

# Hausärztinnen und Hausärzte – Mitten im Geschehen bei Gewalt im häuslichen Umfeld

## C. Jellinek, Facharzt für Allgemeinmedizin und Suchtmedizin

Der Titel ist vielleicht irreführend, das ist mir aber leider ein bisschen zu spät in den Sinn gekommen. Gerade wollte ich schreiben: „Wir Ärztinnen und Ärzte sind NATÜRLICH selten tatsächlich dabei, wenn es um häusliche Gewalt geht ... “ Aber auch das stimmt ja nicht.

Gerade Allgemein- und Hausärztinnen und -ärzte befinden sich in einer besonderen Rolle, wenn es um häusliche Gewalt geht, da häufig die ganze Familie in der Praxis in Behandlung ist. Das bedeutet für den Arzt oder die Ärztin nicht selten, den Täter, die betroffene Frau und unter Umständen mitbetroffene Kinder zu kennen. Sitzt der Rest der Familie im Wartezimmer, während der behandelnde Arzt, bzw. die Ärztin die betroffenen Frau ermutigt, über die Gewalterfahrungen zu sprechen? Ist der Ehemann nicht eigentlich ein ganz sympathischer Mensch? Kann der Frau geglaubt werden? Wie kann ein Arzt oder eine Ärztin mit solchen Fragen in dieser heiklen Situation umgehen?

Ich bin seit vielen Jahren als Allgemeinmediziner mit Suchtkranken beschäftigt. Als ich von Frau May zur Zusammenarbeit mit dem Projekt MIGG eingeladen wurde, gingen mir spontan Gemeinsamkeiten zwischen Suchtkranken und Gewaltopfern durch den Kopf. Dabei geht es mir nicht nur um die Tatsache, dass häusliche Gewalt und Alkoholkonsum oft miteinander verbunden sind, sondern um die moralisierenden Wertungen, die sowohl Suchtkranke, als auch Opfer von Gewalt häufig erfahren müssen.

Suchtkranke inhalieren mit jedem Kontakt zur Gesellschaft: Wer süchtig ist, ist selber schuld und braucht doch nur aufzuhören...; Sucht ist keine Krankheit. Sucht ist persönlich zu verantwortendes Fehlverhalten, Charakterschwäche oder Ausdruck „genetisch minderwertigen Menschenmaterials“ wie mir mal ein Medizinstudent zu vermitteln suchte.

Und oft untergründig, manchmal auch ganz dreist, offen und ins Gesicht sind weibliche Opfer von männlicher Gewalt mit Unterstellungen konfrontiert, die ihnen viel zu häufig den Mund verschließen: Wer sich demütigen, gar schlagen lässt hat selber versagt – und die böse Suche nach aufreizendem Verhalten von Frauen vor der sexueller Gewalt bestimmt immer noch viel zu viele Versuche der juristischen Aufarbeitung solcher Verbrechen, wenn es überhaupt zu einer juristischen Bewertung physischer, psychischer oder sexueller Gewalt kommt. Was so oder ähnlich untergründig geschieht wird bisweilen auch ganz direkt formuliert – zum Beispiel folgendermaßen:

„My home is my castle und was ich mit MEINER Frau und MEINEN Kindern mache geht erstmal niemanden was an!“

‚Pack schlägt sich und Pack verträgt sich.‘

‚Wenn der Türke seine Frau prügelt, dann soll er doch nach Anatolien zurück...‘

‚Und mal ganz unter uns: ne Ohrfeige hat doch noch niemandem von uns geschadet – oder?‘

Die Tradition von männlicher Gewalt gegen Frauen und Kinder ist auch in Deutschland tief verwurzelt. Ich wiederhole hier nicht die sattsam bekannten Befunde zur Prävalenz psychischer, physischer und sexueller Gewalt in unserer Gesellschaft. Zur Kenntnis zu nehmen haben wir jedenfalls auch, dass der Anteil an unter Gewalt leidenden Migrantinnen z.B. aus der Türkei noch höher ist, als in der Mehrheitsgesellschaft. Uns fehlt noch eine Vorstellung von adäquatem Umgang mit dieser Tatsache.

Auch der Zusammenhang zwischen Gewalterfahrungen und seelischen und somatischen Erkrankungen oder späterem deviantem Verhalten brauchen hier nicht weiter erläutert werden. In den psychosomatischen Abteilungen unserer Krankenhäuser und in den Suchtkliniken, in den Psychiatrien, in den Gefängnissen und eben auch in den Arztpraxen ist der Anteil an weiblichen, wie männlichen Opfern meist chronischer häuslicher Gewalt um ein Vielfaches höher, als außerhalb dieser Institutionen.

Und dennoch: Bei häuslicher Gewalt gegen Frauen und Kinder sind wir alle und auch wir Ärztinnen und Ärzte viel zu oft und immer noch erstaunlich hilflos.

Durch MIGG könnte sich zumindest an dieser Realität etwas ändern. Auch wenn weiter und zumeist in häuslicher Abgeschlossenheit gedemütigt und geschlagen werden wird und zumeist Männer Täter und Frauen und Kinder Opfer sein werden, kann sich durch zielgerichtete Unterstützung die Prognose für die Opfer verbessern.

„Das schlimmste für eine Frau die geschlagen wurde ist die Scham geschlagen worden zu sein.“ heißt es in einem ARTE Kurzfilm zu häuslicher Gewalt (<http://www.youtube.com/watch?v=XqJc8iY5hrc&feature=related>). Die Scham durch erlittene Gewalt hilflos gemacht zu sein, die Demütigung, die Gewalt immer für den Menschen bedeutet, der zu ihrem Opfer gemacht wurde verschließt den Mund.

„Der Prügelprinz“, ein anderer Kurzfilm zum Thema häusliche Gewalt, dokumentiert zwei weitere, häufig im Zusammenhang mit Gewalt gegen Frauen zu beobachtende Reaktionsmuster (<http://www.youtube.com/watch?v=6yOzGHwAB94&feature=related>):

1. Frau lässt sich überreden und statt ihren „Prügelprinzen“ zu verlassen, verbleibt sie in der Gewaltbeziehung.

2. Die Nachbarn singen ihre Adventslieder lauter, um die Gewalt in der Wohnung nebenan zu übertönen.

Wenn wir uns als niedergelassene Ärztinnen und Ärzte zur Teilnahme an MIGG durchringen, dann auch schon, weil wir wissen, dass unsere Patientinnen zunächst und bis zum Beweis des Gegenteils davon ausgehen müssen bei uns nicht anders, als anderswo behandelt zu werden. Es liegt an uns die Bedingungen zu schaffen, die den Gewaltopfern die notwendige Offenheit ermöglichen und das Schweigen brechen könnten!

Von dem Modellprojekt MIGG erwarte ich mich vor allem Gewinne auf zwei Ebenen:

1. Die Sensibilität für die Wahrnehmung von Gewalt gegen Frauen steigt bei mir und meinem genauso zu schulenden Team und wir erhalten konkrete Hilfestellungen bei der Suche nach dem richtigen Umgang mit den Opfern aber auch den Tätern unter den Patienten und Patientinnen. Wir lernen die vor Ort vorhandenen Hilfemöglichkeiten besser kennen und erarbeiten uns eine Art Leitlinie zum angemessenen Umgang mit Opfern von Gewalt in der Praxis. Wir wissen wo wir nachfragen können und Hilfe erhalten, wenn wir nicht weiter wissen. Wir machen uns sehend gegen einen Blinden Fleck im medizinischen Arbeitsalltag und erreichen damit den ersten, häufig entscheidenden Schritt zum Ausstieg aus Gewaltbeziehungen: Wir hören zu und öffnen uns für die Zeichen von Gewalt. Damit ermöglichen wir überhaupt erst einen Kontakt, denn wir vermitteln, dass wir zu Wahrhaftigkeit in der ärztlichen Beziehung zur Patientin bereit sind und zuhören wollen, wenn Frau sich dazu durchringen kann die Barriere aus Scham zu übersteigen und sich mitzuteilen.

Wir hören immer noch zu und bieten an, wozu wir an Hilfe in der Lage sind. Es gibt wenig, was mich so misstrauisch macht, wie der „ärztliche Führungsanspruch“ Patientinnen und Patienten gegenüber. Wir sind Spezialistinnen und Spezialisten für dieses und jenes, aber die Entscheidungen verbleiben bei unseren Patientinnen und Patienten. In der Suchtmedizin kann man prima lernen, dass Wahrhaftigkeit und Beziehungskonstanz die entscheidenden Kriterien für einen positiven Behandlungsverlauf sind und nicht nur die Fülle an notwendigem medizinischem Fachwissen!

Gewalt und Sucht haben gemeinsam, dass sie nur wahrzunehmen sind, wenn man dafür die Augen öffnet. Und Gewalt, wie Sucht können die damit Konfrontierten in eine Wahrnehmungsverweigerung bis zum burn out treiben, wenn das Opfer von Gewalt zu ihrem „Prügelprinzen“ zurückkehrt oder sich der Gedanke vom „selber schuld!“ in das Hirn gefressen hat. Mir hilft da meistens nur, dass ich mich daran erinnere was Demut bedeutet – und zwar nicht im christlichen Sinne, sondern im Sinn und in der Definition von Erich Fromm:

Demut ist die der Vernunft und der Objektivität entsprechende emotionale Haltung zur Überwindung des eigenen Narzissmus. (Die Kunst des Lebens, 1956)

2.: Die „Medizinischen Interventionen gegen Gewalt“ müssen realistisch in ihren Ansprüchen an die niedergelassenen Kolleginnen und Kollegen und deren Praxisteams bleiben: wir sind eingeklemmt zwischen einem immensen Rationierungsdruck, was unsere Zeit und unsere materiellen Reserven betrifft und gleichzeitig stellen die Kostenträger, das Gesundheitssystem und die Gesundheitspolitik immer höhere Ansprüche an die ambulante Medizin.

Das Handwerkszeug für die Praxis im Umgang mit der Gewalt gegen unsere Patientinnen muss daher konkret sein, einfach in der Handhabung und realistisch in seinen Anforderungen an unsere Arbeitszeit. Es muss die Vermittlung zu denen, die zu weiterführender Hilfe in der Lage sind rasch möglich machen.

Das Bundesmodellprojekt MIGG ist erstmal – wie diese Veranstaltung auch dokumentiert - in Berlin gut gelandet. Die ersten allgemeinmedizinischen und gynäkologischen Praxen haben ihre Teilnahme zugesagt. Wenn alles so wird, wie wir uns das wünschen, dann werden wir es als Ärztinnen und Ärzte verkraften können genauer hinzuschauen, weil wir wissen was wir sinnvoll tun können. Die hausärztliche Medizin sieht und untersucht die Frauen, die zu Opfern von Gewalt werden und insofern stimmt die Überschrift meines Beitrags dann doch – zumindest ein kleines bisschen ...