



### Elektronischer Sonderdruck für

**P. Brzank**

Ein Service von Springer Medizin

Bundesgesundheitsbl 2010 · 53:520–524 · DOI 10.1007/s00103-010-1054-7

© Springer-Verlag 2010

zur nichtkommerziellen Nutzung auf der  
privaten Homepage und Institutssite des Autors

**P. Brzank**

## Häusliche Gewalt und Gesundheit: Stand der internationalen Forschung und Diskussion

Bericht über die fünfte US-amerikanische „National Conference on Health and Domestic Violence“

# Häusliche Gewalt und Gesundheit: Stand der internationalen Forschung und Diskussion

## Bericht über die fünfte US-amerikanische „National Conference on Health and Domestic Violence“

Im Turnus von zwei Jahren lädt der Family Violence Prevention Fund (FVPF)<sup>1</sup> zu seiner „National Conference on Health and Domestic Violence“ ein (vergleiche [1]). Der fünfte Kongress fand vom 8. bis 10.10.2009 in New Orleans (USA) statt. Als Nicht-Regierungsorganisation (NGO) trägt der FVPF seit 1989 wesentlich zur Prävention von Gewalt an Frauen und Kindern bei: Seine Betätigungsfelder umfassen Öffentlichkeitsarbeit, Aufklärung und Sensibilisierung im Justiz- und Gesundheitsbereich sowie politische Arbeit. Das Initiieren von und das Mitwirken bei Kampagnen, politischen Reformen, Bildungsangeboten und Präventionsbemühungen machen den FVPF zu einer bedeutenden nationalen und mittlerweile internationalen Einrichtung. Er hat wesentlich dazu beigetragen, neue Zielgruppen anzusprechen (Männer, Jugendliche) und Felder in der Gewaltprävention zu bearbeiten. Hierzu zählen die Verankerung von Präventionsmaßnahmen in Gemeinden sowie die Sensibilisierung von Berufsgruppen der Gesundheitsversorgung und der strafrechtlichen Verfolgung, von Arbeitgebern, anderen Personen im Umgang mit Gewalt sowie der Gewaltbetroffenen selbst.

An der Konferenz 2009 nahmen etwa 750 der weltweit führenden Expertinnen

und Experten aus Forschung, Praxis und Politik teil, um sich über die neuesten Studienergebnisse und Präventionsstrategien bei häuslicher Gewalt sowie über innovative Interventions- und Unterstützungsprogramme für Betroffene auszutauschen. Dieser Kongress ist wegen seiner Themenvielfalt und Multidisziplinarität zum größten seiner Art im Feld interpersoneller Gewalt und Gesundheitsversorgung geworden. Vertreten waren sowohl Wissenschaftler/innen, Ärzte/innen, Zahnärzte/innen, Pflegekräfte, Hebammen, Sozialarbeiter/innen und andere Gewalt-Experten/innen sowie Betroffenenengruppen. In mehr als 65 Workshops, Posterpräsentationen und Plenarveranstaltungen wurden die neuesten Forschungsergebnisse und klinischen Programme zur häuslichen Gewalt vorgestellt. In ihrer Eröffnungsrede skizzierte die Präsidentin des FVPF, Frau Esta Soler, das Selbstverständnis ihrer Organisation mit den Worten „We are working toward the day when doctors and other health care providers routinely assess patients for violence and help those who are in danger.“

Aufgrund ihrer wiederholten Teilnahme an der Konferenz konnte die Autorin beobachten, wie sich die Themen und Schwerpunkte im Lauf der Zeit als Folge der Diskussionen und Veränderungen in Wissenschaft und Praxis gewandelt ha-

ben [1]: Bei den ersten Konferenzen standen die Gesundheitsfolgen häuslicher Gewalt im Mittelpunkt, nun rücken die Förderung respektvoller Beziehungen unter Jugendlichen im Sinne eines Empowerments bei Mädchen und jungen Frauen in den Fokus. Geschärft hat sich der Blick auf die Genderspezifika bei Partnergewalt: Wurde bei der Konferenz im Jahr 2007 darauf eingegangen, dass Männer auch Opfer von Partnergewalt werden können, so wurde bei dieser Tagung explizit die Gendersymmetrie, das heißt die gänzlich andere Betroffenheit von Frauen im Vergleich zu männlichen Opfern betont. Fortgeführt wurde bei dieser Konferenz die vordem begonnene Auseinandersetzung mit der Wirkung von Interventionsmaßnahmen, mit deren Evaluation, mit Outcome-Messungen sowie der Kosteneffektivität.

### Programm

Die Konferenzbeiträge gaben einen aktuellen Überblick auf die folgenden Themenkomplexe:

- Stand der Forschung: Resümee zur Entwicklung der Forschung zum Komplex interpersonelle Gewalt,
- Intervention in der Gesundheitsversorgung bei Partnergewalt: Outcome und Effektivität von Maßnahmen, Nachhaltigkeit, Potenziale

<sup>1</sup> <http://www.endabuse.org>.

- der Gesundheitsreform für Gewaltbetroffene,
- Gewalt und Geschlecht: zur Frage der Geschlechtersymmetrie von Partnergewalt,
- Gewalt und Gesundheit: Trauma und posttraumatische Belastungsstörung (PTSD), Komorbidität, Substanzmittelkonsum, reproduktive Gesundheit, Bekämpfung von Gesundheitsungleichheiten,
- Teendating-Violence: reproduktiver Zwang, Förderung gesunder Beziehungen unter Jugendlichen,
- Kosten von Gewalt gegen Frauen: neuere Kostenkalkulationen und Berechnung von Einsparpotenzialen,
- Forschungsmethoden: randomisierte kontrollierte Studien, Kostenberechnungen, Kosteneffektivität.

Im Folgenden werden einige inhaltliche Schwerpunkte der Konferenz vorgestellt.

## Gender und Partnergewalt

Ein Workshop widmete sich dem Thema „Gender und Partnergewalt“. Vorliegende Daten, so die Vortragenden, unterstützen keinesfalls – wie häufig konstatiert wird – die These, dass Männer und Frauen gleichermaßen von Partnergewalt betroffen seien oder sie selbst ausüben würden und dass es keine Unterschiede in Häufigkeit, Schwere und Folgen geben würde. Auch wenn Studien belegen, dass Frauen physische Gewalt in Beziehungen anwenden, so deuten weder der Anteil an gewalttätigen Frauen noch die Art ihrer Handlungen auf eine Symmetrie hin. Die Gewalt, die von Frauen ausgeht, sei normalerweise nicht mit Einschüchterung, Zwang und Vergewaltigung verbunden. Männer haben seltener unter Verletzungen und Einschränkungen ihrer alltäglichen Lebensaktivitäten aufgrund von Gewalt durch eine Partnerin zu leiden als Frauen. Verschiedene Ursachen sind nach Ansicht der Vortragenden für diesen Genderbias verantwortlich. Vor allem die Reduzierung von Partnergewalt auf physische Gewalt, das heißt die fehlende Berücksichtigung von sexualisierter Gewalt oder Macht und Kontrolle bei der Erfassung von Partnergewalt, führt zu diesem ver-

zerrten Ergebnis. Partnergewalt umfasst jedoch ein komplexes Gefüge aus verschiedensten Gewaltformen wie sexualisierte Gewalt, psychische Misshandlung, ökonomischer Zwang oder Stalking. Eine Forschung, die nur physische Gewaltakte zählt, sei defizitär.

### Michelle Lynberg, Centers for Disease Control and Prevention, USA

Michelle Lynberg, die als Epidemiologin am CDC (Department Violence Prevention: Etiology and Surveillance, ESB) die Implementierung des Projektes „National Intimate Partner and Sexual Violence Surveillance System“ (NISVSS) leitet, erklärte, wie eine gendersymmetrische Betroffenheit von Partnergewalt durch ein Reporting-Bias entsteht. Anhand einer nationalen kriminologischen Befragung des CDC zu Opfer- und Täterschaft in Paarbeziehungen verdeutlichte sie das unterschiedliche Antwortverhalten von Männern und Frauen. Frauen berichten wesentlich exakter von Viktimisierung und Täterschaft als Männer. Die Berichtsdiskrepanz zwischen Frauen und Männern vergrößert sich in dem Maße, wie die soziale Unerwünschtheit eines Verhaltens zunimmt. Beide Geschlechter berichten gleichermaßen von psychischer Gewalt, sei sie erlitten oder verübt. Bei schwerer physischer Gewalt jedoch wird im Vergleich der Opfer- und Täterzahlen, differenziert nach Geschlecht, deutlich, dass Männer weitaus seltener berichten, gewalttätig gewesen zu sein, als die Opferzahlen bei Frauen vermuten lassen. Frauen hingegen gestehen häufiger ein, Gewalt angewendet zu haben, als sich Männer als Opfer sehen. Es kann angenommen werden, dass das unterschiedliche genderspezifische Verständnis von Gewalt zu den Unterschieden im Eingestehen von erlittener oder ausgeübter Gewalt führt. So kann es zu einem Genderbias im Hinblick auf eine Gendersymmetrie kommen.

### Jay Silvermann, Harvard School of Public Health, Boston, USA

Auch Jay Silvermann, Entwicklungspsychologe und Public-Health-Wissenschaftler an der Harvard School of Public Health in Boston (USA), ging auf

den Reporting-Bias ein. Im geschlechtsspezifischen Rollenbild von Frauen und Männern vermutet er die Ursache: Gewalt beziehungsweise körperliche Durchsetzungskraft gehöre zum männlichen Selbstverständnis und werde daher nicht erwähnt. Abschließend argumentierte Herr Silvermann, dass ebenso wie eine ethnizitäts- oder kulturneutrale Erforschung eine geschlechtsneutrale Betrachtung von interpersonaler Gewalt nicht angemessen sei.

## Partnergewalt unter Heranwachsenden

Ein weiterer Schwerpunkt der Konferenz lag auf der Partnergewalt unter Heranwachsenden, dem sogenannten Teendating-Violence (TDV). Nach empirischen Ergebnissen ist TDV weit verbreitet. Diese Form der Gewalt im heranwachsenden Alter hat Einfluss auf den Schulbesuch der Betroffenen, das Risiko einer HIV-Infizierung – das bei Mädchen um das 20-Fache höher ist als bei Jungen –, den Substanzmittelkonsum, ungewollte Schwangerschaft et cetera. Zu diesem Themenfeld wurden sowohl explorative Forschungsprojekte als auch praktische Präventionsmaßnahmen, die auf dem Prinzip des Empowerments junger Frauen beruhen, vorgestellt.

### Elizabeth Miller, Davis School of Medicine, University of California, USA

Elizabeth Miller, Dozentin für Pädiatrie an der Davis School of Medicine der University of California (USA), berichtete über ein Forschungsprojekt zu TDV. In qualitativen Interviews wurden 53 junge Frauen im Alter von 15 bis 20 Jahren, die in einer Klinik für Heranwachsende rekrutiert worden waren, zu Partnergewalt befragt. Ziel der Studie war die Beschreibung von nötigen Verhaltensweisen seitens des Partners, die auf eine Schwangerschaft zielten (vergleiche [2]). Mehr als die Hälfte der Frauen war ungewollt schwanger geworden, in einer Misshandlungsbeziehung war es mehr als ein Drittel, und mehr als ein Viertel berichtete von ungewolltem Geschlechtsverkehr während einer Verabredung. Als zu einer Schwangerschaft nötiges Verhal-

ten nannten die befragten jungen Frauen vielfältige Praktiken: Kondomverweigerung im Kontext aktiver Versuche des Partners, eine Schwangerschaft zu provozieren, Abnehmen des Kondoms während des Geschlechtsverkehrs, Manipulation von Kondomen, wie zum Beispiel durch vorsätzliches Perforieren, Sabotage von Schwangerschaftsverhütung zum Beispiel durch Verhindern der Einnahme oder Anwendung von Verhütungsmitteln.

In einem weiteren Vortrag berichtete Frau Miller von einer gemeindebasierten Intervention zur Reduzierung von Partnergewalt. Ziel dieser Intervention war die Sensibilisierung von Gesundheitsfachkräften in Familienplanungskliniken. Bei der Baseline-Befragung der Patientinnen zeigte sich, dass Partnergewalt das Risiko für eine ungewollte Schwangerschaft zweifach erhöhte. 26% der Frauen berichteten von reproduktivem Zwang, 19% von einem Zwang zur Schwangerschaft durch den Partner (Lebenszeitprävalenz) und 15% von Sabotage bei der Verhütung. Nach der Pilotphase des Sensibilisierungsprojektes zeigen die ersten Ergebnisse ein positives Outcome: Die Verhütungssabotage sank von 39% bei der Baseline auf 10% beim Follow-up, und der Zwang zur Schwangerschaft fiel von 12% auf 2,3%. Frau Miller schlussfolgerte, dass vor einer Beratung zur Kontrazeption immer ein Assessment zum reproduktiven Zwang sowie zur Partnergewalt erfolgen sollte. Die Kombination von Beratung zu Schwangerschaft und Verhütung mit Gewaltprävention kann bei der Reduzierung von ungewollten Schwangerschaften und sexuell übertragbaren Krankheiten/HIV helfen.

Um junge Frauen zu informieren und zu stärken, hat der FVPF ein neues Internetportal unter dem Motto *KnowMore*<sup>2</sup> eröffnet. Es vermittelt Wissen und regt zum Engagement an.

**Jay Silvermann, Harvard School of Public Health, Boston, USA**

Auch Jay Silvermann berichtete von einer Studie, in der Jungen beziehungsweise Mädchen in Fokusgruppen über repro-

duktive Nötigung, Zwang zu (ungewollten) Schwangerschaften, sexuell übertragbare Krankheiten, HIV, Kondomnutzung und Sabotage von Schwangerschaftsverhütung diskutierten. Einer von acht Jungen gab erzwungenen Sex ohne Kondome zu, einer von dreien war in einer Beziehung gewalttätig gewesen und hatte versucht, seine Freundin zu „schwängern“. Herr Silvermann stellte resümierend die Frage, ob für männliche Heranwachsende Gewalt fester Bestandteil der Konstruierung der eigenen Männlichkeit sei.

Spezifische Aufklärung unter Jugendlichen ist unter dem Motto „Gesunde Beziehungen“ nach Ansicht der Vortragenden nötig.

**Interventionsstudien**

**Loraine Bacchus, London School of Hygiene and Tropical Medicine, Großbritannien**

Loraine Bacchus, Sozialwissenschaftlerin an der London School of Hygiene and Tropical Medicine (UK), stellte die Ergebnisse der Evaluation und Implementation des MOZAIC-Programmes vor. Bei diesem Projekt handelt es sich um ein theoriegeleitetes Interventionsprogramm, das Routinebefragungen und eine Weitervermittlung an Beratungsstellen umfasst und in einer Londoner Klinik in der Geburtshilfe und der Station für sexuelle Gesundheit implementiert wurde (2005 bis 2008). Leitende Forschungsfragen waren: Wie, für wen und in welchem Kontext wirkt die Intervention? Mit einem Methodenmix sollten Schlüsselannahmen der Intervention identifiziert und beurteilt werden. Zusammenfassend zeigen die Ergebnisse der Evaluationsstudie unter anderem, dass

1. mehr als 80% der Gesundheitsfachkräfte das Training positiv bewerteten. Eigenes Wissen und Vertrauen beim Ansprechen von häuslicher Gewalt konnten gesteigert werden,
2. sich die Detektionshäufigkeit von häuslicher Gewalt auf der Geburtshilfe-Station innerhalb eines Jahres von 15% auf 47% mehr als verdoppelte, und dass 58% der Patientinnen und Patienten, die das Angebot zur sexuellen Gesundheit in Anspruch nahmen, routinemäßig befragt wur-

den. Allerdings konnte ein generelles Screening nicht erreicht werden, auch differierte die Art der Befragung sehr stark,

3. Geburtshilfe und sexuelle Gesundheitsstationen Orte für frühe Interventionen sind. Frauen auf der Geburtshilfe berichteten dann häufiger von erlittener Partnergewalt, wenn die Gewalt eskalierte (Häufigkeit und Schwere), das Baby durch den Partner bedroht wurde, sie das Ungeborene schützen wollten, bei verminderten Coping-Strategien sowie Demütigungen im Beisein von Gesundheitsfachkräften. Patientinnen und Patienten der Station sexuelle Gesundheit offenbarten Partnergewalt, wenn sexuell übertragbare Krankheiten vorlagen, wenn sie die Kontrolle über sexuelle Praktiken verloren hatten oder der Misshandler sich risikoreich verhielt,
4. von Gewalt betroffene Frauen, die Unterstützung erhalten haben, ihre Situation verbessern können. Im Vergleich der Daten aus der Baseline mit der sechs Monate später durchgeführten Follow-up-Befragung zeigten sich bei diesen Frauen signifikante Verbesserungen beim Gewalt-Assessment-Index, Kontrollverhalten-Index, bei der Selbstsicherheitsskala, der Ängstlichkeits-Depressions-Skala und der Selbstwirksamkeitsskala. Frauen schätzten den flexiblen frauenzentrierten Ansatz und dass Beratung und Veränderung als dynamischer Prozess verstanden werden. Ein positiver Outcome zeigte sich auch bei Frauen, die weiterhin mit ihrem gewalttätigen Partner zusammenlebten (Neubewertung von Stärken und Fähigkeiten, erweitertes Verständnis von Misshandlungsdynamiken, Auswirkungen auf Kinder et cetera). Einige Frauen benötigten eine stärkere Unterstützung nach der Trennung vom gewalttätigen Partner (zum Beispiel wegen Belästigungen, Stalking und Misshandlungen, Isolation, Depression und bei der Unterkunftssuche),
5. Routinebefragung und Vor-Ort-Beratung keine Schäden verursachen: Ist häusliche Gewalt einmal offenge-

<sup>2</sup> <http://www.knowmoresaymore.org>.

legt, so können Frauen beeinträchtigt werden durch Vertrauensbruch, Mangel an oder unverantwortliche Informationsweitergabe, Mangel an oder Fehlen von Dokumentation von häuslicher Gewalt, falsches Aufbewahren der Dokumentation et cetera.

Abschließend leitete Frau Bacchus Konsequenzen für Trainingsprogramme zu häuslicher Gewalt ab.

### **Joane Spangaro, University of New South Wales, Australien**

Auch Joane Spangaro von der University of New South Wales (AU) zeigte mit einer Studie zum Routinescreening und seinen Auswirkungen, dass 34% der von Gewalt betroffenen Frauen einen Nutzen berichteten, 6% hingegen von negativen Folgen, wie zum Beispiel Niedergeschlagenheit.

### **Randomisierte kontrollierte Studien zu Interventionseffekten**

#### **Ann L Coker, University of Kentucky, USA**

Ann L Coker, Epidemiologin und Professorin am Forschungszentrum Gewalt gegen Frauen der Universität Kentucky (USA), berichtete in ihrem Vortrag von einer quasi-experimentellen prospektiven Studie zur Effizienz einer klinischen Beratungsintervention bei Partnergewalt. In der Studie wurden zunächst alle Frauen ab 18 Jahren (5683) in einer der acht Kliniken im ländlichen South Carolina mittels WEB-Scale<sup>3</sup> und AAS<sup>4</sup> auf Partnergewalt gescreent (3664; 74,0% Response). 25,6% (939) Frauen berichteten von Partnergewalt und wurden dem Interventionszweig der Studie zugeordnet. 429 dieser von Gewalt Betroffenen (46%) willigten in die Follow-up-Studie ein, die im halbjährigen Turnus weitere Interviews vorsah. Mit 327 Frauen (76%) wurde ein Baseline-Interview und mit 231 mindestens ein Follow-up-Interview (70,6%) geführt. Die vorläufige Analyse der Ergebnisse zeigt einen positiven Effekt der Beratungsintervention auf De-

pressionen und Suizidgedanken, jedoch keine Auswirkungen auf Ängstlichkeit sowie auf die allgemeine Gesundheit oder das Schmerzempfinden. Beobachtet wurde weiter, dass Frauen aus der Interventionsgruppe seltener einen Arzt aufsuchten. Als kritisch ist die geringe Größe der Studienpopulation vor allem bei den Follow-up-Untersuchungen zu sehen, was die Studienpower begrenzt.

#### **Jane Koziol-McLain, Interdisciplinary Trauma Research Unit, Auckland University of Technology, Neuseeland**

Jane Koziol-McLain, Direktorin der Interdisciplinary Trauma Research Unit und Professorin für Pflegewissenschaften an der Auckland University of Technology (NZ), berichtete von der „Women In Safe Environments“-Studie (WISE). Dieses dreijährige Forschungsprojekt (2006 bis 2009) wurde vom Health Research Council finanziert. Die Studie erforscht, ob Gesundheitskräfte helfen können, die Sicherheit von Frauen und ihren Kinder zu erhöhen sowie die negativen Gesundheitseffekte von Gewalt in der Familie zu reduzieren. Basierend auf den Grundsätzen „frühe Identifizierung von Fällen durch Screening“ und „Anbieten von effektiven Interventionsstrategien zur Reduktion von Morbidität und Mortalität“ wurde im Jahr 2007 über sechs Monate eine randomisierte kontrollierte Studie (RCT) in einer Rettungsstelle durchgeführt. Von 1557 Frauen, die die Einschlusskriterien erfüllten (über 16 Jahre alt, keine akuten Erkrankungen, Englisch sprechend und ansprechbar) wurden 399 Studienteilnehmende zufällig ausgewählt und randomisiert den Fällen oder Kontrollen zugeteilt. 344 Frauen (86%) konnten beim Follow-up berücksichtigt werden. Die 177 Kontrollen bekamen die übliche Behandlung, während die 167 Fälle mit dem PVS<sup>5</sup> gescreent wurden und eine entsprechende Intervention erhielten. Es zeigten sich zwischen beiden Gruppen keine Differenzen im eigenen Sicherheitsverhalten. Bei den Fällen verringerten sich aber die berichteten erlittenen Gewalttätigkeiten um 1,6%. 82% der Studienteilnehmerinnen befürwor-

ten eine Routinebefragung aller Frauen nach häuslichen und Problemen in der Partnerschaft. Zusammenfassend stellte Frau Koziol-McLain fest, dass es keine statistische Signifikanz für einen positiven Effekt von Screenings gäbe und weder Schäden noch negative Effekte nach einem solchen bei den Befragten zu beobachten waren. Die Aussagekraft der Studienergebnisse sei durch die Beschränkung auf einen einzigen Studienort, eine kurze Follow-up-Zeit und eine kleine Studienpopulation limitiert. Es stelle sich aber die Frage, ob wir jemals „genügend“ Evidenz erreichen werden. Frühe Identifizierung und Interventionen gelten grundsätzlich als „best practice“. Intervention und Service können immer verbessert werden.

### **Kosten von Partnergewalt**

#### **Amy E. Bonomi, Department for Human Developing and Family Science, Ohio State University, USA**

Amy E. Bonomi, Professorin am Department for Human Developing and Family Science der Ohio State University (USA), berichtete von einer retrospektiven Kohorten-Studie zur Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen im Kontext von Partnergewalt und den damit verbundenen Kosten. Aus den Teilnehmenden eines städtischen Gesundheitsförderprogramms wurden Frauen im Alter zwischen 18 bis 64 Jahren per Zufall ausgewählt und telefonisch befragt. Erfasst wurden physische und nichtphysische Partnergewalt sowie deren Zeitpunkt und Dauer. Von den 3333 Befragten berichteten 1546 Frauen (46%) von Partnergewalt seit ihrem 18. Lebensjahr. Beim Vergleich der gewaltbetroffenen Frauen mit den nichtbetroffenen war nach Adjustierung für Kalenderjahr, Bildung und von Partnergewalt unabhängig bestehenden Krankheiten das Odds Ratio (OR) für die Inanspruchnahme der erfassten Gesundheitsversorgungen/Gesundheitsangebote höher: um zirka 50% für einen Rettungsstellenbesuch, zweimal höher für mentale Gesundheitsangebote, sechsmal höher für Substanzmittelkonsumangebote. Die Anzahl der hausärztlichen, fachärztlichen und pharmazeutischen Inanspruchnahme war bei

<sup>3</sup> Women's Experience with Battering Scale (vgl. [3]).

<sup>4</sup> Abuse Assessment Screening (vgl. [3]).

<sup>5</sup> Partner Violence Screen (vgl. [3]).

von Gewalt betroffenen Frauen um 14 bis 21% höher. Auch fünf Jahre nach Beendigung der Partnergewalt hatten gewaltbetroffene Frauen immer noch eine signifikant höhere Inanspruchnahmerate in allen Gesundheitsversorgungsarten als Frauen ohne Gewaltbiografie. Die jährlichen Gesamtkosten für die Gesundheitsversorgung waren nach Adjustierung um die oben genannten Merkmale bei von Gewalt betroffenen Frauen um 19% höher. Im Durchschnitt lagen die jährlichen Ausgaben 439 USD über denen der Vergleichsgruppe. Bei einer Prävalenz von 44% – so Frau Bonomi – ergeben sich jährliche Mehrkosten in Höhe von 19,3 Mio. USD/100.000 Frauen aufgrund von Partnergewalt.

### Ausblick für Deutschland

Für Deutschland können die präsentierten Erfahrungen und Erkenntnisse zu Gewalt und zur gesundheitlichen Versorgung Orientierung bieten: Etliche der vorgestellten Studien widmen sich dem Feld der Interventionspotenziale in der Gesundheitsversorgung und einem Screening nach Partnergewalt zur frühzeitigen Identifizierung von Opfern. Die berichteten positiven Effekte sprechen auch für ein Screening in Deutschland. Zu begrüßen ist, dass die Charité Berlin als erstes Klinikum in Deutschland plant, ein Screening in der Geburtshilfe einzuführen. Auch im Rahmen des Pilotprojektes „Medizinische Intervention gegen Gewalt an Frauen“ (MIGG)<sup>6</sup>, wird die Bereitschaft für ein Screeningprogramm der am Projekt teilnehmenden Arztpraxen geprüft. Grundsätzlich sollte auch in Deutschland eine Kampagne zur Routinebefragung, das heißt zur Berücksichtigung von Gewalterfahrung innerhalb der Anamnese, initiiert werden. Die erwiesenen hohen Kosten von Gewalt sowie die Einsparpotenziale durch eine frühzeitige Intervention – die auch für Deutschland in entsprechender Höhe zu erwarten sind – legen eine flächendeckende Implementierung von Interventionsprojekten in der Gesundheitsversorgung wegen ihrer Niedrigschwelligkeit nahe. Evaluationsstudien zur Messung

der Effekte und Effektivität sind auch hierzulande vorzusehen.

Im Hinblick auf eine Genderspezifität bei Gewalt in der Partnerschaft fehlt es auch in Deutschland an entsprechenden Studien, die einen potenziellen Genderbias von Beginn an berücksichtigen. Die derzeit vorliegende einzige deutsche Pilotstudie zu Gewalt gegen Männer [4] kann wegen ihrer sehr kleinen Studienpopulation (n=250), die im Schneeballsystem rekrutiert wurde, nicht mit der repräsentativen Studie zur Gewalterfahrung im Leben von Frauen (n=10.246) [5] verglichen werden.

Wir sehen, dass hierzulande zum Thema „Gewalt gegen Frauen“ und „Interventionspotenziale in der Gesundheitsversorgung“ immer noch ein großes Forschungsdefizit besteht. Im internationalen Vergleich ist die Forschung zu Gewalt und Gesundheit in Deutschland mit geringen finanziellen Mitteln ausgestattet und bleibt so hinter den europäischen und internationalen Fortschritten zurück. Mit Spannung dürfen daher zum einen die Ergebnisse der wissenschaftlichen Begleitung des „MIGG-Projektes“, das vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend finanziert wird, erwartet werden. Zum anderen wird im Sommer 2010 die Schutzambulanz Fulda aufgebaut und erprobt. Zu ihren Aufgaben gehören die Optimierung der Versorgung von Opfern interpersoneller Gewalt, die gerichtsverwertbare Dokumentation der Verletzungsfolgen sowie ein Schutz- und Unterstützungsangebot für die Opfer. Der Fachbereich Pflege und Gesundheit der Hochschule Fulda übernimmt für die Modellphase die wissenschaftliche Begleitung. Auch hier sind interessante Ergebnisse zu erwarten.

### Korrespondenzadresse

**Dipl.-Soz. P. Brzank**  
 Fachbereich Pflege und Gesundheit,  
 Hochschule Fulda  
 Marquardstr. 35, 36039 Fulda  
 Petra.Brzank@pg.hs-fulda.de

### Literatur

1. Brzank P, Hellbernd H (2007) Häusliche Gewalt und Gesundheit: Was können wir aus internationalen Erfahrungen für Deutschland lernen? Bericht über die vierte „National Conference on Health and Domestic Violence“ in San Francisco, USA. Bundesgesundheitsbl Gesundheitsforsch Gesundheitsschutz 50(10):1259–1264
2. Miller E, Decker MR et al (2007) Male partner pregnancy-promoting behaviors and adolescent partner violence: findings from a qualitative study with adolescent females. *Ambul Pediatr* 7(5):360–366
3. Brzank P, Blättner B (2010) Screening nach Gewalt gegen Frauen durch den Partner: Internationale Diskussion, Überlegungen für Deutschland. *Bundesgesundheitsbl Gesundheitsforsch Gesundheitsschutz* 53(2):221–232
4. Forschungsverbund „Gewalt gegen Männer“ (2004) Gewalt gegen Männer in Deutschland. Personale Gewaltwiderfahrnisse von Männern in Deutschland. Pilotstudie. In: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg). Berlin
5. Müller U, Schröttle M (2004) Lebenssituation, Sicherheit und Gesundheit von Frauen in Deutschland. Eine repräsentative Untersuchung zu Gewalt gegen Frauen in Deutschland. Im Auftrag des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Berlin

<sup>6</sup> <http://migg-frauen.de>.