



Curriculum zum Modellprojekt „MIGG“

Medizinische Intervention gegen Gewalt an Frauen

GESINE-Netzwerk Gesundheit.EN
Schwelm

*Marion Steffens
Andrea Stolte
Ulrike Janz*



www.gesine-intervention.de

SIGNAL Intervention im Gesundheitsbereich gegen Gewalt e.V.

*Hildegard Hellbernd
Dr. med. Heike Mark
Angelika May
Karin Wieners*



S.I.G.N.A.L. e.V.
Intervention im
Gesundheitsbereich
gegen Gewalt

www.signal-intervention.de

Universitätsklinikum
Düsseldorf

*Priv.-Doz. Dr. med. H. Graß
Dr. med. L. Berendes
Prof. Dr. med. St. Ritz-Timme*



www.uniklinik-duesseldorf/rechtsmedizin

Universitätsklinikum
Schleswig-Holstein

*Dr. med. R. Schlenger
Prof. Dr. med. H.J. Kaatsch*



www.uni-kiel.de/rechtsmedizin

LMU München

*Priv.-Doz. Dr. med. E Mützel
Frau S. Lüscher
Prof. Dr. Dr. med. M. Graw*



www.rechtsmedizin-med.uni-muenchen.de

Inhaltsverzeichnis		Seite
1.	Einleitung	3
2.	Allgemeine Hinweise zur Durchführung von Fortbildungen	5
3.	Zielgruppe des Curriculums	6
4.	Fortbildungskonzept	7
	4.1 Ziele des Fortbildungskonzepts	7
	4.2 Zielgruppe de Fortbildungen	8
	4.3 Akquisekonzept	8
	4.4 Umsetzungskonzept	11
	4.5 Referentinnen und Referenten	13
	4.6 Implementierung in den Praxisalltag	14
	4.7 Informationsmaterialien	14
	4.8 Qualitätssicherung	16
5.	Konkrete Inhalte des Curriculums	17
6.	Zusammenstellung der Materialien zum Curriculum; siehe jeweilige Anlagen A – C	20
	6.1 Gesine Netzwerk (Anlage A)	
	6.2 SIGNAL e.V. (Anlage B)	
	6.3 Institut für Rechtsmedizin Düsseldorf (Anlage C)	
7.	Ergänzende Verweise	20

1. Einleitung

In die anhaltende Diskussion um eine bestmögliche Versorgung von Betroffenen von Gewalt (insbesondere Frauen und Kinder, aber auch Männer) sind neben Frauenunterstützungseinrichtungen und Kooperationsgremien gegen Häusliche Gewalt, seit einigen Jahren auch Mitarbeiter/innen der Gesundheitsversorgung, ärztliche und pflegerische Berufs- und Standesorganisationen, einzelne Krankenkassen und kassenärztliche Vereinigungen sowie wissenschaftliche Einrichtungen der Gesundheitsversorgung und –politik eingebunden.

Unbestritten ist die Schlüsselstellung von Gesundheitsfachkräften, da sie häufig die ersten und mitunter die einzigen Fachpersonen sind, die die gesundheitlichen Folgen von körperlicher, psychischer und sexualisierter Gewalt zu sehen bekommen. Patientinnen und Patienten können zielgerichtet unterstützt, wichtige Impulse zur Inanspruchnahme weiterer Hilfe gegeben und ein wichtiger Beitrag zur Gewaltprävention geleistet werden (Aktionsplan I und II des BMFSFJ, RKI Heft 42).

Im Alltag der Akteure im Gesundheitswesen wirken allerdings unterschiedliche Rahmenbedingungen und Barrieren auf Interventionsmöglichkeiten und –anforderungen ein. Häufig fällt es Betroffenen von Häuslicher und sexualisierter Gewalt schwer, von sich aus über erlittene Verletzungen zu berichten. Auf ärztlicher Seite ist es nicht selten eine Herausforderung mit der Gewaltproblematik angemessen umzugehen. Als eigenständige Wirtschaftsbetriebe gelten für Arztpraxen spezifische Faktoren: „Zeit“ ist ein sehr knappes Gut. „Sprechende Medizin“ wird nur gering honoriert. Praxisteam sind in der Regel nicht an Runden Tischen gegen Häusliche Gewalt vertreten und mit psychosozialen Unterstützungseinrichtungen vernetzt; die Zusammenarbeit muss in der Regel erst organisiert werden.

Mit dem Modellprojekt „Medizinische Intervention gegen Gewalt“ (MIGG) hat das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend ein Projekt zur Unterstützung von niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten bei der Intervention gegen Gewalt gefördert: Als Ziel benennt das BMFSFJ *„die Weiterentwicklung und Erprobung eines praxisorientierten Konzeptes zur optimalen Schulung und Begleitung niedergelassener Ärztinnen und Ärzte als Grundlage für eine bundesweite Verbreitung eines praxistauglichen, qualitätsgesicherten und damit nachhaltigen Programms durch:*

- *Sensibilisierung und Fortbildung der beteiligten Arztpraxen*
- *Verbesserung der rechtsverwertbaren Dokumentation sowie*
- *Ausbau einer vernetzten Zusammenarbeit zwischen dem Gewalt-Interventions-System und der ambulanten gesundheitlichen Versorgung.“*

In der dreijährigen Laufzeit des Projekts (2008 - 2010) wurden existente Ansätze und Modelle guter Praxis zusammengeführt und in Form adaptierter Maßnahmen an fünf Standorten modellhaft in Arztpraxen erprobt. Das Projekt „Medizinische Intervention gegen Gewalt“ wurde von Projektträgern durchgeführt, die über langjährige und unterschiedliche Erfahrungen in der Versorgung gewaltbetroffener Frauen, in der Implementierung von Interventionskonzepten bei häuslicher Gewalt und über Erfahrungen mit der Vernetzung interdisziplinärer Berufsgruppen verfügen:

- Institut für Rechtsmedizin am Universitätsklinikum Düsseldorf (langjährige Erfahrungen in Dokumentation und Begutachtung von Gewaltopfern [z.B. Ambulanz für Gewaltopfer am Universitätsklinikum Düsseldorf], in Vernetzungsarbeit innerhalb und außerhalb der medizinischen Versorgungsstrukturen, sowie medizindidaktische Kenntnisse und Erfahrungen mit Entwicklung von Medien/Material zur Nutzung in der Gewaltopferbetreuung; auch an den anderen Standorten (Rechtsmedizinische Institute in Kiel und München) vergleichbare Voraussetzungen)
- GESINE Netzwerk Gesundheit EN – Intervention gegen Häusliche Gewalt – Ennepe-Ruhr-Kreis (langjährige Erfahrung: in der Entwicklung und Koordination regional angepasster, vernetzter Interventions- und Versorgungskonzepte bei Häuslicher Gewalt, der Entwicklung berufsgruppenspezifischer Fortbildungscurricula, der Planung und Durchführung von Fortbildungen (berufsgruppenspezifisch und multiprofessionell, „train the Trainer“), im Coaching von Einzelpersonen, Einrichtungen und Netzwerken zur Implementierung eines gewaltsensiblen Versorgungs- Interventionskonzeptes, in der Entwicklung von Arbeitshilfen und sonstiger Materialien)
- SIGNAL – Intervention im Gesundheitsbereich gegen Gewalt e.V., Berlin (langjährige Erfahrung in Entwicklung, Begleitung und Evaluation von Interventionsprogrammen im stationären Versorgungskontext - komplexes großstädtisches Versorgungsangebot, vielfältige psychosoziale Infrastruktur, Entwicklung von Materialien, Curriculum, umfassende Fortbildungserfahrungen)

Auf der Grundlage eines interaktiven Fortbildungsangebotes an die Modellpraxen unter Aufbau einer regionalen Vernetzung mit den verschiedenen Hilfeangeboten für Gewaltopfer wurden gemeinsam mit den beteiligten Arztpraxen an allen Standorten tragfähige Strategien für eine gewaltsensible und vernetzte medizinische Versorgung für Betroffene von Gewalt erprobt.

Im vorliegenden Curriculum sind die Erfahrungen in der Gestaltung und Umsetzung von Fortbildungen aus dem Modellprojekt zusammengestellt.

Alle Veranstaltungen wurden von der Gesellschaft für Sozialwissenschaftliche Frauen- und Genderforschung e. V. in Frankfurt am Main erfolgreich evaluiert.

Im Rahmen von Fortbildungen im Gesundheitswesen sollte eine Zertifizierung der Veranstaltung bei der jeweils zuständigen Landesärztekammer beantragt werden, im diesem Kontext erfolgt dann auch regelhaft eine Evaluation der Fortbildung.

2. Allgemeine Hinweise zur Durchführung von Fortbildungen und Anforderungen an die Durchführungsverantwortlichen

Informations- und Fortbildungskonzepte für Arztpraxen bedürfen der Berücksichtigung regionaler Besonderheiten und insbesondere der konkreten Situation der Ärztinnen und Ärzte sowie ihrer Praxisteam. Das heißt, es gibt nicht „das eine richtige“ Vorgehen, es bedarf vielmehr einer flexiblen Planung und Umsetzung, welche die konkreten Rahmenbedingungen, Situationen und Bedürfnisse reflektiert. In der besonderen Betonung dieses Aspekts liegt einer der innovativen, auf Nachhaltigkeit setzenden Aspekte dieses Schulungskonzepts (vgl. Fortbildungskonzept). Von wesentlicher Bedeutung ist zudem eine möglichst hohe Praxis- und Handlungsorientierung. Konkrete Fallbeispiele, praktische Dokumentationsübungen und Rollenspiele, auch unter Einsatz von Simulationspatientinnen, oder beispielhafte Film- bzw. Videosequenzen, sind wesentliche Methoden und Instrumente, um alle Details einer optimalen Versorgung von Gewaltopfern konkret zu erproben und zu diskutieren. (siehe Empfehlungen für die ärztliche Fortbildung, Bundesärztekammer, Hrsg., Auflage 3, 2007). Die Vermittlung von Grundlagen- und Überblickswissen sowie die Sensibilisierung der Teilnehmenden für die Dynamik und die Situation der Betroffenen kann mit diesen praxis- und handlungsorientierten Übungen verschränkt und notwendiges Fachwissen durch begleitende schriftliche Materialien zur Fortbildung vertieft werden.

Um eine sinnvolle und häufig notwendige Vernetzung mit dem psychosozialen Unterstützungsnetz herzustellen und die jeweiligen lokalen Zugänglichkeiten, Einrichtungen und Angebote unmittelbar präsentieren zu können, empfiehlt es sich, die regionalen psychosozialen Hilfeeinrichtungen im Sinne einer interdisziplinären Durchführung von Fortbildungen in die Veranstaltungskonzeption und -durchführung mit einzubinden. Im Einzelnen sollten hierbei folgende Institutionen Beachtung finden:

- Frauenberatungsstelle
- Rechtsmedizinische Gewaltopferambulanz oder Beratung
- Psychotraumatologische Versorgung
- Polizei + Staatsanwaltschaft
- Beratungsstelle für Frauen mit Migrationshintergrund
- Jugendamt + Kinderschutzambulanz

In ihrem Aufbau orientieren sich die Fortbildungen an der Kategorie C der Empfehlungen für die ärztliche Fortbildung der Bundesärztekammer, d.h. als Fortbildung mit konzeptionell vorgesehener Beteiligung jeder einzelnen teilnehmenden Person. Somit wird am ehesten eine optimale Sensibilisierung und Handlungskompetenz erreicht.

Das Fortbildungsangebot bezieht ausdrücklich auch das Praxispersonal ein, denn ein gemeinsamer Sachstand und ein gemeinsames Handlungskonzept sind für ein Praxisteam im hohen Maße alltagsrelevant. Die Teilnahme des Praxispersonals ist den Praxen allerdings freigestellt (hier sind u.a. organisatorische und finanzielle Aspekte zu beachten).

Die Durchführungsverantwortlichen sind vor diesem Hintergrund aufgefordert, die jeweils in der Ärzteschaft bestehenden konkreten Schulungs- und Unterstützungsbedarfe zu ermitteln und bedarfsadaptiert umzusetzen. Hierbei spielt auch die Qualität der Referentinnen und Referenten eine nicht unwesentliche Rolle, Anforderungen an die Referent/Innen siehe 3 Absatz 2 und 4.5

3. Zielgruppe des Curriculums

Das vorliegende Curriculum richtet sich insbesondere an Initiativen und Personen, die sich mit Chancen der Intervention und Prävention in der ambulanten medizinischen Versorgung befassen und die Versorgungssituation für Patientinnen und Patienten, die Gewalt erlebt haben oder erleben, verbessern möchten.

Das Curriculum bietet konkretes Informations- und Fortbildungsmaterial für Trainerinnen und Trainer, Dozentinnen und Dozenten sowie Expertinnen und Experten, die über Fachwissen zum Thema Häusliche und sexualisierte Gewalt, über didaktische Kenntnisse sowie über die erforderliche Empathie verfügen, um für einen aktiven Umgang mit der Problematik zu motivieren.

Die konkreten Inhalte des Curriculums mögen Leserinnen und Lesern, die sich bereits mit der Problematik befassen, vertraut sein. Anregend und weiterführend sind in diesem Fall vor allem die Vorgehensweisen der einzelnen Projektträger bei der Umsetzung der Fortbildungen sowie die Zusammenstellung der Informations- und Fortbildungsunterlagen.

4. Fortbildungskonzept

4.1 Ziele des Fortbildungskonzeptes

Mit dem Konzept soll eine Vermittlung von Handlungssicherheit in der medizinischen Versorgung gewaltbetroffener Frauen erfolgen und eine Nachhaltigkeit durch verbessertes Wissen (*Knowledge*), Reflexion der eigenen Haltung (*Attitude*), Bewusstsein eigener Vorurteile (*Belief*) und bedarfsgerechtes Verhalten (*Behaviour*) (angloamerikanische Abkürzung *KABB*) erwirkt werden. In Einzelnen sind folgende Stichworte von Bedeutung:

- Vermittlung eines praxistauglichen Interventionskonzeptes
 - Verschiedene Formen von Gewalt als Ursache von Krankheiten wahrnehmen – akute und chronische gesundheitliche Störungen als Folge von Gewalt erkennen
 - Verständnis um die Dynamik von Gewaltbeziehungen
 - Kinder als Zeugen und direkt/indirekt Betroffene mit wahrnehmen
 - sensibel ansprechen, offene, direkte Fragen stellen, zuhören, Gewalt als Unrecht benennen – Stellenwert von Routinebefragungen reflektieren können
 - die betroffene Person sensibel untersuchen und Verletzungen und psychischen Status fachgerecht und konkret dokumentieren
 - fachgerechte medizinische Versorgung durchführen
 - Schutzbedürfnis abklären
 - über spezialisierte Hilfeinrichtungen informieren, Bahnung weiterer Hilfen
 - spezifische Aspekte bei der Versorgung gewaltbetroffener Menschen mit Migrationshintergrund kennen
- Erwerb von zielgerichteter Handlungskompetenz für die Dokumentation und Gesprächsführung
- Berücksichtigung spezifischer Hindernisse, Reflexion eigener Barrieren und Ambivalenzen, Selbstschutz wahrnehmen, eigene Motivationsaspekte reflektieren
- Implementierung von Abläufen, Inhalten und Zuständigkeiten in das Praxismanagement
- Einbindung der Praxen in regional vorhandene psychosoziale Hilfenetzwerke – Stellenwert der Hilfenetzwerke und eigene verbindliche Rolle innerhalb derselben wahrnehmen
- Nachhaltigkeit und Verstetigung durch Begleitung, vertiefende Fortbildung und regelmäßigen kollegialen Austausch

Es soll eine Erweiterung der Qualifikation von Ärztinnen und Ärzten und ihrem Praxispersonal zum Themenbereich Gewalt gegen Frauen erreicht werden durch :

- ✓ Sensibilisierung und Fortbildung der beteiligten Arztpraxen,

- ✓ Verbesserung der rechtsverwertbaren Dokumentation (Implementierung von Standards und deren Einübung),
- ✓ Verbesserung der Gesprächsführung durch konkrete Wissensvermittlung und praktische Einübung,
- ✓ Austausch über die Strukturen des psychosozialen Hilfenetzwerkes und konkrete Einbindung in die jeweiligen Strukturen

4.2 Zielgruppen der Fortbildungen

Das Thema „medizinische Intervention gegen Gewalt im Geschlechterverhältnis“ spricht gerade die im Gesundheitsbereich Tätigen gezielt an. Konkret sind folgende Berufsgruppen von Bedeutung:

- Ärzteschaft mit den verschiedenen fachärztlichen Versorgungsaspekten. Schwerpunktartig sind die Bereiche Allgemeinmedizin und Gynäkologie, spezifisch aber auch die Pädiatrie anzusprechen, auch im Hinblick darauf, die Mütter der Kinder mit im Blick zu haben. Andere Facharzttrichtungen, gerade z.B Orthopädie und Unfallchirurgie aber auch Urologie, sind ebenfalls ausdrücklich erwünscht. Grundsätzlich ist davon auszugehen, dass Gewaltopfer in jedem Fachbereich der medizinischen Versorgung zu finden sein werden.
- Ärztliche und psychologische Psychotherapeuten
- Medizinisches Fachpersonal – hier empfiehlt sich auch eine separate nicht berufsübergreifende Fortbildung (siehe Gesine-Konzept)
- Hebammen
- Physiotherapeuten

4.3 Akquisekonzept

4.3.1 Erfahrungen

Ärztinnen und Ärzte gelten als für das Thema Häusliche Gewalt eher schwer zu erreichende Zielgruppe. Diese Erfahrung haben auch die Projektträgerinnen von MIGG in ihren jeweils eigenen Netzwerken im Vorfeld gemacht, bestätigt wurde sie in einer Bestandsaufnahme an den verschiedenen Projektorten zu Beginn des Modellprojektes, in der Mitarbeiterinnen von Frauenhäusern und Frauenberatungsstellen nach ihren diesbezüglichen Erfahrungen gefragt wurden. Im ärztlichen Bereich hat das Thema durchaus schon Interesse geweckt und auch gefunden, es steht aber in großer Konkurrenz zu anderen Fortbildungsangeboten bei begrenztem Zeitkontingent in der Ärzteschaft.

Erfahrungen im Netzwerk GESINE und auch an den anderen Standorten zeigen, dass eine kontinuierliche Einbeziehung niedergelassener Ärztinnen/Ärzten (N. Ä.) in die Vernetzung am ehesten durch eine intensive persönliche aufsuchende Kontaktpflege gelingt. Das dauerhafte und verlässliche „Andocken“ der N. Ä. erfordert regelmäßige Angebote, die eine hohe Praxisrelevanz haben müssen und die Zeit- und Organisationsstrukturen einer niedergelassenen Praxis einbeziehen. Hinsichtlich der Kooperationsbereitschaft lassen sich die für die Entwicklung eines Akquisekonzeptes relevanten Aussagen zur Zielgruppe Niedergelassene Ärztinnen und Ärzte wie folgt zusammenfassen:

<i>Kontakthemmende Faktoren</i>	<i>Kontaktfördernde Faktoren</i>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Arztpraxis ist ein eigenständiger Wirtschaftsbetrieb – Engagement innerhalb der Arbeitszeit bedeutet Einkommensverlust ▪ Hohe Arbeitsbelastung und Zeitmangel ▪ Honorare für Patientinnengespräche sind zu gering ▪ Multiprofessionelle Kooperation gehört nicht zum Arbeitsalltag ▪ Bürokratie hat stark zugenommen und senkt Bereitschaft zu Dokumentation 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ N. Ä. haben Kontakt zu gewaltbetroffenen Patientinnen – Praxisrelevanz des Themas ▪ Ärztinnen / Ärzte sind prinzipiell zu Fortbildungen verpflichtet und interessiert ▪ Weitervermittlung / Überweisung gehört zum Praxisalltag und entlastet ▪ N. Ä. sehen Chance auf größeren Behandlungserfolg bei gewaltbetroffenen Patientinnen ▪ Sinnvolle Arbeitshilfen können zur Entlastung führen ▪ Erlerntes kann auch an anderer Stelle im Praxisalltag sinnvoll eingesetzt werden z.B Fotodokumentation, motivierende Gesprächsführung ▪ Der kollegiale Austausch wurde von vielen Ärztinnen und Ärzten sehr positiv wahrgenommen

Um Ärztinnen/Ärzte erfolgreich für die Auseinandersetzung mit dem Thema Häusliche Gewalt zu motivieren, ist es notwendig, eine gute Balance zwischen einem Appell an ärztliche und menschliche Verantwortung auf der einen Seite – Stichwort Ethik - und Patientinnenorientierung als KundInnenorientierung (Werbefaktor!) auf der anderen Seite – Stichwort Ökonomie - zu erarbeiten.

4.3.2 Strategien und Umsetzung

1. **Schritt:** Die **Nutzung bereits bestehender Kontakte** im Netzwerk und die **persönliche Ansprache** sind wertvoll! Dabei kann das „Schneeballprinzip“ gut genutzt werden: Menschen, mit denen sie bereits kooperieren, die bereits selbst aktiv und für das Thema „begeistert“ sind, kenne/nennen weitere und/oder motivieren diese sogar selbst.
2. **Schritt:** **Vorstellung** des geplanten Interventionsprogramms bei relevanten Gremien/Institutionen der Stadt/Region, z.B.
 - Runde Tische gegen Häusliche Gewalt
 - Kommunale Gesundheitskonferenz, Sozialausschüsse
 - Weitere Arbeitskreise, z.B. zu sexualisierter Gewalt/Frühe Hilfen
 - Qualitätszirkel (Informationen hierzu über die regionale KV), Balintgruppen, ärztliche Netzwerke (die vor allem regional zunehmend an Bedeutung gewinnen) – Ärztestammtische (v.a. in den neuen Bundesländern)
 - Ärztekammer und Kassenärztliche Vereinigung, Ärztliche Fach- und Berufsverbände (z.B. Ärztinnenbund, DGPF, AKF, regionale Hausärzterverband und Berufsverband der Gynäkolog/Innen)
 - Im Rahmen von Fachtagungen und Fortbildungen (auch eigene)
 - Frauenunterstützungseinrichtungen, Gleichstellungsbeauftragte
 - Beratungsstellen, z.B. für Migrantinnen, Frauen mit Behinderung
 - (Gesundheits-/Frauen-)Politische SprecherInnen bzw. Gremien
3. **Schritt:** **Veröffentlichungen** in regionalen/lokalen Medien (Zeitung/Radio/Internet) sowie in Publikationen der Berufsverbände und Fachgesellschaften (Ärzteblatt, KV-Zeitschrift, KV-Online, Der Frauenarzt, Der Hausarzt, entsprechende Websites); auch die eigene Website zur Werbung nutzen!
4. **Schritt:** Briefe und/oder Emails an alle niedergelassenen Ärzte/Ärztinnen der Region bzw. Stadt.(Listen von Hausarztpraxen oder Gynäkologinnen über Fachgesellschaften/Berufsverbände, zentrale Notfallpraxen oder regionale Kassenärztliche Vereinigungen). Neben einem persönlichen Anschreiben und Informations-Faltblatt zum geplanten Projekt haben sich weitere Anlagen als sinnvoll und nützlich erwiesen:
 - Begleitschreiben der Ärztekammer (unterstreicht Seriosität und Professionalität!)
 - Begleitschreiben eines/einer bereits kooperierenden Arztes/Ärztin (Motivation aus „eigenem Stall“)
 - Rückantwort-Formular zum Faxen (kurzer, leichter Weg)

5. **Schritt:** Nach Auswertung der Rückantworten sollten direkt telefonisch oder persönlich Termine für kurzfristige **Akquise-Gespräche** (in der Regel in der Praxis) gemacht werden. Bei N. Ä. ist dies generell nicht ganz einfach zu bewerkstelligen, Ausdauer und Hartnäckigkeit sind hier angebracht! Gespräche unter Zeitdruck sind eher die Regel als die Ausnahme. Die Strukturierung des Gespräches durch eine schriftlichen Leitfaden ist anzuraten: auch ein standardisierter Fragebogen kann zur gleichzeitigen Erhebung von Basisdaten für die weitere Zusammenarbeit sinnvoll sein.
6. **Schritt:** Eine schriftliche, klar formulierte und nicht zu umfangreiche **Kooperationsvereinbarung** (direkt bei Abschluss des Akquisegesprächs von beiden Seiten zu unterschreiben oder wahlweise von Arzt/Ärztin – etwas - später), schafft eine konkrete, verbindliche Arbeitsgrundlage – und unterstreicht die Ernsthaftigkeit des geplanten Programms. Ärztinnen/Ärzte sind Verträge/Vereinbarungen gewöhnt – die tatsächliche Verbindlichkeit kann dann im Verlauf der Kooperation durchaus variieren.

Die Akquise-Schritte (besonders 1-3) können parallel erfolgen; sollte nach Schritt 5 das Akquiseziel – entweder die angestrebte Anzahl der kooperierenden Praxen oder eins der gewünschten Auswahlkriterien für Praxen noch nicht erreicht sein, sind weitere Maßnahmen in „zweiter Runde“ erforderlich.

4.4 Umsetzungskonzept

Im Folgenden werden die für wesentlich betrachteten Aspekte für eine zielführende Umsetzung erläutert.

4.4.1 Bedarfsplanung

Ein insbesondere regelmäßiger Aus- und Fortbildungsbedarf ist generell anzunehmen, alle bisherigen Untersuchungen dazu ergeben entsprechende Rückmeldungen aus dem Gesundheitswesen. Die individuellen Bedarfe von am Thema Interessierten können jedoch unterschiedlich sein, hier bewährt sich – wenn möglich – eine variable Angebotsstruktur, um diesen verschiedenen, inhaltlichen und auch zeitlichen Ansprüchen gerecht werden können. Eine gute Bedarfsplanung erhöht die Akzeptanz eines Angebotes. Im Modellprojekt variierten die Zeitfenster für die Veranstaltungen zwischen Halbtages- und Tagesveranstaltungen.

4.4.2 Bedarfsangepasste Konzeptentwicklung

Grundsätzlich basiert der vorgestellte Ansatz auf folgenden Inhalten:

- internationale Best-Practice Analyse, und den darin ausgewiesenen Lehrkonzepten (Stand 2011)

- eigene Erfahrungen in der Gewaltopferversorgung, insbesondere der Vernetzung der gesundheitlichen und psychosozialen Versorgung
- Kompetenzen im Bereich der Didaktik und Medizindidaktik der Hochschule (Simulationspatienten, multimediale Konzepte etc.)
- Kenntnisse der regionalen und überregionalen Organisations- und Kooperationsstrukturen der psychosozialen Unterstützungssysteme für gewaltbetroffene Frauen (z.B. Frauenberatungsstellen) bzw. andere Gewaltopfer und der Ärzteschaft (Fachgesellschaften, Ärztekammern, kassenärztliche Vereinigungen etc.)
- Sowie insbesondere auf folgenden Empfehlungen:
 - *Standards und Empfehlungen für die Aus- und Fortbildung zu Thema häusliche Gewalt“ des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 2002*
 - *Empfehlungen für die ärztliche Fortbildung, Bundesärztekammer Hrsg, Aufl. 3, 2007*
 - *Selbmann H., Kopp I.: Implementierung von Leitlinien in den Versorgungsalltag. Die Psychiatrie 2005, 2: 33-38*

4.4.3 Schulungskonzept – bedarfsgerechte Umsetzung

Die jeweiligen Schulungen sind generell in einem Gesamtkontext zu sehen. Die Sensibilisierung der Teilnehmer/innen wird bereits gebahnt durch ein Akquisekonzept mit Informationsmaterial im Vorfeld, ein Akquisegespräch (sofern möglich) und informativen Presseartikeln im Rahmen einer regionalen berufsgruppenspezifischen Informationskampagne.

Die darauf aufbauenden Basisschulungen bilden die in den zentralen, gemeinsamen Inhalten des MIGG-Curriculums aufgelisteten Inhalte ab. Dabei können zwei Blöcke auch in einem Termin zusammengefasst werden. Wichtig ist, dass neben einem informativen, wissensvermittelnden Anteil auch der Reflexion und praktischen Erprobung ausreichend Raum geboten wird.

- Für die praktische Umsetzung der Fortbildungen hat es sich bewährt, bedarfsgerecht alternative Termine für eine Schulung anzubieten, um die Teilnahmemöglichkeit zu erhöhen. Auch In-House-Veranstaltungen z.B. für größere Praxen oder Kliniken haben sich im Einzelfall bewährt. Vielfach bestehen schon regelmäßige Fortbildungstermine oder Teamsitzungen, die ein entsprechendes Zeitfenster anbieten oder zumindest einen Einstieg in die Thematik ermöglichen.
- Die Teilnehmerzahl sollte gerade bei den interaktiven Fortbildungen begrenzt sein, die Rollenspiele empfehlen sich in Gruppen von 4 - 6 Personen, damit auch jeder eine Rolle wahrnehmen kann. Die Gesprächsführung ist innerhalb von Fallvorstellungen und Rollenspielen, z.B. auch mit Simulationspatienten, die ent-

sprechend in der Darstellung und im Feedback geschult sind, zu vermitteln, nachdem ein theoretischen Input hierzu erfolgt ist.

- Dokumentationsübungen anhand von Fotos unter Zuhilfenahme von Kitteltaschenkarte, Körperschemata, Dokumentationsbogen und Formulierungshilfe haben sich bewährt, einen hohen Stellenwert hat auch das Einüben der Fotodokumentation, ggf. kann dies auch im Rahmen einer vertiefenden Fortbildung durchgeführt werden.
- Intensität und Zeitdauer der Fortbildung wird maßgeblich mitgeprägt von den Erwartungen und Bedarfen der Teilnehmer/Innen als auch durch das zur Verfügung stehende Zeitkontingent. Die Fülle der Inhalte erlaubt oft keine umfassende Darstellung aller Aspekte. Hier gilt „weniger ist mehr“ und „auf das Wesentliche konzentrieren“. Einige Elemente können auch in Form von Handouts vertieft werden.
- Die Bedeutung der Pausen für den persönlichen Austausch darf nicht unterschätzt werden, da sich hier vielfach sehr praxisbezogene und kontaktfördernde Gespräche entwickeln.

Neben der interaktiven Vermittlung der Gesprächsführung und Dokumentation sollte sich insbesondere auch das Netzwerk persönlich vorstellen, um erste Kontakte zu knüpfen und Austauschmöglichkeiten zu gewährleisten.

Bewährt haben sich die Durchführung von 2 - 3 Basismodulen (Zeitdauer 3,5 – 6 Stunden) und ergänzende vertiefende Fortbildungen, die zum Beispiel ca. zwei Mal jährlich im Rahmen weiterer Fortbildungen oder Qualitätszirkel angeboten werden können.

Damit ist auch eine Verstetigung und Begleitung im Sinne der Nachhaltigkeit gewährleistet. Um dieses Fortbildungskonzept durchzuführen und aufrechtzuerhalten, es auch als offenes Konzept, mit der Möglichkeit weitere Netzwerkpartner zu integrieren anzubieten und ggf. Informationen und Adressen zu aktualisieren, bedarf es jeweils einer regionalen Koordinierungsstelle, die auch nach der Initialphase mit einem festen Stellenanteil an einer Institution aus dem Hilfesystem verankert sein muss und Ressourcen für Materialien und Fortbildungsangebote zur Verfügung hat.

4.5 Referentinnen und Referenten

Ein wesentliches Konzept ist der multiprofessionelle Ansatz unter Einbeziehung von Referentinnen und Referenten sowohl aus den interdisziplinären medizinischen Bereichen (Allgemeinmedizin, Rechtsmedizin, Psychotherapie, Gynäkologie, Pädiatrie, Unfallchirurgie etc.) und den psychosozialen Versorgungsstrukturen als auch den rechtlich/polizeilichen Angeboten. Alle Referent/Innen sollten über langjährige Erfahrungen in ihrem jeweiligen Gebiet verfügen und dort aktuell auch tätig sein. Nur so kann eine authentische und praxisnahe Ver-

mittlung gewährleistet sein. Sie verfügen idealerweise weiterhin über zum Teil sehr umfangreiche Lehrerfahrungen und didaktische Kompetenz, (z.B. Moderation und Leitung von Rollenspielen oder Einsatz von SimulationspatientInnen). Auch medizindidaktische Konzepte gerade zum Themenbereich Kommunikation und Gesprächsführung sollten abrufbar sein.

Die Einbindung der regionalen Ansprechpartner/innen aus dem psychosozialen Hilfebereich (Frauenberatungsstelle, Psychotraumaambulanz, Kinderschutzambulanz etc.) gewährleistet zudem das persönliche Kennenlernen, Austauschmöglichkeiten mit erfahrenen Kräften und eine unmittelbare Kontaktmöglichkeiten. Dieses fördert die gegenseitige Zuweisung und den damit angestrebten, entlastenden Aspekt eines Netzwerkes. Gerade die entlastenden Möglichkeiten durch ein „mehr an Wissen und Handlungskompetenz“ erweisen sich als wichtige Motivationsfaktoren für die Akteure im Hilfesystem allgemein als auch speziell im Gesundheitswesen.

4.6 Implementierung in den Praxisalltag

Neben den oben erwähnten Aspekten der Nachhaltigkeit und des Bedarfes einer Koordinierungsstelle ist es für die Implementierung der Umsetzung des Interventionskonzeptes in die Praxis hoch relevant, neben Informations- und Schulungsangeboten verstetigende Angebote zu unterbreiten, die die Akteure im Gesundheitswesen in der alltäglichen Arbeit begleiten, den kollegialen Austausch fördern und das Thema präsent halten. Des Weiteren müssen wesentliche Aspekte für die Implementierung in das Praxismanagement (siehe dort) insbesondere zum Zeitmanagement und zu den Teamaufgaben mit vermittelt und im Rahmen der Praxisbegleitung vertieft werden.

4.7 Informationsmaterialien

Das Informationsmaterial (z.B. Flyer, Praxisordner, Desktopkarte, Med-Doc-Karte) unterstützt den Implementierungsprozess. Es muss leicht zugänglich, übersichtlich und kompakt sowie klar auf die Situation in der Praxis abgestimmt sein, um eine optimale Akzeptanz sowie einen möglichst großen praktischen Nutzen zu erreichen. Hierbei wird großer Wert auf eine entlastende Erfahrung im Umgang mit den Informationsmaterialien und Handlungsanleitungen gelegt. Solche Erinnerungshilfen und praxisadaptierte, regionalisierte Vorlagen unterstützen den Lern- und Implementierungsprozess gemäß den Empfehlungen für die ärztliche Fortbildung der Bundesärztekammer (2007) als auch den Implementierungsempfehlungen für Leitlinien des ÄZQ (Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin) (*Selbmann H., Kopp I.: Implementierung von Leitlinien in den Versorgungsalltag. Die Psychiatrie 2005, 2: 33-38*).

Es wurden die nachfolgend gelisteten Materialien erstellt bzw. genutzt (siehe auch Materialband Anhang A – C und Daten-DVDs)

GESINE-Netzwerk Gesundheit.EN, Schwelm

- Handouts
- Patientinnen -Informationsbroschüre „Mehr als das Herz gebrochen“ Gesundheitliche Folgen von Gewalt gegen Frauen
- Plakat: DIN A3 und DIN A4
- Handlungsleitfaden für ÄrztInnen: „Neue Wege zur Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung Gewaltbetroffener Frauen“
- Med-Doc Card
- Patientinnenkarte Scheckkartenformat (deutsch, türkisch, englisch, russisch)
- InfoCard Häusliche Gewalt (Desktop-Karte Din A4, beidseitig bedruckt, laminiert, Ausgaben für HausärztInnen, GynäkologInnen, KinderärztInnen)
- Pro-aktiv-Faxformular als niedrigschwelliges Beratungsangebot für gewaltbetroffene PatientInnen
- Dokumentation GESINE/MIGG-Fachtag 2009: *„Nicht nur seine Schläge verletzen!“ Psychische Gewalt und ihre Folgen*
- Dokumentation GESINE/MIGG-Fachtag 2010: *„Grenzüberschreitung – Wege zur Unterstützung und gesundheitlichen Versorgung gewaltbelasteter Migrantinnen“*
- Dokumentationsbögen und Informationen dazu für ÄrztInnen und PatientInnen

SIGNAL e.V. Berlin

- Handouts
- Leitfaden und Handlungsempfehlungen
- S.I.G.N.A.L. – Dokumentationsbogen und Empfehlungen (Charité, Rechtsmedizin)
- Tischkarte „Intervention bei häuslicher Gewalt – Ablaufdiagramm und S.I.G.N.A.L.Handlungsleitfaden)
- Informationsmaterialien für Patientinnen (mehrsprachiger Flyer „Wenn Partnerschaft verletzend wird...“), Notfallkarte (kurze und lange Variante)
- Plakat

Institut für Rechtsmedizin am Universitätsklinikum Düsseldorf

- Handouts (siehe umfangreiche Mappe) inklusive ausgewählte Artikel
- Anleitung zur Fotodokumentation, zugehöriges Lehrmodul (ppp)
- Med-Doc-Card (Kitteltaschenkarte mit wesentlichen Informationen zum Stichwort Gewaltopferversorgung)
- Formulierungshilfe für die Erstellung einer gerichtsfesten Dokumentation

- Vademecum (Praxismappe, kann in das QM der Praxis integriert werden, mit kompakten Informationen und Anleitungen)
- Desktop-Karte auf der Grundlage der von Gesine erarbeiteten Desktopkarten, mit komprimierter Information aus dem Vademecum für den Schreibtisch
- Plakat DIN A3, auf der Basis des von Gesine entwickelten Plakates
- Handouts
- Leitfaden und Handlungsempfehlungen

Hintergrundinformationen:

- RKI: Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 42: Gesundheitliche Folgen von Gewalt, 2008
- Müller/Schröttle: Lebenssituation, Sicherheit und Gesundheit von Frauen – Eine repräsentative Untersuchung zu Gewalt gegen Frauen in Deutschland – Zusammenfassung zentraler Studienergebnisse – 2004

Aus den Instituten für Rechtsmedizin wurden in Kiel und München vertiefende Fortbildungsangebote zu ausgewählten Themen (z.B. Migrationshintergrund und Gewalt) durchgeführt, in Düsseldorf wurde auf Wunsch der teilnehmenden Praxen ein Qualitätszirkel (z.B. Täterarbeit) gegründet und auch über die Projektphase hinaus etabliert. Die Arbeit in Qualitätszirkeln wird im Wesentlichen über die regionalen Kassenärztlichen Vereinigungen organisiert. Derartige Angebote bieten sich als Instrumente für eine Verstetigung an.

Für Interessierte am Curriculum und deren jeweilig regionaler, konkreter Umsetzung bieten die Projektleitungen individuelle Beratung und Unterstützung an, hierzu können auch weitere Materialien zur unmittelbaren oder mittelbaren Nutzung zur Verfügung gestellt werden; eine solche Dienstleistung wäre dann entgeltpflichtig.

4.8 Qualitätssicherung

Kontinuität, Verbindlichkeit und ausreichende Ressourcen sind unabdingbar für die nachhaltige Aufrechterhaltung von Strukturen zur medizinischen Intervention bei Gewalt im Geschlechterverhältnis. Dazu empfiehlt sich u.a.

- Regelmäßige Treffen zur Förderung des kollegialen Austausches, der eigenen Entlastung und der Fallbesprechungen in Form von Qualitätszirkeln oder Ärztekonzferenzen und weiterführenden Fortbildungen
- Feste Ansprechpartner/innen in Form einer Koordinierungsstelle, die auch die Netzwerkadressen und Materialien aktualisiert und Qualitätszirkel koordiniert.

- Feste Ansprechpartner/innen in der Rechtsmedizin für entsprechende Rückfragen der Kollegen/Innen und ggf. Vorstellung der Gewaltopfer in einer rechtsmedizinischen Einrichtung
- Verbindliche Regeln innerhalb des Netzwerkes, z.B feste Ansprechpartner/innen im Bereich der Frauenberatungsstellen (z.B. Faxanmeldung)
- Implementierung in das Praxismanagement – klare Abläufe und Verantwortlichkeiten
- Systematische Implementierung des Themas in übergeordnete Themen (z.B. das schwierige Gespräch, psychosomatische Grundversorgung, Prävention etc. und auch andere Qualitätszirkel)

5. Konkrete Inhalte des Curriculums

In das Curriculum wurden Fortbildungsinhalte aufgenommen, die an allen Standorten des Modellprojekts vermittelt wurden. Gemeinsam war allen Standorten ein interaktives modulares Fortbildungsprogramm, das auf denselben thematischen Schwerpunkten basiert. In der standortübergreifenden Reflexion der Fortbildungen hat sich folgendes gezeigt:

- Die jeweiligen Fortbildungsprogramme unterscheiden sich hinsichtlich der Zusammenstellung der einzelnen Module sowie in der zeitlichen Länge der Module an den einzelnen Standorten.
- Es gibt unterschiedliche Wege und Methoden der Umsetzung, die gleichermaßen erfolgreich sind (ärztliche wie auch nichtärztliche Referentinnen, methodische Ansätze aus Erwachsenenbildung oder Hochschuldidaktik, Arbeit mit Rollenspielen oder Simulationspatientinnen etc.).
- Fachlichkeit, Motivationsfähigkeit, Authentizität und Lehrqualifikation der Dozenten/innen sowie Praxisbezug sind von hoher Bedeutung.

Für das vorliegende Curriculum wurde ein gemeinsames „Basisfortbildungsprogramm“ zusammengestellt, das inhaltlich von allen Projektträgern durchgeführt wurde. Es beruht auf Interventionskonzepten für ärztliches Handeln bei Häuslicher Gewalt, die als internationale Standards in der Intervention und Prävention gelten (FVPP2002):

- Erkennen von gewaltbedingten Verletzungen und Beschwerden und aktives Ansprechen der Patientinnen auf mögliche Gewalterfahrungen.
- Detaillierte, rechtssichere Dokumentation der Verletzungen und Be-

schwerden.

- Gewährleistung von Schutz und Sicherheit für Betroffenen von Gewalt.
- Vermittlung von Informationen über weiterführende Behandlungs-, Beratungs-, und Zufluchtseinrichtungen.

Ziel des Fortbildungscurriculums ist die Vermittlung dieser Standards.

Die Inhalte des Curriculum beziehen sich auf erforderliches Fachwissen, Haltungen und Handlungskompetenzen, welche die Grundlage für ein praxistaugliches Interventionskonzept bei Häuslicher und sexualisierter Gewalt bilden.

Zentrale gemeinsame Inhalte des MIGG Curriculums

Baustein 1	Inhalte
<p>Häusliche und sexualisierte Gewalt – Hintergrundwissen</p> <p>Gewalt im Geschlechterverhältnis</p> <p>Gesundheitliche und sozio-ökonomische Folgen</p> <p>Rolle/Bedeutung der Gesundheitsversorgung</p>	<p>Gewalt im Geschlechterverhältnis</p> <ul style="list-style-type: none"> • Definition Gewalt im Geschlechterverhältnis („Häusliche Gewalt“, Gewalt in Paarbeziehung etc.) • Gewalt als Menschenrechtsverletzung • Formen, Ausmaß, Muster von Gewalt im Geschlechterverhältnis • Mythen zu häuslicher Gewalt • Einflussfaktoren und Risikofaktoren zu häuslicher Gewalt • Dynamik von Gewaltbeziehungen • Situation von Frauen in Gewaltbeziehungen („Warum bleiben Frauen in Gewaltbeziehungen?“) • Spezifische Lebenslagen (wie Frauen mit Migrationshintergrund, Frauen mit Behinderung ...) • Kinder als Betroffene von häuslicher Gewalt • Umgang mit Tätern/Täterinnen von Häuslicher Gewalt <p>Folgen von Gewalt</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gesundheitliche Folgen von Gewalt • Sozio-ökonomische Folgen von Gewalt <p>Bedeutung der Gesundheitsversorgung</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prävalenz in der medizinischen Versorgung • Aktuelle Versorgungssituation – Risiko von Fehlversorgung • Kosten für das Gesundheitssystem • Bedeutende Rolle von Gesundheitsfachkräften, Motivation • Barrieren, Ambivalenzen der Ärzteschaft • Barrieren, Erwartungen gewaltbetroffener Frauen
Baustein 2	Inhalte
<p>Intervention – Gesprächsführung</p> <p>Interventionsstandards: Erkennen Ansprechen</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Warnhinweise - Red Flags • Allgemeine Aspekte der Gesprächsführung • Spezifische Gesprächsführung bei Gewaltbelastung • Stellenwert des routinemäßigen Ansprechens von Gewalt • Selbstschutz und Selbstachtsamkeit

Baustein 3	Inhalte
Rechtssichere Dokumentation Bedeutung Befundung	<ul style="list-style-type: none"> • Bedeutung der rechtssicheren Dokumentation • Befundung und rechtssichere Dokumentation • Körperliche Gewalt • Sexuelle Gewalt • Spezielle Aspekte der Untersuchung • Aspekte psychischer Befundung • Dokumentationsbögen • Aspekte der Fotodokumentation • Berufsrechtliche Aspekte

Baustein 4	Inhalte
Aufklärung Weitervermittlung Vernetzung Informationen zu weiterführenden Schutz-, Beratungs- und Versorgungsangeboten	<ul style="list-style-type: none"> • Klärung von Schutz und Sicherheit • Aufklärung zu Folgen für Kinder • Informationen zu Schutz- und Beratungsangeboten bei häuslicher und sexualisierter Gewalt • Rechtliche Handlungsmöglichkeiten • Netzwerk „Gesundheit - Intervention gegen häusliche und sexualisierte Gewalt“ (medizinische, psychosoziale, psychotherapeutische, rechtliche, polizeiliche Angebote) • Vernetzung – ärztliche Praxis im Interventionsgeschehen

Vertiefende Fortbildungsmodule	Inhalte
	<ul style="list-style-type: none"> • Psychische Folgen häuslicher und sexualisierter Gewalt – Traumaforschung • Auswirkungen des Miterlebens Häuslicher Gewalt auf Kinder • Zusammenhang Gesundheit – Gewalt - Migration • Frauen mit Behinderung • Täter/innenarbeit • Stalking • K.O.-Tropfen • Praxismanagement

Praxisspezifische Besonderheiten, Schwierigkeiten bei der Umsetzung, Bearbeitung eigener Fälle und der kollegiale Austausch können (und sollten idealerweise) durch eine Fallsupervision, durch begleitende Qualitätszirkel oder andere Foren (z.B. Jour Fix, Fachtage) für einen regelmäßigen Austausch berücksichtigt werden. Innerhalb solcher Angebote können/sollten auch weitere Themen behandelt werden, die z.B. in einem kompakten Fortbildungsangebot nicht integriert werden können oder die während der Begleitung der Ärzteschaft eingebracht werden (z.B. Mobbing als psychische Gewalt, Gewalt in der Pflege, Kinder als Mitbetroffene, Gewalt in Beziehungen mit Migrationshintergrund, etc.).

Zur Ergänzung des Curriculums verweisen wir auf den Implementierungsleitfaden zum MIGG-Projekt, der von der wissenschaftlichen Begleitung des Modellprojekts erstellt wurde.

Durchführung der MIGG Fortbildungen

An allen Standorten des MIGG Modellprojekts gehörten die 4 thematischen Bausteine zum zentralen Bestandteil der Fortbildungen für Arztpraxen. Die Verknüpfung der einzelnen Module erfolgte bei den einzelnen Trägern des MIGG Modellprojekts in unterschiedlicher Form, ebenso unterschied sich der zeitliche Umfang, in welchem die einzelnen Fortbildungsmodule angeboten wurden.

Darüber hinaus wurden an den jeweiligen MIGG Standorten vertiefende themenspezifische Angebote gemacht. Solche aufbauenden Veranstaltungen wurden im Rahmen von Qualitätszirkel, als Fachfortbildungen oder im Rahmen von Fachtagen durchgeführt.

6. Zusammenstellung der Materialien zum Curriculum

- | | | |
|------------|---------------------------------|-------------------------|
| 6.1 | GESINE-Netzwerk Schwelm | – siehe Anlage A |
| 6.2 | SIGNAL e.V. Berlin | – siehe Anlage B |
| 6.3 | Rechtsmedizin Düsseldorf | – siehe Anlage C |

7. Ergänzende Verweise

Nachstehend finden sich weitere Verweise auf Arbeitsmaterialien, Literatur und Internetadressen, die für die Arbeit zum Thema Gewaltopferversorgung hilfreich sein können. Die Auswahl erhebt nicht den Anspruch auf Repräsentanz oder gar Vollständigkeit, sie soll als Anregung verstanden werden.

Zusätzlich finden sich Verweise auch zu Web-Adressen in den jeweiligen Materialzusammenstellungen der Projektleitungen (siehe dort).

Empfohlene Filme

- „Kehrtwende“ Spielfilm, ARD, 13.12.2011
http://programm.ard.de/TV/daserste/kehrtwende/eid_281066330854617#top
- Lehrfilme unter www.ava2.de
- „Öffne meine Augen“, Kinofilm, Deutsche Aussendung Start 08/2005

Empfohlene Literatur

Bücher/Info-Hefte

- Dutton MA: Gewalt gegen Frauen. Hans Huber Verlag, 2002
- Eichhorn M: Gewaltprävention in der Arztpraxis. Deutscher Ärzte-Verlag, 2009
- Fachstelle für Gleichstellung Stadt Zürich u.a.: Häusliche Gewalt erkennen und richtig reagieren. Hans Huber Verlag, 2007
- Gesundheitsberichterstattung des Bundes Heft 42.- Gesundheitliche Folgen von Gewalt, Hrsg. Robert-Koch- Institut, 2008
- Gesundheitsberichterstattung des Bundes Schwerpunktbericht Migration und Gesundheit. Hrsg. Robert-Koch- Institut, 2008
- Gesundheitsberichterstattung des Bundes Schwerpunktbericht Gesundheit von Frauen und Männern im mittleren Lebensalter. Hrsg. Robert-Koch- Institut, 2005
- GiG-net (Hrsg.): Gewalt im Geschlechterverhältnis. Barbara Budrich Verlag, 2008
- Herrmann B, Dettmeyer R, Banaschak S, Thyen U. Kindesmisshandlung, Springer Verlag. 2. Auflage, 2010
- Jungnitz L, Lenz, HJ, Puchert R, Puhe H, Walter W (Hrsg.): Gewalt gegen Männer. Barbara Budrich Verlag, 2007
- Mark H: Häusliche Gewalt gegen Frauen. Tectum Verlag, 2001
- Mitchell, Connie, Anglin, Deirdre: Intimate Partner Violence - A Health-Based Perspective, Oxford-University-Press, New York, 2009
- Oehmichen M, Kaatsch HJ, Bosinski HAG: Gewalt gegen Frauen und Kinder. Schmidt Römhild Verlag, 2004
- Spann W, Rauch E: Sexualdelikt und ärztliche Begutachtung. Ecomed Verlag, 1999

Weitere Literatur auch beispielhaft im Archiv der Deutschen Ärzteblattes

<http://www.aerzteblatt.de/v4/archiv/> z.B. zu Stichworten wie „häusliche Gewalt“, „sexuelle Gewalt“ oder „Kindesmisshandlung“

Web-Links

Siehe u.a. Materialzusammenstellung Rechtsmedizin Düsseldorf