

Einschätzung des Gewaltpotenzials in Beziehungen

Strukturierter Fragebogen zur Einschätzung von Gefährdungssituationen in (früheren oder aktuellen) Beziehungen.

Eskalation & akute Gefahr

- Ist der Misshandler zunehmend gewalttätiger oder gefährlicher geworden?

<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Weiß nicht
-----------------------------	-------------------------------	-------------------------------------

- Hat sich die Häufigkeit seiner Angriffe erhöht?

<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Weiß nicht
-----------------------------	-------------------------------	-------------------------------------

- Glauben Sie, dass er Sie ernstlich verletzen oder töten könnte?

<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Weiß nicht
-----------------------------	-------------------------------	-------------------------------------

Schwere Gewaltformen

- Hat er Sie so verletzt, dass medizinische Hilfe nötig war?

<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Weiß nicht
-----------------------------	-------------------------------	-------------------------------------

- Hat er Sie jemals gewürgt?

<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Weiß nicht
-----------------------------	-------------------------------	-------------------------------------

- Hat er Sie sexuell missbraucht?

<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Weiß nicht
-----------------------------	-------------------------------	-------------------------------------

- Hat er Sie während einer Schwangerschaft attackiert?

<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Weiß nicht
-----------------------------	-------------------------------	-------------------------------------

Drohungen & Waffen

- Hat er Ihnen mit dem Tod gedroht?

<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Weiß nicht
-----------------------------	-------------------------------	-------------------------------------

- Hat er eine Waffe gegen Sie eingesetzt oder angedroht?

<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Weiß nicht
-----------------------------	-------------------------------	-------------------------------------

- Hat er Zugang zu Waffen?

<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Weiß nicht
-----------------------------	-------------------------------	-------------------------------------

Kontrolle & Isolation

- Kontrolliert oder überwacht er Sie stark (Eifersucht, Besitzdenken)?

<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Weiß nicht
-----------------------------	-------------------------------	-------------------------------------

- Wurden Sie von Hilfe oder Kontakten isoliert?

<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Weiß nicht
-----------------------------	-------------------------------	-------------------------------------



Trennung & Stressfaktoren

- Gab es eine Trennung oder einen Trennungsversuch in den letzten 12 Monaten?

<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Weiß nicht
-----------------------------	-------------------------------	-------------------------------------

- Gab es ungewöhnliche Stresssituationen?

<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Weiß nicht
-----------------------------	-------------------------------	-------------------------------------

Vorgeschichte & Muster

- Begeht der Misshandler andere strafbare Handlungen?

<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Weiß nicht
-----------------------------	-------------------------------	-------------------------------------

- Hat er andere Personen misshandelt?

<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Weiß nicht
-----------------------------	-------------------------------	-------------------------------------

- Konsumiert er exzessiv Alkohol oder Drogen?

<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Weiß nicht
-----------------------------	-------------------------------	-------------------------------------

- Zeigte er Reue nach Vorfällen?

<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Weiß nicht
-----------------------------	-------------------------------	-------------------------------------

Quelle

Basierend auf dem **DAIP – Domestic Abuse Intervention Program (Duluth Model, USA)**. Deutsche Veröffentlichung: **AÖF – Verein Autonome Österreichische Frauenhäuser**, Informationsstelle gegen Gewalt, Wien · www.aofef.at. Die grafische Neugestaltung dient ausschließlich der besseren Lesbarkeit.