



Sentinella-Daten zur „Häuslichen Gewalt zwischen Partnern“ 2003: Auswertung und Analyse

Im Rahmen des Sentinella-Meldesystems, das der Überwachung übertragbarer und anderer Erkrankungen sowie der Forschung in der Hausarztmedizin dient, und vom Bundesamt für Gesundheit (BAG) geleitet wird, wurde im Jahr 2003 ein Fragebogen zum Thema „Häusliche Gewalt unter Partnern“ abgegeben. Dies geschah auf Initiative hin und unter Mitarbeit der Interventionsstelle gegen häusliche Gewalt des Kantons Basel-Landschaft mit dem Ziel, spezifische, landesweite Daten zur medizinischen Grundversorgung von Betroffenen zu erheben. Die Fragestellung zielte auf Erfassung der Inzidenz des Themas Häusliche Gewalt bei Hausarzt-Konsultationen, der Erfassung von Täter-Opfer-Profilen sowie der Art der Verletzungen und ergriffenen Massnahmen.

Der Rücklauf umfasste rund 222 Fragebogen respektive Meldungen von Fällen Häuslicher Gewalt zwischen (erwachsenen) Partnern, davon wurden zwei von Pädiatern eingereicht und aus methodischen Gründen aus der definitiven Datenauswertung wieder ausgeschlossen. Die vorliegende Analyse umfasst also 220 bei Schweizer Hausärzten gemeldete Fälle von Häuslicher Gewalt zwischen Partnern.

Untersuchungsrahmen

Vorab die **Definition der Meldekriterien**: Häusliche Gewalt ist die ausgeübte oder angedrohte Gewalt innerhalb einer bestehenden (oder aufgelösten) familiären, ehelichen oder partnerschaftlichen Beziehung gegenüber der Bezugsperson. Häusliche Gewalt besteht aus **physischen, psychischen und/oder sexuellen Gewaltformen**. Davon können auch Kinder betroffen sein. Gewalt zwischen Kindern und Erwachsenen wurde aber in dieser Erhebung nicht erfasst¹, sondern nur diejenige zwischen Erwachsenen (ab dem 16. Altersjahr), daher auch der Ausschluss der pädiatrischen Fälle. Das betroffene Paar kann einen gemeinsamen Haushalt führen oder separate Wohnsitze aufweisen. Der Gewaltakt selbst kann in den privaten „Vier-Wänden“ oder im öffentlichen Raum stattfinden.

Es wurde zwischen **gesicherten Fällen** und **Verdachtsfällen** unterschieden. Beim Ersteren wurde spontan oder auf Nachfragen des untersuchenden Arztes über eine erfolgte Gewaltanwendung berichtet (Patientendeklaration) und in Folge ein Zusatzfragebogen ausgefüllt. Bei den Verdachtsfällen hingegen wurde von den Betroffenen die vermutete Gewaltanwendung nicht direkt bestätigt, aber aufgrund von Verletzungen oder dem Zustand der Patientin oder des Patienten ein begründeter Verdacht vom untersuchenden Arzt abgeleitet und als solches gemeldet.

Unter den erhobenen Merkmalen waren die Befunde, der (dokumentierte) Zustand der Patienten und die Art und Häufigkeit von Gewaltvorkommnissen. Ergänzt wurden diese durch, soziodemographische Angaben der Betroffenen und ihrer Partner wie Nationalität, Arbeitssituation oder eine mögliche Suchtproblematik. Schliesslich wurde nach der ergriffenen Massnahmen, nach Überweisungen und/oder Medikamententherapie, gefragt.

Datengrundlage

Wie bereits erwähnt, wurden total 220 gültige Meldungen von Fällen Häuslicher Gewalt registriert und nachfolgend ausgewertet. Davon konnten 194 Fälle als „sicher“ qualifiziert werden, bei den restlichen 26 handelt es sich um Verdachtsfälle. Die Erhebung lief über den Zeitraum von 12 Monaten respektive umfasste das ganze Kalenderjahr 2003. Insgesamt meldeten 99 Ärzte zwischen 1 bis 9 Fällen von Häuslicher Gewalt zwischen Partnern. Rund 80% der Meldungen kamen von Allgemeinmedizinern, 20% von Fachärzten der Inneren Medizin. Die meisten Fälle wurden aus Einzelpraxen (74%), die übrigen - mit Ausnahme von zwei Spitalpraxen - aus Praxismgemeinschaften (25%) gemeldet.

¹ Zu neusten Erkenntnissen diesbezüglich siehe z.B. Nationalfondsprogramm 52, Häusliche Gewalt aus Sicht von Kindern und Jugendlichen, Projektleitung Corinna Seith. Die Nationalen Forschungsprogramme tragen auch wesentlich zur Internationalisierung der Gewaltdiskussion in ihren verschiedenen Aspekten bei (Seith 2007).

Die Gesamtheit der im Jahr 2003 gemeldeten Arzt-Patienten-Kontakte (Sentinella) betrug über 860'000 voraus sich auf 1'000 Meldungen eine Inzidenz von 0,25 des Themas Häusliche Gewalt zwischen Partnern ergibt.

Geographisch betrachtet, kamen rund 34% der Meldungen aus der Region Nordostschweiz, nämlich den Kantonen Zürich, Thurgau, Schaffhausen und St. Gallen. An zweiter Stelle steht mit einem Anteil von 22% die (Süd-)Westschweiz mit den Kantonen Genf, Neuchâtel, Vaud und Wallis, dicht gefolgt von Bern, Jura und Freiburg mit einem Anteil von rund 20%. Die Nordwestschweiz hat lediglich einen Anteil von rund 13% an den Meldungen, die Innerschweiz lediglich 7%, und das Tessin und Graubünden fallen mit knapp 4% kaum ins Gewicht. Auf 10'000 Arzt-Patienten-Kontakte betrachtet, macht die Inzidenz in der Region Nordostschweiz 3,33 und in der (Süd-)Westschweiz noch 2,41. Im Tessin und im Graubünden ist das Thema der Häuslichen Gewalt gerade noch mit einer Inzidenz von 1,22 aufgekommen.

Hinsichtlich der Art der geographischen Regionen liegen die städtischen Zentren² mit 35% oder einem guten Drittel an der Spitze der Meldefrequenz. In der Übersicht stellt sich die regionale Verteilung der Meldungen wie folgt dar:

Tabelle 1: Data-Herkunft nach (BAG-)Region und Gemeindetyp, 2003

Gemeindetyp*	Total	BAG-Region (nach Kantonen)					
	2003	GE, NE, VD, VS	BE, FR, JU	AG, BL, BS, SO	GL, LU, NW, OW, SZ, UR, ZG	AI, AR, SG, SH, TG, ZH	GR, TI
Total	220	49	45	28	16	74	8
Zentren	77	20	19	4	5	28	1
einkommensstarke Gemeinden, Gem. mit tertiärer Funktion (Tourismus)	13	9	-	-	-	3	1
Gemeinden metropolitaner Regionen	52	10	2	15	6	18	1
Agglomerationsgemeinden, Wegpendlergemeinden	43	-	16	9	-	13	5
Gemeinden m. tiefem Wegpendleranteil	35	10	8	-	5	12	-

* Keine Daten aus "Gemeinden mit starkem Bevölkerungsrückgang".

Interessant ist zu sehen, dass - mit Ausnahme der „Gemeinden mit starkem Bevölkerungsrückgang“, vermutlich Bergregionen - alle Siedlungstypen vertreten sind, von ländlichen Lebensräumen bis zu den urbanen, metropolitanen Gemeinden mit Zentrumsfunktion.

Nach Kantonen betrachtet kamen am meisten Meldungen aus Vaud (40), dicht gefolgt von Zürich (38). Bern vermeldete 33 Fälle und 22 kamen aus St. Gallen. Der Kanton Basel-Landschaft, deren Interventionsstelle gegen Häusliche Gewalt die Untersuchung letztlich zu verdanken ist, meldete lediglich 13 Fälle, Basel-Stadt gar nur einen einzigen. Diese Tatsache darf nun sicherlich nicht als Fehlen dieser Thematik interpretiert werden, sondern lässt eher Rückschlüsse auf die Aktivität und Anzahl der an Sentinella teilnehmenden Hausärzte zu. Immerhin wurde praktisch pro Meldenden der Nordwestschweiz einmal das Thema Häusliche Gewalt rapportiert. Die Region Nordostschweiz weist aber sowohl deutlich mehr meldende Hausärzte als auch gemachte Meldungen auf.

Die Meldungen im Jahresablauf betrachtet, lässt sich im März 2003 ein Höhepunkt mit einer Inzidenz von 0,35 auf 1'000 Arzt-Patienten-Kontakte feststellen, im Oktober dagegen wurde der Tiefpunkt mit einer Inzidenz von 0,07 registriert. Unterdurchschnittlich waren auch November und Dezember, deutlich über dem Durchschnitt sowohl Februar als auch Juni 2003. Zu beachten sind aber die relativ kleinen Fall-respektive Meldungsquantitäten mit durchschnittlich 18,33 Meldungen pro Monat. Rückschlüsse auf ein zeitlich gebundenes Aufkommen der Häuslichen Gewaltakte können vorsichtig mit einer Abnahme zum

² Gemäss Gemeindetypologie des Bundesamtes für Statistik, das acht Typen unterscheidet, die hier teilweise zusammengefasst wurden: 1. Zentren, 2. einkommensstarke Gemeinden, 3. Gemeinden mit tertiärer Funktion, 4. Gemeinden metropolitaner Regionen, 5. Agglomerationsgemeinden, 6. Wegpendlergemeinden, 7. Gemeinden mit tiefem Wegpendleranteil und schliesslich 8. Gemeinden mit starkem Bevölkerungsrückgang - letztere sind hier jedoch nicht vertreten.

Jahresende hin, einem Anstieg und einer ersten Spitze im März sowie einer nachfolgenden im Juni, vor den grossen Schulferien, formuliert werden. - Im Vergleich zeigt die langjährige Polizeistatistik des Kantons Basel-Landschaft³ grosse Schwankungen im Aufkommen der Fälle im Jahresverlauf, so dass sich keine konkrete Regel bezüglich deren Auftretens ableiten lässt.

TEIL I:

Fälle nach Art der Meldung

Wie zu Beginn erwähnt, wurde zwischen sicheren und Verdachtsfällen unterschieden. Von den insgesamt 220 Fällen wurden 194 oder 88% als sicher übermittelt, davon wiederum waren knappe 85% Erstmeldungen (siehe Tabelle 2). Die 26 oder knapp 12% Verdachtsfälle waren zu rund einem Drittel wiederholte Verdachtsfälle. Allerdings wurden die erfragten Merkmale zum Teil vermischt, so dass methodische Überschneidungen im Sinn von sich widersprechender Nennungen entstanden sind: 19 Fälle wurden doppelt, sowohl als sichere als auch als wiederholte Verdachtsfälle angegeben; davon waren 14 Erstmeldungen und 5 wiederholte Meldungen von sicheren Fällen. Tabelle 2 zeigt die plausibilisierte Variante ohne Doppelnennungen, die aufgrund der korrekt ausgefüllten Formulare für sichere Fälle erstellt wurde - ohne die 19 doppelten und mehrfachen Verdachtsfälle, die ansonsten einen Anteil von knapp 19% erreichen würden, davon 62% als wiederholter Verdacht. In der weiteren Analyse wird von den 26 reinen Verdachtsfällen ausgegangen, unter welchen je eine Täterin und ein Täter zu finden sind, die übrigen Personen sind Opfer, zwei davon männlich. Die Anzahl der wiederholten Verdachtsfälle bewegt sich zwischen einer bis sieben Wiederholungen.

Tabelle 2: Fälle nach Meldungsart und Geschlecht, 2003

Art der Meldung	2003	Geschlecht		Anteil Frauen in %
	Total	Männer	Frauen	
Total	220	38	182	82.7
sicherer Fall	194	35	159	82.0
Erstmeldung	164	30	134	81.7
wiederh. Meldung	21	3	18	85.7
unbekannt	9	2	7	77.8
Verdachtsfall	26	3	23	88.5
Verdachtsfall	17	3	14	82.4
wiederh. Verdacht	9	-	9	100.0

Der Frauenanteil beträgt insgesamt knapp 83%. Rund drei Viertel (75%) der gemachten Meldungen zur Häuslichen Gewalt zwischen Partnern wurden als Erstmeldungen klassifiziert.

Gewalterfahrung: „Opfer-Täter“-Verhältnis

Ausgehend von der Tatsache, dass Häusliche Gewalt in dieser Erhebung zu mehr als vier Fünfteln Frauen betraf, gibt es aber auch männliche Opfer und vor allem Täter. Der Anteil der Täterinnen ist, wenn auch existent, so doch verschwindend klein: Von den insgesamt 18 Personen, die als Täter deklariert wurden, waren 3 (17%) Frauen - die Täterinnenquote gemessen am Total der Frauen beträgt lediglich 1,6%. Die Täterquote insgesamt dagegen beträgt gut 8%. Anders gesagt hatten es die untersuchenden Ärzte zum grössten Teil mit Opfern zu tun - Täterinnen können als Ausnahmen betrachtet werden, weibliche Opfer hingegen als Regelercheinung. Das Verhältnis zwischen Opfern und Tätern bei den sicheren als auch Verdachtsfällen liegt jeweils bei Anteilen von rund 1:11 (siehe Tabelle 3).

³ Diese wurde mir freundlicherweise von Kurt Otter, Fachspezialist für Häusliche Gewalt der Polizei BL, zur Verfügung gestellt. Alle nachfolgenden Zitate berufen sich auf diese Quelle.

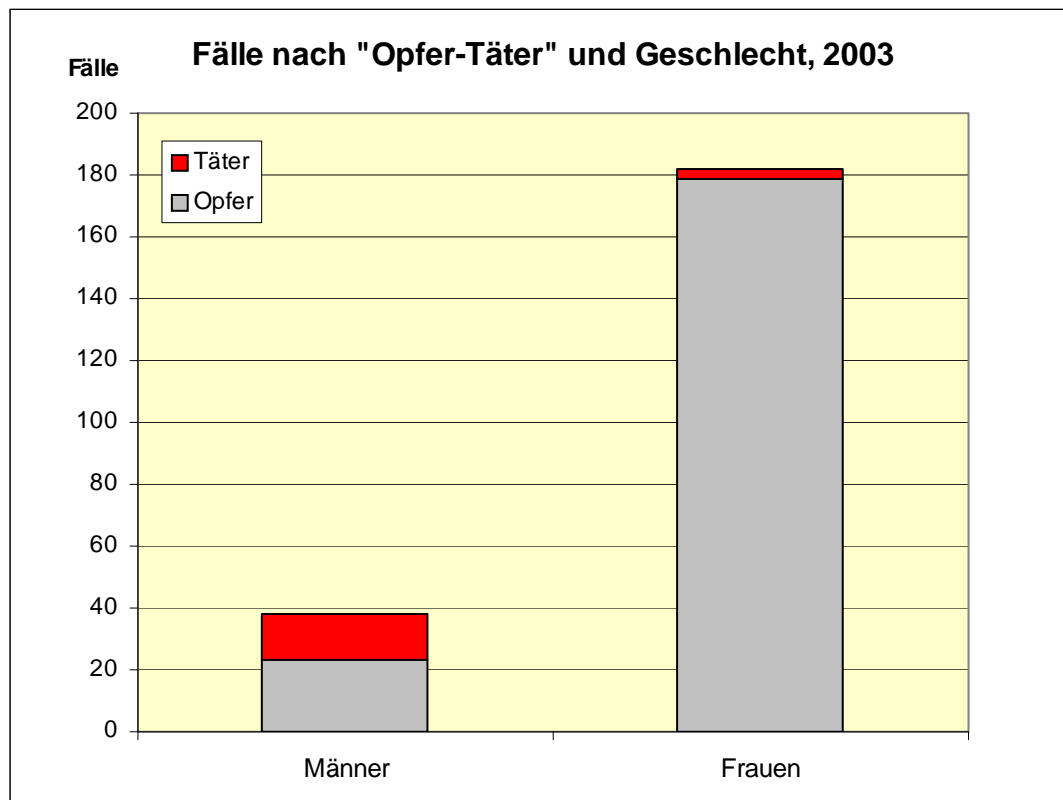
Dieses Resultat bestätigt bisherige Erkenntnisse anderer Untersuchung: Opfer von Häuslicher Gewalt zwischen Partnern sind primär weiblich. Die Anteile schlagender als auch geschlagener Männer dürften vermutlich aber eine noch unbekannte Dunkelziffer aufweisen, insbesondere bei gleichgeschlechtlichen Beziehungen.

Tabelle 3: Fälle nach Meldungsart und „Opfer-Täter“, 2003

Art der Meldung	2003			Anteil Opfer in %
	Total	Opfer	Täter	
Total	220	202	18	91.8
sicherer Fall	194	178	16	91.8
Erstmeldung	164	152	12	92.7
wiederh. Meldung	21	19	2	90.5
unbekannt, sicher	9	7	2	77.8
Verdachtsfall	26	24	2	92.3
Verdachtsfall	17	16	1	94.1
wiederh. Verdacht	9	8	1	88.9

Im weiteren Verlauf der Untersuchung wurde nicht mehr von „Opfern und Tätern“ geredet, sondern nach **erlittener** oder **angewendeter Gewalt** gefragt. Sinngemäss kann aber von Opfern und Tätern geredet werden, unter Offenlassung fixer Rollenmodelle, die sich oft genug überschneiden. „Opfer“ bezeichnet hier grundsätzlich jemanden, die oder der Gewalt erlitten hat, während „Täter“ Gewalt angewendet oder ausgeübt haben. Nachfolgend ist das Verhältnis von Opfern und Tätern nach Geschlecht abgebildet (siehe Grafik 1).

Grafik 1: Verhältnis von „Opfer-Täter“ nach Geschlecht, 2003

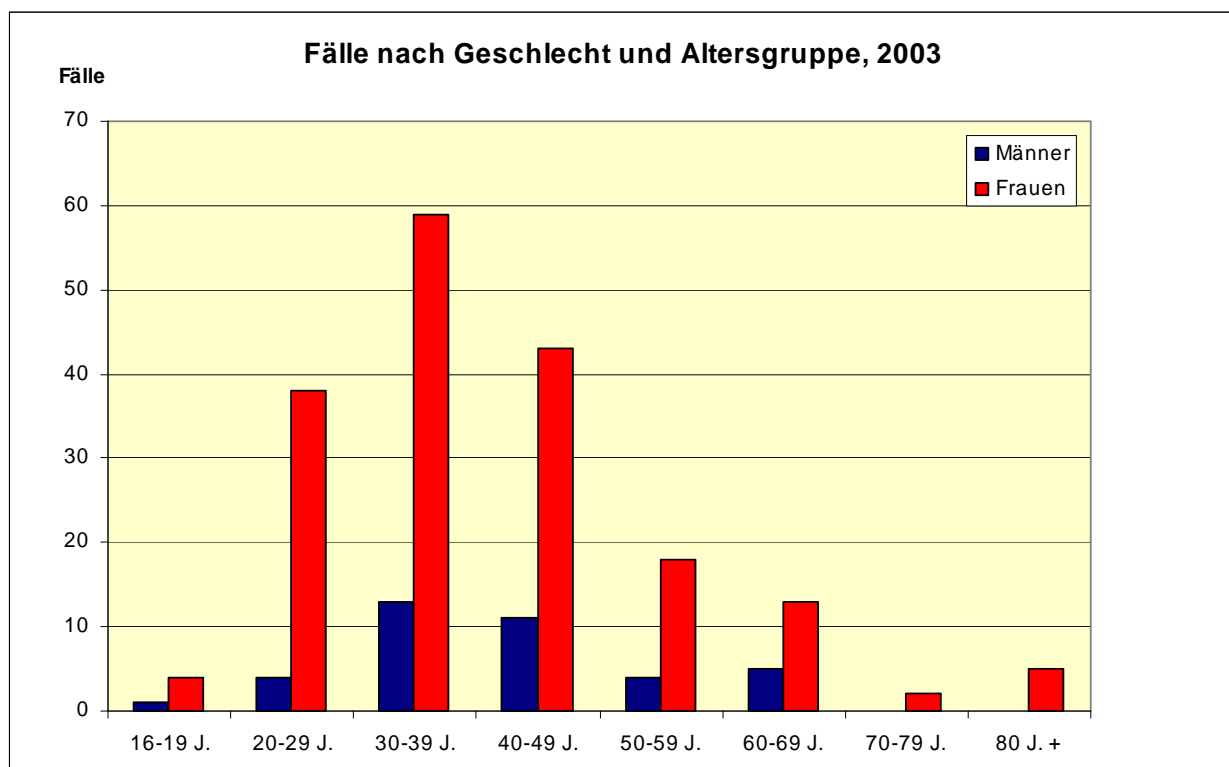


Es wurde aber nicht nur zwischen erlittener oder angewendeter Gewalt unterschieden, sondern auch nach deren Art und Häufigkeit gefragt, was im Verlauf dieses Berichtes noch differenziert dargestellt wird.

Gewaltbetroffene nach Alter

Das letzte, bei allen Fällen erfragte Merkmal war neben dem Geschlecht das Alter respektive der Jahrgang der Patientinnen und Patienten. Die aus dieser Information errechneten Altersgruppen lassen die Gewaltbetroffenen nach Geschlecht und Alter gruppiert wie folgt aussehen (siehe Grafik 2):

Grafik 2: Fälle nach Geschlecht und Altersgruppe, 2003



Ausgehend von den total 220 gemeldeten Fällen Häuslicher Gewalt zwischen Partnern macht die Grafik 2 deutlich, dass unter den jüngsten und ältesten Betroffenen jeweils nur Frauen sind - mit wenigen Ausnahmen junger Männer: einer unter 19 Jahren, vier zwischen 20 und 29 Jahren alt. Unter den 20- bis 30-jährigen Männern sind zwei Täter; diese Fälle wurden alle als gesichert gemeldet. Erkenntnis: Kein Alter scheint Frauen vor Gewaltübergriffen zu schützen.

Am Häufigsten ist jedoch das Auftreten von Gewalt in Partnerbeziehungen in der reproduktiven oder Familienphase, also zwischen dem 20. und 50. Altersjahr. Diese Erkenntnis entspricht auch anderen Untersuchungsergebnissen, die ähnliche Altersprofile Gewaltbetroffener aufzeigen wie zum Beispiel die regelmässige Evaluation der Externen Psychiatrischen Dienste des Kantons Basel-Landschaft. Die aktive Familiengründungsphase ist insbesondere für Frauen diejenige, die mit dem grösstmöglichen Gewaltpotential in Partnerschaften einhergeht, oft unter unfreiwilligem Einbezug von Kindern und unter maximaler Belastung der berufstätigen Erwachsenen.

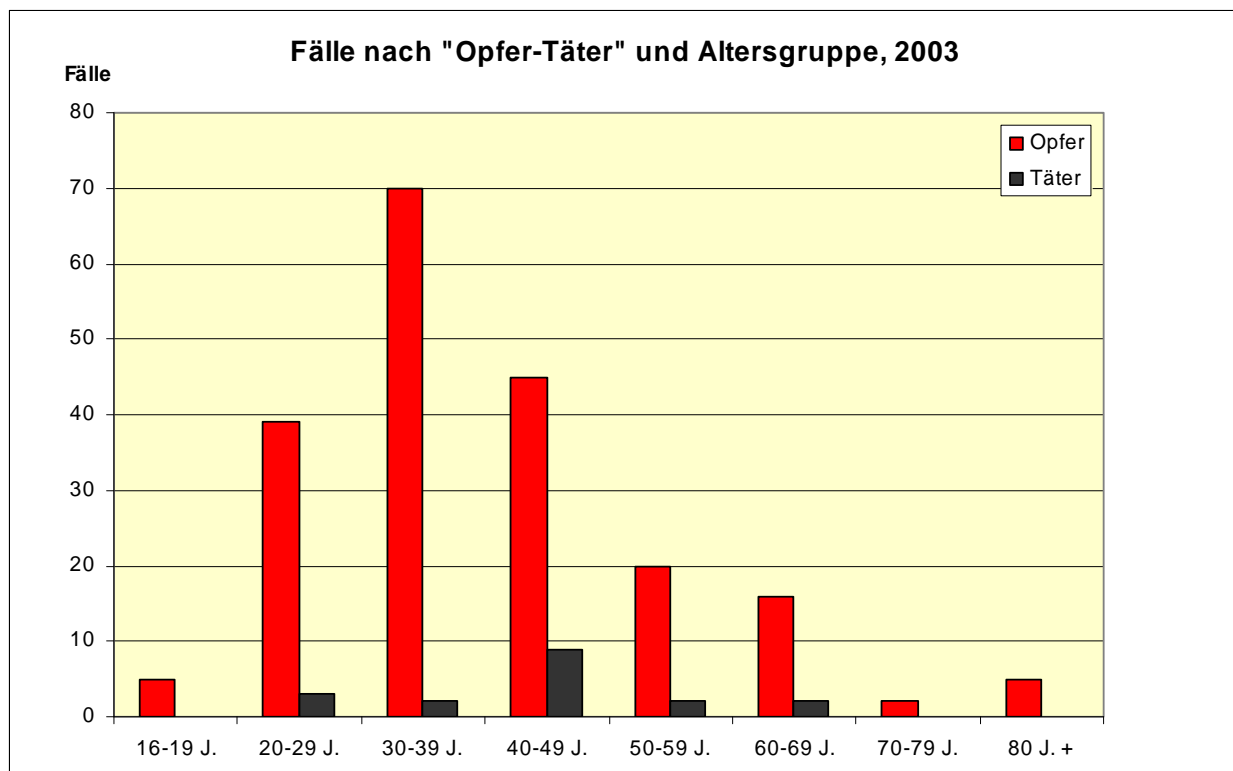
Im Vergleich dazu zeigt die Polizeistatistik des Kantons Basel-Landschaft hinsichtlich Interventionen bei Häuslicher Gewalt eine schwerpunktmässig etwas jüngere Klientel: Polizeieinsätze finden am ehesten bei unter 30-Jährigen statt. Ein Hausarztbesuch und eine polizeiliche Konfliktschlichtung sind jedoch nur bedingt vergleichbar. Vergleichbar aber ist das Hauptthema der Häuslichen Gewalt, die bei den Polizeieinsätzen im Jahr 2005 zu drei Vierteln zwischen (ehemaligen) Eheleuten oder Lebenspartnern stattfand.

Die demographische Altersstruktur der Schweizer Bevölkerung⁴ im Jahr 2000 zeigt proportionale Abweichungen, insbesondere beim Segment der 30- bis 39-Jährigen, die bei der Sentinella-Erhebung um 12,5 Prozentpunkte (pp.⁵) mehr von häuslicher Gewalt betroffen waren. Dagegen um rund 5 pp. weniger waren es sowohl die ganz jungen, unter 19-Jährigen, als auch die 50 bis 59-Jährigen. Überdurchschnittlich war das Gewaltvorkommen wiederum auch bei den 20- bis 29-Jährigen und den 40- bis 49-Jährigen, die Abweichung zu demographischen Anteilen betrug aber „lediglich“ 5 Prozentpunkte. Das Alterssegment zwischen 20 und 49 Jahren ist also am meisten, das heisst im Vergleich zu den Bevölkerungsanteilen, überdurchschnittlich betroffen. Die über 60-Jährigen wichen letztlich im positiven Sinn ab, waren im Vergleich zu ihrem Bevölkerungsanteil um minus 13 pp. in der vorliegenden Untersuchung vertreten und somit unterrepräsentiert. Kurz: Die Resultate eruieren die 30- bis 39-Jährigen eindeutig als die am meisten gefährdetste Altersgruppe.

Täterprofil

Im Versuch ein Täterprofil zu erstellen, zeigt die nachfolgende Grafik 3, dass der Altersschwerpunkt der Täter hier deutlich hinter dem der Opfer liegt, das Mehr der (männlichen) Täter ist durchschnittlich rund 10 Jahre älter als die Opfer. Insgesamt betrachtet, hat die Altersverteilung dieser Patientengruppe ihren Schwerpunkt zwischen 40 bis 49 Jahren bei den Tätern und zwischen 30 und 39 Jahren bei den Opfern (siehe Grafik 3).

Grafik 3: Fälle nach Opfer-Täter (Selbstdeklaration) und Altersgruppe, 2003



Wie bereits erwähnt, handelt es sich bei den Tätern um gut 8% der 220 Fälle. Die überaus meisten Hausarzt-Patientinnen und -Patienten waren Opfer. Die Täter waren zu rund 83% männlich, Frauen darunter die Ausnahme, welche ja bekanntlich die Regeln jeweils wieder bestätigt. Von den total 18 Fällen, in denen sich die Patienten selbst als Täter deklarierten, wurden 16 als gesichert gemeldet. Davon

⁴ Gemäss Volkszählungsdaten 2000 des Bundesamtes für Statistik (BFS).

⁵ Abkürzung Prozentpunkte: pp.

waren knapp 38% selbst mit physischen Verletzungen zum Hausarzt gekommen, 69% gaben an unter psychischen oder psycho-somatischen Problemen zu leiden. Drei Viertel der Täter haben physische Gewalt angewendet, wenige davon auch sexuelle oder psychische Gewalt. Und: Auch Täter haben Gewalt erlitten - und möglicherweise mit ebensolcher (habituell) darauf geantwortet. Zu drei Vierteln handelte es sich nicht um Erstanwendungen von Gewalt, sondern um wiederholte Handlungsmuster. Weitere erfasste Merkmale der Täter sind: Zu rund 63% waren es Schweizer; dabei mit betroffen waren zu 69% Schweizer Partnerinnen oder Partner. Beziehungen mit einem gemischten Nationalitätshintergrund machten knapp einen Drittel aus. Insgesamt lebten gute vier Fünftel der Täter mit dem Opfer in einem gemeinsamen Haushalt, und ebenso viele zusammen mit Kindern. Zum sozioprofessionellen Hintergrund der Täter lässt sich klar sagen, dass rund 90% je hälftig entweder über keine oder über (maximal) eine Berufslehre verfügen. - Mit anderen Worten, das Bildungsniveau ist sichtbar gering. Die meisten der Täter gingen jedoch einer beruflichen Beschäftigung nach - waren also nicht arbeitslos. Hingegen spielte bei rund 63% die Suchtproblematik mit eine Rolle, zumeist Alkoholkonsum der Patienten.

An Massnahmen seitens der Hausärzte wurde zu knapp einem Drittel an die Polizei überwiesen, und sogar etwas mehr an die Psychiatrie respektive psychotherapeutische Praxen. Auch an Beratungsstellen wurde überwiesen. Partiiell wurden Medikamente abgegeben, partiiell andere Massnahmen ergriffen.

Der Vergleich mit der Polizeistatistik des Kantons Basel-Landschaft zeigt auf, dass die Aufteilung der Täter nach Geschlecht rund 18% Frauen beinhaltet - also annähernd so viel wie in der vorliegenden Sentinella-Erhebung. Bei den Opfern hingegen ist die Frauenquote hier um gut 10% höher als in der Polizeistatistik, das heisst bei Polizeiinterventionen werden mehr Männer als Opfer registriert als bei Besuchen beim Hausarzt. Grundsätzlich weisen die Zahlen aber in die gleiche Richtung.

Soweit die Übersicht der Daten, der nächste Teil des Berichtes befasst sich nur noch mit den gesicherten Fällen zur Häuslichen Gewalt zwischen Partnern.

TEIL II:

Soziodemographische Hintergründe der Gewaltbetroffenen

Die Frage bleibt: Wer ist von Gewalt betroffen? Gibt es spezifische, hintergründige Merkmale oder ein klares Gefährdungspotential? Die Polizeistatistik bestätigt, was auch hier offensichtlich ist: Häusliche Gewalt findet in der Regel zwischen Ehe- oder Lebenspartnern statt, die in einem gemeinsamen Haushalt leben. Drei Viertel aller befragten Hausarztpatienten waren verheiratet. Bei knapp 60% waren Kinder mit betroffen, durchschnittlich deren zwei. Das heisst, fast doppelt so viele wie behandelte Erwachsene! Ein Fakt, der bei der Behandlung und Massnahmenanordnung von (potentiellen) Gewaltopfern nicht vergessen werden darf.

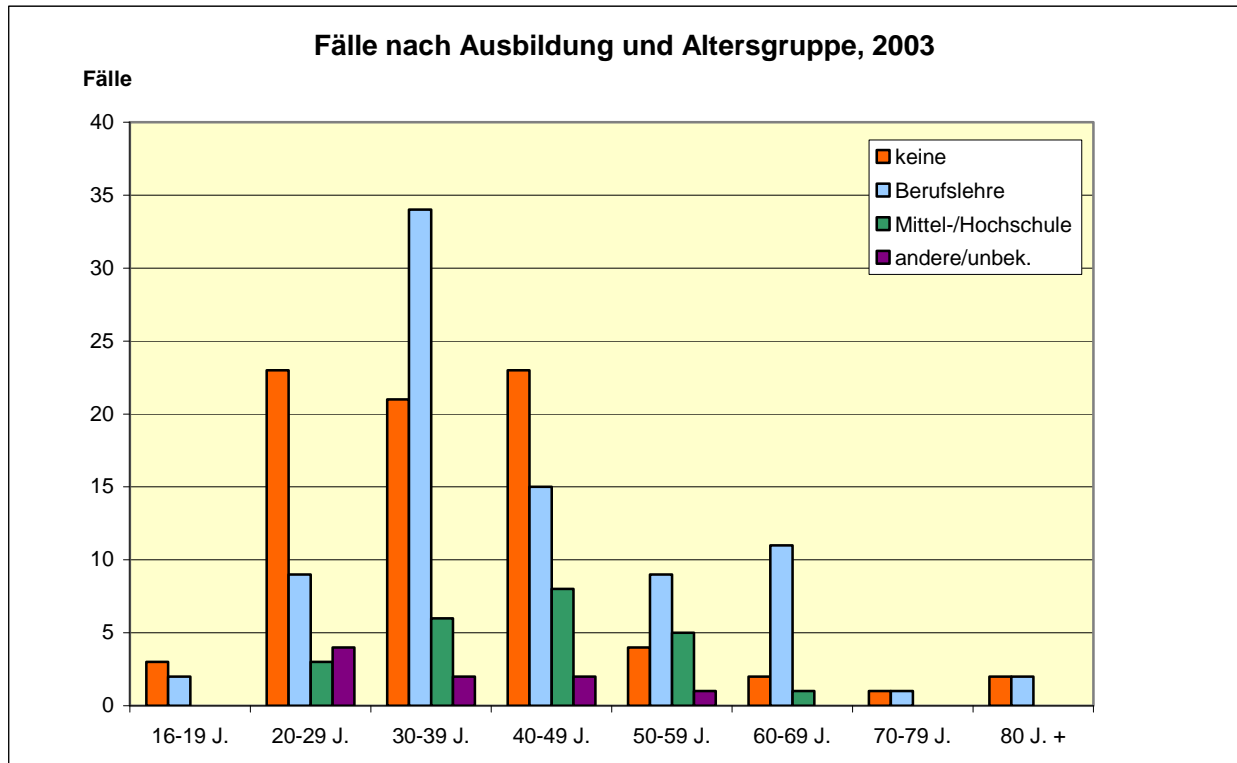
Der sozioprofessionelle Hintergrund der Patienten ist, wie schon bei den Tätern, nach abgeschlossener höchster Ausbildung (BFS-Standard) betrachtet, relativ gering: 41% aller Fälle haben keine Ausbildung aufzuweisen, darunter 43% der Frauen. In etwa umgekehrt proportional sieht es Geschlechter bezogen bei der Berufslehre aus, aber auch hier beträgt der Gesamtwert rund 43%. Des Weiteren haben rund 7% einen Mittelschulabschluss, knapp 5% eine Hochschule besucht und ebenso viele sind unbekannt geblieben (siehe Grafik 4).

Verglichen mit dem Ausbildungsspiegel der Schweizerischen Bevölkerung im Jahr 2000⁶ ist die Quote der ausbildungslosen Personen in der Sentinella-Erhebung um rund 16 pp. zu hoch. Die Berufslehren dagegen sind übervertreten (+6 pp.), und die Mittelschulabschlüsse als auch „unbekannte andere“ mit je minus 4 pp. unterrepräsentiert. Auffällig ist die beinahe Absenz der Hochschul- und Universitätsabgänger, deren Anteil im Durchschnitt in der Schweizerischen Wohnbevölkerung immerhin fast 17% beträgt, hier jedoch lediglich eine Quote von knapp 5% aufweist. Die Frauen der Sentinella-Umfrage weisen gar nur die Hälfte der Mittelschulabgängerinnen auf, und noch weniger sind es bei den Hochschulabschlüssen. Bei den Berufslehren dagegen liegen sie quotenmässig gut im Bevölkerungsdurchschnitt drin - die ausbildungslosen wiederum sind überproportional vertreten. *Bref:* Die von

⁶ Gemäss Volkszählung 2000, Wohnbevölkerung ab 15 Jahren, BFS.

Häuslicher Gewalt zwischen Partnern Betroffenen sind deutlich schlechter ausgebildet als der Durchschnitt der Schweizerischen Wohnbevölkerung.

Grafik 4: Sichere Fälle nach abgeschlossener höchster Ausbildung und Altersgruppe, 2003



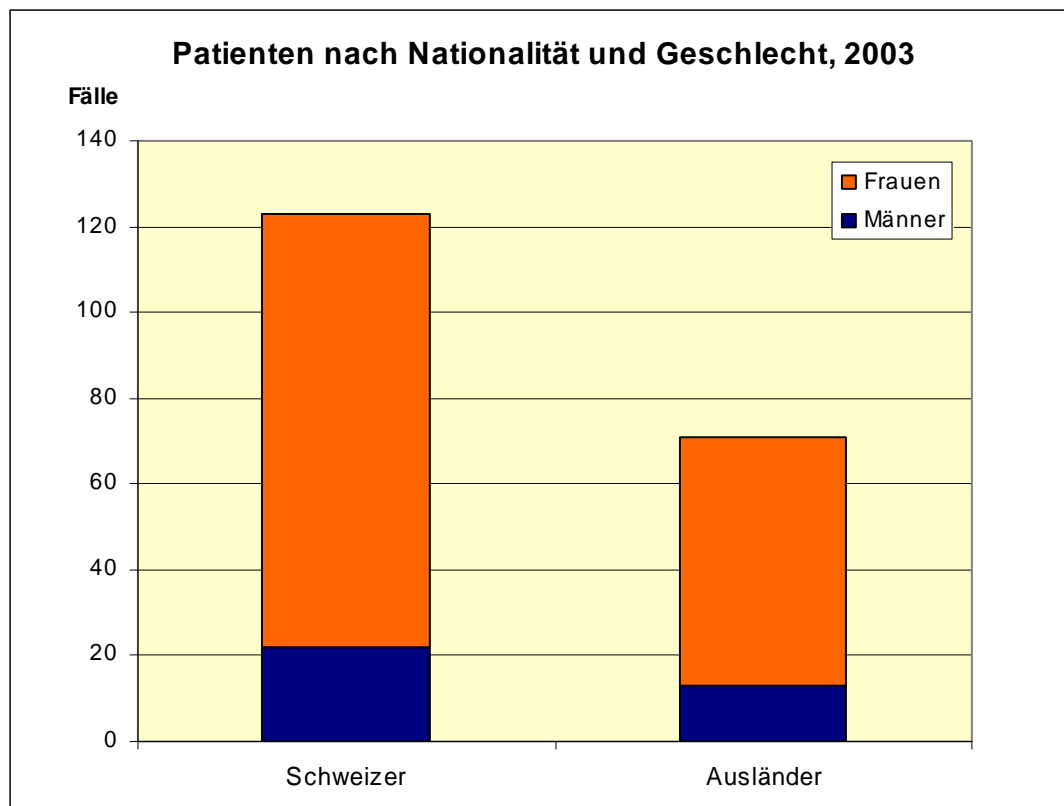
Nationalität, Sucht und Arbeitslosigkeit

Was regelmässig für Diskussionsstoff sorgt ist die Nationalität von Tätern und Opfern. Und um es kurz zu machen: Ja, der Ausländeranteil ist auch hier überdurchschnittlich hoch und liegt bei knapp 37% der 194 sicheren Fälle und betrifft beide Geschlechter gleichermassen. Die Schweizerischen Bevölkerungsdaten gehen von einem Ausländeranteil von rund 20%⁷ aus. Noch deutlicher wird es bei den Partnern der Gewaltbetroffenen, da nämlich liegt der Ausländeranteil bei fast 52%, ist also mehr als Doppelt so hoch wie der Durchschnitt der Schweizer Wohnbevölkerung. Woran liegt das? Hängen der tiefe Bildungsstand und die Nationalität zusammen? Grundsätzlich: Ja, Nationalität und die höchste abgeschlossene Ausbildung hängen zusammen. Weit über 50% der ausländischen Patienten als auch der ausländischen Partnerinnen und Partner haben keine Ausbildung vorzuweisen.

Bei genauerer Betrachtung und der Frage nach weiteren Faktoren wie Arbeitslosigkeit verknüpft mit der Nationalität stellt sich heraus, dass rund 23% der ausländischen Patienten arbeitslos sind und 24% eine Suchtproblematik deklariert haben. Im Vergleich dazu beträgt die Arbeitslosigkeit bei den Schweizerinnen und Schweizern unter 10% - und ist damit immer noch überdurchschnittlich hoch. Bei der Suchtproblematik sieht das ganze umgekehrt aus: 35% der Schweizerinnen und Schweizer haben eine solche mit „ja“ beantwortet. Anders gesagt leiden die verhältnismässig schlecht ausgebildeten Ausländer dieser Untersuchung an vermehrter Arbeitslosigkeit, während die Schweizer Patienten zu über einem Drittel mit einer Suchtproblematik behaftet sind. Beides sind mögliche Risikofaktoren einer Eskalation von Beziehungsproblemen in gewaltsamen Auseinandersetzungen.

⁷ Gemäss Volkszählung 2000, Wohnbevölkerung ab 15 Jahren - etwas mehr ist es bei der Bestandesaufnahme der Wohnbevölkerung 2003, beide BFS.

Grafik 5: Sichere Fälle nach Nationalität und Geschlecht, 2003



Dieselbe Thematik anhand der Daten der Partnerinnen und Partner der Betroffenen betrachtet, bestätigt, was bereits erkannt wurde: Auch hier sind 24% der ausländischen Partner von Arbeitslosigkeit betroffen, doppelt so viele wie bei den Schweizern. Und bei der Suchtproblematik sind es ebenfalls mehr, nämlich 29% - im Vergleich dazu die Schweizer Partner mit einem Suchanteil von wiederum einem Drittel. Das heisst, alle Schweizer Beteiligten der Untersuchung haben zu einem Drittel ein Suchtproblem. Sucht kann somit klar als einer der Hauptrisikofaktoren bezeichnet werden.

Was die Aufenthaltsdauer der ausländischen Patienten anbelangt, so ist die grosse Mehrheit (52%) von ihnen seit über 10 Jahren in der Schweiz. Die Aufenthaltsdauer kann weder im Zusammenhang mit Arbeitslosigkeit noch Suchtproblemen signifikant in Zusammenhang gebracht werden, auch nicht bei den ausländischen Partnern der Patienten. Obschon dort noch am ehesten eine Korrelation zwischen „weniger als 5 Jahren“ Aufenthalt in der Schweiz und einer Suchtproblematik eruiert werden könnte.

Zusammengefasst kann festgehalten werden, dass aufgrund der schlechten Ausbildungssituation vieler ausländischen, von Gewalt betroffenen Patientinnen und Patienten das Einhergehen der häuslichen Beziehungsprobleme mit Arbeitslosigkeit und Suchtproblemen deutlich erhöht ist. Anders herum betrachtet, ist Bildung und Ausbildung wohl einer der effektivsten Präventionsfaktoren oder auch indirekt protektiven Faktoren - und zwar für alle.

Gewalt nach Art und Häufigkeit

Eine der zentralen Fragen ist die nach der erstmaligen Vorkommen, also der Erstanwendung von Gewalt in Beziehungen. Die Antwort ist von ebenso zentraler Bedeutung und lautet zu rund 80%: Nein. Nur knapp 12% sagen „ja“, es geschah zum ersten Mal. Das grosse Mehr besteht aus Wiederholungsoffern und -tätern, sowohl auf Schweizer- wie auch auf Ausländerseite. Dies ist ein ganz zentrales Spezifikum der Häuslichen Gewalt zwischen Partnern: Sie kommt in der Regel öfters, wenn nicht jahrelang vor, ist kein einmaliges Ereignis, sondern ein wiederkehrendes (siehe Grafik 6). Die Betroffenen gaben auf die

Frage nach der Anzahl der Wiederholungen in den letzten 12 Monaten zwischen einmal und 60 an, Männer wie Frauen.

Grafik 6: Sichere Fälle nach Erstanwendung von Gewalt, 2003



Die Befunderhebung war sehr schlicht formuliert, wollte in erster Linie zwischen physischen, sichtbaren Verletzungen und psychischen oder psychosomatischen, also weitgehend unsichtbaren Verletzungen oder Störungen unterscheiden. Schliesslich gab es ja einen Grund für den Hausarztbesuch. Was dabei herauskam, veranschaulichen die nachfolgenden Tabellen 4 und 5.

Tabelle 4: Sichere Fälle nach Symptomen - Physische Verletzung nach Geschlecht, 2003

physische Verletzung	2003	Geschlecht		Anteil in %
	Total	Männer	Frauen	
Total	194	35	159	100.0
ja	127	21	106	65.5
nein	59	11	48	30.4
nicht exploriert	8	3	5	4.1

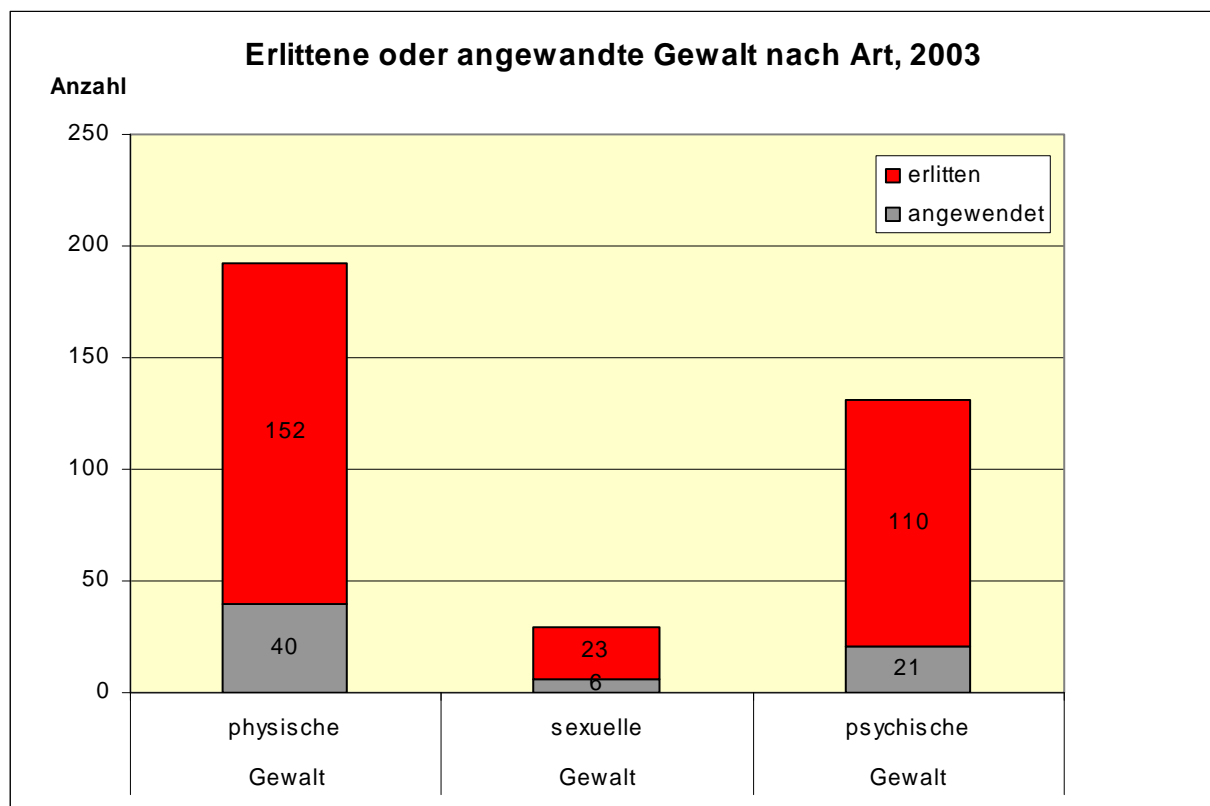
Tabelle 5: Sichere Fälle nach Symptomen - Psychische oder psychosomatische Störung nach Geschlecht, 2003

psych./psychosom. Verletzung	2003	Geschlecht		Anteil in %
	Total	Männer	Frauen	
Total	194	35	159	100.0
ja	119	17	102	61.3
nein	63	16	47	32.5
nicht exploriert	12	2	10	6.2

Rund zwei Drittel der Patientinnen und Patienten kam mit attestierten physischen Verletzungen und immerhin gute 61% mit psychischen oder psychosomatischen Beschwerden. Männer meldeten weniger psychosomatische Symptome an als Frauen. Da die Fragen separat gestellt wurden, gab es Überschneidungen: Rund 31% der Patientinnen und Patienten wurden sowohl aufgrund von physischen als auch psychischen/psychosomatischen Beschwerden behandelt. Ausschliesslich physische Verletzungen wurden einem guten Drittel attestiert, weitere 30% wurden als einzig psychischen/psychosomatisch beurteilt. Grob zusammengefasst waren rund je ein Drittel physisch verletzt, psychisch angeschlagen sowie mit beiderlei Symptomen behaftet. Übers Kreuz betrachtet betrafen die unter „nicht exploriert“ figurierenden Ausnahmen lediglich 2 Einzelfälle.

Im Weiteren wurde nicht nur nach erlittener oder angewandeter Gewalt gefragt, sondern auch nach deren Art und Häufigkeit. Unter Art der Gewalt wurde unterschieden zwischen **physischer Gewalt**: Jeder vom Opfer unerwünschte und vom Täter beabsichtigte Körperkontakt ist ein Angriff gegen die körperliche Integrität (z.B. Schläge, Fusstritte, Beissen, aber auch Schlagen mit Gegenständen). Ebenfalls unter physische Gewalt fallen Morddrohungen oder Androhungen von Waffengewalt. Die zweite Kategorie umfasst **sexuelle Gewalt**, das heisst jede Handlung, die einer Person gegen ihren Willen aufgezwungen wird (von Belästigung bis zur Vergewaltigung) und einen Angriff auf die sexuelle Integrität darstellt. Darunter fällt auch z.B. das erzwungene Anschauen von Pornodarstellungen ohne direkten Körperkontakt. Schliesslich wurde nach der **psychischen Gewalt** gefragt, worunter z.B. Demütigung, Einschüchterung, Ein- oder Aussperren oder das systematische Unterbinden aller Sozialkontakte zu verstehen ist. Mögliche Formen sind auch das Vorenthalten ökonomischer Mittel oder dem Zugang zur medizinischen Versorgung. Psychische Gewalt geht oft mit anderen Gewaltarten einher und ist am schwierigsten nachweisbar, oft beschämend und daher auch gern verschwiegen.

Grafik 7: Sichere Fälle nach erlittener und angewandter Art von Gewalt, 2003 (Mehrfachantworten)



Nicht zu unterschätzen ist das Phänomen des Gewaltkreislaufs, das Betroffene in ihren Handlungsmustern „gefangen“ hält. Vielfach folgen diese aus biographischen Gründen erlernten Verhaltensmustern, die mangels erkannten Alternativen und/oder Handlungskompetenzen immer wiederholt werden. Die

biographischen Begebenheiten und Prozesse sind es auch, die Opfer zu (neuen) Tätern werden lassen und Täter auch als Opfer demaskiert - was aber weder als Schuldzuweisung, noch als Entschuldigung verstanden werden darf.

Hintergründe und mögliche Ursachen

Als Hypothesen im Fragebogen integriert waren die Fragen nach Arbeitslosigkeit und Suchtverhalten von sowohl Patienten als auch deren Partnern. Wie bereits im Abschnitt „Nationalität, Sucht und Arbeitslosigkeit“ erwähnt, ist das Thema Sucht vor allem bei Schweizerinnen und Schweizern präsent, die Arbeitslosigkeit hingegen bei den Ausländerinnen und Ausländern ein Thema. Auf die Gesamtheit der erhobenen, sicheren Fälle bezogen, lag der Anteil der arbeitslosen Patienten bei durchschnittlich 14% und bei deren Partnern bei rund 19%. Das ist viel, betrachtet an der durchschnittlichen, schweizerischen Arbeitslosenquote von knapp 4% im Jahr 2003. Insbesondere die Partner der (weiblichen) behandelten Opfer, sind mit einem knappen Fünftel deutlich übervertreten. Arbeitslosigkeit kann demnach als potentielles Risiko bezeichnet werden und zu Häuslicher Gewalt zwischen Partnern beitragen.

Die Frage nach einer Suchtproblematik wurde durchschnittlich von 31% der Patienten mit „ja“ beantwortet - das sind also doppelt so viele wie bei der Frage nach Arbeitslosigkeit! Von diesem knappen Drittel geben 87% an, Häusliche Gewalt bereits mehrfach erlebt oder angewendet zu haben. Mit anderen Worten: Sucht als repetitives Abhängigkeitsverhalten (Chronifikation, Kontrollverlust) geht einher mit der Eskalation von Konflikten in der Partnerschaft. Diese Erkenntnis birgt an sich nichts Neues, erstaunt aber in der Deutlichkeit der statistischen Resultate. Nach dem Suchtmittel befragt, wurde vor allem Alkohol angegeben. Fast zwei Drittel der Täter haben sich zur Suchtproblematik bekannt.

Schliesslich wurde als dem letzten, hypothetischen Risikofaktor nach Schwangerschaften gefragt. Aufgrund der gemeldeten Fälle, nämlich genau drei von den insgesamt 159 Patientinnen, kann hier die Schwangerschaft als erhöhter Risikofaktor von Häuslicher Gewalt quasi ausgeschlossen werden - dem ist aber in anderen Studien wie beispielsweise der im Universitätsspital Basel oder in der Maternité Insellhof Triemli in Zürich durchgeführten nicht so. Dort wurde Schwangerschaft sehr wohl als Risikofaktor und Beginn von Häuslicher Gewalt in Beziehungen eruiert⁸.

Ergriffene Massnahmen der Hausärzte

Das aus Patientensicht wichtigste zum Schluss: Welche Massnahmen wurden von den Hausärzten ergriffen, nachdem sie einen sicheren Fall von Häuslicher Gewalt zwischen Partnern diagnostiziert haben? Der Fragekatalog umfasste im Wesentlichen drei Massnahmenteilen, nämlich die Frage nach einer Überweisung, nach Medikamententherapie und weiteren, vornehmlich zu spezifizierenden Massnahmen. Rückwärts aufgerollt kann festgehalten werden, dass in 23 Fällen (rund 12%) keine Massnahmen - ausser der Hausarztbehandlung - ergriffen wurden. Es handelte sich ausschliesslich um Opfer jeden Alters, zu über 90% waren es Erstmeldungen Häuslicher Gewalt. 70% dieser Fälle waren mit zu behandelnden physischen Verletzungen gekommen, rund 40% mit psychischen oder psychosomatischen Beschwerden - oder anhand der Überschneidungen beiderlei Verletzungsarten. Knapp die Hälfte davon sprach von einer Suchtproblematik.

Unter „andere Massnahmen“ wurde je einmal Kinderschutz und „psychische Betreuung“ erwähnt, wobei beide Nennungen eigentlich unter „Überweisung an Beratungsstelle“ gehörten. „Andere Massnahmen“ wurden in insgesamt 58 Fällen, also rund 30%, ergriffen - jedoch nicht weiter ausdifferenziert.

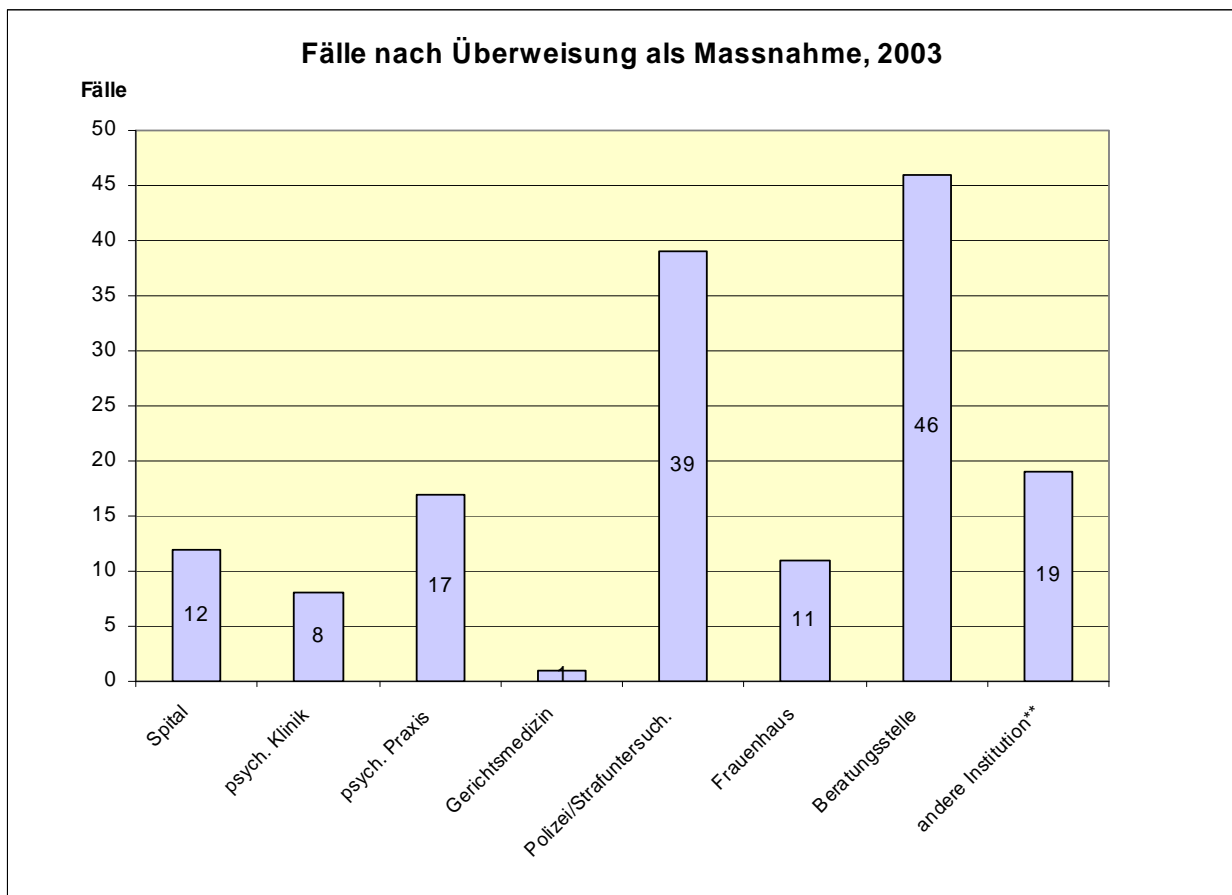
Medikamentenabgabe als Akuttherapie und wurde zu 37% angewendet. Zur Auswahl standen im Fragebogen Analgetica, Tranquilizer, Schlafmittel, Antidepressiva, Stimulantien und „andere“. Stimulantien wurden gar nicht abgegeben, „andere“ Medikamente 12 Mal - auch hier ohne weitere Spezifikation. Am meisten, zu Anteilen von je 27% wurden Tranquilizer und Antidepressiva verabreicht, dicht gefolgt von Analgetica. Schlafmittel wurden eher selten verschrieben. Zu bedenken ist hierbei die verzögerte Wirkung von Antidepressiva und notwendige ärztliche Überwachung der Patienten. Von einer

⁸ Gloor & Meier, *Frauen, Gesundheit und Gewalt im Sozialen Nahraum*, 2004:78 sowie ebd., *Häusliche Gewalt bei Patientinnen und Patienten*, 2005:10.

akuten Symptombehandlung kann bei Antidepressiva also nicht gesprochen werden. In 26 Fällen wurden zwei oder mehr Medikamente gleichzeitig abgegeben, von in 6 Fällen sogar 3 oder mehr.

Die wohl wichtigste Massnahme in Fällen von Häuslicher Gewalt ist die Triage und Weiter- oder Überweisung an sachdienliche Fachstellen. Das kann, je nach Sachverhalt, zum Beispiel bei schweren Verletzungen ein Spital sein oder bei renitenten Personen die Polizei, aber auch die Opferhilfe oder ein Frauenhaus. Die Auswahl und Bandbreite an Beratungsstellen und Hilfe leistenden Institutionen ist in den meisten Kantonen gross. Bundesweit wird Häusliche Gewalt unter Partnern als Offizialdelikt (Strafgesetzbuch) geahndet und die Polizei und Justizbehörden sind entsprechend sensibilisiert. In der Umfrage wurde denn auch rege von der Möglichkeit einer Überweisung gebrauch gemacht: Rund 70% der Fälle wurde von den Hausärzten weiter gewiesen (siehe Grafik 8).

Grafik 8: Sichere Fälle nach Überweisung als ergriffene Massnahme, 2003 (Mehrfachantworten)



** nicht spezifiziert.

Auffallend gross ist der Anteil der Überweisungen an verschiedene Beratungsstellen und an die Polizei oder Strafuntersuchungsbehörden. Doch auch von anderen regionalen Angeboten wurde Gebrauch gemacht wie der Überweisung ans Frauenhaus oder zu psychologisch-psychiatrischer Betreuung. Und das ist auch gut und richtig so. Niemand erwartet von einem Hausarzt, einer Hausärztin die Lösung eines derart komplexen, systemischen und oftmals chronifizierten Problems wie der Häuslichen Gewalt. Dies als solches aber zu erkennen gehört durchaus auch zum Aufgabenfeld von Hausärzten, die eine *Gatekeeper*-Funktion ausüben und niederschwellige Anlaufstellen für Patientenprobleme aller Art sind.

Fazit und Empfehlungen

Die Rolle von Hausärzten ist eine sehr umfassende: nicht nur medizinisch, sondern auch menschlich, in Beratung und Vermittlung. Daher kommt ihnen auch die anspruchsvolle Aufgabe einer empathischen Herangehensweise zu, wenn der Verdacht auf Häusliche Gewalt zwischen Partnern aufkommt. Gemäss WHO hat mindestens eine von fünf Frauen schon Misshandlungen in ihrem privaten Bereich erlebt. Diese Zahlengrundlage gilt auch für die Schweiz allgemein⁹. Die Erfahrung von physischer, psychischer (einschliesslich kontrollierendem Verhalten) oder sexueller Gewalt geht immer mit Gefühlen von Scham, Selbstzweifeln, Angst und Schuld einher und erhöht nachgewiesenermassen sogar die Suizidalität der Betroffenen, und das sind in der Regel Frauen¹⁰. Gewalterfahrungen hinterlassen deutliche körperliche, psychosomatische und psychische Spuren und stehen in einem klaren Zusammenhang zur gesundheitlichen Situation der Betroffenen, die mehrheitlich signifikant schlechter ist als die Nichtbetroffener. Ohnmacht aller Betroffenen, auch der Täter, und Tabuisierung dessen, was hinter verschlossenen Türen geschieht, steht längst gewonnenen Erkenntnissen, Hilfestellungen und Handlungsanleitungen gegenüber¹¹. Diese nützen jedoch nur, wenn sie auch angewendet, sprich umgesetzt werden. Aus der wirtschaftlichen Perspektive betrachtet, generieren Gewaltopfer grosse Kosten im Gesundheitssektor, denen mit einer frühzeitigen Erkennung und Intervention vorbeugend begegnet werden könnte. Der Basler Regierungsrat und Arzt Guy Morin sagte öffentlich: „Häusliche Gewalt ist kein Unglück, sondern ein Unrecht (...) [und] keine Privatsache, sondern ein Officialdelikt“¹². Alle, die mit dem Thema zu tun haben, sind gefordert, da es emotional stark besetzt, wenn nicht gar belastet ist. Entsprechend stellt es für alle an einem therapeutischen Prozess Beteiligten eine grosse Herausforderung dar.

Zusammenfassend betrachtet, sind Opfer nach wie vor mehrheitlich Frauen, Täter dagegen Männer. Häusliche Gewalt unter Partner ist ein sich meistens wiederholendes Handlungsmuster. Kinder sind oftmals unfreiwillig Mitbeteiligte und deren Wohlbefinden muss bei Abklärungen und Massnahmen mit einbezogen werden. Bildungsferne soziale Schichten sind gemäss der vorliegenden Auswertung mehr gefährdet, ebenso wie Ausländer dieser sozialen Segmente. Hinzu kommen Arbeitslosigkeit und Suchtprobleme als weitere, im negativen Sinn fördernde Faktoren.

Im klinisch-ärztlichen Bereich ist die Idee des Screenings, also eines routinemässigen Nachfragens, seitens der Patientinnen und Patienten auf hohe Akzeptanz¹³ gestossen und wäre für Hausärzte ebenfalls zu erwägen. Wichtig ist zum einen das Ansprechen an sich, zum anderen aber das Verhindern einer Retraumatisierung durch unnötiges „Wiedererleben lassen“. „Richtiges Fragen“, wie nach dem Erleben konkreter Handlungen oder Verhaltensweisen, anstatt abstrakt formulierter Gewalt, kann hilfreich sein¹⁴. Früherkennung durch Enttabuisierung und ein koordiniertes Handeln wäre wünschenswert und durch eine breite Sensibilisierung für das Thema, zum Beispiel bei fachärztlichen Weiterbildungen, zu erreichen. Als Schnittstellen eines koordinierenden Handelns wären beispielsweise Überweisungen an entsprechende Fachstellen, sei es Kinderschutz oder eine Suchtberatung, zu nennen¹⁵. Auch gesetzliche Massnahmen können unter Miteinbezug der Polizei durchgesetzt werden: Rund 50% der Schweizer Kantone kennt nun die Wegweisung gewalttätiger Partner aus dem gemeinsamen Haushalt - eine Alternative zum

⁹ Siehe Svejda, *Fakten zur Häuslichen Gewalt*, 2005, sowie generell im Überblick mit Angaben zu Prävalenzstudien Gloor & Meier in: Fachstelle für Gleichstellung Zürich [et. al.], *Häusliche Gewalt erkennen und richtig reagieren*, 2007:15-24.

¹⁰ Beispielsweise Szomoru, *Wer einmal schlägt, wird's wieder tun*, 2006.

¹¹ Eine der ersten systematischen Studien des Nationalfonds (nfp 40) in der Schweiz wurde durch Gillioz [et. al.] publiziert, zusammengefasst in: *Beziehung mit Schlagseite*, 1997, und das neueste praktische Handbuch mit Erkennungstipps (z.B. Red Flags, S. 141-142) sowie Handlungsanleitungen ist das der Fachstelle für Gleichstellung Zürich [et. al.], *Häusliche Gewalt erkennen und richtig reagieren*, 2007. Das Thema „Gewalt“ ist in der Forschungsliteratur sehr zahlreich, für vertiefte gesellschaftskritische als auch therapeutische Hintergrundinformationen sei auf das Werk von Küchenhoff [et al.], *Gewalt*, 2005, verwiesen.

¹² Zitat: Gloor & Meier, *Häusliche Gewalt bei Patientinnen und Patienten*, 2005:5.

¹³ Konklusionen von Gloor & Meier, *Frauen, Gesundheit und Gewalt im Sozialen Nahraum*, 2004:83-84 sowie ebd., *Häusliche Gewalt bei Patientinnen und Patienten*, 2005:51-56.

¹⁴ Svejda, *Fakten zur Häuslichen Gewalt*, 2005:22 sowie Fachstelle für Gleichstellung Zürich [et. al.], *Häusliche Gewalt erkennen und richtig reagieren*, 2007:142ff.

¹⁵ So hat z.B. die Basler Interventionsstelle eine praktische Nachschlagebroschüre mit Hinweisen und Adressen herausgegeben: Fachbeirat Halt-Gewalt & Abteilung Jugend, Familie und Prävention, *Von Angst bis Zuflucht*, 2007.

Frauenhaus. Im Kanton Basel-Landschaft ist seit der Einführung der Wegweisung als polizeilicher Massnahme (Polizeigesetz) die Anzahl polizeilicher Interventionen wegen Häuslicher Gewalt erstmals wieder gesunken (2006). Das Motto der „Nulltoleranz bezüglich Häuslicher Gewalt“ soll nicht nur in der Bevölkerung nachhaltig wirken, sondern kann durchaus auch von Hausärzten übernommen werden.

Als nachhaltige Präventionsstrategie erscheint (Aus-)Bildung, im Sinn von *Empowerment* und der Ermöglichung von „Hilfe zur Selbsthilfe“, ein ebenso zentraler Punkt zu sein. Das gilt nicht nur für Ausländerinnen und Ausländern, sondern auch für Schweizer Bürger der bildungsfernen Schichten, denen die Chancengleichheit nicht in die Wiege gelegt wurde. Besonders zu betonen ist die genderspezifische (Aus-)Bildung.

Hausärzte erfüllen nicht nur Patienten bezogen eine wichtige Rolle und Triagefunktion, sondern auch innerhalb des medizinischen Systems. So beträgt die Überweisungsquote von Hausärzten an die Externen Psychiatrischen Dienste des Kantons Basel-Landschaft rund 18%, das ist die zweithöchste nach den Selbstzuweisungen der Patienten. Umgekehrt weisen die Externen Psychiatrischen Dienste die Patienten nach der Behandlung zu 30% wieder an Hausärzte (zurück). Die Hausärzte sind oftmals zugleich Vertrauens- und Fachpersonen in einem. Häusliche Gewalt zwischen Partnern soll beispielsweise nicht unnötig „psychiatrisiert“, aber wo nötig entsprechen Abklärungen gemacht werden. Kurzum, eine Zusammenarbeit zwischen Fachpersonen und -institutionen ist bei diesem Thema unablässig. Und so wie die Patientin, der Patient die Last des Geschehens nicht allein im Versteckten tragen soll, so soll dies auch kein Hausarzt, keine Hausärztin tun.

Abschliessend Dank an alle, die zu dieser Erhebung beigetragen und so eine Wissenserweiterung hinsichtlich des Themas Häusliche Gewalt zwischen Partnern ermöglicht haben, insbesondere an Christine von Salis von der Interventionsstelle gegen Häusliche Gewalt des Kantons Basel-Landschaft, deren Engagement zum erfolgreichen Abschluss dieser Arbeit massgeblich beigetragen hat.

L. Svejda-Hirsch, lic. phil., MAS
Sozialwissenschaftlerin EPD BL

Adresse: Externe Psychiatrische Dienste BL, Kantonsspital, PWS, 4101 Bruderholz, Tel. 061 425 45 82,
Email. lenka.svejda@kpd.ch

Weiterführende, zitierte Literatur:

Schweizerische Konferenz der Gleichstellungsbeauftragten (Hrsg.) / Gillioz, L. [et al.]

1997 *Beziehungen mit Schlagseite : Gewalt gegen Frauen in Ehe und Partnerschaft*,
Schweizerische Konferenz der Gleichstellungsbeauftragten, Zürich : efef..

Fachbeirat Halt-Gewalt & Abteilung Jugend, Familie und Prävention (Hrsg.)

2007 *Von Angst bis Zuflucht : Gegen Häusliche Gewalt*, Basel : Justizdepartement BS.

Fachstelle für Gleichstellung, Frauenklinik Maternité, Stadtspital Triemli, Zürich (Hrsg.)

2007 *Häusliche Gewalt erkennen und richtig reagieren : Handbuch für Medizin, Pflege und Beratung*, Bern : Huber Verlag.

Gloor, D. & Meier, H.

2005 *Häusliche Gewalt bei Patientinnen und Patienten: eine sozialwissenschaftliche Studie am Universitätsspital Basel*, Basel : Justizdepartement.

Gloor, D. & Meier, H

- 2004 *Frauen, Gesundheit und Gewalt im sozialen Nahraum: Repräsentativbefragung bei Patientinnen der Maternité Inselhof Triemli, Klinik für Geburtshilfe und Gynäkologie*, Bern : Soziothek.

Küchenhoff, J., Hügli, A. & Mäder, U. (Hrsg.)

- 2005 *Gewalt : Ursachen, Formen, Prävention*, Giessen : Psychosozial.

Seith, Corinna

- 2007 „Das Recht löst nicht alle Probleme“, in: *Horizonte*, Das Schweizer Forschungsmagazin, Nr. 74, S. 5, Bern: SNF.

Svejda-Hirsch, Lenka

- 2005 Fakten zur häuslichen Gewalt : Erkennen durch Sensibilisierung, in: *Soziale Medizin*, Nr. 3, S. 20-22, Basel: SGSG.

Szomoru, Sonja

- 2006 *Wer einmal schlägt, wird's wieder tun : Gewalt und Co-Abhängigkeit in Beziehungen*, München : Starks-Sture.

Weiterführende Links:

www.against-violence.ch - Fachstelle gegen Gewalt des Eidg. Büros für Gleichstellung, Bern

www.frauenhaus-schweiz.ch - gibt Auskunft über freie Plätze der ca. 16 Frauenhäuser Schweiz weit

www.opferhilfe-schweiz.ch - Opferhilfe, alle Kantone, gem. Bundesgesetz, oft inkl. Kinderschutz