

**Erhöhte Inanspruchnahme von Hausärzt*innen durch
Patient*innen mit Gewalterfahrungen: Ergebnisse aus
der repräsentativen Studie zur Gesundheit
Erwachsener in Deutschland und der
General Practice Care-1 Studie**

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung des Doktorgrades

der Hohen Medizinischen Fakultät

der Rheinischen Friedrich-Wilhelms-Universität

Bonn

Carmen Hunzelar

aus Wesel

2023

Angefertigt mit der Genehmigung

der Medizinischen Fakultät der Universität Bonn

1. Gutachterin: Prof. Dr. med. Birgitta Weltermann, MPH (USA)

2. Gutachter: Prof. Dr. Andreas Mayr (Dipl.-Stat.)

Tag der Mündlichen Prüfung: 04. April. 2023

Aus dem Institut für Hausarztmedizin

Direktorin: Prof. Dr. med. Birgitta Weltermann, MPH (USA)

Widmung

Für meine Familie und Freunde, die mir stets Kraft und neue Motivation gegeben haben. Im Besonderen gilt diese Arbeit meinen verstorbenen Großvätern, die zu gern meinen Abschluss miterlebt hätten.

Inhaltsverzeichnis

	Abkürzungsverzeichnis	7
1.	Einleitung	8
1.1	Dimensionen von Gewalterfahrungen	8
1.2	Einfluss von Gewalterfahrungen auf Gesundheit	9
1.3	Hausärzt*innen als wichtige Ansprechpartner*innen für Gewaltopfer	9
1.4	Daten zu Gewalterfahrungen in der bevölkerungsrepräsentativen DEGS1	10
1.5	Zielsetzung der Studie	11
2.	Material und Methoden	13
2.1	DEGS1 (Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland)	13
2.1.1	Studienteilnehmende und Datenverfügbarkeit	13
2.1.2	Erhebung soziodemographischer Parameter	14
2.1.3	Erhebung von hausärztlichen Konsultationen und Gesundheitsparametern	14
2.1.4	Erhebung von Gewalterfahrungen	15
2.2	GPCare-1-Studie (General Practice Care-1 Study)	16
2.2.1	Rekrutierung von Praxen und Patient*innen	16
2.2.2	Erhebung der Teilnehmenden-Charakteristika und Kommunikationspräferenzen	17
2.3	Statistische Analysen	18
3.	Ergebnisse	20
3.1	Ergebnisse DEGS1	20

3.1.1	Soziodemographische Charakteristika, Gewaltprävalenz und hausärztliche Konsultationen	20
3.1.2	Gewalterfahrungen und gesundheitliche Beschwerden	22
3.1.3	Gewalterfahrungen, Befindlichkeitsstörungen und hausärztliche Konsultationen	26
3.2	Ergebnisse der GPCare-1-Studie	28
3.2.1	Soziodemographische Charakteristika und Gewaltprävalenz	28
3.2.2	Kommunikationspräferenzen von Patient*innen mit ihren Hausarzt*innen	31
4.	Diskussion	36
4.1	Höhere Frequenz von Hausarzt*innenkonsultationen bei Gewalterfahrung	36
4.2	Die Schlüsselrolle der Hausarzt*innen bei Gewalterfahrungen	37
4.3	Risikogruppen und Screening zur Identifikation von Gewaltopfern	39
4.4	Assoziationen von Gewalterfahrungen und Gesundheit	40
4.5	Komplexität der Gewalterfassung und Limitation der Datensätze	41
4.6	Forschungsausblick und Implikation für die hausärztliche Versorgung	42
5.	Zusammenfassung	44
6.	Abbildungsverzeichnis	46
7.	Tabellenverzeichnis	47
8.	Literaturverzeichnis	48
9.	Danksagung	58

Abkürzungsverzeichnis

DEGS1 – Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland, erhoben vom Robert-Koch-Institut (2008-2011)

GE – Gewalterfahrungen

GPCare-1 – General Practice Care-1 Studie vom Institut für Hausarztmedizin der Universität Bonn, 2020

PHQ-2 – Patient Health Questionnaire (psychodiagnostischer Test zum Screening auf Major Depression)

RKI – Robert-Koch-Institut

SES – Sozioökonomischer Status

1. Einleitung

1.1 Dimensionen von Gewalterfahrungen

Gewalt in ihren vielfältigen Formen und Intensitäten wird zunehmend als ein an Bedeutung wachsendes Problem der öffentlichen Gesundheit wahrgenommen: es hat nicht nur Einfluss auf die körperliche Integrität, sondern auch auf die mentale Gesundheit (Campbell, 2002; Jawad et al., 2019; Rivara et al., 2019; Sugg, 2015; Thurston et al., 2019). Dabei haben Dauer und Schwere der Gewalterfahrungen (GE) sowie der Lebensabschnitt, in dem Gewalt erfahren wird, einen Einfluss auf die gesundheitlichen Folgen (Brygger Venø et al., 2021; Gilchrist et al., 2010; Kalmakis und Chandler, 2015; Suglia et al., 2015). Bereits 2002 berichtete Krug et al. (2002) über die Diversität und die weltweiten Auswirkungen von Gewalt. Er kategorisierte diese in selbst-gerichtete (z. B. Suizid), gesellschaftliche (sozial, politisch, ökonomisch) und interpersonelle Gewalt (z. B. Gewalt in der Partnerschaft oder bewaffnete Konflikte) (Krug et al., 2002). Jede der oben genannten Kategorien könne verschiedene Gewalttypen wie physische, psychische und sexuelle Gewalt sowie Deprivation enthalten (Krug et al., 2002).

In einer EU-weiten Umfrage unter 42000 teilnehmenden Frauen berichteten diese, dass eine von drei Frauen, 15 Jahre oder älter, bereits einmal körperliche und/oder sexuelle Gewalt erlebt hatte (European Union Agency for Fundamental Rights (FRA), 2014). Aufgrund des Ausmaßes des Problems lag der Forschungsfokus der letzten Jahre hauptsächlich auf den Effekten von Gewalt auf Frauen, insbesondere in Bezug auf häusliche und interpartnerschaftliche Gewalt (IPV) (Campbell, 2002; Chandan et al., 2020; García-Moreno et al., 2013; Thurston et al., 2019). „Häusliche Gewalt“ gilt weltweit als größtes Gesundheitsrisiko für Frauen und Kinder (Hornberg, 2008). Nach der aktuellen kriminalstatistischen Auswertung von Partnerschaftsgewalt aus dem Berichtsjahr 2020 waren 148031 Menschen Opfer partnerschaftlicher Gewaltdelikte, wobei Frauen 119164 (80,5 %) und Männer 28867 (19,5 %) der Gesamtopferzahl abbildeten. Partnerschaftsgewalt ist damit für einen Anteil von 18,2 % aller kriminalitätsstatistischen Opfer verantwortlich. Diese Gewaltdelikte, worunter Straftaten von Mord, Körperverletzung (mit Todesfolge, schwer, vorsätzlich einfach), sexuelle Übergriffen und Nötigung über Vergewaltigung, Bedrohung, Stalking, Freiheitsberaubung, bis hin zu Zuhälterei und Zwangsprostitution zu-

sammengefasst werden, sind im Vergleich zu 2019 um weitere 4,4 % angestiegen (Bundeskriminalamt (BKA), 2020). Die Dunkelziffer wird als hoch eingeschätzt, insbesondere unter den männlichen Betroffenen, die sich vor sozialer Isolation, Hohn und Beschämung fürchten (Alejo, 2014). Die, vor dem Hintergrund der welt- und gesundheitspolitischen Lage, erwartbar zunehmenden Gewaltdelikte verdeutlichen die Bedeutung der wissenschaftlichen Forschung über die Auswirkungen von GE und die Rolle der medizinischen Versorgung.

1.2 Einfluss von Gewalterfahrungen auf Gesundheit

Für jede der oben beschriebenen Formen von Gewalt ist hinreichend belegt, dass diese nicht nur kurzfristige gesundheitsschädigende Folgen hervorrufen, sondern die Betroffenen auch in ihrer mittel- und langfristigen Gesundheit beeinträchtigen können (Coker et al., 2002; Devries et al., 2013; Jawad et al., 2019; Krug et al., 2002; Rivara et al., 2019). Beispielsweise können Betroffene ein erhöhtes Risiko für psychische (Ackard et al., 2007; Devries et al., 2013) und physische chronische Erkrankungen aufweisen (Clark et al., 2014). Zudem korrelieren GE auch mit höheren Prävalenzen von gesundheitsrisikobehafteten Verhaltensweisen (Krug et al., 2002; Øverup et al., 2015).

1.3 Hausärzt*innen als wichtige Ansprechpartner*innen für Gewaltopfer

In richtungsweisenden Stellungnahmen hat die Weltgesundheitsorganisation (WHO) auf die zunehmende Bedeutung dieses psychosozialen Problems reagiert und dazu aufgefordert, die Antworten des Gesundheitssystems auf Gewalt ausgesetzte Menschen, insbesondere Frauen, zu verbessern, worauf diverse klinische Guidelines und Leitfäden entwickelt wurden (World Health Organization, 2013, 2014, 2019). Laut *der repräsentativen deutschen Viktimisierungsstudie (2017)* meldete etwa ein Drittel der von Übergriffen Betroffenen den Vorfall nicht den Behörden, meist aus Sorge, dass der Vorfall nicht schwerwiegend genug sei oder die Polizei ihnen nicht helfen könne (Birkel et al., 2019). Statt Hilfe bei Polizeibehörden oder sozialen Trägern zu suchen, deuten Zahlen darauf hin, dass Gewaltopfer häufiger Kontakt zu ihren Hausärzt*innen aufsuchten, weshalb insbesondere hausärztliche Praxen eine Schlüsselfunktion zugeschrieben wird (Kolbe und Büttner, 2020; Mark, 2000; Müller et al., 2004). Jede fünfte physisch oder sexuell angegriffene Betroffene tendierte dazu, das Gesundheitssystem aufzusuchen, so dass eine besondere Dringlichkeit besteht Ärzt*innen auf diese Situationen vorzubereiten.

Während Studien darstellen, dass weibliche Opfer interpartnerschaftlicher Gewalt erhöht Hausärzt*innen frequentieren (Hegarty et al., 2013), wurde die Assoziation zwischen hausärztlichen Konsultationen und jeglichen Gewalterfahrungen von Männern und Frauen bisher nur unzureichend untersucht. Zudem scheint die Hilfesuche und Offenlegung der GE von Opfern kontextsensitiv zu sein (Morgan et al., 2016). Hierbei zeigte sich eine Abhängigkeit einerseits von geschlechtsspezifischen Herausforderungen wie Geschlechternormen (Arnocky und Vaillancourt, 2014; Huntley et al., 2019; Simmons et al., 2016), andererseits von Kommunikationsfähigkeiten der Hausärzt*innen (Tan et al., 2012; Yeung et al., 2012). Vor allem in der Arzt-Patienten-Kommunikation über psychosoziale Belastungen wie GE, wies die Studie von Zimmermann et al. (2018) auf einen möglicherweise unzureichend gesuchten Dialog seitens der Hausärzt*innen mit ihren Patient*innen. Auch wenn belegt wurde, dass psychosoziale Gesundheitsfaktoren mit einer erhöhten Frequenz an hausärztlichen Konsultationen einhergehen (Luppa et al., 2020), wurde der Effekt von unterschiedlichen Gewaltformen bei Frauen und Männern auf die Inanspruchnahme ihres Hausarztes/ ihrer Hausärztin bislang unzureichend beleuchtet.

1.4 Daten zu Gewalterfahrungen in der bevölkerungsrepräsentativen DEGS1

Die repräsentative Studie zu Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1) erfasste GE für beide Geschlechter im Hinblick auf drei unterschiedliche Zeitabschnitte (aktuell, seit dem 16. Lebensjahr, in der Kindheit), während sich viele andere Studien nur auf einen bestimmten Gewalttyp fokussierten. Obwohl die Studie für einen mangelnden gleichstellungsorientierten Ansatz in der Gewalterfassung kritisiert wurde (Brzank et al., 2013), wiesen erste Analysen auf eine geschlechtsspezifische Umgebung hin, in welcher Menschen mit GE konfrontiert werden: Männer gaben diese eher im öffentlichen Raum und am Arbeitsplatz an, während bei Frauen das häusliche Umfeld dominierte (Schlack et al., 2013b). Durch seinen umfangreichen Fragenkatalog ermöglicht der bevölkerungsrepräsentative DEGS1-Datensatz ein verbessertes Verständnis der Assoziation zwischen der Frequenz von hausärztlichen Kontakten und je im Leben erlebten sowie aktuellen GE und bietet daher die Grundlage der Sekundärdatenanalyse dieser Studie (Hornberg, 2008; Müller und Schröttle, 2004).

1.5 Zielsetzung der Studie

Das Institut für Hausarztmedizin der Universität Bonn entwickelte das Promotionsprogramm 2020 mit dem Oberthema „The questions rarely asked: bio-psycho-soziale Aspekte der hausärztlichen Patientenbehandlung“. Hierbei nahm das Forschungsprojekt insbesondere die hausärztliche Detektion und Betreuung von Patient*innen mit verschiedenen psychosozialen Belastungen in den Blick um diese zu untersuchen und durch die Erkenntnisse zu verbessern. Die vorliegende Studie zum Zusammenhang von GE von Patient*innen, ihren Hausärzt*innenkonsultationen und ihren Kommunikationserfahrungen mit Hausärzt*innen war Teil dieses Promotionsprogramms.

Dass psychosoziale Herausforderungen den Gesundheitsstatus, das Erkrankungsrisiko von Patient*innen und deren Krankheitsverlauf beeinflussen können, wurde bereits vielfältig belegt (Wilkinson et al., 1998). Zur Prävalenz spezifischer psychosozialer Probleme, wie zum Beispiel erlebte Gewalt von Patient*innen in hausärztlichen Praxen liegen allerdings bisher kaum Studien vor. Es ist daher das Ziel dieser Studie das Aufkommen betroffener Patient*innen in hausärztlichen Praxen darzustellen. Zudem wurde bisher nicht systematisch erfasst, ob und in welchem Umfang psychosoziale Belastungen von Patient*innen Bestandteil der Arzt-Patienten-Kommunikation sind und welche Kommunikationspräferenzen Patient*innen diesbezüglich haben. Erste Einblicke zu Kommunikationserfahrungen und auch -präferenzen sollen durch eine Primärdatenerfassung dargelegt werden.

Das Ziel des Promotionsprogrammes und dieser Studie lag deshalb zunächst auf der Erhebung der Prävalenz von GE unter Patient*innen in hausärztlichen Praxen. Konzeptionell wurde zunächst eine Analyse von Sekundärdaten der DEGS1-Studie durchgeführt, um die Prävalenz der verschiedenen GE und Assoziationen mit Gesundheitsparametern und der Anzahl der hausärztlichen Konsultationen zu ermitteln. In Bezug auf die DEGS1-Daten ist eine schlechtere psycho-physische Gesundheit und eine höhere Prävalenz von hausärztlichen Konsultationen bei Menschen mit GE zu erwarten. Ergänzend zu den bevölkerungsrepräsentativen Daten wurden durch eine zweite Querschnittsstudie mit Erhebung von Primärdaten im hausärztlichen Setting (General Practice Care-1 Studie, GPCare-1) die Kommunikationserfahrungen und -wünsche von Patient*innen mit GE analysiert. In der Querschnittsstudie GPCare-1 wurde eine höhere Unzufriedenheit seitens der

Patient*innen mit GE bezüglich der Kommunikation mit Hausärzt*innen wurde erwartet. Ebenso galt es unterschiedliche Gewaltformen und deren Einflüsse auf Kommunikationspräferenzen und -erfahrungen zu beleuchten.

2. Material und Methoden

Für die Studie wurden zwei Datensätze analysiert: zum einen die Sekundärdaten der *Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1)* und die für die Analyse erhobenen Primärdaten der *General-Practice Care 1-Studie (GPCare-1)*. Diese werden im Folgenden beschrieben.

2.1 DEGS1 (Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland)

DEGS1 stellt eine bevölkerungsrepräsentative Querschnittstudie dar, die durch das Robert-Koch-Institut (RKI) in den Jahren 2008 – 2011 erhoben wurde (Kurth et al., 2009). DEGS1 ist damit Teil des deutschen Gesundheitsmonitorings, zu dem auch die *Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland (KiGGS)* und *Gesundheit in Deutschland aktuell (GEDA)* gehört. DEGS1 beabsichtigt die Erhebung kontinuierlich vielfältiger Daten zur gesundheitlichen Lage der erwachsenen Bevölkerung und zeitlicher Entwicklungstrends. Detaillierte Informationen über das Konzept und das Studiendesign von DEGS1 sind bereits ausführlich publiziert (Kamtsiuris et al., 2013; Scheidt-Nave et al., 2012). Die Erhebung des DEGS1 wurde mit den Datenschutzbeauftragten des Bundes und der Länder abgestimmt und im September 2008 von der Ethikkommission der Charité-Universitätsmedizin Berlin genehmigt (Nr. EA2/047/08).

2.1.1 Studienteilnehmende und Datenverfügbarkeit

Zur Erhebung der Daten wurden standardisierte, Computer-assistierte Interviews, selbst auszufüllende Fragebögen, standardisierte körperliche Untersuchungen und ergänzende medizinische Testverfahren eingesetzt (Gößwald et al., 2012; Gößwald et al., 2013; Scheidt-Nave et al., 2012; Schlack et al., 2013a). Die Zielpopulation der Studie waren Teilnehmende im Alter von 18 bis 79 Jahren. Um die Bevölkerungsrepräsentativität für die deutsche Gesellschaft sicherzustellen, wurden für die Datenanalyse spezifische Gewichtungsfaktoren entwickelt. Ausführliche Informationen zur strategischen Gewichtung sind veröffentlicht (Kamtsiuris et al., 2013) und werden für Sekundärdatenanalyse durch das RKI bereitgestellt.

Auch wenn die DEGS1-Studie Daten von insgesamt 7987 zufällig ausgewählten Teilnehmenden erhob, wurde nur die Altersgruppe der 18- bis 64-Jährigen (n= 5939) bezüglich

physischer und psychischer Gewalterfahrungen befragt (Schlack et al., 2013b). Aufgrund eines nachträglichen Teilnehmerückzuges beinhaltet die vom RKI bereitgestellte Datei demnach insgesamt 5938 Teilnehmende. In Schlack et al. (2013b) sind detaillierte Informationen zur Erhebung von Gewaltvariablen in DEGS1 (u.a. ethische Aspekte und verfahrenstechnische Schutzvorkehrungen) zu finden.

2.1.2 Erhebung soziodemographischer Parameter

Teilnehmende wurden um Angaben zu ihrem Alter und ihrem Geschlecht gebeten. Zusätzlich wurde für den sozioökonomischen Status (SES) ein multidimensionaler Score basierend auf Bildungsstand, Beruf und monatlichem Einkommen berechnet und in drei Gruppen klassifiziert (niedrig, mittel, hoch) (Lampert et al., 2013a). Diese Einteilung beruht auf der internationalen Klassifikation „Comparative Analyses of Social Mobility in Industrial Nations“ (CASMIN) (Brauns et al., 2003; Lampert et al., 2013a).

2.1.3 Erhebung von hausärztlichen Konsultationen und Gesundheitsparametern

Um die hausärztlichen Konsultationen von Studienteilnehmenden zu analysieren, wurde im DEGS1-Datensatz nicht nur untersucht, ob die Teilnehmenden eine*n Hausarzt*ärztin haben, sondern auch wie häufig jede*r ihre*n Hausarzt*ärztin innerhalb der letzten 12 Monate in Anspruch genommen hatte.

Um den Gesundheitszustand der Teilnehmenden zu beschreiben, wurden folgende Variablen erhoben:

- der subjektiv empfundene Gesundheitszustand anhand des *Minimum European Health Module (MEHM)*: „Wie ist Ihr Gesundheitszustand im Allgemeinen?“ (Antwortoptionen basierend auf einer Fünf-Punkt-Likert-Skala wurden dichotomisiert: sehr gut/gut vs. mittelmäßig/schlecht/sehr schlecht),
- das Vorhandensein von chronischen Gesundheitsproblemen, d.h. langjährige Krankheit mit kontinuierlicher Behandlung und regelmäßiger Kontrollbedürftigkeit wie zum Beispiel Diabetes mellitus oder Herzerkrankungen;

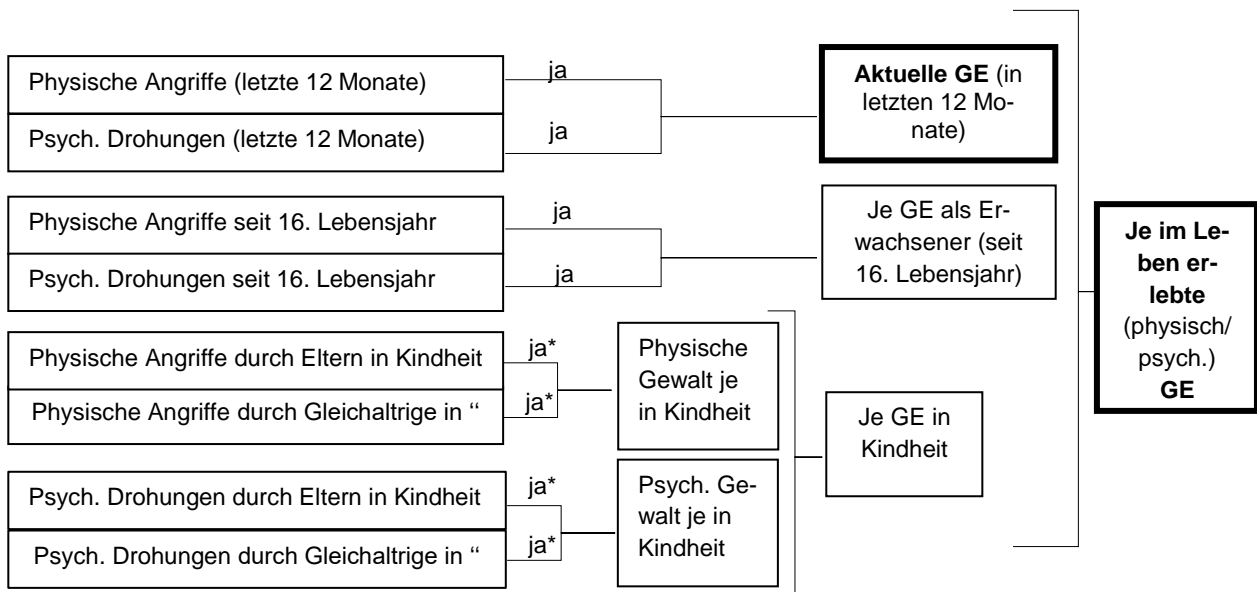
- das Vorliegen mentaler Gesundheitsprobleme wie je zuvor ärztlich diagnostizierte Depressionen, Depressionen in den letzten 12 Monaten und eine je zuvor stattgefundene Angststörung.
- Für die Analyse gegenwärtiger, nicht ärztlich diagnostizierter depressiver Symptome wurde der zwei Elemente inkludierende *Patient Health Questionnaire (PHQ-2)* genutzt (Arroll et al., 2010). Diese selbstberichtende Skala umfasst das Vorliegen von einerseits Desinteresse und andererseits einer depressiven Stimmungslage in den vergangenen zwei Wochen anhand einer Vier-Punkt-Likert-Skala (überhaupt nicht bis nahezu jeden Tag) (Löwe et al., 2005). Aus dem daraus resultierenden Summenscore (0-6) werden zwei Subgruppen gebildet: keine depressiven Symptome (0-2) und vorliegende depressive Symptome (3-6).
- Zur Identifikation von gesundheitlichem Risikoverhalten wurde der Suchtmittelmissbrauch der Teilnehmenden untersucht. Hierbei wurde nicht nur der Indikator des risikanten Alkoholkonsums (definiert als 10 g Reinalkohol bei Frauen bzw. 20 g Reinalkohol bei Männern) mit Hilfe des AUDIT-C (Alcohol Use Disorder Identification Test) (Bush et al., 1998) gemessen und in drei Gruppen kategorisiert (kein, moderater oder risikobehafteter Konsum), sondern auch der Tabakkonsum der Teilnehmenden klassifiziert ((Gelegenheits-)Raucher vs. ehemaliger/Nichtraucher) (Lampert et al., 2013b).

2.1.4 Erhebung von Gewalterfahrungen

Basierend auf validierten Messinstrumenten erhob der DEGS1 physische und psychische Gewalterfahrungen (GE) in drei unterschiedlichen Lebensabschnitten (innerhalb der letzten 12 Wochen, seit dem 16. Lebensjahr, während der Kindheit) (Lange et al., 2016; Schlack et al., 2013b). Für die hier vorliegende Analyse wurden daraus zwei Variablen neu zusammengestellt, mit denen beschrieben werden konnte, ob die Person physische und/oder psychische Gewalt a) in ihrem gesamten Leben oder b) innerhalb der letzten 12 Wochen (aktuelle GE) erlebt hat. Einen Überblick über die in den Analysen verwendeten Gewaltvariablen und ihrer Komposition gibt Abbildung 1 (**Abb. 1**).

In der DEGS1-Studie wurden Gewaltopfer mit aktuellen physischen oder psychischen GE gebeten, das Maß an Befindlichkeitsstörungen, d.h. ihre Beeinträchtigung im Wohlbefin-

den, durch die erlebte Gewalt anzugeben. Diese Angaben wurden zunächst trichotomisiert (gar nicht, kaum/etwas, stark/sehr stark) und anschließend weiter zusammengefasst zu „je Befindlichkeitsstörungen aufgrund von physischen und/oder psychischen GE“ (ja, nein); Non-Responder wurden in die Analysen eingeschlossen.



*Ja ist definiert als "selten/manchmal/regelmäßig"

Abb. 1: DEGS1 - Neu definierte Gewaltvariablen zum Messen von aktueller sowie / lebenslang bestehenden physisch und psychischen Gewalterfahrungen (GE)

Fett akzentuiert, die neu ermittelten Variablen (aktuelle GE sowie je im Leben erlebte GE)

2.2 GPCare-1-Studie (General Practice Care-1 Study)

Die GPCare-1 Studie wurde von den Teilnehmenden des Promotionsprogramm 2020 des Instituts für Hausarztmedizin der Universität Bonn entwickelt, um Kommunikationspräferenzen und -erfahrungen von Patient*innen mit psychosozialen Belastungen im hausärztlichen Setting zu untersuchen. In dieser Schrift sind die Ergebnisse der Patient*innen mit GE dargestellt.

2.2.1 Rekrutierung von Praxen und Patient*innen

In der Zeit von Juni bis August 2020 fand die Datenerhebung der GPCare-1 Studie in 12 Lehrarztpraxen des Instituts für Hausarztmedizin Bonn statt. Die teilnehmenden Praxen wurden anhand von Bevölkerungsdaten von Nordrhein-Westfalen und Rheinland-Pfalz

ausgewählt, um Regionen mit einem breiten Spektrum soziodemographischer Merkmale sicherstellen zu können. Einschlusskriterien der Praxen waren demnach Daten bezüglich regional vorliegender Altersstrukturen, Einkommen, Erwerbstätigkeit und Migrantenanteil. Bei einer sich aus den DEGS1-Analysen ergebenden Prävalenz von 20,7 % aktueller und 71,1 % je im Leben erlebter GE, lag der angestrebte Zielbereich der Stichprobengröße für die GPCare-1-Studie bei circa 1000 Studienteilnehmenden. Die Rekrutierung der Teilnehmenden erfolgte mit Hilfe der Praxisangestellten, die jedem Erwachsenen ab 18 Jahren, der in dem obigen Zeitraum die Praxis aufsuchte, das Studienmaterial aushändigten, wenn dieser physisch und mental in der Lage war, einen selbstauszufüllenden Fragebogen im Wartezimmer zu beantworten. Das Material umfasste neben dem doppelseitigen Fragebogen auch ein Informationsblatt mit Erörterungen zur Zielsetzung der Studie sowie Informationen zum Datenschutz durch das anonyme Studiendesign. Um eine Vielzahl von Patient*innen in den hausärztlichen Praxen zu erfassen und einen möglichen Selektionsbias zu reduzieren, wurde der Fragebogen in unterschiedlichen Sprachen angeboten (Deutsch, Englisch, Arabisch und Türkisch). Vor der Anwendung des Fragebogens in den Praxen wurde dieser von 40 Freiwilligen getestet und kritisch angepasst. Die GPCare-1-Studie wurde im Juni 2020 von der Ethikkommission der Medizinischen Fakultät der Universität Bonn genehmigt (Nr. 215/20) und im *Deutschen Register Klinischer Studien* registriert (DRKS00022330).

2.2.2 Erhebung der Teilnehmenden-Charakteristika und Kommunikationspräferenzen

Der doppelseitige Fragebogen beinhaltete einerseits Variablen aus dem DEGS1-Fragebogen, andererseits ergänzende Fragen, um die Kommunikationspräferenzen der Teilnehmenden zu erheben. Einige der DEGS1-Fragen wurden anwendungsbezogen simplifiziert.

GPCare-1 enthielt Fragen nach Alter und Geschlecht (inklusive des dritten Geschlechts), sowie Angaben zum höchsten Bildungsabschluss (niedrig - kein Schulabschluss/Haupt- oder Volksschulabschluss/mittlere Reife, mittel – (Fach)-Abitur/ Berufsschulabschluss, hoch – Fach-/Hochschulabschluss), den derzeitigen Beschäftigungsstand und das monatliche Haushaltseinkommen. Aufgrund fehlender Angaben zum Einkommen (24,2 %) wurde das Bildungsniveau später als alleiniger Parameter zur Klassifikation des SES verwendet.

Analog zur Gewalterhebung im DEGS1 wurde in der GPCare-1-Studienpopulation erhoben, ob je physische und/oder psychische Gewalt in ihrem Leben erlebt wurde (ja, nein). Als ergänzendes Item erfasste GPCare-1 anhand von validierten Elementen (Müller und Schröttle, 2004) selbstberichtete Erfahrungen sexueller Gewalt und sexueller Belästigungen. Das Vorliegen einer oder mehrerer der gelisteten Gewaltformen wurde durch die Variable je im Leben erlebte GE der Patient*innen definiert. Alle neu entwickelten Variablen lagen für die Analysen dichotomisiert vor (ja, nein). Darüber hinaus wurden die Teilnehmenden mit Gewalterleben gebeten, ihre aktuelle Belastung durch ihre Viktimisierung anzugeben (aktuell durch GE belastet, nicht belastet).

Angelehnt an in der Literatur bereits existierende Instrumente (Brenk-Franz et al., 2016; Valori et al., 1996; Wolf et al., 1978) wurden Fragen entwickelt, um Präferenzen der teilnehmenden Patient*innen für die Kommunikation über psychosoziale Belastungen mit ihrem Hausarzt/ ihrer Hausärztin zu erheben. Mit Hilfe einer Fünf-Punkte-Likert-Skala (stimme gar nicht zu bis stimme voll zu) sollte die Zustimmung zu acht Aussagen bezüglich der Arzt-Patienten-Kommunikation bewertet werden. Diese wurden zur Übersichtlichkeit trichotomisiert: Zustimmung („stimme voll zu/stimme zu“), Ablehnung („stimme nicht zu/ stimme gar nicht zu“) und neutrale Position. Die Aussagen beinhalteten folgende Aspekte: die subjektive Wahrnehmung der aktuellen Kommunikation mit ihrem Arzt/ihrer Ärztin (Kommunikationserfahrungen). Hierbei wurde bewertet, inwieweit bisher eine Kommunikation über psychosoziale Belastungen stattgefunden hat, ob Hausärzt*innen genügend Raum zur Schilderung persönlicher Belastungen gegeben haben, ob Patient*innen sich im Gespräch über sensible Dinge wohlfühlt haben und ob sie sich von ihrem Arzt/ ihrer Ärztin ernstgenommen fühlten. Außerdem wurden die Präferenzen zum Umgang mit psychosozialen Problemen erfasst, d.h. ob persönliche Belastungen lieber ohne Hilfe des Arztes/ der Ärztin bewältigt werden möchten. Ergänzend wurden präferierte Kommunikationsformate (Gespräch, Fragebogen) analysiert (Kommunikationspräferenzen). Die Fragen sind in Tabelle 6 detailliert dargestellt.

2.3 Statistische Analysen

Die statistischen Analysen wurden mit Hilfe von IBM Statistical Package for Social Sciences (SPSS, Version 25.0) für Windows (IBM Corp., Armonk, NY, USA) durchgeführt. Das statistische Signifikanzniveau war als $p \leq 0.05$ (two-tailed) angesetzt. Alle Analysen

der DEGS1-Studie wurden anhand des für die Erhebung spezifischen Gewichtungsfaktors basierend auf Alter, Geschlecht, Region des Wohnsitzes, Bildungslevel, Gemeindeklassen und Nationalität, welcher durch das RKI zur Verfügung gestellt wurde, durchgeführt (Scheidt-Nave et al., 2012). Häufigkeitsverteilungen und deskriptive Charakteristiken wurden für die gesamte Probe ermittelt. Die Vergleiche der Subgruppen der Teilnehmenden mit und ohne GE sowie die GE-Subkategorien (aktuelle GE und je im Leben erlebte GE, Stratifikation bei Gewaltformen) wurden mittels Chi-Quadrattests für kategoriale Daten sowie bei Mittelwerten mit Hilfe von T-Tests für numerische Daten durchgeführt. Eine multivariate Regressionsanalyse wurde ergänzend zur Darstellung der Assoziation zwischen der Anzahl der hausärztlichen Kontakte und aktuellen GE (unterschieden in physische oder psychische aktuelle GE) durchgeführt. Alter, Geschlecht, SES, Vorliegen von chronischen Erkrankungen, subjektiv empfundener Gesundheitsstatus und je im Leben ärztlich diagnostizierte Depressionen wurden als Kovariablen einbezogen. Um mit extremen Werten umzugehen, wurde das Verfahren der Z-Standardisierung angewandt, wodurch Z-Werte größer als +/- drei als extreme Ausreißer ausgeschlossen wurden. Dies betraf insbesondere die Anzahl an hausärztlichen Kontakten mit einem nun bestehenden Cut-off Wert von >15 Kontakten. In den ausgeschlossenen 0.17 % der Studienpopulation ergab sich keine signifikante Korrelation mit GE. Die GPCare-1-Daten wurden mit den gleichen statistischen Verfahren analysiert: beginnend mit einer ersten statistischen Beschreibung der Population, einer Distributionsanalyse, gefolgt von Gruppenanalysen der Subpopulationen mit und ohne GE sowie Gewaltopfern mit Befindlichkeitsstörungen. Aufgrund mangelnder Angaben des Einkommens (24,2 %) wurde das Bildungsniveau als alleiniges Element zur Klassifikation des teilnehmerbezogenen SES gewählt.

3. Ergebnisse

3.1 Ergebnisse DEGS1

3.1.1 Soziodemographische Charakteristika, Gewaltprävalenz und hausärztliche Konsultationen

Unter den für die DEGS1 Analysen eingeschlossenen Studienteilnehmenden (n= 5938) stellten sich die Anteile an männlichen und weiblichen Teilnehmenden in nahezu gleichen Teilen dar. Das Durchschnittsalter betrug 41,6 Jahre (SD \pm 13,1), der größte Teil gehörte zum mittleren SES (60,6 %; n= 3521). Die Mehrheit der Studienpopulation gab an einen Hausarzt/ eine Hausärztin zu haben (89,1 %; n=5261), welche*n sie durchschnittlich dreimal innerhalb der letzten 12 Monate in Anspruch nahmen (Mittelwert= 3,0; SD \pm 4,54). Über 70 % berichteten je im Leben Gewalt erlebt zu haben (71,1 %; n=4042), und 20 % berichteten von GE innerhalb der letzten 12 Monate (20,7 %; n=1106). Insgesamt 1027 Menschen (18,7 %) gaben an, aktuell psychischen GE und 203 (4,8 %) aktuell physischen GE ausgesetzt zu sein, während 124 Teilnehmende beide Gewaltformen innerhalb der letzten 12 Monate erlebten (2,9 %). Von den innerhalb der letzten 12 Monate Betroffenen, berichteten 933 (86,9 %) von einer Beeinträchtigung ihrer Befindlichkeit. Eine starke/sehr starke Befindlichkeitsstörung zeichnete sich häufiger bei psychischen GE im Vergleich zu physischen GE ab (42,4 %; n=416; respektive 28,9 %; n=58). Insbesondere die Fragen nach der Beeinträchtigung im Wohlbefinden durch GE zeigten erwähnenswerte Raten an Fehlwerten (15,5 % Fehlwerte von Befindlichkeitsstörung bei psychischen GE, 38,0 %; Fehlwerte von Befindlichkeitsstörung bei physischen GE), welches im Verlauf diskutiert wird. Für Details siehe Tabelle 1.

Tab. 1: DEGS1 Teilnehmende - Soziodemographische Charakteristika und Gewaltprävalenz (gewichtete Ergebnisse)

	N* (n=5938)	%*
Geschlecht (weiblich)	3149	49,4
Alter, <i>Mittelwert, SD</i>	41,63	13,06
Altersgruppen		
- 18-29-Jährige	1072	23,2

- 30-44-Jährige	1730	31,4
- 45-64-Jährige	3136	45,4
SES		
- Niedrig	847	18,0
- Mittel	3521	60,6
- Hoch	1506	21,4
Gesundheits- und medizinische Informationen		
Mittlerer bis sehr schlechter subjektiver Gesundheitsstatus	1219	20,6
Ärztlich diagnostizierte Depression (je im Leben)	677	11,2
Depressionen in letzten 12 Monaten (n=709)	335	54,4
Gegenwärtig depressive Symptome (PHQ2)	414	7,8
Angststörung (je im Leben diagnostiziert)	316	5,4
Chronische Erkrankung(en)	1501	24,4
Gesundheitsverhalten		
(Gelegenheits-) Raucher:in	2115	29,8
Riskanter Alkoholkonsum	2517	31,8
Inanspruchnahme Hausarzt/-ärztin		
Hat Hausarzt/-ärztin	5261	89,1
Hausärztliche Kontakte in letzten 12 Monaten <i>Mittelwert, SD</i>	2,99	4,54
Gewalterfahrungen (GE)		
Je im Leben erlebte GE	4042	71,1
- Physische Gewalt	3544	62,5
- Psychische Gewalt	2927	51,7
Aktuelle GE (letzte 12 Monate)	1106	20,7
- Physische Gewalt	203	4,8
- Psychische Gewalt	1027	18,7

Tab. 1: Fortsetzung

Psychische und physische Gewalt	124	2,9
Befindlichkeitsstörung aufgrund aktueller GE (psychisch und/oder physisch) (N=949)	933	86,9
Stark/sehr stark beeinträchtigt durch aktuelle psychische GE (n=981, Fehlend 15,5 %)	416	42,4
Stark/sehr stark beeinträchtigt durch aktuelle physische GE (n=201, Fehlend 38,0 %)	58	28,9

*N (%) sofern nicht anders vermerkt

3.1.2 Gewalterfahrungen und gesundheitliche Beschwerden

Die Prävalenz von aktuellen GE war in der Altersgruppe der 18 - bis 29-Jährigen und unter Teilnehmenden mit niedrigem SES höher (Details siehe Tabelle 2). Zudem gaben Studienteilnehmende mit aktuellen GE häufiger einen schlechteren subjektiv empfundenen Gesundheitsstatus an (23,7 % vs. 19,5 %; $p=0,01$). Es zeigte sich ein signifikant erhöhtes Risiko für ärztlich diagnostizierte Depressionen (lebenslang) (18,0 % vs. 9,3 %; $p<0,001$), Depressionen innerhalb der letzten 12 Monate (62,2 % vs. 49,5 %; $p=0,025$), und gegenwärtig vorliegenden depressiven Symptomen (15,7 % vs. 5,5 %; $p<0,001$). Opfer aktueller GE hatten eine nahezu doppelt so hohe Prävalenz von Angststörungen (8,7 % vs. 4,5 %; $p<0,001$) im Vergleich zu Teilnehmenden ohne aktuelle GE, während sich keine Unterschiede in der Prävalenz chronischer Erkrankungen darstellten. In Bezug auf das untersuchte risikobehaftete Gesundheitsverhalten wurden bei Opfern aktueller GE ein erhöhter Tabakkonsum (43,0 % vs. 32,3 %; $p<0,001$) und ein riskanter Alkoholkonsum beobachtet (37,4 % vs. 34,0 %; $p=0,026$).

Der Vergleich von Teilnehmenden mit je im Leben erlebten GE und Teilnehmenden ohne GE wurde durchgeführt, um Zusammenhänge zwischen GE und mentalen Gesundheitsparametern sowie Gesundheitsverhalten der Opfer zu beschreiben (Siehe Tabelle 3). Die Subgruppe mit je im Leben erlebten GE hatte eine höhere Prävalenz für mindestens eine chronische Erkrankung (25,2 %; $n=1058$ vs. 21,9 %; $n=423$, $p=0,034$) und je im Leben

stattgehabte Depressionen (12,2 %; n=516 vs. 8,7 %; n=147) sowie Angststörungen (6,2 %; n=247 vs. 3,6 %; n=63). Eine erhöhte Prävalenz von Depressionen in den letzten 12 Monaten zeigte sich allerdings nicht (51,9 %; n=242 vs. 59,4 %; n=80, p=n.s.). Ebenso auch keine Differenz in Bezug auf den subjektiv empfundenen Gesundheitsstatus (20 %; n=842 vs. 21,2 %; n=356, p=n.s.). Das Gesundheitsverhalten von Teilnehmenden mit je im Leben erlebten GE zeigte sich wie bei Opfern aktueller GE risikobehaftet.

Tab. 2: DEGS1 - Vergleich soziodemographischer und medizinischer Charakteristika, inklusive hausärztliche Konsultationen von Opfern aktueller Gewalt mit Nichtopfern (gewichtete Ergebnisse)

	Aktuelle GE (n=1106)		Keine aktuellen GE (n= 4700)		p-Wert
	N*	%	N*	%	
Geschlecht (weiblich)	594	21,1	2486	78,9	n.s.
Alter, <i>Mittelwert, SD</i>	36.40 (\pm 12.99)		42.85 (\pm 12.79)		<,001
Altersgruppen					
- 18-29-Jährige	347	32,8	717	67,2	<,001
- 30-44-Jährige	337	21,2	1351	78,9	
- 45-64-Jährige	422	14,0	2632	86,0	
SES					
- Niedrig	189	24,3	625	75,7	,001
- Mittel	665	20,9	2812	79,1	
- Hoch	246	16,3	1249	83,7	
Gesundheits- und medizinische Informationen					
Mittlerer bis sehr schlechter subjektive Gesundheitsstatus	273	23,7	915	19,5	,010
Ärztlich diagnostizierte Depres- sion (je im Leben)	208	18,0	448	9,3	<,001

Tab. 2: Fortsetzung

Depressionen in letzten 12 Monaten (n=709)	117	62,2	202	49,5	,025
Gegenwärtig depressive Symptome (PHQ2)	165	15,7	239	5,5	<,001
Angststörung (je im Leben diagnostiziert)	93	8,7	214	4,5	<,001
Chronische Erkrankung(en)	293	25,9	1176	23,8	n.s.
Gesundheitsverhalten					
(Gelegenheits-) Raucher:in	430	43,0	1445	32,3	<,001
Riskanter Alkoholkonsum	400	37,4	1610	34,0	,026
Inanspruchnahme Hausarzt/-ärztin					
Hat Hausarzt/-ärztin	976	86,4	4244	89,7	,006
Hausärztliche Kontakte in letzten 12 Monaten <i>Mittelwert, SD</i>	3,47 (± 4,98)	2,87 (± 4,42)	<,001		

*N (%) sofern nicht anders vermerkt

Tab. 3: DEGS1 - Vergleich soziodemographischer und medizinischer Charakteristika, inklusive hausärztliche Konsultationen von Opfern je im Leben erlebter Gewalt mit Nichtopfern (gewichtete Ergebnisse)

	Opfer je im Leben erlebter Gewalt (n= 4042)		Keine Gewalt erlebt (n= 1803)		p-Wert
	N*	%	N*	%	
Geschlecht (weiblich)	1879	62,6	1223	37,4	<,001
Alter, <i>Mittelwert, SD</i>	40.82 (±13.06)		43.30 (±12.97)		<,001

Altersgruppen					<,001
- 18-29-Jährige	791	75,3	275	24,7	
- 30-44-Jährige	1226	73,4	477	26,6	
- 45-64-Jährige	2025	67,4	1051	32,6	
SES					0,001
- Niedrig	525	65,5	294	34,5	
- Mittel	2377	71,3	1124	28,7	
- Hoch	1125	74,9	380	25,1	
Gesundheits- und medizinische Informationen					n.s.
Mittlerer bis sehr schlechter subjektive Gesundheitsstatus	842	20,0	356	21,2	n.s.
Ärztlich diagnostizierte Depression (je im Leben)	516	12,2	147	8,7	0,004
Depressionen in letzten 12 Monaten (n=709)	242	51,9	80	59,4	n.s.
Gegenwärtig depressive Symptome (PHQ2)	328	8,4	79	5,7	0,004
Angststörung (je im Leben diagnostiziert)	247	6,2	63	3,6	0,003
Chronische Erkrankung(en)	1058	25,2	423	21,9	<0,05
Gesundheitsverhalten					
(Gelegenheits-) Raucher:in	1369	36,4	519	29,9	<,001
Riskanter Alkoholkonsum	1499	37,5	528	28,0	<,001
Inanspruchnahme Hausarzt/-ärztin					
Hat Hausarzt/-ärztin	3623	88,6	1633	90,2	n.s.
Hausärztliche Kontakte in letzten 12 Monaten <i>Mittelwert, SD</i>	3.06 (\pm 4.70)		2.82 (\pm 4.10)		n.s.

*N (%) sofern nicht anders vermerkt

3.1.3 Gewalterfahrungen, Befindlichkeitsstörungen und hausärztliche Konsultationen

Personen mit aktuellen GE im Vergleich zu Personen ohne aktuelle GE hatten eine signifikant erhöhte Inanspruchnahme des Hausarztes/ der Hausärztin innerhalb der letzten 12 Monate (Mittelwert= 3,47; SD \pm 4,98 vs. Mittelwert= 2,87; SD \pm 4,42, $p < 0,001$) (**Abb.2**). Zugleich gaben geringfügig weniger Opfer aktueller GE an, einen Hausarzt/ eine Hausärztin zu besitzen (86,4 % vs. 89,7 % $p=0,006$) (Tabelle 2). Außerdem war die durchschnittliche Inanspruchnahme bei Personen, die stark oder sehr stark unter Befindlichkeitsstörungen durch aktuell psychische GE litten, signifikant höher als bei Personen, die sich durch ihre GE weniger beeinträchtigt fühlten (stark/sehr stark beeinträchtigt, Mittelwert= 4,24; SD \pm 5,61; kaum/ein bisschen eingeschränkt: 3,08; SD \pm 5,18; nicht beeinträchtigt: 2,67; SD \pm 3,02, $p=0,001$) (**Abb.3**). Die Stratifizierung nach Beeinträchtigung durch physische GE ergab keine signifikante Differenz. Ebenso zeigte die Subgruppe von Betroffenen je im Leben erlebter GE keinen Unterschied im Vorhandensein eines Hausarztes/ einer Hausärztin sowie in der Inanspruchnahme.

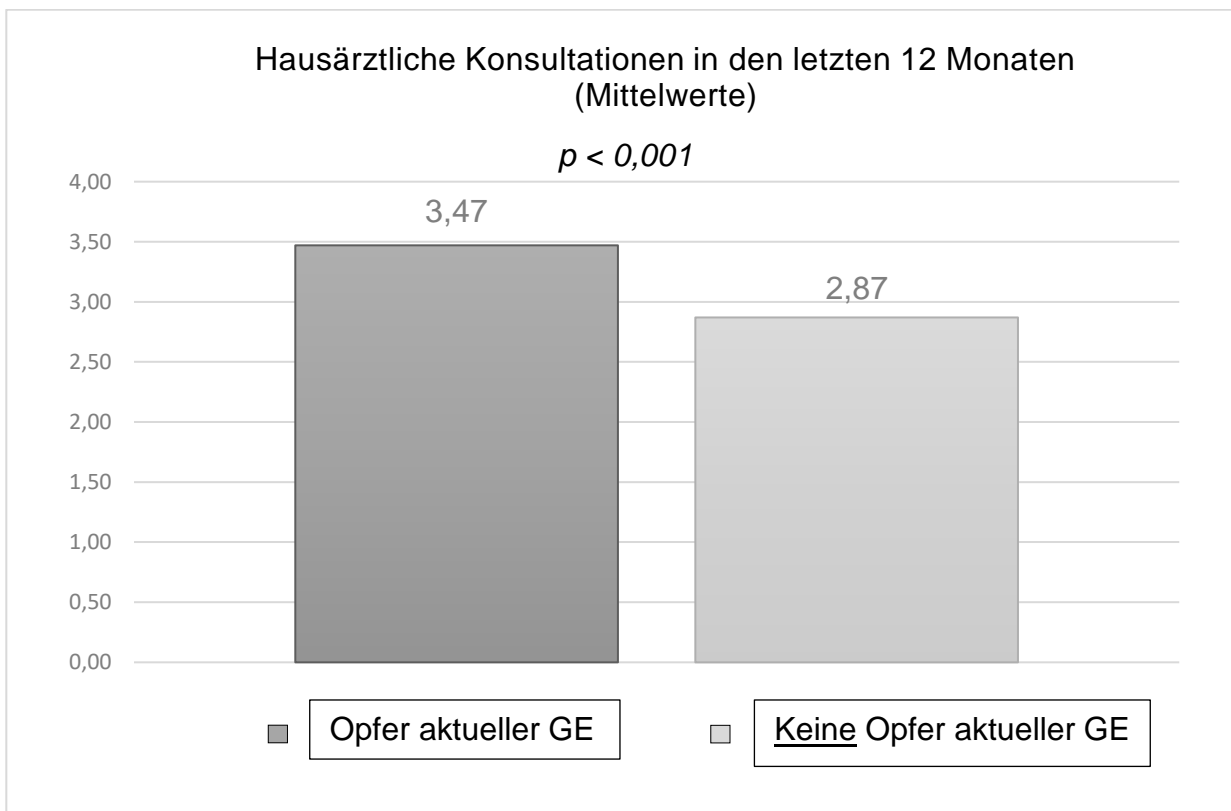


Abb. 2: DEGS1 - Inanspruchnahme des Hausarztes/ der Hausärztin innerhalb der letzten 12 Monate stratifiziert nach aktuellen Gewalterfahrungen

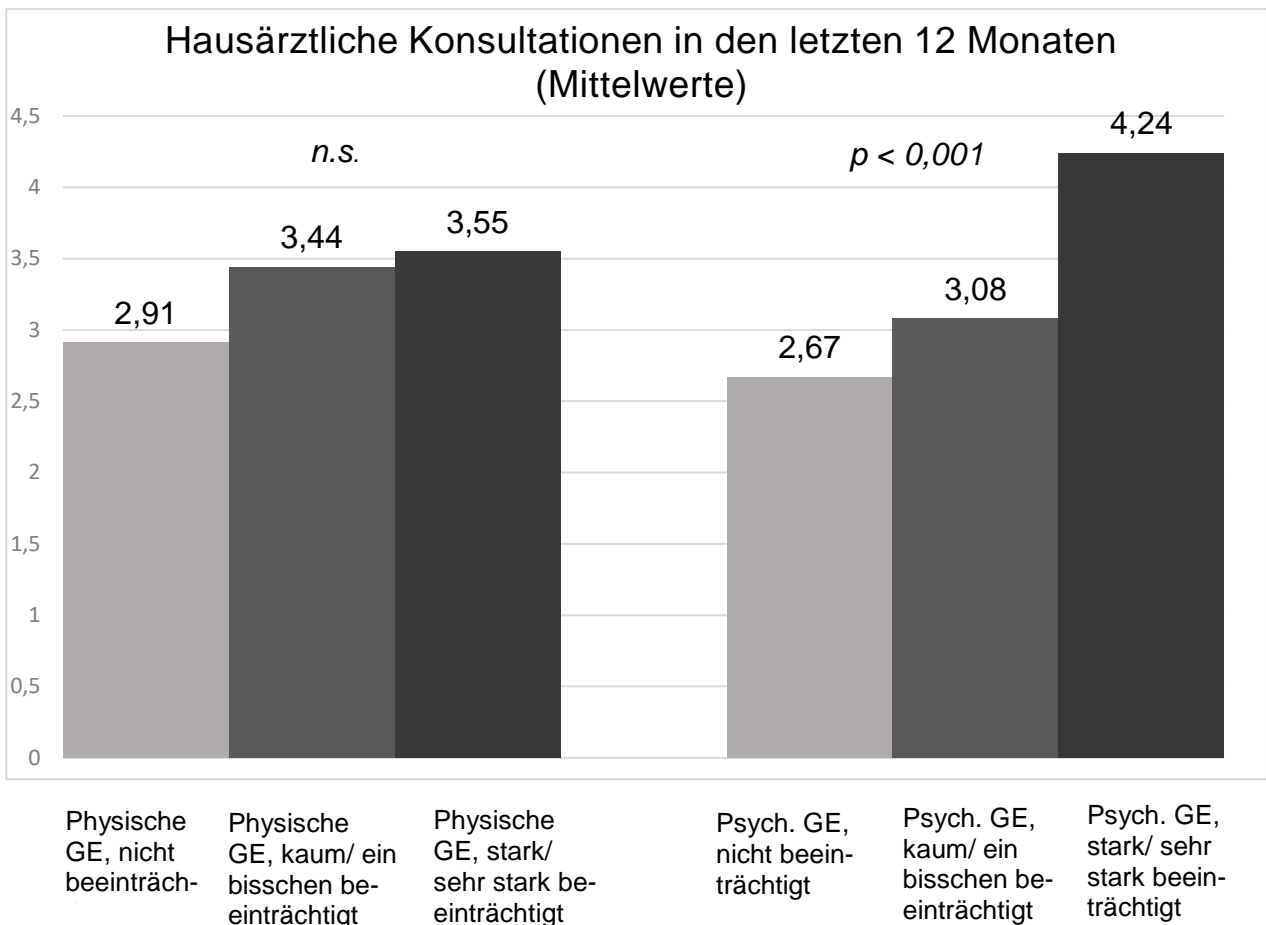


Abb. 3: DEGS1 – Hausärztliche Konsultationen stratifiziert nach Befindlichkeitsstörungen durch aktuelle physische/ psychische (psych.) Gewalterfahrungen (GE)

Nachdem spezifische Annahmen (Linearität, Ausreißer, Multikollinearität, Normalverteilung der Fehler, Homoskedastizität) getestet, nicht verletzt und Ausreißer bei Angaben zu hausärztlichen Konsultationen ausgeschlossen wurden (ausgeschlossen ≥ 16 Kontakte innerhalb der letzten 12 Monate), wurde eine multivariate Regression basierend auf $n=5229$ gültigen Fällen durchgeführt, um eine Assoziation zwischen aktuellen GE und der Anzahl an hausärztlichen Kontakten zu detektieren (Tabelle 4). Die Modell-Ergebnisse ($R^2 = 0,0181$) zeigten, dass nicht nur Geschlecht, SES, subjektiver Gesundheitsstatus, je im Leben ärztlich diagnostizierte Depressionen und das Vorliegen chronischer Erkrankungen einen signifikanten Einfluss auf die Inanspruchnahme von Hausärzt*innen zeigten, sondern auch die Viktimisierung innerhalb der letzten 12 Monate (0,33 häufigere Inanspruchnahme im Vergleich zu Nicht-Opfern). In weiteren Modellanalysen mit Unterscheidung von aktuell physischen und aktuell psychischen GE (basierend auf $n=5228$ validen

Fällen, $R^2 = 0,0182$); präsentierten sich ausschließlich Opfer physischer GE mit einer 0,69-fachen erhöhten Inanspruchnahme als signifikant. Aktuell psychische GE-Opfer zeigten sich nicht als signifikant.

Tab. 4: DEGS1 – Regressionsanalyse zu Einflussfaktoren auf hausärztliche Kontakte in den letzten 12 Monaten

*Definition aktuelle GE: Physische und/oder psychische GE in den letzten 12 Monaten.

	Schätzung	Standardfehler	95 % - Konfidenzintervall		p-Wert
			Unterer Grenzwert	Oberer Grenzwert	
Konstante	2,590	0,182	2,231	2,949	<,001
Frauen (Ref.: Männer)	0,352	0,072	0,210	0,493	<,001
Aktuelle GE (Ref.: keine GE)	0,327	0,123	0,084	0,570	,009
Mittlere bis sehr schlechte subjektive Gesundheit (Ref.: gut/sehr gut)	1,461	0,165	1,135	1,788	<,001
Vorliegen chronischer Erkrankung (Ref.: Keine chronische Erkrankung)	1,560	0,126	1,311	1,808	<,001
Je ärztlich diagnostizierte Depressionen (Ref.: nie)	0,900	0,197	0,511	1,290	<,001
Alter in Jahren	- 0,006	0,003	0,003	0,001	,086
SES Summenscore	- 0,600	0,011	- 0,083	- 0,038	<,001
R ²	18,1 %				<,001

3.2 Ergebnisse der GPCare-1-Studie

3.2.1 Soziodemographische Charakteristika und Gewaltprävalenz

Die gesamte Studienpopulation umfasste 813 Teilnehmende (Details in Tabelle 5): das durchschnittliche Alter betrug 51,6 Jahren, 59,3 % waren Frauen (n=474) und der Großteil ließ sich dem mittleren Bildungslevel zuordnen. Vergleichbar mit DEGS1 war die führende Altersgruppe der Teilnehmenden 45 - bis 64-jährig, während 213 Teilnehmende der GPCare-1-Studie über 65 Jahre alt waren.

Jeder dritte Teilnehmende gab an, mindestens eine der im Fragebogen genannten Gewaltformen erfahren zu haben (33,5 %; n=272), 31,2 % (n=239) berichteten je von physischen und/oder psychischen GE. Beinahe jeder fünfte Teilnehmende berichtete aktuell durch eine Form von Gewalt im persönlichen Wohlbefinden beeinträchtigt zu sein (19,0 %; n=51). Die höchste Prävalenz von Befindlichkeitsstörungen fand sich bei Opfern psychischer Bedrohungen (18,5 %; n=36).

Tab. 5: GPCare-1 – Soziodemographische Charakteristika der Patientenpopulation (n= 813) und der Subpopulation von Patient*innen mit je im Leben erlebter Gewalt (n= 272)

† Rate an Fehldwerten reicht von 6.0 – 6.6 %; angegebene Prozente entsprechen ungewichteten Prozentangaben.

	GPCare-1 Teilnehmende (n=813)		Davon jegliche Ge- waltform im Leben er- lebt (n= 272)	
	N*	%*	N*	%*
Geschlecht				
- weiblich	474	59,3	177	65,6
- männlich	324	40,5	91	33,7
- divers	2	0,3	2	0,7
<i>Alter in Jahren, Mittelwert, SD</i>	51,61 (± 18,67)		44,88 (± 16,68)	
Altersgruppen				
- 18 – 29 Jährige	141	17,6	69	25,7
- 30 – 44 Jährige	139	17,4	64	23,9
- 45 – 64 Jährige	307	38,4	102	38,1
- 65 – 74 Jährige	99	12,4	19	7,1
- 75+ Jährige	114	14,2	14	5,2

Tab. 5: Fortsetzung

Bildungsniveau				
- Niedrig	247	32,0	77	29,4
- Mittel	336	43,5	114	43,5
- Hoch	190	24,6	71	27,1
Gesundheits- und medizinische Information				
Mittlerer bis sehr schlechter subjektive Gesundheitszustand	333	42,0	127	52,6
Gegenwärtig depressive Symptome (PHQ2)	184	25,7	92	35,8
Chronische Erkrankung(en)	537	69,5	175	65,5
Gewalterfahrungen (GE)				
Jegliche GE im Leben (physisch, psychisch und/oder sexuelle Gewalt)	272	33,5		
GE im Leben (physisch und/ oder psychisch)	239	31,2		
Erfahrungen physischer Angriffe (s)†	114	15,0		
Erfahrungen psychischer Drohungen (s)†	196	25,7		
Erfahrungen sexueller Angriffe (s)†	55	7,2		
Erfahrungen sexueller Belästigung (s)†	112	14,7		
Befindlichkeitsstörungen durch GE				
<u>Beeinträchtigt durch, ...</u>				
... jegliche erlebte Gewaltform (n=269)	51	19,0		
... physische Gewalt (s) (n=154)†	12	10,5		
... psychische Drohungen (s) (n=246)†	36	18,5		
... sexuelle Angriffe (s) (n=109)†	8	14,3		
... sexuelle Belästigung (n=164)†	14	12,6		

* N (%) sofern nicht anders vermerkt

3.2.2 Kommunikationspräferenzen von Patient*innen mit ihren Hausärzt*innen

Es stellten sich keine signifikanten Unterschiede in Kommunikationserfahrungen mit dem Hausarzt/ der Hausärztin zwischen Teilnehmenden ohne und mit je im Leben erlebten GE jeglich gelisteter Gewaltform dar (Tabelle 6): 60 – 70 % der Teilnehmenden legten dar, dass es ihnen leicht falle persönliche Belastungen bei ihrem Hausarzt/ ihrer Hausärztin anzusprechen und ihre Probleme ernstgenommen werden. Etwa die Hälfte der Studienpopulation präferierte ihre Probleme lieber ohne die Hilfe ihres Hausarztes/ ihrer Hausärztin zu lösen. Dennoch zeigten sich signifikante Unterschiede für die Subgruppen sexualisierter Belästigungen, sexueller Gewalt und jener, die durch aktuelle GE Beeinträchtigungen empfinden. Sexuell belästigte Patient*innen stimmten signifikant weniger oft zu, dass ihr Hausarzt/ ihre Hausärztin ihnen genug Raum gibt über ihre persönlichen Belastungen zu sprechen (51,9 %; n=55 vs. 64,1 %; n=393, p= 0,056). Ebenfalls stimmte die durch jegliche GE beeinträchtigte Personengruppe signifikant seltener zu, persönliche Belastungen bevorzugt ohne Hilfe ihrer Hausärzt*innen bewältigen zu wollen (34,0 %; n=16 vs. 52,2 %; n=107, p= 0,036). Dass das Besprechen von persönlichen Belastungen als unangenehm empfunden wird, lehnten Opfer von psychischen GE in nur 39,0 % (n= 73) gegenüber 44,6 % (n= 236) der Nicht-Opfer ab, dies erreichte jedoch keine Signifikanz (p=0,066). In Bezug auf das präferierte Kommunikationsformat, das heißt direkt vom Arzt/Ärztin nach psychosozialen Belastungen gefragt zu werden versus die Abfrage mit Hilfe eines Fragebogens, ließ sich ein klarer Trend darstellen. Zwar lehnten mit durchschnittlich 45 % alle teilnehmenden Gewaltopfer das Instrument eines Fragebogens zur Ermittlung persönlicher Belastungen ab, jedoch zeigte sich im Vergleich zu Nicht-Opfern bei Opfern sexueller Belästigungen und Opfern mit aktuellen Befindlichkeitsstörungen eine signifikant niedrigere Ablehnrates eines Fragebogens (siehe Tabelle 6). Patient*innen, die Gewalt erfahren hatten oder sich durch diese Erfahrungen im Wohlbefinden beeinträchtigt fühlten, vermieden häufiger eine eindeutige Bewertung der Aussagen und zeigten insbesondere bei der Präferenz des Kommunikationsformates (v.a. in Bezug auf das Format des Fragebogens) sowie dem unangenehmen Empfinden über persönliche Belastungen zu sprechen, eine Tendenz zur neutralen Position.

Tab. 6: GPCare-1 – Kommunikationserfahrungen und -präferenzen von Patient*innen mit und ohne Gewalterfahrungen

	Opfer jeglich gelisteter Gewaltform im Leben			Physische Angriffe			Psychische Drohungen			Sexuelle Angriffe			Sexuelle Belästigung			Befindlichkeitsstörung durch je im Leben erlebte Gewalt		
	Opfer (n=239)	Nicht-Opfer (n=526)		Opfer (n=114)	Nicht-Opfer (n=645)		Opfer (n=196)	Nicht-Opfer (n=568)		Opfer (n=55)	Nicht-Opfer (n=704)		Opfer (n=112)	Nicht-Opfer (n=649)		Beeinträchtigt (n=51)	Nicht beeinträchtigt (n=218)	
	N (%)*	N (%)*	p-Wert	N (%)*	N (%)*	p-Wert	N (%)*	N (%)*	p-Wert	N (%)*	N (%)*	p-Wert	N (%)*	N (%)*	p-Wert	N (%)*	N (%)*	p-Wert
“Mein Hausarzt fragt nach persönlichen Belastungen”																		
Zustimmung	134 (51,7)	258 (54,2)	,661	62 (57,4)	319 (52,2)	,242	91 (48,4)	293 (54,8)	,301	29 (53,7)	353 (53,1)	,890	53 (49,5)	331 (53,8)	,710	30 (58,8)	103 (50,2)	,430
Neural	58 (22,4)	109 (22,9)		18 (16,7)	147 (24,1)		46 (24,5)	120 (22,4)		11 (20,4)	153 (23,0)		26 (24,3)	139 (22,6)		(15,7)	48 (23,4)	
Ablehnung	67 (25,9)	109 (22,9)		28 (25,9)	145 (23,7)		51 (27,1)	122 (22,8)		14 (25,9)	159 (23,9)		28 (26,2)	145 (23,6)		13 (25,5)	54 (26,3)	
“Mein Hausarzt gibt mir genügend Raum, persönliche Belastungen zu schildern”																		
Zustimmung	156 (60,0)	300 (63,6)	,580	61 (56,0)	384 (63,3)	,136	112 (58,9)	336 (63,4)	,545	27 (50,9)	418 (63,0)	,190	55 (51,9)	393 (64,1)	,056	25 (49,0)	130 (63,1)	,085

Tab. 6: Fortsetzung I

Neural	62 (23,8)	98 (20,8)		32 (29,4)	126 (20,8)		46 (24,2)	112 (21,1)		14 (26,4)	144 (21,7)		30 (28,3)	128 (20,9)		18 (35,3)	43 (20,9)	
Ablehnung	42 (16,2)	74 (15,7)		16 (14,7)	97 (16,0)		32 (16,8)	82 (15,5)		12 (22,6)	101 (15,2)		21 (19,8)	92 (15,0)		8 (15,7)	33 (16,0)	
“Mein Arzt sorgt dafür, dass ich mich im Gespräch über sensible Dinge wohlfühle”																		
Zustimmung	163 (64,9)	315 (67,2)	,830	67 (63,2)	403 (66,9)	,754	117 (63,9)	355 (67,2)	,718	32 (60,4)	438 (67,0)	,499	62 (60,2)	410 (67,5)	,315	29 (56,9)	133 (67,5)	,360
Neural	52 (20,7)	90 (19,2)		23 (21,7)	117 (19,4)		39 (21,3)	102 (19,3)		11 (20,8)	128 (19,6)		23 (22,3)	117 (19,3)		13 (25,5)	37 (18,8)	
Ablehnung	36 (14,3)	64 (13,6)		16 (15,1)	82 (13,6)		27 (14,8)	71 (13,4)		10 (18,9)	88 (13,5)		18 (17,5)	80 (13,2)		9 (17,6)	27 (13,7)	
“Ich habe das Gefühl, dass mein Arzt meine Probleme ernst nimmt“																		
Zustimmung	183 (70,9)	346 (71,9)	,744	80 (73,4)	434 (70,9)	,650	135 (71,4)	383 (71,5)	,900	35 (66,0)	480 (71,9)	,650	68 (66,0)	449 (72,3)	,418	35 (71,4)	147 (71,4)	,975
Neural	46 (17,8)	76 (15,8)		15 (13,8)	106 (17,3)		33 (17,5)	88 (16,4)		11 (20,8)	110 (16,5)		20 (19,4)	101 (16,3)		9 (18,4)	36 (17,5)	
Ablehnung	29 (11,2)	59 (12,3)		14 (12,8)	72 (11,8)		21 (11,1)	65 (12,1)		7 (13,2)	78 (11,7)		15 (14,6)	71 (11,4)		5 (10,2)	23 (11,2)	

Tab. 6: Fortsetzung II

“Persönliche Belastungen mit meinem Arzt zu besprechen, ist mir unangenehm”																		
Zustimmung	90 (35,2)	157 (33,5)	,633	39 (36,4)	203 (33,6)	,681	60 (32,1)	184 (34,8)	,066	19 (35,8)	224 (33,9)	,690	35 (33,3)	208 (34,1)	,872	17 (33,3)	72 (35,6)	,240
Neutral	62 (24,2)	104 (22,2)		26 (24,3)	137 (22,6)		54 (28,9)	109 (20,6)		14 (26,4)	149 (22,6)		26 (24,8)	137 (22,5)		17 (33,3)	45 (22,3)	
Ablehnung	104 (40,6)	207 (44,2)		42 (39,3)	265 (43,8)		73 (39,0)	236 (44,6)		20 (37,7)	287 (43,5)		44 (41,9)	265 (43,4)		17 (33,3)	85 (42,1)	
“Persönliche Belastungen bewältige ich lieber ohne Hilfe von meinem Arzt”																		
Zustimmung	125 (49,0)	256 (54,4)	,280	50 (47,2)	322 (53,1)	,517	90 (48,6)	284 (53,6)	,322	22 (44,0)	348 (52,6)	,230	52 (50,5)	321 (52,2)	,668	16 (34,0)	107 (52,2)	,036
Neutral	76 (29,8)	135 (28,7)		34 (32,1)	176 (29,0)		55 (29,7)	156 (29,4)		15 (30,0)	196 (29,7)		29 (28,2)	182 (29,8)		21 (44,7)	55 (26,8)	
Ablehnung	54 (21,2)	80 (17,0)		22 (20,8)	108 (17,8)		40 (21,6)	90 (17,0)		13 (26,0)	117 (17,7)		22 (21,4)	108 (17,7)		10 (21,3)	43 (21,0)	

Tab. 6: Fortsetzung III

“Ich würde mir wünschen, dass mein Arzt mich direkt nach persönlichen Belastungen fragt”																		
Zustimmung	112 (43,4)	198 (42,3)	,810	47 (43,1)	257 (42,5)	,940	81 (42,9)	225 (42,6)	,997	27 (50,9)	278 (42,1)	,450	48 (45,7)	258 (42,2)	,077	19 (37,3)	93 (45,6)	,110
Neutral	72 (27,9)	125 (26,7)		31 (28,4)	166 (27,4)		52 (27,5)	145 (27,5)		12 (22,6)	183 (27,7)		35 (33,3)	161 (26,4)		20 (39,2)	50 (24,5)	
Ablehnung	74 (28,7)	145 (31,0)		31 (28,4)	182 (30,1)		56 (29,6)	158 (29,9)		14 (26,4)	200 (30,3)		22 (21,0)	192 (31,4)		12 (23,5)	61 (29,9)	
“Es wäre mir lieber, wenn mein Arzt mir einen Fragebogen dazu gibt”																		
Zustimmung	73 (28,1)	137 (29,5)	,573	31 (28,2)	173 (28,7)	,037	55 (28,9)	151 (28,8)	,495	18 (34,0)	187 (28,4)	,192	31 (29,5)	175 (28,7)	,028	17 (33,3)	56 (27,2)	,054
Neutral	47 (18,1)	70 (15,1)		27 (24,5)	90 (15,0)		36 (18,9)	81 (15,4)		12 (22,6)	104 (15,8)		26 (24,8)	91 (14,9)		14 (27,5)	33 (16,0)	
Ablehnung	140 (53,8)	257 (55,4)		52 (47,3)	339 (56,3)		99 (52,1)	293 (55,8)		23 (43,4)	367 (55,8)		48 (45,7)	343 (56,3)		20 (39,2)	117 (56,8)	

4. Diskussion

4.1 Höhere Frequenz von Hausärzt*innenkonsultationen bei Gewalterfahrung

Basierend auf dem bevölkerungsrepräsentativen Datensatz DEGS1 zeigte die Analyse, dass Opfer selbstberichteter Gewalterfahrungen (GE) in den letzten 12 Monaten signifikant häufiger ihren Hausarzt/ ihre Hausärztin kontaktierten als Patient*innen ohne GE. Des Weiteren war die Inanspruchnahme des Hausarztes/ der Hausärztin ebenfalls höher bei Betroffenen, die sich stark durch ihre psychischen GE beeinträchtigt fühlten. Die ergänzenden Daten der GPCare-1-Studie demonstrierten, dass etwa die Hälfte der Patient*innen mit GE angaben, durch Hausärzt*innen nach ihren persönlichen Belastungen gefragt zu werden. Dennoch gab es gewaltformspezifische Unterschiede in der Zufriedenheit mit der Arzt-Patienten-Kommunikation und dem präferierten Kommunikationsformat. Jede*r Fünfte Betroffene mit Erfahrungen von sexuellen Angriffen, sexuellen Belästigungen und Befindlichkeitsstörungen durch GE widersprach der Aussage, sich im Gespräch über sensible Dinge mit ihrem Hausarzt/ ihrer Hausärztin wohlfühlen. Insbesondere bei Patient*innen mit Erfahrungen sexueller Belästigung fiel eine verminderte Zustimmung für ausreichenden Raum zur Thematisierung persönlicher Belastungen im Gespräch mit ihren Hausärzt*innen auf. Der dringliche Bedarf an angemessener Unterstützung wird zudem durch die hohe Prävalenz von depressiven Symptomen, Depressionen und Angststörungen bei Gewaltopfern unterstrichen.

Das Studienergebnis der erhöhten Kontaktaufnahme mit Allgemeinmediziner*innen durch Gewaltopfer steht im Einklang mit bereits bestehenden Forschungsergebnissen, die eine Zunahme an hausärztlichen Konsultationen bei verschiedenen belastenden Lebenserfahrungen darstellen (Luppa et al., 2020). Die erhöhte Inanspruchnahme des Gesundheitssystems von Gewaltopfern (auch unter männlichen Opfern) ist auch auf gesellschaftliche Entwicklungen im Umgang mit dem Thema Gewalt zurückzuführen. Hierbei stellt die Entstigmatisierung der Viktimisierung, insbesondere im Hinblick auf bestehenden Geschlechterrollen, eine richtungsweisende Entwicklung dar. Dieser Fortschritt fordert daher auch eine Sensibilisierung bezüglich des Gewalterlebens und des Umgangs mit Gewaltopfern im Gesundheitssektor, wobei es u.a. professionelle Dokumentation, forensische Untersuchungen und adäquaten ärztlichen Umgang sicherzustellen gilt (Kolbe und Büttner, 2020).

4.2 Die Schlüsselrolle der Hausärzt*innen bei Gewalterfahrungen

Hausärzt*innen wird eine Schlüsselrolle in der Identifikation und Unterstützung von Gewaltopfern zugeschrieben, da sie als eine der ersten Anlaufstellen eingestuft werden und damit Opfer anhand Verletzungen durch gewalttätige Übergriffe und/ oder psychische Belastungen erkennen (lernen) müssen (Brzank et al., 2005; Hornberg, 2008; Müller und Schröttle, 2004). Dass über 80 % der DEGS1-Teilnehmenden mit GE angaben, einen Hausarzt/ eine Hausärztin zu haben und dass die Teilnehmenden mit der höchsten Rate an subjektiver Beeinträchtigung in ihrem Wohlbefinden, insbesondere durch psychische GE, auch die höchste Inanspruchnahme von Hausärzt*innen zeigten, unterstreicht die Bedeutung dieser psychosozialen Belastung für das Gesundheitssystem. Gleichermäßen impliziert es, dass betroffene Patient*innen sich beim Hausarzt/ bei ihrer Hausärztin eigentlich „am richtigen Ort“ befinden, um Beistand und Hilfe aus dem Gesundheitssektor zu erhalten, auch wenn die aktuelle medizinische Literatur darauf hindeutet, dass trotz regelmäßiger hausärztlicher Kontakte die Möglichkeit zur Offenbarung und die adäquate Unterstützung nicht unbedingt gewährleistet zu sein scheint (Zimmermann et al., 2018). Darauf deuten auch die Erkenntnisse der GPCare-1-Umfrage hin, in welcher rund 20 % der Betroffenen unzureichenden Raum für persönliche Belastungen bei ihren Hausärzt*innen angaben. Zukünftige Studien werden benötigt, um zu untersuchen, inwieweit in der Kommunikation zwischen Hausärzt*innen und Patient*innen mit GE tatsächlich das Problem der erlebten Gewalt oder eher „allgemeiner Stress“ thematisiert wird, welches zwar subjektiv eine Erleichterung der Patient*innen darstellt, aber nicht zu gezielten Interventionen im Hinblick auf die GE durch Hausärzt*innen führt.

Vorausgehende Studien präsentierten eine insuffiziente Arzt-Patienten-Kommunikation über GE, die sowohl in Kommunikationsbarrieren seitens der Hausärzt*innen (Birkhoff et al., 2016; Black, 2011; Sprague et al., 2012; Sugg, 1992), aber auch von betroffenen Patient*innen (Narula et al., 2012) begründet sein soll. Zimmermann et al. (2018) deckte eine Diskrepanz zwischen dem hausärztlichen Bewusstsein über die GE ihrer Patient*innen und der deutschen Kriminalitätsstatistik auf, welche diverse Ursachen haben kann. Auf Seiten der Ärzt*innen ist die Gewalterfassung in der routinemäßigen Anamnese unterrepräsentiert mit der Folge eines Detektionsmangels von GE (Zimmermann et al., 2018). Kommunikationsbarrieren und damit Gründe für eine zögerliche Erfassung von patienten-erlebter Gewalt durch Hausärzt*innen stellten sich in Untersuchungen vielseitig dar und

sind begründet in z. B. Zeitdruck, der Angst dem Patient/ der Patientin zu nahe zu treten und/oder auch der eigenen ärztlichen situativen Ohnmacht (Sprague et al., 2012; Sugg, 1992). Zudem wird auch die Präsentation von Opfern mit unspezifischen Symptomen (Sugg, 2015) und/oder chronischen Erkrankungen (Rivara et al., 2019) für die oben genannte Diskrepanz angenommen. Auf Seiten der Patient*innen werden die Befürchtung, man würde ihnen nicht glauben oder sie verurteilen, Selbstvorwürfe und Leugnung oder auch der Fehlglaube von mangelndem ärztlichen Interesse bei nicht-medizinischen Angelegenheiten zu helfen, als zusätzliche Kommunikationsbarrieren angesehen, die zu einer verminderten Offenlegung der GE durch Patient*innen führten (Hegarty und Taft, 2001; Narula et al., 2012). In einer Befragung gaben Dreiviertel der weiblichen Gewaltopfer an, dass sie mit ihrem Arzt/ ihrer Ärztin über ihre GE sprechen würden, wenn diese psychosoziale Problem direkt angesprochen würden (Mark et al., 2007). Zudem würden sie einer Routineabfrage von Hausärzt*innen zustimmen (Bradley, 2002; Brzank et al., 2005). Diese Ergebnisse stehen im Einklang mit den oben dargestellten Studienergebnissen, die zeigten, dass durchschnittlich über 40 % der befragten Patient*innen es vorziehen, direkt von ihren Hausärzt*innen nach persönlichen Belastungen wie GE befragt zu werden anstatt einen Fragebogen auszufüllen.

Insbesondere Opfer sexueller Belästigungen gaben häufiger an, unzureichenden Raum bei Hausärzt*innen zu erhalten, um ihre persönlichen Belastungen ausführen zu können. Dieses Ergebnis passt zur in der Literatur beschriebenen mangelnden Thematisierung von sexueller Gewalt durch Hausärzt*innen, welche vornehmlich auf unzureichende Kenntnis über Beratungsangebote und mangelnde Erfahrung im Umgang mit Betroffenen zurückgeführt wird (Birkhoff et al., 2016). Des Weiteren stellte sich in dieser Studie heraus, dass Teilnehmende mit aktuellen Befindlichkeitsstörungen durch jegliche GE weniger häufig zustimmten, ihre persönlichen Belastungen ohne ärztliche Unterstützung bewältigen zu wollen. Die vermehrte Inanspruchnahme von Gewaltopfern kann daher als aktives Zeichen ihrer Hilfesuche gedeutet werden. Diese Erkenntnis verdeutlicht, dass den Beschwerden über unzufriedenstellende Begegnungen mit Allgemeinmediziner*innen mehr Gehör geschenkt werden sollte, da bei wachsender Offenheit für professionelle Hilfe eine Zunahme an Betroffenen in den Praxen zu erwarten ist. Diese in den letzten Jahren neu formierte Bewegung, insbesondere sexuelle Belästigungen zur Sprache zu bringen, liegt in einem fortschreitenden gesellschaftlichen Umdenken, das auch zu einer wachsenden

Glaubwürdigkeit der Opfer führt (Recupero, 2018) und gleichwohl die Erwartung eines sicheren Umgangs mit Opfern im Gesundheitssystem fordert.

4.3 Risikogruppen und Screening zur Identifikation von Gewaltopfern

Wie schon in früheren Studien dargelegt werden konnte, zeigte sich auch in dieser Studie ein erhöhtes Risiko für aktuelle und je im Leben erlebte Gewalt im jungen Alter sowie bei Personen mit vorliegendem niedrigen sozio-ökonomischen Status (Hegarty et al., 2008; Lange et al., 2016). Die erhöhte Inanspruchnahme der Hausärzt*innen durch Frauen könnte mit schwerwiegenderen GE in Verbindung stehen (Kimmel, 2002). Nichtsdestotrotz konnten einige Studien eine nahezu paritätische Verteilung von Gewaltopfern aktueller GE, aber auch Täter*innen zeigen (Lange et al., 2016; Schlack et al., 2013b). In der aktuellen Statistik zu partnerschaftlicher Gewalt aus dem Berichtsjahr 2020 wird zudem im Vergleich zum Vorjahr auch von einem Anstieg männlicher Gewaltopfer um 7,4 % (weiblicher Opferanstieg 3,7 %) berichtet. Es muss demnach von einer erhöhten Dunkelziffer, insbesondere unter männlichen Gewaltopfern, ausgegangen werden. Die erhöhten hausärztlichen Konsultationen von weiblichen Opfern kann auch als verminderte Hilfesuche bei männlichen Betroffenen interpretiert werden. Mögliche Gründe für dieses verringerte hilfesuchende Verhalten könnte eine eingeschränkte männliche Bereitschaft zur Offenlegung ihrer GE sein (Simmons et al., 2016). Auch die Tendenz, ihre erlebte Viktimisierung zu bagatellisieren, da sie befürchten stigmatisiert zu werden und ihren Ruf verlieren zu können, ist in diesem Kontext von Bedeutung (Alejo, 2014; Arnocky und Vaillancourt, 2014). Umso wichtiger erscheint auch hier das Routinescreening im Gesundheitssystem, und zwar unabhängig der geschlechtlichen Identität der Patient*innen.

Ein zielgerichtetes Screening könnte es auch Allgemeinmediziner*innen erleichtern GE von Patient*innen zu identifizieren, um diese Erfahrungen bei der Behandlung berücksichtigen und bei Bedarf an geeignete Beratungseinrichtungen zu überweisen. Dass die überwiegende Mehrheit von Gewaltopfern sich mit Beschwerden ohne körperliche Verletzungen vorstellten, betont den schon vor langer Zeit belegten Wert eines routinierten Screeningverfahrens zur Detektion von Gewalttaten (Elliott und Johnson, 1995). Insbesondere deutschsprachige Screening-Instrumente, welche mögliche psychosoziale Probleme von Patient*innen identifizieren könnten, wurden allerdings für den Einsatz in der allgemeinmedizinischen Praxis bisher kaum untersucht (Andermann, 2018). In zukünftigen Studien

gilt es daher ein solches Screening-Instrument weiterzuentwickeln. Das Instrument eines Fragebogens zur Erfassung von erlebter Gewalt ist hierbei dennoch nicht zu unterschätzen. Zwar lehnte in dieser Patient*innen-Befragung rund ein Drittel der Menschen mit GE die Präferenz für einen solchen Fragebogen ab, jedoch zeigte sich vor allem bei diesen Antworten, die Tendenz zur neutralen Position von Personen mit GE. Insbesondere bei Opfern psychischer GE, sexuellen Übergriffen, sexuellen Belästigungen und Opfern mit Befindlichkeitsstörungen fiel auf, dass ein Viertel der Betroffenen weder zustimmten noch ablehnten, mit Hilfe eines Fragenkatalogs zu ihren persönlichen Belastungen gefragt zu werden. Vorausgegangene Forschungsergebnisse deuteten darauf hin, dass nicht-persönliche Interviews z. B. in Form von Computer-assistierten Screenings zu einer höheren Rate wahrheitsgemäßen Beantwortung sensibler Themen (Turner et al., 1998) und höheren Offenbarungsquoten führten (Rhodes et al., 2002). Mit Hilfe eines nicht-persönlichen Interviews könnten oben genannte Kommunikationshindernisse von Patient*innen, wie z. B. der Fehleinschätzung eines Desinteresses seitens des Arztes/ der Ärztin an den persönlichen Belastungen der Patient*innen, überwunden werden. Außerdem belegte eine aktuelle Studie eine sehr hohe Detektionsrate mit Hilfe des in *der WHO-Mehrländerstudie über Frauengesundheit und häuslicher Gewalt gegen Frauen* vorliegenden selbst auszufüllenden Fragebogens (Di Franco et al., 2021; Garcia-Moreno et al., 2006).

4.4 Assoziationen von Gewalterfahrungen und Gesundheit

Wie bereits in der Literatur beschrieben, zeigte auch diese Studie erhöhte Prävalenzen von Depressionen und Angststörungen und GE-Opfern. Dieses Ergebnis betont nochmals die Bedeutung von Assoziationen zwischen GE und kurz-, mittel- und langfristigen mentalen sowie physischen Konsequenzen (Coker et al., 2002; Howard et al., 2010; Krug et al., 2002). Es ist bekannt, dass traumatische Erfahrungen körperliche Stressreaktionen auslösen (Olive, 2017), diese wiederum steigern das Risiko für Depressionen oder Angstzustände (Warda und Bryant, 1998). Zusätzlich gelten psychische Erkrankungen als eigenständiger Risikofaktor für Gewalterleben (Devries et al., 2013; Trevillion et al., 2012). Die Gesundheitsprobleme können nicht nur eine direkte Folge von gewalttätigen Übergriffen sein, sondern auch anhand biologischer Reaktion auf die Belastung durch die Viktimisierung und/ oder aufgrund unangepasster Bewältigungsstrategien ausgelöst werden (Black, 2011). Diese biologisch-physiologischen Reaktionen sind langfristige Prozesse, wie zum Beispiel die Beteiligung des neuronalen, neuroendokrinen und immunologischen

Systems, die an der Entstehung von chronischen Krankheiten beteiligt sind (Black und Garbutt, 2002). In der Literatur wird davon ausgegangen, dass auch die Dauer von GE die Prävalenz chronischer Erkrankungen bei Opfern beeinflusst (Wilke und Vinton, 2005). Die aktuellen Studienergebnisse einer Assoziation zwischen chronischen Erkrankungen und je im Leben erlebten GE unterstützt dies. Die erhöhte Prävalenz an Rauchenden und Betroffenen mit erhöht riskantem Alkoholkonsum wurde auch in früheren Studien gezeigt, die dies als eine Bewältigungsstrategie der Opfer verstanden (Campbell, 2002; Øverup et al., 2015).

4.5 Komplexität der Gewalterfassung und Limitation der Datensätze

Studien, die sich mit der Gewalterfassung auseinandersetzen, müssen mit diversen methodischen Schwierigkeiten umgehen. Diese werden im Folgenden für die oben dargestellten Datenanalysen diskutiert. Die Messung der selbstberichteten GE stellte in beiden Datensätzen (DEGS1 und GPCare-1) eine methodische Herausforderung dar. Zum einen ist die Aussagekraft der DEGS1-Studie durch das Fehlen von Daten über GE bei älteren Menschen (über 65 Lebensjahre), über Schweregrad/ Dynamik von GE und über geschlechtsspezifischen Aspekte eingeschränkt (Brzank et al., 2013). Da andere DEGS1-Fragen zu GE sehr hohe Rücklaufquoten hatten, sind die fehlenden Angaben zur Beeinträchtigung durch in den letzten 12 Monaten erlebte Gewalt nicht als Zufall zu werten, sondern spiegeln vielmehr Gewalt und das Empfinden von GE als ein gesellschaftlich sensibles, verdrängtes und vielfach tabuisiertes Thema wider. Dies beschreibt eine weitere Herausforderung, da Forschende sich mit dem Recht der Teilnehmenden auf Geheimhaltung, Schamgefühl und auch einem Recall-Bias auseinandersetzen müssen. Trotz der genannten Limitationen verfügt DEGS1 zum Zeitpunkt der Studie über die aktuellsten, bevölkerungsrepräsentativen Daten.

Die im Vergleich zu DEGS1 geringere Prävalenz von GE in der GPCare-1-Studie könnte auf das halböffentliche Setting im Wartezimmer einer Praxis zurückzuführen sein. Auch die detaillierteren Fragen im DEGS1, der eine sehr breite Definition von GE enthielt, der von GE im Kindesalter bis zu einer einzelnen beleidigenden Bemerkung im Erwachsenenalter reichte, könnte eine Rolle gespielt haben. Daher scheint ein Vergleich mit Gewaltprävalenzen aus anderen Studien nur begrenzt möglich. In der GPCare-1- Erhebung

hat möglicherweise die Verwendung von Einzelfragen und eher summierenden Gewaltvariablen zu einer mangelnden Komplexität der GE von Betroffenen geführt und sollte in zukünftigen Studien detaillierter untersucht werden, insbesondere basierend auf internationalen Screening-Tools. Auf Basis dieser und weitere Studien wird die zukünftige Entwicklung eines Screening-Instruments für die systematische Erfassung psychosozialer Probleme angestrebt, da Screening-Instrumente, welche die systematische Identifizierung spezifischer psychosozialer Probleme beabsichtigen, in deutscher Sprache bisher kaum vorliegen beziehungsweise für den Einsatz im hausärztlichen Praxisalltag nicht validiert wurden (Andermann 2018).

Abgesehen von den methodischen Herausforderungen der Gewalterhebung, können beide Studien aufgrund des Designs als Querschnittsstudie keine Ursache-Wirkungs-Prinzipien aufzeigen und keine tiefgreifenden Informationen zu den Kommunikationspräferenzen liefern. Darüber hinaus wurde die GPCare-1 Studie während der SARS-CoV-2 Pandemie erhoben, welches nicht nur die Dokumentation der Nicht-Teilnehmenden in den hausärztlichen Praxen beeinträchtigte, sondern auch die Prävalenz von GE in der GPCare-1 erhöht haben könnte, da erste Studien einen Anstieg häuslicher Gewalt in der pandemischen Lage aufzeigten (Campbell, 2020; Sacco et al., 2020). Dennoch wurden in der GPCare-1-Studie die Kommunikationspräferenzen von Patient*innen erhoben und zusätzlich auch die sexuelle Viktimisierung adressiert, also zwei Aspekte, die beide nicht von den DEGS1-Teilnehmenden erfasst wurden. Die aufgezeigten Ergebnisse betonen die Notwendigkeit, diese Aspekte in zukünftigen Studien tiefgreifender zu untersuchen und zu bewerten.

4.6 Forschungsausblick und Implikation für die hausärztliche Versorgung

Die hohe Inanspruchnahme von Hausarzt*innen durch Opfer mit GE stellt eine Möglichkeit dar, diese gefährdete Patient*innengruppe besser zu versorgen. Dennoch ist weitere Forschung erforderlich, um einfache Strategien und mögliche Screening-Instrumente für hausärztliche Praxen zu entwickeln, die die Identifikation und patientengerechte Unterstützung gewährleisten kann. Es ist hierbei zu prüfen, ob nicht-persönliche Fragenkataloge eine Einstiegshilfe für ein persönliches Interview erleichtern können und zu einer Entstigmatisierung, aber auch Sensibilisierung des Gesundheitssektors für Gewaltopfer beitragen kann. Allgemeinmediziner*innen müssen sich der physischen und psychischen

Auswirkungen bewusst werden, die GE auf den Menschen ausüben können. Gesundheitsprobleme sollten im Sinne der ganzheitlichen Patient*innenversorgung in Bezug auf das bio-psycho-soziale Modell (Engel, 1977) beleuchtet werden. Des Weiteren ist es notwendig Hausärzt*innen zu sensibilisieren, dass Gewalterleben unter ihren Patient*innen mit einer Betroffenheit von nahezu jedem dritten Patienten/jeder dritten Patientin weit verbreitet ist und es Betroffenen schwerfällt sich von selbst zu öffnen.

Ein zielgerichtetes Screening könnte Allgemeinmediziner*innen daher erleichtern, mögliche psychosoziale Probleme wie zum Beispiel das Erleben von Gewalt zu identifizieren damit diese bei der Behandlung berücksichtigt werden können und bei Bedarf an geeignete Beratungseinrichtungen überwiesen werden kann. Zudem gilt es ein Bewusstsein für Risikogruppen von Gewalt zu schaffen, gleichzeitig aber auch hohe Dunkelziffern bei zum Beispiel männlichen Betroffenen zu berücksichtigen. Da GE sowohl relevanter Auslöser, moderierender Faktor als auch Folge von Erkrankungen darstellen, ist es für Hausärzt*innen von grundlegender Bedeutung, Kenntnis dieses Problems zu haben um Beschwerden/ Symptome erklären und eine kausal-orientierte Behandlung planen zu können. Es wäre in Folgestudien sicherlich auch ein wertvoller Erkenntnisgewinn ein Vergleich der Kommunikationswahrnehmung und -bewertung über persönliche Belastungen von Ärzt*innen und Patient*innen zu ziehen. Bei erwartbar zunehmenden Fallzahlen an Opfern von GE gilt es die Schlüsselrolle der allgemeinmedizinischen Versorgung zur Protektion und Prävention von Gewaltopfern zu verstehen und Behandlungssicherheit für eine verbesserte Patient*innenversorgung zu gewährleisten.

5. Zusammenfassung

Gewalterfahrungen müssen insbesondere durch ihren nachteiligen Effekt auf physische und psychische Integrität als wachsendes Problem der öffentlichen Gesundheit wahrgenommen werden. Sie nehmen nicht nur Einfluss auf das subjektive Wohlbefinden, sondern führen auch zu erhöhtem risikobehafteten Gesundheitsverhalten. Statt sich an Behörden zu wenden und Hilfe zu suchen, wenden sich Opfer von Gewalt häufiger an das Gesundheitssystem. Allgemeinmediziner*innen mit ihrem vielfältigen Patient*innenaufkommen und wiederkehrenden Patient*innen-Kontakten haben eine besondere Rolle in der Detektion, Prävention und Beratung von Gewaltopfern. Dennoch wird in aktueller Literatur von einer Diskrepanz zwischen GE der Patient*innen und dem ärztlichen Bewusstsein berichtet. Im deutschsprachigen Raum gibt es bisher kaum Untersuchungen zur Erfahrung von Gewaltopfern in der Arzt-Patienten-Kommunikation, insbesondere nicht zu ihren Kommunikationspräferenzen und -erfahrungen.

In der vorliegenden Studie wurden zum einen die Daten der *repräsentativen Studie zu Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1)* analysiert, um einerseits die Inanspruchnahme von Hausärzt*innen von Gewaltopfern, insbesondere derer mit subjektiv beeinträchtigtem Wohlbefinden, zu untersuchen, andererseits Gewaltprävalenzen der deutschen Allgemeinbevölkerung und deren Auswirkung auf Gesundheit zu beleuchten. Zum anderen wurden in der neu konzipierten Querschnittstudie des Promotionsprogrammes 2020 (GPCare-1-Studie) Kommunikationserfahrungen und -wünsche der hausärztlichen Patient*innenpopulation erhoben.

Gewaltprävalenzanalysen des DEGS1 zeigten, dass über Zweidrittel der Teilnehmenden bereits ein- oder mehrmalig Gewalt in ihrem Leben (71,1 %, n=4042) und jede*r Fünfte innerhalb der letzten 12 Monate Gewalt erfahren hat (20,7 %, n=1106). Opfer von Gewalt hatten einen subjektiv empfunden schlechteren Gesundheitsstatus (23,7 % vs. 19,5 %, $p=0,01$) und vermehrt psychische Gesundheitsprobleme wie depressive Symptome (15,7 % vs. 5,5 %, $p<0,001$) und/ oder Angststörungen (8,7 % vs. 4,5 %, $p<0,001$). Einen besonderen Stellenwert hat dabei auch, die höhere Inanspruchnahme von Hausärzt*innen innerhalb der letzten 12 Monate durch Gewaltopfer im Vergleich zu Nicht-Opfern (Mittelwert= 3,47; SD \pm 4,98 vs. Mittelwert= 2,87; SD \pm 4,42, $p<0,001$) mit deutlichem Anstieg bei denjenigen, die sich durch aktuelle körperliche Gewalt (Mittelwert=3.55; SD \pm 4.38)

oder psychische Gewalt (Mittelwert= 4,24; SD \pm 5,61) in ihrem subjektiven Wohlbefinden stark beeinträchtigt fühlten. In der GPCare-1-Studie lag die Gewaltprävalenz von jeglicher GE im Leben (physisch, psychisch und/ oder sexueller Gewalt) bei 33,5 % (n=272), wovon sich etwa jede*r Fünfte im Wohlbefinden beeinträchtigt fühlte. Auch wenn Opfer jeglicher Gewaltformen und Nicht-Opfer sich in ihren Erfahrungen und Präferenzen in der Arzt-Patienten-Kommunikation nicht wesentlich unterschieden, zeigten sich jedoch signifikante Unterschiede für Subgruppen der gelisteten Gewaltformen. Insbesondere Opfer mit aktuellen Befindlichkeitsstörungen durch GE bevorzugten es, persönliche Belastungen mit der Hilfe ihrer Hausärzt*innen zu bewältigen (34,0 %; n=16 vs. 52,2 %; n=107, p= 0,036). Sowohl Opfer sexueller Belästigung und durch Gewalt Beeinträchtigte lehnten das Kommunikationsformat eines Fragebogens bezüglich persönlicher Belastungen signifikant häufiger ab.

Es gilt, die Schlüsselrolle der Hausärzt*innen zur Detektion und Protektion von Gewaltopfern zu verstehen und ein Bewusstsein bei (angehenden) Ärzt*innen für GE als relevanten Auslöser, moderierenden Faktor sowie Folge von Erkrankungen zu schaffen. In diesem Zusammenhang sollte auch untersucht werden, wie Hausärzt*innen in ihrer besonderen Funktion Behandlungssicherheit im Umgang mit Gewaltopfern erlangen können, um eine verbesserte Patient*innenversorgung zu gewährleisten und zielführende Kommunikationsformate insbesondere in Praxen zu etablieren.

6. Abbildungsverzeichnis

- Abb. 1: DEGS1 - Neu definierte Gewaltvariablen zum Messen von aktueller sowie / lebenslang bestehenden physisch und psychischen Gewalterfahrungen (GE) 16
- Abb. 2: DEGS1 - Inanspruchnahme des Hausarztes/ der Hausärztin innerhalb der letzten 12 Monate stratifiziert nach aktuellen Gewalterfahrungen 26
- Abb. 3: DEGS1 – Hausärztliche Konsultationen stratifiziert nach Befindlichkeitsstörungen durch aktuelle physische/ psychische (psych.) Gewalterfahrungen (GE) 27

7. Tabellenverzeichnis

Tab. 1: DEGS1 Teilnehmende - Soziodemographische Charakteristika und Gewaltprävalenz (gewichtete Ergebnisse)	20
Tab. 2: DEGS1 - Vergleich soziodemographischer und medizinischer Charakteristika, inklusive hausärztliche Konsultationen von Opfern aktueller Gewalt mit Nichtopfern (gewichtete Ergebnisse)	23
Tab. 3: DEGS1 - Vergleich soziodemographischer und medizinischer Charakteristika, inklusive hausärztliche Konsultationen von Opfern je im Leben erlebter Gewalt mit Nichtopfern (gewichtete Ergebnisse)	24
Tab. 4: DEGS1 – Regressionsanalyse zu Einflussfaktoren auf hausärztliche Kontakte in den letzten 12 Monaten	28
Tab. 5: GPCare-1 – Soziodemographische Charakteristika der Patientenpopulation (n= 813) und der Subpopulation von Patient*innen mit je im Leben erlebter Gewalt (n= 272)	29
Tab. 6: GPCare-1 – Kommunikationserfahrungen und -präferenzen von Patient*innen mit und ohne Gewalterfahrungen	32

8. Literaturverzeichnis

Ackard DM, Eisenberg ME, Neumark-Sztainer D. Long-term impact of adolescent dating violence on the behavioral and psychological health of male and female youth. *J Pediatr* X, 2007; 151: 476–481

Alejo K. Long-term physical and mental health effects of domestic violence. *Themis: Research Journal of Justice Studies and Forensic Science*, 2014; 2: 82–98

Andermann A. Screening for social determinants of health in clinical care: moving from the margins to the mainstream. *Public Health Rev*, 2018; 39: 1–17

Arnocky S, Vaillancourt T. Sex Differences in Response to Victimization by an Intimate Partner: More Stigmatization and Less Help-Seeking among Males. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 2014; 23: 705–724

Arroll B, Goodyear-Smith F, Crengle S, Gunn J, Kerse N, Fishman T, Falloon K, Hatcher S. Validation of PHQ-2 and PHQ-9 to screen for major depression in the primary care population. *Ann Fam Med*, 2010; 8: 348–353

Birkel C, Church D, Hummelsheim-Doss D, Leitgöb-Guzy N, Oberwittler D, 2019: Der Deutsche Viktimisierungssurvey 2017. https://www.bka.de/DE/AktuelleInformationen/StatistikenLagebilder/ViktimisierungssurveyDunkelfeldforschung/viktimisierungssurveyDunkelfeldforschung_node.html (Zugriffsdatum: 08.07.2020)

Birkhoff EML, Krouwel EM, Nicolai MPJ, Boer B-J de, Beck JJ, Putter H, Pelger RCM, Elzevier HW. Dealing with patients facing a history of sexual abuse: A cross-sectional survey among Dutch general practitioners. *Eur J Gen Pract*, 2016; 22: 126–133

Black MC. Intimate Partner Violence and Adverse Health Consequences. *Am J Lifestyle Med*, 2011; 5: 428–439

Black PH, Garbutt LD. Stress, inflammation and cardiovascular disease. *J Psychosom Res*, 2002; 52: 1–23

Bradley F. Reported frequency of domestic violence: cross sectional survey of women attending general practice. *BMJ*, 2002; 324: 271

Brauns H, Scherer S, Steinmann S. The CASMIN Educational Classification in International Comparative Research. In: Hoffmeyer-Zlotnik JHP, Wolf C, Hrsg. *Advances in Cross-National Comparison*. Boston, MA, s.l.: Springer US, 2003: 221–244

Brenk-Franz K, Hunold G, Galassi JP, Tiesler F, Herrmann W, Freund T, Steurer-Stey C, Djalali S, Söhnichsen A, Schneider N, Gensichen J. Qualität der Arzt-Patienten-Beziehung-Evaluation der deutschen Version des Patient Reactions Assessment Instruments. *Zeitschrift für Allgemeinmedizin*, 2016; 92: 103–108

Brygger Venø L, Jarbøl DE, Pedersen LB, Søndergaard J, Ertmann RK. General practitioners' perceived indicators of vulnerability in pregnancy- A qualitative interview study. *BMC Fam Pract*, 2021; 22: 1–10

Brzank P, Blättner B, Hahn D. Valide Aussagen zu Gewalt im Geschlechterverhältnis erfordern gendersensible Erfassung. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz*, 2013; 56: 1335–1336

Brzank P, Hellbernd H, Maschewsky-Schneider U, Kallischnigg G. Häusliche Gewalt gegen Frauen und Versorgungsbedarf. Ergebnisse einer Befragung von Patientinnen einer Ersten Hilfe/Rettungsstelle. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz*, 2005; 48: 337–345

Bundeskriminalamt (BKA), 2020: Polizeiliche Kriminalstatistik (PKS) - Jahrbuch 2019, Band 2 (Opfer). https://www.bka.de/DE/AktuelleInformationen/StatistikenLagebilder/PolizeilicheKriminalstatistik/PKS2019/PKSJahrbuch/pksJahrbuch_node.html (Zugriffsdatum: 15.09.2020)

Bush K, Kivlahan DR, McDonell MB, Fihn SD, Bradley KA. The AUDIT alcohol consumption questions (AUDIT-C): an effective brief screening test for problem drinking. Ambulatory Care Quality Improvement Project (ACQUIP). Alcohol Use Disorders Identification Test. Arch Intern Med, 1998; 158: 1789–1795

Campbell AM. An increasing risk of family violence during the Covid-19 pandemic: Strengthening community collaborations to save lives. FSI reports, 2020; 2: 100089
Campbell JC. Health consequences of intimate partner violence. The Lancet, 2002; 359: 1331–1336

Chandan JS, Thomas T, Bradbury-Jones C, Taylor J, Bandyopadhyay S, Nirantharakumar K. Risk of Cardiometabolic Disease and All-Cause Mortality in Female Survivors of Domestic Abuse. J Am Heart Assoc, 2020; 9: e014580

Clark CJ, Everson-Rose SA, Alonso A, Spencer RA, Brady SS, Resnick MD, Borowsky IW, Connett JE, Krueger RF, Suglia SF. Effect of partner violence in adolescence and young adulthood on blood pressure and incident hypertension. PLoS ONE, 2014; 9: e92204

Coker AL, Davis KE, Arias I, Desai S, Sanderson M, Brandt HM, Smith PH. Physical and mental health effects of intimate partner violence for men and women. Am J Prev Med, 2002; 23: 260–268

Devries KM, Mak JY, Bacchus LJ, Child JC, Falder G, Petzold M, Astbury J, Watts CH. Intimate partner violence and incident depressive symptoms and suicide attempts: a systematic review of longitudinal studies. PLOS Medicine, 2013; 10: e1001439

Di Franco M, Martines GF, Carpinteri G, Trovato G, Catalano D. Domestic violence detection amid the COVID-19 pandemic: the value of the WHO questionnaire in emergency medicine. *QJM*, 2021; 114: 637–641

Elliott BA, Johnson MM. Domestic violence in a primary care setting. Patterns and prevalence. *Arch Fam Med*, 1995; 4: 113–119

Engel GL. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*, 1977; 196: 129–136

European Union Agency for Fundamental Rights (FRA), 2014: Violence against women: An EU-wide survey. Results at a glance. <https://fra.europa.eu/de/publication/2014/gewalt-gegen-frauen-eine-eu-weite-erhebung-ergebnisse-auf-einen-blick> (Zugriffsdatum: 13.07.2020)

Garcia-Moreno C, Jansen HA, Ellsberg M, Heise L, Watts CH. Prevalence of intimate partner violence: findings from the WHO multi-country study on women's health and domestic violence. *Lancet*, 2006; 368: 1260–1269

García-Moreno C, Pallitto C, Devries K, Stöckl H, Watts C, Abrahams N. Global and regional estimates of violence against women: Prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence. Geneva: WHO Press, 2013

Gilchrist G, Hegarty K, Chondros P, Herrman H, Gunn J. The association between intimate partner violence, alcohol and depression in family practice. *BMC Fam Pract*, 2010; 11: 1–10

Gößwald A, Lange M, Dölle R, Hölling H. Die erste Welle der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1): Gewinnung von Studienteilnehmenden, Durchführung der Feldarbeit und Qualitätsmanagement. *Bundesgesundheitsbl.*, 2013; 56: 611–619

Gößwald A, Lange M, Kamtsiuris P, Kurth B-M. DEGS: Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland. Bundesweite Quer- und Längsschnittstudie im Rahmen des Gesundheitsmonitorings des Robert Koch-Instituts. Bundesgesundheitsbl., 2012; 55: 775–780

Hegarty K, Gunn J, Chondros P, Taft A. Physical and social predictors of partner abuse in women attending general practice: a cross-sectional study. Br J Gen Pract, 2008; 58: 484–487

Hegarty K, O'Doherty L, Taft A, Chondros P, Brown S, Valpied J, Astbury J, Taket A, Gold L, Feder G, Gunn J. Screening and counselling in the primary care setting for women who have experienced intimate partner violence (WEAVE): a cluster randomised controlled trial. Lancet, 2013; 382: 249–258

Hegarty KL, Taft AJ. Overcoming the barriers to disclosure and inquiry of partner abuse for women attending general practice. Aust N Z J Public Health, 2001; 25: 433–437

Hornberg C. Gesundheitliche Folgen von Gewalt. Berlin: Robert-Koch-Inst, 2008
Howard LM, Trevillion K, Agnew-Davies R. Domestic violence and mental health. Int Rev Psychiatry, 2010; 22: 525–534

Huntley AL, Potter L, Williamson E, Malpass A, Szilassy E, Feder G. Help-seeking by male victims of domestic violence and abuse (DVA): a systematic review and qualitative evidence synthesis. BMJ Open, 2019; 9: e021960

Jawad M, Vamos EP, Najim M, Roberts B, Millett C. Impact of armed conflict on cardiovascular disease risk: a systematic review. Heart, 2019; 105: 1388–1394

Kalmakis KA, Chandler GE. Health consequences of adverse childhood experiences: a systematic review. J Am Assoc Nurse Pract, 2015; 27: 457–465

Kamtsiuris P, Lange M, Hoffmann R, Schaffrath Rosario A, Dahm S, Kuhnert R, Kurth BM. Die erste Welle der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1):

Stichprobendesign, Response, Gewichtung und Repräsentativität. Bundesgesundheitsbl., 2013; 56: 620–630

Kimmel MS. 'Gender Symmetry' in Domestic Violence: A Substantive and Methodological Research Review. Violence Against Women, 2002; 8: 1332–1363

Kolbe V, Büttner A. Häusliche Gewalt gegen Männer – auch ein rechtsmedizinisches Problem? Rechtsmedizin, 2020: 1–6

Krug EG, Mercy JA, Dahlberg LL, Zwi AB. The world report on violence and health. Lancet, 2002; 360: 1083–1088

Kurth B-M, Lange C, Kamtsiuris P, Hölling H. Gesundheitsmonitoring am Robert Koch-Institut. Sachstand und Perspektiven. Bundesgesundheitsbl., 2009; 52: 557–570

Lampert T, Kroll L, Müters S, Stolzenberg H. Messung des sozioökonomischen Status in der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). Bundesgesundheitsbl., 2013a; 56: 631–636

Lampert T, Lippe E von der, Müters S. Verbreitung des Rauchens in der Erwachsenenbevölkerung in Deutschland: Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz, 2013b; 56: 802–808

Lange C, Starker A, Lippe E von der, Hölling H. Psychische und körperliche Gewalterfahrungen in den vergangenen 12 Monaten in der Allgemeinbevölkerung. Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). Bundesgesundheitsbl., 2016; 59: 4–16

Löwe B, Kroenke K, Gräfe K. Detecting and monitoring depression with a two-item questionnaire (PHQ-2). J Psychosom Res, 2005; 58: 163–171

Luppa M, Giersdorf J, Riedel-Heller S, Prütz F, Rommel A. Frequent attenders in the German healthcare system: determinants of high utilization of primary care services. Results from the cross-sectional German health interview and examination survey for adults (DEGS). *BMC Fam Pract*, 2020; 21: 1–10

Mark H. Häusliche Gewalt gegen Frauen aus der Sicht niedergelassener Ärztinnen und Ärzte: Ergebnisse einer Befragung in den Berliner Bezirken Hohenschönhausen und Lichtenberg. *Z. f. Gesundheitswiss.*, 2000; 8: 332–346

Mark H, Bitzker K, Grimm A, Klapp B, Rauchfuß M. Gesundheitsstörungen erwachsener Frauen im Zusammenhang mit körperlicher und sexueller Gewalt - Ergebnisse einer Berliner Patientinnenstudie. *Geburtshilfe Frauenheilkd*, 2007; 67: 43–49

Morgan K, Buller AM, Evans M, Trevillion K, Williamson E, Malpass A. The role of gender, sexuality and context upon help-seeking for intimate partner violence: A synthesis of data across five studies. *Aggress Violent Behav*, 2016; 31: 136–146

Müller U, Schröttle M. Lebenssituation, Sicherheit und Gesundheit von Frauen in Deutschland. Eine repräsentative Untersuchung zu Gewalt gegen Frauen in Deutschland. *Zeitschrift des Interdisziplinären Zentrums für Frauen- und Geschlechterforschung*, 2004; 21: 95–114

Narula A, Agarwal G, McCarthy L. Intimate partner violence: patients' experiences and perceptions in family practice. *Fam Pract*, 2012; 29: 593–600

Olive P. First contact: acute stress reactions and experiences of emergency department consultations following an incident of intimate partner violence. *J Clin Nurs*, 2017; 26: 2317–2327

Øverup CS, DiBello AM, Brunson JA, Acitelli LK, Neighbors C. Drowning the pain: intimate partner violence and drinking to cope prospectively predict problem drinking. *Addict Behav*, 2015; 41: 152–161

Recupero PR. The Notion of Truth and Our Evolving Understanding of Sexual Harassment. *J Am Acad Psychiatry Law*, 2018; 46: 23–30

Rhodes KV, Lauderdale DS, He T, Howes DS, Levinson W. "Between me and the computer": increased detection of intimate partner violence using a computer questionnaire. *Ann Emerg Med*, 2002; 40: 476–484

Rivara F, Adhia A, Lyons V, Massey A, Mills B, Morgan E, Simckes M, Rowhani-Rahbar A. The Effects Of Violence On Health. *Health Aff (Millwood)*, 2019; 38: 1622–1629

Sacco MA, Caputo F, Ricci P, Sicilia F, Aloe L de, Bonetta CF, Cordasco F, Scalise C, Cacciatore G, Zibetti A, Gratteri S, Aquila I. The impact of the Covid-19 pandemic on domestic violence: The dark side of home isolation during quarantine. *Med Leg J*, 2020; 88: 71–73

Scheidt-Nave C, Kamtsiuris P, Gößwald A, Hölling H, Lange M, Busch MA, Dahm S, Dölle R, Ellert U, Fuchs J, Hapke U, Heidemann C, Knopf H, Laussmann, D. Mensink, G.B.M., Neuhauser H, Richter A, Sass A-C, Rosario AS, Stolzenberg H, Thamm M, Kurth BM. German health interview and examination survey for adults (DEGS) - design, objectives and implementation of the first data collection wave. *BMC Public Health*, 2012; 12: 730

Schlack R, Hapke U, Maske U, Busch M, Cohrs S. Häufigkeit und Verteilung von Schlafproblemen und Insomnie in der deutschen Erwachsenenbevölkerung: Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz*, 2013a; 56: 740–748

Schlack R, Rüdell J, Karger A, Hölling H. Körperliche und psychische Gewalterfahrungen in der deutschen Erwachsenenbevölkerung: Ergebnisse der Studie zur Gesundheit von Erwachsenen in Deutschland (DEGS1). *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz*, 2013b; 56: 755–764

Simmons J, Brüggemann AJ, Swahnberg K. Disclosing victimisation to healthcare professionals in Sweden: a constructivist grounded theory study of experiences among men exposed to interpersonal violence. *BMJ Open*, 2016; 6: e010847

Sprague S, Madden K, Simunovic N, Godin K, Pham NK, Bhandari M, Goslings JC. Barriers to screening for intimate partner violence. *Women & Health*, 2012; 52: 587–605

Sugg N. Intimate partner violence: prevalence, health consequences, and intervention. *Med Clin North Am*, 2015; 99: 629–649

Sugg NK. Primary Care Physicians' Response to Domestic Violence. *JAMA*, 1992; 267: 3157–3160

Suglia SF, Sapra KJ, Koenen KC. Violence and cardiovascular health: a systematic review. *Am J Prev Med*, 2015; 48: 205–212

Tan E, O'Doherty L, Hegarty K. GPs' communication skills. *Aust Fam Physician*, 2012; 41: 513–517

Thurston RC, Chang Y, Matthews KA, Känel R von, Koenen K. Association of Sexual Harassment and Sexual Assault With Midlife Women's Mental and Physical Health. *JAMA Intern Med*, 2019; 179: 48–53

Trevillion K, Oram S, Feder G, Howard LM. Experiences of domestic violence and mental disorders: a systematic review and meta-analysis. *PLoS ONE*, 2012; 7: e51740

Turner CF, Ku L, Rogers SM, Lindberg LD, Pleck JH, Sonenstein FL. Adolescent sexual behavior, drug use, and violence: increased reporting with computer survey technology. *Science*, 1998; 280: 867–873

Valori R, Woloshynowych M, Bellenger N, Aluvihare V, Salmon P. The Patient Requests Form: A way of measuring what patients want from their general practitioner. *J Psychosom Res*, 1996; 40: 87–94

Warda G, Bryant RA. Cognitive bias in acute stress disorder. *Behav Res Ther*, 1998; 36: 1177–1183

Wilke DJ, Vinton L. The Nature and Impact of Domestic Violence Across Age Cohorts. *Affilia*, 2005; 20: 316–328

Wilkinson RG, Marmot MG, World Health Organization. *The solid facts: Social determinants of health*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 1998

Wolf MH, Putnam SM, James SA, Stiles WB. The Medical Interview Satisfaction Scale: development of a scale to measure patient perceptions of physician behavior. *J Behav Med*, 1978; 1: 391–401

World Health Organization. *Responding to Intimate Partner Violence and Sexual Violence Against Women: WHO Clinical and Policy Guidelines*. Geneva: WHO Press, 2013

World Health Organization. *Health care for women subjected to intimate partner violence or sexual violence: A clinical handbook*. Luxembourg: WHO Press, 2014

World Health Organization, 2019: *Caring for women subjected to violence: A WHO curriculum for training health-care providers*. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/330084/9789241517102-eng.pdf> (Zugriffsdatum: 09.01.2022)

Yeung H, Chowdhury N, Malpass A, Feder GS. Responding to domestic violence in general practice: a qualitative study on perceptions and experiences. *Int J Family Med*, 2012; 2012: 960523

Zimmermann T, Mews C, Kloppe T, Tetzlaff B, Hadwiger M, Knesebeck O von dem, Scherer M. Soziale Probleme in der hausärztlichen Versorgung – Häufigkeit, Reaktionen, Handlungsoptionen und erwünschter Unterstützungsbedarf aus der Sicht von Hausärztinnen und Hausärzten. *Z Evid Fortbild Qual Gesundheitswes*, 2018; 131: 81–89

9. Danksagung

Von Herzen möchte ich mich bei allen Menschen bedanken, die mich auf verschiedene Weise bei der Erstellung dieser Arbeit unterstützt haben.

Ein großer Dank gebührt dabei dem Institut für Hausarztmedizin der Universität Bonn unter der Leitung meiner Doktormutter Prof. Dr. Birgitta Weltermann. Danke für die Betreuung und die Chance Teil des ersten Promotionsprogrammes des Institutes sein zu können. Vielen Dank für die geduldige und flexible Unterstützung, welche Sie und das betreuende Team des Programmes mir geschenkt haben. Auch Ihren motivierenden Zuspruch, insbesondere in Phasen der Entmutigung, habe ich hochgeschätzt.

Für die wertvolle Möglichkeit in die Einblicke wissenschaftlichen Arbeitens, die zuverlässige Betreuung, die Koordination und die freundliche Ermutigung während der Entstehung dieser Arbeit, gilt ein besonderer Dank auch Frau Dr. Stefanie Kasten, Frau Samira Sommer, Frau Manuela Schmidt und Frau Yelda Krumpholtz. Ich habe inhaltlich viel durch euch und eure Arbeit gelernt.

Auch den anderen Programmteilnehmenden danke ich sehr, für hilfreichen Input, gemeinsames Entwickeln, motivierende Gespräche und interessante Anregungen. Trotz einiger Herausforderungen haben wir in kurzer Zeit diverse Promotionsthemen bearbeiten können und ich hoffe sehr, dass jedes Thema einen Beitrag zu einer verbesserten Patient*innenversorgung leisten kann. Vielen Dank für gute Arbeitsatmosphäre und stete Hilfsbereitschaft. Ein herzlicher Dank gilt neben dem Robert-Koch-Institut für die Bereitstellung der Daten des DEGS1, auch den teilnehmenden Lehrarztpraxen der Universität Bonn, die sich trotz der ersten Welle der COVID-19-Pandemie bereiterklärten unsere Fragebögen auszuhändigen. Die Mehrbelastung zu diesem Zeitpunkt war sicher enorm, weshalb die hohe Teilnahmebereitschaft der Praxen umso besonderer ist.

Nicht zuletzt danke ich meiner Familie, insbesondere meinen Eltern Barbara und Helmut Hunzeler sowie meiner Schwester Ricarda Hunzeler und meiner Patentante Marita Riddermann, die mir während meiner gesamten Studienzzeit stets zur Seite standen. Vielen Dank für eure unerschöpfliche Unterstützung, eure liebevollen Ratschläge und euren Ansporn. Ich weiß eure Fürsorge immer zu schätzen.

Außerdem möchte ich mich bei meinen Freunden und Kommiliton:innen bedanken. Eure aufbauenden Worte, eure nie endende Energie und wertvolle Freundschaft sind nur einige, wenige Gründe für meine persönliche Entwicklung und auch die Fertigstellung dieser Arbeit. Danke Agneta, Dilara, Johanna, Lisa, Lotte, Rebecca, Jannik und Maruan für euer Dasein, euer Vertrauen und eure Freundschaft.

Danke an alle, die direkt oder indirekt Teil dieses Prozesses waren.