

# Introduction and evaluation of a clinical compulsory elective course on domestic violence

## Abstract

**Goal:** Knowledge about domestic violence (DV) in medicine is often lacking, even though health professionals are often the first point of contact for victims of DV. A clinical compulsory elective course for medical students on DV was introduced to increase competences and knowledge on DV. The course is based on the didactic concept of the IMPRODOVA training platform [<https://training.improdova.eu/en/>] and was first piloted at the Medical School at the University of Muenster in summer 2020. The course was evaluated to assess whether it is suitable to increase knowledge and competences on DV. Accordingly, the following research questions were assessed: What competences and knowledge do students have about DV in general and how do students' competences and knowledge about DV change after participating in the course?

**Methods:** Knowledge assessment on DV in general was based on two surveys conducted at the German universities of Muenster and Luebeck in 2020 and 2021. 54 medical students from Muenster (n=37) and Luebeck (n=17) participated. Muenster medical students were asked to complete a questionnaire within a two-week time period prior participation in the clinical compulsory elective course on DV. Luebeck medical students who had registered for a workshop on DV participated in the same survey prior to the webinar.

28 of the medical students in Muenster underwent in addition a post course assessment. The surveys were created using Questback's online survey research tool EFS using a 5-Point-Likert-Scale. Participation was voluntary and anonymous. The results are reported descriptively and differences between pre- and post-surveys were assessed by t-tests and effect sizes.

**Results:** Knowledge assessment indicated that medical students had severe gaps in knowledge related to DV. Completion of an elective course has contributed to a significant learning and competence progress of the students in all DV subject areas.

**Conclusion:** The newly established course is suitable to increase knowledge and competences on DV in medical students and should be included mandatory into the medical curriculum.

**Keywords:** domestic violence, training platform, student course, medical teaching

Paulina Juszczuk<sup>1</sup>  
Lisa Sondern<sup>1</sup>  
Bettina Pfeleiderer<sup>1</sup>

1 University of Muenster, Clinic for Radiology and Medical Faculty, Muenster, Germany

## 1. Introduction

Health professionals play a major role in the detection and intervention of Domestic Violence (DV) as they are often the first point of contact for victims of DV. DV is defined as violence within the family, against children, spouses and elderly family members [1]. Seriousness of DV is related to intensity, duration, and consequences of violence that may occur causing physical, sexual or psychological harm, including physical aggression, sexual coercion, psychological abuse and controlling behaviour [2]. Women are more likely to experience repeated and severe forms of DV. Globally, one in three women has

experienced physical and/or sexual violence since the age of 15 years [1].

Resulting short and long-term health consequences prompt victims to seek help from the medical profession, however DV is systematically underreported, as health professionals seem to have not enough knowledge and competences to detect DV victims:

Interviews with professionals from the medical sector within the IMPRODOVA project indicated that they are not sufficiently trained regarding DV matters and not aware of their role as frontline responder in cases of DV [3]. As knowledge about DV in general, symptoms and red flags are often not part of the mandatory curriculum for medical

students in most European countries as IMPRODOVA research indicated [3], many health professionals are not aware of the important role they play. Primarily, they see their role in taking care of the medical needs of their patients that might be consequences of DV. They rarely consider themselves as frontline responders to DV and do not focus sufficiently on the other needs of the victim besides medical care (e.g., offering information or help, assessing risk for further harm). To better identify patients as victims and to support them, a better understanding of their own role, but also of the roles of other frontline responders is necessary. First studies show good results regarding the identification of DV victims after appropriate trainings (e.g., [4]).

As knowledge on DV in medicine is low and the topic of DV is not integrated at German medical faculties [3], the clinical compulsory elective course “Domestic violence in an international context” was newly developed for medical students piloted at the medical faculty of the University of Muenster, Germany as part of the European Union funded project IMPRODOVA to increase knowledge and competences on DV to close this gap [5], [6]. The course integrates not only the German but also the European perspective, because epidemiological data on the prevalence of DV in Europe indicate that DV is a global problem and that prevalence, indicators and underlying reasons across Europe are comparable and cultural aspects also need to be taken into account [7].

The course builds on the didactic concept and materials for the medical sector from the IMPRODOVA training platform which is modular and consists of seven modules for three main frontline responder groups: the police, the health sector and professionals from NGOs and the social sector [5]. The modules are thematically consistent, but with the content adapted to the respective sector. In addition to the specific training modules, data and statistics are presented for all groups in a separate section: it includes information about victimisation surveys and police data in the European Union. In addition, training videos, case studies and scenario-based learning, knowledge assessments, and downloadable factsheets and presentations can be found in the various modules or can be selected separately from the teaching materials section.

## 2. Project description

### 2.1. The IMPRODOVA project and its methodology

The IMPRODOVA project [<https://improdova.eu/>] – Improving Frontline Responses to High Impact Domestic Violence – is a research and innovation project funded by the European Union (grant No 787054) involving partners from eight EU countries [8].

IMPRODOVA started in May 2018 and ended in August 2021. IMPRODOVA started with the analysis of policy implementation, legislation, data, risk assessment, case

documentation, intersectoral cooperation, and trainings, including the status quo of the medical profession related to DV. Next, 296 interviews with different frontline responders across Europe representing the police, the health sector, and the social sector provided information on the extent standards are integrated into the daily work of frontline responders [9], [10] (see deliverable report D2.2 on the cross-national comparison on the implementation of international norms and national best practices of frontline responders [11]). Based on that, the project developed innovative toolkits (e.g., a training platform with various training materials to improve a multi-agency collaboration).

### 2.2. Concept of the clinical compulsory elective course “domestic violence in an international context”

The overarching aim of the elective course “domestic violence in an international context” is to make students competent to ask patients about DV and to support those of them who are victims of DV. This requires competences that include also aspects such as:

- forms of DV
- gendered risk factors in cases of DV
- sex and gender aspects in risk assessment [10] in cases of DV
- consequences of DV
- indicators of DV
- communication in cases of DV and what happens after a disclosure
- medical assessment and securing of evidence
- risk assessment and safety planning in cases of DV
- international standards and legal frameworks in Europe and Germany
- inter-agency cooperation in cases of DV
- radiological indicators which contribute to the documentation of the extent of physical injuries. In cases of DV, patients have a higher frequency of potential violence-related imaging findings, such as acute fractures [12], in addition to obstetric-gynaecologic findings

Based on this, an exemplary course agenda was developed which can be modified or amended by other universities at any time. The agenda of the elective course is part of the IMPRODOVA training materials and can be found on the corresponding training platform [<https://training.improdova.eu/en/training-materials-for-the-health-sector/workshop-and-student-courses/>] and in the attachment 1.

Prior to the elective course, the students had to complete a home assignment and had to work in groups on specific modules (see figure 1) creating presentations for the whole learning group. Including preparation time for the home assignment and group presentations the duration of the course corresponded to a total of 28 semester hours, where one semester hour equals 45 minutes. The course is being held since summer 2020 once a term and elicits high interest among the students.

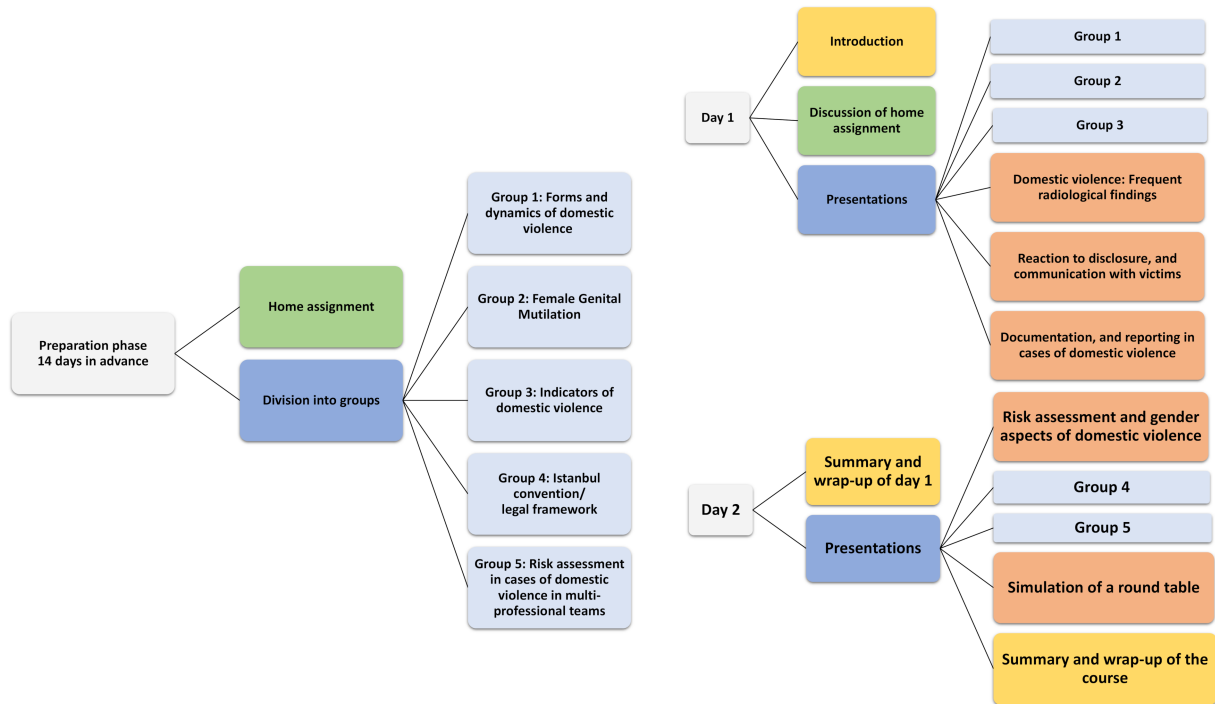


Figure 1: Structure of the compulsory elective course on DV based on the IMPRODOVA training platform

Students had to send in the home assignment with a maximum of two pages prior to the course to the tutor and had to answer the following questions regarding three quotes related to DV (see attachment 2):

1. What do these quotations ring in you? What do they say about domestic violence?
2. Think about the ways in which you may have encountered the term 'domestic violence and abuse' so far. How do you define domestic violence and abuse? What does the terms mean for you and are you aware of any other terms describing the same phenomenon?

In addition, five groups were formed based on the preferences of the students covering the following topics (see table 1):

- Group 1: Forms and dynamics of DV
- Group 2: Female Genital Mutilation (FGM)
- Group 3: Indicators of DV
- Group 4: Istanbul convention/legal framework
- Group 5: Risk assessment in cases of DV in multi-professional teams

The input of the various groups needed to be sent in at least three days before the course in order to ensure correct presentation of the various contents, to avoid duplication and to give didactic advice for optimal online presentations.

Students were told that they should use material from the IMPRODOVA training platform for their input [<https://training.improдова.eu/en/>]. In addition to the theoretical framework, they were told – depending on the group's topic – to develop case studies and a training video, design campaign posters, prepare and facilitate a panel discussion, or conduct an interview with a frontline

responder. Some of this was added to the training platform later (e.g., an interview on FGM).

As it can never be ruled out that participants themselves have been victims or witnesses of DV, this was addressed in advance with students. A private conversation was held with three out of the 37 students completing the courses after they submitted their home assignments. The students were offered to drop out of specific parts if the content would be too traumatic for them. No one took up the offer.

A special focus was put on sex and gender aspects in DV risk assessment, as sex, gender, own mind-sets, and expectations may not only have an impact on how one speaks with women and with men, respectively (e.g., strong voice, holding eye contact), but they can also influence how one assesses the risk, the aspects recognised as being significant (e.g., who started the incident), and how one perceives the victim, as well as how one is perceived by the victim [10], [12]. Therefore, the awareness of sex and gender aspects, particularly gendered perceptions and biases in DV is of major importance to frontline responders [6], [10].

The elective course is based on an innovative teaching concept, in which the focus is not only on teaching facts, but on the critical assessment of complex situations in everyday medical practice [13]. This transformative participatory approach ensured that students got more engaged with the subjects in a sustainable way by creating free spaces for reflective, experimental and critical teaching. Group discussion should encourage self-reflection and allows stereotypes and prejudices to be recognised. Students should exchange their expectations of their own future role as physicians, but also express their anxieties and doubts. The course was conducted virtually as an interactive seminar with a maximum number of 16

**Table 1: In the elective course on DV were medical students assigned to the following groups**

Group	Corresponding training module	Tasks for students	Goals
<b>Group 1: Forms and dynamics of DV</b>	Module 1: <i>Forms and dynamics of domestic violence</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>input</li> <li>developing two case studies</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>better understanding of DV and its forms and consequences</li> <li>knowledge about specific contexts and impact of DV</li> <li>understanding the individual needs of victims</li> </ul>
<b>Group 2: Female Genital Mutilation (FGM)</b>	Module 1: <i>Forms and dynamics of domestic violence</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>input</li> <li>conducting an interview</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>better understanding of FGM and its forms and consequences</li> <li>understanding the individual needs of victims of FGM</li> </ul>
<b>Group 3: Indicators of DV</b>	Module 2: <i>Indicators of domestic violence</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>input</li> <li>design of a campaign poster</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>become familiar with various indicators of DV, their related risks and be sensitised to them</li> </ul>
<b>Group 4: Istanbul convention/legal framework</b>	Module 6: <i>Inter-national standards and legal frame-works in Europe</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>input</li> <li>developing a training video</li> <li>leading a panel discussion</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>introduction of the international framework</li> <li>presentation of country-specific regulations</li> </ul>
<b>Group 5: Risk assessment in cases of DV in multi-professional teams</b>	Module 7: <i>Principles of interorganisational cooperation and risk assessment in cases of domestic violence in multi-professional teams</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>input</li> <li>developing an interactive case discussion</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>understanding why cooperation in multi-professional teams is most successful in tackling DV</li> </ul>

students to enable good learning atmosphere and to foster mutual discussion.

## 2.3. Evaluation of the course “domestic violence in an international context”

### 2.3.1. Knowledge assessment prior to the course

Knowledge assessments on DV before training were conducted on 54 medical students at the German Universities of Muenster (n=37) and Luebeck (n=17) (see attachment 3). Muenster medical students who had participated in the clinical compulsory elective course “domestic violence in an international context”, on October 24-25, 2020, and on June 19-20, 2021, were surveyed. The surveys were conducted prior to the elective course in the periods from October 14-23, 2020, and from April 1 and June 15, 2021, respectively. In Luebeck, medical students who had registered for a 2h workshop “medicine, don’t look away! – domestic violence in an international context from different perspectives”, on December 3, 2020, participated in the survey as well. The survey was conducted prior to the event between November 23, 2020, and December 3, 2020.

On average, the students were in their 4th year of medical school. The average age of the students was 25 years (M=24.98; SD=3.89). 46 of the 54 (85%) students were female. 20 of the 54 (37%) students stated that they had some form of professional experience with DV. Only four of the 54 (7%) students reported that they had received curricular training on DV of a few hours. Two of the 54 (4%) students had previously participated in any training on DV of a few hours and one student (2%) in a training on DV of a few weeks.

### 2.3.2. Post-evaluation of the course

28 of the 37 students in Muenster who had participated in the pre-surveys took part in the post-surveys (see attachment 4). The evaluation took place after the end of the course in the periods from October 25, 2020, to November 8, 2020, and from June 20, 2021, to July 4, 2021, respectively. The purpose of these surveys was to evaluate and further optimise the elective course, as well as to assess its contribution to students’ learning and competence progress in DV.

The surveys were created using Questback’s online survey research tool EFS (Enterprise Feedback Suite) Survey (Fall 2019) [<https://www.questback.com/>]. The tool made it possible to create controlled implementation conditions. This was primarily achieved through the standardised questionnaire. In terms of content, the following topics were selected for the student surveys:

- Socio-demographic data and study biography
- Assessment of own attitudes towards DV
- Assessment of own knowledge about DV
- Assessment of own interests in DV
- Assessment of own competence regarding DV

Methodologically, the surveys consisted of single-choice questions, multiple-choice questions and assessment questions (see attachment 3). While questions on socio-demographic data and the course of the study were formulated as questions, assessment questions were formulated as statement sentences. Participants who had taken part in the knowledge assessments prior to the course could skip the socio-demographic questions in the post-surveys. In addition, students were not asked to list all terms they associate with the different forms of DV again after completing the course (see attachment 5). Particip-



ation in the surveys was voluntary and anonymous. Individuals who participated in the survey are not identifiable, the information was analysed in aggregated, not individual form.

### 2.3.3. Analysis

Within the framework of the survey, a multi-level Likert scale was used for each question. The data of the individual items of a Likert scale are ordinal or rank-scaled. As the individual distances within the expressions cannot be considered equal per se, generally, results can only be presented using the position parameters mean and median for each item. Since in the present study it is guaranteed that the Likert scale is formulated symmetrically and the scale points could thus be interpreted as equally spaced by all respondents, a calculation of the averaged mean value was permissible and it was possible to add up the scores of the individual item responses of the Likert scales, resulting in a sum score for the overall scale. This value is clearly to be regarded as metric (interval-scaled). Consequently, mean values as well as standard deviation were calculated from the sum values, on which the further statistical evaluation procedures were based [14], [15]. Those were calculated separately for the samples each (Muenster and Luebeck) and are reported for the different time points (pre and post). The results described below were calculated only for the Muenster samples, since no data on the time point after the seminar were available for the Luebeck students as participation in the evaluation was voluntary and no one from Luebeck took part in the post-survey.

The means were calculated for the descriptive presentation and are also reported. To assess the statistical significance of the mean differences before and after the seminar for the Muenster students, paired sample t-tests were calculated for those where information was available at both time points. In addition, effect sizes were calculated using Cohen's *d*. The mean difference was calculated in relation to the pooled standard deviation. That allowed all data to be used, regardless of whether information was available at both times or only at one time.

## 3. Results

### 3.1. Knowledge assessment on DV

In the knowledge assessments, the students were asked to list all the terms they associate with the different forms of DV (see attachment 5 with corresponding frequencies of terms being listed). After categorising the terms, it became apparent that DV was mostly associated (91.7%) with physical violence by the students before a corresponding training. Other forms of DV were mentioned less frequently (<50%). In addition, potential causes (e.g., power imbalances between intimate partners) and consequences (e.g., physical injuries, shame) of DV were mentioned. Students considered the intervention of DV

cases as an important part of the work of physicians and are motivated to work with victims of DV, but it is difficult for them to ask patients about DV (see table 2). This is not surprising, as most students (see 2.3.1) have not received any curricular education or training on DV at both universities. Overall, students have a strong interest in the various issues related to DV, but the majority of students do not feel (well) informed about them (see table 3). Accordingly, the majority of students also do not consider themselves competent regarding the above-mentioned topics. Finally, against the background of these results, it becomes clear that there is a great need for training on DV among medical students and that there is also interest on the part of the students.

### 3.2. Post-survey results after completing the training

After comparing the post-course responses with those prior to the course it could be shown that the elective course using the IMPRODOVA training platform with its teaching materials, has contributed to a significant attitude change, learning and competence progress of the students in all subject areas (see table 2, table 3 and table 4). The students liked the training materials offered on the training platform, especially the case studies.

#### 3.2.1. Comparison of students' attitudes before and after the elective course

Basic attitudes and interests of the students ("To what extent do you agree or disagree with the following statements?" and "How interested are you in the following topics?" did mostly not change after completion of the study course. There were however two noteworthy exceptions: "Intervention in cases of domestic violence is an important part of my work." ("To what extent do you agree or disagree with the following statements?") and "It is difficult for me to ask patients about domestic violence." ("To what extent do you agree or disagree with the following statements?"). Students perceived intervention in cases of DV as a more important part of their future work than before ( $d=0.88$ ;  $t(26)=3.12$ ,  $p=.004$ ) and they found it easier to ask about DV after completion of the student course ( $d=1.03$ ;  $t(26)=2.55$ ,  $p=.017$ ) (see table 2).

#### 3.2.2. Level of information

Prior to the course, the majority of students indicated that they were not or hardly informed about tools identifying DV victims and assessing risks related to DV. After the course, all students indicated to be well or even very well informed and felt significantly more informed than before ( $d=2.80-3.90$ ,  $t(26)=9.48-12.30$ ,  $p<.001$ ). Similarly, students felt better informed about interagency cooperation of first responders to DV after the course ( $d=2.80$ ,  $t(27)=9.48$ ,  $p<.001$ ) (see table 3).

**Table 2: Attitudes from students in Muenster and Luebeck before and in Muenster after the elective course measured on a 5-Point-Likert-Scale (1=very high disagreement up to 5=very high agreement) regarding certain topics. Since a Likert-scale is classified as metric, the data allows calculations of the mean and standard deviation per item. Means, standard deviations, Cohen's d and results from paired t-tests are presented. The number of participants fluctuates per item because the rating "don't know" was not taken into consideration. Paired t-Tests were only calculated in the cases where measured values were available at the pre and post time points (n=27). \*p<.05 = significant change of scores pre and after the course.**

	Luebeck			Muenster								
	Pre			Pre			Post			d	T	p
	n	M	SD	n	M	SD	n	M	SD			
Intervention in cases of domestic violence is an important part of my work.	17	4.35	0.49	36	4.53	0.56	28	4.93	0.26	0.88	3.12	.004*
I am motivated to work with victims of domestic violence.	17	4.53	0.51	37	4.65	0.48	28	4.82	0.39	0.38	1.91	.057
Domestic violence is a violation of human rights.	17	4.82	0.53	36	4.97	0.17	28	5	0	0.24	a)	a)
Domestic violence causes powerlessness in the victim and makes it difficult for him/her to seek and receive help.	17	4.65	0.49	35	4.74	0.51	28	4.96	0.19	0.55	3.02	.006*
If a victim remains in the violent relationship, it is her/his fault if the violence continues.	17	1.41	0.62	37	1.38	0.59	28	1.14	0.36	0.48	2.79	.010*
It is difficult for me to understand why the victim remains in a violent relationship.	17	2.82	0.95	36	2.69	1.04	27	2.59	1.08	0.10	2.03	.053
It is important to continue helping the victim even if he or she remains in a violent relationship.	15	4.87	0.35	36	4.86	0.35	28	4.79	0.79	0.12	.44	.663
It is difficult for me to ask patients/clients about domestic violence.	15	3.73	0.96	35	3.26	1.07	26	2.27	0.78	1.03	2.55	.017*

<sup>a</sup> Correlation and T-value cannot be calculated because the standard error of the difference is zero in the cases where measured values were available at the pre and post time points.

**Table 3: Level of feeling informed from students in Muenster and Luebeck before and in Muenster after the elective course measured on a 5-Point-Likert-Scale (1=not at all up to 5=very well) regarding certain topics. Since a Likert-scale is classified as metric, the data allows calculations of the mean and standard deviation per item. Means, standard deviations, Cohen's d and results from paired t-tests are presented. The number of participants fluctuates because the ratings "don't know" was not taken into consideration. Paired t-Tests were only calculated in the cases where measured values were available at the pre and post time points (n=27).**

	Luebeck			Muenster								
	Pre			Pre			Post			d	T	p
	n	M	SD	n	M	SD	n	M	SD			
Understanding of the different forms and aspects of domestic violence in the population	17	2.18	0.64	36	2.42	0.87	28	4.54	0.58	2.80	10.80	<.001
Relevant guidelines, laws and regulations concerning the work against domestic violence	17	1.59	0.71	37	1.89	0.81	28	4.14	0.59	3.11	12.30	<.001
Identification of victims of domestic violence and assessment of risks related to domestic violence	17	2.12	0.70	36	2.14	0.72	28	4.61	0.50	3.90	11.00	<.001
Cooperation with other first responders who work in cases of domestic violence in their region	17	2.41	1.06	35	2.11	0.77	28	4.07	0.60	2.80	9.48	<.001

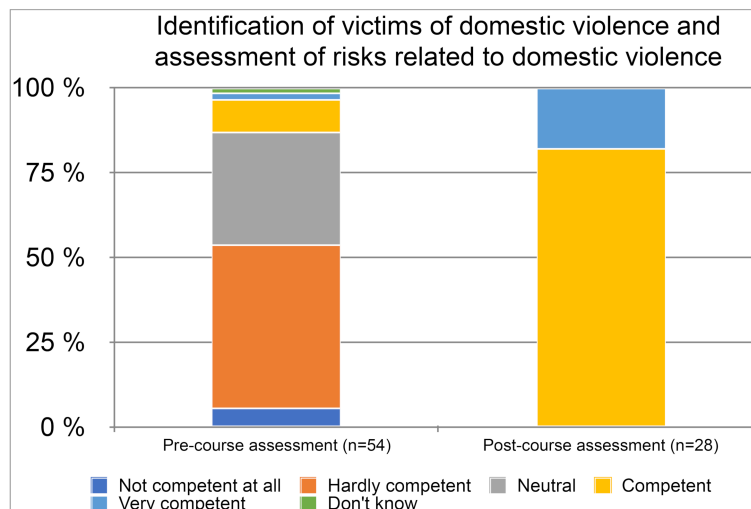
### 3.2.3. Competences of the students

Data presented in table 4 (see also figure 2) indicate that students felt much more competent in those subject areas listed after the elective course ( $d=1.90-2.65$ ),  $t(26)=7.57-13.24$ ,  $p<.001$ ). Two areas need to be highlighted as we consider them as very important for medical DV frontline responders: before the course more than

half of the students considered themselves hardly competent in identifying victims of DV and assessing risks related to DV ( $M_{Luebeck}=2.47$ ,  $M_{Muenster}=2.56$ ) or working with other frontline responders on cases ( $M_{Luebeck}=2.65$ ,  $M_{Muenster}=2.25$ ). After the course, all students felt competent or very competent regarding identification ( $d=2.64$ ,  $t(27)=7.78$ ,  $p<.001$ ) and cooperation ( $d=1.54$ ,  $t(27)=7.57$ ,  $p<.001$ ).

**Table 4: Level of competence from students in Muenster and Luebeck before and in Muenster after the elective course measured on a 5-Point-Likert-Scale (1=not at all up to 5=very well) regarding certain topics. Since a Likert-scale is classified as metric, the data allows calculations of the mean and standard deviation per item. Means, standard deviations, Cohen's d and results from paired t-tests are presented. The number of participants fluctuates because the rating "don't know" was not taken into consideration. Paired t-Tests were only calculated in the cases where measured values were available at the pre and post time points (n=27).**

	Luebeck			Muenster						d	T	p
	Pre			Pre			Post					
	n	M	SD	n	M	SD	n	M	SD			
Understanding of the different forms and aspects of domestic violence in the population	17	2.47	1.18	37	2.87	0.88	28	4.29	0.53	1.90	7.89	<.001
Relevant guidelines, laws and regulations concerning the work against domestic violence	17	1.94	0.83	37	2	0.75	28	3.75	0.52	2.65	13.24	<.001
Identification of victims of domestic violence and assessment of risks related to domestic violence	17	2.47	1.01	36	2.56	0.74	28	4.18	0.39	2.64	7.78	<.001
Cooperation with other first responders who work in cases of domestic violence in their region	17	2.65	1.12	36	2.25	0.84	27	3.96	0.34	2.54	7.57	<.001



**Figure 2: Level of competence regarding regional cooperation with other first responders in cases of DV**

## 4. Discussion

In this project report, we present a newly developed clinical compulsory elective course on DV and its evaluation. To our knowledge, the Medical School at the University of Muenster offers the first teaching program on DV for medical students in Germany. Internationally, there is also only a limited number of courses offered on this topic for physicians (e.g., in Australia [16]). Knowledge assessment about DV revealed that there is a great need for training on DV among medical students. Students believe that knowledge on DV in medicine is important, but at the same time feel that their level of knowledge and competence in DV is low.

The theoretical framework and case studies of the elective course were rated by most students as being informative and useful. The structure as well as the contents of the course seem to be well suited to teach knowledge on DV

adequately. The students evaluated the elective course as being relevant for their future medical practice.

Nevertheless, we only collected the students' personal assessment of their own level of knowledge and there is no objective data on knowledge gain in terms of a test or similar. Likewise, it would have been desirable to collect data on the extent to which the knowledge is still available at a further measurement point – for example a few weeks after the course. An assessment of the implementation of the acquired knowledge in practice from the perspective of the students or the supervisors would also allow further statements about the success of the seminar.

The statistical analyses of the evaluation assumed that the distances between the points on the Likert scale are equal, which – as mentioned before – would allow the treatment of the ordinal data as metric. We assumed this in the context of the study due to the numerical anchoring, nevertheless it would make the evaluation more stable

if a previous survey on an independent sample had been possible about this.

As participation in this course was voluntarily and not part of the mandatory medical curriculum, we were only able to raise awareness among a small group of students about this important topic. Other limitations of our evaluation are that students may have registered for the course who were already interested in or sensitised to this topic. As the evaluation was voluntary students, who were interested in this topic and particularly liked the course may have been more likely to participate in this evaluation. In addition, we have no post-data from the Luebeck students, as no one was willing to participate in the post-evaluation.

Due to the unequal gender ratio within the courses, statements are limited as to what extent the results apply equally to men and women. Since the gender ratio in the course does not reflect that of the study programme, the question arises as to whether the statements are limited to mainly female participants and why the interest of male students in the topic is rather low. Certain gender aspects could thus only be addressed to a limited extent in the context of the courses, which may have minimised the learning gain.

Based on our evaluation, it is of major importance to raise awareness among all medical students. The huge interest of students in Muenster to participate in this elective course reflects that they appreciate the opportunity to openly discuss and express their own thoughts about DV. At the same time, it shows how little students know about this topic and how big the need for information about domestic violence in medicine is.

## 5. Conclusions

Our evaluation results confirmed that existing knowledge on DV in medicine is not sufficient and teaching materials are lacking. Our clinical compulsory elective course for medical students seems to be well suited to close this gap and teach knowledge on DV and we recommend to integrate aspects of how to deal with DV in medicine as part of a mandatory curriculum.

## Funding

The IMPRODOVA project has received funding from the European Union's Horizon 2020 research and innovation programme under grant agreement No 787054. We would like to thank our IMPRODOVA partners, without whose input the training platform would not have been possible.

## Competing interests

The authors declare that they have no competing interests.

## Attachments

Available from <https://doi.org/10.3205/zma001577>

1. Attachment\_1.pdf (137 KB)  
Exemplary course agenda which can be modified or amended at any time since it is a living document
2. Attachment\_2.pdf (117 KB)  
Home assignment
3. Attachment\_3.pdf (142 KB)  
This questionnaire was used to assess the knowledge of students from Muenster and Luebeck on DV prior to our training
4. Attachment\_4.pdf (145 KB)  
This questionnaire was used to assess the knowledge of students from Muenster about DV after completion of the elective course
5. Attachment\_5.pdf (129 KB)  
Lists of terms and their frequency being mentioned students associated with the different forms of DV in the knowledge assessments

## References

1. Sardinha L, Maheu-Giroux M, Stöckl H, Meyer SR, García-Moreno C. Global, Regional, and National Prevalence Estimates of Physical or Sexual, or Both, Intimate Partner Violence against Women in 2018. *Lancet*. 2022;399(10327):803-813. DOI: 10.1016/S0140-6736(21)02664-7
2. United Nations. What is domestic abuse? New York: United Nations. Zugänglich unter/available from: <https://www.un.org/en/coronavirus/what-is-domestic-abuse>
3. Sondern L, Pfeleiderer B. The Challenge of Involving Medical Doctors as Important Frontline Responders in Fighting Domestic Violence. *Eur Law Enforcement Res Bull*. 2021;(21):141-150. Zugänglich unter/available from: <https://bulletin.cepol.europa.eu/index.php/bulletin/article/view/414>
4. Edwardsen EA, Horwitz SH, Pless NA, le Roux HD, Fiscella KA. Improving identification and management of partner violence: examining the process of academic detailing: a qualitative study. *BMC Med Educ*. 2011;11:36. DOI: 10.1186/1472-6920-11-36
5. Pfeleiderer B, Juszczuk P. Development of a Training Platform on Domestic Violence. In: Lobnikar B, Vogt C, Kersten J, editors. *Improving Frontline Responses to Domestic Violence in Europe*. Maribor: University Press; 2021. p.297-318. DOI: 10.18690/978-961-286-543-6.17
6. Pfeleiderer B, Juszczuk P. Recommendations for an Innovative Gender-sensitive Training and Education for Various Frontline Responder Groups. In: Lobnikar B, Vogt C, Kersten J, editors. *Improving Frontline Responses to Domestic Violence in Europe*. Maribor: University Press; 2021. p.319-327. DOI: 10.18690/978-961-286-543-6.18
7. Lobnikar B, Vogt C, Kersten J. Roadmap Towards an Integrated European Response to Domestic Violence. In: Lobnikar B, Vogt C, Kersten J, editors. *Improving Frontline Responses to Domestic Violence in Europe*. Maribor: University Press; 2021. p.329-341. DOI: 10.18690/978-961-286-543-6.19
8. Herbinger P, Neunkirchner M, Leonhardmair N. European Legislation to Fight Domestic Violence. *Eur Law Enforcement Res Bull*. 2020;(20):141-154. Zugänglich unter/available from: <https://bulletin.cepol.europa.eu/index.php/bulletin/article/view/415>



9. Vogt C. Interagency Cooperation. Eur Law Enforcement Res Bull. 2020;(19):153-156. Zugänglich unter/available from: <https://bulletin.cepol.europa.eu/index.php/bulletin/article/view/412>
10. Sondern L, Pfeleiderer B. Why the integration of sex and gender aspects will improve Domestic Violence Risk Assessment. Eur Law Enforcement Res Bull. 2020;(20):155-156. Zugänglich unter/available from: <https://bulletin.cepol.europa.eu/index.php/bulletin/article/view/413>
11. IMPRODOVA. Country Reports and Corss-National Comparison on the Implementation of International Norms and National Best Practices of Frontline Responders. Münster: IMPRODOVA Consortium; 2020. Zugänglich unter/available from: [https://www.improdova.eu/pdf/IMPRODOVA\\_D2.2\\_Norms\\_and\\_Best\\_Practices\\_of\\_Frontline\\_Responders.pdf?m=1585673378&](https://www.improdova.eu/pdf/IMPRODOVA_D2.2_Norms_and_Best_Practices_of_Frontline_Responders.pdf?m=1585673378&)
12. George E, Phillips CH, Shah N, Lewis-O'Connor A, Rosner B, Stoklosa HM, Khurana B. Radiologic Findings in Intimate Partner Violence. Radiology. 2019;291(1):62-69. DOI: 10.1148/radiol.2019180801
13. Loh A, Simon D, Rockenbauch K, Härter M. Partizipative Entscheidungsfindung–Stellenwert und Verbreitung in der medizinischen Ausbildung. Z Med Psychol. 2006;15(2):87-92.
14. Porst R. Fragebogen. Ein Arbeitsbuch. 4. Aufl. Wiesbaden: VS Verlag; 2014.
15. Schnell R, Hill PB, Esser E. Methoden der empirischen Sozialforschung. 10. Aufl. Oldenburg/München: Oldenburger Verlag; 2014.
16. Dragiewicz M, Gover AR, Miller SL, Naccarelli J, Paradiso B. Innovative University Programs for Teaching about Domestic Violence. J Crim Justice Educ. 2013;24(4):594-611. DOI: 10.1080/10511253.2013.837941

**Corresponding author:**

Prof. Dr. med. Dr. rer. nat. Bettina Pfeleiderer  
University of Muenster, Clinic for Radiology and Medical  
Faculty, Albert-Schweitzer-Campus 1, Gebäude A16,  
D-48129 Muenster, Germany  
[pfleide@wwu.de](mailto:pfleide@wwu.de)

**Please cite as**

Juszczuk P, Sondern L, Pfeleiderer B. Introduction and evaluation of a clinical compulsory elective course on domestic violence. GMS J Med Educ. 2022;39(5):Doc56.  
DOI: 10.3205/zma001577, URN: urn:nbn:de:0183-zma0015772

**This article is freely available from**

<https://doi.org/10.3205/zma001577>

**Received:** 2021-12-27

**Revised:** 2022-08-16

**Accepted:** 2022-08-22

**Published:** 2022-11-15

**Copyright**

©2022 Juszczuk et al. This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution 4.0 License. See license information at <http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>.

# Einführung und Evaluierung eines klinischen Wahlpflichtkurses zum Thema häusliche Gewalt

## Zusammenfassung

**Ziel:** Das Wissen über das Thema häusliche Gewalt ist in der Medizin oft unzureichend, obwohl Fachkräfte im Gesundheitswesen oft die erste Anlaufstelle für Opfer von häuslicher Gewalt sind. Es wurde daher ein Wahlpflichtkurs für Medizinstudierende im klinischen Teil des Studiums zum Thema häusliche Gewalt eingeführt, mit dem Ziel, die Kompetenzen und das Wissen über häusliche Gewalt zu verbessern. Der Kurs basiert auf dem didaktischen Konzept der IMPRODOVA-Trainingsplattform [<https://training.improdova.eu/de/>] und wurde im Sommer 2020 erstmals an der Medizinischen Fakultät der Universität Münster erprobt. Der Kurs wurde zudem evaluiert, um zu prüfen, ob er geeignet ist, Wissen und Kompetenzen über häusliche Gewalt zu erweitern. Es wurden die folgenden Forschungsfragen untersucht: Welche Kompetenzen und welches Wissen haben die Studierenden über häusliche Gewalt im Allgemeinen und wie verändern sich die Kompetenzen und das Wissen der Studierenden über häusliche Gewalt nach der Teilnahme an dem Kurs?

**Methodik:** Die Evaluation des Wissens über häusliche Gewalt im Allgemeinen basierte auf zwei Umfragen, die an zwei deutschen Universitäten in Münster und Lübeck in den Jahren 2020 und 2021 durchgeführt wurden. 54 Medizinstudierende aus Münster (n=37) und Lübeck (n=17) nahmen daran teil. Die Münsteraner Medizinstudierenden wurden gebeten innerhalb eines zweiwöchigen Zeitraums vor der Teilnahme an dem klinischen Wahlpflichtkurs zu häuslicher Gewalt einen Fragebogen auszufüllen. Lübecker Medizinstudierende, die sich für einen Online-Workshop zum Thema häusliche Gewalt angemeldet hatten, nahmen vor dem Webinar an der gleichen Umfrage teil.

Zusätzlich nahmen 28 Medizinstudierende aus Münster an einer Befragung nach dem Kurs teil. Die Umfragen wurden mit dem Online-Umfragetool EFS von Questback unter Verwendung einer 5-Punkte-Likert-Skala erstellt. Die Teilnahme war freiwillig und anonym. Die Ergebnisse wurden deskriptiv ausgewertet und die Unterschiede zwischen Vor- und Nachbefragung mittels t-Tests und Effektgrößen analysiert.

**Ergebnisse:** Die Auswertung der vorhandenen Kenntnisse ergab, dass die Medizinstudierenden große Wissenslücken in Bezug auf häusliche Gewalt hatten. Die Absolvierung des Kurses trug zu einem erheblichen Lern- und Kompetenzfortschritt der Studierenden in allen Themenbereichen zu häuslicher Gewalt bei.

**Schlussfolgerung:** Der neu eingeführte Kurs ist geeignet, um das Wissen und die Kompetenzen über häusliche Gewalt bei Medizinstudierenden zu verbessern und sollte verpflichtend in den medizinischen Lehrplan aufgenommen werden.

**Schlüsselwörter:** häusliche Gewalt, Trainingsplattform, Studierendenkurs, medizinische Lehre

Paulina Juszczuk<sup>1</sup>  
Lisa Sondern<sup>1</sup>  
Bettina Pfeleiderer<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Universität Münster, Klinik für Radiologie, Münster, Deutschland

# 1. Einleitung

Fachkräfte der Gesundheitsberufe spielen eine wichtige Rolle bei der Erkennung und Bekämpfung von häuslicher Gewalt, da sie häufig die erste Anlaufstelle für Opfer von häuslicher Gewalt sind. Häusliche Gewalt ist definiert als Gewalt innerhalb der Familie, gegen Kinder, Ehepartner und Ehepartnerinnen sowie ältere Familienmitglieder [1]. Die Schwere von häuslicher Gewalt, einschließlich körperlicher Verletzung, sexueller Nötigung, psychischem Missbrauch und Kontrollverhalten hängt von der Intensität, der Dauer und den Folgen der Gewalt ab und kann körperliche, sexuelle oder psychische Schäden verursachen [2]. Frauen sind eher von wiederholten und schweren Formen von Gewalt betroffen. Weltweit hat eine von drei Frauen seit ihrem 15. Lebensjahr körperliche und/oder sexuelle Gewalt erlebt [1].

Die sich daraus ergebenden kurz- und langfristigen gesundheitlichen Folgen veranlassen die Opfer medizinische Hilfe in Anspruch zu nehmen. Die Zahl der Opfer, die häusliche Gewalt erleben haben oder erleben, wird systematisch unterschätzt, da die Fachkräfte der Gesundheitsberufe offenbar nicht über ausreichende Kenntnisse und Kompetenzen verfügen, um Gewaltopfer zu erkennen.

Befragungen von Fachkräften aus dem Gesundheitssektor im Rahmen des IMPRODOVA-Projekts ergaben, dass diese nicht ausreichend in Bezug auf häusliche Gewalt geschult sind und sich ihrer Rolle als erste Ansprechpartner und Ansprechpartnerinnen in Fällen von häuslicher Gewalt nicht bewusst sind [3]. Da in den meisten europäischen Ländern das Wissen über häusliche Gewalt im Allgemeinen, sowie über Symptome und Warnzeichen häuslicher Gewalt meist nicht Teil des verpflichtenden Lehrplans für Medizinstudierende ist, wie die Forschung im Rahmen des IMPRODOVA-Projekts ergab [3], sind sich viele Fachkräfte der Gesundheitsberufe nicht ihrer wichtigen Rolle in Fällen häuslicher Gewalt bewusst. Sie sehen ihre Rolle in erster Linie darin, sich um die Verletzungen ihrer Patienten und Patientinnen, die als Folgen von häuslicher Gewalt auftreten können, zu kümmern. Sie betrachten sich nur selten als Ersthelfende in Fällen häuslicher Gewalt und haben daher neben der medizinischen Versorgung der gesundheitlichen Beeinträchtigungen, die auf Grund von häuslicher Gewalt auftreten können, nur unzureichend die anderen Bedürfnisse des Opfers im Blick (z.B. Informationen oder Hilfe anzubieten, eine Risikoabschätzung für weitere Schäden durchzuführen). Um Patienten und Patientinnen besser als Opfer häuslicher Gewalt zu identifizieren und unterstützen zu können, ist ein besseres Verständnis ihrer eigenen Rolle, aber auch der Rolle anderer Ersthelfenden erforderlich. Erste Studien zeigen gute Ergebnisse bei der Identifizierung von Opfern von häuslicher Gewalt nach entsprechenden Schulungen (z.B. [4]).

Da das Wissen über häusliche Gewalt in der Medizin gering ist und das Thema an deutschen medizinischen Fakultäten nicht integriert ist [3], wurde der klinische Wahlpflichtkurs „Häusliche Gewalt im internationalen Kontext“ für Medizinstudierende neu eingeführt und an

der medizinischen Fakultät der Universität Münster, Deutschland, als Teil des von der Europäischen Union finanzierten Projekts IMPRODOVA pilotiert, um das Wissen und die Kompetenzen über häusliche Gewalt zu erhöhen und diese Lücke zu schließen [5], [6]. Der Kurs integriert nicht nur die deutsche Perspektive, sondern auch die europäische, da epidemiologische Daten zur Prävalenz von häuslicher Gewalt in Europa darauf hinweisen, dass es sich um ein globales Problem handelt und dass Prävalenz, Indikatoren und zugrunde liegende Gründe in ganz Europa vergleichbar sind und auch kulturelle Aspekte berücksichtigt werden müssen [7].

Der Kurs baut auf den didaktischen Konzepten und Materialien für den medizinischen Bereich der IMPRODOVA-Trainingsplattform auf; diese ist modular aufgebaut und besteht aus sieben Modulen für folgende drei Gruppen: Polizei, Gesundheitssektor und Fachkräfte aus Nichtregierungsorganisationen und dem sozialen Sektor [5]. Die Module sind thematisch einheitlich, aber inhaltlich an den jeweiligen Sektor angepasst. Zusätzlich zu den spezifischen Trainingsmodulen werden in einem separaten Modul Daten und Statistiken für alle drei Gruppen präsentiert. Das Modul enthält Informationen über Erhebungen zu Opfern sowie Polizeistatistiken aus der Europäischen Union. Darüber hinaus sind Lehrvideos, Fallstudien und szenenbasiertes Lernen, Quizze sowie herunterladbare Factsheets und Präsentationen in den einzelnen Modulen zu finden oder können separat aus dem Bereich der jeweiligen Unterrichtsmaterialien ausgewählt werden.

## 2. Projektbeschreibung

### 2.1. Das Projekt IMPRODOVA und seine Methodik

Das Projekt IMPRODOVA [<https://improdova.eu/>] – Improving Frontline Responses to High Impact Domestic Violence – ist ein von der Europäischen Union finanziertes Forschungs- und Innovationsprojekt (Förderkennzeichen 787054), an dem Partner und Partnerinnen aus acht EU-Ländern beteiligt sind [8].

IMPRODOVA begann im Mai 2018 und endete im August 2021. IMPRODOVA führte eine erste Analyse der politischen Umsetzung, der Gesetzgebung, der Daten, der Risikobewertung, der Falldokumentation, der intersektoralen Zusammenarbeit und vorhandenen Schulungen sowie der Einstellung von Ärzten und Ärztinnen gegenüber häuslicher Gewalt durch. Anschließend lieferten 296 Interviews mit Ersthelfern und Ersthelferinnen der Polizei, des Gesundheitswesens und des sozialen Sektors aus Europa, Informationen darüber, inwieweit Standards im Umgang mit Fällen häuslicher Gewalt in die tägliche Arbeit von Ersthelfern und Ersthelferinnen integriert werden [9], [10] (siehe Bericht D2.2 über den länderübergreifenden Vergleich der Umsetzung internationaler Normen und nationaler bewährter Verfahren von Ersthelfern und Ersthelferinnen [11]). Auf dieser Grundlage wurden im Rahmen des Projekts innovative Werkzeuge entwickelt

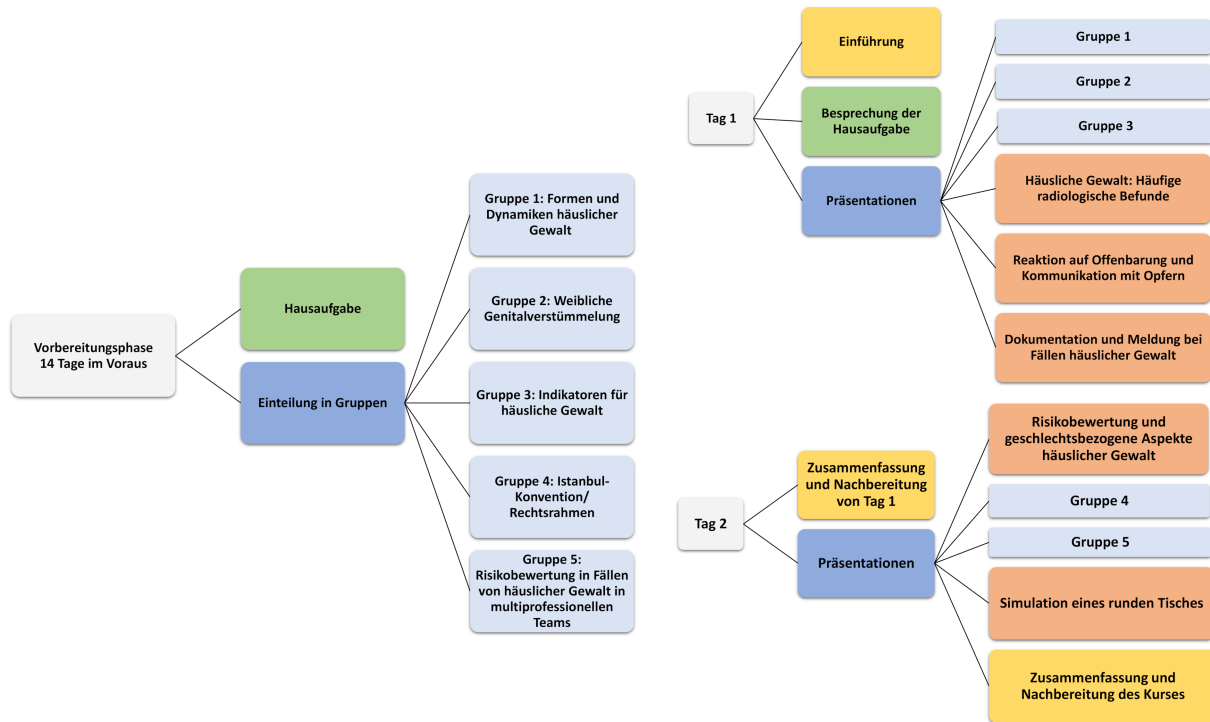


Abbildung 1: Aufbau des Wahlpflichtkurses über häusliche Gewalt auf der Grundlage der IMPRODOVA-Trainingsplattform

(z.B. eine Trainingsplattform mit verschiedenen Lehrmaterialien zur Verbesserung der behördenübergreifenden Zusammenarbeit).

## 2.2. Konzept des klinischen Wahlpflichtfachs „Häusliche Gewalt im internationalen Kontext“

Das übergeordnete Ziel des Wahlpflichtfachs „Häusliche Gewalt im internationalen Kontext“ ist es, die Kompetenz der Studierenden, Patienten und Patientinnen nach häuslicher Gewalt zu fragen, zu verbessern und diejenigen zu unterstützen, die Opfer von häuslicher Gewalt geworden sind. Dies erfordert Kompetenzen zu den folgenden Aspekten häuslicher Gewalt wie:

- Formen häuslicher Gewalt
- geschlechtsbezogene Risikofaktoren in Fällen von häuslicher Gewalt
- geschlechtsbezogene Aspekte der Risikobewertung in Fällen von häuslicher Gewalt [10]
- Folgen häuslicher Gewalt
- Indikatoren für häusliche Gewalt
- Kommunikation in Fällen von häuslicher Gewalt und das weitere Verfahren nach einer Offenlegung
- Medizinische Beurteilung und Beweissicherung in Fällen von häuslicher Gewalt
- Risikobewertung und Sicherheitsplanung in Fällen von häuslicher Gewalt
- Internationale Standards und rechtliche Rahmenbedingungen in Europa sowie in Deutschland
- behördenübergreifende Zusammenarbeit in Fällen von häuslicher Gewalt
- radiologische Indikatoren, die zur Dokumentation des Ausmaßes der körperlichen Verletzungen beitragen. Bei Patienten und Patientinnen häuslicher Gewalt fin-

den sich neben geburtshilflich-gynäkologischen Befunden häufiger bildgebende Befunde, wie z.B. akute Frakturen, die von Gewalt herrühren können [12]

Darauf aufbauend wurde ein exemplarisches Kursprogramm entwickelt, das von anderen Universitäten modifiziert oder ergänzt werden kann. Der Ablauf des Wahlpflichtkurses ist Teil der IMPRODOVA-Lehrmaterialien und kann auf der entsprechenden Trainingsplattform [<https://training.improdova.eu/de/lehmaterialien-fur-den-gesundheitssektor/workshop-und-studentenkurse/>] und im Anhang 1 eingesehen werden.

Vor dem Wahlpflichtkurs mussten die Studierenden eine Hausaufgabe erledigen, in Gruppen an spezifischen Modulen arbeiten (siehe Abbildung 1) und Präsentationen für den Kurs erstellen. Die Dauer des Kurses belief sich, einschließlich der Vorbereitungszeit, auf insgesamt 28 Semesterstunden, wobei eine Semesterstunde 45 Minuten entspricht. Der Kurs findet seit Sommer 2020 einmal pro Semester statt und stößt bei den Studierenden auf großes Interesse.

Die Studierenden mussten die maximal zweiseitige Hausaufgabe vor der Lehrveranstaltung an die Kursleitung schicken und die folgenden Fragen in Bezug auf drei Zitate zum Thema häusliche Gewalt beantworten (siehe Anhang 2).

1. Was lösen diese Zitate bei Ihnen aus? Was sagen sie über häusliche Gewalt aus?
2. Denken Sie darüber nach, wo Ihnen der Begriff „häusliche Gewalt und Missbrauch“ bisher begegnet ist. Wie definieren Sie häusliche Gewalt und Missbrauch? Was bedeuten die Begriffe für Sie und kennen Sie andere Begriffe, die das gleiche Phänomen beschreiben?



**Tabelle 1: In dem Wahlfach über häusliche Gewalt wurden Medizinstudierende den folgenden Gruppen zugeordnet**

Gruppe	Entsprechendes Trainingsmodul	Aufgaben für Studierende	Ziele
<b>Gruppe 1: Formen und Dynamiken häuslicher Gewalt</b>	Modul 1: <i>Formen und Dynamiken häuslicher Gewalt</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Input</li> <li>• Entwicklung von zwei Fallstudien</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verständnis von häuslicher Gewalt und deren Formen und Folgen</li> <li>• Wissen über die spezifischen Zusammenhänge und Auswirkungen von häuslicher Gewalt</li> <li>• Verständnis für die individuellen Bedürfnisse der Opfer</li> </ul>
<b>Gruppe 2: Weibliche Genitalverstümmelung</b>	Modul 1: <i>Formen und Dynamiken häuslicher Gewalt</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Input</li> <li>• Durchführung eines Interviews</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verständnis von weiblicher Genitalverstümmelung, deren Formen und Folgen</li> <li>• Verständnis für die individuellen Bedürfnisse der Opfer</li> </ul>
<b>Gruppe 3: Indikatoren für häusliche Gewalt</b>	Modul 2: <i>Indikatoren für häusliche Gewalt</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Input</li> <li>• Gestaltung eines Plakats für eine Kampagne</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kennenlernen der verschiedenen Indikatoren für häusliche Gewalt und die damit verbundenen Risiken und Sensibilisierung dafür</li> </ul>
<b>Gruppe 4: Istanbul-Konvention/Rechtsrahmen</b>	Modul 6: <i>Internationale Standards und gesetzliche Rahmenbedingungen in Europa</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Input</li> <li>• Entwicklung eines Trainingsvideos</li> <li>• Leitung einer Podiumsdiskussion</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Einführung des internationalen Rechtsrahmens</li> <li>• Präsentation der länderspezifischen Vorschriften</li> </ul>
<b>Gruppe 5: Risikobewertung in Fällen von häuslicher Gewalt in multiprofessionellen Teams</b>	Modul 7: <i>Prinzipien interorganisationaler Zusammenarbeit und Risikoanalyse bei Fällen häuslicher Gewalt in multiprofessionellen Teams</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Input</li> <li>• Entwicklung einer interaktiven Falldiskussion</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verständnis, warum die Zusammenarbeit in multiprofessionellen Teams bei der Bekämpfung von häuslicher Gewalt am erfolgreichsten ist</li> </ul>

Darüber hinaus wurden fünf Gruppen gebildet, die sich an den Präferenzen der Studierenden orientierten und die folgenden Themen abdeckten (siehe Tabelle 1):

- Gruppe 1: Formen und Dynamik von häuslicher Gewalt
- Gruppe 2: Weibliche Genitalverstümmelung
- Gruppe 3: Indikatoren für häusliche Gewalt
- Gruppe 4: Istanbul-Konvention/Rechtsrahmen
- Gruppe 5: Risikobewertung in Fällen von häuslicher Gewalt in multiprofessionellen Teams

Die Präsentationen der verschiedenen Gruppen mussten mindestens drei Tage vor dem Kurs eingereicht werden, um eine korrekte Darstellung der verschiedenen Inhalte zu gewährleisten, Doppelungen zu vermeiden und didaktische Hinweise für eine optimale Online-Präsentation zu geben.

Den Studierenden wurde mitgeteilt, dass sie für ihre Präsentationen Materialien der IMPRODOVA-Trainingsplattform verwenden sollten [<https://training.improdova.eu/de/>]. Zusätzlich zum theoretischen Hintergrund sollten sie entweder Fallstudien und ein Lehrvideo entwickeln, Kampagnenplakate entwerfen, eine Podiumsdiskussion vorbereiten und moderieren oder ein Interview mit einer oder einem Ersthelfenden führen. Einiges davon wurde später auf der Trainingsplattform übernommen (z.B. ein Interview über weibliche Genitalverstümmelung). Da nie ausgeschlossen werden kann, dass die Teilnehmenden selbst Opfer oder Zeugen bzw. Zeuginnen von häuslicher Gewalt geworden sind, wurde dies im Vorfeld mit den Studierenden besprochen. Mit drei der 37 Kursteilnehmenden wurde ein persönliches Gespräch geführt nachdem sie ihre Hausaufgaben eingereicht hatten und

angeboten, bestimmte Teile des Kurses zu überspringen, wenn Inhalte traumatisierend sein könnten. Niemand nahm dieses Angebot an.

Im Kurs wurde ein besonderer Fokus auf Geschlechteraspekte in Fällen von häuslicher Gewalt gelegt, da das Geschlecht, eigene Denkweisen und Erwartungen nicht nur einen Einfluss darauf haben können, wie man jeweils mit Frauen und Männern spricht (z.B. starke Stimme, Blickkontakt halten), sondern auch darauf, wie man das Risiko einschätzt, welche Aspekte als bedeutsam betrachtet werden (z.B. wer den Vorfall begonnen hat) sowie wie man das Opfer wahrnimmt und selbst vom Opfer wahrgenommen wird [10], [12]. Daher ist die Sensibilisierung für solche Aspekte, insbesondere für geschlechterbezogene Wahrnehmungen und Vorurteile bei häuslicher Gewalt von großer Bedeutung für die Ersthelfenden [6], [10]. Der Wahlfachkurs basierte auf einem innovativen Lehrkonzept, bei dem nicht nur die Vermittlung von Fakten im Vordergrund stand, sondern die kritische Beurteilung komplexer Situationen im medizinischen Alltag [13]. Dieser transformative, partizipative Ansatz sorgt dafür, dass sich die Studierenden nachhaltig mit dem Thema häusliche Gewalt auseinandergesetzt haben, indem Freiräume für einen reflektierenden, experimentellen und kritischen Unterricht geschaffen wurden. Gruppendiskussionen sollten die Selbstreflexion fördern und das Erkennen von Stereotypen und Vorurteilen ermöglichen. Die Studierenden sollten sich über ihre Erwartungen an ihre eigene zukünftige Rolle als Ärzte und Ärztinnen austauschen, aber auch ihre Ängste und Zweifel äußern können. Der Kurs wurde virtuell als interaktives Seminar mit einer

maximalen Anzahl von 16 Studierenden durchgeführt, um eine effektive Lernatmosphäre zu ermöglichen und die gegenseitige Diskussion zu fördern.

## 2.3. Evaluation des Kurses „Häusliche Gewalt im internationalen Kontext“

### 2.3.1. Beurteilung der Kenntnisse vor dem Kurs

54 Medizinstudierende der deutschen Universitäten Münster (n=37) und Lübeck (n=17) wurden vor den jeweiligen Kursen zu ihren Kenntnissen über häusliche Gewalt befragt (siehe Anhang 3). Die Münsteraner Medizinstudierenden hatten am 24. und 25. Oktober 2020 sowie am 19. und 20. Juni 2021 an dem klinischen Wahlpflichtkurs „Häusliche Gewalt im internationalen Kontext“ teilgenommen. Die Befragungen wurden jeweils vor dem Beginn des Wahlfachs in den Zeiträumen vom 14. bis 23. Oktober 2020 und vom 1. April bis 15. Juni 2021 durchgeführt. In Lübeck nahmen Medizinstudierende, die sich für einen 2-stündigen Workshop „Medizin, schau nicht weg! – Häusliche Gewalt im internationalen Kontext aus verschiedenen Perspektiven“ am 3. Dezember 2020 angemeldet hatten, ebenfalls an der Befragung teil. Die Befragung wurde im Vorfeld der Veranstaltung zwischen dem 23. November 2020 und dem 3. Dezember 2020 durchgeführt.

Die Studierenden befanden sich im Durchschnitt im 4. Jahr ihres Medizinstudiums. Das Durchschnittsalter der Studierenden betrug 25 Jahre (M=24,98; SD=3,89). 46 der 54 (85%) Studenten waren weiblich. 20 der 54 (37%) Studierenden gaben an, dass sie bereits berufliche Erfahrungen mit häuslicher Gewalt hatten; nur vier der 54 (7%) Studierenden hatten bereits an einer mehrstündigen Schulung in der curricularen Pflichtlehre zum Thema häusliche Gewalt teilgenommen. Zwei der 54 (4%) Studierenden hatten zuvor an einer sonstigen mehrstündigen Schulung und ein Student (2%) an einer mehrwöchigen Schulung zum Thema häusliche Gewalt teilgenommen.

### 2.3.2. Post-Evaluation des Kurses

8 der 37 Münsteraner Studierenden, die an der Vorbefragung teilgenommen hatten, nahmen an der Post-Evaluation des Kurses teil (siehe Anhang 4). Die Evaluation fand jeweils nach Ende der Lehrveranstaltung in den Zeiträumen vom 25. Oktober 2020 bis zum 8. November 2020 bzw. vom 20. Juni 2021 bis zum 4. Juli 2021 statt. Ziel war es, den Kurs zu evaluieren und weiter zu optimieren sowie dessen Beitrag zum Lern- und Kompetenzfortschritt der Studierenden zum Thema häusliche Gewalt zu bewerten.

Die Umfragen wurden mit dem Online-Umfrageforschungstool EFS (Enterprise Feedback Suite) Survey (Herbst 2019) von Questback erstellt [<https://www.questback.com/>]. Das Tool und der standardisierte Fragebogen ermöglichten es, vergleichbare Bedingungen für eine Evaluation des Kurses zu schaffen. Für die Stu-

dierendenbefragungen wurden folgende Themen ausgewählt:

- Soziodemografische Daten und Studienbiografie
- Einschätzung der eigenen Einstellung gegenüber häuslicher Gewalt
- Einschätzung des eigenen Wissens über häusliche Gewalt
- Einschätzung des eigenen Interesses an dem Thema häusliche Gewalt
- Einschätzung der eigenen Kompetenz in Fällen häuslicher Gewalt

Methodisch bestanden die Erhebungen aus Single-Choice-Fragen, Multiple-Choice-Fragen und Einschätzungsfragen (siehe Anhang 3). Während die Fragen zu den soziodemographischen Daten und zum Ablauf der Studie als Fragen formuliert wurden, wurden die Einschätzungsfragen als Aussagesätze formuliert. Teilnehmende, die bereits an der ersten Befragung teilgenommen hatten, konnten die soziodemografischen Fragen in den Nachbefragungen überspringen. Außerdem wurden die Studierenden nicht erneut gebeten, nach Abschluss des Kurses alle Begriffe aufzulisten, die sie mit den verschiedenen Formen von häuslicher Gewalt assoziieren (siehe Anhang 5). Die Teilnahme an den Umfragen war freiwillig und anonym. Die Personen, die an der Umfrage teilgenommen haben, sind nicht identifizierbar. Die Informationen wurden in aggregierter und nicht in individueller Form ausgewertet.

### 2.3.3. Auswertung

Im Rahmen der Umfrage wurde für jede Frage eine mehrstufige Likert-Skala verwendet. Die Daten der einzelnen Items einer Likert-Skala sind ordinal bzw. rangskaliert. Die einzelnen Abstände innerhalb der Ausprägungen können nicht per se als gleichwertig angesehen werden, sodass Ergebnisse im Allgemeinen nur anhand der Positionsparameter Mittelwert und Median für jedes Item dargestellt werden können. Da in der vorliegenden Studie gewährleistet ist, dass die Likert-Skala symmetrisch formuliert ist und die Skalenpunkte somit von allen Befragten als gleichabständig interpretiert werden konnten, war eine gemittelte Berechnung der Mittelwerte zulässig und die Punktwerte der einzelnen Antworten der Items der Likert-Skalen konnten addiert werden, woraus sich ein Summenwert für die Gesamtskala ergab. Dieser Wert ist eindeutig als metrisch (intervallskaliert) zu betrachten. Aus den Summenwerten wurden nachfolgend Mittelwerte sowie die Standardabweichung berechnet, die den weiteren statistischen Auswertungsverfahren zugrunde gelegt wurden [14], [15]. Diese wurden für die jeweiligen Stichproben (Münster und Lübeck) getrennt berechnet und werden für die verschiedenen Zeitpunkte (prä und post) berichtet. Die im Folgenden beschriebenen Analysen wurden nur für die Münsteraner Stichprobe berechnet. Für die Lübecker Studierenden lagen keine Daten zum Zeitpunkt nach dem Seminar vor, da die Teilnahme an der Evaluation freiwillig war und niemand aus Lübeck an der Nachbefragung teilgenommen hatte.

**Tabelle 2: Einstellungen von Studierenden in Münster und Lübeck vor und in Münster nach dem Wahlpflichtkurs, gemessen auf einer 5-Punkte-Likert-Skala (1=sehr große Ablehnung bis 5=sehr große Zustimmung) zu bestimmten Themen. Da eine Likert-Skala als metrisch klassifiziert ist, erlauben die Daten die Berechnung von Mittelwert und Standardabweichung pro Item. Es werden Mittelwerte, Standardabweichungen, Cohen's d und Ergebnisse von gepaarten t-Tests dargestellt. Die Anzahl der Teilnehmenden schwankt pro Item, da die Bewertung "weiß nicht" nicht berücksichtigt wurde. Gepaarte t-Tests wurden nur in den Fällen berechnet, in denen Messwerte zu den Zeitpunkten vor und nach der Studie vorlagen (n=27). \*p<.05=signifikante Veränderung der Werte vor und nach dem Kurs.**

	Lübeck			Münster								
	Prä			Prä			Post			d	T	p
	n	M	SD	n	M	SD	n	M	SD			
Die Intervention in Fällen häuslicher Gewalt ist ein wichtiger Teil in der Arbeit von Ärzten und Ärztinnen.	17	4.35	0.49	36	4.53	0.56	28	4.93	0.26	0.88	3.12	.004*
Ich bin motiviert, um mit Opfern von häuslicher Gewalt zu arbeiten.	17	4.53	0.51	37	4.65	0.48	28	4.82	0.39	0.38	1.91	.057
Häusliche Gewalt ist eine Menschenrechtsverletzung.	17	4.82	0.53	36	4.97	0.17	28	5	0	0.24	a)	a)
Häusliche Gewalt verursacht Ohnmacht beim Opfer und erschwert ihm/ihr das Suchen und Erhalten von Hilfe.	17	4.65	0.49	35	4.74	0.51	28	4.96	0.19	0.55	3.02	.006*
Wenn ein Opfer in der gewalttätigen Beziehung bleibt, ist es ihre/seine Schuld, wenn die Gewalt weiter fortgeführt wird.	17	1.41	0.62	37	1.38	0.59	28	1.14	0.36	0.48	2.79	.010*
Es ist für mich schwer zu verstehen, warum das Opfer in einer gewalttätigen Beziehung bleibt.	17	2.82	0.95	36	2.69	1.04	27	2.59	1.08	0.10	2.03	.053
Es ist wichtig, dem Opfer weiterhin zu helfen, auch wenn er oder sie in einer gewalttätigen Beziehung bleibt.	15	4.87	0.35	36	4.86	0.35	28	4.79	0.79	0.12	.44	.663
Es ist schwierig für mich, Patienten und Patientinnen nach häuslicher Gewalt zu fragen.	15	3.73	0.96	35	3.26	1.07	26	2.27	0.78	1.03	2.55	.017*

<sup>a)</sup>Die Korrelation und der T-Wert können nicht berechnet werden, da der Standardfehler der Differenz in den Fällen, in denen Messwerte zum Vor- und zum Nachuntersuchungszeitpunkt vorlagen, null ist.

Die Mittelwerte wurden für die deskriptive Darstellung berechnet und werden ebenfalls ausgewiesen. Um die statistische Signifikanz der Mittelwertunterschiede vor und nach dem Seminar für die Münsteraner Studierenden zu ermitteln, wurden t-Tests mit gepaarten Stichproben für diejenigen berechnet, für die zu beiden Zeitpunkten Informationen verfügbar waren. Außerdem wurden die Effektstärken mit Hilfe von Cohen's d berechnet. Der Mittelwertunterschied wurde im Verhältnis zur gepoolten Standardabweichung berechnet. So konnten alle Daten verwendet werden, unabhängig davon, ob die Informationen zu beiden Zeitpunkten oder nur zu einem Zeitpunkt vorlagen.

### 3. Ergebnisse

#### 3.1. Ergebnisse in Bezug auf das vorhandene Wissen zum Thema häusliche Gewalt

Im Rahmen der Wissenserbhebung wurden die Studierenden gebeten, alle Begriffe aufzulisten, die sie mit den

verschiedenen Formen von häuslicher Gewalt in Verbindung bringen (siehe Anhang 5 mit den entsprechenden Häufigkeiten der aufgeführten Begriffe). Nach der Kategorisierung der Begriffe zeigte sich, dass häusliche Gewalt von den Studierenden vor einer entsprechenden Schulung am häufigsten mit körperlicher Gewalt (91,7%) in Verbindung gebracht wurde. Andere Formen von häuslicher Gewalt wurden seltener genannt (<50%). Darüber hinaus wurden mögliche Ursachen von häuslicher Gewalt (z.B. Machtungleichgewichte zwischen Intimpartnern und Intimpartnerinnen) und Folgen (z.B. körperliche Verletzungen, Scham) genannt. Die Studierenden betrachten die Intervention in Fällen von häuslicher Gewalt als einen wichtigen Teil der ärztlichen Arbeit und sind motiviert, mit Opfern von häuslicher Gewalt zu arbeiten, aber es fällt ihnen schwer, Patienten und Patientinnen nach häuslicher Gewalt zu fragen (siehe Tabelle 2). Dies ist nicht überraschend, da die meisten Studierenden (siehe 2.3.1) an beiden Universitäten keine curriculare Ausbildung oder Schulung zum Thema häusliche Gewalt erhalten haben. Insgesamt haben die Studierenden ein starkes Interesse an den verschiedenen Themen im Zusammenhang mit häuslicher Gewalt, aber die Mehrheit der Studierenden

**Tabelle 3: Grad der Informiertheit von Studierenden in Münster und Lübeck vor und in Münster nach dem Wahlkurs gemessen auf einer 5-Punkte-Likert-Skala (1=überhaupt nicht bis 5=sehr gut) zu bestimmten Themen. Da eine Likert-Skala als metrisch klassifiziert ist, erlauben die Daten die Berechnung von Mittelwert und Standardabweichung pro Item. Es werden Mittelwerte, Standardabweichungen, Cohen's d und Ergebnisse von gepaarten t-Tests dargestellt. Die Anzahl der Teilnehmenden schwankt, da die Bewertungen "weiß nicht" nicht berücksichtigt wurden. Gepaarte t-Tests wurden nur in den Fällen berechnet, in denen Messwerte zu den Zeitpunkten vor und nach der Studie vorlagen (n=27).**

	Lübeck			Münster			Post			d	T	p
	n	M	SD	n	M	SD	n	M	SD			
Verständnis für die verschiedenen Formen und Aspekte häuslicher Gewalt in der Bevölkerung	17	2.18	0.64	36	2.42	0.87	28	4.54	0.58	2.80	10.80	<.001
Relevante Richtlinien, Gesetze und Vorschriften, die die Arbeit gegen häusliche Gewalt betreffen	17	1.59	0.71	37	1.89	0.81	28	4.14	0.59	3.11	12.30	<.001
Identifizierung von Opfern häuslicher Gewalt und Bewertung von Risiken im Zusammenhang mit häuslicher Gewalt	17	2.12	0.70	36	2.14	0.72	28	4.61	0.50	3.90	11.00	<.001
Zusammenarbeit mit anderen Ersthelfern und Ersthelferinnen, die in ihrer Region in Fällen von häuslicher Gewalt tätig sind	17	2.41	1.06	35	2.11	0.77	28	4.07	0.60	2.80	9.48	<.001

fühlt sich nicht (gut) darüber informiert (vgl. Tabelle 3). Dementsprechend hält sich die Mehrheit der Studierenden auch nicht für kompetent in Bezug auf die oben genannten Themen. Vor dem Hintergrund dieser Ergebnisse wird abschließend deutlich, dass bei den Medizinstudierenden ein großer Bedarf an Schulungen zum Thema häusliche Gewalt besteht und auch ein Interesse seitens der Studierenden vorhanden ist.

### 3.2. Nachbefragung nach Abschluss des Kurses

Nach dem Vergleich der Antworten nach dem Kurs mit denen vor dem Kurs konnte gezeigt werden, dass der Wahlpflichtkurs, bei dem die IMPRODOVA-Trainingsplattform mit ihren Lehrmaterialien zum Einsatz kam, zu einer signifikanten Einstellungsänderung sowie zu Lern- und Kompetenzfortschritten der Studierenden in allen Bereichen beigetragen hat (siehe Tabelle 2, Tabelle 3 und Tabelle 4). Den Studierenden gefielen die auf der Lernplattform angebotenen Lehrmaterialien, insbesondere die Fallstudien.

#### 3.2.1. Vergleich der Einstellungen der Studierenden vor und nach dem Wahlpflichtkurs

Die grundsätzlichen Einstellungen und Interessen der Studierenden („Inwieweit stimmen Sie den folgenden Aussagen zu oder nicht zu?“ und „Wie sehr interessieren Sie sich für die folgenden Themen?“) haben sich nach Abschluss des Studienkurses überwiegend nicht verändert. Es gab jedoch zwei bemerkenswerte Ausnahmen: „Die Intervention in Fällen häuslicher Gewalt ist ein wichtiger Teil in der Arbeit von Ärzten und Ärztinnen“ („Inwieweit stimmen Sie den folgenden Aussagen zu oder nicht zu?“) und „Es ist schwierig für mich, Patienten und Patientinnen nach häuslicher Gewalt zu fragen.“ („Inwieweit stimmen Sie den folgenden Aussagen zu oder nicht zu?“). Die Studierenden betrachteten nach Abschluss des Kurses die Intervention in Fällen von häuslicher Gewalt als einen wichtigeren Teil ihrer zukünftigen Arbeit

als zuvor ( $d=0,88$ ;  $t(26)=3,12$ ,  $p=.004$ ) und sie fanden es einfacher nach häuslicher Gewalt zu fragen ( $d=1,03$ ;  $t(26)=2,55$ ,  $p=.017$ ) (siehe Tabelle 2).

#### 3.2.2. Grad der Informiertheit

Vor dem Kurs gab die Mehrheit der Studierenden an, dass sie nicht oder kaum über Instrumente zur Identifizierung von Opfern von häuslicher Gewalt und zur Bewertung von Risiken im Zusammenhang mit häuslicher Gewalt informiert waren. Nach dem Kurs gaben alle Studierenden an gut oder sogar sehr gut informiert zu sein und fühlten sich deutlich besser informiert als zuvor ( $d=2,80$ ,  $t(27)=9,48$ ,  $p<.001$ ) (siehe Tabelle 3).

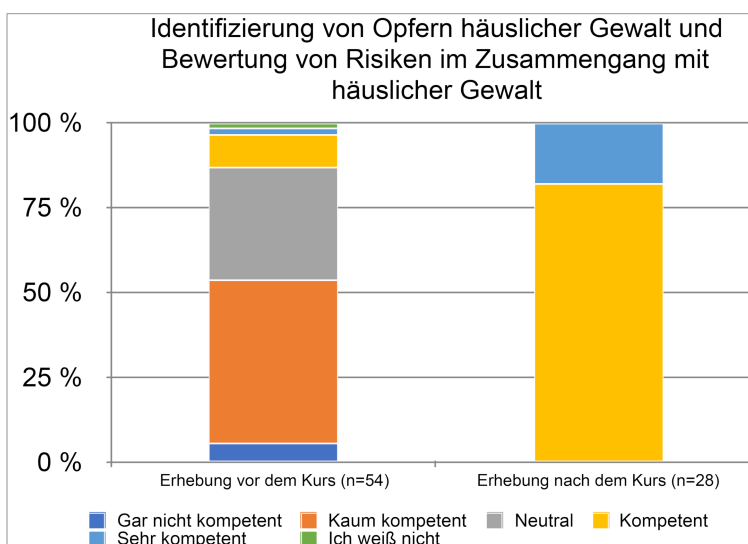
#### 3.2.3. Kompetenzen der Studierenden

Die in Tabelle 4 dargestellten Ergebnisse (siehe auch Abbildung 2) zeigen, dass sich die Studierenden nach dem Wahlfachkurs in den aufgeführten Themenbereichen wesentlich kompetenter fühlten ( $d=1,90-2,65$ ),  $t(26)=7,57-13,24$ ,  $p<.001$ ). Zwei Bereiche sollen besonders hervorgehoben werden, da sie als sehr wichtig für medizinische Ersthelfende im Bereich häuslicher Gewalt angesehen werden: vor dem Kurs hielt sich mehr als die Hälfte der Studierenden für wenig kompetent bei der Identifizierung von Opfern von häuslicher Gewalt und der Einschätzung von Risiken im Zusammenhang mit häuslicher Gewalt ( $M_{Lübeck}=2,47$ ,  $M_{Münster}=2,56$ ) oder der Zusammenarbeit mit anderen Ersthelfern und Ersthelferinnen in Fällen häuslicher Gewalt ( $M_{Lübeck}=2,65$ ,  $M_{Münster}=2,25$ ). Nach dem Kurs fühlten sich alle Teilnehmenden kompetent oder sehr kompetent in Bezug auf die Identifizierung häuslicher Gewalt ( $d=2,64$ ,  $t(27)=7,78$ ,  $p<.001$ ) und die Zusammenarbeit in Fällen häuslicher Gewalt ( $d=1,54$ ,  $t(27)=7,57$ ,  $p<.001$ ).



**Tabelle 4: Kompetenzniveau der Studierenden in Münster und Lübeck vor und in Münster nach dem Wahlkurs, gemessen auf einer 5-Punkte-Likert-Skala (1=überhaupt nicht bis 5=sehr gut) zu bestimmten Themen. Da eine Likert-Skala als metrisch klassifiziert ist, erlauben die Daten die Berechnung von Mittelwert und Standardabweichung pro Item. Es werden Mittelwerte, Standardabweichungen, Cohen's d und Ergebnisse von gepaarten t-Tests dargestellt. Die Anzahl der Teilnehmenden schwankt, da die Bewertung "weiß nicht" nicht berücksichtigt wurde. Gepaarte t-Tests wurden nur in den Fällen berechnet, in denen Messwerte zu den Zeitpunkten vor und nach der Studie vorlagen (n=27).**

	Lübeck			Münster						d	T	p
	Prä			Prä			Post					
	n	M	SD	n	M	SD	n	M	SD			
Verständnis für die verschiedenen Formen und Aspekte häuslicher Gewalt in der Bevölkerung	17	2.47	1.18	37	2.87	0.88	28	4.29	0.53	1.90	7.89	<.001
Relevante Richtlinien, Gesetze und Vorschriften, die die Arbeit gegen häusliche Gewalt betreffen	17	1.94	0.83	37	2	0.75	28	3.75	0.52	2.65	13.24	<.001
Identifizierung von Opfern häuslicher Gewalt und Bewertung von Risiken im Zusammenhang mit häuslicher Gewalt	17	2.47	1.01	36	2.56	0.74	28	4.18	0.39	2.64	7.78	<.001
Zusammenarbeit mit anderen Ersthelfern und Ersthelferinnen, die in ihrer Region in Fällen von häuslicher Gewalt tätig sind	17	2.65	1.12	36	2.25	0.84	27	3.96	0.34	2.54	7.57	<.001



**Abbildung 2: Kompetenzniveau in Bezug auf die regionale Zusammenarbeit mit anderen Ersthelfenden in Fällen von häuslicher Gewalt**

## 4. Diskussion

In diesem Projektbericht stellen wir einen neu entwickelten klinischen Wahlpflichtkurs zu häuslicher Gewalt und dessen Evaluation vor. Unseres Wissens nach, bietet die medizinische Fakultät der Universität Münster den ersten Wahlpflichtkurs zu häuslicher Gewalt für Medizinstudierende in Deutschland an. Auch international gibt es nur eine begrenzte Anzahl von Kursen zu diesem Thema für Ärzte und Ärztinnen (z.B. in Australien [16]). Die Bewertung des Wissens über häusliche Gewalt ergab, dass unter Medizinstudierenden ein großer Bedarf an Schulungen zum Thema häusliche Gewalt besteht. Die Studierenden sind der Meinung, dass das Wissen über häusliche Gewalt in der Medizin wichtig ist, aber gleichzeitig haben sie das Gefühl, dass ihr Wissensstand und ihre Kompetenz in Bezug auf häusliche Gewalt gering sind.

Das theoretische Hintergrundwissen und die Fallstudien des Wahlfachs wurden von den meisten Studierenden als sehr informativ und nützlich eingestuft. Sowohl der Aufbau als auch die Inhalte des Kurses scheinen gut geeignet zu sein, um Wissen über häusliche Gewalt angemessen zu vermitteln. Die Studierenden bewerteten das Wahlfach als relevant für ihre zukünftige ärztliche Tätigkeit.

Allerdings haben wir nur die persönliche Einschätzung der Studierenden zu ihrem eigenen Wissensstand erhoben und es gibt keine objektiven Daten zum Wissenszuwachs in Form eines Tests oder Ähnlichem. Ebenso wäre es wünschenswert gewesen zu einem weiteren Messzeitpunkt – beispielsweise einige Wochen nach dem Kurs – Daten darüber zu erheben, inwieweit das erlangte Wissen noch vorhanden ist. Eine Analyse der Umsetzung des erworbenen Wissens in der Praxis aus Sicht der Studierenden

den oder Lehrenden würde ebenfalls weitere Aussagen über den Erfolg des Kurses ermöglichen.

Bei den statistischen Analysen der Befragung wurde davon ausgegangen, dass die Abstände zwischen den Punkten auf der Likert-Skala gleich sind, was die Behandlung der ordinalen Daten als metrisch erlauben würde. Wir haben dies im Rahmen der Studie aufgrund der numerischen Verankerung angenommen, dennoch würde es die Auswertung stabiler machen, wenn eine vorherige Erhebung an einer unabhängigen Stichprobe darüber hinaus möglich gewesen wäre.

Da die Teilnahme an diesem Kurs freiwillig und nicht Teil des medizinischen Pflichtcurriculums war, konnten wir nur eine kleine Gruppe von Studierenden für dieses wichtige Thema sensibilisieren. Eine weitere Einschränkung unserer Evaluierung besteht darin, dass sich möglicherweise Studierende für den Kurs angemeldet haben, die bereits an diesem Thema interessiert oder dafür sensibilisiert waren. Da es sich um eine freiwillige Evaluierung handelte, ist es möglich, dass Studierende, die sich für dieses Thema interessierten und denen der Kurs besonders gefiel, eher bereit waren, an dieser Evaluierung teilzunehmen. Darüber hinaus liegen uns keine Daten der Lübecker Studierenden nach der Schulung vor, da niemand bereit war, an der Post-Evaluation teilzunehmen. Aufgrund des ungleichen Geschlechterverhältnisses in den Kursen sind Aussagen darüber, inwieweit die Ergebnisse für Männer und Frauen gleichermaßen gelten, nur bedingt möglich.

Da das Geschlechterverhältnis in der Lehrveranstaltung nicht dasjenige des Studiengangs widerspiegelt, stellt sich die Frage, ob sich die Aussagen auf überwiegend weibliche Teilnehmerinnen beschränken und warum das Interesse der männlichen Studierenden an der Thematik eher gering ist. Bestimmte Geschlechtsaspekte konnten im Rahmen der Lehrveranstaltungen daher nur bedingt angesprochen werden, was den Lerngewinn minimiert haben könnte.

Nach unserer Auswertung ist es von großer Bedeutung, alle Medizinstudierenden für das Thema zu sensibilisieren. Das große Interesse der Studierenden in Münster an diesem Wahlfach teilzunehmen, zeigt, dass die Studierenden die Möglichkeit schätzen ihre eigenen Gedanken über häusliche Gewalt offen zu diskutieren und auszudrücken. Gleichzeitig zeigt es, wie wenig die Studierenden über dieses Thema wissen und wie groß der Bedarf an Informationen über häusliche Gewalt in der Medizin ist.

## 5. Schlussfolgerungen

Unsere Evaluierungsergebnisse haben bestätigt, dass das vorhandene Wissen über häusliche Gewalt in der Medizin nicht ausreicht und es an Lehrmaterial mangelt. Unser klinischer Wahlpflichtkurs für Medizinstudierende scheint gut geeignet zu sein, diese Lücke zu schließen und Wissen über häusliche Gewalt zu vermitteln. Wir empfehlen, Aspekte des Umgangs mit häuslicher Gewalt

in der Medizin als Teil eines Pflichtcurriculums zu integrieren.

## Förderung

Das IMPRODOVA-Projekt wurde von der Europäischen Union im Rahmen des Forschungs- und Innovationsprogramms Horizont 2020 unter der Fördervereinbarung Nr. 787054 gefördert. Wir möchten uns bei unseren IMPRODOVA-Partnern und -Partnerinnen bedanken, ohne deren Beitrag die Trainingsplattform nicht möglich gewesen wäre.

## Interessenkonflikt

Die Autor\*innen erklären, dass sie keinen Interessenkonflikt im Zusammenhang mit diesem Artikel haben.

## Anhänge

Verfügbar unter <https://doi.org/10.3205/zma001577>

1. Anhang\_1.pdf (134 KB)  
Beispielhafter Ablauf eines Kurses, der jederzeit geändert oder ergänzt werden kann
2. Anhang\_2.pdf (120 KB)  
Hausaufgabe
3. Anhang\_3.pdf (127 KB)  
Verwendeter Fragebogen, um das Vorwissen der Studierenden aus Münster und Lübeck zum Thema häusliche Gewalt vor unserem Wahlfach zu ermitteln
4. Anhang\_4.pdf (149 KB)  
Verwendeter Fragebogen, um das Fachwissen der Studierenden aus Münster über häusliche Gewalt nach unserem Wahlfach zu ermitteln
5. Anhang\_5.pdf (130 KB)  
Liste von Begriffen und deren Häufigkeit, mit der Studierende in den Evaluationen die verschiedenen Formen von häuslicher Gewalt benennen

## Literatur

1. Sardinha L, Maheu-Giroux M, Stöckl H, Meyer SR, García-Moreno C. Global, Regional, and National Prevalence Estimates of Physical or Sexual, or Both, Intimate Partner Violence against Women in 2018. *Lancet*. 2022;399(10327):803-813. DOI: 10.1016/S0140-6736(21)02664-7
2. United Nations. What is domestic abuse? New York: United Nations. Zugänglich unter/available from: <https://www.un.org/en/coronavirus/what-is-domestic-abuse>
3. Sondern L, Pfeleiderer B. The Challenge of Involving Medical Doctors as Important Frontline Responders in Fighting Domestic Violence. *Eur Law Enforcement Res Bull*. 2021;(21):141-150. Zugänglich unter/available from: <https://bulletin.cepol.europa.eu/index.php/bulletin/article/view/414>

4. Edwardsen EA, Horwitz SH, Pless NA, le Roux HD, Fiscella KA. Improving identification and management of partner violence: examining the process of academic detailing: a qualitative study. *BMC Med Educ.* 2011;11:36. DOI: 10.1186/1472-6920-11-36
  5. Pfeleiderer B, Juszczyc P. Development of a Training Platform on Domestic Violence. In: Lobnikar B, Vogt C, Kersten J, editors. *Improving Frontline Responses to Domestic Violence in Europe.* Maribor: University Press; 2021. p.297-318. DOI: 10.18690/978-961-286-543-6.17
  6. Pfeleiderer B, Juszczyc P. Recommendations for an Innovative Gender-sensitive Training and Education for Various Frontline Responder Groups. In: Lobnikar B, Vogt C, Kersten J, editors. *Improving Frontline Responses to Domestic Violence in Europe.* Maribor: University Press; 2021. p.319-327. DOI: 10.18690/978-961-286-543-6.18
  7. Lobnikar B, Vogt C, Kersten J. Roadmap Towards an Integrated European Response to Domestic Violence. In: Lobnikar B, Vogt C, Kersten J, editors. *Improving Frontline Responses to Domestic Violence in Europe.* Maribor: University Press; 2021. p.329-341. DOI: 10.18690/978-961-286-543-6.19
  8. Herbingler P, Neunkirchner M, Leonhardmair N. European Legislation to Fight Domestic Violence. *Eur Law Enforcement Res Bull.* 2020;(20):141-154. Zugänglich unter/available from: <https://bulletin.cepol.europa.eu/index.php/bulletin/article/view/415>
  9. Vogt C. Interagency Cooperation. *Eur Law Enforcement Res Bull.* 2020;(19):153-156. Zugänglich unter/available from: <https://bulletin.cepol.europa.eu/index.php/bulletin/article/view/412>
  10. Sondern L, Pfeleiderer B. Why the integration of sex and gender aspects will improve Domestic Violence Risk Assessment. *Eur Law Enforcement Res Bull.* 2020;(20):155-156. Zugänglich unter/available from: <https://bulletin.cepol.europa.eu/index.php/bulletin/article/view/413>
  11. IMPRODOVA. Country Reports and Cross-National Comparison on the Implementation of International Norms and National Best Practices of Frontline Responders. Münster: IMPRODOVA Consortium; 2020. Zugänglich unter/available from: [https://www.improdova.eu/pdf/IMPRODOVA\\_D2.2\\_Norms\\_and\\_Best\\_Practices\\_of\\_Frontline\\_Responders.pdf?m=1585673378&](https://www.improdova.eu/pdf/IMPRODOVA_D2.2_Norms_and_Best_Practices_of_Frontline_Responders.pdf?m=1585673378&)
  12. George E, Phillips CH, Shah N, Lewis-O'Connor A, Rosner B, Stoklosa HM, Khurana B. Radiologic Findings in Intimate Partner Violence. *Radiology.* 2019;291(1):62-69. DOI: 10.1148/radiol.2019180801
  13. Loh A, Simon D, Rockenbauch K, Härter M. Partizipative Entscheidungsfindung–Stellenwert und Verbreitung in der medizinischen Ausbildung. *Z Med Psychol.* 2006;15(2):87-92.
  14. Porst R. Fragebogen. Ein Arbeitsbuch. 4. Aufl. Wiesbaden: VS Verlag; 2014.
  15. Schnell R, Hill PB, Esser E. Methoden der empirischen Sozialforschung. 10. Aufl. Oldenburg/München: Oldenburger Verlag; 2014.
  16. Dragiewicz M, Gover AR, Miller SL, Naccarelli J, Paradiso B. Innovative University Programs for Teaching about Domestic Violence. *J Crim Justice Educ.* 2013;24(4):594-611. DOI: 10.1080/10511253.2013.837941
- Korrespondenzadresse:**  
 Prof. Dr. med. Dr. rer. nat. Bettina Pfeleiderer  
 Universität Münster, Klinik für Radiologie,  
 Albert-Schweitzer-Campus 1, Gebäude A16, 48129  
 Münster, Deutschland  
 pfeleide@wwu.de
- Bitte zitieren als**  
 Juszczyc P, Sondern L, Pfeleiderer B. Introduction and evaluation of a clinical compulsory elective course on domestic violence. *GMS J Med Educ.* 2022;39(5):Doc56.  
 DOI: 10.3205/zma001577, URN: urn:nbn:de:0183-zma0015772
- Artikel online frei zugänglich unter**  
<https://doi.org/10.3205/zma001577>
- Eingereicht:** 27.12.2021  
**Überarbeitet:** 16.08.2022  
**Angenommen:** 22.08.2022  
**Veröffentlicht:** 15.11.2022
- Copyright**  
 ©2022 Juszczyc et al. Dieser Artikel ist ein Open-Access-Artikel und steht unter den Lizenzbedingungen der Creative Commons Attribution 4.0 License (Namensnennung). Lizenz-Angaben siehe <http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>.