

Vorgehen bei häuslicher Gewalt

Eine Arbeitshilfe für die Praxis

Marion Steffens¹

Familiäre und partnerschaftliche Gewalt haben eine hohe Dunkelziffer. Auch in der ärztlichen Praxis bleibt die Situation häufig unerkannt. Schamgefühle und die Unklarheit darüber, wie die Ärztin oder der Arzt reagieren würde, hindern viele Frauen daran, von sich aus über die Gewalterfahrungen zu sprechen, ebenso die Furcht davor, dass der gewalttätige Partner von der Enthüllung erfahren könnte. Aus ärztlicher Sicht stellen vor allem knappe zeitliche Ressourcen eine Barriere dar. Eine neue Arbeitshilfe soll das Erkennen und Ansprechen von Gewaltbelastungen erleichtern.

Während einzelne aggressive Handlungen wie Beleidigungen oder Drohungen in vielen Beziehungen vorkommen, findet bei häuslicher Gewalt kein Streit auf Augenhöhe statt. Kennzeichen manifester häuslicher Gewalt ist die Absicht, die Partnerin oder den Partner zu dominieren und hierzu Gewaltmittel einzusetzen. Erhöhte Gesundheitsbelastungen lassen sich bereits als Folge leichterer Formen häuslicher Gewalt feststellen und erreichen ein erhebliches Ausmaß in sogenannten Misshandlungsbeziehungen bzw. bei biografisch kumulierten Gewalterfahrungen.

Warum sollten Ärztinnen und Ärzte das Thema Gewaltbelastung aktiv ansprechen?

Aus ärztlicher Perspektive besteht häufig die Sorge, dass die Frage nach Gewalt das Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patientin gefährden könnte; die Frage könne als Unterstellung und als unangemessener Eingriff in die Privatsphäre verstanden werden.

In einer Befragung von Klientinnen mit und ohne Gewaltbelastung in der Frauenberatungsstelle der Autorinnen

gaben allerdings 89 % der 150 befragten, von Gewalt betroffenen Frauen an, sie fänden es wichtig, wenn die Ärztin bzw. der Arzt weiß, dass eine Gewaltbelastung vorliegt. 95 % der Befragten gaben an, sie fänden es wichtig, wenn die Ärztin, der Arzt aktiv danach fragt (13). Im frühzeitigen Erkennen einer möglichen Gewaltexposition liegt die Chance, vorhandene Gesundheitsbelastungen zu verringern, zu einer geringeren Gewaltbelastung und einer verbesserten Lebensqualität der Patientin beizutragen (1).

Häufigkeit von häuslicher Gewalt

In dem bundesweiten Modellprojekt MIGG (Medizinische Intervention gegen Gewalt) konnten Daten für die niedergelassene gynäkologische Praxis erhoben werden (10). In einem Zeitraum von zwölf Monaten wurden in zwei gynäkologischen Praxen insgesamt 3.600 Frauen mittels einer Routinebefragung nach Gewaltbelastungen innerhalb der letzten zwölf Monate gefragt. 7,3 % aller befragten Frauen gaben an, innerhalb der vorangegangenen zwölf Monate psychische, körperliche oder sexualisierte Gewalt durch den Lebenspartner erfahren zu haben.

Ulrich et al. haben das Aufsuchverhalten von Patientinnen mit Gewalt hintergrund untersucht und festge-

stellt, dass diese 2,6-mal häufiger Einrichtungen der Gesundheitsversorgung aufsuchen als Frauen, die keine Gewaltbelastung angegeben hatten.

Obwohl häusliche Gewalt Frauen in allen sozialen Schichten, in jedem Alter und in allen Kulturen trifft, lassen sich doch Lebenssituationen benennen, in denen häusliche Gewalt im Allgemeinen und spezifische Gewaltformen im Besonderen gehäuft auftreten: Für Deutschland gilt eine Schwangerschaft in 5 % als Erstauslöser aller Fälle häuslicher Gewalt (11). Die Geburt eines Kindes wird in 10 % aller Fälle häuslicher Gewalt als Zeitpunkt angegeben, an dem die Gewalt durch den Partner begonnen hat. Gewalt in der Schwangerschaft stellt eine akute und erhebliche Gefahr für Mutter und Kind dar. Allerdings können auch länger zurückliegende Gewalterlebnisse Schwangerschaft und Geburts-erleben belasten.

Eine vertiefende Auswertung der deutschen Prävalenzstudie zu Gewaltbelastung (12) ergab, dass in bestimmten Lebenssituationen eine erhöhte Vulnerabilität für Frauen besteht, Gewalt durch den Partner oder vergleichbar nahe stehende Personen (Familienangehörige, Betreuer, Mitbewohner) ausgesetzt zu sein. Hierzu gehören

- Alter bis 35 bei gleichzeitig geringem Bildungs- und Einkommensstand,
- Alter ab 45 bei gleichzeitig mittlerer bis höherer Bildung und hohem Einkommen,
- körperliche oder geistige Behinderung,
- Migrationshintergrund (vor allem familienorientierte Gesellschaften, osteuropäisch, Kriegs-, Bürgerkriegsländer),
- Arbeitslosigkeit,
- Alkohol- oder Drogenkonsum des Partners und
- Prostitution.

¹ Leitung des Kompetenzzentrums Frauen und Gesundheit NRW und Gründerin des GESINE Netzwerks Gesundheit.EN

Eine Kombination von mehreren der oben aufgeführten Faktoren erhöht die gesundheitliche Belastung und verschlechtert Therapie- und Heilungschancen.

Gesundheitsfolgen von Gewalt – ein Thema für alle ärztlichen Fachrichtungen

In der ärztlichen Versorgung wird eine vorhandene Gewaltbelastung – sofern sie nicht von der Patientin selbst angesprochen wird – am ehesten auf der Grundlage vorhandener Verletzungen erkannt. Die Patientin mit körperlichen Verletzungsfolgen stellt allerdings in der frauenärztlichen Praxis eher eine Ausnahme dar.

Viel häufiger leiden Patientinnen unter Gesundheitsstörungen, deren Zusammenhang mit erlebter Gewalt nicht auf Anhieb erkennbar ist. Sie hängen in Schwere und Dauer von der Art, Intensität und Dauerhaftigkeit des Gewaltgeschehens und der Beziehung zur gewaltausübenden Person bzw. den gewaltausübenden Personen ab. Andererseits spielen Faktoren wie Widerstandsfähigkeit, persönliche Ressourcen und Handlungsoptionen, die An- oder Abwesenheit unterstützender Personen, Bewältigungserfahrungen, strukturelle und rechtliche Rahmenbedingungen und vieles mehr für die Ausbildung von Gesundheitsstörungen eine erhebliche Rolle.

Konsum von Alkohol, anderen Suchtmitteln und Medikamenten gehört zu den häufigen Bewältigungsstrategien und trägt zur Verschlechterung des gesundheitlichen Status bei. Selbstverletzendes Verhalten als Folge vor allem sexualisierter Gewalt stellt darüber hinaus eine akute Gesundheitsgefährdung dar.

Auf der Grundlage der Häufigkeit häuslicher Gewalt und ihrer erheblichen Gesundheitsfolgen stellt sich die Frage nach einem adäquaten Umgang in der ärztlichen Praxis.

Gewinn Gesundheit – eine Arbeitshilfe in drei Schritten

Es ist nicht die Frage, ob Ärzte Kontakt zu gewaltbetroffenen Patientinnen haben, sondern lediglich wie sie diesen Kontakt gestalten.

In den vergangenen Jahren wurden verschiedene Ansätze erprobt, die medizinische Intervention bei häuslicher und sexualisierter Gewalt zu verbessern. Lange Zeit standen dabei besonders der Umgang mit Patientinnen in der Notaufnahme von Kliniken sowie die Anforderungen an eine gerichtsfeste Befunddokumentation im Vordergrund. Die Zielgruppe der niedergelassenen Ärzte wurde über Fortbildungsangebote der Ärztekammern, die flächendeckende Verschickung von Informationsmaterial und die Durchführung regionaler und landesweiter interdisziplinärer Fachtagungen angesprochen. Auf Grundlage der Erkenntnis, dass die meisten gewaltbetroffenen Patientinnen mit „atypischen“ Symptomen und ohne das Thema Gewalt zu benennen in der hausärztlichen und gynäkologischen Praxis, aber auch im Krankenhaus anzutreffen sind, entwickelte GESINE einen neuartigen Ansatz gesundheitsbezogener Intervention bei häuslicher und sexualisierter Gewalt.

Niedergelassene Ärztinnen und Ärzte haben hier eine Schlüsselrolle, weil sie als Berufsgruppe früher oder später von allen gewaltbetroffenen Frauen aufgesucht werden. Da häusliche Gewalt – von den akuten Verletzungsfolgen abgesehen – vor allem langfristige Gesundheitsfolgen hat, nahm GESINE nicht nur akut gewaltbetroffene Patientinnen ins Blickfeld, sondern auch diejenigen, deren Gewalterfahrung schon länger zurücklag. Aus der langjährigen Erfahrung in der Beratung gewaltbetroffener Frauen ist bekannt, dass Frauen oft erst nach Jahren der Gewalt erstmals mit anderen Menschen über ihre Situation sprechen. Wichtigste Ansprechpartner sind dann Freunde oder nahestehende Personen aus dem

sozialen Umfeld und Ärztinnen bzw. Ärzte. Von allen Berufsgruppen genießen Ärzte das größte Vertrauen, und ihnen wird allgemein eine hohe Lösungskompetenz zugeschrieben. Das Ziel medizinischer Intervention ist es allerdings neben einer adäquaten Gesundheitsversorgung, den Patientinnen so frühzeitig wie möglich gezielte Hilfe im sozialmedizinischen Netzwerk anzubieten und sie schnellstmöglich und gezielt in weitere Hilfen – seien es nun psychosoziale, therapeutische Angebote oder solche zur Gesundheitsförderung nach traumatischem Erleben – zu vermitteln. Ein zentrales Erfolgskriterium dieser Weitervermittlungsroutine besteht darin, die Patientin an eine konkrete Einrichtung zu „überweisen“, statt allgemeine Empfehlungen auszusprechen.

Schritt 1: Gewalt erkennen

Um eine mögliche Gewaltbelastung der Patientin zu erkennen, bieten sich zwei unterschiedliche und auch unterschiedlich erfolgversprechende Zugänge an.

■ **Variante 1: Die verdachtsabhängige Befragung**

Sofern kein eindeutiges Verletzungsbild vorliegt, stellt sich die Frage, anhand welcher Indikatoren ein Anfangsverdacht von Gewaltbelastung festgestellt werden kann. In der internationalen Diskussion medizinischer Intervention bei häuslicher Gewalt hat sich die Darstellung spezifischer Warnsignale als hilfreich erwiesen. Sie geben Hinweise darauf, dass eine vertiefende Diagnostik hinsichtlich einer Gewaltbelastung angezeigt sein kann.

Warnsignale für die gynäkologische Praxis können sein:

- unspezifische Unterbauchbeschwerden,
- Schwangerschaftskomplikationen,
- postpartale Depression,
- Verletzungen,
- später Beginn der Schwangerschaftsvorsorge,

- problematischer Alkohol- bzw. Substanzkonsum,
- Nichteinhalten von Terminen und andere Formen der Non-Compliance,
- ein Partner, der übermäßig aufmerksam ist, sich kontrollierend verhält und das Gespräch mit der Patientin zu beeinflussen versucht sowie
- Bericht der Patientin über Beziehungsprobleme (z. B. „Er überredet mich öfter zum Sex, auch wenn ich eigentlich nicht will.“).

Es ist bekannt, dass der typischen Non-Compliance gewaltbetroffener Frauen äußere Faktoren zugrunde liegen können. So nimmt etwa bei jeder sechsten Patientin mit akuter Gewaltbelastung, die sich in ärztliche Versorgung begibt, der Partner Einfluss, hindert die Patientin etwa an der Wahrnehmung weiterer Termine oder konfisziert verschriebene Medikamente (9). In der Beratungspraxis berichten Klientinnen davon, am Aufsuchen einer Praxis oder Notfallambulanz gehindert worden zu sein, da der Partner fürchtete, die Gewaltanwendung könne offenkundig werden. Die Furcht vor den Konsequenzen einer Enthüllung kann Patientinnen auch ohne akutes Eingreifen durch den Partner an der Wahrnehmung von Terminen und der Offenlegung der Gewalt hindern. Häufig äußern Klientinnen auch die Angst, dass die Ärztin/der Arzt die Polizei informieren würde, wenn sie mit ihren Verletzungen wiederholt in der gleichen Einrichtung auftauchen würden.

Die Ärztin/der Arzt, die/der einen möglichen Gewalthintergrund auf der Basis eines begründeten Verdachts aktiv ansprechen will, muss sich der möglichen Gefährdung der Patientin bewusst sein.

■ **Variante 2:**

Die Routinebefragung

Die Einführung einer Routinebefragung nach Gewalt in die ärztliche Praxis entlastet die Ärztin/den Arzt davon, regelmäßig nach entsprechenden Verdachtsmomenten zu suchen.

Im Rahmen eines solchen Konzepts werden alle Patientinnen der Praxis mittels eines standardisierten Fragenkatalogs nach vorhandenen Gewalterfahrungen befragt.

Grundsätzlich gibt es drei unterschiedliche Methoden, eine Routinebefragung durchzuführen:

- das direkte Ärztin/Arzt-Patientin-Gespräch (Face-to-Face-Befragung),
- den schriftlichen Fragebogen und
- den computergestützten Fragebogen.

In mehreren Evaluationen hat sich die Befragung mit einem schriftlichen Fragebogen bewährt; er ist im Praxisalltag der persönlichen Befragung durch Ärztin/Arzt und der computergenerierten Befragung überlegen. Zudem wird diese Form von Patientinnen favorisiert.

In den USA werden solche Instrumente bereits seit vielen Jahren ein-

gesetzt und umfassend evaluiert. Der kurze, hier vorgestellte Fragebogen umfasst fünf Themenbereiche in nur fünf Fragen (s. Abb. 1). Vier zielen auf die Belastung durch spezifische Formen von Gewalt in der Partnerschaft (körperliche, psychische, sexuelle). Die fünfte Frage zielt darauf, akute Gewaltbelastung (innerhalb der letzten zwölf Monate) zu identifizieren. Der Fragebogen ist in zwei Sprachen verfügbar (Deutsch und Türkisch).

Der Fragebogen kann allen Patientinnen an der Rezeption durch die medizinische Fachangestellte (MFA) ausgehändigt, im Wartezimmer oder in einer geschützten Sitzecke ausgefüllt werden und wird dann der Mitarbeiterin wieder übergeben. Die Responsequote betrug in zwei Untersuchungen der Autorinnen 97% (Ergebnisse s. Abbildung 2). Sofern eine der Fragen mit Ja beantwortet wird, kennzeichnet die MFA die elektronische Patientinnenakte. Dann kann

Standardisierte Fragen für eine Routinebefragung

Für das Erkennen eines Gewalthintergrunds bieten sich die folgenden Fragen an:

Liebe Patientin, viele Mädchen und Frauen erleben in ihren Familien und in ihrer Partnerschaft Gewalt. Falls Sie mit mir darüber sprechen möchten, möchte ich Sie bitten, die folgenden fünf Fragen zu beantworten. Den Fragebogen können Sie wieder am Empfang abgeben.

Ihre Frauenärztin/Ihr Frauenarzt (Name)

Hat Ihr Partner oder Ex-Partner Sie jemals beleidigt, herabgesetzt oder auf andere Weise gefühlsmäßig verletzt?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Hat Ihr Partner oder Ex-Partner Ihnen jemals gedroht, Sie zu verletzen, Ihre Sachen zu zerstören oder ähnliches?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Hat Ihr Partner oder Ex-Partner Sie jemals geohrfeigt, geschlagen oder auf andere Weise körperlich angegriffen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Hat Ihr Partner oder Ex-Partner Sie jemals vergewaltigt oder zu einer sexuellen Handlung gezwungen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Trifft irgendetwas davon auf die letzten zwölf Monate zu?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Ich möchte diese Fragen nicht beantworten.

Ich möchte ein anderes Mal über diese Themen sprechen.

Ich bin nicht von Gewalt betroffen.

nach HARK und HITS, Übersetzung GESINE

Abb. 1: Mit einem kurzen Fragebogen lassen sich in der Routinebefragung Hinweise auf Gewaltbelastung gewinnen, an die dann im Gespräch angeknüpft werden kann.

Anzahl der Patientinnen, die Gewaltbelastung angaben

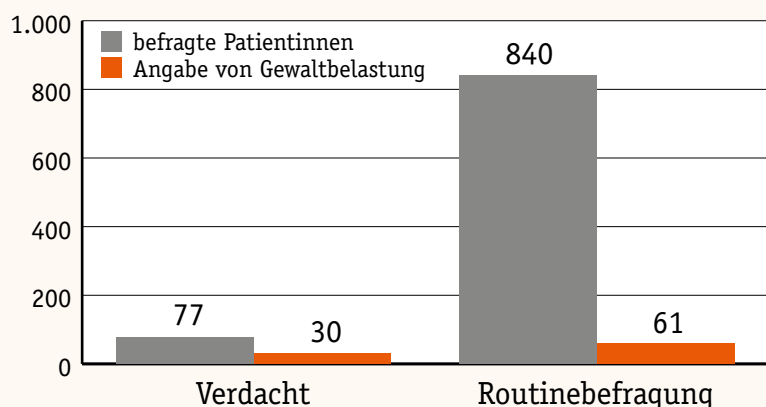


Abb. 2: Anzahl der Patientinnen pro Ärztin/Arzt, die im Rahmen des GESINE-Interventionsprojekts entweder im Verdachtsfall oder im Rahmen der Routinebefragung nach einer Gewaltbelastung gefragt wurden und Anteil der Patientinnen, die eine solche Belastung bejahten

während des Ärztin/Arzt-Patientin-Kontakts das Ergebnis besprochen und der Bedarf an Hilfe und Informationen abgefragt werden.

Durch die Routinebefragung kann eine erheblich höhere Zahl an Patientinnen mit Gewaltbelastung identifiziert werden als durch die verdachtsabhängige Befragung. Der zeitliche Aufwand, der seitens der Ärzte im jeweils durch die schriftliche Befragung begründeten Verdachtsfall für die Anamnese von Gewaltbelastungen aufgebracht werden muss, ist mit weniger als 20 Minuten zusätzlich zum normalen Ärztin/Arzt-Patientin-Kontakt vergleichsweise gering; bei tatsächlich gewaltbetroffenen Patientinnen steigt der Gesprächsbedarf allerdings auf bis zu eine Stunde. Die Barriere zum Ansprechen der Gewalt konnte reduziert werden, da die Gewaltbelastung bereits in der Karteikarte vermerkt war und dies als Türöffner für das Gespräch diente. Nach Aussage der beteiligten Gynäkologinnen reagierten die Patientinnen ganz überwiegend positiv auf die Einführung des Angebots, auch wenn nicht alle Patientinnen bereit waren, konkreter über die Gewalt zu sprechen. Gleichwohl hat die Ärztin/der Arzt in Kenntnis der Belastung die Möglichkeit, die Patientin darauf hinzuweisen, welche ihrer vor-

handenen gesundheitlichen Beschwerden auch mit der Gewaltbelastung in Zusammenhang stehen könnten, ähnlich wie dies bei der Ansprache anderer Gesundheitsrisiken üblich ist.

Wie die Daten zur Gewaltprävalenz in der Schwangerschaft nahelegen, ist eine einmalige Gewaltanamnese wenig zielführend. Es ist durchaus möglich, dass die Patientin zum Zeitpunkt der Befragung noch keine Gewalt erlebt hat, aber ein Jahr später schon. Die Routinebefragung sollte in regelmäßigen Abständen (z. B. alle zwei oder drei Jahre) durchgeführt werden. Speziell für die Zeit der Schwangerschaft bzw. danach wird eine häufigere Gewaltanamnese empfohlen, da Gewalt – wie oben beschrieben – nicht selten während der Schwangerschaft oder nach der Entbindung erstmals auftritt und Mutter und Kind gefährden kann.

■ Anforderungen an das ärztliche Handeln

Die ärztliche Reaktion auf die Enthüllung der Gewaltbetroffenheit ist aus Sicht der Patientin entscheidend dafür, ob die Routinebefragung letztlich positive oder negative Effekte nach sich zieht. Denn die Aufdeckung allein kann noch nicht als positiver Effekt gesehen werden. Neben Fragen

der Gesprächsführung sind hier auch Fragen der Sicherheit und Vertraulichkeit von zentraler Bedeutung. Die Unsicherheit darüber, ob die Informationen an die Krankenkasse, an die Strafverfolgungsbehörden oder an sonstige Dritte gelangen, beeinflusst das Antwortverhalten der Patientin erheblich. Daher sollte die Patientin bereits bei der Aushändigung des Fragebogens darüber informiert werden, zu welchem Zweck die Fragen gestellt werden, dass die Daten vertraulich behandelt und nicht ohne Zustimmung der Patientin an Dritte weitergeleitet werden. Auch eine Weiterleitung der Information an die Krankenkasse darf nicht ohne Zustimmung der Patientin erfolgen, um die Patientin keinen weiteren Gefährdungen z. B. durch Regressansprüche der Kassen auszusetzen.

Schritt 2: Gewalt ansprechen

Aus Sicht der Patientin ist eine Gewaltbelastung ein ähnlich stigmatisierendes Thema wie Alkoholkonsum oder eine sexuell übertragbare Erkrankung. Schamgefühle, die berechtigte Sorge, den Partner zu verraten und Prozesse in Gang zu setzen, die sie nicht mehr kontrollieren kann, aber auch die Furcht vor diskriminierendem oder stigmatisierendem Verhalten des Arztes wirken sich hinderlich auf die Bereitschaft der Patientin aus, die Gewaltbelastung zu enthüllen. Erschwerend kommt hinzu, dass die Enthüllung einer Gewaltbelastung das Risiko birgt, dass der Partner davon erfährt und mit Gewalt oder verstärkter Kontrolle reagiert.

Zahlreiche Studien haben die besondere Bedeutung der ärztlichen Gesprächsführung für die Wirkung der medizinischen Intervention bei Gewalt hervorgehoben. Die Gesprächsführung beeinflusst demnach

- die Bereitschaft der Patientin, die Gewaltbelastung zu enthüllen,
- die Bereitschaft der Patientin, weitere Hilfen anzunehmen,
- das Gefühl von Sicherheit und Vertrauen,

- die Wirksamkeit der medizinischen Intervention,
- die Dauer des Gesprächs,
- die „Compliance“ und
- die Zufriedenheit der Ärztin/des Arztes mit der Intervention.

■ **Kriterien einer Traumainformierten ärztlichen Gesprächsführung**

Gesprächsbarrieren kennen und verringern

Nach den Erfahrungen der Ärztinnen und Ärzte des MIGG-Projektes bestehen eigene Barrieren, das Gewaltthema in der Praxis anzusprechen, u. a. in fehlenden zeitlichen Ressourcen, Unsicherheit dahingehend, ob die Patientin tatsächlich von Gewalt betroffen ist und wie sie auf eine Frage reagieren würde, Unklarheit über vorhandene Hilfen und Sorge um die Gefährdung des Vertrauensverhältnisses.

Gesprächsbarrieren auf Seiten der Patientinnen können bereits im Vorfeld durch verschiedene Maßnahmen reduziert werden. Nach einer Studie von Chang fühlten sich Patientinnen bestärkt, mit ihrer Ärztin/ihrem Arzt über Gewalt zu sprechen, wenn Poster und anderes Informationsmaterial zum Thema in der Praxis ausgelegt waren. Auch Informationen auf der praxiseigenen Website können das Vertrauen und die Gesprächsbereitschaft der gewaltbelasteten Patientin erhöhen (4).

Eine vertrauliche Gesprächsatmosphäre schaffen

Ein Vier-Augen-Gespräch ist der einfachste Weg, die notwendige Vertraulichkeit herzustellen. Hierzu gehören die geschlossene Sprechzimmertür und – wo möglich – die Abwesenheit sowohl von Praxismitarbeiterinnen als auch von Angehörigen und Freunden. Dies wird nicht in allen Fällen möglich sein. Möglicherweise möchte die Patientin, dass ihre Freundin dabei ist oder sie schafft es nicht, dem Partner die Anwesenheit zu versagen. Die Anwesenheit des Partners

kann durch die Fortführung des Gesprächs im Röntgenraum oder einem anderen Untersuchungsraum umgangen werden. Wenn andere Personen aus Gründen der Unterstützung, der Assistenz oder der Sprachmittlung anwesend sind, ist jedoch immer zu berücksichtigen, dass es sich um eine gewaltausübende Person handeln könnte. In jedem Fall ist das Gespräch unmittelbar mit der Patientin zu führen und nicht über sie hinweg mit der unterstützenden Person. Die Begleitperson der Patientin ist auch nicht zur Bestätigung ihrer Darstellung heranzuziehen. Eine notwendige Sprachmittlung sollte idealerweise durch externe Dolmetscher erfolgen, da Verwandte in der Regel nicht neutral übersetzen.

Den Rahmen und das Ziel des Gesprächs benennen

Die Einleitung des Gesprächs durch orientierende Anmerkungen wie: „Da Gewalt so ein großes Gesundheitsrisiko gerade für weibliche Patienten ist, fragen wir in dieser Praxis alle Patientinnen nach Gewalterfahrungen in ihrem bisherigen Leben.“ Oder: „Ich mache mir Sorgen um Sie. Sie wirken in letzter Zeit oft niedergeschlagen und Ihre körperlichen Symptome können sich durch den Einfluss von Stress und psychischen Belastungen verschlimmern. Ich möchte verstehen, was Sie belastet, damit ich Ihnen besser helfen kann, Ihre Schlaflosigkeit (Ihre Schmerzen, Ihre Magenbeschwerden) in den Griff zu bekommen.“

Das Ansprechen des Themas Gewalt geschieht also mit einem professionell-ärztlichen Ziel und nicht aus Neugierde, nicht, um den Partner anzuzeigen, nicht, um sich in die Privatangelegenheiten der Patientin einzumischen, sondern weil es von medizinischer Bedeutung ist.

Es ist hilfreich, die Zuwendung zur Patientin auch körperlich zu signalisieren. Die Patientin von vorne auf Augenhöhe anzusprechen und dabei Ruhe auszustrahlen, ist ein Kennzei-

chen von Aufmerksamkeit und Konzentration. Auch bei engen zeitlichen Grenzen kann ein Gespräch in ruhiger Atmosphäre geführt werden.

Die Fragen sollten einfühlsam und konkret gestellt werden, z. B.: „Probleme in der Partnerschaft können zeitweise massive Formen annehmen. Manche Partner werden dann laut und verletzend oder wenden andere Formen von Gewalt an. Wie verhält sich Ihr Partner in Konfliktsituationen?“ Eine offene Frage lädt eher zur Ehrlichkeit ein als eine geschlossene. Die ärztliche Gesprächsführung kann der Patientin die Tür zur Enthüllung dieser Erlebnisse öffnen; hindurchgehen muss sie allerdings allein.

Wenn die Patientin die Anwendung von Gewalt in ihrem häuslichen Umfeld bejaht, hat sie aus ärztlicher Sicht wichtige Hinweise für ihre medizinische Versorgung gegeben. Zur Unterstützung der Patientin und gleichzeitig zur Förderung der Compliance sollte Offenheit für das Thema signalisiert werden. In dieser Phase sind einige Botschaften von großer Bedeutung:

- Für Gewalt gibt es keinen „guten“ Grund, daher sollte auch nicht nach Gründen gefragt werden.
- Die Patientin bestimmt selbst, welche Schritte sie geht.
- Die Patientin ist mit diesen Erfahrungen nicht allein, viele Frauen erleben Gewalt in der Partnerschaft.
- Die Gewaltbelastung kann ein Grund für ihren Gesundheitszustand sein.
- Es gibt Hilfeeinrichtungen, die auf das Thema spezialisiert sind und bei der Bewältigung des Geschehenen Hilfe anbieten. Die Ärztin/der Arzt kann bei der Kontaktaufnahme behilflich sein. Es fällt jedoch nicht in den ärztlichen Arbeitsbereich, diese Aufgabe selbst zu übernehmen.
- Wenn die Patientin nichts unternehmen möchte, ist das vollkommen in Ordnung.

Es kann sein, dass die Patientin weint oder das Bedürfnis hat, ihre ganze Situation darzustellen. Hier ist es auch im Sinne der Patientin hilfreich, das Bedürfnis ernst zu nehmen und deutlich zu machen, dass der enge Zeitrahmen dem Thema nicht gerecht wird. Das Angebot eines neuen Termins – ebenfalls mit einem vorgegebenen Zeitrahmen – ermöglicht es dem Arzt, das Gespräch in planbarem Rahmen wieder aufzunehmen und sich darauf vorzubereiten.

Schutz und Sicherheit erörtern

Wenn eine Patientin von Gewaltvorkommnissen berichtet, muss abgeklärt werden, inwiefern sie weiterhin körperlich, aber auch psychisch akut gefährdet ist. Die Patientin muss in jedem Fall mündlich und schriftlich über konkrete Hilfeeinrichtungen vor Ort informiert werden – in Form von Adresslisten, Telefonnummern, Flyern o. Ä. Im Idealfall unterstützt die Praxis die Patientin in der Kontaktaufnahme. Mit Einverständnis der Patientin kann ein Fax mit der Bitte um unmittelbare Kontaktaufnahme an eine spezialisierte Beratungseinrichtung in der Region gesendet werden. Bei akuter Gefährdung bieten Frauenhäuser wirksamen Schutz für die Frau und ihre Kinder. Sind diese Kontakte hergestellt, so kann die Patientin aus der Arztpraxis entlassen werden, wenn nicht zusätzlich akute Verletzungsbefunde zu dokumentieren und medizinisch zu versorgen sind.

Verletzungsbefund dokumentieren

Etwas körperliche Verletzungen einer akut von Gewalt betroffenen Patientin sollten in jedem Fall gerichtsfest dokumentiert werden, auch wenn die Patientin aktuell kein Gerichtsverfahren anstrebt. Häufig ist die Angst davor, wie der gewalttätige Partner auf eine Strafanzeige reagieren würde, so groß, dass die Frau von einer Anzeige absieht. Dies kann sich aber im Laufe der Zeit ändern. Für eine Verurteilung ist eine nach den Mindeststandards der

Rechtsmedizin erstellte Befunddokumentation von erheblicher Bedeutung.

Schritt 3: Gezielt weitervermitteln

Die Aufgabe der Ärztin/des Arztes ist nach den oben aufgeführten Gesprächen mit der Patientin, der Behandlung akuter Traumata und der Gesundheitsstörungen und gegebenen-

falls der gerichtsfesten Dokumentation der Gewaltanwendung beendet, sobald die Patientin ausreichend instruiert ist, um sich an eine geeignete Beratungsstelle zu wenden. In Betracht kommen könnte außerdem eine psychosomatische Kur oder – vor allem bei lang zurückliegender Gewalterfahrung mit nunmehr auftretenden Belastungssyndromen – eine Psychotherapie beziehungsweise Traumatherapie.

Ärztlicher Zeitaufwand bei akuter Traumatisierung

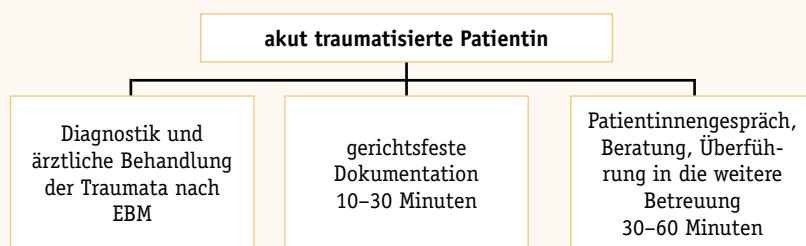


Abb. 3: Ärztlicher Zeitaufwand – zusätzlich zur Diagnostik und ärztlichen Behandlung der Traumata – bei einer akut von Gewalt betroffenen Patientin.

Ärztlicher Zeitaufwand bei Routinebefragung

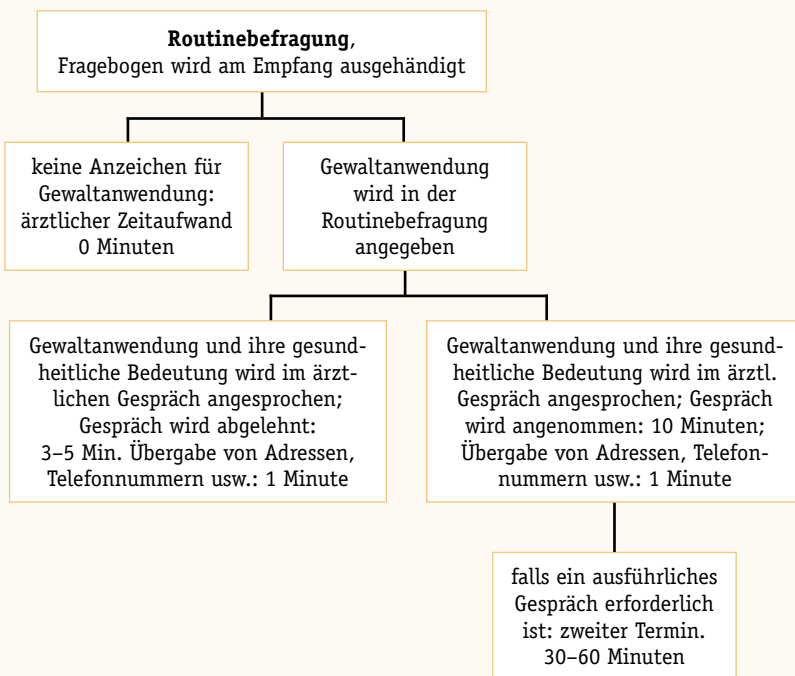


Abb. 4: Ärztlicher Zeitaufwand für eine Trauma-informierte Betreuung gewaltbetroffener Patientinnen im Intervall im Rahmen einer Routinebefragung.

Die Vermittlung an eine Beratungsstelle sollte gezielt und persönlich erfolgen. Die Weitervermittlung ist ein wesentlicher Schlüssel zum Erfolg der ärztlichen Intervention und dient gleichzeitig der Entlastung. Denn die langfristige Unterstützung und Begleitung der Frau, um sich und gegebenenfalls ihre Kinder aus der Misshandlungsbeziehung zu befreien, gehört nicht in den ärztlichen Aufgabenbereich.

Für eine effektive Weitervermittlung ist es wichtig, die regionalen Strukturen zu kennen und entsprechende, aktuelle Informationen in der Praxis vorrätig zu haben. Es ist empfehlenswert, sich von diesen Institutionen jeweils die Koordinaten der regionalen Strukturen zu besorgen, gelegentlich zu aktualisieren und in der Praxis griffbereit zu haben.

Zeitaufwand in der Praxis

In den im Rahmen des Bundesmodellprojekts MIGG durchgeführten Ärztebefragungen wurde der Zeitdruck in der ärztlichen Versorgung als eine wichtige Barriere angegeben, die ein aktives Ansprechen von Gewaltbelastung erschweren. In den Abbildungen 3 und 4 wird der mögliche Zeitaufwand in der Praxis für die Betreuung von Patientinnen nach familiärer Gewaltanwendung skizziert.

Die beiden Algorithmen zeigen, dass der ärztliche Zeitaufwand bei präventivem Vorgehen deutlich geringer ist als bei der Betreuung einer akut traumatisierten Patientin: Während der Zeitaufwand bei einer akut traumatisierten Patientin eine Stunde oder mehr betragen kann, ist der Aufwand viel geringer, wenn die von

Gewalt betroffene Patientin bei einer Routinebefragung in einer Beratungssituation aufgefangen und an das professionelle Helfernetzwerk weitergeleitet werden kann.



Autorin

Marion Steffens

GESINE Netzwerk Gesundheit.EN
Intervention gegen Häusliche
Gewalt
Markgrafenstraße 6
58332 Schwelm
steffens@gesine-intervention.de