



DGGG e. V. • Jägerstr. 58-60 • 10117 Berlin

Präsident
Prof. Dr. Anton J. Scharl

Repräsentanz der DGGG und
Fachgesellschaften
Jägerstr. 58-60
D – 10117 Berlin
Telefon: +49 (0) 30 514883333
Telefax: +49 (0) 30 51488344
stellungennahmen@dggg.de
www.dggg.de

31.07.2020

**Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e. V. (DGGG)
und der Deutschen Gesellschaft für Psychosomatische Frauenheilkunde und Geburtshilfe
e. V. (DGPFPG)**

zu

Gewalt gegen Frauen (Aktualisierung der Stellungnahme von 2010, überarbeitete Fassung
2020)

Hintergrund

Viele Frauen erleben Gewalt, manche wiederholt (s. Tab. 1). Körperliche Misshandlungen, Vergewaltigungen und sexuelle Nötigungen können zu psychischen Traumatisierungen, körperlichen Verletzungen, Komplikationen in der Schwangerschaft, chronischen Erkrankungen und mitunter sogar zum Tod führen (Homberg et al. 2008). Die Täter sind den Betroffenen zumeist gut bekannt: Bei der Hälfte der Fälle handelt es sich um aktuelle oder frühere Partner und Partnerinnen, oft auch um andere Familienmitglieder oder Bekannte. Viele Frauen haben zum Zeitpunkt der Gewalt Kinder, die als Zeugen oder direkt mitbetroffen sind (Schröttle & Müller 2004). Diese leiden ebenso wie die betroffenen Frauen nicht nur aktuell, sondern oft dauerhaft unter den körperlichen und psychischen Gewaltfolgen (Homberg et al. 2008, Kavemann 2013).

	Körperliche Gewalt	Sexuelle Gewalt unter Anwendung von körperlichem Zwang oder Drohungen
seit dem 16. Lebensjahr		
• mindestens einmal	37,0 %	13,0 %
• wiederholt	19,1 %	5,8 %
in den letzten 12 Monaten		
• mindestens einmal	6,6 %	0,9 %
• wiederholt	3,2 %	0,4 %

Tab. 1 Häufigkeit körperlicher und sexueller Gewalt gegen Frauen in Deutschland (Schröttle & Müller 2004)



Die Wahrscheinlichkeit, im ärztlichen Alltag gewaltbetroffenen Frauen zu begegnen, ist hoch. 38-66 % der gynäkologischen Patientinnen einer skandinavischen Studie hatten körperliche Gewalt erlebt, 17-33% sexuelle Gewalt (Wijma et al. 2003). In der Gynäkologie und Geburtshilfe treten die Gewaltfolgen nicht nur als chronische körperliche und psychische Beschwerden zutage (Heise et al. 1999, Gabrys 2019). Eine nicht unerhebliche Zahl von Frauen ist außerdem aktuell von Gewalt betroffen und benötigt Unterstützung, um sich und gegebenenfalls auch ihre Kinder der Bedrohung zu entziehen.

Obwohl gewaltbetroffene Frauen sehr viel häufiger unter gynäkologischen Beschwerden leiden als andere Frauen (Schröttle & Müller 2004, McCauley 1995) und die Gewalt oftmals in der Schwangerschaft oder in den Monaten nach einer Geburt ihren Anfang nimmt (Schröttle & Müller 2004), ist die Relevanz des Themas für die Gynäkologie und Geburtshilfe vielen Fachkolleginnen und -kollegen nicht bekannt. Dies hat unterschiedliche Gründe. Zum einen spielt das Thema Gewalt in der ärztlichen und insbesondere der gynäkologischen Aus-, Fort- und Weiterbildung bisher kaum eine Rolle (Homberg et al. 2008, Cox-George 2017). Ein diagnostisches Vorgehen, das sich auf die körperliche Symptomatik fokussiert, psychosoziale Faktoren aber ausspart, begrenzte zeitliche Ressourcen, Unsicherheiten und Unwohlsein im Umgang mit der Thematik und Befürchtungen jemandem zu nahe zu treten oder sogar zu schaden, sind weitere Gründe, die dazu beitragen können, dass Gewalterfahrungen von Betroffenen im ärztlichen Gespräch nicht thematisiert werden und deshalb unentdeckt bleiben (Rose et al. 2011).

Bleibt die Gewalt unerkannt, kann jedoch keine geeignete Beratung und Behandlung der Betroffenen erfolgen. Fehlende und falsche Behandlungen tragen zur Chronifizierung der Beschwerden, zu Gesundheitsschäden und dauerhafter Beeinträchtigung bei und können eine erhöhte Inanspruchnahme gesundheitlicher Versorgungsleistungen zur Folge haben (Homberg et al. 2008). Gerade niedergelassene Frauenärztinnen und -ärzte sind oft die erste niedrigschwellige Anlaufstelle für Frauen, die von Gewalt betroffen sind (Brzank 2012, Spielberg 2019), und könnten so eine wichtige „Scharnierfunktion“ für deren weitere Versorgung darstellen.

Die vorliegende Stellungnahme ist eine Aktualisierung der DGGG-Stellungnahme von 2010. Gedacht ist sie als Handlungsempfehlung für das konkrete Vorgehen in der (frauen)ärztlichen Praxis. Darüber hinaus sollte das Thema »Gewalt« regelmäßig in der medizinischen Ausbildung behandelt, als Fortbildungsmodul in die 80-Stunden-Blöcke zur psychosomatischen Grundversorgung fest verankert und in praxisrelevanten Fortbildungsveranstaltungen angeboten werden.

Der professionelle Umgang mit Frauen, die Gewalt erlebt haben, stellt dabei eine Win-win Situation für alle Beteiligten dar und entlastet gleichzeitig die frauenärztliche Praxis, indem die Kontaktaufnahme vereinfacht und Zeit für unnötige Untersuchungen gespart wird. Die Behandlung wird dadurch effizienter, einer Chronifizierung wird vorgebeugt und die Patientinnen sind zufriedener. Durch Weiter-Verweise in ein Netzwerk (z. B. Frühe Hilfen) kann außerdem eine Entlastung geschaffen werden.

Die ärztliche Erstversorgung von Frauen nach einer akuten Vergewaltigung inkl. Spurensicherung und die dazugehörigen rechtlichen Aspekte werden in dieser Stellungnahme ausdrücklich nicht ausführlich diskutiert: Die entsprechende umfangreiche Erst-Diagnostik und -Betreuung



sollte in speziellen Einrichtungen (z. B. Institut für Rechtsmedizin oder Kinderschutzambulanzen) erfolgen, die darauf vorbereitet sind. Das gilt besonders für Kinder und Jugendliche. Wenn sich eine Frau nach Vergewaltigung in einer gynäkologischen Praxis vorstellt, sollte sie entsprechend beraten und gezielt weitergeleitet werden. Dazu gehört auch der Hinweis, dass eine Spurensicherung auch ohne polizeiliche Anzeige möglich ist (z. B. in Niedersachsen unter <https://www.probeweis.de/de/>). Der Frau sollte eine spätere weitere Betreuung in der Praxis angeboten werden. Keinesfalls soll versucht werden, die Patientin zu einer Anzeige zu überreden. Jede gynäkologische Praxis sollte wissen, welche Krankenhaus-Ambulanz oder sonstige Einrichtung dafür zuständig ist, inkl. Telefonnummer. Wie diese Information zu erhalten ist, ist regional unterschiedlich z. B. über die Polizei, Runder Tisch gegen Gewalt oder www.frauen-gegen-gewalt.de.



Vorgehen

Um eine problemgerechte Versorgung zu ermöglichen, sollte Gewalt im gynäkologischen und geburtshilflichen Alltag immer mitbedacht werden. Dazu gehört das Schaffen einer traumasensiblen Atmosphäre, zum Beispiel durch Poster mit dem Hinweis auf das Hilfetelefon „Gewalt gegen Frauen“. Eine spezifische Schulung des gesamten Teams schafft die notwendigen Voraussetzungen hierfür.

Orientiert an internationalen Standards (WHO 2014) und den Konzepten des Modellprojekts MIGG (Medizinische Intervention gegen Gewalt an Frauen) umfassen die Interventionsstandards vier zentrale Aufgaben für niedergelassene Ärztinnen und Ärzte (Sellach et al. 2011):

- 1. Gewalterfahrungen und Folgen von Gewalt erkennen, ansprechen und bei der Untersuchung berücksichtigen**
- 2. Gesundheitliche Folgen von Gewalt (ggf. gerichtsverwertbar) dokumentieren**
- 3. Hilfen zum Schutz und zur Beendigung von Gewalt vermitteln (durch regionale Vernetzung wie Hilfeeinrichtungen, Polizei, Justiz)**
- 4. Sicherheit für Patientinnen und Praxisteam in der Praxis gewährleisten**

Die Ziele dieser Interventionen können unterschiedlich sein. Das Erkennen des Zusammenhangs zwischen körperlichen bzw. psychischen Symptomen und früheren Gewalterfahrungen mit Blick auf die weitere Diagnostik und Therapie gehört ebenso dazu wie der Schutz von Frauen, die aktuell von Gewalt bedroht sind, und auch die Unterstützung von Frauen, sich der Gewalt zu entziehen und ihre Rechte geltend zu machen. Hilfreich ist ein Ablaufdiagramm „Intervention bei häuslicher Gewalt“, das das systematische Vorgehen ab Vorstellung der Patientin in der Praxis über Gesprächsführung, und Dokumentation bis zur Weitervermittlung zusammenfasst. Es wurde verfasst von der Hilfeeinrichtung S.I.G.N.A.L. e.V. und ist über www.signal-intervention.de zu beziehen.

1. Gewalterfahrungen und Folgen von Gewalt erkennen, ansprechen und bei der Untersuchung berücksichtigen

Folgen von Gewalt:

Frauen, die von Gewalt betroffen sind, leiden nicht nur häufiger unter gynäkologischen Beschwerden als andere Frauen (Schrötte & Müller 2004, McCauley 1995). Gynäkologische Probleme weisen auch am eindeutigsten auf gesundheitliche Unterschiede zwischen betroffenen und nicht betroffenen Frauen hin (Campbell 2002). Die Folgen von Gewalt können vielfältig sein und multiple somatische und psychische Symptome beinhalten (Abb. 1). Auch situative Auffälligkeiten gehören dazu.



Abb. 1 Systematisierung der Folgen von Gewalt gegen Frauen für ihre allgemeine und ihre reproduktive Gesundheit (Gabrys u. Goeckenjan 2019, modifiziert nach Hellbernd 2004)

Studien deuten darauf hin, dass Frauen während der Schwangerschaft und in der Zeit nach der Geburt besonders häufig Gewalt in Paarbeziehungen erfahren (Homberg et al. 2008). Die häufigsten Risikofaktoren hierfür sind (Chu et al. 2010):

- Der Partner will das Kind nicht
- Der Partner hatte kürzlich eine Scheidung oder Trennung
- Der Partner ist drogen- und/oder alkoholabhängig

Die Folgen der Gewalt sind oft schwerwiegend: Ein erhöhtes Risiko für perinatale Sterblichkeit bei gewaltbetroffenen Frauen (Pastor-Moreno 2020) wurde ebenso belegt wie Zusammenhänge zwischen Gewalt und Depression, und zwar sowohl während der Schwangerschaft als auch in Form der postpartalen Depression (Zhang et al. 2019). Alkohol- und Nikotinabusus, beides mögliche Folgen von Gewalterfahrungen (Homberg et al. 2008), haben außerdem besonders gefährliche Folgen für das Ungeborene.



„Red flags“ als Warnzeichen für Gewalterfahrung

Zu den sogenannten „Red flags“, die an das Vorliegen von Gewalterfahrung denken lassen sollten, gehören:

- Chronische Beschwerden, die keine offensichtlichen physischen Ursachen haben (zum Beispiel chronische Unterbauchschmerzen, Reizdarm-Syndrom);
- Verletzungen, die nicht mit der Erklärung, wie sie angeblich entstanden sind, übereinstimmen;
- Verschiedene Verletzungen in unterschiedlichen Heilungsstadien;
- Verzögerung zwischen Zeitpunkt der Verletzungen und Aufsuchen der Behandlung;
- Psychische Auffälligkeiten bzw. Veränderungen der Frau;
- Ein Partner, der übermäßig aufmerksam ist, kontrolliert und sich weigert von der Seite der Frau zu weichen;
- Später Beginn der Schwangerenvorsorge; „Vergessen“ von vereinbarten Vorsorgeterminen.

Auch die Praxismitarbeiterinnen sollten zu den „Red flags“ geschult werden, damit sie im Bedarfsfall reagieren und die Ärztinnen und Ärzte darauf hinweisen können.

Gewalt ansprechen

Betroffene Frauen sprechen von sich aus selten über ihre Gewalterfahrungen. Mögliche Gründe dafür sind (Rodriguez & Szkupinski-Quiroga et al. 1996; McCauley & Yourk et al. 1998):

- Scham;
- Schuld und das Gefühl, für die erlittene Gewalt (mit)verantwortlich zu sein;
- Angst verurteilt zu werden, wenn Empfehlungen, sich von dem gewalttätigen Partner zu trennen, nicht umgesetzt werden;
- Gefühl, mit der Erfahrung alleine zu sein;
- Emotionale, soziale oder materielle Abhängigkeiten;
- Drohungen durch die misshandelnde Person;
- Angst vor Eskalation der Gewalt;
- Fehlendes Selbstvertrauen und Selbstwertgefühl infolge der Gewalt;
- Negative Vorerfahrung, z. B. Bagatellisierung der Probleme.

Auch wenn es betroffenen Frauen schwerfällt, sich mit ihren Gewalterfahrungen anzuvertrauen, bedeutet dies nicht automatisch, dass sie nicht darüber reden möchten (Hellbernd et al. 2004). Ein Poster im Wartezimmer mit dem Hinweis auf das Hilfetelefon „Gewalt gegen Frauen“ kann Betroffenen signalisieren, dass sie in der Praxis Unterstützung erhalten und sie ermutigen, sich dem Arzt, der Ärztin oder einer Sprechstundenkraft anzuvertrauen.

Die meisten Frauen, die Gewalt erleben, wünschen sich sogar, von ihren behandelnden Ärztinnen und Ärzten darauf angesprochen zu werden (Steffens 2015). Aufgrund der hohen Prävalenz von Gewalt in Partnerschaften befürworten viele Experten eine routinemäßig gestellte Frage nach Gewalt in der Anamnese. Während der Schwangerschaftsbetreuung, bei Vorliegen von Risikofaktoren wie auch bei konkreten Hinweisen auf Gewalt sollte auf jeden Fall danach gefragt werden.



Folgende Beispielsätze können dabei helfen, mit betroffenen Frauen über ihre Gewalterfahrungen ins Gespräch zu kommen:

„Wir wissen, dass viele Frauen Gewalt erlebt haben. Daher fragen wir alle Patientinnen danach.“

„Die Verletzungen sehen aus, als habe Ihnen jemand wehgetan. Hat jemand Sie verletzt? Wer war das?“

„Kann es sein, dass Sie unruhig/ängstlich sind? Möchten Sie mir erzählen, 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?“

Selbst wenn die Patientin zu dem betreffenden Zeitpunkt noch nicht bereit sein sollte, über ihre Gewalterfahrungen zu sprechen, so signalisieren die Fragen ihr dennoch, dass in der Praxis darüber gesprochen werden kann. So kann sie später auf das Angebot zurückkommen, wenn sie möchte. Wichtig ist, selbst bei auffälligen Hinweisen auf erlittene Gewalt nicht auf dem Thema zu bestehen, sondern es der Frau zu überlassen, wann sie darüber sprechen will.

Falls sprachliche Verständigungsbarrieren vorliegen, z. B. bei Patientinnen mit Migrationshintergrund, sollten professionelle Dolmetscherinnen hinzugezogen werden. Keinesfalls sollen Partner, Verwandte oder Kinder das Dolmetschen übernehmen.

Im Rahmen des Anamnesegesprächs ist es außerdem wichtig, den Konsum von Alkohol, Drogen oder Beruhigungsmitteln zu erfragen. Sie stellen einerseits einen wichtigen Risikofaktor für häusliche Gewalt dar (Campbell 1998, WHO 2010), andererseits flüchten sich Frauen, die Gewalt ausgesetzt sind, häufig in den Substanzkonsum im Sinne einer Bewältigungsstrategie (Vogt 1999).

Ersthilfe bei Gewalt

Zur individuellen, situationsgerechten Versorgung der Bedürfnisse akut gewaltbetroffener Frauen empfiehlt die WHO (WHO 2014) die folgenden fünf Maßnahmen:

- Zuhören (mit Empathie, ohne Beurteilung);
- Erfragen der Bedürfnisse und Sorgen der Frau;
- Bestätigen, dass sie keine Schuld trifft;
- Sicherheit erhöhen (einen Plan besprechen zum Schutz vor weiterer Gewalt);
- Unterstützen (durch Informationen und Kontakt zu Hilfsangeboten).

Untersuchung

Viele Frauen erleben die gynäkologische Untersuchung als belastend (Gras 2019, Schumann 2017). Das gilt auch für Routine-Untersuchungen, z. B. zur Krebs-Früherkennung oder bei der Schwangeren-Vorsorge: Es ist immer ein Eingriff in die Intimsphäre, auch wenn die Untersuchung für Frauenärztinnen und -ärzte zur täglichen Routine gehört. Da im Vorfeld in der Regel nicht bekannt ist, ob Gewalterfahrungen vorliegen, sollte stets die Zustimmung zur geplanten Untersuchung eingeholt werden. Einzelne Untersuchungsschritte sollten angekündigt und erklärt werden. Zusätzlich kann mit der Patientin vereinbart werden, dass sie sich jederzeit bemerkbar machen kann, sollte es ihr zu viel werden und sie sich überfordert fühlen. Die Vereinbarung eines Stopp-Signals (z. B. Äußern des Wortes „Stopp“, Heben der Hand) erhöht



dabei die Wahrscheinlichkeit, dass ihr dies gelingt. Zeigt die Patientin Zeichen starker psychischer Belastung wie z. B. Angst, Panik, Weinen, erhöhte muskuläre Anspannung, Zittern oder wirkt sie abwesend, empfiehlt es sich, die Untersuchung zu unterbrechen und nachzufragen, ob es etwas gibt, das ihr jetzt helfen könne. Oft genügt es schon, Aufmerksamkeit und Gesprächsbereitschaft zu signalisieren und ggf. ein Taschentuch oder ein Glas Wasser zu reichen. Außerdem sollte man immer mit der Frau im Kontakt bleiben, um auf Veränderungen reagieren zu können. Dies gilt umso mehr für Frauen, bei denen bekannt ist, dass sie durch sexuelle oder körperliche Gewalt traumatisiert sind. Bei ihnen besteht das Risiko, dass in der Untersuchungssituation ein Wiedererleben hochbelastender Erinnerungen an die Gewalterfahrung auslöst wird (Büttner 2019), und zwar vor allem – aber nicht nur – bei der vaginalen Untersuchung. Gefühle von Ohnmacht, Hilflosigkeit, Angst und Panik führen in einem solchen Fall zu einer starken psychischen Überforderung und lösen manchmal dissoziatives Erleben aus. Um dem vorzubeugen, ist es günstig, betroffenen Patientinnen ein Gefühl von Sicherheit und Kontrolle zu vermitteln, indem ihnen ermöglicht wird, die Gesprächs- und Untersuchungssituation mitzubestimmen. Dissoziative Patientinnen, die bewusstseinsverändert oder -eingengt wirken, können behutsam angesprochen werden: „Frau X, ich bin Ihre Ärztin Frau Y.“ Der Hinweis, wo sie sich befindet („Sie sind in meiner Praxis.“) und die Bitte, alles zu benennen, was sie um sich herum sieht oder von 1 bis 10 zu zählen, kann der Patientin dabei helfen, den dissoziativen Zustand zu beenden. Hat sie sich beruhigt, kann die Untersuchung nach Rücksprache mit der Patientin entweder fortgesetzt oder auf einen anderen Zeitpunkt verlegt werden (Büttner 2019).

Liegen Verletzungen an anderen Stellen als dem Genitalbereich vor, kann zusätzlich zur gynäkologischen Untersuchung eine Ganzkörperuntersuchung angezeigt sein. Auch dafür muss das Einverständnis der Frau eingeholt werden, zum Beispiel so: „Mir fallen an Ihrem Unterarm und am Hals blaue Flecken auf. Das wirkt wie eine Verletzung, die Ihnen zugefügt wurde. Ist es Ihnen recht, wenn ich Sie dort untersuche?“ Lehnt die Frau die Untersuchung ab – was zum Beispiel der Fall sein kann, wenn sie sich stark schämt oder sich vor den möglichen Folgen fürchtet – sollte dies unbedingt respektiert, aber auch verlässlich dokumentiert werden.

2. Gesundheitliche Folgen von Gewalt (gerichtsverwertbar) dokumentieren

Die Anamnese und Untersuchung von Frauen, die Gewalt erfahren haben oder bei denen der Verdacht darauf besteht, sind ebenso sorgfältig zu dokumentieren wie jede ärztliche Konsultation. Je nach Situation (Verletzungen akut und/oder gravierend? Wunsch der Frau?) muss zusammen mit der Frau geklärt werden, ob eine „gerichtsverwertbare Dokumentation“ erstellt werden soll, die spezifischen Kriterien zu genügen hat. Die Frau muss einer gerichtsfesten Dokumentation ausdrücklich zustimmen; wenn sie sie ablehnt, sollte das dokumentiert werden. Bögen für die gerichtsfeste Dokumentation sind über S.I.G.N.A.L. e.V. (<http://www.signal-intervention.de>) zu beziehen. Internetbasiert ist eine Dokumentation über GOBSIS (<https://gobsis.de>) möglich. Für die Kitteltasche eignet sich die MED-DOC-CARD® – Medizinische Befunddokumentation. Sie ist zu beziehen über www.frauenundgesundheit-nrw.de/dokumentationshilfen/.

Bei schwerwiegenden Verletzungen nach häuslicher Gewalt, z. B. bei Verdacht auf einen Tötungsversuch und/oder auf ein Sexualdelikt sowie wenn bleibende Folgen zu erwarten sind, bei Hinweisen auf Drosseln, Würgen, vorangegangene Bewusstlosigkeit sollte mit dem Einverständnis der Patientin eine Rechtsmediziner/-in zur Untersuchung und Dokumentation dazu gezogen werden.



Ein Bruch der Schweigepflicht allein aus dem Interesse der Strafverfolgung ist rechtlich nicht zulässig. Zwar kann die Patientin selbst die Ärztin oder den Arzt zu jedem Zeitpunkt von der Schweigepflicht entbinden und damit die Möglichkeit eröffnen, auch Strafverfolgungsbehörden in die Aufklärung einzubeziehen. Eine Eigeninitiative der Behandelnden ist jedoch an enge rechtlich definierte Bedingungen gebunden. Im Zweifel wird empfohlen, juristische Hilfe etwa bei der jeweilig zuständigen Landesärztekammer einzuholen.

3. Hilfen zum Schutz und zur Beendigung von Gewalt vermitteln (durch regionale Vernetzung wie Hilfeeinrichtungen, Polizei, Justiz)

Die Patientin sollte direkt gefragt werden, 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 zurückgehen.

Der Patientin sollten Telefonnummern und Adressen von Hilfs- und Schutzeinrichtungen angeboten werden. Sie darf aber weder überredet noch gezwungen werden, sie zu nehmen. Sie muss darauf hingewiesen werden, dass es auch gefährlich für sie sein kann, diese mit sich zu tragen.

Es sollte geklärt werden, ob deren Versorgung und Sicherheit gewährleistet ist. Informationsmaterial sollte im Sprech- und Wartezimmer und möglichst auch auf der Toilette ausgelegt sein, damit Frauen sie ungesehen mitnehmen können, z. B. Kärtchen des Hilfetelefon „Gewalt gegen Frauen“ (<https://www.hilfetelefon.de/beratung-fuer-frauen.html>, Tel. 08000 116 016). Dieses Hilfetelefon können auch Fachleute nutzen, wenn sie sich in einer Situation überfordert fühlen und nicht wissen, wie sie der Frau helfen können. Persönliche Kontakte sichern kurze Wege: Um einer Frau in einer akuten Situation konkret Unterstützung anbieten zu können, macht es Sinn in ein entsprechendes regionales Hilfe-Netzwerk eingebunden zu sein. Das kann zum Beispiel gelingen, wenn entsprechende Expertinnen und Experten in einen ärztlichen Qualitätszirkel eingeladen werden. Hinweise finden sich im Netz (zum Beispiel unter www.frauen-gegen-gewalt.de). Vielerorts gibt es auch einen „Runden Tisch gegen Gewalt“, an dem unterschiedliche Berufsgruppen zusammenarbeiten. Eine Liste der regionalen Hilfsangebote mit Adressen und Telefonnummern sollte griffbereit vorhanden sein (Frühe Hilfen, Frauenhaus, Hilfetelefon, Frauenberatungsstelle, psychotherapeutische Beratung, Polizei).

Im Folgenden eine Liste bundesweit agierender Institutionen:

- S.I.G.N.A.L e. V. (<http://www.signalintervention.de>)
- GESINE (<http://www.gesine-intervention.de/>)
- Bundesverband der Frauenberatungsstellen und Frauennotrufe (bff), www.frauen-gegen-gewalt.de
- Medizinische Kinderschutzhotline (Tel. 0800-1921000, kostenfrei)
- www.frauenhauskoordination.de

4. Sicherheit für Patientinnen und Praxisteam in der Praxis gewährleisten

Sicherheit ist oberstes Gebot! Das gilt besonders für Frauen, die aktuell bedroht oder häuslicher Gewalt ausgesetzt sind. Um der Frau zu ermöglichen, offen über ihre Gewalt-Erlebnisse zu sprechen, ist eine ruhige sichere Atmosphäre erforderlich, insbesondere ohne Anwesenheit von Partner/-in, Angehörigen oder Kindern. Der Grund: Nicht nur der Partner, sondern auch eine gleichgeschlechtliche Person oder die Begleitperson einer Frau mit Behinderung kann diejenige



sein kann, die häusliche Gewalt ausübt.

Zu klären ist, ob die Patientin nach Hause gehen kann bzw. möchte, und ob es evtl. Hilfebedarf gibt für Kinder. Es kann wichtig sein mit ihr zu überlegen, wo sie in einem nächsten Notfall hingehen bzw. Hilfe suchen kann.

Wendet sich eine Patientin ohne vorherigen Polizeikontakt direkt an die Frauenärztin/den Frauenarzt und berichtet über erlittene Gewalt, so kann das Angebot gemacht werden, zunächst die Polizei einzuschalten.

Es kann vorkommen, dass eine Situation in der Praxis eskaliert, wenn der gewaltausübende Partner anwesend ist. Es ist wichtig, nichts zu unternehmen, was die Sicherheit des Praxisteam gefährden könnte. Entsprechend sollte nicht versucht werden, eine möglicherweise eskalierende Situation alleine zu bewältigen. Praktische Unterstützung kann ein Anruf beim Hilfetelefon gegen Gewalt bringen (Tel. 0800-116016) oder direkt bei der Polizei.

Psychotherapeutische und psychosomatische Weiterversorgung

Besteht aktuell keine Gewaltbedrohung oder wurde bereits ein ausreichender Schutz sichergestellt, kann die Patientin bei Vorliegen chronischer psychischer und psychosomatischer Gewaltfolgen in eine geeignete Behandlung vermittelt werden, z. B. in eine traumaorientierte ambulante oder stationäre Psychotherapie. Ein Verzeichnis qualifizierter Traumatherapeutinnen und -therapeuten findet sich auf <https://www.degpt.de/therapeutinnen-suche/>.

Es ist essenziell der Patientin die Sicherheit zu geben, dass es Menschen und Institutionen gibt, die ihr helfen können und auch werden. Dabei ist auch an die Unterstützung und Sicherheit betroffener Kinder zu denken.

Die Stellungnahme wurde verfasst von Dr. Melanie Büttner, Dr. Claudia Schumann, PD Dr. Friederike Siedentopf.

Prof. Dr. Anton J. Scharl
Präsident der DGGG e. V.

Literatur

Brzank P (2012). Wege aus der Partnergewalt. Frauen auf der Suche nach Hilfe. Wiesbaden: Springer VS.

Büttner M (2019). Sexuelle Störungen nach sexueller Gewalt. Gyne 4: 28-33.

Campbell JC, (Hg.) (1998). Empowering survivors of abuse: Health care for battered women and their children. Sage Series on Violence Against Women. Thousand Oaks, London, New Delhi.



Campbell J (2002). Health consequences of intimate partner violence. *Lancet* 359(9314): 1331–1336.

Cox-George C, Moffatt J, Jones K (2017). Domestic violence: a neglected epidemic in obstetrics and gynaecology training. *Obstetrician Gynaecologist* 19: 199-203.

Chu SY, Goodwin MM, D'Angelo DV (2010). Physical violence against U.S. women around the time of pregnancy, 2004-2007. *Am J Prev Med* 38(3): 317-22.

Gabrys M, Goekenjahn M (2019). Sexuelle und körperliche Gewalterfahrungen – Risikofaktor in Gynäkologie und Geburtshilfe; *Gynäkologe*: <https://doi.org/10.1007/s00129-019-04538-6>.

Gras C (2019). Konzepte zur Verbesserung der gynäkologischen Untersuchung. *FRAUENARZT* 3/2019: 168-172.

Hellbernd H, Brzank P, Wieners K, Maschewsky-Schneider U (2004). Häusliche Gewalt gegen Frauen: gesundheitliche Versorgung. Das S.I.G.N.A.L. - Interventionsprogramm. Handbuch für die Praxis. Wissenschaftlicher Bericht. Berlin 2004. Förderung durch das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ).

Homberg C, Schröttle M, Pauli S, Bohne M (2008). Gesundheitliche Folgen von Gewalt unter besonderer Berücksichtigung von häuslicher Gewalt gegen Frauen; RKI.

Kavemann B, Kreyysig U (2013). Handbuch Kinder und häusliche Gewalt. Springer Verlag; 3. Auflage.

Lohse K et al. (2018). Ärztliche Versorgung Minderjähriger nach sexueller Gewalt ohne Einbezug der Eltern; Hgb.: S.I.G.N.A.L. e.V.

McCauley J, Kern DE, Kolodner K et al. (1995). The »battering syndrome«: prevalence and clinical characteristics of domestic violence in primary care Internal Medicine Practices. *An Intern Med* 123 (10): 737–746.

McCauley J/Yourk R et al. (1998). Inside Pandora's box: abused women's experience with clinicians and health services. *J Gen Intern Med* 1998: Aug: 13(8): 549-55.

Pastor-Moreno G. et al. (2020). Intimate partner violence during pregnancy and risk of fetal and perinatal death: a meta-analysis with socioeconomic context indicators. *Am J Obstet Gynecol* 2020: 123-133.

Rodriguez M/Szkupinski-Quiroga S et al. (1996). Breaking the Silence – Battered Women's Perspectives on Medical Care. *Arch Fam Med*. 1996: 5:153-58.

Rose D, Trevillion K, Woodall A, Morgan C, Feder G, Howard L (2011). Barriers and facilitators of disclosures of domestic violence by mental health service users: qualitative study. *Brit J Psych* 198: 189–194.

Schröttle M, Müller U (2004). Lebenssituation, Sicherheit und Gesundheit von Frauen in Deutschland. Eine repräsentative Untersuchung zu Gewalt gegen Frauen in Deutschland. BMFSFJ.



- Schumann C (2017) Die frauenärztliche Untersuchung: Umgang mit dem Eingriff. Frauenheilkunde mit Leib und Seele: 45-49. Psychosozial-Verlag
- Sellach B et al. (2011). Implementierungsleitfaden zur Einführung von Interventionsstandards in die medizinische Versorgung von Frauen; BMFSFJ.
- Spielberg P (2019). Ärzte oft erste Anlaufstelle. Deutsches Ärzteblatt 116(50): A-2366.
- Steffens M (2015). Vorgehen bei häuslicher Gewalt. Frauenarzt 56: 28-35.
- Vogt I (1999). Prämissen einer frauenspezifischen Suchtarbeit. Ergebnisse aus der Forschung. Frauen-Sucht-Gesellschaft, Fachtagung, Katholische Akademie Trier.
- WHO. Preventing intimate partner and sexual violence against women: taking action and generating evidence. Genf: World Health Organization/London School of Hygiene and Tropical Medicine 2010.
- WHO (2014). Health care for women subjected to intimate partner violence or sexual violence – A clinical handbook; Deutsche Übersetzung: Gesundheitliche Versorgung von Frauen, die Gewalt in der Paarbeziehung oder sexuelle Gewalt erfahren; ©S.I.G.N.A.L. e.V. 2014; Übersetzung und Lektorat: Karin Wienders, Marion Winterholler.
- Wijma B, Schei B, Swahnberg K, Hilden M, Offerdal K, Pikarinen U, Sidenius K, Steingrimsdottir T, Stoum H, Halmesmäki E (2003). Emotional, physical, and sexual abuse in patients visiting gynaecology clinics: a Nordic cross-sectional study. Lancet 21; 361(9375): 2107-13.
- Zhang S et al. (2019): Maternal violence experiences and risk of postpartum depression: A meta-analysis of cohort studies. Eur Psychiatry 55: 90-101.