

Faktenblatt:

Häusliche Gewalt (Gewalt in Partnerschaften) und sexualisierte Gewalt gegen Frauen – Ein Thema im Fokus der Gesundheitsversorgung

Marion Steffens, Ulrike Janz, Andrea Stolte

„Gewalt gegen Frauen ist ein globales Gesundheitsproblem von epidemischem Ausmaß, das dringendes Handeln erfordert!“¹ (WHO 2013) Zu den am weitest verbreiteten Formen der Gewalt gegen Frauen zählen Gewalt in Partnerschaften und sexualisierte Gewalt. Bereits 2003 stellten Hagemann-White/Bohne in ihrer Expertise für die Enquete-Kommission "Zukunft einer frauengerechten Gesundheitsversorgung in Nordrhein-Westfalen" fest: „**Es gibt keinen Bereich von Gesundheitsproblemen, für den eine relevante Vorgeschichte von Gewalt auszuschließen wäre**“².

Die deutsche Prävalenzstudie zu Gewalt gegen Frauen³ wie auch neuere Studien der WHO sowie der EU⁴ belegen die vielfältigen Auswirkungen erlebter Gewalt auf die Gesundheit der betroffenen Frauen. Dem Gesundheitsbereich erwächst hieraus eine Schlüsselfunktion, deren Bedeutung aktuell hervorgehoben wird durch den Beschluss der 67. Weltgesundheitsversammlung vom 24. Mai 2014 mit dem Titel: "Stärkung der Rolle des Gesundheitssystems in Umgang mit Gewalt, speziell der Gewalt gegen Frauen, Mädchen und Kinder"⁵.

Was ist Häusliche Gewalt?

- **Häusliche Gewalt** ist Gewalt in der Partnerschaft bzw. zwischen Erwachsenen, die in engen sozialen Beziehungen zueinander stehen oder standen.
- **Gewalt in der Partnerschaft** beinhaltet verschiedene Formen der Gewalt. Hierzu gehören neben körperlicher, psychischer und sexualisierter Gewalt auch soziale Isolation sowie ökonomische Kontrolle und Ausbeutung.
- In der Partnerschaft sind Frauen in erheblich stärkerem Maße schwerer körperlicher Gewalt, sexualisierter Gewalt sowie Zwang und Kontrolle ausgesetzt als Männer⁶.

Prävalenz Häuslicher und sexualisierter Gewalt

FRA-Studie 2014⁴

Die europaweit durchgeführte Prävalenzstudie der Agentur für Grundrechte der Europäischen Union (FRA) ergab eine im EU-Vergleich überdurchschnittliche Gewaltbelastung von Frauen in Deutschland:

- **35% aller Frauen** in Deutschland haben seit ihrem 15. Lebensjahr körperliche oder sexuelle Gewalt erlebt (EU: 33%).
- 8% der Frauen (**Deutschland und EU**) hat in den letzten 12 Monaten körperliche oder sexuelle Gewalt erlebt.
- 22% der Frauen (**Deutschland und EU**) haben körperliche oder sexuelle Gewalt durch derzeitigen oder früheren Partner erlebt
- 50% aller Frauen in Deutschland haben psychische Gewalt durch einen derzeitigen oder früheren Partner erlebt (EU: 43%).
- 25% der Frauen in Deutschland (23% in der EU) erleben psychische Gewalt in der aktuellen Partnerschaft.
- EU-weit ist jede 20. Frau seit ihrem 15. Lebensjahr vergewaltigt worden (**keine Ländervergleichszahlen**).

Kumulative Gewalt

Frauen sind häufig mehrfacher Gewalt ausgesetzt. Etwa 2/3 der Frauen, die Gewalt in Partnerschaften erleben, berichten von mehrfachen Gewaltereignissen. Im Lebensverlauf erhöht eine Gewaltbelastung in der Kindheit die Wahrscheinlichkeit, im weiteren Lebenslauf Partnergewalt ausgesetzt zu sein:

- bei körperlicher Gewalt um Faktor 2
- bei sexualisierter Gewalt um Faktor 3.

Gesundheitsfolgen von Gewalt

Internationale Studien belegen einen Zusammenhang von Gewalt- und Gesundheitsbelastung für eine Vielzahl von gesundheitlichen Bereichen:

Depression: das Risiko an Depression zu erkranken ist 3,3fach erhöht⁶. Nach internationalen Studien haben 9 – 28% aller depressiven Erkrankungen einen Gewalthintergrund⁷. Wenn die gesundheitlichen Auswirkungen verschiedener Gewaltformen getrennt erfasst wurden, erwies sich psychische Gewalt bzgl. Depression als ebenso erkrankungsrelevant wie körperliche Gewalt⁸.

PTBS: Studien geben 2,5-3fach höhere Häufigkeit für PTBS-Symptome für Frauen mit Häuslichen Gewalterfahrungen an⁷.

Zu den weiteren psychischen Folgen von Partnergewalt zählen **Angstzustände, Panikattacken, Schlafstörungen, Verlust von Selbstvertrauen, Konzentrationsstörungen.**^{9,10,11,12,13}

90% der von Partnergewalt betroffenen Frauen gaben mindestens 2 der o.g. psychischen Gesundheitsfolgen an.

Chronische Schmerzsyndrome: werden in vielen Studien als relevante Gesundheitsfolge von Gewalt beschrieben^{7,12,15}. Nach einer kanadischen Studie¹⁶ litten 35% aller befragten gewaltbelasteten Frauen noch nach durchschnittlich 20 Monaten Trennung vom Partner an Schmerzsyndromen. Für eine Vielzahl weiterer chronischer Gesundheitsprobleme wurde ein Zusammenhang mit Partnergewalt und sexualisierter Gewalt belegt. So u.a. für:

- Gastrointestinale Beschwerden
- Kardiovaskuläre Erkrankungen
- Asthma
- Essstörungen

Studien zu den Zusammenhängen von Gewalt und Gesundheitsbelastung belegen, dass die Langzeitfolgen der psychischen Gewalt ebenso gravierend sind wie die der körperlichen Gewalt^{22,23}.

Auswirkungen von Gewalt auf die reproduktive Gesundheit

Sexualisierte Gewalt sowie Partnerschaftsgewalt insgesamt führen verstärkt zu gynäkologischen Beschwerden, besonders: **Zyklusstörungen, Blutungen, ungeklärte Unterbauchschmerzen, sexuell übertragbare Infektionen.** Auch für Krebserkrankungen wie Gebärmutterhalskrebs bzw. Krebsvorstufen wurden Zusammenhänge festgestellt¹³. Auswirkungen von Gewalt auf **Schwangerschaft und Geburt** können nach aktuellem Forschungsstand als besonders schwerwiegend bezeichnet werden: **ungewollte Schwangerschaften, ein erhöhtes Fehlgeburtsrisiko, ein erhöhtes Risiko für die Ablösung der Plazenta, eine vorzeitige Geburt und ein stark erhöhtes Risiko für postpartale Depression** und eine Vielzahl weiterer Komplikationen im Schwangerschaftsverlauf, während und nach der Geburt sind nachweisbar.^{17,18,19,20} Umgekehrt wurden Schwangerschaft von 10% und Geburt in 20% aller gewaltbetroffenen Frauen als Erstauslöser für Gewalt durch den Partner angegeben¹.

Die WHO empfiehlt bei allen Symptomen, bei denen ein Zusammenhang zu Gewalterfahrungen bekannt ist, routinemäßig nach einer möglichen Gewaltbelastung zu fragen – mindestens aber bei Depression und Angstsymptomen sowie während und nach der Schwangerschaft²¹.

Weitere gesundheitsbezogene Hinweise auf eine mögliche Gewaltbelastung

- Substanzmissbrauch
- Verletzungen, v.a. mit unstimmiger Erklärung
- Hohe Zahl körperlicher und/oder psychischer Beschwerden
- Mehrzeitigkeit von Verletzungen
- Nicht einhalten von Terminen
- Häufige Praxisbesuche
- Begleitung durch aufdringlichen Ehemann/Partner

Risikobehaftete Lebenssituationen

- Alter bis 35 bei gleichzeitig geringem Bildungs- und Einkommensstand
- Alter über 45 bei gleichzeitig erhöhtem Bildungs- und Einkommensstand
- körperliche Behinderung, Lerneinschränkungen
- Migrationshintergrund (vor allem familienorientierte Gesellschaften, Kriegs-Bürgerkriegsländer)
- Trennung vom Partner
- Schwangerschaft und Geburt
- Arbeitslosigkeit
- Alkohol- oder Drogenkonsum des Partners
- Prostitution

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

Relevanz für den Gesundheitsbereich

Gewalt – insbesondere sexualisierte Gewalt und Partnergewalt – erhöht die Gesundheitsbelastungen der Betroffenen in erheblichem Ausmaß und in vielfältiger Art und Weise. Hierdurch gewinnt Gewalt für alle medizinischen Fachrichtungen an Relevanz.

Gewalt – kein Gesprächsthema in der medizinischen Versorgung?

Wenn Patientinnen ihre Gewaltbelastung nicht offenbaren kann dies vielfältige Gründe haben: Schuld und Schamgefühle, fehlende Informationen zu den ärztlichen (Be-) Handlungsmöglichkeiten, die Wahrnehmung des Zeitdrucks in der medizinischen Versorgung, das Fehlen einer 4-Augen Gesprächssituation³¹. Viele Symptome zeigen sich auch erst lange nach den Gewalterlebnissen – der Zusammenhang ist den Betroffenen dann oft selbst nicht bewusst. Aber auch Ärztinnen und Ärzte sprechen eine Gewaltbelastung als möglichen Hintergrund für vorhandene Symptome nur selten an. Dies scheint am ehesten im Kontext vorhandener Verletzungen zu geschehen, womit aber nur ein Bruchteil gesundheitswirksamer Gewalterlebnisse erfragt wird.

Demgegenüber können das frühzeitige Erkennen einer Gewaltbelastung und eine entsprechende, durch das ärztliche Handeln initiierte Intervention nach aktuellem Forschungsstand sowohl zu einer Verbesserung der Symptome und somit der Lebensqualität der Betroffenen als auch zu einer Verringerung der Gewaltbelastung im Lebensverlauf führen^{7,11,21}. Gleichzeitig weisen Studien und aktuelle Praxiserfahrungen daraufhin, dass Patientinnen einer gezielten Frage nach einer möglichen Gewaltbelastung weit überwiegend positiv gegenüberstehen. Insofern kommt Ärztinnen und Ärzten insgesamt eine **Schlüsselrolle** in der wirksamen Reduktion gewaltbedingter Gesundheitsbelastungen zu.

Bisherige Ansätze:

Diese Schlüsselrolle wird in Fachkreisen seit einigen Jahren verstärkt thematisiert und führte zu verschiedenen Ansätzen medizinischer Intervention. Mit der Übertragung des Programms RADAR aus den USA hat SIGNAL e.V. ein Interventionsprogramm für die Notfallambulanz des Benjamin-Franklin Krankenhauses in Berlin erprobt²⁷. Für den Bereich der niedergelassenen Arztpraxen und weiterer Gesundheitsberufe wie Hebammen, Physiotherapeut/-en/-innen sowie des öffentlichen Gesundheitswesens wurde im Jahr 2004 mit dem GESINE-Netzwerk.EN erstmals in Deutschland ein regionales und interdisziplinäres Verfahren zur medizinischen und psychosozialen Intervention bei Häuslicher Gewalt etabliert³¹. Dieser Ansatz wurde 2008 - 2011 durch das Bundesmodellprojekt MIGG mit dem Fokus auf die allgemeinmedizinische und gynäkologische Versorgung auf ihre Übertragbarkeit hinsichtlich unterschiedlicher regionaler, organisatorischer und infrastruktureller Rahmenbedingungen überprüft^{28,29}.

Die MIGG – Ergebnisse wurden dem Programm zur Gewaltintervention im Netzwerk Gesundheit (kurz GEWINN Gesundheit®) zugrunde gelegt und durch das Kompetenzzentrum Frauen und Gesundheit NRW in bisher 5 Regionen in NRW erfolgreich etabliert.

Durch verschiedene Beschlüsse des Deutschen Ärztetages wurde die medizinische Intervention bei sexualisierter und Häuslicher Gewalt priorisiert. In der Folge entstanden Befunddokumentationsbögen der Ärztekammern und – wie in NRW – auch der Zahnärztekammern, das QZ Handbuch der KBV, Fortbildungsangebote für Ärztinnen und Ärzte wurden intensiviert und in einigen Kliniken wurden sogenannte Opferschutzambulanzen eingerichtet. In vielen Bundesländern wurden überdies Empfehlungen, Fortbildungsmaterialien und Arbeitshilfen entwickelt – für NRW im Jahr 2005 die Arbeitshilfe „Diagnose Häusliche Gewalt“ des LÖGD²⁹. Die Leitlinien der DGGG 2009, der DGGG und DGPF 2010 sowie der DeGPT 2011 bilden ebenfalls Meilensteine in den Bemühungen, eine qualitätsgesicherte medizinische Intervention bei Gewalt und Traumatisierung zu etablieren. (siehe auch www.frauenundgesundheit-nrw.de). In jüngster Zeit ist für NRW neben der Etablierung des GEWINN Gesundheit® Programms etwa die geplante, flächendeckende Etablierung des Angebots zur Anonymen Spurensicherung nach sexualisierter Gewalt sowie die Erprobung von GOBSIS (Gewaltopfer-BefundsicherungsInformationsSystem) in Kliniken und niedergelassenen, gynäkologischen Praxen zu nennen.

Aktuelle Versorgungssituation

Trotz dieser Bemühungen ist die landesweite Sicherstellung einer gewaltinformierten Patientinnenversorgung nicht gegeben. Fortbildungsangebote kommen oft wegen zu geringer Teilnehmerzahlen nicht zustande, Dokumentationsbögen und Arbeitshilfen sind wenig bekannt, so dass sie faktisch in der Fläche zu selten genutzt werden. Eine verbesserte Detektionsrate und entsprechend frühzeitige Vermittlung in das spezialisierte Hilfesystem ist nur in Ansätzen erkennbar.

Nach wie vor wird in Arztpraxen und Kliniken das Gewalterleben von Frauen nur selten thematisiert^{27,30}. Maßnahmen der Gewaltopferversorgung konzentrieren sich bisher meist auf Akutversorgung bei aktueller Gewalt – diese macht aber nur einen kleinen Teil gesundheitsbelastender Gewalt aus. Auch Traumaambulanzen treffen nur einen kleinen Teil des gewaltbedingten Versorgungsbedarfs. Gerade die Herausbildung chronischer Gesundheitsbeschwerden als Folge vor allem psychischer und sexualisierter Gewalt in der Vergangenheit gerät bisher kaum ins Blickfeld ärztlichen Handelns. Häusliche Gewalt wird dort, sofern wahrgenommen, eher als soziales und kaum als medizinisches Problem gesehen. Im Rahmen des Implementierungsprogramms in den 5 Regionen in NRW gab ein Großteil der teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte an, bisher über keine Behandlungsroutine im Umgang mit einer möglichen Gewaltbelastung ihrer Patientinnen zu verfügen. Darüber hinaus gaben Zweidrittel der befragten Ärztinnen und Ärzte an, sich nicht ausreichend informiert zu fühlen, um angemessen mit gewaltbetroffenen Patientinnen umgehen zu können. 70% der Befragten hatten bisher an keinerlei Fortbildungsveranstaltung zum Thema teilgenommen. Insgesamt ist von einem eklatanten Mangel an gewaltinformierten Behandlungsangeboten auszugehen. Zudem erschwert eine weitgehend fehlende institutionalisierte Kooperation zwischen Gesundheitsbereich und Einrichtungen der Gewaltintervention eine adäquate Versorgung gewaltbelasteter Frauen³².

Handlungsbedarf

Intervention durch Fachkräfte im Gesundheitswesen – Mindestanforderungen entsprechend den Leitlinien der WHO²¹

- ✓ Die Fachkräfte im Gesundheitswesen sind geschult
- ✓ Es sind Standardverfahren etabliert
- ✓ Beim Gespräch wird die Privatsphäre gewahrt
- ✓ Vertraulichkeit ist garantiert
- ✓ Es existiert ein Überweisungssystem, das den Zugang der Frauen zu weitergehenden Angeboten gewährleistet.
- ✓ Einrichtungen der Gesundheitsversorgung sind für eine umfassende Reaktionsweise ausgestattet, um sowohl physische wie auch psychische Folgen zu behandeln.
- ✓ Die Fachkräfte im Gesundheitswesen sammeln bei Bedarf rechtliche relevante Befunde und Spuren.

Chancen nutzen!

Ausgehend von der konservativen Schätzung von Hagemann-White und Böhne 2003², nach der etwa 22% aller Frauen in Deutschland Gewalt in einem gesundheitsbelastendem Ausmaß erfahren haben, träge dies für ca. 1,7 Millionen Frauen in NRW zu. Laut Barmer GEK Arztreport 2014²⁶ hat jede weibliche Versicherte durchschnittlich etwa 16,7 direkte Arztkontakte jährlich. Das entspricht 28 Millionen Arztkontakten mit gewaltbelasteten Patientinnen in NRW. Aufgrund der Vielfalt gewaltbedingter Gesundheitsfolgen sind diese auch für weitere Gesundheitsberufe aller Fachrichtungen relevant.

In Deutschland wird eine den WHO-Leitlinien konforme Implementierung von Interventionsprogrammen bislang nur in wenigen Einrichtungen der medizinischen Versorgung umgesetzt. Als erfolgsversprechend hat sich dabei die Herangehensweise eines regionalen Vorgehens erwiesen (vgl. ^{28,30}). Zentraler Bestandteil einer wirksamen Implementierungsstrategie ist die Schaffung nachhaltiger Kooperationsbeziehungen zwischen medizinischem und der psychosozialen Sektor im Sinne einer gewaltinformativen Versorgung (traumainformed care). Entsprechend wird in Nordrhein-Westfalen durch das Kompetenzzentrum Frauen und Gesundheit NRW seit 2 Jahren und in 5 Regionen ein regionalisiertes Programm zur Intervention bei Häuslicher Gewalt etabliert: GEWINN Gesundheit® NRW.

GEWINN Gesundheit® NRW

- Niedergelassene Ärztinnen und Ärzte verschiedener Fachrichtungen werden in den Bereichen Phänomenologie und Dynamik Häuslicher/sexualisierter Gewalt, Erkennen und aktives Ansprechen von Gewalt, Versorgungsbedarf und Versorgungsstandards fortgebildet:
6-stündige Basisfortbildung „Häusliche und sexualisierte Gewalt – Hintergründe und Interventionschancen“ plus 3 stündige Fortbildung gerichtsfeste Dokumentation von Gewalt.
- Ärztekongresse und Fachtage ermöglichen weitere Vertiefung und Austausch
- Regionalisierte Praxismaterialien und digitalisierte Tools für Ärzte/Ärztinnen und Patientinnen unterstützen zielführende Information und Handlungssicherheit.
- Eine gezielte Weitervermittlungsroutine ist etabliert.
- Interdisziplinäre regionale Netzwerke gewährleisten kurze Wege für gewaltbetroffene Frauen.

In den 5 Regionen wurden bisher etwa 150 niedergelassene Ärztinnen und Ärzte für den Aufbau lokaler Netzwerke gewonnen und für die medizinische Intervention bei Häuslicher Gewalt geschult. Fortbildungen wurden auch für weitere Gesundheitsberufe wie MFA, Hebammen u.a. durchgeführt. Aktuell erfolgt die Einbeziehung der stationären Versorgung in den Regionen.

Wie kann die flächendeckende Etablierung gewaltinformierter Patientinnenversorgung weiter gestärkt werden?

Nach den Erfahrungen hierzulande aber auch nach internationalem Wissensstand ist zur dringend gebotenen, wirksamen und nachhaltigen Implementierung medizinischer Intervention eine koordinierte Strategie auf 3 Ebenen erforderlich.

1. Die Bedeutung gewaltinformierter Patientinnenversorgung hervorheben

Zentrale Akteure wie Gesundheitsministerien, Ärztekammern, kassenärztliche Vereinigungen, Krankenkassen, die Krankenhausgesellschaft und Fachgesellschaften heben z.B. durch Leitlinien, Empfehlungen, die Schaffung angemessener Abrechnungsmodalitäten sowie Aufklärungs- und Informationskampagnen die Notwendigkeit einer gewaltinformierten Patientinnenversorgung hervor.

2. Forschung intensivieren

Für Deutschland besteht umfassender gender- und gewaltspezifischer Forschungsbedarf um eine nachhaltige Verbesserung der Patientinnenversorgung zu erreichen. So bestehen erhebliche Wissenslücken zum Zusammenhang von Gewalt und Gesundheitsbelastung, zur Etablierung wirksamer Detektionsverfahren, zu Schaden und Nutzen von Behandlungsverfahren und medikamentöser Therapie, zu wirksamen Strategien für eine nachhaltige, sektorenübergreifende Kooperation, zur Wirksamkeit und Kosteneffektivität unterschiedlicher Methoden medizinischer/psychosozialer Intervention u.v.m..

3. Regionale Kooperationen stärken

Eine verbesserte gewaltinformierte Patientinnenversorgung ist nur zu erreichen, wenn die medizinische und die psychosoziale Versorgung enger verzahnt werden. Hierzu gilt es vorhandene Modelle weiter zu entwickeln und neue Verfahren zu erproben und zu evaluieren. Dies erfordert den Einsatz personeller und materieller Ressourcen und ein koordiniertes Vorgehen, damit gelingende Strategien landesweit Verbreitung finden können.

Weitere Handlungsempfehlungen:

- Verankerung Medizinischer Intervention bei Häuslicher und sexualisierter Gewalt als Pflichtmodul im Medizinstudium und in der Ausbildung medizinischer Berufe (v.a. Geburtshilfe, Physiotherapie, MFA, Krankenpflege)
- Etablierung einer diagnosegestützten Routinebefragung in Anlehnung an die Empfehlungen der WHO
- Stärkung der interdisziplinären und sektorenübergreifenden Kooperation zur Weiterentwicklung nachhaltiger Interventionsstrategien und Versorgungsansätze
- Etablierung flächendeckender, WHO-leitlinienkonformer ambulanter und stationärer Versorgungsangebote bei Häuslicher und sexualisierter Gewalt
- Aufnahme einer Ziffer zur Abrechnung eines Beratungs-, Informationsgesprächs bei Häuslicher/sexualisierter Gewalt in die GOÄ
- Abschaffung der ärztlichen Mitteilungspflicht an Krankenkassen bei Häuslicher und sexueller Gewalt (SGB V, §294a Absatz 1)
- Koordinierung der unterschiedlichen Handlungsansätze (GOBSIS, ASS, GEWINN Gesundheit® etc.) mit dem Ziel einer landesweiten Handlungsstrategie zur medizinischen Intervention bei Gewalt

Literatur

¹WHO (2013): Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health of intimate partner violence and nonpartner sexual violence, Genf

² Hagemann-White, C., Bohne, S. (2003) : Versorgungsbedarf und Anforderungen an Professionelle im Gesundheitswesen im Problembereich Gewalt gegen Frauen. Expertise für die Enquetekommission "Zukunft einer frauengerechten Gesundheitsforschung in NRW", Düsseldorf

³ Müller, Ursula / Schröttle, Monika (2004): Lebenssituation, Sicherheit und Gesundheit von Frauen in Deutschland - Eine repräsentative Untersuchung zu Gewalt gegen Frauen in Deutschland, Berlin

⁴FRA (2014): Violence against women: an EU-wide survey. Main results report, dt: Gewalt gegen Frauen: Eine EU-weite Erhebung – Ergebnisse auf einen Blick

⁵WORLD HEALTH ASSEMBLY, WHA67, 24 May 2014: Strengthening the role of the health system in addressing violence, in particular against women and girls, and against children, http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA67/A67_R15-en.pdf?ua=1

⁶Devries, K.M. , Mak , J. , Bacchus , L. J.; Child , J. C., Falder , G. , Petzold , M., Astbury, J., Watts, C. H.(2013): Intimate Partner Violence and Incident Depressive Symptoms and Suicide Attempts: A Systematic Review of Longitudinal Studies, DOI: 10.1371/journal.pmed.1001439 [PLOS Collections](#)

⁷ Dillon, G., Hussain R., Loxton, D., Rahman, S. (2013): Mental and Physical Health and Intimate Partner Violence against Women: A Review of the Literature, International Journal of Family Medicine, Vol 2013 (2013), <http://dx.doi.org/10.1155/2013/313909>

⁸ Pico-Alfonso, M.A., Garcia-Linares, I.M., Celda-Navarro, N., Blasco-Ros, C, Echeburúa, E., Martinez, M. (2006): The impact of physical, psychological, and sexual intimate mal partner violence on women’s mental health: depressive symptoms, posttraumatic stress disorder, state anxiety, and suicide, *Journal of Women’s Health*, vol. 15, no. 5, pp. 599–611.

- ⁹ Brzank, P., Hellbernd, H, Maschewsky-Schneider, U, Kallischnigg, G. (2005): Häusliche Gewalt gegen Frauen und Versorgungsbedarf. Ergebnisse einer Befragung von Patientinnen einer Ersten Hilfe/Rettungsstelle. Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz 48.39: 337-345
- ¹⁰ National Center for Injury Prevention and Control Centers for Disease Control and Prevention (2011): The National Intimate Partner and Sexual Violence Survey, Atlanta 2011
- ¹¹ P. Lowe, C. Humphreys, and S. J. Williams (2007): Night terrors: women's experiences of (Not) sleeping where there is domestic violence, *Violence Against Women*, vol. 13, no. 6, pp. 549–561.
- ¹² Devries, K., Watts, C., Yoshihama, M. et al., (2011): Violence against women is strongly associated with suicide attempts: evidence from the WHO multi-country study on women's health and domestic violence against women, *Social Science and Medicine*, vol. 73, no. 1, pp. 79–86.
- ¹³ Ellsberg, M. Jansen, H. A. Heise, L. Watts, C. H., Garcia-Moreno, C. (2008): Intimate partner violence and women's physical and mental health in the WHO multi-country study on women's health and domestic violence: an observational study, *Lancet*, vol. 371, no. 9619, pp. 1165–1172.
- ¹⁴ Sansone, R. A., Chu, J., Wiederman, M. W. (2007): Self-inflicted bodily harm among victims of intimate-partner violence, *Clinical Psychology and Psychotherapy*, vol. 14, no. 5, pp. 352–357.
- ¹⁵ Loxton, D., Schofield, M., Hussain, R., Mishra, G. (2006): History of domestic violence and physical health in midlife, *Violence Against Women*, vol. 12, no. 8, pp. 715–731.
- ¹⁶ Wuest, M. Merritt-Gray, M. Ford-Gilboe, B. Lent, C. Varcoe, and J. C. Campbell (2008): Chronic pain in women survivors of intimate partner violence, *Journal of Pain*, vol. 9, no. 11, pp. 1049–1057.
- ¹⁷ Goodman, Peggy E. (2009) : Intimate Partner Violence and Pregnancy, in: Mitchell C/ Anglin D.: Intimate Partner Violence – A Health Based Perspective, New York 2009, S. 253-264
- ¹⁸ Ludermir AB, Lewis G, Valongueiro SA, Barreto de Araujo TV, Araya R (2010): Violence against women by their intimate partner during pregnancy and postpartal depression: a prospective cohort study,, in: The Lancet Volume 376, Iss 9744, September 2010, S. 903-910
- ¹⁹ Bacchus, L. et.al (2004): Domestic Violence: Prevalence in pregnant women and associations with physical and psychosocial health.in: *European Journal of Obstetrics Gynaecology and reproductive Biology*, 2004; 113(1):S. 6-11
- ²⁰ Howard L M., Oram S., Galley H, Trevillion K and Feder G (2010): Domestic Violence and Perinatal Mental Disorders: a Systematic Review and Meta-Analysis, *PLoS Med* 10(5); e1001452. doi:doi:10.137/journal.pmed.1001452
- ²¹ WHO (2013): Responding to intimate partner violence and sexual violence against women - WHO clinical and policy guidelines. Ins Deutsche übersetzt vom SIGNAL e.V. - Intervention im Gesundheitsbereich gegen Gewalt, Berlin: Umgang mit Gewalt in Partnerschaften und mit sexueller Gewalt gegen Frauen. Leitlinien der WHO für Gesundheitsversorgung und Gesundheitspolitik.
- ²² Coker, Ann L et al (2000): Physical Health Consequences of Physical and Psychological Intimate partner Violence, *ARCH FAM MED*, Vol 9, Mai 2000, S. 451-457
- ²³ Basoglu M., Livanou M., Crnobaric C. (2007) Torture versus other cruel inhuman and degrading treatment: Is the distinction real or apparent? *Archives of General Psychiatry*,64: 1-9. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17339516>
- ²⁴ PRAISE (Bhandari, M et al) (2013): Prevalence of abuse and intimate partner violence surgical evaluation (PRAISE) in orthopaedic fracture clinics: a multinational prevalence study, *The Lancet* Juni 2013
- ²⁵ Beydoun HA, Beydoun MA, Kaufman JS, Lo B, Zonderman AB (2012): Intimate partner violence against adult women and its association with major depressive disorder, depressive symptoms and postpartum depression: systematic review and meta-analysis. *Social science & medicine* (1982).75(6):959-975. doi:10.1016/j.socscimed.2012.04.025.

²⁶Grobe, T. G., Heller, G., Szecsenyi, J. (2014): Barmer Arztreport 2014, Wuppertal

²⁷Hellbernd, 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).

²⁸ Sellach, B., Kühner, H., Landgrebe, G. und Landgrebe, P. (2011): Implementierungsleitfaden zur Einführung der Interventionsstandards in die medizinische Versorgung von Frauen, hrsg. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Berlin

²⁹ Iögd (2005): Diagnose: Häusliche Gewalt – Leitfaden, Bielefeld

³⁰ Grass, L. H., Mützel, E., Preuss, R. (2012): MEDIZINISCHE INTERVENTIONEN GEGEN GEWALT AN FRAUEN II Die Versorgung kann verbessert werden, Deutsches Ärzteblatt, Jg. 109, Heft 16, April 2012

³¹ DGGG/Hess. Sozialministerium (HRSG) (2013): Ärztliches Praxishandbuch GEWALT, darin: Kap. 5: Marion Steffens, Ulrike Janz: Arbeitshilfe für die ärztliche Praxis zum Vorgehen bei häuslicher Gewalt, S. 89-114

³² Grass, H., Steffens, M., Hefer, B.(2014): Gewaltprävention - Schwierige Gratwanderung in der ärztlichen Praxis, in: *Deutsches Ärzteblatt, Oktober 2014, S. A1684-A1685*