



Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e.V.
Leitlinien, Empfehlungen, Stellungnahmen

- 1 Allgemeine Gynäkologie und gynäkologische Onkologie
- 1.8 Sonstige Texte
- 1.8.4 Häusliche Gewalt

Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG) und der Deutschen Gesellschaft für Psychosomatische Frauenheilkunde und Geburtshilfe (DGPF) in Zusammenarbeit mit S.I.G.N.A.L. Intervention im Gesundheitsbereich gegen Gewalt an Frauen e.V.

Häusliche Gewalt

Inhalt

1 Vorbemerkungen.....	1
2 Entstehungsbedingungen und Erscheinungsformen häuslicher Gewalt.....	2
3 Erkennen der Folgen häuslicher Gewalt.....	4
3.1 Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS).....	5
3.2 Psychische Folgen.....	6
3.3 Veränderungen der sexuellen Erlebnisfähigkeit und des Sexualverhaltens	6
3.4 Warnhinweise im Verhalten – situative Faktoren	7
3.5 Warnhinweise im Zusammenhang mit einer Schwangerschaft und Geburt.....	7
Gewalt in der Schwangerschaft.....	8
4.1 Unmittelbare Folgen von Gewaltanwendung gegen Frauen in der Schwangerschaft	9
5 Gesprächsführung.....	10
5.1 Ziele der Intervention.....	11
5.2 Grundsätze jeder Intervention	11
5.3 Zusammenfassung zur Gesprächsführung.....	13
6 Gründliche Untersuchung.....	13
7 Dokumentation von Befunden.....	14
7 Sicherheit und Schutz - Abklären des aktuellen Sicherheitsbedürfnisses	15
8 Grenzen der ärztlichen Schweigepflicht.....	16
9 Informationsmaterial	17
10 Netzwerke.....	17
11 Zusammenarbeit mit anderen Institutionen.....	18
12 Literatur	19
13 Leitlinienreport.....	22

1 Vorbemerkungen

In den letzten Jahren hat das öffentliche und politische Interesse an den mannigfachen Formen häuslicher Gewalt gegenüber Frauen und deren gesundheitlichen sowie sozialen Folgen deutlich zugenommen. Systematische Erhebungen für Deutschland liegen seit dem Bericht von Schröttle und Müller (2004) vor und lassen erkennen, dass es sich um ein verbreitetes Problem in allen sozialen Gruppen handelt, wobei Alkohol- und Drogenkonsum häufige Cofaktoren sind. Die deutschen Daten lassen vermuten, dass etwa jede vierte Frau jenseits der Kindheit mindestens einmal körperliche und/oder sexuelle Gewalt im Rahmen ihrer Beziehungen erlebt, und dass unter Einschluss auch des weiteren sozialen Umfeldes der Anteil der von körperlicher Gewalt betroffenen Frauen etwa 37 % beträgt. 42 % der befragten Frauen waren über die Anwendung physischer Gewalt hinaus in ihrem Erwachsenenleben Opfer psychischer Repressionen. Diese Größenordnungen gelten auch für andere westeuropäische Staaten (Schröttle et al, 2006). Grenzen zwischen physischer, sexualisierter und psychischer Gewalteinwirkung sind fließend. Exakte Angaben zur Prävalenz häuslicher Gewalteinwirkung gegen Frauen sind stets in besonderem Maße von Vorgaben zur Definition abhängig. Gleichwohl scheint das Ausmaß von Repressionen gegen Frauen bislang deutlich unterschätzt worden zu sein. Auch ist anzunehmen, dass die erforderliche Wachsamkeit auch im Bereich frauenärztlicher Praxis für das Phänomen häuslicher Gewalt gegen Frauen trotz umfangreicher Literatur und Materialien noch nicht in ausreichendem Maß vorhanden ist.

2 Entstehungsbedingungen und Erscheinungsformen häuslicher Gewalt

Repressionen und Anwendung körperlicher Gewalt in häuslichen Beziehungsgeflechten sind grundsätzlich inakzeptabel. Daran ändern Theorien über die wechselseitige Abhängigkeit von Täter und Opfer nichts, auch wenn insbesondere im Verlaufe der Chronifizierung von Gewaltanwendung typische Verhaltenszyklen der Beteiligten erkennbar werden. So findet man häufig zunächst eine sich steigernde verbale Spannung, die dann unter bestimmten Voraussetzungen (oft sind es nichtige Anlässe) eskaliert und in offene tätliche Angriffe übergeht. Häufig folgt – so die Beschreibung des typischen „Kreislauf der Gewalt“ nach Walker - eine (scheinbar) Phase der Reue und Entschuldigung, und gegenseitiger Annäherung bis zum Neubeginn des Gewaltzyklus, wobei es den Frauen schwer fällt, sich von reumütigen Liebesbeteuerungen und dem Versprechen sich zu ändern nicht überzeugen zu lassen (Walker 1984). Häusliche Gewaltanwendung ist in der überwiegenden Zahl der Fälle kein vereinzelt Ereignis, sondern ein immer wiederkehrendes Phänomen mit hoher Chronifizierungsgefahr. In vielen Fällen zeigt das Opfer häuslicher Gewalt den Täter nicht an. Vielmehr sind Reaktionsbildungen nicht selten, die mit dem Begriff des Stockholm-Syndromes die bekannten Abwehrstrategien der Identifikation mit dem Aggressor deutlich vor Augen führen und zu einer Solidaritisierung des Opfers mit dem Täter gegenüber Dritten führen. Entstehungs- und Entwicklungsbedingungen häuslicher Gewalt sind damit einer einfachen Betrachtungsweise nicht zugänglich.

Für behandelnde Ärztinnen und Ärzte ist es daher wichtig, für bestimmte Merkmale häuslicher Gewalt gegen Frauen eine professionelle Aufmerksamkeit zu entwickeln. Am leichtesten zu erkennen sind äußerliche Verletzungen, Blutergüsse, Gewebstraumata, Frakturen, Kopf- und Gesichtsverletzungen bis hin zu genitalen Traumata. Aber auch sekundäre Beschwerden wie Unterleibschmerzen, Gehirnerschütterungen und Fehlgeburten zählen zu den Folgen von Gewaltanwendung. Internationale Forschungsergebnisse zeigen, dass gynäkologische Probleme häufiger bei Frauen vorkommen, die misshandelt werden, im Vergleich zu Frauen, die nicht von Gewalt betroffenen sind (Campbell, 2002). Aber auch ganz allgemein bewerten Frauen, die Opfer körperlicher Übergriffe und anderer Repressalien geworden sind, ihren Gesundheitszustand im Vergleich zu nicht Betroffenen durchweg negativ und leiden häufiger unter auch diffusen, früher als „vegetativ“ benannten Beschwerden (Schrötle und Khelaifat, 2008). Die deutsche Gewaltprävalenzstudie (Schrötle und Müller, 2004) zeigt einen deutlichen Zusammenhang zwischen dem Erleben unterschiedlicher Formen von Gewalt und chronifizierten Folgezuständen wie Depressionen, Schlafstörungen, Minderung des Selbstwertgefühls, erhöhte Angstpegel und Beziehungsprobleme bis hin zur Suizidalität.

Im speziellen Bereich der Gynäkologie zeigen die Daten, dass erhebliche Auswirkungen auch auf die reproduktive Gesundheit der Frau bestehen. So tritt Gewalt häufig im zeitlichen und inhaltlichen Kontext von Schwangerschaften und Geburten auf, ebenso wie Gewalterfahrungen und Verletzungsfolgen ursächlich für Schwangerschafts- und Geburtspathologie werden können. So wurden in der zitierten bundesdeutschen Gewaltprävalenzstudie Komplikationen bei Schwangerschaft und Geburt von Opfern häuslicher Gewalt um etwa 50 % häufiger genannt, wie auch Unterleibsoperationen um etwa 20 % häufiger von diesen Frauen berichtet wurden. Gleiches gilt für Fehl- und Frühgeburten, Schwangerschaftsabbrüche, funktionelle Zyklusstörungen. Auch diese Beobachtung findet sich international belegt (Krug et al, 2002, Cokkinides et al, 1999).

Das Verkennen der genannten Zusammenhänge in der gynäkologischen Beratungs- und Behandlungssituation führt zu diagnostischen Fehlschlüssen und therapeutischen Misserfolgen, bis hin zu Patientenkarrieren, die klassischer Weise mit dem Begriff des „Münchhausensyndroms“ bezeichnet werden. Diese Syndrome sind Ausdruck einer komplexen Persönlichkeitsstörung, in deren Zentrum meist auch die vergebliche Auseinandersetzung mit intimer Gewalt in unterschiedlicher Erscheinungsform zu finden ist. Aber auch nicht-chirurgische, iatrogene Vorgänge von fehlerhafter Zuordnung körperlicher und funktioneller Symptomatik führen zu Fehlmedikationen und Fehlallokationen von Patientinnen, mitunter auch tragen Medikamententherapien zur Perpetuierung schädlicher und pathologischer Lebensverhältnisse bei. Dies bedeutet nicht, dass jegliche Form psychotroper Medikation abzulehnen sei, vielmehr muss die Indikationsstellung auf dem Boden einer möglichst umfassenden und zutreffenden Kenntnis der Entstehungsbedingungen von Störungen erfolgen.

3 Erkennen der Folgen häuslicher Gewalt

Für die Frauenärztin und den Frauenarzt ist es wichtig, Hinweise auf Gewaltauswirkungen zu Beginn der Behandlung wahrzunehmen und Wege zu finden, diesen Verdacht zu überprüfen. Hilfreich ist, sich an Symptomen zu orientieren, die der einfachen Beobachtung zugänglich sind, wie sie Heise und Mitarbeiterinnen (1999) publiziert haben:

- Chronische Beschwerden ohne offensichtliche Ursache
- Verletzungen, die nicht hinreichend erklärt werden
- Traumata in unterschiedlichen Stadien der Abheilung
- Partner, der die Patientin nicht alleine lassen will und den Eindruck erweckt, sie zu kontrollieren
- Verletzungsfolgen während der Schwangerschaft
- Späte Erstuntersuchung in der Schwangerschaft
- Häufige Aborte
- Suizidalität
- Lange Latenz zwischen Verletzung und Suchen ärztlicher Hilfe
- Chronische intestinale Störungen (Reizdarm)
- Unklare Schmerzen im Beckenbereich

Psychosomatische Symptome können den Urogenital- oder Abdominalbereich, den Bewegungsapparat, das Herz-Kreislauf-System oder die Atmung betreffen. Verbreitet sind auch wechselnde Beschwerden oder Schmerzlokalisationen. Folgende Symptome treten bei Gewaltbetroffenen häufiger auf als bei nicht Betroffenen:

- chronische Unterbauchschmerzen
- Reizdarmsyndrom
- wechselnde Schmerzsyndrome
- häufige Harnwegsinfekte
- vaginale Blutungen
- Zyklusstörungen
- Scheidenentzündungen
- Rückenschmerzen
- Herzbezogene Stresssymptome (Herzrasen, Palpitationen)
- Bronchitis /Asthma
- Essstörungen
- Kopfschmerzen, Migräne

Finden sich solche allgemeinen Symptome oder Hinweise, oder ergibt die gynäkologische Untersuchung sogar Zeichen akuter oder zurückliegender genitaler Verletzungen (Scheidenriss, Labienschürfung, nicht iatrogene Narbenbildungen, chronische Entzündungen etc.) kommt es maßgeblich auf die Reaktion der Ärztin bzw. des Arztes an, die Gesprächsführung so zu gestalten, dass in einer geschützten Atmosphäre mit der Patientin ein Gespräch unter vier Augen geführt wird, das frei von verurteilenden Festlegungen oder Verurteilungen und auch frei von Solidaritätsbekundungen sein sollte. Ziel des Gespräches ist die

Herstellung einer professionellen Offenheit, zuzuhören und sich zuzuwenden. Eine bedrängende Exploration gegen den Widerstand der Patientin ist unbedingt zu vermeiden. Das Gespräch dient zu allererst dazu, dass die Patientin den Mut finden kann, über ein seinem Charakter nach schambesetztes und demütigendes Phänomen zu sprechen. Dies sollte jeder/m Ärztin/Arzt in einem solchen Gespräch bewusst sein. Es sollte aber der Patientin auch die Möglichkeit eröffnen, effektive Auswege aus einem chronifizierten, für sie ausweglos traumatisierenden Beziehungsmuster zu suchen und zu finden.

Die körperliche Untersuchung muss systematisch und präzise, gleichzeitig jedoch auch respektvoll und einfühlsam sein.

3.1 Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS)

Zu den traumaassoziierten Störungen nach körperlicher, psychischer oder sexualisierter Gewalt gehören unter anderem die akute Belastungsreaktion (ICD-10: F 43.0), die Anpassungsstörung (ICD-10: F43.2) und die Posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10: F43.1).

Als Trauma werden Ereignisse bezeichnet, die mit Tod, befürchtetem Tod, ernsthafter Verletzung oder einer Bedrohung der körperlichen Integrität zusammenhängen. Die Reaktion ist mit starker Angst, Hilflosigkeit, Ohnmacht oder Entsetzen verbunden. Durch die Traumatisierung wird die fundamental menschliche Erfahrung erschüttert, eine autonom denkende und handelnde Person zu sein.

Je nachdem, ob es sich um ein einmaliges Ereignis oder um mehrfache Gewalteinwirkung handelt, werden das akute Trauma (Typ-I) und das chronische oder komplexe Trauma (Typ-II) unterschieden. Die PTBS tritt bei etwa 50% der Frauen nach einer Vergewaltigung, bei 25% der Menschen nach anderen Gewaltverbrechen und bei 15% nach Verkehrsunfällen auf. Über die Häufigkeit der PTBS in Fällen häuslicher Gewalt gibt es keine verlässlichen Zahlen für Deutschland.

Ein erhöhtes Risiko eine PTBS zu entwickeln haben Frauen,

- die Gewalt durch einen Beziehungspartner erleiden
- die wiederholte Gewalt erleiden
- denen ein unterstützendes Umfeld fehlt
- die eine besonders schwere Traumatisierung erfahren haben (z.B. eine Vergewaltigung).

Bei ihnen handelt es sich in der Regel um eine komplexe Traumatisierung.

Das Störungsbild ist geprägt durch

- sich aufdrängende, belastende Gedanken und Erinnerungen an das Trauma (Intrusionen, Flash-backs, Alpträume) oder Erinnerungslücken (partielle Amnesie)
- Übererregungssymptome (Schlafstörungen, Reizbarkeit, Wutausbrüche Schreckhaftigkeit, Konzentrationsstörungen, Affektintoleranz)

- Körpersymptome: Atemnot, Beklemmungen, Zittern, Schwitzen, Herzrasen
- übersteigerte Wachsamkeit ("Hyperarousal")
- Vermeidungsverhalten (Vermeidung traumaassoziierter Stimuli)
- emotionale Taubheit (Interesseverlust, allgemeiner Rückzug, innere Teilnahmslosigkeit), Starrempfinden.

Posttraumatische Belastungsstörungen können akut oder chronisch, mit zum Teil mehrjähriger Verzögerung, auftreten, subsyndromale Störungsbilder sind häufig und es besteht eine hohe Chronifizierungsneigung (AWMF-Leitlinien Nr. 051/010 und Nr. 051/027).

3.2 Psychische Folgen

Psychische/psychosomatische Störungen, die im Zusammenhang mit Gewalterfahrungen stehen können, sind:

- Angststörungen
- Panikattacken
- Depressionen
- Somatoforme Störungen
- Dissoziative Störungen
- Borderline-Persönlichkeitsstörungen
- selbstverletzendem Verhalten
- Suizidalität (Suizidgedanken, Suizidversuche)
- Missbrauch oder Abhängigkeit von Nikotin, Alkohol, Medikamenten und illegalen Drogen
- Essstörungen

Die Posttraumatische Belastungsstörung zeigt eine hohe Komorbidität mit diesen Erkrankungen und Symptomen.

In der Literatur wird sowohl eine stärkere Gewaltbetroffenheit von psychiatrischen Patientinnen beschrieben als auch ein höheres Maß an psychiatrischen Diagnosen bei weiblichen Patientinnen, die Gewalt erlebt haben (Ehrensaft et al 2006, Jordan et al 2004).

3.3 Veränderungen der sexuellen Erlebnisfähigkeit und des Sexualverhaltens

Partnergewalt zeigt sich häufig in Form von sexuellen Übergriffen, die jedoch – insbesondere innerhalb einer Ehe oder einer festen Partnerschaft – noch stärker tabuisiert sind als körperliche Übergriffe. Sexuelle Gewalt stellt eine schwerwiegende Grenzverletzung dar und ist in der Regel mit tiefgreifenden seelischen Verletzungen verbunden, gerade wenn es sich beim Täter um eine nahestehende Person handelt. Allerdings beeinträchtigt nicht nur sexualisierte, sondern auch körperliche oder psychische Gewalt das Sexualverhalten und die sexuelle Erlebnisfähigkeit. Störungen der Sexualität können auch lange Zeit nach dem Ende der Partnergewalt bestehen.

Hinweise auf Partnergewalt (aktuell oder in der Vorgeschichte):

- vermindertes sexuelles Empfinden, Gefühllosigkeit / Taubheitsgefühl im Genitalbereich
- Schmerzen beim Geschlechtsverkehr
- unbefriedigende Sexualität
- Dysmenorrhoe
- Riskantes Sexualverhalten (unregelmäßiger Gebrauch von Kondomen, häufiger wechselnde Sexualpartner)
- Sexuell übertragbare Erkrankung (STD) in der Vorgeschichte
- HIV-Infektion bzw. AIDS-Erkrankung
- Postpartale Depression

3.4 Warnhinweise im Verhalten – situative Faktoren

Das Auftreten der Patientin und die Begleitumstände der Konsultation können auf das Vorliegen von häuslicher Gewalt hinweisen. Zudem ist die Gefährdung durch Partnergewalt in bestimmten Situationen, zum Beispiel während einer Trennung oder Scheidung, deutlich erhöht. Als misshandelnde Personen kommen nicht nur männliche Partner infrage, sondern auch weibliche Lebenspartnerinnen oder Begleitpersonen z.B. von Frauen mit Behinderungen.

Diese Warnhinweise sollten Anlass sein, nach Gewalterfahrungen zu fragen:

- nicht eingehaltene Termine
- unerklärlicher Zeitraum zwischen Verletzung und dem Aufsuchen medizinischer Hilfe
- häufige Arztbesuche wegen wechselnder Beschwerden
- häufige Arztwechsel
- Begleitung durch überfürsorgliche oder aggressive Person, die darauf besteht, in der Nähe der Frau zu bleiben oder die die Fragen an ihrer Stelle beantwortet
- sehr eifersüchtiger und besitzergreifender Partner
- Partner hat übermäßig traditionelle Rollenbilder
- Begleitperson ist verletzt, insbesondere an den Händen oder im Gesicht
- Bagatellisieren von Gewalt, Verdrängung
- Selbstverletzendes Verhalten
- Solidarisierung mit dem Misshandelnden oder Ambivalenz dem Misshandelnden gegenüber
- Trennungs- oder Scheidungssituation
- soziale Isolation
- Alkohol-, Drogen- oder Medikamentenmissbrauch der Patientin und/oder des Partners

3.5 Warnhinweise im Zusammenhang mit einer Schwangerschaft und Geburt

Warnhinweise im Zusammenhang mit einer Schwangerschaft und Geburt sind

- später Beginn der Vorsorge, Versäumen von Vorsorgeuntersuchungen
- unerwünschte Schwangerschaft

- Schwangerschaftsabbruch in der Anamnese
- Verletzungen von Brust, Unterleib oder Genitalbereich
- Blutungen während der Schwangerschaft
- Vorzeitige Wehen
- Fetale Retardierung
- Frühgeburt, Fehlgeburt ("Spontanabort")
- geringes Geburtsgewicht

Gewalt in der Schwangerschaft

Nach einer amerikanischen Studie aus dem Jahr 2000 wird davon ausgegangen, dass 5 % aller Vergewaltigungen in eine Schwangerschaft münden. Auf Deutschland bezogen wäre dies unter der Voraussetzung von 8118 angezeigten Fällen von Vergewaltigung und schwerer sexueller Nötigung im Jahr 2006 eine Zahl von rund 400 Schwangerschaften aus sexuellen Übergriffen (Quelle: Bundeskriminalamt.de). Die vermutete Dunkelziffer ist dagegen zehn- bis 20-mal höher.

In der Schwangerschaft selbst besteht zudem eine deutlich erhöhte Gefahr, dass es zu Übergriffen insbesondere potentiell gewalttätiger Männer gegen ihre Frauen kommt, mit hohen Risiken von Fehl- oder Frühgeburten und anderen, durch die Gewalt verursachten Schwangerschaftskomplikationen [5].

Schwangerschaft und Elternschaft stellen die Paarbeziehung vor neue Herausforderungen und Anpassungsleistungen. Dies kann bei mangelnder Bereitschaft zu Rücksicht und zur Übernahme von Verantwortung zur Erstmanifestation von Gewaltausübung führen. Deshalb ist Gewalt gegen Schwangere ein Problem, das unabhängig von Bildung, Einkommen, ethnischer und sozialer Herkunft in allen Gesellschaftsschichten und –gruppen verbreitet ist. [12, 15]. In einer Sonderauswertung einer US-amerikanischen Gewaltprävalenz-Studie [15] berichteten 23 % der von Gewalt betroffenen Frauen (N=784), die Gewalt sei erstmals im Kontext von Schwangerschaft und / oder Geburt des / der Kinder aufgetreten. Des Weiteren können Gewalteinwirkung und Verletzungsfolgen ursächlich für Schwangerschafts- und Geburtspathologien werden. So wurde in der zitierten bundesweiten Gewaltprävalenzstudie Komplikationen bei Schwangerschaft und Geburt von Opfern häuslicher Gewalt etwa 50% häufiger genannt[15; Tabelle 1]. Gleiches gilt für Fehl- und Frühgeburten, Schwangerschaftsabbrüche, funktionelle Zyklusstörungen. Auch diese Beobachtungen finden sich international belegt [8; 3].

Tabelle 1

Gewalterfahrung von Frauen und Komplikationen bei Schwangerschaft/ Geburt und Unterleibsoperationen Quelle: Schröttle M, Müller U ,[15]

In einer im Medical Journal of Preventive Medicine erschienenen Untersuchung von CHU et al [2] wird in den Vereinigten Staaten von einer Prävalenz der Gewaltausübung in Paarbeziehungen während der Schwangerschaft von 4 – 9 % ausgegangen. Dabei zeigte sich, dass die Gewalt signifikant häufiger durch den früheren Partner als durch den jetzigen Partner (früherer Partner 4,5 jetziger Partner 3,5 %) ausgeübt wurde.

Die drei häufigsten Risikofaktoren für Gewalt in der Schwangerschaft waren:

- Der Partner will das Kind nicht

	Komplikationen bei Schwangerschaft / Geburt	Unterleibsoperationen
Körperliche Gewalt seit 16. LJ. erlebt?		
Ja	27,0 %	28,5 %
Nein	19,0 %	23,8 %
Sexuelle Gewalt seit 16. LJ. erlebt?		
Ja	31,4 %	33,1 %
Nein	20,7 %	24,5 %
Körperliche oder sexuelle Gewalt durch (Ex)-Partner?		
Ja	29,8 %	30,9 %
Nein	20,9 %	25,3 %
Sexuelle Belästigung erlebt?		
Ja	25,1 %	26,9 %
Nein	17,5 %	23,6 %
Psychische Gewalt erlebt?		
Ja	26,7 %	27,2 %
Nein	18,6 %	24,3 %

- Der Partner hatte kürzlich eine Scheidung, Trennung
- Der Partner ist Drogen- und/ oder Alkoholabhängig

Weniger entscheidend waren in dieser Studie Alter, ethnische Zugehörigkeit, Bildung, Status (verheiratet, ledig) und die Ablehnung der Schwangerschaft durch die Patientin selbst. Dabei scheint es hervorhebenswert, dass insbesondere Drogenmissbrauch und niedriger sozialer Status in der amerikanischen Studie als relevant für die Wahrscheinlichkeit von Gewaltausübung in der Schwangerschaft galten.

4.1 Unmittelbare Folgen von Gewaltanwendung gegen Frauen in der Schwangerschaft

Frauen, die häusliche Gewalt in der Schwangerschaft erleiden, nehmen präventive Maßnahmen wie Schwangerschaftsvorsorgeuntersuchungen anteilmäßig in geringerem Umfang und zu einem späteren Zeitpunkt in Anspruch als Frauen ohne diese Traumatisierung. Darüber hinaus ist ein Zusammenhang zwischen häuslicher Gewalt und postnatalen Depressionen sowie Schwangerschaftsdepressionen und posttraumatischen Belastungsstörungen nachgewiesen [6].

Zu den Schwangerschaftskomplikationen gehören bei erheblicher Traumatisierung des Abdomens vorzeitige Wehen und Plazentaabrisse; direkte Verletzungen des Feten müssen vor allem in der zweiten Hälfte der Schwangerschaft ausgeschlossen werden (siehe Tabelle 2). Insgesamt führen die in aller Regel wiederholten Traumatisierungen der Schwangeren zu einem höheren Risiko für Fehlgeburten und einem um das Vierfache erhöhten Frühgeburtsrisiko [12]. Dass auch das Geburtsgewicht des Neugeborenen [3] im Vergleich zu Frauen ohne Misshandlungserfahrungen häufig erniedrigt ist, ist keine direkte Folge der Traumatisierungen, sondern der allgemeinen, die Stabilität und Sicherheit der Schwangerschaft beeinträchtigenden Lebensumstände der Schwangeren.

Tabelle 2. Vorgehen bei stumpfem Bauchtrauma ab II. Trimenon

- stationäre Aufnahme und Überwachung über 24 Std.
- Ausschluss vorzeitiger Blasensprung und vag. Blutung (vag. Untersuchung) bei Aufnahme und Entlassung
- Sonografie bei Aufnahme: Fruchtwassermenge, Plazentahämatom?, vorz. Plazentalösung?
- Ausschluss von Traumatisierungen beim Kind
- 6 Wochen nach Ereignis erneuter Ultraschall zum Ausschluss fetaler Hirnblutungen (Tentoriumabriss)

5 Gesprächsführung

Über Gewalt zu sprechen ist nicht leicht. Dies gilt gleichermaßen für die Patientin und für das medizinische Personal.

Betroffene sprechen selten von sich aus über ihre Gewalterfahrungen. Gründe dafür sind Scham, Schuldgefühle, emotionale, soziale oder materielle Abhängigkeiten, Druck oder Drohungen durch die misshandelnde Person, Ohnmachtsgefühle, die Angst vor einer Eskalation der Gewalt oder die Erfahrung, dass ihre Probleme bagatellisiert wurden. Viele gewaltbetroffene Frauen öffnen sich aber, wenn sie in empathischer, nicht verurteilender Art und Weise angesprochen werden.

Hinweise, die das Vorliegen häuslicher Gewalt wahrscheinlicher machen, sind unspezifisch, und so führt das Fragen nach Gewalt zu höheren Erkennungsraten. Inwieweit Patientinnen routinemäßig nach Gewalterfahrungen gefragt werden sollten, ist Gegenstand der aktuellen internationalen Diskussion. Da es an Studien mit Ergebnissen zur Verminderung von Gewalt und zur Verbesserung der Lebensqualität der Betroffenen mangelt, besteht für ein allgemeines „Screening“ zur Zeit keine ausreichende Evidenz (Feder et al. 2009). Auf Grund der hohen Prävalenz häuslicher Gewalt befürworten viele Expertinnen und Experten grundsätzlich eine Einbeziehung der Frage nach Gewalt in die Anamnese, unbedingt aber während der Schwangerschaft und bei Vorliegen von Risikofaktoren oder konkreten Hinweisen. Studien zeigen zudem, dass die

Mehrheit der Patientinnen - unabhängig davon ob sie Gewalt erlebt haben oder nicht – eine Frage nach Gewalt für wichtig erachtet.

Voraussetzung dafür sind entsprechende Fortbildungen von Ärztinnen und Ärzten sowie von medizinischen Fachkräften, damit

- einer Retraumatisierung durch die Befragung vorgebeugt werden kann
- Sicherheitsaspekte berücksichtigt werden
- weitere Hilfsangebote vermittelt werden können.

5.1 Ziele der Intervention

Häusliche Gewalt stellt nicht nur ein komplexes Gesundheitsproblem für die Betroffenen dar, sondern berührt alle Lebensbereiche. Haben die Betroffenen Kinder, so sind diese immer direkt oder indirekt von der Gewaltsituation und deren negativen Auswirkungen mitbetroffen. Frauen in Gewaltbeziehungen verlieren häufig ihr Selbstwertgefühl und ihre Lage erscheint ihnen aussichtslos. Ärztinnen oder Ärzte sind unter Umständen die einzigen neutralen Personen, zu denen die Patientin näheren Kontakt hat. Ziel der Intervention ist es, die Patientin zu unterstützen und zu stärken, ihr einen sicheren Rahmen anzubieten, ihr Schutz- und Hilfsmöglichkeiten aufzuzeigen, damit sie neue Perspektiven jenseits der Gewaltbeziehung entwickeln kann. Die unterschiedliche persönliche Lebenslage sowie der Gefährdungsgrad der Patientin müssen bei der Anamnese und bei der Intervention berücksichtigt werden.

5.2 Grundsätze jeder Intervention

Sicherheit ist oberstes Gebot!

Sprechen Sie alleine mit der Patientin in einer ruhigen, sicheren Atmosphäre, insbesondere ohne Partner/-in, Angehörige oder Kinder. Bedenken Sie, dass auch eine gleichgeschlechtliche Person oder die Begleitperson einer Frau mit Behinderung diejenige sein kann, die häusliche Gewalt ausübt.

Gewalt nicht im Beisein des (Ehe-)Partners ansprechen. Die Gewalt eskaliert häufig, wenn der Misshandelnde erfährt, dass die Frau sich offenbart hat oder dass sie Schritte zur Trennung unternimmt.

Zur Verständigung mit Patientinnen mit Migrationshintergrund sollen neutrale weibliche Personen als Sprachmittlerinnen hinzugezogen werden, keinesfalls sollen Partner, Verwandte oder Kinder das Dolmetschen übernehmen. Bei ihnen können kulturrelspezifische Gewaltformen (z.B. Genitalverstümmelung) und/oder aufenthaltsrechtliche Probleme hinzukommen.

Autonomie wahren: Trauma bedeutet Verlust von Autonomie und Kontrolle – einer Retraumatisierung wird am wirksamsten vorgebeugt, wenn die Betroffene möglichst viel Kontrolle über die Situation behält bzw. erlangt.

Respektieren Sie es, wenn die Patientin nicht über ihre Gewalterfahrungen sprechen möchte oder wenn sie Hilfsangebote nicht annimmt.

Die Polizei nur mit dem Einverständnis der Patientin verständigen.

Eine Ehe- oder Partnerberatung ist nicht sinnvoll, solange der Misshandelnde nicht einsichtig ist und die Verantwortung für seine Taten übernimmt und solange die Partner nicht räumlich getrennt sind.

Benzodiazepine können zu einer Verschlechterung der Symptomatik führen und die Chronifizierung begünstigen. Ihr Einsatz ist nur bei spezifischer Indikationsstellung (z.B. akute Suizidalität) und kurzdauernder Anwendung indiziert (AWMF-Leitlinie Nr.051/027).

Da Gewaltanwendung in Paarbeziehungen keine Rarität ist, und da über 90% der betroffenen Frauen das Thema beim Arztbesuch nicht von sich aus ansprechen, kann es der Ärztin bzw. dem Arzt den Umgang mit der Thematik und im Verdachtsfall auch die weiterführende Diagnostik erleichtern, wenn eine entsprechende Kurzanamnese zur Routine wird. Im weiteren Gespräch ist es ratsam, einfache und konkrete Fragen zu stellen. Dabei gilt es zuzuhören und schnelle ärztliche Urteile und Diagnosen zu vermeiden. Häufig ist es auch wichtig, nahe liegende psychiatrische Verdachtsdiagnosen zu vermeiden und statt dessen die Traumatisierung zu fokussieren. Durch das Gespräch sollte die Frau in Ihrer Wahrnehmung bestärkt werden. Wichtig ist es der Frau zu verdeutlichen, dass Sie keine Schuld an der Misshandlung trägt. Hierbei steht nicht der Täter im Mittelpunkt der Verurteilung, sondern die Gewalttat selbst. Normal und auch sehr häufig sind in diesem Zusammenhang widersprüchliche Gefühle wie Angst, Hass, Liebe, Hoffnung und Verwirrung gegenüber dem Täter. Es ist essentiell der Patientin die Sicherheit zu geben, dass es Menschen und Institutionen gibt, die ihr helfen können und auch werden.

Wichtig ist es zudem, die Frage nach Alkohol-, Drogen- und Tablettenkonsum beim Gewalt anwendenden Partner ebenso wie bei der Patientin zu stellen, weil substanzgebundene Abhängigkeiten einen wichtigen Risikofaktor für physische und psychische Eskalationen in familiären und partnerschaftlichen Beziehungen darstellen und andererseits Frauen in Beziehungen, die durch physische und psychische Gewalt geprägt sind, sich häufig in eine Suchterkrankung flüchten.

Im folgenden sind einige Beispielsätze zur Unterstützung der Gesprächsführung aufgelistet:

Als Einstieg:

Ihre Beschwerden können Ausdruck von Belastung sein. Viele Frauen erleiden körperliche, seelische oder sexuelle Verletzungen, die ihre Gesundheit beeinträchtigen. Wir beziehen diese Möglichkeit immer mit ein. Sind Sie möglicherweise...?

Wir wissen, dass viele Frauen Gewalt erlebt haben und dass die Folgen für die Gesundheit vielfältig sind. Daher fragen wir alle Patientinnen danach.

Danach kann konkreter gefragt werden:

Kann es sein, dass Sie von einer anderen Person geschlagen, getreten, gestoßen wurden? War es ihr Partner?

Wie ist es dazu gekommen, dass Sie die Treppe heruntergefallen sind? Hat Sie jemand gestoßen?

Die Verletzungen die Sie haben, können von einer anderen Person verursacht sein. Hat jemand Sie verletzt? Wer hat Sie verletzt?

Sie wirken ängstlich/unruhig? Erzählen Sie mir bitte was Sie ängstigt/beunruhigt. Hat es etwas mit Ihrer Situation zu Hause zu tun? Fühlen Sie sich dort sicher? Haben Sie Angst vor Ihrem Partner?

Fühlen Sie sich durch Ihren Partner verletzt?

Fühlen Sie sich durch Ihren Partner bedroht?

Hat jemand Sie zu sexuellen Dingen gedrängt oder gezwungen, die Sie nicht wollten?

Wenn die Frau nicht darüber sprechen möchte oder Gewaltanwendung verneint, ist dieses Verhalten zu respektieren. Wichtig ist es, Gesprächsbereitschaft zu signalisieren und den Verdacht und die erhobenen Befunde zu dokumentieren.

5.3 Zusammenfassung zur Gesprächsführung

- Geschützte Atmosphäre
- Gespräch unter vier Augen
- Professionelle Offenheit
- Wissen um den schambesetzten und bisweilen demütigenden Charakter des Gesprächs
- Keine präjudiziellen Vermutungen
- Keine invasive Exploration
- Verurteilung von Gewalt

6 Gründliche Untersuchung

Die Untersuchung sollte möglichst genau alte und neue Verletzungen aufdecken. Eine Ganzkörperuntersuchung ist wünschenswert, da Spuren von Gewaltanwendung häufig an bedeckten Körperstellen zu finden sind. Gehen Sie bei der Untersuchung schrittweise vor und achten Sie genau auf von der Patientin gesetzte Grenzen, um eine Retraumatisierung zu vermeiden. Sprechen Sie ggf. mit ihr über Untersuchungen zur Beweissicherung und erklären Sie, warum diese für sie wichtig sind. Erläutern Sie die einzelnen Untersuchungsschritte und lassen Sie der Patientin Zeit. Drängen Sie die Patientin nicht zu Untersuchungen, mit denen

sie nicht einverstanden ist. Beachten Sie auch Hämatome und kleinere Verletzungen, sie können wichtig für die Rekonstruktion des Tatherganges sein, auch wenn sie nicht behandlungsbedürftig sind. Inspizieren Sie Hals, Nacken, Augen, Haut hinter den Ohren, Gesichtshaut und Mundschleimhaut, da sich hier Hinweise auf Strangulationen befinden können. Arme, Hände und Oberschenkelinnenseiten können Abwehrverletzungen zeigen. Bei schwerwiegenden Verletzungen, beim Verdacht auf einen Tötungsversuch, wenn bleibende Folgen zu erwarten sind, bei Hinweisen auf Würgen, Drosseln, vorangegangene Bewusstlosigkeit oder bei Sexualdelikten sollten Sie mit dem Einverständnis der Patientin einen/eine Rechtsmediziner/-in zur Untersuchung und Dokumentation hinzuziehen (s.a. Berg 2009).

Selbstverständlich müssen auch andere Ursachen für die Beschwerden der Patientin ernst genommen und ausgeschlossen werden und ihre Symptome - insbesondere Schmerzen - adäquat behandelt werden.

7 Dokumentation von Befunden

Bei der Untersuchung von Patientinnen, bei denen der Verdacht besteht, sie seien zu Opfern häuslicher Gewalt geworden, hat die ärztliche Dokumentation keinen rein medizinischen Zweck, sondern sie hat auch eine forensische Aufgabe im Sinne der Beweissicherung. Die leserliche, rechtswirksame Dokumentation unterstützt zudem die Patientin in allen rechtlichen Verfahren. Es ist daher von vorrangiger Bedeutung, Anamnese, psychische Konstitution und körperlichen Befund in einer präzisen, sachlichen und nachvollziehbaren Weise zu formulieren und ggf. grafische bzw. fotografische Dokumentationen anzufertigen (z.B. von Frauennotruf Frankfurt: online: <http://www.frauennotrufe-hessen.de/AErztliche-Dokumentation-nach.71.0.html>, oder von SIGNAL e.V. online <http://www.signal-intervention.de/index.php?link=butt54>). Diese erleichtern die Aufzeichnungen und stellen sicher, dass keine wesentlichen Aspekte und Untersuchungsschritte vergessen werden. Wichtig ist die nachvollziehbare Beschreibung der Anamnese, der körperlichen Untersuchungsbefunde und der psychischen Symptome. Notieren Sie kurz die Angaben der Frau zur Verletzungsursache (z.B. Schlag mit Gegenstand) sowie zum Tathergang (Zeit, Ort, Täter, ggf. Zeugen) in den Worten der Patientin. Deskription, Beurteilung, Kommentierung oder Bemerkungen der Patientin müssen hierbei streng voneinander abgegrenzt werden. Eine Vermischung der Ebenen führt regelhaft dazu, dass die erhobenen Befunde ihren sich selbst erklärenden Charakter verlieren und im Rahmen einer eventuellen Strafverfolgung nur eingeschränkt verwertbar werden. Hilfreiche Informationen zur Befunddokumentation liegen von rechtsmedizinischer Seite vor wie z.B. die Med-Doc-Card vom Institut für Rechtsmedizin Düsseldorf (www.uniklinikum-duesseldorf.de/rechtsmedizin).

Beachtet werden sollte, dass ein Zuviel an „weichen“ Informationen im Dokumentationsbogen in der Regel bei der juristischen Aufarbeitung eher schadet als nutzt. Beurteilungen sollten daher vermieden werden, die Dokumentation sollte

sich auf objektivierbare Befunde beschränken, und Angaben zum Hergang, zur psychischen Verfassung etc. sollten eher knapp gehalten werden.

Daher sollte insbesondere der somatische Status – Art, Anzahl, Größe und Beschaffenheit sowie anatomisch-topografische Lagebeziehung von Läsionen – genau beschrieben werden. Sinnvoll ist die Anfertigung von Fotografien der Läsionen, welche jeweils eine Übersichts- und Detailaufnahme beinhalten sollten und stets einen Maßstab zur objektiven Beurteilung der Ausdehnung eines Befundes einschliessen. Das Bild sollte senkrecht zur Körperoberfläche aufgenommen werden, wobei eine Identifizierung der Patientin durch eine Übersichtsaufnahme empfehlenswert ist. Versehen Sie die Fotos möglichst mit dem Aufnahmedatum und mit den Daten der Patientin. Dokumentieren Sie die Namen der Personen, die während der Untersuchung und Dokumentation anwesend waren (z. B. Praxisassistentin, Pflegekraft), die Maßnahmen, die Sie ergriffen haben, welche Hilfen Sie angeboten haben sowie Institutionen, die außerdem in den Vorgang involviert sind (Notarzt, Polizei, Notruf).

In besonderen Fällen kann es erforderlich sein, Asservate anzufertigen (Kleidungsstücke, Abstriche) und Blutuntersuchungen zu veranlassen. Die Gesamtheit der erhobenen Befunde sollte zweckmäßiger Weise auf geeigneten Dokumentationsbögen (siehe Anlage) niedergelegt und als Grundlage der weiteren Aufklärung nur mit Einverständnis der Patientin gegebenenfalls auch Ermittlungsbehörden zur Verfügung gestellt werden.

7 Sicherheit und Schutz - Abklären des aktuellen Sicherheitsbedürfnisses

Neben der Behandlung akuter Symptome steht die Sicherheit der Patientin an erster Stelle. Der Grad der akuten Gefährdung korreliert nicht unbedingt mit der Schwere derzeitiger Symptome. Unterschätzen Sie nicht die Gefährdung der Patientin, insbesondere, wenn sie Schritte zur Trennung unternehmen möchte. Bagatellisieren Sie nicht ihre Ängste. Fragen Sie die Patientin direkt, ob es sicher für sie ist, nach Hause zu gehen und wo der Misshandelnde sich aufhält. Häufig sind Kinder der Grund, warum Frauen nach Hause zurück gehen. Klären Sie ebenfalls ab, ob deren Sicherheit und Versorgung gewährleistet ist. Geben Sie der Patientin die Gelegenheit ungestört zu telefonieren.

Folgende Fragen geben Hinweise auf eine erhöhte Gefährdung:

Haben Sie Angst, nach Hause zu gehen?

Sind die Gewalttätigkeiten in der letzten Zeit häufiger oder schwerwiegender geworden?

Hatten Sie Gedanken an Selbstmord oder haben Sie schon einmal einen Selbstmordversuch unternommen?

Hat Ihr (Ehe-)Partner gedroht, Ihnen, den Kindern, sich selbst oder einem Haustier etwas anzutun?

Wie verhält sich der (Ehe-)Partner, wenn er alkoholisiert ist / Drogen genommen hat?

Gibt es Waffen in Ihrem Haushalt?

Erörtern Sie mit ihr,

- ob sie sich zu Hause sicher fühlt oder ob sie zu einer Freundin, in eine Zufluchtseinrichtung oder in ein Frauenhaus gehen möchte
- ob die Polizei eingeschaltet werden soll und dass sie vielleicht später Anzeige erstatten möchte
- ob sie die Möglichkeiten des Gewaltschutzgesetzes kennt (z.B. Wegweisungsrecht).

An vielen Orten können Sie die Patientin an einen Frauennotruf oder an eine Frauenberatungsstelle vermitteln um die Gefährdung und das weitere Vorgehen abzuklären.

8 Grenzen der ärztlichen Schweigepflicht

Bei Verdacht auf Gewaltanwendung ist ein Konflikt zwischen der Bewahrung von Patientengeheimnissen und der Pflicht zur Verhinderung weiterer relevanter Straftaten im Interesse der Patientin gegeben. Grundsätzlich erstreckt sich die Schweigepflicht bereits auf die Identität der Patientin und den Umstand, dass sie den Arzt oder eine entsprechende Institution als Patientin aufgesucht hat. Ein Bruch der Schweigepflicht allein aus dem Interesse der Strafverfolgung ist rechtlich nicht zulässig. Zwar kann die Patientin selbst den Arzt zu jedem Zeitpunkt von seiner Schweigepflicht entbinden und ihm damit die Möglichkeit eröffnen, auch Strafverfolgungsbehörden in die Aufklärung des in Rede stehenden Sachverhaltes einzubeziehen. Eine Eigeninitiative des Arztes jedoch ist an sehr enge, rechtlich definierte Bedingungen gebunden. Voraussetzung für eine solche Offenbarung gegenüber Dritten ohne das explizite Einverständnis der Patientin ist eine gründliche Abwägung dahingehend, ob eine konkrete Gefahr für Leib und Leben mit der Folge schwerwiegender Dauerschäden oder des Todes der Patientin besteht, und ob die Abwendung dieser Gefahr in der ethischen Abwägung höher wiegt als die Geheimhaltung persönlicher Daten. In einem solchen Falle ist der Arzt nicht nur berechtigt, sondern unter Umständen sogar verpflichtet, im Sinne der Schadens- und Verbrechensverhütung in höherem Interesse seiner Patientin seine Schweigepflicht zu brechen. Eine Anzeigepflicht besteht immer dann, wenn hinreichend glaubhaft davon ausgegangen werden kann, dass gravierende Straftaten bevorstehen oder bereits begonnen haben. Eine diesbezügliche Verpflichtung hinsichtlich bereits begangener Straftaten besteht ausdrücklich nicht.

Da es sich um mitunter um sehr komplizierte und von vielen Faktoren beeinflusste rechtliche Abwägungen handelt, wird an dieser Stelle empfohlen, im Zweifel juristische Hilfe etwa bei der jeweilig zuständigen Landesärztekammer einzuholen.

Will man die Ermittlungsbehörden ohne Einverständnis der Polizei informieren, so sollte man sich immer auch Rat bei einer spezialisierten Beratungsstelle einholen (z.B. BIG-Hotline).

9 Informationsmaterial

Es gibt zahlreiche Informationen über Beratungs- und Zufluchtsangebote, über therapeutische Angebote und über gesetzliche Möglichkeiten. Bieten Sie Ihrer Patientin diese Informationen an, aber drängen Sie sie ihr nicht auf. Legen Sie Informationsmaterialien für ihre Patientinnen im Sprechzimmer, im Wartezimmer und möglichst auch auf der Toilette aus, damit Frauen sie ungesehen mitnehmen können. Halten Sie auch für sich selbst eine Liste mit Telefonnummern und Adressen lokaler Hilfseinrichtungen bereit und informieren Sie sich über deren Angebote. Persönliche Kontakte sichern kurze Wege.

10 Netzwerke

Frauen, die Opfer häuslicher Gewalt geworden sind, befinden sich in einer komplexen und problematischen Beziehung. Ohne externe Hilfsangebote vermag eine betroffene Patientin sich nur selten aus den wiederkehrenden zur Gewalt führenden Interaktionsabläufen zu befreien. Dies bedeutet nicht zwingend, dass in jedem Fall die Erstattung einer Strafanzeige geboten wäre oder gar unmittelbar polizeiliche Hilfe in Anspruch zu nehmen sei. In Abstimmung mit der Patientin und unter Berücksichtigung der Besonderheiten des Einzelfalles sollte allerdings externe Unterstützung angeboten werden, deren Gestaltung wesentlich von den örtlichen Gegebenheiten abhängt. Es ist daher empfehlenswert, verfügbare Institutionen der näheren Umgebung in einer Adressenliste zu zusammengestellten und diese Liste im Bedarfsfall griffbereit zu haben.

Folgende Institutionen sollten in eine solche Liste aufgenommen werden:

- Frauenhäuser – Aufnahme bei unmittelbar drohender körperlicher Gewalt oder im Falle akut erforderlicher Unterstützung empfehlenswert
- Frauennotrufeinrichtungen – vermitteln Beratungs- und aktuelle Hilfsangebote
- Psychologen / Psychotherapeuten – stationäre oder ambulante Behandlung bei posttraumatischen Belastungssituationen
- Akutkrankenhäuser – zur weiteren Diagnostik und Versorgung von Verletzungen
- Kinderhäuser / Kinder- und Jugendnotdienste
- Rechtsanwälte (möglichst mit Spezialisierung Familienrecht)
- Polizei – bei Kenntnis häuslicher Gewalttaten muss sie ein Ermittlungsverfahren einleiten
- Amtsgerichte - Wohnungszuweisung, rechtliche Organisation von Opferschutz, Nährungs- und Kontaktverbote auf Antrag des Opfers
- Seelsorge
- Gerichtsmedizinische Institute

In einigen Regionen sind bereits Netzwerke für Opfer sexueller und/oder häuslicher Gewalt organisiert (siehe Verzeichnis).

11 Zusammenarbeit mit anderen Institutionen

Weder ist die Gebietsdefinition des Faches Frauenheilkunde und Geburtshilfe hinreichend umfassend, noch entspricht es der tatsächlichen Ausbildung von Ärzten, auch von Frauenärzten, dass sie mit sämtlichen Ebenen und Facetten einer von häuslicher Gewalt betroffener Patientin sachkundig verfahren könnten. Daher ist es stets angezeigt, Kooperationen zu etablieren, innerhalb derer die betroffene Patientin eine tatsächlich wirksame Unterstützung finden kann. Hierzu gehören im Rahmen der Erkennung häuslicher Gewalt insbesondere die Zusammenarbeit mit anderen medizinischen Berufsgruppen, die Kenntnis einschlägiger Institutionen (Selbsthilfegruppen, Frauenhäuser) ebenso wie Kooperationen mit Psychotherapeuten und geeigneten klinischen Institutionen sowie ggf. mit Gerichtsmedizinern und der Staatsanwaltschaft. Da es sich bei häuslicher Gewalt stets um komplexe Beziehungsphänomene mit einer deutlichen Neigung zur Chronifizierung handelt, ist zumeist ein längerfristiges Engagement notwendig, welches die Möglichkeiten einer/s niedergelassenen Arztes/Ärztin in der Regel übersteigt. Wichtig allerdings ist es für den als ersten mit der Patientin konfrontierten Arzt/Ärztin, einen Eindruck von der Tiefe des Problems zu gewinnen und unverzüglich auf ein Netzwerk von Kooperationspartnern zurückgreifen zu können, welches mit spezifischer Erfahrung und Möglichkeiten ausgestattet ist, um die konkrete Unterstützung gegebenenfalls bis hin zur Trennung von der gewohnten häuslichen Umgebung für die Patientin zu organisieren und ihr, wenn sie das möchte, bei der Neuorganisation ihres Lebens behilflich zu sein. Eine Schlüsselstellung kommt dem Arzt/der Ärztin allerdings bei der sensiblen Früherkennung von Hinweisen zu, ohne deren Diagnostik und zutreffende Bewertung keines der erweiterten Hilfsangebote für die Patientin zum Tragen kommen kann. Auch ist das Signal an die Patientin wichtig, dass man im Bedarfsfall als Ansprechperson zur Verfügung steht.

Die sich verändernde gesellschaftliche Wahrnehmung und die Interventionsprojekte des Bundesministeriums für Familie, Frauen, Senioren und Jugend führen in den letzten Jahren zu einem Perspektivenwechsel in der Wahrnehmung häuslicher Gewalt und dem Umgang mit diesen Übergriffen. Die Einführung des Gewaltschutzgesetzes 2002 und die schrittweise Erweiterung fast aller Polizeigesetze der Länder mit dem Ziel längerfristigen Ausweisung des Täters aus der Wohnung sind Ausdruck dieser Veränderungen. Opfern wird nicht länger zugemutet, selbst für den eigenen Schutz zu sorgen. Tätern wird vom Staat gezeigt, dass Gewalt nicht toleriert, sondern bestraft wird. Behandelnde Ärztinnen und Ärzte können heute auf ein immer dichteres Netz an Hilfsmaßnahmen für von Gewalt betroffenen Frauen zurückgreifen. Die Kenntnis aller erreichbaren, örtlichen und auch überregionalen Hilfsangebote kann Ärztinnen und Ärzte dabei entlasten, die Frage nach einer möglichen Gewaltanwendung überhaupt zu stellen. Denn wird die Frage nach einer derartigen Traumatisierung von der Patientin bejaht, stehen die ärztlichen Betreuerinnen und Betreuer mit den Folgen dieses Wissens nicht allein, sondern können ihre ärztliche Expertise in das Netzwerk einbringen und auf diese Weise entscheidend dazu beitragen, den betroffenen

Frauen einen Ausweg aus der belastenden und beschädigenden Situation zu eröffnen.

12 Literatur

1. AWMF online – Leitlinie Nr. 051/010: Posttraumatische Belastungsstörung, <http://uni-duesseldorf.de/AWMF/11/051-010.htm>
2. AWMF online – Leitlinie Nr. 051/027: Diagnostik und Behandlung von akuten Folgen psychischer Traumatisierung, <http://uni-duesseldorf.de/AWMF/11/051-027.htm>
3. AWMF online – S2-Leitlinie Nr. 016/001: Chronischer Unterbauchschmerz der Frau Praxisleitlinie / Kurzfassung, <http://uni-duesseldorf.de/AWMF/11/016-001k.htm>
4. Bauer HM, Gibson P, Hernandez M, Kent C, Klausner J, Bolan G (2002) Intimate partner violence and high-risk sexual behaviors among female patients with sexually transmitted diseases. *Sex Transm Dis* 29 (7): 411-416
5. Berg D (2009): Ärztliche Gesprächsführung, Untersuchung und Nachbetreuung von Frauen nach mutmaßlicher sexueller Gewaltanwendung. Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e.V. Leitlinien, Empfehlungen, Stellungnahmen. http://www.dggg.de/fileadmin/public_docs/Stellungnahmen/4-1-6-dggg-sexuelle-gewalt-2009.pdf
6. Bradley, F., Smith, M., Long, T. (2002): Reported frequency of domestic violence: cross sectional survey of women attending general practice. *British Medical Journal*, 324: 271-276
7. Campbell J (2002) Health consequences of intimate partner violence. *Lancet* 359(9314):1331-1336
8. Campbell JC (2002) Health consequences of intimate partner violence. *Lancet* 359(9314): 1331-6.
9. Chu S.Y., Goodwin M.M., D'Angelao D. (2010) *Am J Prev Med* 38(3): 317-322, Physical Violence Against U.S. Women Around the Time of Pregnancy, 2004-2007.
10. Coid J, Petruckevitch A, Chung WS et al (2003): Abusive experiences and psychiatric morbidity in women primary care attenders. *Br J Psychiatry* 183 : 332-339
11. Coker AL, Davis KE, Arias I et al (2002): Physical and mental health effects of intimate partner violence for men and women. *Am J Prev Med* 23,4: 260-268
12. Coker AL (2007): Does physical intimate partner violence affect sexual health? A systematic review. *Trauma Violence Abuse*, 8;2:149-177
13. Cokkinides VE, Coker AL, Sanderson M et al. (1999) Physical Violence during Pregnancy: maternal complications and birth outcomes. *Obstetrics & Gynecology* 93 (5): 661-666.
14. Crofford LJ (2007): Violence, stress, and somatic symptoms. *Trauma Violence Abuse* 8,3:299-313
15. Ehrensaft MK, Moffitt TE, Caspi A (2006) Is domestic violence followed by an increased risk of psychiatric disorders among women but not among men? A longitudinal cohort study. *Am J Psychiatry* 163: 885-892
16. Evans E, Hawton K, Rodham K (2005): Suicidal phenomena and abuse in adolescents: a review of epidemiological studies. *Child Abuse Neglect* 29: 45-58
17. Family violence prevention fund (2004): National Consensus Guidelines on Identifying and responding to domestic violence in health care settings. Online: <http://www.endabuse.org/userfiles/file/Consensus.pdf>
18. Favaro A, Ferrara S, Santonastaso P (2003) The spectrum of eating disorders in young women: a prevalence study in a general population sample. *Psychosom Med* 65 (4): 701-708
19. Feder G, Ramsay J, Dunne D, Rose M et al. (2009): How far does screening women for domestic (partner) violence in different health-care settings meet criteria for a

- screening programme? Systematic reviews of nine UK National Screening Committee Criteria. *Health Technology Assessment* 13,16, <http://www.hta.ac.uk/fullmono/mon1316.pdf>
20. Golding JM (1999) Sexual assault history and headache: five general population studies. *J Nerv Ment Dis* 187 (10): 624-629
 21. Grassberger M (2009): Untersuchungsbogen für die erweiterte Verletzungsdokumentation und Erläuterungen zum Untersuchungsbogen "Erweiterte Verletzungsdokumentation" http://www.grassberger.org/Klinische_Rechtsmedizin/Home.html
 22. Hagemann-White C, Bohne S (2003) Versorgungsbedarf und Anforderungen an Professionelle im Gesundheitswesen im Problembereich Gewalt gegen Frauen und Mädchen. Expertise im Auftrag der Enquetekommission „Zukunft einer frauengerechten Gesundheitsversorgung in Nordrhein- Westfalen“. Osnabrück/Düsseldorf
 23. Hegerty K, Gunn J, Chondros P, Small, R (2004): Association between depression and abuse by partners of women attending general practice: descriptive, cross sectional survey. *BMJ* 328: 621-624
 24. Heise LL, Ellsberg M, Gottemoeller M (1999) Ending Violence Against Women. In: *Population Reports Centre for Health and Gender Equity Change (Hrsg) Series L u. Johns Hopkins*
 25. Hellbernd H, Brzank P, Winers K, Maschewsky-Schneider U (2004): Häusliche Gewalt gegen Frauen: gesundheitliche Versorgung. Das S.I.G.N.A.L.-Interventionsprogramm. Gefördert von BMFSFJ Berlin. Online: www.bmfsfj.de/Kategorien/Forschungsnetz/forschungsberichte,did=18204.Html
 26. Hellbernd H, Brzank P (2006) Häusliche Gewalt im Kontext von Schwangerschaft und Geburt. In: Kavemann B, Kreyssig U (Hrsg) (2006) *In: Handbuch Kinder und häusliche Gewalt. Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden*
 27. Hexel M, Sonneck, G (2002): Somatoform symptoms, anxiety, and depression in the context of traumatic life experiences by comparing participants with and without psychiatric diagnosis. *Psychopathology* 35: 303-312
 28. Hilden M, Schei B, Swahnberg K et al (2004): A history of sexual abuse and health: a nordic multicentre study *BJOG* 111:1121-1127
 29. Jasinski JL (2004): Pregnancy and domestic violence. A review of the literature. *Trauma Violence Abuse* 5,1:47-64
 30. John RJ, Johnson S, Kukreja M et al (2004): Domestic violence: prevalence and association with gynecological symptoms *BJOG* 111: 1128-1132
 31. Jordan CE, Nietzel MT, Walker R, Logan TK (2004): *Intimate partner violence: a clinical training guide for Mental health professionals. Springer Series on Family Violence. Springer Publishing Company, New York*
 32. Kovac SH, Klapow JC, Kroenke K et al (2003): Differing symptoms of abused versus nonabused women in obstetric-gynecology settings. *AM J Obstet Gynecol* 188,3: 707-713
 33. Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi AB, Lozano R (2002) *World report on violence and health. World Health Organisation. Geneva*
 34. Leithner K, Assem-Hilger E, Naderer A et al (2009): Physical, sexual and psychological violence in a gynaecological-psychosomatic outpatient sample: Prevalence and implications for mental health. *Eur J Obstet Gynecol Repr Biol* 144: 168-172
 35. Leserman J, Drossmann DA, Li Z et al. (1996) Sexual and physical abuse history in gastroenterology practice: how types of abuse impact health status. *Psychosomatic Medicine* 58 (1): 4-15
 36. Leserman J, Li Z, Drossmann DA, Hu YJB (1998): Selected symptoms associated with sexual and physical abuse history among female patients with gastrointestinal disorders: the impact on subsequent health care visits. *Psychol Med* 28 (2): 417-425

-
37. Letourneau EJ, Holmes M, Chasedunn-Roark J (1999): *Gynecologic health consequences to victims of interpersonal violence. Women's Health Issues* 9,2: 115-120
 38. Lutfey KE, Link CL, Litman HJ et al (2008): *An examination of the association of abuse (physical, sexual or emotional) and female sexual dysfunction (FSD): results from the Boston Area Community Health (BACH) Survey. Fertil Steril* 90;4: 957-964
 39. Mark H, Bitzker K, Grimm A, Klapp BF, Rauchfuß M (2007): *Gesundheitsstörungen erwachsener Frauen im Zusammenhang mit körperlicher und sexueller Gewalt – Ergebnisse einer Berliner Patientinnenstudie. Geburtshilfe und Frauenheilkunde*, 67: 43-49
 40. Mark H, Bitzker K, Klapp BF, Rauchfuss M (2008): *Gynecological symptoms associated with physical and sexual violence. J Obst gynecol* 29;3:164-172
 41. McCauley J, Kern DE et al. (1995). *The battering syndrome: prevalence and clinical characteristics of domestic violence in primary care internal medicine practices. Ann Intern Med* 123(10): 737-46.
 42. Muelleman RL, Lenaghan PA et al. (1998). *Nonbattering presentations to the ED of women in physically abusive relationships. Am J Emerg Med* 16(2): 128-31.
 43. Neggers Y, Goldenberg R, Cliver S, Hauth J (2004) *Effects of domestic violence on preterm birth and low birth weight. Acta Obstet Gynecol Scand* 83 (5): 455-460
 44. Neises M (2006): *Psychosomatische Aspekte chronischer Unterbauchschmerzen der Frau. Geburtsh Frauenheilk* 66: 349-354
 45. Neumark-Sztainer D, Story M, Hannan PJ, Beuhring T, Resnick MD (2000) *Disordered eating among adolescents: associations with sexual/physical abuse and other familial/psychosocial factors. Int J Eat Disord* 28 (3): 249-258
 46. Palitto CC, Campbell JC, O'Campo P (2005): *Is intimate partner violence associated with unintended pregnancy? A review of the literature. Trauma Violence Abuse* 6, 217-235
 47. Peschers, U., Jundt, K., Kindermann, G. (2001): *Frauenärztliche Befunde bei 3279 Opfern von Sexualdelikten. In: Kindermann, G., Dimpfl, T. (Hg.) (2001): Berichtsband des 53. Kongresses der DGGG. Georg Thieme Verlag Stuttgart, 45-47*
 48. Porcerelli JH, Cogan R, West PP, Rose EA, Lambrecht D, Wilson KE, Severson RK, Karana D (2003) *Violent victimization of women and men: Physical and psychiatric symptoms. J Am Board Fam Pract* 16 (1): 32-39
 49. Ramsay J, Richardson J, Carter YH, Davidson LL, Feder G (2002) *Should health professionals screen women for domestic violence? Systematic review. Br Med J* 325 (7359): 314-318
 50. Records K, Rice M (2009): *Lifetime physical and sexual abuse and the risk for depression symptoms in the first 8 months after birth. J Psychosom Obstet Gynecol* 30,3:181-190
 51. Sack M, Lahmann C, Jaeger B, Henningsen P (2007): *Trauma prevalence and somatoform symptoms. are there specific somatoform symptoms related to traumatic experiences? J Nerv Ment Dis* 195:928-933
 52. Schmucl E, Schenker JG (1998) *Violence against Women. The physician's role. In European Journal of Obstetrics and Gynaecology and Reproductive Biology* 80: 139-145
 53. Schröttle M, Müller U (2004) *Lebenssituation, Sicherheit und Gesundheit von Frauen in Deutschland. Eine repräsentative Untersuchung zu Gewalt gegen Frauen in Deutschland. Im Auftrag des Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Kurz- und Langfassungen dieser und der folgenden Dokumentationen Krug E, Dahlenberg I, Mercy J et al (2002) World report on violence and health. WHO, Genf unter: www.bmfsfj.de/Kategorien/Forschungsnetz/forschungsberichte.did=20560.html*
 54. Schröttle M, Martinez M, Condon S et al. (2006) *Comparative reanalysis of prevalence of violence against women and health impact data in Europe – obstacles*

- and possible solutions. Testing a comparative approach on selected studies. CAHRV – Reprint 2007. Co-ordination Action on Human Rights Violations funded through the European Commission, 6th Framework Programme, Project No. 506348*
55. Schröttle M, Khelaifat N (2008) *Gesundheit – Gewalt – Migration: Eine vergleichende Sekundäranalyse zur gesundheitlichen Gewaltsituation von Frauen mit und ohne Migrationshintergrund in Deutschland. Ein Forschungsprojekt des Interdisziplinären Zentrum für Frauen- und Geschlechterforschung (IFF) der Universität Bielefeld im Auftrag des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Veröffentlichung der Kurz- und Langfassung im Internet unter: www.bmfsfj.de/bmfsfj/generator/Kategorien/Forschungsnetzforschungsbereich,did=108722.html*
56. Schröttle M, Ansorge N (2009) *Gewalt gegen Frauen in Paarbeziehungen. Eine sekundär-analytische Auswertung zur Differenzierung von Schweregrad, Mustern, Risikofaktoren und Unterstützung nach erlebter Gewalt. Im Auftrag des Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend.*
57. Taft A, Hegarty K, Feder G et al (2006): *Management of the whole family when intimate partner violence is present : guidelines for primary care physicians. Published by Victorian Government Department of Justice Melbourne Victoria Australia.*
<http://www.racgp.org.au/Content/NavigationMenu/ClinicalResources/RACGPGuidelines/Familywomenviolence/Intimatepartnerabuse/20060507intimatepartnerviolence.pdf>
58. U.S. Preventive Services Task Force (2004): *Screening for Family and intimate Partner violence: recommendation statement. Ann Int Med 140,5: 382-386*
59. Walker L.: *The battered women syndrome. New York: 1984.*

13 Leitlinienreport

Der vorliegende Text wurde erarbeitet von folgenden Autorinnen und Autoren

DGGG

Prof. Dr. med. Alexander T. Teichmann, Aschaffenburg (Federführung)

Dr. med. Susanne Freichel, Aschaffenburg

S. Kramarz, Berlin

DGPFG

PD Dr. med. Martina Rauchfuß, Berlin

Dr. med. Daniel Siedentopf, Berlin

SIGNAL e.V. Bundesmodellprojekt MIGG

Dr. med. Heike Mark, Berlin

Hildegard Hellbernd, Berlin

Der Text wurde am 4. Oktober 2010 durch den Vorstand der DGGG als Handlungsempfehlung akkreditiert.