



Umgang mit Opfern von häuslicher Gewalt in der ärztlichen Praxis

Anregungen für den Praxisalltag

Nicht erst seit Inkrafttreten des Gewaltschutzgesetzes im Jahr 2002 befassen sich psychosoziale, juristische und gesundheitliche Institutionen mit den Formen und Folgen von Gewalterleben im gesamtgesellschaftlichen und auch im interpersonellen Kontext. Über die Phänomenologie und Epidemiologie von Gewalt – speziell im interpersonellen Bereich und hier ganz besonders zwischen Männern und Frauen in bestehenden oder aufgelösten Partnerschaften oder zum Stichwort Kindesmisshandlung – liegen inzwischen national und international zahlreiche Publikationen vor. An vertiefendem Hintergrundwissen Interessierte seien an dieser Stelle auf einige exemplarische Quellen [1–18], auf weitere Artikel in dieser Ausgabe des Bundesgesundheitsblattes und auf abrufbare Publikationen in diversen Literaturdatenbanken verwiesen. Der vorliegende Beitrag hat nicht den Anspruch, eine vollständige Literaturübersicht zum Thema zu geben, sondern will Anregungen zur alltagstauglichen Gestaltung eines gewaltopferzentrierten Praxismanagements präsentieren. Im Modellprojekt „Medizinische Intervention gegen Gewalt an Frauen“ konnten handlungsorientierte Ansätze zur Gewaltopferbetreuung in der Arztpraxis erarbeitet werden, die nachfolgend skizziert und in einzelnen Aspekten näher erörtert werden. Ein besonderer Schwerpunkt wird auf die gerichts-feste Befund-sicherung gelegt, da diese Dokumentation andere Aspekte betont, als sie im medizinischen Alltag üblich sind. Selbstverständlich können die Anregungen auch an andere Gewalt- bzw. Trauma-Situa-

tionen, z. B. Unfallgeschehen, Übergriffe durch unbekannte Personen etc., adaptiert werden.

Handlungsleitfaden für die ärztliche Praxis: Wie gelingt die Betreuung von Personen nach häuslichem Gewalterleben?

Auch wenn nachfolgend der Fokus auf dem ambulanten medizinischen Praxisbetrieb liegt, sei darauf hingewiesen, dass sowohl in der Regel- als auch Notfallversorgung im stationären Bereich gleichartige Aspekte Beachtung finden können und sollten.

Zielsetzung der Praxis erarbeiten

Eine wesentliche Voraussetzung für die Implementierung von Strukturen und Prozessen für eine gewaltopferzentrierte Betreuung ist die Klärung, ob sich das gesamte Praxisteam mit der Handlungs- und Haltungsmaxime einer gewaltopferzentrierten Angebotsstruktur identifizieren kann. Denn neben dem rein ärztlichen Handeln sind weitere Arbeitsbereiche (vom Empfang mit Terminvergabe über Warteraumgestaltung und Patientenaktenführung sowie Abrechnungsprozedere) zu beachten, sodass ein gemeinschaftlich abgestimmtes Konzept für eine optimierte Betreuung von Personen, denen Gewalt widerfahren ist, eine wesentliche Grundlage darstellt.

Die im Praxisteam erarbeiteten Strukturen und Prozesse sind idealerweise in das Qualitätsmanagement der Praxis und

– sofern möglich – auch in die Praxissoftware (cave: Datenschutzaspekte beachten) einzubinden. Darüber unterliegen diese den im Team etablierten Feedback- und Überarbeitungsprozessen und es ist gewährleistet, dass sowohl zugehörige Unterlagen als auch das gemeinsame Wissen zum Thema regelmäßig in den Blick genommen werden.

Bei der Überlegung, welche Maßnahmen in der jeweiligen Praxis umgesetzt werden können, kann und darf sehr individuell, respektive gestuft, agiert werden. Wichtige Maßnahmen sind:

1. Auslage von Informationsbroschüren oder Notfallkarten (z. B. diskrete Auslage in den Toiletten) für Betroffene, wie sie in vielfältiger Weise von psychosozialen Beratungsstellen angeboten werden;
2. Nutzung eines erweiterten Anamneseprotokolls unter Integration von Fragen zu möglichem Gewalterleben;
3. Anbieten eines speziellen Befunddokumentationsregimes (bei Bedarf) und
4. Anbieten konkreter Informationen zu regionalen Hilfsstrukturen, wie Beratungsstellen oder auch Frauenhäusern (bei Bedarf).

Konkrete Maßnahmen etablieren

Wissen nutzbar bereitstellen

Neben einer Inanspruchnahme von Fortbildungsangeboten zum Themenfeld „Gewaltopferversorgung“ für die ärztliche und nichtärztliche Mitarbeiterschaft und die Nutzung von Fachliteratur haben sich



Abb. 1 ◀ Med.Doc. Card – Ansicht der Dokumentationsanleitung. Mit freundlicher Genehmigung von © H. L. Graß sowie www.gesundheit.de

(auch) im Modellprojekt MIGG verschiedene, kurz und knapp gehaltene Material- und Informationszusammenstellungen als praxistauglich erwiesen, die alternativ zu existenten Vorlagen auch individuell in jeder Praxis erstellt werden können. Das gesamte Praxisteam sollte diese Vorlagen kennen und für die Arbeit damit geschult sein.

Im MIGG-Projekt haben sich insbesondere übersichtliche, sehr knappe und effizient ausgerichtete Vorlagen bewährt,

insbesondere die Med.Doc.Card© sowie übersichtliche „Praxisordner“.

Bei der Med.Doc.Card© handelt es sich um eine kleine folierte Karte für die Kitteltasche mit wesentlichen, stichwortartigen Informationen zu Besonderheiten in der Befunddokumentation von Gewaltfolgen (▣ **Abb. 1**).

Die im MIGG-Projekt entwickelten 20-seitigen „Praxisordner“ enthalten eine kompakte Zusammenstellung wesentlicher Betreuungsaspekte unter 6 Themen-

feldern („Daran denken“, „Ansprechen“, „Untersuchen/Dokumentieren“, „Einschätzen der Lage“, „Weiterleiten“, „Rechtliche Informationen“) sowie Kontaktinformationen zu regionalen Institutionen. Einen Ausschnitt zeigt **Abb. 2**. Vorlagen aus dem Modellprojekt können bei den Autorinnen angefragt werden.

Ist das Praxisteam einmal geschult, erhalten die Vorlagen das Wissen effizient und werden zu einer wertvollen Unterstützung. Der Praxisordner kann und soll individuell modifiziert werden – ganz nach den Bedürfnissen der Praxis.

Für das Patientenmanagement in der Praxis kann es sinnvoll sein, eine Markierung in die Papier- oder elektronische Patientenakte einzubinden, aus der die besondere Situation der Person (Häusliche Gewalt o. a.) hervorgeht. So bleibt diese Information im Fokus des Praxisteams und kann bei Kontakten zur Person oder zu Angehörigen mit bedacht werden.

Zeit- und Terminmanagement

Da im Praxisalltag speziell das Zeitmanagement eine große Herausforderung darstellt, ist auch dieser Aspekt praxis-spezifisch zu gestalten, um im akuten Betreuungsfall ein angemessenes Handeln zu ermöglichen. So kann z. B. ein Folgetermin offeriert oder bereits bei der Terminannahme ein günstiges Zeitfenster abgestimmt werden. An dieser Stelle ist die gemeinsam abgestimmte Haltung und Handlungsweise (s. o.) besonders wichtig.

Für die Termingestaltung sollte das eigene Kommunikationsverhalten in den Blick genommen werden. Eine klare innere und äußere Haltung kann auch bei knappen Zeitressourcen ein für beide Seiten effektives Gespräch ermöglichen. Hier sei beispielhaft auf die Techniken der motivierenden oder ressourcenorientierten Gesprächsführung verwiesen. Von ärztlicher Seite sollte das Zeitkontingent bei Bedarf konkret benannt und idealerweise auch kurz begründet werden.

Ein wichtiges Ergebnis aus MIGG war die Erfahrung, dass eine gute Schulung und klare Aufstellung des Praxisteams zum Thema „Gewaltopferversorgung“ zu einem optimierten Zeitmanagement wesentlich beigetragen hat („Alle wussten, was zu tun ist, niemand war mehr in der Situation verunsichert...“).

Besondere Situationen bzw. Fallkonstellationen

Im Zusammenhang mit häuslicher Gewalt ergeben sich für den Praxisalltag einige Besonderheiten, die zwar auch in anderen Kontexten vorkommen, aber im Gewaltkontext eine besondere Bedeutung erlangen:

- Kommunikationsprobleme bei fremdsprachlichem Hintergrund der Patientin, des Patienten:
- Wenn in der Praxis damit gerechnet werden kann, dass ein Kommunikationsproblem aufgrund einer Fremdsprachlichkeit auftreten könnte, so sollte im Praxisteam bekannt sein, über welche Wege bei Bedarf sowohl kurzfristig oder planbar ein Sprachmittler hinzugezogen werden kann, oder welche Alternativen zusätzlich für eine Verständigung eingesetzt werden können. Die Hinzuziehung von Familienangehörigen, insbesondere von Kindern, als Übersetzer sollte sehr kritisch gesehen bzw. vermieden werden.
- Schwangerschaft und/oder Kinder in der Familiensituation:
- Durch eine Schwangerschaft können sich Beziehungsgefüge verändern und Gewaltsituationen entstehen oder weiter eskalieren. Hierauf sollte im ärztlichen Kontakt geachtet werden. Sind bereits Kinder in der Familie, so können diese sowohl mittelbar (als Zeugen von Gewalt zwischen Erwachsenen) als auch unmittelbar von Gewalt betroffen oder bedroht sein. Auch hierauf sollte die Aufmerksamkeit im ärztlichen Kontakt gelenkt werden. Informationen zu speziellen Hilfeangeboten für Kinder im Umfeld der Praxis oder der Klinik gehören idealerweise auch in den Praxisordner (s. o.).
- Sexualisierte Gewalt:
- Durch diese Form des Übergriffs werden oft besondere seelische und körperliche Verletzungen herbeigeführt, die einer spezifischen Betreuung bedürfen. Insbesondere das Untersuchungs- und Befundsicherungsregime ist umfangreich und fällt in seinem Ablauf und durch die notwendigen Hilfsmittel zur Spurensicherung aus dem Rahmen einer üblichen gyn-

Bundesgesundheitsbl 2016 · 59:81–87 DOI 10.1007/s00103-015-2269-4
© Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2015

H.L. Graß · B. Gahr · S. Ritz-Timme

Umgang mit Opfern von häuslicher Gewalt in der ärztlichen Praxis. Anregungen für den Praxisalltag

Zusammenfassung

Das Feld „Gewaltopferwahrnehmung und -versorgung in medizinischen Einrichtungen“ wird seit vielen Jahren in vielfältiger Weise thematisiert. In medizinischen und anderen Fachbereichen wird dazu insbesondere versorgungsorientiert geforscht, publiziert und praktisch gearbeitet. Handlungsleitfäden für die Versorgung von Personen, denen Gewalt widerfahren ist, liegen ebenso vor wie Bedarfsanalysen, um nur einige Beispiele zu nennen, die die Fülle des vorhandenen Wissens dokumentieren. Die Integration dieser Kenntnisse in den medizinischen Alltag von Klinik und Praxis gelingt aber offenkundig oft immer noch nicht optimal und ist durch unterschiedliche Stolpersteine und Hürden geprägt. Aus den Erfahrungen eines Modellprojekts zur medizinischen Intervention gegen Gewalt an Frauen in der ärztlichen Praxis („MIGG“-Projekt unter Förderung des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ)) 2008–2010 werden

Ansätze für eine optimale Gewaltopferbetreuung im Praxisalltag vorgestellt. Die zentralen Schritte zu diesem Ziel sind: 1) Entscheidung des gesamten Praxisteam für eine gewaltopferzentrierte Betreuungsarbeit in der Praxis und 2) die Implementierung zugehöriger Prozesse und Strukturen für die konkrete Betreuung (z. B. adäquate Dokumentation in der Patientenakte, Informationsangebote in der Praxis, Zusammenstellung von nachgelagerten Hilfeangeboten in der Region und Kontaktpflege zu den Institutionen, Fortbildungsmaßnahmen). Anhand eines Stichwortkatalogs wird ein Überblick für ein optimiertes Praxismanagement angeboten. Darauf aufbauend werden einzelne Arbeitsbereiche, insbesondere Besonderheiten bei der Befundsicherung, näher erörtert.

Schlüsselwörter

Gewaltopfer · Ärztliche Praxis · Praxismanagement · Befundsicherung

Dealing with victims of domestic violence. Suggestions for daily practice

Abstract

The recognition of victims of violence and their treatment in medical facilities is a subject which has been covered for several years in a number of ways. In medicine and in other disciplines, the focus of research, publication, and practical work has been on the quality of care provided. Guidelines for the treatment of victims of violence have been developed and needs have been assessed. These examples show there is an abundance of knowledge on the subject. Nevertheless, the transfer of this knowledge into the everyday practice of medicine at hospitals and doctors' offices is clearly still not functioning in an optimal way and faces a wide range of hurdles and stumbling blocks. Based on the experience gained in a pilot project involving the medical intervention in doctors' offices against violence perpetuated against women (Project MIGG, funded by the German Federal Ministry of Family, Senior Citizens, Women and Youth (BMFSFJ)), approaches for the optimal treatment of victims of violence in outpa-

tient medical facilities are presented. The key steps to achieving the goal of optimal treatment are: (i) the entire practice team commits to establishing a victim-centered approach to care and (ii) the necessary processes and structures are implemented (i.e., adequate documentation in patient records, patient information is made available in the doctor's office, information on post-treatment services and sources of support in the region are provided, contact is maintained with such institutions, and programs of further education are offered). This paper provides a catalogue of keywords with an overview illustrating how to optimize practice management to deal with cases of domestic violence. In addition, various areas of work are described, such the special requirements involving the collection of evidence.

Keywords

Victim of violence · Doctor's office · Practice management · Securing of evidence

näkologischen Untersuchung heraus. So ist auf die Sicherung von möglichen Spuren am Körper zu achten,

die – bei fachkundiger Untersuchung – für eine spätere DNA-Untersuchung zur Verfügung stehen. Auf das

notwendige Material (Abstrichtupfer, ideal selbst-trocknende Tupfer) sollte bei Bedarf zugegriffen werden können. An dieser Stelle sei auch auf die Sinnhaftigkeit von Blut- oder/und Urin-Asservierung hingewiesen, da über solche Substrate eine toxikologische Untersuchung möglich wird, die Aussagen über psychophysische Beeinträchtigungen des Opfers ermöglichen (spezielle Untersuchungsleitfäden z. B. unter www.frauennotruf-frankfurt.de oder www.dggg.de).

- Akute Retraumatisierung im Gesprächssetting;
- Dieser Aspekt ist bedeutsam, da er – insbesondere bei unklaren Hintergründen für den Arztkontakt – immer unausgesprochen bedacht werden sollte. Im Rahmen der Weiterbildung „Psychosomatische Grundversorgung“ oder in Kursen zu Krisenkommunikationstechniken werden Angebote für eine angemessene Unterstützung in einer solchen Akutsituation gemacht. Daher soll hier nicht näher darauf eingegangen werden.

Notfallplanung

Sowohl die Sicherheit der betreuten Patientinnen und Patienten als auch die der Praxismitarbeiter(innen) und auch der eigenen Person darf im Kontext der Gewaltopferbetreuung nicht außen vor bleiben. Im Praxisablauf sollte folglich ein sogenannter Notfallplan für verschiedene Situationen erarbeitet und regelmäßig besprochen werden.

Für eine akute Notfallsituation einer Patientin oder eines Patienten, die oder der durch Gewaltbetroffenheit so gefährdet erscheint, dass eine Rückkehr aus der Praxis in das häusliche Umfeld nicht möglich ist, ist eine alternative Unterbringung zu eruieren. Hier kann bei entsprechender Indikation eine Krankenseinweisung erfolgen, in ein Frauenhaus vermittelt oder eine andere individuelle Lösung gewählt werden. Entsprechende Kontakte können in einem Praxisordner (s. o.) abgelegt sein.

Bei Gefahr der Eigengefährdung oder einer Gefährdung der Praxismitarbeiter/innen sind erlernte Deeskalationsstrategien im Gespräch, aber auch im Handeln

hilfreich, bevor notfallmäßig, z. B. über ein gemeinsam in der Praxis verabredetes Codewort, die Polizei alarmiert wird.

Fokus gerichtsfeste Befundsicherung

Speziell bei der Untersuchung und Befunddokumentation sind im Zusammenhang mit einem berichteten Gewalterleben einige Besonderheiten zu beachten, um eine gerichtliche Verwertbarkeit (sowohl für zivil- als auch strafrechtliche Verfahren) zu ermöglichen. Diese Aspekte beruhen darauf, dass neben der Ableitung einer medizinisch nachvollziehbaren Diagnose und Therapie rechtsrelevante Fragen zum Geschehen („wer hat was wann wie gemacht?“) anhand der ärztlichen Unterlagen beantwortbar sein sollten [14–18]. So ist zum Beispiel nicht nur die Feststellung von Blutergüssen an einer Körperregion bedeutsam, sondern auch die Farbe, die genaue Lage, Größe und Form des Hämatoms, um über diese Informationen eine Einschätzung zu Zeitpunkt und Art der Gewalteinwirkung vornehmen zu können. Die abschließende Beurteilung von Verletzungsbefunden sollte dabei in die Hand von medizinischen Experten aus dem Gebiet der Rechtsmedizin gelegt werden. Ohne eine korrekte, gerichtsfeste Dokumentation wird aber auch der Experte Befunde nicht beurteilen können. Aus diesem Grund kommt der Dokumentation in der Praxis eine große Bedeutung zu. Dies ist auch dann der Fall, wenn ein/e Patient/in eine Gewalttat zunächst gar nicht zur Anzeige bringen möchte. Die Erfahrung zeigt, dass solche Entscheidungen sehr oft überdacht und revidiert werden. Wenn dann keine Dokumentation vorliegt, kann die Tat im Zweifel bei Gericht nicht mit der erforderlichen Sicherheit bewiesen werden, was zu einer erheblichen sekundären Traumatisierung der Betroffenen führen kann. Das sollte mit den Betroffenen besprochen und ihnen eine gerichtsfeste Dokumentation angeraten werden.

In **Abb. 2** sind Stichpunkte zur Gestaltung einer gerichtsfesten Befundsicherung aus der Med.Doc.Card© abgebildet. Nachfolgend wird auf besonders beachtenswerte Punkte, die sowohl die Unter-

sucher/innen als auch die Patienten/innen absichern, näher eingegangen.

Nach Sicherung der Anamnese zum Gewaltgeschehen, bei dem auf eine wortgetreue Dokumentation der Patientenangaben zu achten ist, sollte der betreffenden Person eine Untersuchung „von Kopf bis Fuß“ angeboten werden, damit auch solche Befunde gesichert werden können, die aus Patient(inn)ensicht entweder nicht gesehen oder nicht beachtet wurden. Wird der Wunsch, nur bestimmte Körperregionen ärztlich untersuchen lassen zu wollen, trotz entsprechender Information über die Sinnhaftigkeit einer umfangreicheren Untersuchung aufrechterhalten, ist diesem selbstverständlich Folge zu leisten. Dies sollte aber unbedingt in der Dokumentation mit erwähnt werden. Gleiches gilt auch für sogenannte Negativbefunde, das heißt, es soll aktiv dokumentiert werden, wenn bei einer Untersuchung keinerlei Befunde erhoben wurden bzw. an welchen Körperstellen keine Befunde festgestellt werden konnten. Weiterhin ist im Gewaltkontext zu beachten, sogenannte Bagatell-Befunde ebenso sorgfältig zu erfassen wie schwerwiegender bewertete Verletzungen. Auch dieser Aspekt hebt sich vom therapieorientierten Ansatz ab, und dies ist oft der Grund dafür, dass solche aus medizinisch-therapeutischer Sicht geringfügige Verletzungen bei einer Dokumentation außen vor bleiben.

Die jeweilige Befundbeschreibung kann durch eine schriftliche Erfassung wesentlicher Merkmale in Verbindung mit einer Lagedokumentation mittels Einzeichnung in eine Körperschemazeichnung begonnen und mit einer Fotodokumentation abgeschlossen werden (hier soll insbesondere die Farbgebung ausgewiesen sein, da diese bei einer Fotodokumentation von der Wiedergabequalität der später genutzten Geräte – sowohl bei digitaler Wiedergabe als auch bei einer Fotografie-Herstellung – beeinflusst werden kann). Speziell diese Kombination von Schrift, Körperschema und Foto macht die Befundsicherung zeitsparend und aussagekräftig zugleich, wenn die Stichpunkte der nachfolgend formulierten Frage bei der Befundbeschreibung beachtet werden: Wo am Körper ist welcher Befund und mit welchen Attributen

Ablaufschema

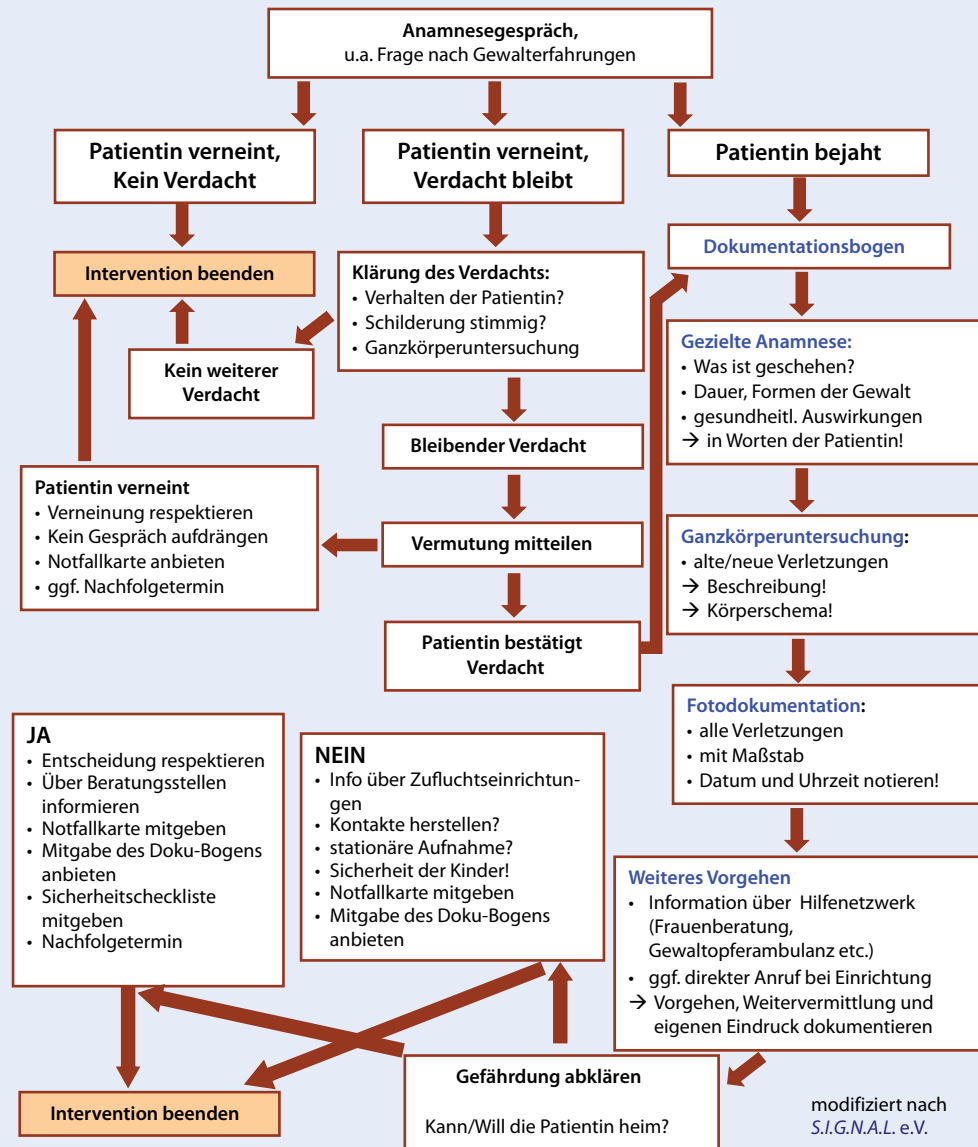


Abb. 2 ◀ Beispielhaftes Ablaufschema für die Kontaktgestaltung. Exzerpt aus dem Praxisbegleitordner im Modellprojekt MIGG. Mit freundlicher Genehmigung von © H. L. Graß, B. Gahr und S. Ritz-Timme

ist dieser näher zu beschreiben? Konkrete Anleitungen und Vorlagen bieten die Med.Doc.Card© oder diverse Leitfäden zur Befunddokumentation bei häuslicher Gewalt, wie sie u. a. von den Landesärztekammern angeboten werden.

Bei den Verletzungsattributen kann auf medizinisches Wissen (insbesondere aus dem Bereich Rechtsmedizin als Pflichtfach im Medizinstudium) zurückgegriffen werden. So ist zum Beispiel nicht nur

die Feststellung von Blutergüssen an einer genau definierten Körperstelle bedeutsam, sondern auch deren Farbgestaltung, die genaue Lage (unter Nutzung von Entfernungsmessungen zu anatomischen Bezugspunkten), die genaue Größe (idealerweise Messwerte) und die Form des Hämatoms, um über diese Informationen eine Einschätzung zu Zeitpunkt und Art der Gewalteinwirkung vornehmen zu können.

Zur Fotodokumentation sei auf folgende Fallstricke und Besonderheiten hingewiesen: Die Fotodokumentation bedarf der Zustimmung der untersuchten Person. Wird nur eine eingeschränkte Zusage oder auch eine Ablehnung ausgesprochen, so soll dies wertneutral (als reine Feststellung des Sachverhaltes) festgehalten werden. Die Anfertigung von Fotos kann digital erfolgen; die sorgfältige Sicherung der entsprechenden Dateien ist im Pra-

xismmanagement zu regeln, um den Datenschutz zu gewährleisten und auch die Gefahr eines Datenverlustes zu bannen. Bei der Datenspeicherung sollen alle angefertigten Fotos gesichert werden, damit die gesamte Fotoreihe bei Bedarf zur Verfügung gestellt werden kann. Auch kann so einem eventuellen Vorwurf der parteilichen Fotosicherung entgegengetreten werden, wenn in einem späteren Gerichtsverfahren auf Lücken in der digitalen Bildreihe hingewiesen würde.

Zur Identitätssicherung sollte eine Ganzkörperübersichtsaufnahme oder eine Porträtaufnahme (im bekleideten Zustand) der Fotodokumentation vorangestellt werden. Die jeweiligen Befunde sollten nach der Regel „von der Übersicht zum Detail“ und unter Integration eines Maßstabes fotografiert werden. Hierzu kann beispielsweise ein einfaches Lineal oder die Randleiste der Med.Doc.Card® mit der Lineal-Leiste und den Farbfeldern genutzt werden. Damit anhand von Fotos eine spätere Orientierung zur Lage am Körper (z. B. wo ist auf dem Bildausschnitt kopfwärts/oben oder die linke Körperseite) sicher abgeleitet werden kann, ist zum einen das Übersichtsbild sehr wichtig. Zum anderen sollte darauf geachtet werden, die Bildachse der verwendeten Kamera nicht zu verändern oder auch die Lineal-Einbindung in das Bild immer in gleicher Ausrichtung zur Körperachse vorzunehmen (z. B. Lineal wird immer in Richtung Füße und in Richtung der rechten Körperseite in den Bildausschnitt einbezogen).

Die unterschiedlichen Handlungsleitfäden, auf die bereits an anderer Stelle hingewiesen wurde, stellen eine Möglichkeit dar, im Praxisalltag strukturierte Abläufe zu gestalten, zu dokumentieren und auch für die Patientinnen und Patienten transparent zu machen.

Das Erkennen von Gewaltfolgen sowie die gerichts feste Dokumentation und Spurensicherung (inklusive einer bedarfsweisen Sicherung von Asservaten für eine DNA-Analyse und/oder toxikologische Untersuchung) können eine große Herausforderung für Ärztinnen und Ärzte sein. Einen Ausblick auf telematische Unterstützungsmöglichkeiten für Ärztinnen und Ärzte bei der Betreuung von Gewaltopfern bietet das Modellprojekt

GOBSIS (www.gobsis.de). Hierbei handelt es sich um ein webbasiertes Angebot für eine angeleitete Untersuchung inklusive gerichts fester Befunddokumentation und Spurensicherung. Über einen kontrollierten Online-Zugang kann ein Untersucher/eine Untersucherin in diesem Programm unter Wahrung der Datenschutzrichtlinien einen Behandlungsfall (Pseudonymisierung mittels eines Zeichencodes) anlegen und alle relevanten Befunde in einer virtuellen Akte bündeln. Dabei stehen ihm praktikable Dokumentationshilfen zur Verfügung sowie die Möglichkeit einer „On-demand“-Beratung durch eine Fachärztin/einen Facharzt für Rechtsmedizin. In der aktuell laufenden Modellphase wird das Programm auf Nutzungsstabilität und Sicherheit sowie Praxistauglichkeit erprobt. In der Modellphase ist der Online-Zugang nur für Projektteilnehmer nutzbar. Die Homepage www.gobsis.de bietet allerdings jetzt schon öffentlich wichtige Informationen für die ärztliche Versorgung von Gewaltopfern.

In Verbindung mit bereits vorhandenen Print-Materialien (siehe diverse Leitfäden) zur Unterstützung der ärztlichen Befunderhebung nach Gewalterleben können solche telematischen Ansätze mutmaßlich auch hier zukünftig deutlich im Praxisalltag unterstützen. Die Datensicherheit muss dabei allerhöchste Priorität haben und stellt diesbezügliche Umsetzungsstrategien vor die größte Herausforderung.

Hürden bei der Umsetzung

Nachdem auf die unterschiedlichen Aspekte einer gewaltopferzentrierten medizinischen Versorgung eingegangen wurde, sollen damit einhergehende Barrieren und Hindernisse nicht unerwähnt bleiben. Denn die Diskussion mit Ärztinnen und Ärzten in Klinik und Praxis zeigt – trotz der nun schon gut etablierten Wissensstände zum Stichwort „Gewalt macht krank“ – nicht außer Acht zu lassende Hindernisse bei der Umsetzung. Im Modellprojekt MIGG (s. o.) konnte insbesondere herausgearbeitet werden, dass ärztliche Akteurinnen und Akteure nicht allein für die vielfältigen Bedürfnisse eines Gewaltopfers (medizinische, psychosoziale und juristische Problemfelder)

verantwortlich sein wollen und können. Entsprechend ist eine tragfähige Vernetzung mit den Akteurinnen und Akteuren der Institutionen im Praxis- oder Klinikumfeld erforderlich, um psychosoziale oder rechtliche Hilfe anfragen zu können. Der Aufbau und die Pflege eines solchen Netzwerks kann einer Einzelperson im ärztlichen Sektor nicht zugeschrieben werden. Es ist daher erforderlich, systematisch und flächendeckend regional angepasste Strukturen zu schaffen, die über eine zentrale Moderatorenstelle koordiniert werden.

Auch ist die Schaffung einer Rechtssicherheit eine wichtige Basis für ärztliches Handeln im Gewaltopfersektor. Neben allgemeinen Fortbildungen und Publikationen zu dieser Thematik, die angeboten werden und abzurufen sind, erscheint es ergänzend von hoher Relevanz, im „Ernstfall“ unkompliziert eine Fachberatung in Anspruch nehmen zu können, um eventuelle Unsicherheiten im konkreten Fall ausräumen zu können. Hier bieten bereits viele rechtsmedizinische Institute in Deutschland über die dort etablierten Strukturen durch Telefon-Beratung, durch Fall-Konsile (auch online) und durch eigene Untersuchungsangebote für Gewaltopfer Unterstützung an. Ein oben erwähnter telematischer Ansatz (www.gobsis.de) könnte hier ebenfalls Bedeutung erlangen.

Eine weitere nicht unwesentliche Barriere ist die Frage nach einer angemessenen Honorierung für die geleistete ärztliche Arbeit sowohl im Einzelfall „am Patienten“ als auch im regionalen Netzwerk im Sinne einer „Systempflege“. Medizinische Leistungen können nicht regelhaft und standardisiert angeboten und durchgeführt werden, wenn nicht auch eine Sicherstellung der Finanzierung besteht. Diese Aufgabe kann – so die bisherige Erfahrung der Autorinnen – nur als gemeinsames Projekt der Verantwortlichen in Politik und Gesundheitswesen gemeistert werden.

Abschließend soll und darf nicht außer Acht bleiben, dass es immer eine persönliche, individuelle Entscheidung jeder Ärztin und jedes Arztes bleibt, ob und wie sie oder er sich der Thematik der Gewaltopferbetreuung konkret zuwendet. Eine eigene Betroffenheit oder das Anerken-

nen eigener Grenzen haben ein Recht auf Beachtung. Es sollte dann aber zumindest ein alternativer Weg für solche Gewaltopfer, die einen besonderen Betreuungsbedarf erkennen lassen, bekannt sein und angeboten werden.

Fazit

Menschen, denen in vielfältiger Weise Gewalt widerfahren ist, nutzen oft den niedrigschwelligen Zugang zum medizinischen Hilfesystem. Neben dieser Tatsache kann als Faktum angesehen werden, dass Gewalt krank macht und Hilfe im Gesundheitssystem angeboten werden sollte, die über die klassische medizinische (körperliche wie seelische) Diagnostik und Therapie hinaus geht. Da diese Hilfe andere Aspekte in den Vordergrund rückt, als es im Regelversorgungskonzept von Praxis und Klinik üblich ist, sind neue Kenntnisse und Abläufe in der ärztlichen Praxis zu etablieren, die diesen Bedürfnissen gerecht werden. Hier seien insbesondere eine aussagekräftige Befundssicherung und eine Beratung über oder eine Vermittlung in das psychosoziale Hilfesystem in der Region genannt. Zur Unterstützung der Ärzteschaft bei der Umsetzung dieser Erfordernisse stehen unterschiedliche Materialien und Schulungsangebote bereit, neue Unterstützungsangebote sind in Entwicklung. Zur Verbreitung und Verstärkung einer gewaltopferzentrierten medizinischen Versorgung bedarf es darüber hinaus aber auch gesundheitspolitischer Veränderungen. Eine gewaltopferzentrierte medizinische Versorgungsstruktur ist möglich und nötig. Jede Ärztin und jeder Arzt, die oder der sich in seinem beruflichen Umfeld mit dieser Thematik auseinandersetzt und spezifische Angebote etabliert, unterstützt nicht nur betroffene Individuen. Es werden auf diese Weise auch die notwendigen Zeichen für eine Strukturänderung gesetzt.

Korrespondenzadresse

PD Dr. med. H.L. Graß
Akademie für öffentliches Gesundheitswesen
Düsseldorfer, Kanzlerstraße 4, 40472 Düsseldorf
Grass@akademie-ogw.de

Danksagungen. Die Autorinnen danken Frau Dr. Lydia Berendes für die Mitarbeit im MIGG-Projekt, deren Anregungen zum Praxismangement in diese Publikation einbezogen wurden. Ein weiterer Dank gilt Herrn Sturm für die redaktionelle Unterstützung bei der Manuskripterstellung. Zum Schluss sei allen Mitwirkenden im MIGG-Projekt ein Dank ausgesprochen.

Einhaltung ethischer Richtlinien

Interessenkonflikt. H. L. Graß, B. Gahr und S. Ritz-Timme geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Literatur

1. Dutton MA (2002) Gewalt gegen Frauen. Verlag Hans Huber, Bern
2. Campell JC (2002) Health consequences of intimate partner violence. *Lancet* 359(9314):1331–1336
3. Schröttle M, Müller U (2004) Lebenssituation, Sicherheit und Gesundheit von Frauen in Deutschland. Eine repräsentative Untersuchung zu Gewalt gegen Frauen. Im Auftrag des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. <http://www.bmfsfj.de/BMFSFJ/Service/publikationen,did=110360.html>
4. Mark H (2001) Häusliche Gewalt gegen Frauen: Ergebnisse einer Befragung niedergelassener Ärztinnen und Ärzte. Tectum Verlag, Marburg
5. Robert Koch-Institut (Hrsg) (2008) Gesundheitsberichterstattung des Bundes Heft 42 – Gesundheitliche Folgen von Gewalt unter besonderer Berücksichtigung von Häuslicher Gewalt gegen Frauen. http://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/Themenhefte/gewalt_inhalt.html
6. Jungnitz L, Lenz HJ, Puchert R, Ruhe H, Walter W (2007) Gewalt gegen Männer. Personale Gewaltwiderfahrnisse gegen Männer in Deutschland. Verlag Barbara Budrich, Opladen
7. FRA – Agentur der Europäischen Union für Grundrechte Gewalt gegen Frauen (2014) Eine EU-weite Erhebung. Luxemburg: Amt für Veröffentlichungen. http://fra.europa.eu/sites/default/files/fra-2014-vaw-survey-at-a-glance_de_0.pdf
8. Wieners K, Hellbernd H, Jenner SC, Oesterhelweg L (2012) Häusliche Gewalt in Paarbeziehungen. Intervention und Prävention. *Notfall Rettungsmed* 15:65–80
9. Bundesministerium für Familien, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg) (2012) Implementierungsleitfaden zur Einführung der Interventionsstandards in die medizinische Versorgung von Frauen. <http://www.bmfsfj.de/RedaktionBMFSFJ/Broschuerenstelle/Pdf-Anlagen/Implementierungsleitfaden,property=pdf,bereich=bmfsfj,sprache=de,rwb=true.pdf>
10. Weltgesundheitsorganisation (2013) Umgang mit Gewalt in Paarbeziehungen und mit sexueller Gewalt gegen Frauen. Leitlinien der WHO für Gesundheitsversorgung und Gesundheitspolitik. Deutsche Übersetzung (autorisiert durch WHO) S.I.G.N.A.L. e. V. http://www.signal-intervention.de/index.php?np=16_3_0_0
11. Graß H, Berendes L, Mützel E, Preuss R, Ritz-Timme S (2013) „Medizinische Intervention gegen Gewalt an Frauen“ Ergebnisse eines Modellprojekts. *Rechtsmedizin* 3:180–185
12. Banaschak S, Gerlach K, Seifert D, Bockholdt B, Graß H (2014) Empfehlungen. Forensisch-medizinische Untersuchung von Gewaltopfern. Empfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Rechtsmedizin. *Rechtsmedizin* 5:405–411
13. Graß H, Steffens M, Hefer B (2014) Gewaltprävention – schwierige Gradwanderung in der ärztlichen Praxis. *Dtsch Arztebl* 10:450–451
14. Graß H, Rothschild MA (2004) Klinische Rechtsmedizin. Aufgaben und Herausforderungen im Rahmen der medizinischen Betreuung von Opfern häuslicher Gewalt. *Rechtsmedizin* 14:188–192
15. Blättner B, Frerick B, Müller I (2008) Gesundheitliche Folgen häuslicher Gewalt. Ärzte sollen ganz genau hinschauen. *Dtsch Arztebl* 105(1–2):23–27
16. Rodriguez M, Baur H, McLoughlin E, Grumbach K (1999) Screening and Intervention for intimate partner abuse. Practices and attitudes of primary care physicians. *J Am Med Ass* 281:468–474
17. Seifert D, Heinemann A, Anders S, Gehl A, Schröder J, Püschel K (2006) Vergleichende klinisch-rechtsmedizinische Analyse von Verletzungsmustern. Charakteristika bei Opfern von Partnerschaftskonflikten. *Rechtsmedizin* 16(4):205–211
18. Seifert D, Heinemann A, Püschel K (2006) Frauen und Kinder als Opfer häuslicher Gewalt. *Dtsch Arztebl* 103(33):A2168–A2174