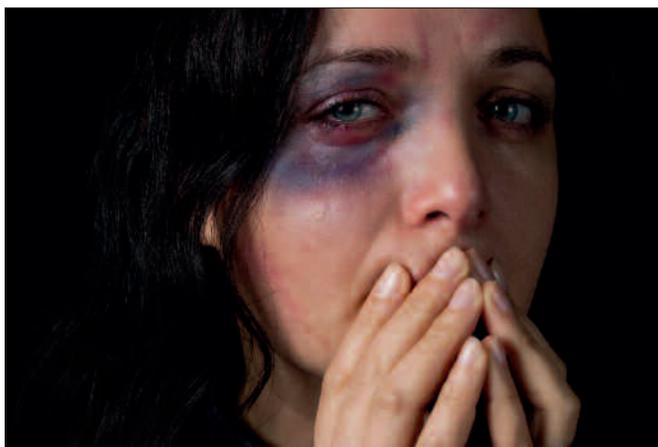


Thema: Unfall mit dem Fahrrad – oder Prügel vom Partner? Nach einer repräsentativen Umfrage hat jede vierte Frau im Alter zwischen 16 und 85 Jahren in Deutschland in ihrem Leben mindestens einmal Gewalt in einer Beziehung erlebt. Ärztinnen und Ärzte können die Spirale der Gewalt zum Stehen bringen.

von **Bülent Erdogan-Griese**

Ärztliche Intervention gegen häusliche Gewalt



Gewalt ist keine Schichtenfrage

Auch wenn die Zahlen vage sind: Ärzte haben täglich mit Menschen zu tun, die, zumeist in ihrem engsten sozialen Umfeld, psychische oder körperliche Gewalt ausüben, diese erlebt haben oder ihr weiter ausgesetzt sind. Die überwältigende Mehrheit der Opfer von Gewalthandlungen ist weiblich, die meisten Gewalttäter sind männlich, ob Freund, Ehemann oder Vater. Aber es gibt auch Männer, die von ihren Partnerinnen verprügelt werden oder psychische Gewalt erleiden. Anders als es spektakuläre Zeitungs-Schlagzeilen oder TV-Krimis vermuten lassen: Häusliche Gewalt ist nicht assoziiert mit einem bestimmten Bildungsstand, Einkommen oder sozialer Schichtzugehörigkeit, kulturellem Hintergrund oder sexueller Neigung.

„Häusliche Gewalt stellt weltweit eines der größten Gesundheitsrisiken für Frauen und Kinder dar“, sagt NRW-Gesundheitsministerin Barbara Steffens. „Besondere Risiken bestehen in bestimmten Lebensphasen wie einer Trennungssituation, bei Behinderung, chronischer Erkrankung oder Pflegebedürftigkeit.“ Oft sind Behinderungen auch direkte Folge von Gewalt. In Nordrhein-Westfalen habe man daher die Mittel für die Förderung von Frauennotrufen und Beratungsstellen deutlich erhöht, weil Frauen im Notfall schnell Hilfe benötigten, so die Ministerin. „Nur so besteht die Chance, ein lebenslanges Trauma als Folge der schweren körperlichen und seelischen Verletzungen zu verhindern“, sagt Steffens dem *Rheinischen Ärzteblatt*.

Entsprechend groß ist die Herausforderung, vor der Ärztinnen und Ärzte am Krankenbett oder in der Sprechstunde täglich stehen. Manchmal ist die Situation auf den ersten Blick klar, doch oft ist das Bild so verschwommen wie die Frage nach der Häufigkeit von Gewalt in der Gesellschaft insgesamt. Auf der anderen Seite können Ärztinnen und Ärzte, vielleicht mehr als jede andere Berufsgruppe, mit ihrer Tätigkeit und Hilfe den Anstoß dafür geben, dass für ihre Patientin, ihren Patienten die Gewalt ein Ende findet.

Gewalthandlungen lassen sich grob in folgende Kategorien einordnen:

- Körperliche (auch sexualisierte) Gewalt: Ohrfeigen, Faustschläge, Fußtritte, Stöße, Würgen, Fesseln, Attacken mit Gegenständen und Waffen bis hin zu Tötungsdelikten, Nötigung, Vergewaltigung, Zwang zur Prostitution.

Alle Jahre wieder, wenn das Statistische Bundesamt seinen Jahresbericht veröffentlicht, machen sich landauf, landab Journalisten daran, die neue Publikation in ihren Artikeln möglichst charmant und leseanreizfördernd einzuleiten. Stoff gibt es genug: So können die Damen und Herren aus der hessischen Beamtenstadt Wiesbaden auf die Zigarette genau den Pro-Kopf-Verbrauch von Tabakwaren ermitteln, die durchschnittliche tägliche TV-Nutzung in Minuten in schmucken Balkengrafiken bebildern oder die Lust der Bundesbürger auf Geflügel, Schwein und Rotwild in Kilo beziffern. Mit eingängigen Statistiken wie diesen lassen sich ganze Zeitungsseiten bestreiten. Nicht hervor geht aus den Hunderte Seiten starken Datenwerken indes die Zahl der Männer in Deutschland, die ihre Frauen schlagen. Ebenso wenig gibt es exakte Zahlen darüber, wie viele Kinder von ihren Eltern misshandelt oder missbraucht werden. Den Wiesbadener Statistikern ist das natürlich nicht vorzuwerfen. Auch die Polizeiliche Kriminalstatistik PKS erfasst „lediglich“ die angezeigten oder von Amts wegen verfolgten Fälle. Wenn es um die Häufigkeit von Gewalterfahrungen von Kindern, Frauen und Männern geht, müssen sich Kriminologen, Politiker und engagierte Akteure auf Schätzungen, Auswertungen, Umfragen oder Hochrechnungen stützen. Nach einer repräsentativen Umfrage des Bundesfamilienministeriums aus dem Jahr 2004 hat jede vierte Frau zwischen 16 und 85 Jahren in Deutschland in ihrem Leben mindestens einmal Gewalt in einer Beziehung erlebt.

Interessieren Sie sich für Fortbildungen zum Thema?

Wie sind Ihre Erfahrungen?

Schreiben Sie uns an: rheinisches-aerzteblatt@aekno.de oder an *Rheinisches Ärzteblatt* Tersteegenstraße 9, 40474 Düsseldorf

- **Psychische Gewalt:** Drohungen (darunter auch die Drohung, den Kindern etwas anzutun), Beleidigungen und Demütigungen (auch vor anderen Menschen), Einschüchterungen, Blicke oder Gesten, Entzug von Essen, Einreden von Schuldgefühlen.
- **Wirtschaftliche und soziale Gewalt:** Das Verbot, eine Arbeit aufzunehmen oder umgekehrt der Zwang zur Arbeit, Verweigerung des Zugriffs auf das Haushaltseinkommen, Isolation, Kontrolle der Kontakte zu Familie, Freunden, Bekannten.

Auch die Folgen von Gewalthandlungen für das Opfer sind vielfältig:

- **Direkte körperliche, teils tödliche Folgen:** Platz-, Riss-, Brandwunden, Prellungen, Würgemale, Verletzungen an Kopf, Brust, Arm und Händen (mögliche Abwehrverletzung), Nasenbein, Rippen, Trommelfell, Vagina, Kiefer und Zahn, Stich- und Hiebverletzungen (auch während Schwangerschaft). Folge können bleibende Behinderungen sein (Hör- oder Sehminderung, Bewegungseinschränkungen). Verletzungen des Fötus, Frühgeburt, Fehlgeburt, niedriges Geburtsgewicht, Totschlag, Mord, Selbsttötung.
- **Somatische und psychosomatische Folgen:** Kopf-, Rücken-, Brust- und Unterleibsschmerzen, Essstörungen, Magen-Darm-Probleme, Übelkeit, Brechreiz, Angst, Harnwegsinfekte.
- **Psychische Folgen:** Depression, Angst- und Panikattacken, Schlafstörungen, Konzentrationsstörungen, posttraumatische Belastungsstörung, dauerhafte Persönlichkeitsstörungen, Störung des sexuellen Empfindens.
- **Selbstgefährdende Überlebensstrategien:** Teils exzessiver Konsum von beruhigenden, berausenden oder die Wahrnehmung der Realität verändernden Substanzen, um das Erlebte zu verdrängen oder zu vergessen.

Sehr oft erleben Kinder Gewalthandlungen als Zeugen mit, fühlen sich hilflos und ausgeliefert oder gar mitschuldig. Folgen können dann unspezifische Symptome wie Schlafstörungen, Einnässen, Aggressivität anderen oder sich selbst gegenüber, Essstörungen, Entwicklungsverzögerungen, Drogen- und Alkoholkonsum sein. Manchmal erleiden Kinder beim Versuch, ein Elternteil vor dem anderen zu beschützen, selbst Verletzungen.

Angehörige, Freunde und auch behandelnde Ärzte finden es oft unverständlich, warum Menschen, die Partnergewalt ausgesetzt sind, mit ihrem Partner nicht brechen – und zum Beispiel konkret angesprochene Hilfsangebote nicht annehmen. „Die Gründe für ein solches Beharren von Gewaltopfern sind vielfältig: Scham, Schuldgefühle, Angst vor Ablehnung und Unverständnis, Angst vor einer Eskalation in der Partnerschaft, Sorge um die Kinder oder das ungeborene Leben, ökonomische Abhängigkeit, Einsamkeit, Rollenbilder“, sagt Professor Dr. Stefanie Ritz-Timme, Direktorin des Instituts für Rechtsmedizin der Uniklinik Düsseldorf.

Hinzu kommt, dass sich der übliche Kreislauf der Gewalt nach Walker (*The battered woman syndrome, 1984*) – Spannungsaufbau, Gewalteskalation, Reue und Versöhnung – häufig und wiederholt mit dem vermeintlichen Versprechen auf bessere Zeiten schließt. Bis es zur nächsten Eskalation kommt. „Dass Frauen – und Männer – Gewalt über Monate oder Jahre erdulden, sollte nicht dazu verleiten, das Erlebte zu bagatellisieren oder das Opfer dafür verantwortlich zu machen, sich nicht zu wehren“, so die Rechtsmedizinerin.

Charakteristisch ist, dass Frauen mit Gewalterfahrung überdurchschnittlich häufig zum Arzt gehen, auch wenn sie von sich aus nicht auf das Gewaltereignis zu sprechen kommen, das Geschehene zu verschleiern versuchen und zwischen Verletzung und Praxisbesuch einige Zeit vergehen kann. Folge sind teils langjährige Patientenkarrerien mit diffusen Symptomen. Neben den bereits beschriebenen Folgen von Partnergewalt kommen auch Schmerzen bei vaginalen Untersuchungen, Unterleibsschmerzen (akut und chronisch), wiederkehrende vaginale Entzündungen und vaginale sowie rektale Verletzungen als gewaltinduziert in Betracht.

Was Ärztinnen und Ärzten in Klinik- und Praxisalltag tun können, um ihren gewaltbelasteten Patienten kurz-, mittel- oder langfristig einen Ausweg in ein gewaltfreies Leben aufzuzeigen und anzubahnen, darüber informiert der von der Ärztekammer Nordrhein mit erarbeitete Leitfaden „*Diagnose: Häusliche Gewalt*“ (www.aekno.de/baesuliche-gewalt) oder das Interventionsprogramm SIGNAL. Konkret geht es um folgende fünf Schritte:

1. Ansprechen. Zuhören. Fragen.

Menschen mit Gewalterfahrung empfinden es häufig als Erleichterung, wenn ihre Ärztin oder ihr Arzt in ungestörter Atmosphäre die Initiative ergreift und sensibel



© Rosalind B. Penfold

Offenheit signalisieren

Plakate wie dieses in Wartezimmer, Untersuchungsraum oder WC signalisieren, dass der Arzt offen ist für das Gespräch über häusliche Gewalt. Interessierte Ärztinnen und Ärzte können das Plakat, das auch in türkischer und russischer Sprache verfasst ist, gegen eine Gebühr von 5 Euro (zzgl. Porto) beim Dachverband der Frauenberatungsstellen NRW e.V. beziehen unter: www.warnsignale-gewalt.de (Rubrik „Warnsignale“, Unter rubrik „Materialien“).

auf eine Gewaltbelastung zu sprechen kommt. Ärztinnen und Ärzte können das Gespräch wie folgt einleiten: „Symptome, wie Sie sie beschreiben, stehen häufig in Zusammenhang mit Gewalt. Kann es sein, dass Ihnen jemand Gewalt angetan hat?“

„Viele Frauen, die zu uns in die Ambulanz kommen, wurden von ihrem Partner oder einer ihr bekannten Person verletzt. Wir haben uns dabei angewöhnt, immer zu fragen, ob so etwas geschehen ist. Werden Sie momentan von einer Person, die Ihnen nahesteht, bedroht oder verletzt oder war dies schon einmal der Fall?“

Auf eine solche im Vertrauen gestellte Frage hat die Patientin vielleicht Monate oder Jahre gewartet, daher sollte sie einige Sekunden Zeit haben, in denen sie entscheiden kann, ob und wie sie die Frage aufgreifen möchte. Wesentlich ist, die Patientin zu nichts zu drängen. Dieses erste Gespräch sollte immer allein mit der Patientin erfolgen, eine Begleitperson könnte sich nämlich als der Täter oder als Aufpasser entpuppen.

Gewaltopfer geben das Erlebte aus unterschiedlichen Gründen oft lückenhaft wieder. Dies kann dazu führen, das Ausmaß des Tatgeschehens zu unterschätzen. Ärzte helfen ihren Patienten, wenn sie ihnen vermitteln, dass vielen Menschen Gewalt widerfährt, kein Mensch unter keinen Umständen Gewalt verdient hat und sich daher weder schämen noch schuldig fühlen muss.

Verneint die Patientin offensichtliche Gewalterfahrungen, sollten Ärztinnen und Ärzte noch einmal ihre Sorge zum Ausdruck bringen und das Gesprächsangebot aufrechterhalten. Ein Beispiel:

„Mir ist bewusst, dass es sehr schwer ist, über dieses Thema zu sprechen und dass dies ausschließlich Ihre Entscheidung ist. Es wäre schön, wenn Sie daran denken, dass Sie hier jederzeit Unterstützung finden, wenn Sie darüber sprechen oder Informationen haben möchten. Niemand verdient es, geschlagen oder bedroht oder erniedrigt zu werden. Wenn Sie möchten, kann ich Ihnen auch eine Telefonnummer mitgeben.“

2. Untersuchung und Behandlung in ungestörter Atmosphäre

Berichtet die Patientin von Gewalterfahrungen, kann der Arzt eine Untersuchung anbieten, um das Ausmaß der körperlichen und psychischen Gewalt zu erfassen. Dabei sollte der Arzt genau erklären, welche einzelnen Schritte der Untersuchung notwendig sind und warum. Damit kann er der Frau helfen, das Gefühl der Selbstbestimmung über sich und ihren Körper zurückzugewinnen und Angst und Scham zu überwinden. Wichtig ist, die Patientin (oder den Patienten) weiterhin zu nichts zu drängen.

Ärzte können ihrer Patientin auch vorschlagen, dass die Untersuchung im Beisein einer Vertrauensperson oder einer Praxismitarbeiterin erfolgen kann. Insbesondere bei gynäkologischen Untersuchungen können negative traumatische Gefühle aktiviert oder verstärkt werden. Beispielsweise kann bereits die La-



Die Gründe dafür, dass Menschen Gewalt über lange Zeit ertragen, sind vielfältig: **Professor Dr. Stefanie Ritz-Timme**, Leiterin des Instituts für Rechtsmedizin der Uniklinik Düsseldorf.
Foto: UKD Medienzentrale

ge auf dem gynäkologischen Untersuchungsstuhl erneut an das Ausgeliefertsein während einer Tat erinnern. Schnell ausgeführte professionelle Handlungen können das Gefühl auslösen, wieder Objekt zu sein. Hilfreich kann es auch sein, die Patientin zu fragen, was die Untersuchungssituation erleichtern würde. Weicht die Patientin zurück oder verkrampt, können eine Pause helfen oder erklärende Worte. Auch ein neuer Termin ist eine Alternative.

3. Rechtssicher dokumentieren

Im Mittelpunkt jeder medizinischen Intervention gegen häusliche Gewalt steht immer das Opfer und dessen Bedürfnis nach Schutz, Sicherheit und einem Ende der Gewalt. Der eventuelle Wunsch, mit einer Dokumentation zur Überführung und Bestrafung eines Gewalttäters beizutragen, ist zwar verständlich, aber nicht primär ärztliche Aufgabe. Die beweissichere Dokumentation von neuen und alten Verletzungen und Beschwerden soll also ausschließlich das Opfer in zivil- und strafrechtlichen Verfahren stärken – etwa bei der Beantragung von Schutzmaßnahmen, einer Klage wegen Körperverletzung, Sorgerechtsentscheidungen oder aufenthaltsrechtlichen Angelegenheiten. Eine adäquate Dokumentation steigert auch die Aussichten auf eine Verurteilung des Täters und mindert damit das Risiko einer erneuten Traumatisierung des Opfers.

Ärztinnen und Ärzte helfen ihren Patienten, wenn sie Verletzungen auf einem Dokumentationsbogen, per Körperschema und digitalen Fotos dokumentieren. Ein solcher Bogen inklusive Körperschema ist Teil des Leitfadens „Diagnose: Häusliche Gewalt“ (www.aekno.de/baeusliche-gewalt). Die Verletzungen sollten am besten mit einem Maßstab oder einem reproduzierbaren Gegenstand (zum Beispiel einer Euro-Münze) abgelichtet werden, um deren Größe gerichtsfest zu dokumentieren. Die Schilderung des Tathergangs sollte als wörtliche Rede der Patientin dokumentiert werden. „In zweifelhaften Fällen können Ärzte aus Düsseldorf und den angrenzenden Kommunen bei uns konsiliarischen Rat einholen oder die Patientinnen und Patienten auf unser interdisziplinäres Angebot hinweisen“, so die Rechtsmedizinerin Ritz-Timme, die auch die Gewaltopferambulanz der Uniklinik Düsseldorf leitet.

Modellprojekt mit Wirkung

Wie niedergelassene Ärztinnen und Ärzte für eine verstärkte Gewaltprävention gewonnen werden können, war Schwerpunkt des Bundesmodellprojektes „Medizinische Intervention gegen Gewalt an Frauen“ von 2008 bis 2011. Träger des Projektes waren das Institut für Rechtsmedizin der Uniklinik Düsseldorf, das GESINE-Netzwerk im Ennepe-Ruhr-Kreis und das Berliner SIGNAL-Interventionsprogramm. In Düsseldorf, Kiel und München beteiligten sich 43 Praxen. Inhalte des Projektes waren Fortbildungen und konkrete Arbeitshilfen und Leitfäden. Im Verlauf des Projekts stieg die Zahl der Frauen, die die auf diese Weise unterstützten Niedergelassenen auf eine Gewaltbelastung ansprachen, von einer bis fünf Betroffenen pro Quartal auf 16 bis 102.

4. Abklären der aktuellen Gefahrenlage

Kann oder will die Patientin nicht zurück nach Hause, kommt auch eine vorübergehende stationäre Aufnahme infolge akuter Belastungsreaktion in Betracht. Dies ist auch für Kinder eine Option und gibt ihnen Zeit, über das Erlebte zu sprechen. Möchte die Patientin unbedingt zurück nach Hause, könnten Kinder der Grund sein. Wichtig ist abzuklären, welche Optionen die Patientin (noch) hat, um sich zu schützen und die Kinder versorgt zu wissen.

„Glauben Sie, dass Sie erneut geschlagen werden, wenn Sie nach Hause kommen?“

„Haben Sie jemanden, zu dem Sie (und Ihre Kinder) im Notfall flüchten könnten?“

„Wissen Sie, wo das nächste Frauenhaus ist und wie sie dort hinkommen können? Haben Sie notfalls genug Geld für ein Taxi?“

„Die Polizei ist dafür da, Sie zu beschützen. Wären Sie bereit, die Notrufnummer 110 anzurufen?“

Hinweise auf eine erhöhte Gefahrenlage können sein: häufigere oder heftigere Gewalt in letzter Zeit, Gedanken an Selbsttötung, Drohung des Partners mit Mord, Waffen im Haushalt. Ärztinnen und Ärzte können ihre Patienten auch über das Gewaltschutzgesetz informieren, das den Grundsatz „Wer schlägt, muss gehen – das Opfer bleibt in der Wohnung“ zivilrechtlich präzisiert hat. Bei Gefahr im Verzug kann die Polizei den Gewalttäter (oder die Gewalttäterin) sofort aus der Wohnung verweisen und die Rückkehr für zehn Tage untersagen. Sie darf dem Aggressor auch die Wohnungsschlüssel abnehmen. In dieser Zeit kann sich das Opfer an Hilfeeinrichtungen und das örtliche Familiengericht wenden.

5. Notrufnummern und Unterstützungsangebote mitteilen

So alltäglich wie Beziehungsgewalt ist, so sollte auch der Umgang damit zum Alltag gehören. In der Arztpraxis kann dies zum Beispiel darin bestehen, in Wartezimmer und WC Plakate über häusliche Gewalt aufzuhängen und Flyer über örtliche Beratungsstellen und Orte der Zuflucht auszulegen. Im Gespräch mit der Patientin können behandelnde Ärzte auch noch einmal darauf hinweisen, dass neben der Polizei auch Frauen- und Krankenhäuser in Krisensituationen rund um die Uhr eine Anlaufstelle sind. Für Frauennotruftelefone gilt das in der Regel nämlich nicht.

Netzwerke schaffen Sicherheit

Mit Gewalt umzugehen ist für viele Menschen nicht selbstverständlich, auch Ärztinnen und Ärzte sind nicht von Berufs wegen immun gegen Unsicherheit, Angst und Sprachlosigkeit. Unterstützung bieten können interdisziplinäre regionale oder lokale Kooperationen wie das GESINE-Netzwerk „Intervention gegen häusliche Gewalt“ des Vereins Frauen helfen Frauen im Ennepe-

Ruhr-Kreis. Im Rahmen des Modellprojekts Medizinische Intervention gegen Gewalt an Frauen, das von 2008 bis 2011 lief, konnten die Netzwerkerinnen von 480 niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten im Kreis 31 Mediziner für eine aktive Teilnahme gewinnen. Inhalte des Konzepts waren eine sechsstündige Basisfortbildung und eine zweistündige Fortbildung zur gerichts-festen Dokumentation, Arbeitshilfen wie ein Fragebogen für die Routinebefragung und eine Sicherheitscheckliste für die Praxis, regelmäßige Ärztekonzerten, Ortsbesuche von Hilfeeinrichtungen sowie interdisziplinäre Fachtage, an denen Vertreter von Polizei, Justiz, Kliniken und der Jugendhilfe teilnehmen.

Die Ergebnisse des Programms sind einer Evaluation zufolge ermutigend: Von knapp 5.000 über einen Zeitraum von zwölf Monaten befragten Frauen gaben 18 Prozent eine Gewaltbelastung an. Wurden diese Frauen routinemäßig nach Gewalterleben gefragt (n=3.361), bejahten dies 7,3 Prozent der Patientinnen. Fragten die Ärztinnen oder Ärzte nach, weil sie konkret eine Gewaltbelastung vermuteten (n=1.616), bejahten dies 39,4 Prozent der Frauen. „96 Prozent der teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte gaben an, sich sicherer im Umgang mit gewaltbelasteten Patientinnen zu fühlen“, sagt Marion Steffens, Gründerin des Netzwerks und Co-Leiterin des Kompetenzzentrums Frauen und Gesundheit NRW in Bochum.

In Essen soll dieses Modell jetzt Nachahmung finden: Vergangenen November kamen Vertreter des Runden Tisches gegen häusliche Gewalt zu einem ersten Informationsaustausch zusammen. Für die Essener Ärzteschaft nimmt Dr. Patricia Aden am Runden Tisch teil. „Jede Frau, die Gewalt erleidet, sucht irgendwann in ihrem Leben eine ärztliche Praxis oder ein Krankenhaus auf. Ärztinnen und Ärzte, die auf diese Situation vorbereitet sind und auf lokale Hilfsstrukturen zurückgreifen können, können dazu beitragen die Spirale der Gewalt zum Stehen zu bringen“, sagt Aden, die auch Vorsitzende des Frauenrates NRW ist.

Nützliche Internetlinks

- Leitfaden „Diagnose: Häusliche Gewalt“ (inklusive Dokumentationsbogen und Körperschema): www.aekno.de/haeusliche-gewalt
- Institut für Rechtsmedizin der Uniklinik Düsseldorf: www.uniklinik-duesseldorf.de/rechtsmedizin
Auf diesen Seiten finden Sie auch die „Med-Doc-Card“ im Kitteltaschenformat mit wesentlichen Informationen zu Ansprache von gewaltbelasteten Menschen und zur Dokumentation der körperlichen und psychischen Folgen.
- www.frauen nrw.de
- www.frauenberatungsstellen-nrw.de und www.warnsignale-gewalt.de
- www.gewaltschutz.info
- www.gesine-intervention.de
- www.signal-intervention.de
- Über den Umgang mit suizidalen Gewaltopfern: www.aekno.de/haeusliche-gewalt

Schweigen hilft nicht

Dr. Eberhard Motzkau war von 1994 bis 2012 Leiter der Kinderschutzambulanz am Evangelischen Krankenhaus Düsseldorf. Er rät Kollegen dazu, die Sorge darüber, dass Eltern ihr Kind misshandeln, nicht aus Angst davor zu verschweigen, das Kind sonst nie mehr zu Gesicht zu bekommen. In einem Interview mit dem Rheinischen Ärzteblatt schlägt er folgende Gesprächsöffnung vor, wenn eine Verletzung Folge einer Miss-handlung gewesen sein könnte: „Ich weiß nicht, wie die Verletzung zustande gekommen ist, aber meine Sorge ist, dass dieses Kind geschlagen wird. Und wenn es geschlagen wird, ist es sicher nicht die letzte Verletzung. Das ist Gewalt, das muss aufhören.“ Das ganze Interview mit Dr. Motzkau aus dem Jahr 2011 finden Sie unter: www.aekno.de/downloads/archiv/2011.06.017.pdf