prozent als typisches Merkmal von schriftlichen Befragungen angesehen und häufig als größter Nachteil dieser Methode genannt werden (Becker).

Welche Faktoren im Speziellen für die Ärzteschaft von Bedeutung sind, kann nur spekuliert werden. Heike Mark spricht in ihrer Dissertation zum Thema der Häuslichen Gewalt gegen Frauen aus dem Jahr 2000 von telefonisch ermittelten Ablehnungsgründen, nicht an der Studie teilzunehmen, wie unter anderem „Zeitmangel“, „keine Fälle von häuslicher Gewalt in der Sprechstunde und somit keine Relevanz des Problems in der Praxis“ bzw. „kein Interesse“ (Mark 2000, S.42/43).

Für die hier vorgelegte Befragungsstudie darf gemutmaßt werden, dass die Rücklaufquote von 6% analog zu den Begründungen aus der Berliner Studie gesehen werden kann.

Diesen Trend belegt auch der Vergleich mit einer niedersächsischen Studie, in welcher von 30000 Fragebögen, die im Juni 2001 an alle niedersächsischen Ärztinnen und Ärzte verschickt wurden, um deren Informationsbedarf hinsichtlich der Gewaltopferversorgung abzufragen, lediglich 100 Fragebögen zurückgeschickt wurden. In diesen beantworteten Bögen zeichnen sich jedoch deutlich ein



Fortbildungsbedarf und der Wunsch nach Informationsmaterialien ab (Wenzlaff et al. 2001, S.4-5).

Auch die Kollegen des MIGG-Projekts beschreiben eine Rücklaufquote, die nur etwa fünf Prozent beträgt (Graß 2012, S. 798).

Für die zusammenfassende Bewertung der angesprochenen und per Rücklauf aktivierten Ärzteschaft ist davon auszugehen, dass am Thema interessierte, somit motivierte Ärztinnen und Ärzte erreicht werden konnten. Vor diesem Hintergrund darf die Rücklaufquote von 6% auf der einen Seite als beachtlich und auf der anderen Seite als bemerkenswert gelten. Beachtlich, da es immerhin eine kleine Gruppe von engagierten Ärztinnen und Ärzten gibt, die für die Gewaltopferversorgung aktiviert werden kann und die als Multiplikatoren wirken können. Ebenfalls bemerkenswert, als dass dem Bereich der Gewaltopferversorgung in Anbetracht der Prävalenzzahlen für die Bevölkerung mehr Beachtung in der medizinischen Versorgung zu Teil werden sollte.

## **5.2 Interessante Aspekte zum Rücklauf**

Es antworteten etwas mehr Ärzte (n= 139) als Ärztinnen (n= 121).

- 94% dieser Männer und 88% dieser Frauen weisen keinen Migrationshintergrund auf.
- Viele, die an der Befragung teilgenommen haben, sind psychotherapeutisch tätige Kollegen/innen, wobei die genaue Anzahl hinsichtlich der unterschiedlichen Bezeichnungen (unter anderem psychologischer Psychotherapeut oder Psychotherapeutin; Neurologe oder Neurologin/ Psychiater oder Psychiaterin) nicht angegeben werden kann. Rund 45 Personen werden als solche eingestuft. Dies ist insofern überraschend, da sie z.B. durch die Fragebögen-Direktverteilung über die Kliniken gar nicht direkt angesprochen waren. Auch in dem Verteiler der Kassenärztlichen Vereinigung liegt der Schwerpunkt der Adressaten bei „klassisch medizinisch tätigen“ Ärztinnen und Ärzten. Daher wäre eigentlich davon auszugehen, dass diese Berufsgruppe eher unterrepräsentiert sein sollte. Diese offenkundig hohe Antwortbereitschaft darf mutmaßlich der erhöhten Sensibilisierung dieses Klientel, aufgrund des erhöhten psychotherapeutischen Bedarfs von Gewalt Betroffener, zugeschrieben werden.
- Im Mittel unterscheidet sich die Berufserfahrung der Mediziner mit 19 Jahren kaum von der ihrer Kolleginnen mit 17 Jahren.

- Insgesamt wird sowohl von männlichen als auch weiblichen Kollegen/innen der Anteil der Patientinnen am gesamten Patientenaufkommen höher geschätzt. Diese Geschlechterdifferenzierung spiegelt sich, außer bei den Pädiatern, in allen Fachrichtungen wider und entspricht der allgemeinen Versorgungsrealität (vgl. Gesundheitsreport 2011, S.41).
- Die durchschnittlich betreute Patientenzahl liegt bei 791 Patienten pro Quartal. Je berufserfahrener die Medizinerinnen und Mediziner, desto mehr Patienten haben sie bis zu einer Berufserfahrung von 39 Jahren. Die meisten Patienten werden von den Chirurginnen und Chirurgen, die wenigsten von den Neurologinnen und Neurologen/Psychiaterinnen und Psychiatern betreut.
- Ärzte betreuen durchschnittlich 897 Personen pro Quartal und damit deutlich mehr als ihre Kolleginnen mit 662 Personen pro Quartal.
- Ärztliches Personal betreut in einem Krankenhaus mehr Patienten als in einer Hausarzt-oder Facharztpraxis.

Anhand dieser Zahlen lässt sich erkennen, dass es nicht den „Standard-Arzt“ oder die „Standard-Ärztin“ gibt. Dementsprechend wird sich jedes Aufeinandertreffen von durch Gewalt Betroffene mit einem ärztlichen Kollegen oder einer Kollegin schon alleine aufgrund der eigentlichen Profession, der Situation, der terminlichen Schwierigkeiten, des Ausbildungsstandards sowie der eigentlichen Lebenserfahrung unterscheiden.

Verständnis für die Besonderheiten eines jeden stellt eine notwendige Basis dar, um jeden „dort abzuholen“, wo er sich gerade befindet. Alleine diese Tatsache lässt deutlich werden, dass zur Koordinierung ärztlicher Ressourcen Fachpersonal von Nöten ist, welches individuelle Förderung leisten kann.

### **5.3 Stellenwert medizinischer Betreuung in der Gewaltopferversorgung**

In der 2004 veröffentlichten repräsentativen Untersuchung „Lebenssituation, Sicherheit und Gesundheit von Frauen in Deutschland“ wird beschrieben, dass etwa ein Drittel aller (mehrfach) viktimisierten Frauen medizinische Hilfe in Anspruch genommen haben. Der zentrale Stellenwert von Ärztinnen und Ärzten als „Anlaufstelle“ für von Gewalt betroffene wird damit deutlich (BMFSFJ 2004, S.18).

Der Stellenwert medizinischer Betreuung von Gewaltopfern aus Sicht der befragten Ärztinnen und Ärzte wird in der hier vorliegenden Studie insgesamt von 41% der Befragten als sehr hoch und von 42% als hoch eingestuft.

Ähnliche Datenbefunde lassen sich auch in der Literatur wiederfinden. Heike Mark, die 2000 in Berlin erstmals eine Befragung niedergelassener Ärztinnen und Ärzte zum Thema durchführte, veröffentlichte, dass 95,4% der Befragten sich als Ansprechpartnerinnen/Ansprechpartner für von Gewalt Betroffene sehen (Mark 2000, S.59).

Ebenso erklärten 87% der Befragten in einer Studie von Varjavand, dass es sich hierbei um eine Problematik handele, in die Mediziner effektiv eingreifen können (Varjavand et al. 2004, S. 49).

81,6% der ärztlichen Kolleginnen und Kollegen in einer Querschnittstudie aus dem Jahre 2005 von Gerber et al. erkennen ihre Rolle als Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartner in der primären Gesundheitsversorgung von Gewaltopfern an (Gerber et al. 2005, S.5).

In der hier vorliegenden Studie schätzen die weiblichen Befragten den Stellenwert der medizinischen Betreuung von Gewaltopfern tendenziell höher ein als ihre männlichen Kollegen.

Auch in der Literatur gibt es, zwar meist nicht signifikante, aber dennoch hinweisende Belege dafür, dass die weiblichen Kolleginnen insgesamt eine andere Sichtweise bezüglich der Gewaltopferversorgung aufweisen.

So beschreibt etwa die bereits weiter oben erwähnte Studie aus den USA, dass Ärztinnen von Gewalt betroffene Patienten häufiger überweisen (vgl. Gerber et al. 2005, S.5). Auch Heike Mark erkennt in ihrer Studie aus dem Jahr 2000, dass „Ärztinnen [...] häufiger betroffene Frauen [wahrnehmen] als Ärzte“ (Mark 2000, S. 95).

Einen Migrationshintergrund aufweisende Mediziner/innen (unserer Definition nach also nicht in Deutschland oder Österreich geborenen Mediziner/innen) bewerten den Stellenwert der medizinischen Gewaltopferversorgung tendenziell weniger wichtig als ihre deutschen und österreichischen Kollegen. In der genaueren Differenzierung erklärt sich dieser Unterschied durch die Ärzte mit Migrationshintergrund, die deutlich werden lassen, dass diese den Stellenwert der medizinischen Betreuung von Gewaltopfern als weniger wichtig erachten. Eine mögliche Erklärung kann unter Umständen in der kulturell gewichteten Wahrnehmung und Bewertung von Gewalt in Partnerschaften gesehen werden.

Anhand der bisher vorhandenen Studien lässt sich eine bewertende Gegenüberstellung der Erkenntnisse aus unterschiedlichen Ländern aufgrund der fehlenden Vergleichbarkeit der Studien nicht durchführen. Ein vorsichtiger

Bewertungsversuch legt zumindest nahe, dass eventuell aufgrund bestehender Sprachbarrieren oder anderer kultureller Prägung diese Ergebnisse zu Stande kommen.

Die Pädiater/innen messen der medizinischen Betreuung von Gewaltopfern insgesamt den höchsten Stellenwert zu, wo hingegen Neurologen/innen und Psychiater/innen diesen im Vergleich zu den anderen Fachdisziplinen am geringsten einschätzen. Eine mögliche Erklärung dafür wäre die Verantwortung gegenüber den Kindern, deren einzige Ansprechpartner häufig die Eltern, jedoch damit potentiellen Gewaltverursacher sind. Den Kinderärzten/innen kommt somit eine bedeutende Schlüsselposition für den Umgang mit Kindern nach Gewalterlebnissen zu.

Der Stellenwert der Gewaltopferversorgung wird von denen im Krankenhaus Beschäftigten am höchsten bewertet. Dieses könnte mit der höher frequentierten Versorgung unbekannter Patienten im notfallmedizinischen, unfallchirurgischen Kontext zusammenhängen.

Vor dem Hintergrund der Erkenntnisse aus der eigenen Befragung und den ähnlichen Erhebungen ist zusammenfassend festzuhalten, dass die Ärzteschaft durchaus für das Themenfeld der Gewaltopferversorgung in der ärztlichen Praxis sensibilisiert ist. Mit Blick auf die Rücklaufquote – als Ausdruck hoch motivierter Personen – bleibt aber weiterhin vieles zu tun, um die Ärzteschaft mit dem Thema weiter, breiter und intensiver sowie vor allem Praxis-relevant vertraut zu machen. Der nach wie vor bestehende Informations- und vor allem Schulungsbedarf für eine Praxis-taugliche Betreuungsgestaltung zeigt sich auch in den nachfolgenden Ausführungen.

#### **5.4 Beurteilung der eigenen Betreuungssituation**

Im Vergleich zu dem insgesamt hohem Stellenwert, der von den ärztlichen Kolleginnen und Kollegen der medizinischen Gewaltopferversorgung beigemessen wird, kann anhand der weiteren Fragestellung deutlich werden, dass die eigene Betreuungssituation hinsichtlich von Gewalt betroffener Personen insgesamt eher mittelmäßig eingeschätzt wird. Im Ergebnisteil kann man erkennen, dass die Betreuungssituation des Versorgungsangebotes, in welchem die teilnehmenden Mediziner zum Zeitpunkt der Befragung tätig waren, von 8 (3%) als sehr gut und von 64 (26%) als gut bewertet wird. 81 (32%) deklarierten diese Situation als mittelmäßig

und 64 (26%) als mäßig. Von 26 (11%) wurde der Umgang mit Personen, die Opfer von Gewalt waren, als schlecht und von 8 (3%) als ungenügend gewertet.

Auch Heike Mark kommt in der Befragung niedergelassener Ärztinnen und Ärzte zu dem Schluss, dass sich 61,5% der Befragten nicht ausreichend bezüglich der Gewaltopferthematik informiert fühlen (Mark 2000, S. 60).

Wijma et al. beschreiben 2003 in einer großen Querschnittstudie, dass die meisten Opfer von Gewalttaten von ihren Gynäkologen und Gynäkologinnen nicht als solche erkannt wurden (Wijma et al. 2003, S. 2107). Diese Erkenntnis stützt beispielhaft die Selbsteinschätzung der Teilnehmer der hier vorliegenden Studie.

Ebenso stellen Roelens et al. 2006 fest, dass sich die meisten der befragten Gynäkologinnen und Gynäkologen ungenügend ausgebildet sehen, entsprechendes Patientenklientel ausreichend zu behandeln (Roelens et al. 2006, S.3).

Eine eindeutige Tendenz zwischen Ärztinnen und Ärzten lässt sich bei dieser Fragestellung nicht eruieren.

Allerdings fällt auf, dass Kolleginnen und Kollegen mit einer Berufserfahrung über 30 Jahre, ihre Betreuungskompetenzen insgesamt am besten einschätzen. Jahrelange Erfahrung scheint Selbstsicherheit zu bieten. Dieses korreliert mit den Annahmen, die Kerstin Krüger in ihrer Master-Thesis darstellt:

„[...] [es, KW] kann die Annahme aufgestellt werden, dass Ärztinnen und Ärzte mit einer Berufserfahrung von über 16 Jahren sich eher zutrauen Patientinnen auch ohne konkreten Verdacht auf das Thema Gewalt anzusprechen als ihre Kolleginnen und Kollegen mit einer Berufserfahrung von unter 16 Jahren“ (Krüger 2008, S. 73).

Heike Mark erhält in ihrer Befragung der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte aus dem Jahr 2000 andere Ergebnisse. Dort kommt sie zum dem Schluss, dass „Ärztinnen und Ärzte unter 45 Jahren [...] deutlich häufiger über Kontakt zu betroffenen Frauen [berichteten] als ältere“ (Mark 2000, S.49).

## **5.5 Direkte Ansprache des Patienten bei Zeichen von Gewalteinwirkung**

97% (n= 249) aller befragten Ärzte und Ärztinnen geben an, den Patienten bei Zeichen von Gewalteinwirkung auf diese anzusprechen.

Hier darf von einer hohen Tendenz zur „sozialen Erwünschtheit“ ausgegangen werden. Zudem bleibt die Frage offen, welche Arten von Gewalteinwirkung von wem entdeckt werden. Wie bereits in der Einleitung dargestellt, lassen sich multiple Formen von Gewalt definieren, die zwar teils offensichtlich erkennbar sein können

(wie beispielsweise Hämatome, Frakturen oder Verbrennungen), doch sogar in diesen Fällen erhöhter Achtsamkeit und eines gewissen Gespürs bedürfen, um nicht gegebenenfalls durch den mit anwesenden Täter oder das eingeschüchterte Opfer auf eine „falsche Fährte“ gelenkt zu werden. Bei durchaus subtileren Formen wie psychischer oder sozialer Gewalteinwirkung darf eine deutlich erhöhte Dunkelziffer angenommen werden.

Die handschriftlich erbetenden Erklärungen finden sich im Detail im Ergebnisteil und lassen sich inhaltlich darunter zusammenfassen, dass die Nachfrage bei entdeckter Gewalt größtenteils einem umfassenden Hilfeangebot, adäquater Diagnostik, eigener Betreuungs-, Behandlungs- und Beratungstätigkeit und dem Opferschutz diene, sowie aufgrund moralischer und forensischer Gründe geschehe. Zudem wird es als berufliche Verpflichtung gesehen. Auch in diesen Aussagen spiegelt sich die Erklärung wider, dass die Mediziner sich oft als erste Ansprechpartner für die von Gewalt betroffenen sehen. Dieses korreliert mit den Erfahrungen aus der „repräsentativen Untersuchung zur Gewalt gegen Frauen in Deutschland“ aus dem Jahre 2004, wo berichtet wird, dass „[...] bei jeweils einem Drittel der Frauen mit Verletzungsfolgen durch körperliche oder sexuelle Gewalt [...] die Verletzungsfolgen so schwer [waren], dass medizinische Hilfe in Anspruch genommen wurde“ (BMFSFJ 2004, S.15).

In der im Jahre 2000 von Heike Mark durchgeführten Befragung geben „68,2% der Ärztinnen und Ärzte [an,] ihre Patientinnen „immer“ oder „häufig“ direkt [zu fragen], ob Verletzungen oder Beschwerden, die sie feststellten, von Gewalttätigkeiten durch den Partner oder Ehemann herrührten, wenn sie den Verdacht hatten“ (Mark 2000, S. 63). In der Studie werden von den niedergelassenen Kolleginnen und Kollegen breit gefächerte Antworten bezüglich etwaiger Symptome von Gewalttaten dargestellt. Insbesondere „Hämatome [...]“ gefolgt von „Prellungen, Kontusionen [...], Schwellungen, Kratz-, Schürf- und Platzwunden“ [...] sowie „schwere körperliche Verletzungen wie Frakturen [...], Genitalverletzungen, ausgeschlagene Zähne, Blutungen, Würgemale und [...] Schussverletzungen“ werden angegeben (Mark 2000, S. 55). Zudem sind insbesondere die „psychischen Störungen, wie Ängste, Depressionen, Schlafstörungen, Verhaltens- und Wesensänderungen, Auffälligkeiten im Kontakt, Essstörungen oder Suchtverhalten [...]“ hinweisend für Gewalterfahrungen (Mark 2000, S. 56).

Trotzdem darf auch hier kritisch angemerkt werden, dass es sicherlich unterschiedliche Wahrnehmungsweisen dieser Symptome und der Zuordnung zu

Gewalttaten gibt und dementsprechend variabel ist, bei wem, ab wann und welcher Verdacht sich entwickelt.

Auch Frau Hagemann-White betont 2003: „Obwohl es Beschwerden und Störungen gibt, die besonders häufig mit Gewaltauswirkungen in Zusammenhang gebracht werden, gibt es keinen Bereich von Gesundheitsproblemen, für den eine mögliche relevante Vorgeschichte von Gewalt ausgeschlossen werden könnte“ (Hagemann-White/Bohne 2003, S.17).

Zusammenfassend lässt sich dementsprechend die sehr hohe Tendenz eines Ansprechens potenzieller Gewaltopfer bei vermuteten Anzeichen von Gewalt zwar als positiv einstufen, dennoch sollte sie, wie oben beschrieben, durchaus kritisch hinterfragt werden, da insbesondere die multiplen Erscheinungsformen von Gewalt eine unkomplizierte Ersteinschätzung erschweren können. Dieses wird durch eine jüngere Studie von Frau Dr. Schellong und ihrem Team aus dem Jahr 2008 unterstützt. „[...] 23% der antwortenden Ärzte [gab] an, im vergangenen Jahr überhaupt keinen Kontakt mit Betroffenen gehabt zu haben“ (Schellong/Eppele 2009, S.455).

## 5.6 Ansprache des Themas „Gewalterleben“ in jedem Anamnesegespräch

Die Ärztinnen und Ärzte werden ferner befragt, ob das Thema „Gewalterleben“ in jedem Anamnesegespräch angesprochen werde. 260 Personen beantworten diese Frage.

Insgesamt sprechen 16% der Befragten dieses Thema in jedem Anamnesegespräch an, davon 21% der weiblichen und 12% der männlichen Teilnehmer.

Diese Antworttendenz entspricht insgesamt dem (inter-)nationalen Vorgehen. In einer postalisch eruierten Querschnittstudie, die 2002 von Elliott et al. publiziert wurde, kommen die Autoren zu dem Resultat, dass nur 6% der Befragten **alle** ihre Patienten im Sinne einer Routinebefragung zu einem möglichen Gewalterleben befragen/screenen (Elliott et al. 2002, S.112).

Ebensolche Ergebnisse liefert die Studie von Burge et al. aus dem Jahr 2005, wo festgestellt wird, dass 68% der befragten Patienten berichten, niemals von ihrem Arzt/Ärztin über Konflikte in der Familie befragt worden zu sein (Burge et al. 2005, S. 249).

Vor allem in internationalen Studien wird in den letzten 10 Jahren intensiv darüber geforscht, inwiefern regelhaftes Screening nützlich ist, um mehr Gewaltopfer als solche zu erkennen und dementsprechend angemessener behandeln zu können.

Eine sehr umfassende Übersichtsarbeit liefern diesbezüglich Spangaro et al. 2009. Sie beschreiben, dass die Studien aus dem Jahre 2002 - 2004 insgesamt zu dem Schluss kommen, dass eine ungenügende Empfehlung für „routine screening for intimate partner violence (IPV)“ besteht. In den Untersuchungen der folgenden Jahre gebe es viele unterschiedliche Meinungen und multiple, getestete Tools. Wer eine einheitliche Leitlinie und geradlinige Empfehlung erwartet, müsse vertröstet werden. Sie versuchen allerdings, die Sichtweise bezüglich des Screenings (oder wie sie es bevorzugt nennen „asking about intimate partner violence“) in der Art zu beeinflussen, dass die routinemäßige Nachfrage als Intervention („in its own rights“) verstanden wird und dementsprechend vor allem der Versuch stattfinden sollte, große Teilnahme entgegenzubringen und dem Befragten Sicherheit anzubieten (Spangaro et al. 2009, S.56).

Ohne weitere umfassende Forschungen, werde das Thema weiterhin sehr schwer fassbar bleiben (Spangaro et al. 2009, S. 63). Zudem sei angemerkt, dass mit einer höheren Erkennungsrate (Detektion) von Gewaltopfern nicht zwangsläufig eine



bessere Versorgung und Prognose für den gesundheitlichen Verlauf verbunden sein muss. Zu solchen Überlegungen fehlen entsprechende Daten, z.B. gibt es keine Kohortenstudien zum Verlauf der gesundheitlichen Entwicklung von Gewaltopfern mit und ohne Detektion im Gesundheitswesen unter Beachtung von z.B. stattgehabten oder nicht angebotenen Interventionsangeboten. Die Untersuchungen zu Screeningverfahren befassen sich zunächst damit, ob die Instrumente geeignet sind, Gewaltopfer zu erkennen und ob die Rate an erkannten Opfern steigt, wenn solche Instrumente eingesetzt werden. Daraus ergibt sich keine Aussage zum weiteren Verlauf.

Heike Mark fragt in ihrer Erhebung aus dem Jahr 2000 nach den Gründen, die verhindern können, dass sie häusliche Gewalt ansprechen, auch wenn sie sie vermuten (Mark 2000, S.63-66).

Die Ergebnisse korrelieren mit den handschriftlichen Anmerkungen der in dieser hier vorliegenden Studie befragten Ärztinnen und Ärzten, die insbesondere durch die Schwierigkeit des Themas, die geringe Bedeutung für sie im medizinischen Alltag und den Zeitmangel das nicht regelhafte Ansprechen begründen (Mark 2000, S. 63-66). Die Notwendigkeit eines gut ausgebauten Vertrauensverhältnisses sowie die Aussage „ob ich das Problem anspreche, hängt davon ab, wie sicher ich bin, dass die Frau misshandelt wurde [...]“ lassen sich ebenfalls häufig vernehmen (Mark 2000, S. 64-65).

Ebenso fassen Gerbert et al. 1999 die Ergebnisse einiger anderer diesbezüglicher Studien so zusammen, dass das Thema von ärztlicher Seite nicht angesprochen werde, da ein Mangel an Zeit bestehe, man Sorge habe den Patienten bloß zu stellen, sich bereits Frustration hinsichtlich des Themas eingestellt habe und man sich in vielerlei Hinsicht machtlos fühle (Gerbert et al. 1999, S. 578). Insbesondere eine in diesem Zusammenhang viel verwendete Aussage sollte nicht unerwähnt bleiben, die bereits von Sugg/Inui 1992 veröffentlicht wurde: Vielfach bestehe die Sorge, Pandora´s box zu eröffnen („opening pandora´s box“), was im übertragenen Sinne bedeuten soll, dass aus Angst, in dem Patienten Emotionen oder Reaktionen auszulösen, denen man sich selber nicht gewachsen fühlt, dieses schwierige Thema der Gewalt umschifft wird (Sugg/Inui 1992, S. 3158).

Aus Patientensicht scheinen die Ängste der Ärztinnen und Ärzte weniger begründet. Burge et al. erkennen 2005, dass 97% der dort befragten Patientinnen und Patienten denken, dass ihre Mediziner sie über familiären Stress und Konflikte befragen sollten

(Burge et al. 2005, S. 252). In Korrelation dazu gibt ein Drittel der befragten Frauen in der qualitativen Auswertung des Patientenfragebogens dieser Studie an, dass die persönliche Ansprache des Themas „Gewalt“ durch den Mediziner das Gespräch erleichtert hatte.

Im Fragebogen wurde das Kommunikationsverhalten im Kontext mit Gewalt erfragt und die Unterteilung in eine offene und geschlossene Fragestellung angeboten. Dieser Aspekt ist von Interesse, da Fortbildungsbedarf wie auch entsprechende Angebote immer wieder die Gesprächsführung in den Blick nehmen. Die Erkenntnisse aus der Befragung können so für die Gestaltung von Fortbildungsangeboten genutzt werden.

75% der Antwortenden favorisierten eine offene, 11% eine geschlossene und 14% eröffneten mit „geschlossener und offener Frageformulierung“ eine neue Kategorie der Fragestellung.

Dazu lässt sich vermerken, dass „auf offene Fragen [...] eine Antwort in den eigenen Worten des Befragten erwartet [wird]. Es werden keine Antwortmöglichkeiten vorgeschlagen; der Befragte übernimmt selbst die Formulierung seiner Antwort. Geschlossene Fragen verlangen vom Befragten, sich zwischen Antwortalternativen zu entscheiden. In solchen Fragen können zwei Antwortalternativen vorgegeben werden [...] aber auch jede beliebige andere Anzahl von möglichen Antworten“ (Methoden der empirischen Sozialforschung, S.324).

Als ein Beispiel für eine grammatikalisch richtig erörterte offene Frage kann eine derartige Frage stehen „Wie haben Sie die Situation erlebt?“, „Was war das Schlimmste für Sie?“, „Wie haben Sie sich gefühlt?“.

Viele Ärztinnen und Ärzte, die angaben, offene Fragen zu stellen, beschrieben in ihren Beispielsätzen allerdings grammatikalisch nicht als „offen“ zu wertende Formulierungen. Nennungen, wie „Hast Du manchmal Angst?“, „Kommt es bei Ihnen auch zu körperlichen Auseinandersetzungen?“ zeigen, dass die Vorgabe im Fragebogen offenkundig nicht immer inhaltlich im originär gewünschten und gemeinten Kontext verstanden werden. Ebenso werden von den Personen, die sich für die geschlossene Fragestellung entschieden haben, grammatikalisch eher als offene Fragen anzusehende Beispiele gegeben. Korrekt wäre gewesen: „Stehen die Verletzungen mit Gewalteinwirkung in Verbindung?“, „Gibt es Probleme mit tätlicher Gewalt?“, „Jemand hat Ihnen körperliche Schmerzen zugefügt?“. Dem entgegen stehen Beispielfragen, wie „Was ist denn passiert, sieht nicht typisch aus!“, „Können Sie mir erklären, wie das passiert ist?“ Insofern steht die Auswertung dieser Fragen

unter dem Vorbehalt der nicht sicheren Diskriminierung der Auswahl- Vorgaben. Aufgrund dieser Missverständnisse unterbleibt die weitere Erörterung dieses Aspektes in der Fragebogenauswertung.

## 5.7 Schätzung der Patientenzahl mit Gewalteinwirkung pro Quartal

8 Patienten pro Quartal werden durchschnittlich als Gewaltopfer klassifiziert.

Diese Patientenzahl soll im Folgenden anhand eines Rechenbeispiels in einen realen Kontext gesetzt werden: Als Beispiel dient die Gruppe der in einer Praxis tätigen Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmediziner.

Durchschnittlich werden pro Quartal in dieser Berufsgruppe 956 Patienten behandelt. 7 Patienten werden davon durchschnittlich als von Gewalt betroffen angesehen. Somit **wären** unter einem Prozent der Patienten von Gewalt betroffen.

Vergleicht man diesbezüglich insbesondere die deutschsprachige Literatur, so muss davon ausgegangen werden, dass „rund 25% der in Deutschland lebenden Frauen Formen körperlicher oder sexueller Gewalt (oder beides) durch **aktuelle** oder **frühere** Beziehungspartnerinnen oder – partner erlebt“ haben (BMFSFJ 2004, S.9). Frau Hagemann-White und Frau Bohne formulieren es in der Expertise für die Enquetekommission so: „Eine solche Aufschlüsselung ergibt eine Gesamtschätzung von bis zu 22% aller Frauen, die in der einen oder anderen Form Gewalt in einer Ausprägung erlitten haben, die Folgen für die Gesundheit hat“ (Hagemann-White/Bohne 2003, S.14).

Diese Literaturangaben beziehen sich auf betroffene Frauen. Somit wird für diese Beispielrechnung das von den in der Praxis tätigen Allgemeinmedizinerinnen/innen angegebene Geschlechterverhältnis von 61% Frauen und 39% Männern einbezogen. Somit dürfte von etwa 583 Patientinnen pro Quartal ausgegangen werden. Entsprechend der deutschsprachigen Literatur folgt hieraus, dass etwa jede fünfte dieser Frauen als von Gewalt betroffen einzuschätzen ist, was 116 Frauen pro Quartal entspräche.

In der Literatur wird beschrieben: „Da die allermeisten betroffenen Frauen mindestens einmal mit einer gewaltbedingten Verletzung (oft kaschiert als Unfall) im Gesundheitssystem erscheinen [...], ergibt sich eine Prävalenz von 11% als mögliches Richtmaß für die Inanspruchnahme des Gesundheitswesens“ (Hagemann-White/Bohne 2003, S.11).

So ergibt sich abschließend für dieses Rechenbeispiel eine Anzahl von 13

Gewaltopfern, die in einer allgemeinmedizinischen Praxis pro Quartal vorstellig werden müssten. Da von den Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmedizinern insgesamt durchschnittlich 7 (sowohl weibliche als auch männliche) Gewaltopfer angegeben werden und hier nur der weibliche Anteil errechnet wurde, bestätigt dieses Beispiel die Annahme, dass zahlreiche von Gewalt betroffene gar nicht erst als solche erkannt werden.

Hier muss gleich kritisch bemerkt werden, dass die Frage nicht konkret zwischen „Gewalt in der Anamnese“ und „aktuell erlebter Gewalt“ trennt und angenommen werden muss, dass manche Ärztinnen und Ärzte aktuell in einem Quartal betroffene Patientinnen und Patienten vor Augen haben könnten, was die konkrete Fallzahl senken würde.

Nichts desto trotz müsste andererseits - gerade von Allgemeinmedizinern - mit oft Jahre- bis jahrzehntelanger Patientenbindung angenommen werden, dass sie um eine Gewaltanamnese ihres Patientenklintel wissen müssten.

Innerhalb der Darstellung nach der Berufserfahrung weisen die über 30 Jahre berufserfahrenen Mediziner mit 4 Patienten mit Gewalteinwirkung die minimalen Fallzahlen auf, wohingegen die bis zu 10 Jahre tätigen Mediziner mit 11 Patienten die maximale Fallzahl in dieser Kategorie angeben, so dass insgesamt davon ausgegangen werden muss, dass viele Patientinnen (und Patienten) mit Gewalterfahrungen in der Anamnese, **nicht** als solche erkannt werden.

Dieser Problematik nimmt sich das Modellprojekt MIGG „Medizinische Intervention gegen Gewalt“ an. In Trägerschaft des Netzwerkes Gesine, S.I.G.N.A.L e.V. und der Rechtsmedizin Düsseldorf sollen in verschiedenen Regionen Deutschlands Unterstützungs- und Versorgungsmodelle für gewaltbetroffene Patientinnen in der ambulanten ärztlichen Versorgung erprobt werden. Als zentrales Ziel gilt die Entwicklung eines praxistauglichen Interventionsprogramms (BMFSFJ 2011, S. 7-8; MIGG).

Ein modernes Medium in Gestalt einer CD mit Informationsmaterial und Lehrfilmen als Lern- und Lehrplattform macht sich ein ebenfalls interessantes Projekt zu Nutze, welches eine Lernsoftware zum Umgang mit von Gewalt betroffenen Personen bereitstellt. In Kooperation mit einer Filmemacherin, Fachfrauen von BiG e.V. und der Interventionszentrale Berlin wurden praktische Vorgehensweisen anhand von Kurzfilmen präsentiert, um Gewaltopfer als solche erkennen und adäquat behandeln zu können (AVA2).

## 5.8 Ursprung der erlebten Gewalt

Insgesamt geben 62% aller Medizinerinnen und Mediziner an, Gewalt durch einen Lebenspartner bei ihren Patienten zu kennen. 44% schildern Gewalt durch Freunde oder Bekannte des Opfers. In der repräsentativen Befragung zu Gewalt gegen Frauen in Deutschland wird in der Zusammenfassung zentraler Studienergebnisse als wichtiger Einzelbefund hervorgehoben, „[...] dass Gewalt gegen Frauen überwiegend durch - zumeist männliche - Partner oder Ex-Partner verübt wird“ (BMFSFJ 2004, S.13). Dementsprechend findet diese meist im „häuslichen Bereich“ statt, was durchaus mit den Ergebnissen der hier vorliegenden Studie korreliert (vgl. BMFSFJ 2004, S.13).

Auch die qualitative Auswertung der im Zusammenhang mit dieser Studie durchgeführten Patientenbefragung erbringt ein ähnliches Ergebnis. Dort beschreiben 50% der Frauen Gewalt durch einen Lebenspartner und damit in der häuslichen Umgebung.

Anhand dieser Erkenntnisse lässt sich vielleicht besser verstehen, warum die Erfassung, Beeinflussung und Hilfestellung für von Gewalt Betroffene so schwierig sein kann. Patientinnen und Patienten, die Gewalt zum größten Teil in ihrem persönlichen Nahraum erleben, sind oft essentiell in die häuslichen Strukturen integriert. Ein „sich dem gewalttätigen Partner entgegen stellen“, würde oft nicht nur den Verlust des Partners, sondern vielmehr Verlust des Wohnraums und finanzieller Absicherung sowie weiterer sozialer Kontakte bedeuten.

Geschlechtsspezifische Unterschiede hinsichtlich des Ursprungs der vom Patienten erlebten Gewalt sind deutlich in der Kategorie „Gewalt durch Lebenspartner“, „Freunde und Bekannte“ und „Sexuelle Gewalt“ zu finden. Ärztinnen spezifizieren diese Ursachen weitaus häufiger als ihre männlichen Kollegen.

Es gilt zu vermuten, dass Frauen hinsichtlich der Leiden des „eigenen Geschlechts“ offener sind und dementsprechend mehr von den Patientinnen erfahren als ihre männlichen Kollegen. Insbesondere sexualisierte Gewalt scheint immer noch ein Tabuthema zu sein. Persönliche Erfahrungen aus dem Arbeitsalltag als Assistenzärztin für Innere Medizin lassen eine deutliche Hemmschwelle insbesondere von älteren Patientinnen erkennen, „Frauenleiden“ mit den männlichen Kollegen zu besprechen.

Ob eine Konsequenz aus dieser Erfahrung sein könnte, dass eine gleichgeschlechtliche Behandlungsoption im Berufsalltag mit von Gewalt Betroffenen gewährleistet sein sollte, bleibt zu diskutieren. Im medizinischen Alltag sicherlich

pragmatischer zu integrieren, wäre eine **aktive** Ansprache der Ärzteschaft. Wenn ein Arzt zu seiner akut von Gewalt gezeichneten Patientin sagen würde: „Ich kann verstehen, dass Ihnen die Situation unangenehm ist, sie können sich aber sicher sein, dass ich sie ebenso vorsichtig untersuchen werde, wie es eine Kollegin machen würde und sie mir die gleichen Fragen stellen dürfen und sollen“, könnte das eine angenehme, vertrauensvolle Atmosphäre schaffen.

Eine weitere Auffälligkeit lässt sich bezogen auf die medizinischen Fachrichtungen feststellen. Die gynäkologisch tätigen Medizinerinnen und Mediziner beschreiben zu 71% sexualisierte Gewalt als Hauptursache der Gewalt. Sicherlich sind diese Kolleginnen und Kollegen diejenigen, die insbesondere mögliche Verletzungen im Genitalbereich detektieren und eine geübte, routinemäßige fachspezifische Untersuchung durchführen und entsprechende Verletzungen auch behandeln können.

In der recherchierten Literatur berichten beispielsweise Elliot et al. davon, dass gynäkologisch tätige Medizinerinnen und Mediziner häufiger Screeningverfahren anwenden (Elliot et al. 2002, S.114). Und Heike Mark berichtet, dass „der Anteil der Gynäkologinnen und Gynäkologen, die sich ausreichend informiert fühlten, [...] mit 60% signifikant höher [...] [war] als bei den anderen Fachgruppen“ (Mark 2000, S.60-61). Die Ergebnisse dieser Studie korrelieren durchaus mit den Ausführungen von Heike Mark, dass „ [...] Männer weniger Kontakt zu Opfern häuslicher Gewalt angaben als Frauen“ (Mark 2000, S.49).

Interessant wäre eine Recherche, die Gynäkologinnen und Gynäkologen eigenständig betrachtet. Werden entsprechende Patienten von ihnen „primär erkannt“ oder sind es gezielte Überweisungen nach entsprechender Selektion in einem anderen ärztlichen oder auch nicht ärztlichen Kontext (z.B. Beratungsstelle)? Wie gestaltet sich das Procedere zur zügigen, fachspezifischen Untersuchung? Derartige Fragen bleiben einer weiteren Erhebung vorbehalten.

## 5.9 Kenntnis von Leitfäden zum Thema häuslicher Gewalt

Entsprechende Leitfäden sind mittlerweile so gut wie flächendeckend in der Bundesrepublik Deutschland vorhanden. In Brandenburg ist die Erarbeitung eines solchen auf der Agenda des Landesaktionsplans zur Bekämpfung von Gewalt gegen Frauen und ihre Kinder in Vorbereitung (Landesaktionsplan Brandenburg, S.8).

Über allgemeine Internetsuchstellen wie „Google“ erscheinen bei der Stichwortsuche „Leitfäden häusliche Gewalt“ unter anderem die Internetauftritte hinsichtlich dieses Themenkomplexes der bundesweiten Ärztekammern. Auch im Erhebungszeitraum 2006 war das im Prinzip nicht anders, da der technische Fortschritt des Internets, allzeit schnelle, unbürokratische und anonyme Hilfestellungen ermöglicht. Ergänzend zu inhaltlich umfänglichen Leitfäden und Dokumentationsanleitungen sei beispielhaft für eine kompakte Information und Arbeitsanleitung die Med-Doc-Card<sup>®</sup>, die im rechtsmedizinischen Institut von Köln entworfen wurde, genannt. Auf zwei Seiten finden sich kurz und prägnant wichtige Hinweise zum adäquaten Verhalten hinsichtlich einer effektiven Anamnese und gerichtsfesten Dokumentation (Med-Doc-Card<sup>®</sup>). Eine ähnliche kompakte Hilfestellung bietet ein Leitfaden, der als einer der ersten im Rahmen des S.I.G.N.A.L- Projektes (Intervention im Gesundheitsbereich gegen Gewalt an Frauen e.V.) publiziert wurde (S.I.G.N.A.L). Solche Leitfäden sind jedoch nur 32% der Befragten in dieser Erhebung bekannt, 59% davon sind weiblich. Bereits im Jahr 2000 kommt Heike Mark zu dem Schluss, dass etwa zwei Drittel sich nicht ausreichend informiert fühlen. Das Thema häuslicher Gewalt sollte auf allen Stufen der ärztlichen Aus- und Weiterbildung behandelt werden und Informationen sollten über die Fachpresse oder in Form eines „Leitfadens“ verbreitet werden (vgl. Mark 2000, S.60 und S.99). An dieser Stelle ist kritisch anzumerken dass diesbezüglich ein hoher Grad an Unkenntnis unter den befragten Ärztinnen und Ärzten besteht. So gaben zwei Drittel der Befragten an, derartige Leitfäden nicht zu kennen.

Woran mag dieses Missverhältnis liegen? Fehlt es - trotz vermehrter landesweiter Bekanntmachung - etwa an der Wahrnehmung der bestehenden Angebote – im „Wust“ der Flut an Informationsangeboten für die Ärztinnen und Ärzte? Oder sind die bisherigen Vorlagen noch zu umfangreich und wenig praxistauglich und bedarf es weiter vereinfachter Broschüren sowie einer regelmäßigen Berichterstattung in der entsprechenden Fachpresse (wie etwa dem Deutschen Ärzteblatt)? Oder liegt es doch auch noch an einem zu geringen Interesse der praktizierenden Mediziner?

Diese Fragen können hier nicht befriedigend mit den Erkenntnissen aus der Befragung und der Literaturanalyse beantwortet werden. Die Frage der Praxis-Relevanz bzw. Praxis-Tauglichkeit von Angeboten für die Ärzteschaft ist aber sicher eine zentrale und sollte im Rahmen weiterer Aktionen zur Sensibilisierung der Ärzteschaft und zur Unterstützung in der Gewaltopferbetreuung kritisch in den Blick genommen werden.

PD Dr. med. Hildegard Graß berichtet aus der Erfahrung im MIGG- Modellprojekt, dass „die Schulung und Informationsmaterial – jeweils praxisnah ausgerichtet – den größten Erfolg mit sich bringe“, was sie im persönlichen Gespräch im August 2012 mitteilte.

Fest steht, dass sowohl zum Erhebungszeitpunkt dieser hier vorliegenden Studie und sicherlich noch weiter ausgebaut zum jetzigen Zeitpunkt, **kein** Mangel an entsprechenden Leitfäden besteht. In einem Artikel des Deutschen Ärzteblattes aus dem Jahre 2008 werden alle bis dato in der Bundesrepublik auf Länderebene publizierten Leitfäden beschrieben und darauf hingewiesen, dass nach bestimmten Kriterien „[...] der hessische Dokumentationsbogen bei häuslicher und körperlicher Misshandlung als der derzeit beste gewertet werden [kann]“ (Blättner et al. 2008, S.26).

Aus den erhobenen Daten wird versucht, über eine Betrachtung der befragten Ärztinnen und Ärzte unter bestimmten Aspekten nach Besonderheiten zu suchen, um unter Umständen einen Erklärungsansatz zu finden. Das Missverhältnis zwischen einem formulierten Informationsbedarf und dem Nicht-Kennen bestehender Angebote, die genau diesen Informationsbedarf decken würden, kann allerdings nicht erklärt werden: Wird die Spanne der Berufserfahrung als ein möglicher Einflussfaktor in den Blick genommen, so zeigt sich, dass die bis zu fünf Jahre berufserfahrenden Medizinerinnen und Mediziner, mit 19% die geringste Kenntnis der Leitfäden aufweisen. Hier wäre durch die Nutzung neuer Medien eine höhere Rate zu erwarten gewesen.

Erstaunlicherweise sind die bis zu 10 Jahre tätigen Medizinerinnen und Mediziner, die Ärztesgruppe, in welcher die meisten (43%) entsprechende Leitfäden kennen. Allgemeinmediziner und Gynäkologen wissen zu 38% bzw. 39% um derartige Leitfäden, während es bei den anderen Fachrichtungen durchschnittlich 21% sind.



## 5.10 Nutzung von Leitfäden

Von den teilnehmenden Medizinerinnen und Medizinern, die Leitfäden kennen, nutzen diese weit weniger als die Hälfte (36%).

In Anbetracht des regelhaft in fast allen entsprechenden nationalen und internationalen Studien vorgetragenen Wunsches nach kompakteren Leitlinien und effektiven Fortbildungen (vgl. Mark 2000; S.72, Rhodes et al. 2003, S.604) bleibt die Frage offen, warum **vorhandene** Leitfäden nicht gekannt und dementsprechend nicht genutzt werden. Die oft umfängliche Gestaltung der Leitfäden mag hier als ein Grund diskutiert werden, da diese die Handhabbarkeit im ärztlichen Alltag möglicherweise schon beim ersten Kontakt mit dem Druckwerk fraglich erscheinen lässt. Vielleicht findet deshalb erst gar keine Erprobung statt oder die Erprobung des Materials lässt die Praxistauglichkeit fraglich erscheinen. Die Med-Doc-Card<sup>®</sup> hat dagegen eine weite Verbreitung gefunden. Hier findet sich im Kitteltaschenformat eine kompakte Dokumentationshilfe (Med-Doc-Card<sup>®</sup>). Sie wird im MIGG-Projekt von 71% der Modellpraxis positiv bewertet, was PD Dr. med. Hildegard Graß als Mitorganisatorin ebenfalls im persönlichen Gespräch im August 2012 berichtete.

Körperschemata zur Befunddokumentation werden nur von 45% der teilnehmenden Mediziner und Medizinerinnen gekannt und davon wiederum von nur 51% (n= 60) genutzt. Auffällig ist, dass insbesondere von den Berufsanfängern (Berufserfahrung unter 5 Jahren) zu 64% dieses genutzt wird. Dahingegen nutzen die anderen Berufserfahrungsgruppierungen diese Dokumentationshilfe nur zu durchschnittlich 45%. Insbesondere Chirurginnen und Chirurgen, Gynäkologinnen und Gynäkologen sowie Pädiaterinnen und Pädiater nutzen zu durchschnittlich 58% Dokumentationsbögen, während die anderen Fachabteilungen nur zu 35% auf diese Weise dokumentieren. Dementsprechend sollte das Angebot zur Dokumentationserleichterung vermehrt ausgebaut werden. Dies ist insbesondere durch Schulungen und gezielte Übungen zum praktischen Gebrauch möglich. Als interessantes Projekt darf hier erneut das MIGG- Modellprojekt erwähnt werden, welches durch Bereitstellung kostenloser und zertifizierter Fortbildungen, Informationen und Materialien ebenso wie durch Kontaktherstellung zu Einrichtungen psychosozialer Versorgung, persönlicher Beratung und Förderung des fachlichen Austausches die Entwicklung eines „praxistauglichen Interventionsprogrammes“ fördern will (MIGG; BMFSFJ 2011).

## 5.11 Fotos zur Befunddokumentation

Auch Fotos zur Befunddokumentation sind hinsichtlich einer etwaigen jahre- bis jahrzehntelangen Gerichtsverwertbarkeit ein essentieller Bestandteil einer sachgerechten Dokumentation. In einigen Leitfäden gibt es sogar detaillierte Anweisungen für die Anfertigung einer adäquaten Fotodokumentation. Ein gutes Beispiel dafür ist die (basierend auf dem S.I.G.N.A.L-Leitfaden – Hilfe für Frauen. Interventionsprogramm gegen häusliche Gewalt), insbesondere für das Klinikum Konstanz ausgearbeitete, insgesamt 22-seitige Informationsbroschüre (vgl. Leitfaden Fotodokumentation 2011)

Lediglich 41% der in dieser vorliegenden Studie befragten Personen nutzen Fotos zur Dokumentation. In diesem Fall ist der Anteil der Mediziner mit 45% höher als bei den Kolleginnen. Auffällig ist auch, dass 66% der bis zu fünf Jahre im Beruf arbeitenden Kolleginnen und Kollegen, diese Art der (gerichtsfesten) Dokumentation nutzen, wohingegen es nur rund 38% bei den übrigen Berufserfahrungsgruppierungen sind.

82% der chirurgischen Kolleginnen und Kollegen nutzen Fotos zur Dokumentation und liegen somit weit über dem Durchschnitt der anderen Medizinerinnen und Mediziner.

Zudem muss betont werden, dass 66% der im Krankenhaus tätigen Medizinerinnen und Mediziner Fotos zur Dokumentation einsetzen, wohingegen es nur durchschnittlich 27% der in einer Praxis praktizierenden Kolleginnen und Kollegen dementsprechend machen.

Auch wenn die Rate der Nutzung von Fotos zur Dokumentation von Verletzungen noch nichts über deren Aussagewert beziehungsweise Qualität aussagt, so erscheint es sinnvoll, in der Ärzteschaft vermehrt für diese Form der Dokumentation zu werben. Die Verbreitung im Fach Chirurgie kann vielleicht als positives Beispiel genutzt und die dort gewonnenen Erfahrungen in der Ärzteschaft vorgestellt werden, um diesen Dokumentationsmodus zu bewerben. Zusätzlich ergeben sich sinnvolle Einsätze für eine Fotodokumentation nicht nur für Gewaltfolgen, sondern auch für andere krankhafte Veränderungen, z.B. Hautveränderungen bei Dekubitus oder Diabetes mellitus, sodass sich ein Mehrwert für den Einsatz in der ärztlichen Praxis beschreiben lässt.

Eine Möglichkeit, die bei den insbesondere chirurgischen Fächern weit verbreitete Fotodokumentation zu nutzen, um auch auf die schriftliche Dokumentation hinzuweisen, wäre eine Vernetzung dieser bereits praktizierten Vorgehensweise mit

der notwendigen Dokumentation im Sinne einer positiven Verstärkung. Das „altbewährte“ wird weiterhin als sehr wichtig dargestellt und die neuen Dokumentationshilfen integrieren sich in dieses Bild.

## **5.12 Konkrete Institutions- bzw. Hilfeangebote**

Ein weiterer Aspekt in der Befragung beschäftigt sich mit konkreten Institutions- bzw. Hilfeangebotsempfehlungen an von Gewalt betroffene Personen. Erfreulicherweise bieten 85% der teilnehmenden Mediziner und Medizinerinnen ihrem Patientenkollektiv ein sofortiges Arzt-Patienten-Gespräch an. Noch einmal wichtig zu erwähnen bleibt, dass „mehr als zwei Drittel eine Frage nach Gewalterfahrung als Teil der allgemeinen Anamnese“ präferieren, wie es Teil der Studienergebnisse der S.I.G.N.A.L.-Begleitforschung ist (S.I.G.N.A.L.).

Ein ausführliches Gespräch zu einem anderen Termin wird von 32% aller Befragten angeboten. Dies ist sicherlich angesichts eines massiven Zeit- und Termindrucks unter der Ärzteschaft oft nicht anderes durchführbar und kann von dem potentiellen Gewaltopfer als Zeichen für Verständnis, „ernstgenommen werden“ und Wertschätzung aufgefasst werden. Andererseits muss bedacht werden, dass die Hemmschwelle für das Aufsuchen einer medizinischen Einrichtung im Rahmen einer Gewalttat offenkundig noch erhöht ist. So zeigen Studienergebnisse der S.I.G.N.A.L.-Begleitforschung (S.I.G.N.A.L.\_Fact Sheet, S.4), dass nur die Hälfte der Frauen, die unter gesundheitlichen Folgen leiden, sich auch gesundheitlich versorgen lassen. Ein zeitverzögerter Gesprächstermin könnte demzufolge gegebenenfalls schon zu spät sein.

Durchschnittlich 57% der Befragten eröffnen ihren von Gewalt betroffenen Patientinnen und Patienten den Kontakt zu Hilfeeinrichtungen und Institutionen wie Partner- und Familienberatung, Kriseninterventionsdienst, Frauenhäusern, psychotherapeutischen Einrichtungen oder der Polizei.

Dahingegen werden Einrichtungen wie der Weiße Ring, eine Rechtsberatung, Rechtsmedizin, Traumaambulanzen und das Versorgungsamt wesentlich weniger empfohlen (die genauen Zahlen sind im Ergebnisteil zu finden).

Die Frage, warum ein solches Ungleichgewicht zwischen den einzelnen Institutionen besteht, kann hier nicht abschließend geklärt werden. Festzustellen bleibt, dass für den Raum Düsseldorf bereits knapp zwei Jahre (November 2004) vor der Erhebung dieser Studie, eine umfassende Zusammenfassung aller wichtigen Ansprechpartner in einer Broschüre der „Düsseldorfer Prävention“. Opferhilfe in Düsseldorf publiziert

wurde. In dieser sind Kurzinformationen und Ansprechpartner für alle diese Institutionen und Hilfeangebote in Düsseldorf, herausgegeben vom kriminalpräventiven Rat der Landeshauptstadt Düsseldorf, Fachgruppe Opferschutz (Kriminalpräventiver Rat 2004). Es darf vermutet werden, dass diese Broschüre in der Ärzteschaft nicht angekommen ist. Eine Information über das regionale Hilfeangebot ist aber ein Bereich, der von den Befragten durchaus gewünscht und als hilfreich benannt wird. Insofern sollten hier regionale Vernetzungen zwischen Ärzteschaft und Hilfeangeboten gefördert werden. Regelmäßige, aktuelle Informationen und Kontaktmöglichkeiten erscheinen hilfreich. Die Ergebnisse aus dem Modellprojekt MIGG bringen hierzu entsprechende Erkenntnisse: Die Ärztinnen und Ärzte in den Modellpraxen bewerten die regionale Vernetzung und das Kennenlernen der jeweiligen Institutionen als wertvolle Hilfe. Die alleinige Bereitstellung von Information ist offenkundig nicht so nachhaltig wie die zusätzliche Gestaltung persönlicher Kontakte in das Hilfesystem (Graß 2012, S.799).

### **5.13 Verfügbarkeit von Informationsmaterial**

33% der Befragten geben an über Informationsmaterial zu verfügen, was 44% aller Ärztinnen und 24% aller Ärzte entspricht.

Von den bis zu fünf Jahre Berufserfahrenen haben nur 13% Informationsmaterial zur Verfügung. Gerade von „Berufsstärtern“ weiß man, dass sie häufig in einer für sie neuen Stadt mit dem Arbeitsleben beginnen, ein entsprechendes Netzwerk an „Informationsgebern“ somit noch nicht ausgebaut ist.

Dieser Punkt kann als Ansatz zur Verbesserung genommen werden. Insbesondere bei der Einarbeitung in zentrale Notaufnahmen sollten die unerfahrenen Kolleginnen und Kollegen Tipps für den Umgang mit „Ausnahmesituationen“ erhalten, dazu gehört sicherlich neben klinikeigenen „To do“ - Listen auch die Bereitstellung entsprechender Informationsmaterialien für den Umgang mit (potentiellen) Gewaltopfern sowie Materialien zur Weitergabe an die Opfer.

Desweiteren zeigt sich deutlich, dass die Gynäkologinnen und Gynäkologen am weitaus häufigsten (zu 40%) Informationsmaterial zur Verfügung haben. Dagegen haben nur 13% der Internisten derartiges Material.

Wiederum auffällig erscheint die Aufteilung, dass nur 19% der im Krankenhaus tätigen Medizinerinnen und Mediziner entsprechende Broschüren zur Verfügung haben, während es 45% von denen in einer Facharztpraxis Arbeitenden sind.

Verfügbares Informationsmaterial haben die Befragten zumeist auch von den Institutionen, die weiterempfohlen werden.

Das heißt im Umkehrschluss, dass ein möglicher Faktor zum „im Gedächtnis bleiben“ kurze Informationsbroschüren, Miniflyer oder Handouts sein könnten, die den behandelnden Ärztinnen und Ärzten gegebenenfalls sogar zugeschickt werden könnten. Laut Graß hat sich jedoch insbesondere bewährt, dass die Aushändigung der Broschüren mit Schulungsangeboten (insbesondere „in house“ Schulungen) verknüpft werden (vgl. Graß 2012, S.799). Bezüglich der Verfügbarkeit von Informationsmaterial, ist eine gute Vernetzung mit dem Hilfesystem hilfreich. Idealerweise basiert die Verfügbarkeit von Material zur Information von Gewaltopfern zu weiteren Hilfeangeboten auf bestehenden Verbindungen zu diesen Angeboten. Eine Empfehlung, ein bestimmtes Hilfeangebot wahrzunehmen, zu dem dann auch Informationsmaterial übergeben kann, wird durch die Mitteilung, die dort tätigen gut zu kennen und deren Arbeit zu schätzen, sicher bekräftigt. Zusätzlich ist über einen bestehenden Kontakt gewährleistet, dass sich der Arzt, die Ärztin auch dauerhaft mit Informationsmaterial ausstatten kann. Die Sinnhaftigkeit einer solchen Vernetzung wird auch durch die nachfolgenden Aspekte aus der Befragung unterstützt.

#### **5.14 Informations-, Beratungs- und Unterstützungsbedarf**

Insgesamt antworten 248 (94%) Mediziner/innen auf diese Frage. 75% davon sehen für sich Informationsbedarf. In der Betrachtung nach ihrem Geschlecht, sind dies 91 (82%) der Ärztinnen und 94 (70%) der Ärzte.

Dies ist ein sehr aussagekräftiger Punkt, der sich ebenfalls in der Studie von Heike Mark sechs Jahre zuvor so widerspiegelt. Auch hier fühlen sich zu fast zwei Drittel nicht ausreichend informiert. (Mark, S.60). Diese Ergebnisse sind beachtlich, vor allem vor dem Hintergrund der durchaus vorhandenen Informationsangebote in der Fachpresse, in den modernen Medien, in den Beratungseinrichtungen und in den allgemeinen Medien. Offenkundig wird diese Information in der Ärzteschaft aber nicht wahrgenommen. Möglicherweise bedarf es gezielter Präsentationen, damit die vorhandenen Informationen die Ärzteschaft auch wirklich erreichen. Die zunehmenden Initiativen von ärztlichen Fachgesellschaften, z.B. Unfallchirurgie, Frauenheilkunde und Hausärzte, sind sehr zu begrüßende Initiativen, die das Thema „Gewaltopferversorgung“ in der Wahrnehmung bestärken.

Durchschnittlich 84% der bis zu zehn Jahre Berufserfahrenen sehen für sich

**Informationsbedarf**, dieser nimmt dann mit der Berufserfahrung ab. 85% der Gynäkologinnen und Gynäkologen sehen für sich selbst Informationsbedarf im Vergleich zu 69% der Internisten. Und während rund 70% der in einer Praxis tätigen Kolleginnen und Kollegen diesen Informationsbedarf beschreiben, sind es 83% der in einem Krankenhaus tätigen.

**Beratungsbedarf** besteht allerdings nur bei 55% der Medizinerinnen und Medizinern. Wiederum sind es mehr weibliche als männliche Teilnehmer, die diesen Bedarf für sich erkennen. Augenscheinlich nimmt der Beratungsbedarf mit der Berufserfahrung ab und wiederum sind es die Gynäkologen (gefolgt von den Pädiatern), die einen Beratungsbedarf beschreiben. Zudem besteht erneut bei denen im Krankenhaus tätigen mehr Beratungsbedarf als bei den ambulant Praktizierenden.

**Konkreter Unterstützungsbedarf** wird von 42% beschrieben, darunter wieder von mehr weiblichen als männlichen Befragten. Eine klare Tendenz innerhalb der Berufserfahrungsgruppierung lässt sich hier nicht darstellen. Erneut sind es die gynäkologisch und im Krankenhaus tätigen, die den größten konkreten Unterstützungsbedarf für sich formulieren.

Insgesamt lässt sich demnach beschreiben, dass sehr viele zwar Informationsbedarf deklarieren, weniger davon Beratungsbedarf beschreiben und konkreter Unterstützungsbedarf nur durch eine geringere Zahl der Studienteilnehmer angegeben wird.

Man kann dies vielleicht so bewerten, dass diese Kaskade dem Prinzip folgt: Allgemeine Informationen nehme ich gerne an, je persönlicher es wird, desto mehr fühle ich mich bedrängt und bevormundet.

Wie bereits erwähnt ist formal und „theoretisch“ davon auszugehen, dass zum Erhebungszeitpunkt der Befragung die eingeforderten Informationen und Unterstützungsmaßnahmen sämtlich als vorhanden bzw. gegeben zu betrachten sind (durchaus vorbildlich im Großraum Düsseldorf). Allerdings beschreibt das Antwortverhalten der Ärzteschaft, dass dies nicht bei den Ärztinnen und Ärzten angekommen ist, was insbesondere die Wahrnehmung und Nutzung betrifft.

Zusammenfassend darf festgehalten werden, dass trotz eines mittlerweile respektabel vorhandenen Schulungs- und Hilfestellungsangebotes für Mediziner/innen bezüglich der Versorgung ihrer von Gewalt betroffenen Patienten immer noch ein ausgeprägtes Defizit an adäquater Erkennung, Versorgung und Weiterleitung dieser Patientengruppen besteht.

Des Weiteren sind offenkundig (weiterhin beziehungsweise noch mehr) gezielte

Ansprachen, Schulungen und vor allem Praxistauglichkeitsprüfungen der Materialien sinnvoll.

Zudem drängt sich auf, die Ausbildung junger Studenten/innen zur umfassenden Sensibilisierung zu nutzen, um von der Basis her die Gewaltopferversorgung nachhaltig und zielführend zu gestalten. Zusätzlich sind auch – und gerade – in der alltäglichen medizinischen Praxis Fort – und Weiterbildungsangebote notwendig.

### **5.15 Eigener Kontakt zu Hilfeangeboten**

Diese 263 Nennungen teilen sich 62 (52%) der Ärztinnen und 44 (32%) der Ärzte, was insgesamt 41% entspricht. Der eigene Kontakt zu diesen Institutionen steigt mit einer Berufserfahrung von über 30 Jahren schlagartig an. Dieses spricht sicherlich für die These, dass sich im Laufe der (Berufserfahrungs-) Jahre ein Netzwerk bildet, welches – aufgrund eines Erfahrungsschatzes - eine effektive Handlungsoption bietet.

Andersherum sollten gerade Berufseinsteigern Möglichkeiten eröffnet werden, zügig an den Errungenschaften der Berufserfahreneren teilzuhaben. Entweder durch entsprechende aktive Integration in die vorhandenen Netzwerkstrukturen oder zumindest durch Vermittlung entsprechender Ansprechpersonen.

Auffällig häufig sind es wieder die Gynäkologinnen und Gynäkologen sowie Pädiaterinnen und Pädiater, die selbst Kontakt zu den entsprechenden Institutionen aufweisen. Diese Erfahrungen könnten in geeignetem Rahmen kommuniziert werden und z.B. in Qualitätszirkeln, Ärztestammtischen, sonstigen ärztlichen Verbänden und Veranstaltungen gezielt genutzt werden.

Generell stellt sich die Frage, wie ein Informationsangebot gestaltet sein müsste, welches zeitnah, ohne großen Zeitaufwand, auch ohne entsprechendes Vorwissen und niedrighschwellig erreichbar wäre. Entsprechend der deutschlandweit erreichbaren „Giftnotrufnummern“, wo durch einen Anruf Schwere und Therapieoptionen jeder denkbaren Intoxikation durch kompetente Hilfeleistung, könnte es eine zentrale Telefonnummer geben, wo dem Anrufer oder der Anruferin kompetente Lösungsansätze hinsichtlich eines aktuell (beispielsweise in der Notaufnahme) anwesenden, von Gewalt betroffenen Patienten oder Patientin dargestellt werden.

Hinsichtlich der landesweit unterschiedlich aufgebauten Opferhilfenetzwerke wäre

auch eine zentrale Internetseite denkbar. Durch einen „Klick“ auf das Bundesland, den Landkreis oder gegebenenfalls die Stadt, wären alle kooperierenden Institutionen rasch erkennbar. Sehr sinnvoll wären in diesem Zusammenhang 24 Stunden Notrufnummern, so dass „rund um die Uhr“ beispielsweise offene Frauenhäuser der Umgebung erkannt werden könnten. Stellt man sich dazu noch einen im Schichtmodell, ebenfalls jederzeit erreichbaren Ansprechpartner oder Ansprechpartnerin vor, so wäre eine „Übernahme“ des betroffenen Patienten oder der Patientin in die entsprechende Obhut denkbar.

Um solche Angebote realisierbar zu machen, braucht es deutschlandweit motivierte Fachkräfte, die sich der Vernetzung annehmen. Ein weiterer Vorteil bestünde zusätzlich darin, dass bundesweit Schwachstellen aufgedeckt und parallel der flächendeckende Bedarf durch eine solche zentrale und umfänglich vernetzte Struktur analysiert werden könnten.

Das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend hat sich bereits dieses Themas angenommen und plädierte für die Realisierung eines bundesweiten Hilfetelefons zum Thema Gewalt gegen Frauen (BMFSFJ 2012). Diese Nummer wurde nun im Frühjahr 2013 öffentlich gemacht und ist mit Außenwerbung, Fernsehspots und Internetauftritt präsent. Sie bietet (gerade durch die Internetpräsenz) übersichtliche, schnelle und schwellenarme Hilfestellungen. Die Telefonnummer lautet 08000116016 ([www.hilfetelefon.de](http://www.hilfetelefon.de)).

Um auch wirklich alle Betroffenen zu erreichen, wären unterschiedliche „Werbekampagnen“ zur breiten Information der Bevölkerung durchzuführen, z.B. Plakataktionen und Hinweissendungen im Fernsehen, die auf die bundesweite Notrufnummer aufmerksam machen.

## **5.16 Zusammenfassung und Diskussion der qualitativen Auswertung des Fragebogens von Gewalt betroffener Frauen**

Die sozioökonomischen Basisvariablen zusammenfassend betrachtet, lassen sich die betroffenen Frauen **keiner spezifisch definierten Bevölkerungsschicht** zuteilen. Sie kommen aus allen Bereichen der Bildung, sind mit und ohne Migrationshintergrund, überwiegend ledig oder aber mit einem Partner verheiratet, mit welchem sie auch zusammen wohnen. Mehr als drei Kinder hat keine der Befragten.

Dieses korreliert mit den Erkenntnissen aus den umfassenden Studien zur



Lebenssituation der Frauen aus dem Jahre 2004, welche durch ein Forschungsprojekt des Interdisziplinären Zentrums für Frauen- und Geschlechterforschung der Universität Bielefeld sekundäranalytisch betrachtet wurde. Dort wird beschrieben, dass „kein einfacher Bildungs- und Schichtzusammenhang hinsichtlich der Betroffenheit von Frauen durch körperliche und/oder sexuelle Übergriffe festgestellt“ [werden kann]. „Auch die weiter differenzierenden Auswertungen der vorliegenden sekundäranalytischen Studie nach Schweregraden und Mustern von Gewalt deuten nicht auf eine generelle Höherbelastung von Frauen aus unteren Bildungssegmenten hin“ (BMFSFJ 2008\_1, S.28). Nicht unerwähnt bleiben sollte allerdings die Erkenntnis, dass altersgruppenspezifische Besonderheiten auffällig seien: „[...] in den jüngeren Altersgruppen [sei] vor allem das völlige Fehlen von Bildungsressourcen ein gewaltfördernder Faktor“ (BMFSFJ 2008\_1, S. 28). „Im Gegensatz dazu konnte in der Altersgruppe der ab 45-Jährigen festgestellt werden, dass hier Frauen mit den höchsten Bildungsressourcen signifikant häufiger von Gewalt durch Partner betroffen waren [...]“ (BMFSFJ 2008\_1, S. 29).

Gewalt wird auch in dieser qualitativen Auswertung am häufigsten durch den **Lebenspartner** ausgeübt. Dieses korreliert wie bereits beschrieben mit vielen nationalen und internationalen Studien. **Wann** eine Frau nach einer Tat Hilfsinstitutionen aufsucht, unterliegt in dieser qualitativen Auswertung keiner Regelmäßigkeit.

69% der befragten Frauen suchten im Zusammenhang mit der Tat einen Arzt oder Ärztin auf. Diese hohe Prozentzahl entspricht **nicht** dem Ergebnis der repräsentativen Hauptuntersuchung zur Lebenssituation, Sicherheit und Gesundheit von Frauen in Deutschland aus dem Jahr 2004. Dort wird davon ausgegangen, dass „bei jeweils etwa einem Drittel der Frauen mit Verletzungsfolgen durch körperliche oder sexuelle Gewalt [...] die Verletzungsfolgen so schwer [waren], dass medizinische Hilfe in Anspruch genommen wurde“ (BMFSFJ 2004, S.15).

Da die Befragung der Gewaltopfer in dieser hier vorliegenden Studie nur diejenigen Betroffenen erreicht, die sich schon einem Hilfsangebot angeschlossen hatten, darf gemutmaßt werden, dass eine Korrelation zwischen einem Arztbesuch und einer anschließenden Weiterversorgung durch eine geeignete Hilfsorganisation bestehen könnte. Für die in Düsseldorf ansässigen Hilfeinstitutionen könnte dieses für eine bereits bestehende Vernetzung sprechen.

Die **Art** der nach der Tat aufgesuchten **medizinischen Einrichtung** wird ebenfalls

nicht als exemplarisch für Deutschland zu werten sein, da durch die enge Kooperation des Instituts der Rechtsmedizin in Düsseldorf im „Netzwerk UKD – Medizinische Hilfe für Gewaltopfer“- ein gut ausgebautes Hilfenetzwerk vorhanden ist. Viele der Klinikambulanzen sind in diesem Netzwerk integriert (vgl. Rechtsmedizin). Die Abklärung der akuten Beschwerden, die Schmerzbehandlung und Behandlung von Verletzungen stehen ebenso wie die Bitte um ein ärztliches Attest im Vordergrund hinsichtlich des Aufsuchens der Mediziner. In der akuten Behandlungssituation gaben 31% der befragten Frauen an, dass sie es wichtig finden, von einer Frau behandelt zu werden. 39% der Frauen verneinten dieses und 31% äußern sich nicht dazu. Diese nicht eindeutige Tendenz ändert sich allerdings, wenn die Patientin die Wahl hätte, von wem sie behandelt werden könnte. Dann würden 56% lieber von einer Frau und 3% von einem Mann behandelt werden. Allerdings ist es 42% egal, welches Geschlecht der Untersucher hat (bzw. sie geben dazu keine Stellungnahme). Wie im Ergebnisteil nachzulesen, haben viele Frauen das Gefühl, dass die Ärztinnen sie einfühlsamer behandeln könnten. Hierhin darf eine Motivation für die Geschlechterpräferenz beim ärztlichen Gegenüber gesehen werden. 58% fühlten sich der Kontaktsituation zur Ärztin/Arzt wohl. Von den 22% der Frauen, die dieses negierten, ist zu vernehmen, dass insbesondere Zeit-, Aufmerksamkeits-, und Erfahrungsmangel („die Ärztin hatte keinerlei Erfahrung mit Patientinnen mit meinem Hintergrund“) die Situation unangenehm beeinflussten. Bezüglich des Aufsuchens von medizinischem Personal nach einer Gewalttat lässt sich vermerken, dass der Großteil der Patientinnen innerhalb einer Woche den Kontakt gesucht hat. Dieses Zeitfenster ist für eine gerichtsverwertbare Dokumentation ausreichend und verstärkt demnach die Sinnhaftigkeit einer guten Kenntnis in der Dokumentation von Gewaltfolgen.

Informationsmaterial zum Thema der Gewaltopferversorgung ist nur bei 36% der Betroffenen in der Umgebung der Behandlung zu finden. Auslagen und Aushänge zum Thema scheinen bei diesen Befragten weniger von Bedeutung. Informationsmaterial oder der Kontakt zu Beratungsstellen werden nicht regelhaft ausgehändigt.

Auch sprechen mit 36% die Patientinnen diese die Mediziner häufiger an, als das sie selber gefragt wurden (31%). Bei 14% sei das Thema sogar gar nicht angesprochen worden.

Dabei wird von den Betroffenen beschrieben, dass insbesondere durch die persönliche Ansprache durch den Mediziner das Gespräch über das Gewalterleben

erleichtert wird.

Es wirkt so, dass der ausreichend geschulte, empathische Mediziner das Glücken einer befriedigenden Behandlungssituation vorrangig durch seine Aufmerksamkeit, Geduld und Kompetenz schaffen kann. Dies unterstützt solche Fortbildungsmaßnahmen, die diese Aspekte im Blick haben.

Eine polizeiliche Anzeige wird von 64% der Frauen getätigt. 69% bitten um ein ärztliches Attest. Eine gerichtsverwertbare Dokumentation der Gewaltfolgen ist dementsprechend insbesondere dann bedeutsam, wenn die Betroffene sich zu diesem Zeitpunkt (noch) gegen eine Anzeige entscheidet. Denn durch eine zeitnahe Dokumentation von Gewaltfolgen kann auch zu einem späteren Zeitpunkt eine polizeiliche Anzeige durch solche Unterlagen bekräftigt werden, die Befunddokumentation kann dabei den Wert eines so genannten Sachbeweises erlangen. Ein Gewaltopfer hätte dadurch eine gute, indirekte Hilfestellung erhalten.

In Korrelation zu der „repräsentativen Untersuchung zu Gewalt gegen Frauen in Deutschland“, in welcher „knapp ein Drittel (31%) angaben, im bisherigen Leben nur eine Gewaltsituation durch Partner erlebt zu haben, während 36% 2 bis 10 Situationen nannten und ein weiteres Drittel (33%) mehr als 10 bis hin zu über 40 Situationen“ beschrieben (BMFSFJ 2004, S. 10), sind in dieser hier qualitativ analysierten Befragung 44% der Frauen öfter als dreimal Opfer einer Gewalttat geworden. Nicht unerwähnt bleiben sollte in diesem Zusammenhang der viel zitierte „Gewaltkreislauf“. (Lempert 2006, Abbildung 132). Die meisten Opfer in diesem Kreislauf durchlaufen diese auch als Spirale zu bezeichnende Situation **mehrmals**, was die wiederholten Vorfälle erklären kann.

## Gewaltkreislauf nach Lempert (modifiziert 2013)

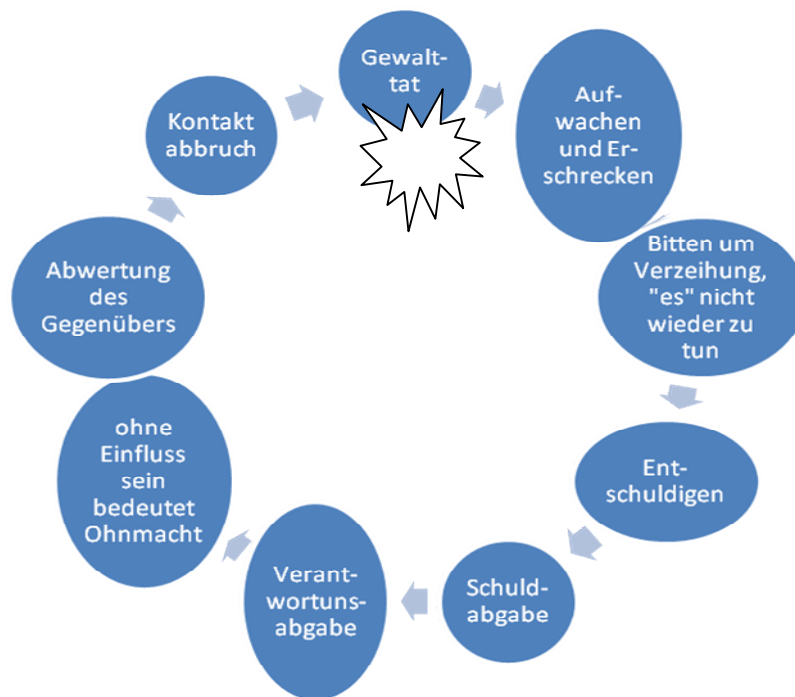


Abb.132: Gewaltkreislauf nach Lempert

Patientinnen die berichten, mehrmals Opfer einer Gewalttat geworden zu sein, sind zu 42% in den zurückliegenden Situationen nicht bei einem Mediziner gewesen.

Geht man davon aus, dass „ etwa ein Drittel dieser Frauen [...] medizinische Hilfe in Anspruch genommen“ und „zudem [...] etwa mehr als ein Drittel [...] mehr als 10 bis über 40 Situationen erlebt“ [hat] (BMFSFJ 2004, S.15) wird die enorme Bedeutung des Aufsuchens von medizinischem Personal hervorgehoben. Der Gewaltkreislauf sollte möglichst durch adäquate Hilfeangebote zeitig durchbrochen werden können, um insbesondere die Zunahme der Schwere der Gewaltausübung und auch die psychischen Folgebeschwerden, wie „[...] Schlafstörungen, erhöhte[n] Ängste[n] und verminderte[m] Selbstwertgefühl [...] Niedergeschlagenheit [...] Depressionen [...] Selbstmordgedanken, Selbstverletzung und Essstörungen [...]“ (BMFSFJ 2004, S. 15) einzugrenzen. Denn es bestehen „signifikante Zusammenhänge [...] zwischen der Dauer der Gewalt in der Paarbeziehung, ihrer Häufigkeit und ihrer Schwere und Bedrohlichkeit“ (BMFSFJ 2004, S. 18).

Ein besonderes Augenmerk sollte auf Patientinnen in besonderen Lebenssituationen gelenkt werden. „Unter dem Gesichtspunkt von Hochrisikosituationen stellt die Trennungs- und Scheidungssituation mit die höchste Gefährdung für Frauen dar, Opfer von körperlicher und/oder sexueller Gewalt durch Partner zu werden.

Knapp ein Viertel aller Frauen, die sich schon einmal aus einer Partnerschaft gelöst haben, war von körperlicher und/oder sexueller Gewalt durch frühere Partner [...] betroffen (BMFSFJ 2008\_1, S.42). Auch Einschnitte des gewohnten Lebens, wie Heirat, Schwangerschaft oder ein Kind zu bekommen, können für Frauen riskant sein (vgl. BMFSFJ 2004, S. 19, vgl. Heynen 2010). Besonders betroffen scheinen hier Patientinnen mit Migrationshintergrund, insbesondere türkische Migrantinnen (BMFSFJ 2008\_1, S.43). „Eine weitere durch körperliche und sexuelle Gewalt besonders gefährdete Gruppe stellen Migrantinnen dar, die als Prostituierte arbeiten und keinen legalen Aufenthaltstitel in Deutschland haben.“ (RKI 2008, S.21).

Auch Patientinnen mit chronischen Erkrankungen und Behinderungen sind in hohem Maße gefährdet, Opfer von (sexualisierter) Gewalt zu werden (vgl. BMFSFJ 2008\_2, S.17). Dieses lange tabuisierte Thema ist insbesondere deshalb so brisant, da von einer hohen Dunkelziffer insbesondere sexualisierter Gewalt gegen diese Personengruppen ausgegangen werden muss. „[...] da ihr Leben[...] in diversen Bereichen fremdbestimmt ist“ (RKI 2008, S.22). „[...] mangelnder Selbstwert und eingeschränkte Selbstbehauptungsfähigkeiten [erhöhen] das Risiko, Opfer sexualisierter Gewalt zu werden (RKI 2008, S.23).

20% der befragten Patientinnen beschreiben, dass Kinder bei der Gewalttat Augen- oder Ohrenzeugen geworden sind. Ähnliche Daten lassen sich in der Literatur eruieren. „Über die Hälfte der befragten Frauen, die über ihre letzte gewaltbelastete Partnerschaft sprachen, hatten zu dieser Zeit mit Kindern zusammengelebt. Sie berichteten mehrheitlich, dass die Kinder die Gewaltausbrüche miterlebt hätten“ (GiG-net 2008, S. 271). „Für einige Kinder beginnt die Gewalt mit ihrer Zeugung, der Vergewaltigung der Mutter durch den Vater“ (Heynen 2003, S.4). Es beginnt ein tragisches Geflecht, welches sich fortsetzt in „Misshandlungen während der Schwangerschaft“, „Gewalterfahrungen als Mitgeschlagene“ und „Aufwachsen in einer Atmosphäre der Gewalt und Demütigung“ (vgl. Heynen 2003, S. 5-6). Dieses bedingt eine Vielzahl von gravierenden physischen und psychischen Störungen. „Betroffene Kinder erleben widerstreitende Gefühle, die ihr Selbstwertgefühl wesentlich mit prägen und unter Umständen eine traumatische Erfahrung darstellen können. Ihren Eltern gegenüber befinden sich die Kinder in einer Loyalitätsspaltung. Jungen neigen zur Identifikation mit dem gewalttätigen Vater, aber auch zu Verantwortungsgefühl für die Mutter; Mädchen identifizieren sich eher mit der Mutter in der Opferrolle, empfinden aber ihr gegenüber auch Enttäuschung und Verachtung,

verlieren Respekt“ (MGSFF NRW 2004, S.85). Es muss davon ausgegangen werden, dass die Misshandlung der Mutter dementsprechend den häufigsten Kontext von Kindesmisshandlung darstellt (Kavemann 2000).

Insofern ergibt sich aus der Betreuungsverantwortung für ein erwachsenes Gewaltopfer im ärztlichen Kontakt auch die weiterreichende Mitverantwortung für vorhandene Kinder, die durch Zeugenschaft der Gewalt eigenständige Schädigungen erleiden können, die es ebenso zu vermeiden gilt, wie die Schädigung des erwachsenen Gewaltopfers. Auf diese erweiterte Verantwortung sollte in der Ärzteschaft vermehrt hingewiesen und durch gezielte Informationen und Schulungen Handlungssicherheit vermittelt werden.

## 6 Schlussfolgerungen

Sowohl die internationalen, nationalen und in dieser Studie erhobenen Daten zeigen auf, dass eine adäquate Gewaltopferversorgung nicht nur aus moralischer, ethischer und gesundheitlicher, sondern auch aus ökonomischer Sicht eine enorme Rolle im Gesundheitswesen spielt. Psychische und physische Gesundheit muss bewahrt, geschützt und gegebenenfalls wiederhergestellt werden – eine entscheidende Basis dafür ist allerdings das Erkennen der Ursachen.

Aus ärztlicher Sicht gibt es diverse Hemmungen Gewalt – ursächlich für so viele Folgeschäden – konkret in die alltägliche Anamnese mit aufzunehmen.

Dabei wünschen sich viele Patientinnen und Patienten eine Ansprache durch das medizinische Personal. Durch regelmäßiges Anwenden dieser einfachen Maßnahmen könnten Barrieren auf beiden Seiten (Betroffene und ÄrztInnen) abgebaut werden. Dieses scheint insbesondere deswegen erstrebenswert, da das ärztliche Personal als einer der ersten Ansprechpartner im Falle erlebter Gewalt gesehen wird.

Die Ärztinnen und Ärzte dieser Datenerhebung stufen den Stellenwert der medizinischen Betreuung von durch Gewalt betroffene Personen zwar durchaus als hoch bis sehr hoch ein, erkennen jedoch, dass sie in der eigenen Betreuungsrealität nur mittelmäßig agieren.

Hilfeorganisationen, Institutionen und weitere Versorgungsstrukturen sind vorhanden, das zeigen viele Recherchen. Bewusstsein für die Pathogenität von Gewalt besteht ebenfalls im ärztlichen Kollektiv. Das Kernproblem scheint die Vernetzung der Agierenden auf der Grundlage einer ärztlichen Handlungskompetenz.

Ansatzpunkte für ein funktionierendes Miteinander bestehen zweifellos, es gilt sie jedoch weiter auszubauen und publik werden zu lassen. Gezielte Schulungsmaßnahmen, prägnant zusammengefasste Informationsbroschüren und (im Zeitalter der digitalen Vernetzung erstrebenswert) eine bundesweit zentrale Anlaufstelle scheinen neben der konsequenten Schulung bereits im Medizinstudium die Grundpfeiler einer effektiven Nutzung aller Ressourcen.

## 7 Literatur

**AVA 2** cream e.V., (Hrsg.) (ohne Jahresangabe): Professionell handeln in Fällen häuslicher Gewalt [online]: [www.ava2.de](http://www.ava2.de) [06.06.2011].

**Becker** Becker, F. (ohne Jahresangabe): Wirtschaftspsychologische Gesellschaft, Fachtexte [online]: [www.wpgs.de/content/view/379/336](http://www.wpgs.de/content/view/379/336) [02.05.2012].

**BIG e.V.** Berliner Initiative gegen Gewalt gegen Frauen (Hrsg.) (ohne Jahresangabe): Koordinationsstelle des Berliner Interventionsprojektes gegen häusliche Gewalt. Berliner Interventionsprojekt gegen häusliche Gewalt. Alte Ziele auf neuen Wegen. Ein neuartiges Projekt gegen Männergewalt an Frauen stellt sich vor.

**Blättner et al. 2008** Blättner, B., Frerick, B., Müller, I. (2008): Gesundheitliche Folgen häuslicher Gewalt. Ärzte sollen ganz genau hinsehen. In: Deutsches Ärzteblatt 2008, 105(1-2): 23-7.

**BMFSFJ 2004** Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.) (2004): Lebenssituation, Sicherheit und Gesundheit von Frauen in Deutschland. Eine repräsentative Untersuchung zu Gewalt gegen Frauen in Deutschland – Zusammenfassung zentraler Studienergebnisse – .

**BMFSFJ 2007** Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.) (2007): Aktionsplan II der Bundesregierung zur Bekämpfung von Gewalt gegen Frauen (Stand 1/2011, 3. Auflage).

**BMFSFJ 2008\_1** Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.) (2008): Gewalt gegen Frauen in Paarbeziehungen. Eine sekundäranalytische Auswertung zur Differenzierung von Schweregraden, Mustern, Risikofaktoren und Unterstützung nach erlebter Gewalt. Kurzfassung – (Stand November 2008).

**BMFSFJ 2008\_2** Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.) (2008): Projekt: Selbst. Stärkung des Selbstbewusstseins für behinderte Mädchen & Frauen (§ 44 SGB IX) Abschlussbericht.

**BMFSFJ 2011** Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.) (2011): Implementierungsleitfaden zur Einführung der Interventionsstandards in die medizinische Versorgung von Frauen.

**BMFSFJ 2012** Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.) (2012): Kurzinformation über die Planung eines bundesweiten Hilfetelefon [online]: [www.bmfsfj.de/BMFSFJ/gleichstellung,did=184094.html?view=renderPrint](http://www.bmfsfj.de/BMFSFJ/gleichstellung,did=184094.html?view=renderPrint) [06.10.2012].

**Bühning 2004** Bühning, I. (2004): Ärzte in der Schlüsselrolle. Ärztekammer Baden-Württemberg gibt Leitfaden heraus. In: Deutsches Ärzteblatt 2004, 101(46): A 3064.



**Bundesärztekammer 2005** Bundesärztekammer (Hrsg.) (2005): (Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer, 06.05.2005. TOP VIII [online]: [www.bundesaerztekammer.de/arzt2005/co090070/artikel.htm](http://www.bundesaerztekammer.de/arzt2005/co090070/artikel.htm) [02.07.2007].

**Burge et al. 2005** Burge, S.; Schneider, F.; Ivy, L.; Catala, S. (2005): Patients' Advice to Physicians about Intervening in Family Conflict. In: *Annals of Family Medicine*; 3: 248-54.

**Campbell et al. 2002** Campbell, J.; Jones, AS.; Dienemann, J.; Kub, J.; Schollenberger, J.; O'Campo, P.; Gielen, A.; Wynne, C. (2002): Intimate Partner Violence and Physical Health Consequences. In: *Archives of Internal Medicine* 2002; 162: 1157-63.

**Deutsches Ärzteblatt 2011** Deutsches Ärzteblatt (Hrsg.) (2011): Dokumentation zum 114. Deutschen Ärztetag. Folgen von Gewalt – Sensibilisierung der Ärztinnen und Ärzte. Jg. 108, Heft 23: A 1317-27

**Deutscher Bundestag 1999** Deutscher Bundestag (1999): Drucksache, BT-Drs. 14/849: 3.

**Elliott et al. 2002** Elliott, L.; Nerney, M.; Jones; T.; Friedmann, P. (2002): Barriers to Screening for Domestic Violence. In: *Journal of Internal Medicine* 2002; 17: 112-16.

**Fischer 2009** Fischer, G.; Riedesser, P. (Hrsg.) (2009): Lehrbuch der Psychotraumatologie. 4. Auflage, München: Reinhardt, ISBN 978-3-8252-8165-6.

**Friedman et al. 2006** Friedman, LS.; Samet, JH.; Roberts, S.; Hudlin, M.; Hans, P. (2006): Inquiry about victimization experiences. A survey of patient preferences and physician practices. In: *Journal of Interpersonal Violence*; 21: 585-96.

**Gabler Wirtschaftslexikon 2010:** Gabler Wirtschaftslexikon Stichwort: Gesundheitswesen 17. Auflage. Wiesbaden: Gabler, ISBN: 978-3-8349-0152-1.

**Gerber et al. 2005** Gerber, M.; Leiter, K.; Hermann, R.; Bor, D. (2005): How and why community hospital clinicians document a positive screen for intimate partner violence: A cross-sectional study. In: *BMC Family Practice*; 6: 48.

**Gerbert et al. 1999**, Gerbert, B.; Caspers, N.; Bronsto, A.; Moe, J.; Abercrombie, P. (1999): A Qualitative Analysis of How Physicians with Expertise in Domestic Violence Approach the Identification of Victims. In: *Annals of Internal Medicine*; 131: 578-84.

**Gesundheitsreport 2011** Gesundheitsreport 2011. Techniker Krankenkasse (Hrsg.) (2011): Veröffentlichungen zum Betrieblichen Gesundheitsmanagement der TK, Band 26, Hamburg, ISSN 1610-8450.

**GewSchG 2001** Gewaltschutzgesetz – Gesetz zum zivilrechtlichen Schutz "Gewaltschutzgesetz vom 11. Dezember 2001 (BGBl. I S. 3513)".

**GiG-net 2008** Forschungsnetz Gewalt im Geschlechterverhältnis (Hrsg.) (2008): Gewalt im Geschlechterverhältnis. Erkenntnisse und Konsequenzen für Politik, Wissenschaft und soziale Praxis. Opladen: Buderich, ISBN 13:978-3-86649-054-3.

**Graß 2012** Graß, H. (2012): Medizinische Interventionen gegen Gewalt an Frauen II: Die Versorgung kann verbessert werden. In: Deutsches Ärzteblatt 2012; 109(16): A 797–9.

**Hagemann-White/Bohne 2003** Hagemann-White, C., Bohne, S. (Hrsg.) (2003): Versorgungsbedarf und Anforderungen an Professionelle im Gesundheitswesen im Problembereich Gewalt gegen Frauen und Mädchen. Expertise für die Enquêtekommision „Zukunft einer frauengerechten Gesundheitsversorgung in Nordrhein-Westfalen“ [online]:  
[www.cahrv.uni-osnabrueck.de/reddot/gewalt\\_expertise\\_endfassung2.pdf](http://www.cahrv.uni-osnabrueck.de/reddot/gewalt_expertise_endfassung2.pdf)  
[06.07.2012].

**Heise et al. 1994** Heise, L.; Pitanguy, J.; Germain, A. (1994): Violence against Women: The Hidden Health Burden. World Diskussion Paper 255. ISSN: 0259-210X.

**Hellbernd/Wieners 2002** Hellbernd H., Wieners K. (2002): Gewalt gegen Frauen im häuslichen Bereich. Gesundheitliche Folgen, Versorgungssituation und Versorgungsbedarf. In: Jahrbuch Kritische Medizin 36. Hamburg: Argument.

**Heynen 2003** Heynen, S. (2003): Häusliche Gewalt: Direkte und indirekte Auswirkungen auf die Kinder (Stand November 2003). [online]:  
[neu.dvjj.de/sites/default/files/medien/imce/documente/veranstaltungen/dokumentationen/gew2/heyne.pdf](http://neu.dvjj.de/sites/default/files/medien/imce/documente/veranstaltungen/dokumentationen/gew2/heyne.pdf) [29.10.2013].

**Heynen 2010** Heynen, S. Projekt Elternkonsens (Cochemer Modell) – 16. Arbeitssitzung. [online]:  
[www.karlsruherweg.de/fileadmin/Sonstiges/HeynenVortragBalingen200510.pdf](http://www.karlsruherweg.de/fileadmin/Sonstiges/HeynenVortragBalingen200510.pdf)  
[06.12.2011].

**Hirsch/Nikolaus 2005** Hirsch, RD.; Nikolaus, Th.: Aspekte zur Gewalt im häuslichen Bereich und in Institutionen. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie; 38: 1-3.

**Kavemann 2000** Kavemann, B. (2000): Kinder und häusliche Gewalt – Kinder misshandelter Mütter. In: Kindesmisshandlung und Vernachlässigung, 3(2): 106-20.

**Kölner Opferhilfe Modell** Universität Köln, Institut für klinische Psychologie und Psychotherapie, in Verbindung mit dem Deutschen Institut für Psychotraumatologie Köln (im Auftrag des Ministeriums für Arbeit und Soziales, Qualifikation und Technologie des Landes NRW (Hrsg.) (ohne Jahresangabe): Neue Wege in der Hilfe für Gewaltopfer. Reader über Ergebnisse und Verfahrensvorschläge aus dem Kölner Opferhilfe Modell (KOM), Versorgungsverwaltung des Landes NRW in Münster.

**Kriminalpräventiver Rat 2004** Kriminalpräventiver Rat der Landeshauptstadt Düsseldorf. Fachgruppe Opferschutz (Hrsg.) (2004): Düsseldorfer Prävention. Opferhilfe in Düsseldorf. Das Handbuch. Von der Soforthilfe bis zur psychosozialen Betreuung. 1. Auflage.

**Krüger 2008** Krüger, K. (2008): Eine quantitative Datenerhebung über Erfahrungen und Einstellungen von im Krankenhaus tätigen Ärztinnen und Ärzten zu häuslicher Gewalt gegen Frauen – Drei hessische Kliniken im Vergleich. Master- Thesis. Studiengang Public Health. Hochschule Fulda.

**Kvno 2011** Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein [online]:  
[www.kvno.de/40ueberUns/index.html](http://www.kvno.de/40ueberUns/index.html) [09.11.2011].

**Landesaktionsplan Brandenburg 2011** Landesaktionsplan zur Bekämpfung von Gewalt gegen Frauen und ihre Kinder [online]:  
[www.masf.brandenburg.de/sixcms/media.php/4055/LAP2011.pdf](http://www.masf.brandenburg.de/sixcms/media.php/4055/LAP2011.pdf) [03.03.2011].

**Leitfaden Fotodokumentation 2011** Stadt Konstanz (Hrsg.) (2011) [online]:  
[www.konstanz.de/soziales/00607/00609/?lang=de&download=NHZLpZeg7t,Inp6lONTU042l2Z6ln1acy4Zn4Z2qZpnO2Yuq2Z6gpJCEdoR8fmym162epYbg2c\\_JjKbNoKSn6A](http://www.konstanz.de/soziales/00607/00609/?lang=de&download=NHZLpZeg7t,Inp6lONTU042l2Z6ln1acy4Zn4Z2qZpnO2Yuq2Z6gpJCEdoR8fmym162epYbg2c_JjKbNoKSn6A) [12/2012].

**Lempert 2006** Lempert, J.: Gewaltberatung und Tätertherapie. In: Staemmler, F., Merten, R. (Hrsg.) (2006): „Aggression, Selbstbehauptung und Zivilcourage“: 192-213.

**Mark 2000** Mark, H. (2000): Häusliche Gewalt gegen Frauen. Ergebnisse einer Befragung niedergelassener Ärztinnen und Ärzte. Marburg: Tectum, ISBN 978-8288-8262-1.

**May/Ries 2006** May, U.; Ries, M. (2006): Umfrage: Beim Arzt gut aufgehoben. In: Deutsches Ärzteblatt 2006, 103(31-32):2090-92.

**Med-Doc-Card®** Med-Doc-Card® Graß/Rothschild, Institut für Rechtsmedizin, Klinikum der Universität zu Köln, unter Mitwirkung von Dr. A. Koerfer und Prof. R. Obliers, Klinik und Poliklinik für Psychosomatik und Psychotherapie, Klinikum der Universität zu Köln, Auflage 06/2005.

**Methoden der empirischen Sozialforschung** Schnell, R.; Hill, P.; Esser, E. (2011): Methoden der empirischen Sozialforschung. 9. Auflage. München: Oldenbourg, ISBN 978-3-486-59106-4.

**MIGG** MIGG Modellprojekt „Medizinische Intervention gegen Gewalt“ (2010) [online]:  
[www.gesundheit-und-gewalt.de/migg](http://www.gesundheit-und-gewalt.de/migg) [22.07.2014].

**MGSFF NRW 2004** Ministerium für Gesundheit, Soziales, Frauen und Familie des Landes Nordrhein- Westfalen (Hrsg.) (2004): Gewalt gegen Frauen und sexueller Missbrauch von Kindern. 3. Bericht zum Handlungskonzept der Landesregierung.

**MGSFF NRW 2005** Ministerium für Gesundheit, Soziales, Frauen und Familie des Landes Nordrhein- Westfalen sowie das Ministerium für Generationen, Familie, Frauen und Integration des Landes Nordrhein- Westfalen (Hrsg.) (2005): Diagnose: Häusliche Gewalt. Leitfaden.

**Olbricht 2002** Olbricht, I. (2002): Was Frauen krank macht. Zur Psychosomatik der Frau. 3. Auflage. München: Kösel, ISBN: 978-3466344536.

**Rechtsmedizin** Rechtsmedizin der Universitätsklinik Düsseldorf.  
Gewaltopferambulanz [online]: [www.uniklinik-duesseldorf.de/rechtsmedizin](http://www.uniklinik-duesseldorf.de/rechtsmedizin)  
[22.07.2014].

**Rhodes et al. 2003** Rhodes, K.; Levinson, W. (2003): Interventions for Intimate Partner Violence against women. Clinical applications. In: Journal of the American Medical Association. 289: 601-5.

**RKI 2008** Robert Koch-Institut (Hrsg.) (2008): Gesundheitliche Folgen von Gewalt unter besonderer Berücksichtigung von häuslicher Gewalt gegen Frauen. Heft 42. ISBN 978-3-89606-190-4.

**Rodriguez et al. 1999** Rodriguez, M.; Bauer, H.; McLoughlin, E., Grumbach, K. (1999): Screening and Intervention for Intimate Partner Abuse. Practices and Attitudes of Primary Care Physicians. In: Journal of the American Medical Association, 1999; 281: 468-74

**Roelens et al. 2006** Roelens, K.; Verstraelen; H.; Van Egmond, K.; Temmerman, M. (2004): A knowledge, attitudes, and practice survey among obstetrician-gynaecologists on intimate partner violence in Flanders, Belgium. In: BMC Public Health 2006; 6: 238.

**Schellong/Epple 2009** Schellong, J.; Epple, F. (2009): Wie sehen medizinische Fachkräfte das Problem häuslicher Gewalt? Befragung im Rahmen des Modellprojektes „Hinsehen-Erkennen-Handeln“ Projekt zur Sensibilisierung und Qualifizierung von medizinischen Fachkräften für das Thema „häusliche Gewalt und Gewalt in der Familie“ in Dresden. Klinik für Psychotherapie und Psychosomatik Universitätsklinikum und Carl Gustav Carus Institut für Rechtsmedizin. Technische Universität Dresden.

**S.I.G.N.A.L** S.I.G.N.A.L Intervention im Gesundheitsbereich gegen Gewalt an Frauen e.V. (ohne Jahresangabe) [online]:  
[www.signal-intervention.de/index.php?link=butt50](http://www.signal-intervention.de/index.php?link=butt50) [01.09.2013].

**S.I.G.N.A.L\_Fact Sheet** Häusliche Gewalt gegen Frauen: gesundheitliche Versorgung. Das S.I.G.N.A.L- Interventionsprogramm. Fact Sheet der wissenschaftlichen Begleitforschung (ohne Jahresangabe) [online]:  
[www.signal-intervention.de/download/SIGNAL\\_2004\\_fact\\_sheet\\_dtsch.pdf](http://www.signal-intervention.de/download/SIGNAL_2004_fact_sheet_dtsch.pdf)  
[01.09.2013].

**Schmuel/Schenker 1998** Schmuel, E.; Schenker, JG. (1998): Violence against women. The physician's role. In: European Journal of Obstetrics and Gynaecology and Reproductive Biology 1998; 5: 239-45.

**Spangaro et al. 2009** Spangaro, J.; Zwi, AB.; Poulos, R. (2009): The elusive search for definitive evidence on routine screening for intimate partner violence. In: Trauma Violence Abuse; 10: 55-68.

**Sugg/Inui 1992** Sugg, N.; Inui, T. (1992): Primary care physicians' response to domestic violence. Opening Pandora's Box. In: Journal of the American Medical Association; 267: 3157-60.

**Varjavand et al. 2004** Varjavand, N.; Cohen, DG.; Gracely, EJ.; Novack, DH. (2004): "A survey of residents' attitudes and practices in screening for, managing, and documenting domestic violence". In: Journal of the American Medical Women's Association; 59: 48-53.

**Wenzlaff et al. 2001** Wenzlaff, P.; Goesmann, C.; Heine-Brüggerhoff, W. (2001): „Fragebogen zum Thema „Häusliche Gewalt“ der Niedersächsischen Ärztekammer“. In: Niedersächsisches Ärzteblatt, 74 (6): 4-5.

**Wetzels/Pfeiffer 1995** Wetzels, P.; Pfeiffer, C. (1995): Über die Nutzung von Opferhilfeeinrichtungen – Ergebnisse einer bundesweit repräsentativen Opferbefragung 1995. Kriminologisches Forschungsinstitut Niedersachsen (KFN), Forschungsberichte Nr.49, Hannover.

**WHO 2002** World Health Organization (Hrsg.) (2002): World report on violence and health: Summary (2002) ursprüngliche ISBN 92 4 154562 3. [online] als deutschsprachige Version: [www.who.int/violence\\_injury\\_prevention/violence/world\\_report/en/summary\\_ge.pdf](http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en/summary_ge.pdf) [02.07.2007].

**Wijma et al. 2003** Wijma, B.; Schei, B.; Swahnberg, K.; Hilden, M.; Offerdal, K.; Pikarinen, U. et al. (2003): Emotional, physical, and sexual abuse in patients visiting gynaecology clinics: a Nordic cross-sectional study. Lancet; 361: 2107-13.

## 8 Anhang

- Originalfragebogen „Ärztebefragung“ Stand 8/2006  
(Hrsg. PD Dr. Hildegard Graß)
- Originalfragebogen „Fragebogen zur medizinischen Betreuung von Gewaltopfern in Düsseldorf“ Stand 8/2006  
(Hrsg. PD Dr. Hildegard Graß)

### 8.1 Originalfragebogen „Ärztebefragung“



Universitätsklinikum Düsseldorf

#### Ärztebefragung

FB.-Nr.

(wird nur bei der Auswertung vergeben)

**Zunächst möchten wir Sie bitten, einige allgemeine Fragen zu Ihrer Person und zu Ihrer beruflichen Tätigkeit zu beantworten!**

1. Wie alt sind Sie (in vollen Jahren)? \_\_\_\_\_
2. Geschlecht  weiblich  männlich
3. In welchem Land wurden Sie geboren? : \_\_\_\_\_
  - 3.1 Aus welchem Land kommen Ihre Eltern? : \_\_\_\_\_
4. In welcher medizinischen Einrichtung arbeiten Sie derzeit?
  - 4.1 Praxis  Hausarztpraxis  Facharztpraxis

wenn ja, welcher Fachrichtung:

- Allgemeinmedizin
- Chirurgie
- Gynäkologie
- Innere Medizin
- Neurologie/Psychiatrie
- Pädiatrie
- anderes:

bitte benennen \_\_\_\_\_

- 4.2 Krankenhaus
- der Grundversorgung
  - Fachklinik
  - Universitätsklinikum

4.2.1 In welcher Fachrichtung sind Sie tätig:

- Allgemeinmedizin
- Chirurgie
- Gynäkologie
- Innere Medizin
- Neurologie/Psychiatrie
- Pädiatrie
- anderes: bitte benennen

\_\_\_\_\_

5. Haben Sie eine abgeschlossene Facharztausbildung?

- ja       nein

wenn JA, in welchem Fach

- Chirurgie
- Gynäkologie
- Innere Medizin
- Pädiatrie
- Neurologie/Psychiatrie
- anderes:

bitte benennen \_\_\_\_\_

6. Befinden Sie sich derzeit in einer Facharztausbildung?

ja       nein

wenn JA, in welchem Fach

Chirurgie

Gynäkologie

Innere Medizin

Pädiatrie

Neurologie/Psychiatrie

anderes: bitte benennen -----

7. Wie viele Jahre sind Sie schon als Arzt/Ärztin tätig? \_\_\_\_\_

---

**Nun möchten wir Ihnen einige Fragen zu Ihren Patienten stellen!**

8. Bitte schätzen Sie das Geschlechterverhältnis der von Ihnen betreuten Patienten:

weiblich \_\_\_\_\_%

männlich \_\_\_\_\_%

8.1 Welche Altersgruppen sind bei Ihren Patienten vertreten

(bitte kreuzen Sie alle zutreffenden Gruppen an):

Kinder bis 14 J.

Heranwachsende bis 20 J.

21 – 40 J.

41 – 60 J.

> 61 J.

8.2 Bitte schätzen Sie den Anteil der Frauen/Mädchen in der/den Altersgruppe/n, die Sie betreuen:

Kinder bis 14 J. \_\_\_\_\_%

Heranwachsende bis 20 J. \_\_\_\_\_%

21 – 40 J. \_\_\_\_\_%

41 – 60 J. \_\_\_\_\_%

> 60 J. \_\_\_\_\_%



9. Bitte schätzen Sie die von Ihnen betreute Patientenzahl pro Quartal allgemein

\_\_\_\_\_ Anzahl





15. Wie sprechen Sie die Person auf Gewalterleben an:

- offene Frageformulierung
- geschlossene Frageformulierung

Bitte geben Sie ein stichwortartiges Beispiel für eine solche Frage:

---

---

---

16. Schätzen Sie bitte die Patientenzahl mit Gewalteinwirkung pro Quartal in Ihrer Betreuung  
(falls Sie auf konkrete Zahlen zugreifen können, so nennen Sie bitte diese und vermerken dies hier durch Ankreuzen hier )

\_\_\_\_\_Anzahl

16.1 Können Sie die allgemeine Angabe aus Frage 15 weiter spezifizieren?

Bitte kreuzen Sie alle zutreffenden Punkte an und schätzen Sie bitte den Anteil der bei Ihren Patienten vorkommenden Ursachen von Gewalt in Prozent:

- |   |               |
|---|---------------|
| <input type="checkbox"/> Gewalt durch Lebenspartner         | Anteil _____% |
| <input type="checkbox"/> Gewalt durch Freunde oder Bekannte | Anteil _____% |
| <input type="checkbox"/> Gewalt durch ungekannte            | Anteil _____% |
| <input type="checkbox"/> Opfer von Unfallgeschehen          | Anteil _____% |
| <input type="checkbox"/> Opfer von sexueller Gewalt         | Anteil _____% |
| <input type="checkbox"/> andere _____                       | Anteil _____% |

16.2 Welche Altersgruppen sind bei Ihren Gewaltopferpatienten vertreten?

(bitte kreuzen Sie alle zutreffenden Gruppen an):

- Kinder bis 14 J.
- Heranwachsende bis 20 J.
- 21 – 40 J.
- 41 – 60 J.
- >61 J.

16.2.1 Bitte schätzen Sie hier den Anteil der Frauen/Mädchen in der/den Altersgruppe/n, die Sie als Gewaltopfer betreuen:

Kinder bis 14 J.	_____ %
Heranwachsende bis 20 J.	_____ %
21 – 40 J.	_____ %
41 – 60 J.	_____ %
> 60 J.	_____ %

---

**Nun möchten wir Sie um einige Angaben zu Informationsmaterialien und Hilfeeinrichtungen für die Betreuung von Gewaltopfern bitten:**

17. Kennen Sie?

Leitfäden zum Thema häuslicher Gewalt	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Körperschemata zur Befunddokumentation	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

17.1 Nutzen Sie ?

Leitfäden zum Thema häuslicher Gewalt	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Körperschemata	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Fotos zur Dokumentation	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

18. Welche Institutionen bzw. Hilfeeinrichtungen empfehlen Sie bzw. welche Hilfeangebote machen Sie einem Gewaltopfer ?

- ausführliches Arzt-Patientengespräch sofort
- ausführliches Arzt-Patientengespräch bei neuem Termin
- Partner-/Familienberatung
- Krisennotdienst, z.B. Frauenberatung
- Frauenhaus
- Weißer Ring e.V.
- Rechtsmedizin
- Psychotherapie
- Rechtsberatung
- Polizei
- Versorgungsamt „Opferentschädigungsgesetz“
- Traumaambulanzen
- anderes: bitte benennen \_\_\_\_\_

18.1 Haben Sie Informationsmaterial zur Verfügung ?

- ja                       nein

18.2 Wenn ja, zu welchen Angeboten:

- Partner-/Familienberatung  
 Krisennotdienst, z.B. Frauenberatung  
 Frauenhaus  
 Weißer Ring e.V.  
 Psychotherapie  
 Rechtsmedizin  
 Rechtsberatung  
 Polizei  
 Versorgungsamt „Opferentschädigungsgesetz“  
 Traumaambulanzen  
 anderes: bitte benennen \_\_\_\_\_

19. Sehen Sie für sich selbst in Ihrer ärztlichen Tätigkeit

- |                                  |                             |                               |
|----------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| Informationsbedarf ?             | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Beratungsbedarf ?                | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Konkreten Unterstützungsbedarf ? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |

Was genau würden Sie sich wünschen? – Wo sehen Sie Probleme?

---

---

---

20.1 Haben Sie selbst Kontakt zu Institutionen mit Hilfeangeboten für Gewaltopfer ?

- ja                       nein

## 20.2 Wenn JA, zu welchen Einrichtungen

		bitte bewerten Sie, ob das Angebot für Sie eher hilfreich ist oder eher nicht:
<input type="checkbox"/> Partner-/Familienberatung	→	<input type="checkbox"/> eher hilfreich <input type="checkbox"/> eher nicht hilfreich
<input type="checkbox"/> Krisennotdienst, z.B. Frauenberatung	→	<input type="checkbox"/> eher hilfreich <input type="checkbox"/> eher nicht hilfreich
<input type="checkbox"/> Frauenhaus	→	<input type="checkbox"/> eher hilfreich <input type="checkbox"/> eher nicht hilfreich
<input type="checkbox"/> Weißer Ring e.V.	→	<input type="checkbox"/> eher hilfreich <input type="checkbox"/> eher nicht hilfreich
<input type="checkbox"/> Psychotherapie	→	<input type="checkbox"/> eher hilfreich <input type="checkbox"/> eher nicht hilfreich
<input type="checkbox"/> Rechtsmedizin	→	<input type="checkbox"/> eher hilfreich <input type="checkbox"/> eher nicht hilfreich
<input type="checkbox"/> Rechtsberatung	→	<input type="checkbox"/> eher hilfreich <input type="checkbox"/> eher nicht hilfreich
<input type="checkbox"/> Polizei	→	<input type="checkbox"/> eher hilfreich <input type="checkbox"/> eher nicht hilfreich
<input type="checkbox"/> Versorgungsamt „Opferentschädigungsgesetz“	→	<input type="checkbox"/> eher hilfreich <input type="checkbox"/> eher nicht hilfreich
<input type="checkbox"/> Traumaambulanzen	→	<input type="checkbox"/> eher hilfreich <input type="checkbox"/> eher nicht hilfreich
<input type="checkbox"/> anderes: bitte benennen:	→	<input type="checkbox"/> eher hilfreich <input type="checkbox"/> eher nicht hilfreich

Haben Sie noch Anmerkungen, Anregungen? **Vielen Dank für Ihre Mitwirkung!**

## 8.2 Originalfragebogen „Fragebogen zur medizinischen Betreuung von Gewaltopfern in Düsseldorf“

### Fragebogen zur medizinischen Betreuung von Gewaltopfern in Düsseldorf

Zunächst möchten wir Sie bitten, uns einige allgemeine Daten zu Ihrer Person zu geben:

1. Wie alt sind Sie? ( in vollen Jahren ) \_\_\_\_\_ Jahre
  
2. Welches Geschlecht haben Sie?  weiblich  männlich
  
3. Welchen Schulabschluss haben Sie?  
Bitte kreuzen Sie nur Ihren höchsten Abschluss an:
  - Schule beendet ohne Abschluss
  - Volksschule /Hauptschule
  - Mittlere Reife /Realschulabschluss
  - Fachabitur /Fachhochschulreife
  - Abitur /allgemeine oder fachgebundene Hochschulreife
  - Anderen Schulabschluss \_\_\_\_\_
  
4. In welchem Land wurden Sie geboren?  
\_\_\_\_\_
  
5. Aus welchem Land kommen Ihre Eltern?  
\_\_\_\_\_

6. Welchen Familienstand haben Sie?

- ledig
- verheiratet, mit Ehepartner/in zusammen lebend
- verheiratet, von Ehepartner/in getrennt lebend
- geschieden
- verwitwet

6.1 Wenn Sie nicht verheiratet sind: Haben Sie zur Zeit eine feste Partnerschaft?

- Ja
- Nein

7. Mit welchen Personen wohnen Sie derzeit in einer gemeinsamen Wohnung?

Bitte kreuzen Sie die zutreffende Antwort an.

- mit Ehepartner/in
- Partner/in (nicht verheiratet)
- allein
- mit Eltern
- mit anderen Verwandten
- betreutes Wohnen



8. Leben in Ihrem Haushalt Kinder?  Ja  Nein

Wie viele insgesamt ? \_\_\_\_\_ Anzahl

Wie alt ist das jüngste und wie alt das älteste Kind?

jüngstes Kind: \_\_\_\_\_ Jahre

ältestes Kind: \_\_\_\_\_ Jahre

9. Wie viele Personen leben insgesamt in ihrem Haushalt, Sie selbst mitgerechnet

\_\_\_\_\_ Anzahl Personen

---

Nun folgen Fragen zu Ihrem Erleben von Gewalt und den damit verbundenen Erfahrungen mit Betreuungseinrichtungen.

Alle Fragen beziehen sich auf das Gewaltereignis, das auch zu dieser Beratung geführt hat:

10. Was ist Ihnen passiert:

Gewalt durch Lebenspartner/in

Gewalt durch Freunde oder Bekannte

Gewalt durch unbekannte Person

Opfer von Unfallgeschehen

Opfer von sexueller Gewalt

anderes \_\_\_\_\_

10.1 Wie lange liegt dieses Ereignis zurück?

max. 24 Stunden

1 – 2 Tage

3 – 7 Tage

2 - 4 Wochen

2 – 6 Monate

längerer Zeitraum:

bitte benennen: \_\_\_\_\_

11. Waren Sie in diesem Zusammenhang bei einem Arzt/einer Ärztin:

- Ja  Nein

**Wenn JA –**

12. Welche medizinische Einrichtung haben Sie aufgesucht:

<input type="checkbox"/>	Hausarztpraxis			bitte benennen:
<input type="checkbox"/>	Facharztpraxis	→	Welche Fachrichtung (z.B. Allgemeinmedizin, Chirurgie, Gynäkologie)	
<input type="checkbox"/>	Krankenhaus der Grundversorgung	→	In welcher Abteilung wurden Sie behandelt?	
<input type="checkbox"/>	Fachklinik	→	In welcher Abteilung wurden Sie behandelt?	
<input type="checkbox"/>	Universitätsklinik	→	In welcher Abteilung wurden Sie behandelt?	

13. Haben Sie  einen ARZT oder  eine ÄRZTIN aufgesucht?

14. Was war der Grund für die Auswahl/das Aufsuchen des/der zuvor benannten Arztes/der zuvor benannten Ärztin?

Bitte kreuzen Sie alle zutreffenden Antworten an:

- Behandlung von Verletzung
- Abklärung von Beschwerden/Schmerzen
- Arzt/Ärztin des Vertrauens als Gesprächspartner
- bewusst einen fremden Arzt/eine fremde Ärztin gesucht
- keinen anderen Ansprechpartner gewusst
- unmittelbar mit der Bitte um ein ärztliches Attest
- andere Gründe \_\_\_\_\_

14.1 War es für Sie wichtig als Frau von einer Frau behandelt zu werden, oder als Mann von einem Mann:  ja  nein

14.2 Wenn Sie die Wahl hätten, würden Sie  
als Frau  lieber zu einer Frau oder  lieber zu einem Mann gehen  
als Mann  lieber zu einem Mann oder  lieber zu einer Frau gehen.

14.3. Können Sie Ihre Antwort kurz  
erläutern: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

15. Haben Sie sich in der Kontaktsituation zum Arzt/zur Ärztin wohl gefühlt?

Ja -- Können Sie beschreiben warum:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Nein -- Können Sie beschreiben warum nicht:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

16. Wie lange hat es gedauert, bis Sie nach dem Vorfall eine(n) Arzt/Ärztin  
aufsuchten?

direkt

wenige Stunden

ein bis sechs Tage

eine Woche bis 4 Wochen

länger als 1 Monat:

Zeitfenster genau (bitte benennen) \_\_\_\_\_

---

**Nun folgen einige Fragen zum Verlauf der Behandlung bzw. des Gespräches mit dem Arzt oder der Ärztin**

17. Waren in der Praxis oder Klinik Informationsmaterial, Plakate oder ähnliches zum Thema Gewalt ersichtlich:

- ja       nein

17.1 Wie ist das Thema Gewalt im ärztlichen Gespräch angesprochen worden:

- habe ich selbst angesprochen  
 Arzt/Ärztin hat gefragt  
 gar nicht

17.2 Gab es etwas, dass Ihnen das Gespräch über das Thema Gewalterleben erleichtert hat?

Bitte kreuzen Sie alle zutreffenden Antworten an:

- Aushänge und Auslagen beim Arzt/bei Ärztin zum Thema  
 die persönliche Ansprache durch Arzt/Ärztin  
 die persönliche Ansprache durch Assistenzpersonal  
 anderes: \_\_\_\_\_  
 nein, es gab keine solchen Hilfen

18. Gibt es etwas, was Sie sich im ärztlichen Kontakt (noch) gewünscht hätten?

Bitte kreuzen Sie alle zutreffenden Antworten an:

- Aushänge und Auslagen beim Arzt/bei Ärztin zum Thema  
 eine persönliche Ansprache durch Arzt/Ärztin  
 eine persönliche Ansprache durch Assistenzpersonal  
 anderes: \_\_\_\_\_  
 nein, ich hatte keine solchen Wünsche oder Bedürfnisse

19. Wurde Ihnen Informationsmaterial angeboten

nein

ja, wenn JA zu welchen Einrichtungen:

Familienberatung

Frauenberatung

Weißer Ring e.V.

Frauenhaus

Versorgungsamt/“Opferentschädigungsgesetz“

Traumambulanzen

Notruftelefon

andere: \_\_\_\_\_

20. Wurden Ihnen Vermittlungsangebote zur Aufsuchung von Hilfeangeboten gemacht

nein

ja, wenn JA zu welchen Einrichtungen:

Familienberatung

Frauenberatung

Weißer Ring e.V.

Frauenhaus

Versorgungsamt/“Opferentschädigungsgesetz“

Traumambulanzen

Notruftelefon

andere, bitte benennen \_\_\_\_\_

21. Waren Sie bei der Untersuchung mit dem Arzt/Ärztin allein?

ja

nein, wer war dabei \_\_\_\_\_

22. Empfinden Sie die Atmosphäre während des Gesprächs als angenehm?

ja

nein

Können Sie Ihre Antwort etwas erläutern:

\_\_\_\_\_

Die nachfolgenden Fragen beziehen sich auf das weitere Vorgehen nach dem Vorfall

23. Haben Sie eine Polizeiliche Anzeige erstattet:

- ja             nein

24. Haben Sie um ein ärztliches Attest gebeten:

- ja             nein

25. Haben Sie im ärztlichen Gespräch Kontakt zu Beratungsstellen

- erbeten  
 ohne eigene Nachfrage Information durch Arzt/Ärztin erhalten

25.1 Um welche Einrichtung handelt es sich dabei:

- Familienberatung  
 Frauenberatung  
 Weißer Ring e.V.  
 Frauenhaus  
 Versorgungsamt/“Opferentschädigungsgesetz“  
 Traumambulanzen  
 Notruftelefon  
 andere, bitte benennen\_\_\_\_\_

25.2 War/waren Ihnen schon eine/mehrere dieser Institutionen bekannt

Bitte kreuzen Sie alle zutreffenden Antworten an:

- nein  
 ja, wenn JA zu welchen Einrichtungen:  
 Familienberatung  
 Frauenberatung  
 Weißer Ring e.V.  
 Frauenhaus  
 Versorgungsamt/“Opferentschädigungsgesetz“  
 Traumambulanzen  
 Notruftelefon  
 andere, bitte benennen\_\_\_\_\_

Zum Abschluss möchten wir Sie noch um ein paar weitere Angaben bitten, die sich auf Ihre Person beziehen:

26. Wie oft waren Sie bereits Opfer einer Gewalttat:

- 1x
- 2x
- 3x
- noch öfter

26.1 Hatten Sie damals einen Arzt/eine Ärztin aufgesucht:

- jedes Mal
- 1x
- weiß nicht mehr genau
- nein

27. Trifft eine der folgenden Bedingungen zur Zeit auf Sie zu?

Bitte kreuzen Sie alle zutreffenden Antworten an:

- Schwangerschaft
- Behinderung
- akute/chronische Erkrankungen

- wenn Sie Kinder haben -

28. Waren bei der Gewalt, die Sie erfahren haben Ihre Kinder dabei anwesend, Augen- oder Ohrenzeugen?

- Nein
- Ja

29. Waren /oder sind Ihre Kinder ebenfalls von der Gewalt betroffen?

- Nein
- Ja \_\_\_ Wenn JA, wurden die Kinder ebenfalls ärztlich betreut

Nein

Ja

**Vielen Dank für Ihre Mitwirkung!**

### **8.3 Eidesstattliche Versicherung**

Ich versichere an Eides statt, dass die Dissertation selbstständig und ohne unzulässige fremde Hilfe erstellt worden ist und die hier vorgelegte Dissertation nicht von einer anderen Medizinischen Fakultät abgelehnt worden ist.

20.08.2014, Katharina Willen



## **9 Danksagung**

Ein besonderer Dank gilt meinem Ehemann, der mich all die Jahre hindurch begleitet, unterstützt und geerdet hat.

Des Weiteren möchte ich mich herzlich bei meinen Eltern bedanken, deren Vertrauen in mich, mir stetig Mut zu sprach.

Mit Rat und Tat hat mir mein Bruder Jan beständig zur Seite gestanden.

Zudem möchte ich Frau PD Dr. med. Hildegard Graß für die liebevolle Betreuung, Geduld und Zuversicht während der Begleitung dieser Arbeit danken.

Für die Fördermittel danke ich dem Hochschul- und Wissenschaftsprogramm (HWP) - Fond aus dem Jahre 2005/2006 des Ministeriums für Innovation, Wissenschaft, Forschung und Technologie des Landes Nordrhein Westfalen.

Nicht vergessen möchte ich an dieser Stelle alle direkt und indirekt von Gewalt betroffenen Menschen, die durch ihre Dokumentation in den Fragebögen einen wesentlichen Beitrag zu dieser Dissertation geleistet haben.

Allen in Hilfeorganisationen engagierten Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern sei im Namen aller Betroffenen gedankt.