



Teil A

**Handbuch zur Implementierung
von Interventionsprojekten
gegen häusliche Gewalt an Frauen:
das S.I.G.N.A.L.-Programm**

1 Wissenschaftliche Begleitung des S.I.G.N.A.L.-Projekts

1.1 Forschungsauftrag und Fragestellung

Die Begleitforschung zum S.I.G.N.A.L.-Interventionsprojekt wurde von Februar 2000 bis Ende März 2003 vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen, Jugend und Kinder (BMFSFJ) finanziert. Den Auftrag erhielt das Institut für Gesundheitswissenschaften der Technischen Universität Berlin. Als die wissenschaftliche Begleitung mit ihrer Arbeit begann, lag der Beginn des S.I.G.N.A.L.-Interventionsprojekts am UKBF knapp fünf Monate zurück. Die Entwicklung des Konzepts und der Beginn des Modellprojekts konnten deshalb nicht direkt verfolgt und ein Programm-Outcome gemessen an der Ausgangssituation nicht erfasst werden.

Das Interesse des Bundesministeriums lag in der wissenschaftlichen Beurteilung des Implementationsprozesses, um die Übertragbarkeit des Interventionsprojektes auf andere Krankenhäuser zu prüfen. Im Mittelpunkt der wissenschaftlichen Begleitung des S.I.G.N.A.L.-Interventionskonzepts am Universitätsklinikum Benjamin Franklin standen folglich der Prozess der Umsetzung und Verankerung der Intervention sowie die erzielten Wirkungen der entwickelten Interventionsbausteine.

Die wissenschaftliche Begleitung orientierte sich in ihrem inhaltlichen und methodischen Vorgehen an den Zielen des S.I.G.N.A.L.-Modellprojekts, das sich als ein komplexes Interventionsprogramm versteht. Es umfasst verschiedene Maßnahmen, mit denen das Versorgungsangebot für gewaltbetroffene Frauen verbessert werden soll. Die gesundheitlichen Folgen von Gewalt sollen erkannt und neben der medizinischen Versorgung soll eine psychosoziale und weitervermittelnde Beratung erfolgen (vgl. Kap. 2.6.). Mit dem Interventionsprogramm ist die Entwicklung und Anwendung unterschiedlicher Instrumente verbunden, die eine adäquate Versorgung garantieren sollen.

Diesen Prämissen entsprechend bestimmten folgende Fragestellungen das Vorgehen der wissenschaftlichen Begleitung:

Forschungsfragen hinsichtlich der *Klinikmitarbeiter/innen*

- *Wie werden die Träger/innen des Modellprojekts auf den neuen Arbeitsbereich vorbereitet und in ihm begleitet? Wie gelingt es, pflegerische, ärztliche und andere Mitarbeiter/innen für die Problematik zu sensibilisieren und für die Intervention zu qualifizieren? Welche Belastungen und welche zusätzlichen Unterstützungsanforderungen entstehen?*

Zur Zielgruppe des Projekts gehören Mitarbeiter/innen des Krankenhauses als Träger/innen von Veränderung und Interventionspotentialen. Angestrebt ist eine grundsätzliche Sensibilisierung der Pflegenden und Behandelnden gegenüber der Gewaltthematik und um die Entwicklung von Handlungskompetenz und -sicherheit, damit Patientinnen, die Gewalt erlitten haben, im Behandlungssetting adäquate Versorgung und Unterstützung erhalten. Fortbildungen des pflegerischen und ärztlichen Personals sind im Prozess der Sensibilisierung und Erlangung von Handlungskompetenz von entscheidender Bedeutung. Im Einzelnen sollte aufgezeigt werden, welche Voraussetzungen bei den Beschäftigten in der Gesundheitsversorgung erforderlich sind und unter welchen Bedingungen diese geschaffen werden können.

Forschungsfragen hinsichtlich der *bedingenden Faktoren und Ressourcen*

- *Welche internen und welche externen Bedingungen bzw. Einflussfaktoren wirken förderlich oder hemmend auf das Interventionsprojekt und seine Umsetzung?*
- *Welche zeitlichen, räumlichen, personellen und finanziellen Ressourcen benötigt das Projekt?*
- *Wie wird für eine kontinuierliche Überprüfung und Weiterentwicklung des Projekts gesorgt?*
- *Gelingt der Aufbau tragfähiger Kooperations- und Vernetzungsstrukturen nach innen wie außen?*

Ob die Implementierung eines Interventionsprojektes gelingt, hängt wesentlich von strukturellen Faktoren und Ressourcen ab. Aufgabe der wissenschaftlichen Begleitung war es, diese begünsti-

genden oder hemmenden Faktoren herauszufiltern, sowie die benötigten strukturellen und personellen Kooperationsressourcen zu beschreiben.

Forschungsfragen hinsichtlich der *Versorgungssituation* gewaltbetroffener Patientinnen

- *Welcher Versorgungsbedarf besteht für von Gewalt betroffene Frauen? Wie ist ihre gesundheitliche Situation? Welchen Bedarf formulieren sie? Wie bzw. in welcher Weise wird die medizinische und gesundheitliche Versorgung für misshandelte Frauen durch das Projekt verändert? Wie reagieren Frauen, die von Gewalt betroffen sind, auf das neue Unterstützungsangebot, und welche Bedürfnisse an Information und Hilfe formulieren sie?*

Gewaltbetroffene Patientinnen sind die Hauptzielgruppe des Interventionsprogramms. Wieweit im Rahmen des Projekts konkrete Veränderungen der gesundheitlichen Versorgung innerhalb des fest strukturierten Betriebs eines Universitätsklinikums umgesetzt werden konnten, sollte wissenschaftlich begleitet und beurteilt werden.

Ziel der wissenschaftlichen Begleitforschung war auch, Daten über den Versorgungsbedarf in der Ersten Hilfe sowie über Beschwerden und Verletzungen zu gewinnen, die sich als gewaltbedingt ausmachen lassen oder deretwegen sich von Gewalt betroffene Frauen an die Klinik wenden.

Forschungsfragen hinsichtlich der *Implementation*

- *Wie lassen sich die Ergebnisse und Erfolge des S.I.G.N.A.L.-Interventionsprogramms auf andere Krankenhäuser und Erste Hilfe-Stationen übertragen? Welche Organisationsformen sind dafür notwendig? Wie lässt sich ein Fortbildungs- und Schulungsangebot entwickeln und implementieren?*

Generell sollten die Möglichkeiten einer Übertragung des Modellprojekts auf andere Einrichtungen der medizinischen und gesundheitlichen Versorgung aufgezeigt werden. Im vorliegenden Handbuch sind die entsprechenden Empfehlungen und Handlungsanweisungen dargelegt.

1.2 Forschungs- und Evaluationsdesign

Ziel einer wissenschaftlichen Begleitung ist es, Aussagen über die Arbeitsweise, Ergebnisse und Wirkungen eines Projekts oder eines Programms zu treffen. Von besonderer Bedeutung ist eine Begleitforschung dann, wenn Modellprogramme neue Inhalte und Maßnahmen erproben und Ziele und Instrumente in diesem Prozess modifiziert werden müssen, bis sie sich als praktikabel erweisen. Mit dem S.I.G.N.A.L.-Programm wurde erstmals der Versuch unternommen, ein Interventionsprogramm gegen Gewalt an Frauen innerhalb eines Krankenhauses zu implementieren. Von der Begleitforschung wurde ein formativer Ansatz gewählt, der auf die Praxiserfordernisse und die konkrete Situation des Projekts abgestimmt war. Obwohl die Begleitforschung als externe Evaluation konzipiert und somit per Definition nicht in die direkte Projektarbeit eingebunden war, wurde vom Auftraggeber ausdrücklich eine enge Zusammenarbeit mit der Initiatorengruppe des S.I.G.N.A.L.-Projekts gewünscht.

1.2.1 Formative Evaluation

Aufgrund der sich darstellenden Problemfelder und Aufgaben schien die formative Evaluation eine geeignete Methode der wissenschaftlichen Begleitung zu sein, da sie insbesondere die Entwicklung innovativer Programme zu beschreiben vermag (Bortz/Döring 1995). Indem die Stärken und die Schwächen eines Programms frühzeitig aufgezeigt werden, kann zu einer Weiterentwicklung und Verbesserung eines Interventionsprogramms beigetragen werden. Sie zielt „weniger auf ein abschließendes Qualitätsurteil, als vielmehr auf die laufenden Bewertung und Verbesserung des Leistungsgeschehens ab“ (Badura/Strodtholz 1998).

Eine enge und kontinuierliche Kooperation mit den Projektträgerinnen und -mitarbeiterinnen war deshalb ein wesentlicher Bestandteil des gewählten Evaluationskonzepts. Arbeitsplanung und konkrete Erhebungsschritte richteten sich nach dem Stand der Projektentwicklung und den -erfordernissen und wurden mit der Steuerungsgruppe des Interventionsprojektes abgesprochen. Erkenntnisse aus Beobachtungen, Befragungen und Dokumentenanalyse wurden zurückgekoppelt, um zeitnah förderliche und hinderliche Faktoren bei der Projektimplementierung wahrzunehmen und für die Zielsetzung nutzen zu können. Zieldiskussionen mit den Projektträgerinnen dienten der inhaltlichen Orientierung.

Konkreten Einfluss auf den Projektverlauf nahmen die wissenschaftliche Begleitung durch eine regelmäßige Teilnahme an den Arbeitsgremien des Projekts, die Vermittlung des wissenschaftlichen internationalen Forschungsstands und die Unterstützung im Rahmen der Fortbildung – insbesondere für das ärztliche Personal des Klinikums.

1.2.2 Struktur-, Prozess- und Ergebnisevaluation

Die Evaluation des S.I.G.N.A.L.-Modellprojekts beinhaltet struktur-, prozess- und ergebnisorientierte Komponenten.

Zu den Aufgaben einer Begleitforschung gehört die Untersuchung der strukturellen Bedingungen eines Programms. Angesichts der Einbindung des S.I.G.N.A.L.-Projekts in die hierarchisch geregelten Versorgungs- und Arbeitsstrukturen eines Universitätsklinikums war die Einbeziehung der strukturellen Dimensionen für das Verständnis der Projektumsetzung und -implementation zentral (Knesebeck/Zamora et al. 1999). Bezüglich der strukturellen Merkmale des Projekts wurden die materiellen, personellen und zeitlichen Ressourcen, die dem Projekt zur Verfügung stehen, sowie Arbeitsstrukturen und Vernetzung untersucht.

Die Prozessevaluation bildete den Mittelpunkt der Begleitforschung. Sie will den Programmverlauf dokumentieren und verdeutlichen, wie das Projekt in der Praxis arbeitet und das Programm unter spezifischen Bedingungen umgesetzt werden kann. Hierzu sollte aufgezeigt werden, wie eine Sensibilisierung der Zielgruppen bezüglich der Gewaltthematik über Fortbildungen erreicht werden kann.

Ziel der Ergebnisevaluation ist es, die Wirkung von Programmen einzuschätzen sowie das Ausmaß zu zeigen, in dem die gesetzten Ziele erreicht wurden. Als Ergebnisindikatoren galten intervenierende Faktoren, die die Sensibilisierung des pflegerischen und ärztlichen Personals erhöhten und aus Sicht des Personals zu einer Verbesserung der Gesundheitsversorgung der Patientinnen führten.

1.2.3 Instrumente der Evaluation

Es wurde ein flexibles Evaluationskonzept gewählt. Ein Vorgehen mit bereits festgelegten Erhebungsschritten und -instrumenten wäre den Erfordernissen des Modellprojekts nicht gerecht geworden, da es sich mit seinen einzelnen Interventionsinstrumenten in unterschiedlichen Entwicklungs- und Umsetzungsstadien befand. Angesichts des komplexen Evaluationsansatzes bot sich eine multimethodische Vorgehensweise an, die in der Literatur unter dem Begriff „Triangulation“ angeführt wird (Flick 1995). Als Erhebungsinstrumente wurden qualitative, in der Regel problemzentrierte Leitfadenterviews, quantitative Befragungen mittels anonymer Fragebögen, Gruppendiskussionen und teilnehmende Beobachtungen gewählt. Eine ausführliche Darstellung der Erhebungsinstrumente erfolgt im wissenschaftlichen Bericht (vgl. Teil B: Kap. 7).

1.3 Bestandsanalyse zu Beginn der wissenschaftlichen Begleitung

Da S.I.G.N.A.L. zu Beginn der wissenschaftlichen Begleitung bereits seit fünf Monaten bestand, begann die wissenschaftliche Arbeit mit der Felderöffnung und Analyse des Projektstandes. Um den Implementierungsfortschritt zu explorieren, wurden qualitative, problemzentrierte Interviews mit den Projektinitiatorinnen und Mitgliedern der Steuerungsgruppe durchgeführt, Sitzungsprotokolle der Steuerungsgruppe analysiert, mit den Initiatorinnen eine Zieldiskussion geführt und Hospitationen in der Ersten Hilfe vorgenommen.

Es zeigte sich, dass S.I.G.N.A.L. bekannt war und die Berliner Anti-Gewalt-Projekte über das Angebot von S.I.G.N.A.L. informiert waren. Allgemein bestand ein breites Interesse an dem Programm. Flyer zur Beschreibung des Projektes und Plakate waren entwickelt worden. Alle Pflegekräfte der Ersten Hilfe waren geschult; eine schriftliche Evaluation der Schulungen lag jedoch nicht vor. Die Entwicklung eines Dokumentationsbogens durch die Vor-Ort-Gruppe war in Arbeit.

Interviews mit den Projektträgerinnen zur Zieldiskussion machten folgende Problembereiche deutlich:

- Trotz Bemühen konnten Ärzte/innen weder in die Projektgestaltung bzw. -verantwortung involviert noch für eine Teilnahme an den zweitägigen Basisschulungen gewonnen werden.
- Die Steuerungsgruppe, die mit viel Engagement gestartet war, fühlte sich angesichts der Aufgabenvielfalt überfordert. Als Gründe konnten ausgemacht werden: die benannten Ziele waren zu hoch angesetzt; konkrete Einzelschritte für überschaubare Zeiträume waren nicht formuliert worden; ein Reflektionsrahmen für eine umfassendere Analyse fehlte; Mangel an zeitlichen wie personellen Ressourcen.

Aufgrund dieser vorliegenden Situation sah die wissenschaftliche Begleitung ihre Aufgabe vorerst in der Kooperation bei der Bearbeitung dieser Problemfelder:

- Hinsichtlich der Ärzteschaft sollte ihre Haltung gegenüber der Intervention und ihre Interessen an Fortbildungen eruiert werden, um darauf aufbauend ein Konzept und Strukturen zu deren Einbindung zu finden.
- Die Steuerungsgruppe sollte unterstützt werden mittels Zieldefinition, wissenschaftlichem Input auf Basis der Sichtung internationaler Literatur und der zeitnahen Rückkopplung von Zwischenergebnissen der wissenschaftlichen Begleitung als sog. „Evaluationsschlaufen“. Mit Hilfe dieser Analysen konnten fundierte, zielgerichtete Zwischenschritte nach den Erfordernissen des Projektstandes beschlossen werden. Die Vernetzung mit anderen Anti-Gewalt-Projekten wurde gefördert (Teilnahme an der Anti-Gewalt-AG des Frauengesundheitsnetzwerkes Berlin und enge Kooperation mit der BIG-Hotline).

Als weitere zu evaluierende Felder bestimmte die wissenschaftliche Begleitung:

- die Schulungen und Fortbildungen
- die Anwendung des vermittelten Wissens und der erlernten Handlungskompetenz der Mitarbeiter/-innen der Ersten Hilfe
- die Barrieren der Anwendung der Interventionsschritte
- die Praxistauglichkeit der Interventionsinstrumente
- den Bedarf an Ressourcen und strukturellen Veränderungen
- die Ermittlung von Basisdaten zum Versorgungsbedarf.

Literatur

Badura B; Strodtholz P (1998). *Qualitätsförderung, Qualitätsforschung und Evaluation im Gesundheitswesen.*

In: Schwartz FW; Badura B; Leidl R; Raspe H; Siegrist J (Hg.) *Das Public Health Buch. Gesundheit und Gesundheitswesen. München.*

Bortz J; Döring N (1995). *Forschungsmethoden und Evaluation. Berlin, Heidelberg, New York.*

Flick U (1995). *Qualitative Forschung. Reinbek.*

Knesebeck O; Zamora P et al. (1999). *Programmevaluation im Gesundheitswesen: Die wissenschaftliche Begleitung eines Modellprojektes zur Ortsnahen Koordinierung der gesundheitlichen und sozialen Versorgung.* In: Badura B; Siegrist J (Hg.) *Evaluation im Gesundheitswesen. Weinheim, München: S. 163-177.*

2 Das Interventionsprojekt „S.I.G.N.A.L. – Hilfe für Frauen“ am UKBF

2.1 Ziel des Interventionsprojekts

„S.I.G.N.A.L. – Hilfe für Frauen“ am Universitätsklinikum Benjamin Franklin der Freien Universität Berlin (UKBF) ist ein in der Bundesrepublik bislang einmaliges Interventionsprojekt gegen Gewalt an Frauen, das im medizinischen Versorgungsbereich angesiedelt ist. Primäres Ziel war der Aufbau und die Sicherstellung einer adäquaten Versorgung gewaltbetroffener Frauen. Neben der direkten medizinischen Versorgung erhalten Frauen als Opfer von häuslicher Gewalt in der Ersten Hilfe des Klinikums Gesprächsangebote, Informationen über Unterstützungsprojekte und Zufluchtsmöglichkeiten sowie Hilfe bei der Kontaktaufnahme. Den Frauen wird auf Wunsch eine umfassende, gerichtsverwertbare Dokumentation der vorliegenden Verletzungen und Beschwerden angeboten. Das Projekt beruht wesentlich auf der Fortbildung des medizinischen, pflegerischen und anderen Personals, das hinsichtlich der Problematik sensibilisiert und im Erkennen gewaltbedingter Verletzungen und Beschwerden sowie weiterer Interventions Schritte geschult wird.

2.2 Geschichte und Initiierung des Projekts

Die Idee zur Etablierung eines Interventionsprojektes gegen häusliche Gewalt gegen Frauen am UKBF entstand im Anschluss an die 4. Weltfrauenkonferenz 1995 in Peking, an der die Frauenbeauftragten des Klinikums teilnahmen. Im Rahmen von Seminaren zum Thema „Domestic violence against women“ stellten US-amerikanische Frauen verschiedene Interventionsprojekte in Krankenhäusern vor. Mitarbeiterinnen des Washington-Health-Hospitals berichteten, wie Schwestern und Ärzte/innen der Ersten Hilfe durch spezifische Schulungen sensibilisiert wurden, um Gewalt als mögliche Ursache von Verletzungen zu erkennen, Frauen zu ermutigen über ihre Gewalterfahrungen zu sprechen und sowohl Beratung als auch Schutz anzubieten.

Angeregt durch diese Erfahrungsberichte fanden bereits Ende 1995 erste Gespräche mit der UKBF-Leitung statt. Auf einer Veranstaltung zum Thema „Innere Sicherheit durch Prävention“, zu der 1997 Bündnis 90/Die Grünen eingeladen hatten, wiesen Mitarbeiterinnen von Zufluchts- und Beratungsstellen auf die unzureichende Wahrnehmung der gesundheitlichen Folgen von Gewalt im medizinischen Kontext hin (Gut 1997; May 1997). Ein breiteres Interesse an einer Projektinitiierung entwickelte sich jedoch erst im Februar 1998 im Zuge einer Veranstaltung zum Thema „Gewalt im öffentlichen Raum“. In diesem Rahmen entstanden Kontakte zu Frauen aus dem Anti-Gewalt-Bereich, zu Angelika May (Frauenzimmer e.V.) und Gisela Gut (GUT Schulung und Training). Die Begegnung von Frauen aus der Krankenhausversorgung mit dem Anti-Gewalt-Bereich brachte den Synergieeffekt, der zur Entwicklung des S.I.G.N.A.L.-Projekts führte. Im März 1998 signalisierte der Dekan des Universitätsklinikums seine Unterstützung. Drei Monate später beschloss der Vorstand des UKBF die Einrichtung eines Modellprojektes: Das Klinikum sollte zu einer ausgewiesenen Anlaufstelle für Frauen werden, die Gewalt durch einen aktuellen oder ehemaligen Lebenspartner erfahren haben.

Im April/Mai 1999 fanden intensive Informationsgespräche und -veranstaltungen für Mitarbeiter/innen der Ersten Hilfe sowie der zentralen Dienste statt. Ab August wurden Pflegekräfte der Ersten Hilfe/Notaufnahme zum Thema geschult. Im September 1999 wurde das Modellprojekt „S.I.G.N.A.L. – Hilfe für Frauen“ auf einer Pressekonferenz und in Fachvorträgen der breiten Öffentlichkeit vorgestellt. Im März 2000 begann die wissenschaftliche Begleitforschung ihre Arbeit.

2.3 Situation am UKBF

Das S.I.G.N.A.L.-Projekt wurde an einem Klinikum eröffnet, das zusammen mit dem Fachbereich Humanmedizin der Freien Universität Berlin über insgesamt 3.600 Vollbeschäftigte verfügt. Die Universitätsklinik mit 1.196 Betten nimmt durchschnittlich 100 Patientinnen und Patienten pro Tag stationär

auf. Dazu kommen jährlich rund 65.000 poliklinische und 43.000 Erste Hilfe-Patientinnen und -Patienten.

Das universitäre Klinikkonzept sieht die Integration von Forschung, Lehre und Krankenhausversorgung unter einem Dach vor. Das bedeutet, dass die medizinische Versorgung wesentlich durch den Aspekt der Forschung bestimmt ist. Der Forschungsauftrag des Klinikums begründete u.a. das Interesse an dem Modellprojekt.

Ausgelöst durch die finanziellen Sparmaßnahmen des Berliner Senats begann ein Jahr nach Projektbeginn eine Auseinandersetzung um die Reduzierung von Krankbetten und somit auch um die Schließung von Krankenhäusern in der Stadt. Das UKBF musste lange befürchten, dem Sparzwang zum Opfer zu fallen und seinen Status als Universitätskrankenhaus zu Gunsten der Charité zu verlieren. Dieser unsichere Zustand des Klinikums wirkte sich auf die Mitarbeiter/innen und somit auch auf die Projektimplementierung aus. Personelle und strukturelle Veränderungen am UKBF während der Projektphase berührten auch die Aufgabenfelder und Tätigkeiten der Mitarbeiter/innen in der Ersten Hilfe/Aufnahme. Diese sich abzeichnenden veränderten Arbeitsanforderungen wurden sowohl als Herausforderung wie als Verunsicherung erlebt.

2.4 Finanzierung

Als erstes Interventionsprojekt gegen häusliche Gewalt, das im Gesundheitsbereich angesiedelt ist, hat S.I.G.N.A.L. Modellcharakter, verfügte aber im Vergleich mit anderen Modellprojekten (im Anti-Gewalt-Bereich) über keine Finanzierung während der Erprobungsphase.

Zusätzliche finanzielle Ressourcen standen für das S.I.G.N.A.L.-Interventionsprojekt in nur sehr begrenztem Umfang zur Verfügung. Keine der Mitarbeiterinnen war ausschließlich für die Entwicklung und Verankerung des Projektes freigestellt worden, so dass die Aktivitäten für das S.I.G.N.A.L.-Projekt in die bestehenden Aufgabenfelder und zeitlichen Ressourcen der Mitarbeiter/innen des UKBF integriert werden mussten. Die Arbeit in den Gremien und Arbeitsgruppen erfolgte teilweise ehrenamtlich.

In Teilen wurde das Projekt durch den Arbeiter-Samariter-Bund (ASB) finanziell unterstützt. Der ASB stellte bis Ende 2000 insgesamt 85.000 DM zur Verfügung und ermöglichte dadurch die Schulung aller Pflegekräfte der Erste Hilfe/Notaufnahme, die Entwicklung und den Druck von Plakaten und Flyern zur Öffentlichkeitsarbeit sowie die Bezahlung einer Koordinatorin im Umfang von 10 Stunden wöchentlich bis Juli 2002.

Von März 2000 bis April 2003 finanzierte das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend die wissenschaftliche Begleitung.

2.5 Struktur des Interventionsprojektes

2.5.1 Steuerungsgruppe

Die praktische Ausgestaltung des Projekts oblag einer multidisziplinär besetzten „Projektsteuerungsgruppe“, die zu Beginn mit in- und externen Teilnehmerinnen besetzt war. Aus dem Klinikum nahmen die für den Erste Hilfe-Bereich zuständige pflegerische Abteilungsleiterin, die Pflegedienstleiterin, ihre Stellvertreterin, eine Dekanatsmitarbeiterin und die stellvertretende Frauenbeauftragte teil. Mitarbeiterinnen einer Zufluchtseinrichtung und einer Beratungsstelle für gewaltbetroffene Frauen brachten bei der Projektentwicklung inhaltliches Wissen aus dem Anti-Gewalt-Bereich ein und sorgten für die Berücksichtigung der Opferperspektive. Ab Herbst 2001 konnten diese Vertreterinnen aufgrund mangelnder Kapazitäten nicht mehr an der Steuerungsgruppe teilnehmen. Trotz Bemühen war es nicht möglich Vertreter/innen der Ärzteschaft oder männliche Mitarbeiter mit einzubeziehen. Die wissenschaftliche Begleitung des Projektes nahm ab März 2000 an der Gruppe teil.

Die Steuerungsgruppe trug die Verantwortung für den Gesamtprojektverlauf, d.h. für die Weiterentwicklung und Umsetzung des Konzeptes, die Planung und Organisation des Projekts, die in- und externe Öffentlichkeitsarbeit, die Durchführung von Fortbildungen und die Information der involvierten Mitarbeiter/innen, den Aufbau von Vernetzungs- und Kooperationsstrukturen und die Akquisition finanzieller Mittel.

Die Gruppe traf sich zunächst regelmäßig alle zwei bis drei Wochen und vergrößerte im weiteren Verlauf die Abstände auf einen vier- bis sechswöchigen Rhythmus. Die Mitarbeiterinnen der Steuerungsgruppe wurden stundenweise für ihre Teilnahme sowie in begrenztem Maße für die Erledigung einzelner anfallender Projektarbeiten von ihrem primären Aufgabenbereich freigestellt. Ein nicht unerheblicher Anteil der Tätigkeiten erfolgte ehrenamtlich außerhalb der Arbeitszeit – darunter z.B. die Teilnahme an Vernetzungstreffen, die Projektpräsentationen außerhalb der Klinik oder die Mitwirkung in der externen S.I.G.N.A.L.-Arbeitsgruppe, die sich um die Einführung des S.I.G.N.A.L.-Konzepts in anderen Krankenhäusern bemühte.

In den drei Jahren des S.I.G.N.A.L.-Projekts ist es der Projektsteuerungsgruppe trotz personellem Wechsel gelungen, Stabilität und inhaltliche Kontinuität sicherzustellen und eine differenzierte Ziel- und Projektplanung zu entwickeln.

2.5.2 Koordinatorin

Ab dem Frühjahr 2000 verfügte die Projektsteuerungsgruppe über eine Koordinatorin, die im Umfang von zehn Wochenstunden tätig war. Mit dieser Funktion war zunächst eine Mitarbeiterin des Dekanats und ab Frühjahr 2001 die stellvertretende Frauenbeauftragte betraut. Ihr Tätigkeitsgebiet umfasste die Außen- wie Binnenpräsentation des Projektes, die Koordination der Fortbildungen und Schulungen, die Sicherung des Informationsflusses zwischen den Teilnehmerinnen der Arbeitsgremien und die Beratung einzelner gewaltbetroffener Patientinnen. Die von ihr übernommenen Aufgaben reichten weit über die finanzierten zehn Wochenstunden hinaus und erforderten zusätzlich ehrenamtliches Engagement.

2.5.3 Vor-Ort-Gruppe

Neben der Projektsteuerungsgruppe als zentralem Planungs- und Koordinationsgremium wurde in der Ersten Hilfe/Aufnahme eine Arbeitsgruppe engagierter Pflegekräfte – die sog. „Vor-Ort-Gruppe“ – aufgebaut. Sie entstand auf Initiative der Schulungsleiterinnen und zielte auf die dauerhafte Einbindung der Ersten Hilfe-Pflegekräfte in den Projektprozess. Die Gruppe traf sich in unregelmäßigen Abständen und bearbeitete wechselnde Fragestellungen, die vorrangig aus den praktischen Erfahrungen in der Unterstützung und Behandlung gewaltbetroffener Patientinnen entstanden. Die Gruppe war u.a. an der Entwicklung des Dokumentationsbogens sowie der Erstellung von Öffentlichkeitsmaterialien beteiligt. Ab September 2001 fanden im Abstand von sechs Wochen gemeinsame Arbeitsitzungen der „Vor-Ort-Gruppe“ und der „Projektsteuerungsgruppe“ statt. Sie dienten dem Austausch von Informationen und der gemeinsamen Arbeitsplanung.

2.5.4 Der Verein „S.I.G.N.A.L. e.V.“

Das Interventionsprojekt ist regional, national und international auf großes Interesse gestoßen. Mitarbeiter/innen anderer Krankenhäuser stellten Anfragen zum Konzept, den Implementationsbedingungen und -erfahrungen und äußerten den Wunsch nach Vorträgen und Austausch. Diesem Anliegen kamen anfangs Mitarbeiterinnen der Steuerungsgruppe des UKBF nach.

Um dem Bedarf nach Informationen, sowie dem Interesse an einer Übernahme des Modells in anderen Einrichtungen entgegenzukommen, wurde Ende 2000 eine regionale „S.I.G.N.A.L.-Arbeitsgruppe“ gegründet. In ihr waren neben Mitarbeiterinnen der Projektsteuerungsgruppe des UKBF engagierte Frauen aus Anti-Gewalt-Projekten, interessierte Einzelfrauen sowie Mitarbeiterinnen der wissenschaftlichen Begleitung beteiligt. Im Laufe des Jahres 2002 wurde aus dieser Arbeitsgruppe heraus der Verein „S.I.G.N.A.L. e.V.“ gegründet. Ziel des Vereins ist es, tragfähige Strukturen und Kooperationsverbünde zu schaffen, um eine Implementierung von Interventionsprojekten gegen häusliche Gewalt in andere Gesundheitsversorgungseinrichtungen voranzutreiben. Der Aufbau einer berlin- und

bundesweiten Anlaufstelle für die Implementierung von Interventionsprojekten gegen Gewalt gegen Frauen in allen Bereichen der Gesundheitsversorgung ist in Vorbereitung.

2.6 Das Interventionskonzept

Grundlage des Projektes bildet das 1998 von einer Mitarbeiterin der Zufluchtseinrichtung Frauenzimmer e.V. entwickelte Interventionsprogramm S.I.G.N.A.L.. Es lehnt sich eng an das US-amerikanische RADAR-Projekt (OPDV 1996) an, das unter anderem in Krankenhäusern in New York angewandt wird. Das S.I.G.N.A.L.-Konzept basiert wie andere erprobte US-amerikanische Interventionsmodelle auf vier grundlegenden Interventionsschritten:

- aktive Befragung von Patientinnen nach Gewalterfahrungen: Studien zeigen, dass die wenigsten Frauen Misshandlungserfahrungen von sich aus ansprechen, dass sie jedoch bereit sind, über das Erlebte zu sprechen, wenn sie von Arzt/Ärztin oder Pflegekraft direkt angesprochen werden.
- detaillierte, gerichtsverwertbare Dokumentation vorliegender alter und neuer Verletzungen und Beschwerden: Ein Großteil der gewaltbetroffenen Frauen verfügt über keine oder nur unzureichende Nachweise, mit denen sie erlittene Misshandlungen im Fall von rechtlichen Schritten belegen können.
- Klärung der Gefährdung der Frau und ggf. ihrer Kinder sowie die Gewährleistung von Schutz und Sicherheit: Wissenschaftlich belegt ist die besondere Gefährdungssituation, wenn betroffene Frauen ihre Gewalterfahrung offenbaren und/oder sich in der Trennungsphase befinden (vgl. Kap. 3). Professionelle Hilfe muss einerseits so früh wie möglich einsetzten und die Frau unterstützen, die Dynamik von Misshandlungsbeziehungen zu durchbrechen, andererseits muss die mögliche Gefährdung und die damit verbundenen Schutzbedürfnisse der Frau in bzw. nach der Trennungsphase beachtet werden.
- Vermittlung von Informationen über weiterführende Behandlungs-, Beratungs-, und Zufluchteinrichtungen: Viele Frauen wissen nicht, welche Hilfeangebote es gibt und wie sie Kontakt aufnehmen können. Die Vermittlung dieser Informationen – wann auch immer sie von dem Wissen Gebrauch machen – und Unterstützung bei der Kontaktaufnahme kann für die Frau von entscheidender Bedeutung sein.

Die einzelnen Buchstaben des S.I.G.N.A.L.-Programms vermitteln die zentralen Handlungsschritte und -ziele der Intervention in kurzer, einprägsamer Form.

- S** Sprechen Sie die Patientin an, signalisieren Sie ihre Bereitschaft. Frauen öffnen sich, wenn sie spüren, dass ihre Situation verstanden wird.
- I** Interview mit konkreten einfachen Fragen. Hören Sie zu, ohne zu urteilen. Den meisten Frauen fällt es schwer, über Gewalterlebnisse zu sprechen.
- G** Gründliche Untersuchung alter und neuer Verletzungen. Verletzungen in unterschiedlichen Heilungsstadien können Hinweise auf häusliche Gewalt sein.
- N** Notieren und dokumentieren Sie alle Befunde und Angaben, so dass sie gerichtsverwertbar sind.
- A** Abklären des aktuellen Schutzbedürfnisses. Schutz und Sicherheit für die Patientin sind Grundlage und Ziel jeder Intervention.
- L** Leitfaden mit Notrufnummern und Unterstützungsangeboten anbieten. Frauen werden zu einem für sie richtigen Zeitpunkt von ihnen Gebrauch machen.

2.7 Umsetzung des S.I.G.N.A.L-Interventionsprogramms

Das Projekt wurde zunächst in der Ersten Hilfe/Notaufnahme des Klinikums implementiert und sollte mittelfristig auf alle Abteilungen und Bereiche der Versorgung ausgeweitet werden. Angestrebt wurde, das Thema „Gewalt gegen Frauen, gesundheitliche Folgen und Interventionsmöglichkeiten im Rahmen der medizinischen Versorgung“ langfristig in die ärztliche wie pflegerische Ausbildung am Fachbereich Humanmedizin der FU Berlin zu integrieren.

Für die Umsetzung des Programms und seiner Ziele im Alltag der medizinischen und pflegerischen Versorgung wurden folgende Maßnahmen und Materialien entwickelt:

- Schulung und Fortbildung von pflegerischen und ärztlichen Mitarbeiter/innen und die Durchführung derselben auf Basis von zielgruppenspezifischen Konzepten
- umfassendere und adäquate Unterstützung und Versorgung von betroffenen Patientinnen
- gerichtsverwertbare Dokumentation von Beschwerden und Verletzungen der Patientin auf einem für das Projekt entwickelten Dokumentationsbogen
- zielgruppenspezifische Informationsmaterialien für gewaltbetroffene Patientinnen
- Kontaktvermittlung zu externen Unterstützungs- und Hilfeeinrichtungen als Folge von Kooperationsstrukturen
- Enttabuisierung der Problematik durch kontinuierliche in- und externe Öffentlichkeitsarbeit.

2.7.1 Schulung und Fortbildung des Personals

Die Schulung und Fortbildung des pflegerischen und ärztlichen Personals bildet die Grundvoraussetzung für eine sensible und problemadäquate Unterstützung und Versorgung gewaltbetroffener Patientinnen. Angesichts der Scham und Ängste von betroffenen Patientinnen spielt die Reaktion von Pflegepersonal und Ärzten/innen eine entscheidende Rolle bei der Aufdeckung von Gewalterfahrung, dem weiteren Verlauf der Hilfestellungen und der Prävention von künftigen Misshandlungen.

Mit Beginn des Interventionsprojektes wurden zweitägige Basisschulungen entwickelt und angeboten. Ziele der Fortbildungen sind:

- Sensibilisierung der Mitarbeiter/innen gegenüber der Gewaltthematik
- die Reflektion der eigenen Haltung gegenüber der Gewaltproblematik
- Gewinn an Wissen um Ausmaß, Formen, Dynamik der Gewalt
- die Erlangung und Festigung von praktischen Kompetenzen in der Unterstützung gewaltbetroffener Patientinnen:
 - die Fähigkeit zum Erkennen von häuslicher Gewalt als Ursache von Verletzungen und Beschwerden,
 - die Handlungssicherheit im Umgang mit Opfern häuslicher Gewalt insbesondere in der Gesprächsführung mit gewaltbetroffenen Frauen,
 - das gerichtsverwertbare Dokumentieren der gesundheitlichen Folgen,
 - die Kenntnis über weitere Hilfsmöglichkeiten und die Vermittlung an Unterstützungsprojekte, was die Kooperation mit kommunalen Unterstützungseinrichtungen für die Opfer häuslicher Gewalt voraussetzt.

2.7.1.1 Zweitägige Basisschulung

Die Basisschulungen wurden von qualifizierten Mitarbeiterinnen aus dem Anti-Gewalt-Bereich entwickelt und durchgeführt. Zum Einsatz kamen unterschiedliche Methoden wie Vorträge, Kleingruppenarbeit, Rollenspiele, offene Diskussionsrunden und schriftliche Materialien.

Im Mittelpunkt steht die Auseinandersetzung der Teilnehmenden mit ihrer subjektiven Haltung zum Thema Gewalt, der Abbau von Stereotypen und Vorurteilen und die Überwindung von Barrieren sowie Unverständnis, die einer Intervention in der Regel entgegenstehen. Ziel der Schulungen war, die Teilnehmenden über eine Beschäftigung mit ihren eigenen Gefühlen für die Misshandlungsproblematik zu sensibilisieren und darüber hinaus Wissen zu vermitteln, damit Misshandlungsspuren wahrgenommen werden. Handlungskompetenz im Umgang mit möglichen und tatsächlichen Opfern von Gewalt sollte

erlernt werden, insbesondere auch, wie eine vertrauensvolle, offene und respektvolle Behandlungsumgebung geschaffen sowie Retraumatisierungen vermieden und Opfer von Gewalt ermutigt werden können, über körperliche und seelische Verletzungen zu sprechen.

Zielbereiche der Schulung beziehen sich auf:

- die subjektive Einstellung: Vorurteile und Mythen erkennen und abbauen, den eigenen Standpunkt überdenken
- das Wissen: über die gesellschaftliche Dimension von Gewalt und die vielfältigen gesundheitlichen Auswirkungen. Erkennen von Indikatoren, die auf einen Gewalthintergrund hindeuten
- die Kompetenzen und Verhalten: Sicherheit im Umgang mit Opfern häuslicher Gewalt, in der Form des Hilfeanbietens, hinsichtlich intervenierender Schritte und der Kooperation mit regionalen Unterstützungseinrichtungen.

Das Schulungskonzept umfasste folgende Themenbereiche:

- Hintergrundwissen zu Ausmaß, Formen und Dynamik von Gewalt
- Situation gewaltbetroffener Frauen: Gründe für den Verbleib in der Misshandlungsbeziehung (finanzielle Abhängigkeit, Sorgerechtsproblematik, aufenthaltsrechtliche Fragen bei Migrantinnen)
- Gesundheitliche Auswirkungen von Gewalt: körperliche und psychische Folgen
- Erkennen von betroffenen Frauen und von gewaltbedingten Verletzungen/Beschwerden
- Interventionsmöglichkeiten innerhalb der Gesundheitsversorgung
- Vorstellung der S.I.G.N.A.L.-Interventionsschritte
- Schutz für gewaltbetroffene Frauen: Arbeitsweise der verschiedenen Unterstützungs- und Schutzeinrichtungen, Möglichkeiten und Grenzen von Antigewaltprojekten
- Situation gewalttätiger Partner: Einschätzung des Gefährdungspotentials des Täters
- Informationen zu regionalen Unterstützungs- und Zufluchtprojekten des Anti-Gewalt-Bereichs.

Seit August 1999 fanden elf zweitägige Schulungen à 16 Doppelstunden mit insgesamt 122 Teilnehmer/innen statt. Alle Pflegekräfte der Ersten Hilfe/Aufnahme des Klinikums wurden geschult, darüber hinaus nahmen ab 2000 pflegerische Mitarbeiter/innen anderer Abteilungen insbesondere der Polikliniken, der psychiatrischen Krisenstation und der Röntgenabteilung an den Fortbildungen teil. Die Schulungen galten als Angebot ausdrücklich auch für Ärzte/innen.

Im einzelnen setzten sich die Teilnehmer/innen an den zweitägigen Schulungen wie folgt zusammen: 62 Pflegekräfte aus der Notaufnahme/Ersten Hilfe Station, sechs Pflegekräfte aus der Gynäkologie/Geburtshilfe, sechs Pflegekräfte aus der dermatologischen Poliklinik, vier Pflegekräfte aus der Chirurgischen Poliklinik, drei Personen aus der Kieferchirurgie Poliklinik, vier Pflegekräfte aus der Abteilung Hals-Nasen-Ohren, zwei Pflegekräfte aus der Neurochirurgie, zehn Pflegekräfte bzw. Sozialarbeiterinnen aus der Psychiatrie (7) und der psychiatrischen Krisenintervention (3), jeweils eine Pflegekraft aus der Abteilung für Augenheilkunde, Neurologie, Urologie, Traumatologie, Dialyse, der medizinischen Poliklinik und sieben Personen aus der Radiologie. Darüber hinaus nahmen je eine Person vom betriebsärztlichen Dienst, Pflegeleitung, Krankenpflegeschule, der internen Öffentlichkeitsarbeit und eine externe Studentin an den zweitägigen Schulungen teil. Von weiteren acht Teilnehmenden wurde keine nähere Bezeichnung der Abteilung angegeben.

Tabelle 1.7-1: Übersicht zu durchgeführten zweitägigen Basisschulungen

Zeitpunkt	Art der Schulung	Dauer	Gesamtdauer	TN ¹
Aug 99 Sep 99 Okt 99 Nov 99	Verpflichtung der Pflegekräfte der Ersten Hilfe	2 Tage	16 Stunden	52
Feb 00	Freiwillige Teilnahme Offen für alle Abteilungen	2 Tage	16 Stunden	11
März 00	Freiwillige Teilnahme Offen für alle Abteilungen	2 Tage	16 Stunden	12
Jul 00	Freiwillige Teilnahme Offen für alle Abteilungen	2 Tage	16 Stunden	11
Nov 00	Freiwillige Teilnahme Offen für alle Abteilungen	2 Tage	16 Stunden	11
Jun 01	Freiwillige Teilnahme Offen für alle Abteilungen	2 Tage	16 Stunden	10
Apr 02	Freiwillige Teilnahme Offen für alle Abteilungen	2 Tage	16 Stunden	10
Sep 02	Freiwillige Teilnahme Offen für alle Abteilungen	2 Tage	16 Stunden	5
11				122

¹ TN – Teilnehmer/innen

Ab Mai 2001 wurden die Basisschulungen in das Programm der Fort- und Weiterbildungsstätte des Klinikums eingebunden und werden seitdem kontinuierlich zweimal jährlich angeboten. Die Schulungen können von allen Berufsgruppen in Anspruch genommen werden. Die Teilnahme ist freiwillig. Die Finanzierung ist durch die Einbindung in das Fort- und Weiterbildungsprogramm des Klinikums gesichert.

2.7.1.2 Fortbildung der Ärzte/innen

Obwohl die zweitägigen Basisschulungen ausdrücklich den ärztlichen Mitarbeiter/innen angeboten und aktiv für deren Teilnahme geworben wurde, konnten sie nicht dafür gewonnen werden. Eine von der wissenschaftlichen Begleitung im Sommer 2000 durchgeführte Befragung von Ärzten/innen zeigte, dass strukturelle Bedingungen wie Arbeitsorganisation und -belastungen den Besuch einer zweitägigen Veranstaltung für diese Berufsgruppe nicht zuließen. Denn im Gegensatz zu Pflegekräften gab es für sie keine Freistellungsregelung. Bei einer ersten Präsentation des Projekts durch eine externe Mitarbeiterin der Projektgruppe war das S.I.G.N.A.L.-Programm von Ärzten/innen im Prinzip begrüßt worden. Angesichts der hohen zeitlichen Belastung, den fehlenden Anreizsystemen für eine Teilnahme an einer Fortbildung zur Thematik „Häusliche Gewalt“ und dem hohen Arbeits- und Qualitätsdruck an einer Universitätsklinik blieb trotz Interessensbekundungen eine Teilnahme an der Basisschulung aus.

Die Fortbildung oder Schulung des ärztlichen Personals ist jedoch aus verschiedenen Gründen unumgänglich. Zum einen zeigte sich, dass deren Nichtteilnahme an den Schulungen bei den Pflegekräften zu einer hohen Unzufriedenheit führte, da sie die Verantwortung für das Gelingen des Projektes auf sich abgeschoben fühlten und nicht bereit waren, allein diese Aufgabe zu tragen. Zum anderen ist deren Mitarbeit bei der medizinischen Untersuchung gewaltbedingter Verletzungen und der anschließenden Dokumentation derselben sowie bei der ursachspezifischen Diagnose von Beschwerden, die auf Gewalterfahrungen zurückzuführen sind, unabdingbar. Ohne Beteiligung der Ärzteschaft ist die Zielsetzung eines Interventionsprojektes gegen häusliche Gewalt gefährdet.

Auf Basis der Befragungsergebnisse wurde ein spezifisches, modulares Fortbildungskonzept entwickelt, um die ärztlichen Mitarbeiter/innen zu erreichen. Es umfasste folgende Themen:

- Grundlagen zur Problematik von häuslicher Gewalt
- Darstellung von praktischen Interventionsmöglichkeiten
- Rechtsmedizinische und berufsrechtliche Aspekte.

Seit Beginn des Jahres 2001 wurden verschiedene Konzepte erprobt: Fortbildungen in drei Modulen à 90 Minuten und in drei Modulen à 45 Minuten. Alle Konzepte basierten auf einer freiwilligen Teilnahme. Aufgrund der fehlenden Verpflichtung oder Freistellung erwies sich keines der Konzepte als tragfähig: die maximale Anzahl der Teilnehmer/innen lag bei zwei Personen. Im Mai 2001 gelang es, gemeinsam mit der ärztlichen Leitung des Klinikums, ein umsetzungsfähiges Verfahren zur Fortbildung des ärztlichen Personals festzulegen. Die Schulungen finden seit Juni 2001 im Rahmen der regulären, abteilungsinternen Institutsfortbildungen statt und umfassen in der Regel zwei Module im Umfang von jeweils mindestens 20 bis maximal 60 Minuten. Zusätzlich wurde ein drittes Modul in der Chirurgie zu rechtsmedizinischen Aspekten und rechtlichen Gesichtspunkten angeboten. Ein Überblick über die durchgeführten Fortbildungsmodule bietet die Tabelle 1.7-2.

Tabelle 2.7-2: Durchgeführte Fortbildungsmodule für Ärzte/innen

Abteilung	Module	Modul-dauer ¹	Gesamt-dauer ¹	Datum	TN ²
Med. Klinik IV: Nephrologie, Endokrinologie	2	20 20	40	22.05.01 03.07.01	8
Erste Hilfe/Innere Medizin	1	60	60	23.05.01	4
Chirurgie	4	60 60 60 60	240	02.07.01 17.09.01 17.12.01 14.01.02	36
Psychosomatik	1	75	75	16.07.01	9
Med. Klinik I: Gastrologie	2	20 30	50	17.07.01 24.07.01	26
Dermatologie	1	30	30	25.07.01	20
Med. Klinik III: Onkologie, Hämatologie	1	30	30	01.08.01	17
HNO	2	60 60	120	01.08.01 04.09.01	21
Radiologie	1	30	30	07.08.01	28
Psychiatrie	1	60	60	09.08.01	30
Gynäkologie	1	60	60	10.12.01	14
	17	795	795		213

¹ in Minuten ² TN – Teilnehmer/innen

2.7.2 Unterstützung für gewaltbetroffene Patientinnen

Bereits im Vorfeld des Projektbeginns war das Interventionsziel ‚Unterstützungsangebote für gewaltbetroffene Frauen‘ diskutiert und formuliert worden. Angestrebt wurde:

- die systematische Befragung von Patientinnen der Ersten Hilfe nach Gewalterfahrungen
- fachkompetente Gesprächsangebote für gewaltbetroffene Patientinnen über Gewalt als Ursache/ Kontext von Verletzungen und Beschwerden sowie über weitergehende Handlungsmöglichkeiten
- Klärung der Gefährdung gewaltbetroffener Patientinnen und Klärung von Sicherheits- und Schutzbedürfnissen
- die Unterstützung gewaltbetroffener Patientinnen bei der Kontaktaufnahme mit weiterführenden Unterstützungseinrichtungen und ggf. der Polizei
- die Verteilung schriftlicher Informationsmaterialien über weiterführende Unterstützungsangebote (Notfallkarte)

- die Entwicklung eines speziellen Dokumentationsbogens zur gerichtsverwertbaren Aufnahme vorliegender Beschwerden und Verletzungen
- der Aufbau von Vernetzungen zu Beratungs- und Zufluchtseinrichtungen.

Das Ziel, in der Ersten Hilfe systematisch alle Patientinnen nach Gewalterfahrungen zu befragen, d.h. in Anlehnung an US-amerikanische Interventionskonzepte ein ‚Screening nach Gewalt‘ durchzuführen, war bei Beginn der Begleitforschung bereits relativiert worden. Die Einführung einer routinemäßigen Befragung der Patientinnen wurde zu Projektbeginn als verfrüht betrachtet. In der Projektsteuerungsgruppe wurde davon ausgegangen, dass Pflegekräfte, die zunächst allein an Schulungen teilgenommen hatten, nicht losgelöst von der Ärzteschaft mit einer Befragung aller Patientinnen beginnen konnten. Im Rahmen der Anamnese eine Routinebefragung nach Gewalt einzuführen, wurde als langfristiges Ziel formuliert, das nur schrittweise mit einer zunehmenden Sensibilisierung und Kompetenzstärkung des ärztlichen und pflegerischen Personals zu erreichen ist. Eine modifizierte Zielbeschreibung sah vor, dass im Verdachtsfall Patientinnen darauf angesprochen werden sollten, ob ihre Beschwerden und Verletzungen möglicherweise auf Gewalteinwirkungen zurückzuführen seien.

Auf der Basis der Ärztefortbildungen und der zweitägigen Schulungen wurden im Rahmen des S.I.G.N.A.L.-Projekts folgende Unterstützungsangebote für gewaltbetroffene Patientinnen entwickelt:

- Gesprächsmöglichkeit mit behandelnden Ärzten/innen zu Gewalt als möglicher Ursache vorliegender Beschwerden/Verletzungen,
- Gesprächsmöglichkeit mit Pflegekräften und/oder Ärzten/innen der Ersten Hilfe über weiterführende Behandlungsangebote und soziale Unterstützungseinrichtungen; weiterführendes psychologisches/psychiatrisches Gesprächsangebot mit ärztlichen Mitarbeiter/innen der Abteilung für Psychosomatik sowie der Krisenstation des Klinikums,
- Detaillierte Untersuchung neuer und alter Verletzungen.

Gerichtsverwertbare Dokumentation

Im Rahmen des S.I.G.N.A.L.-Projekts wurde ein eigener Dokumentationsbogen entwickelt, um gewaltbetroffenen Frauen eine detaillierte gerichtsverwertbare Dokumentation ihrer Verletzungen und Beschwerden (inklusive Fotodokumentation) zu ermöglichen. Die eigenständige Dokumentation der Folgen von Gewaltanwendung hat zum Ziel, Patientinnen zu unterstützen, falls sie rechtliche Schritte gegen einen gewalttätigen Lebenspartner unternehmen möchten und/oder gegenüber Behörden ein offizielles Dokument über die Misshandlung benötigen. Die Dokumentationen wurden in einem eigenen Ordner gesammelt und aufbewahrt, damit misshandelten Patientinnen auch zu einem späteren Zeitpunkt ermöglicht wird, auf eine medizinische Dokumentation der gewaltbedingten Verletzungen zurückzugreifen. Darüber hinaus war beabsichtigt, mit der erstmaligen Dokumentation gewaltbedingter Verletzungen und Beschwerden auf der Ersten Hilfe/Notaufnahme sichtbar zu machen, wie hoch der Anteil der misshandelten Patientinnen auf der Ersten Hilfe/Notaufnahme ist.

Eine sorgfältige Attestierung gewaltbedingter Verletzungen auf den Ersten Hilfe-Scheinen und die Aufbewahrung der Scheine erfolgten bereits mit Projektbeginn. Innerhalb der Vor-Ort-Gruppe wurde in Anlehnung an US-amerikanische Vorbilder ein Dokumentationsbogen entwickelt, der ab Juni 2000 zunächst von Pflegekräften angewandt wurde. In Kooperation mit dem rechtsmedizinischen Instituts der Freien Universität Berlin wurde der Dokumentationsbogen überprüft und überarbeitet. Der veränderte Dokumentationsbogen wurde den ärztlichen Mitarbeiter/innen vorgestellt. Nachdem keine Bedenken in Bezug auf Handhabbarkeit und Anwendung geäußert wurden, wurde der Dokumentationsbogen ab Mai 2001 in der Ersten Hilfe eingesetzt. Ärztliche und pflegerische Mitarbeiter/innen wurden im Rahmen der Fortbildung zur Anwendung des Instruments geschult bzw. im Rahmen der Dienstbesprechung über Anwendung und Umsetzung informiert.

Informationsmaterialien und Hinweise zu weiterführenden Beratungs- und Zufluchtsstellen

Mitarbeiterinnen der Vor-Ort-Gruppe erstellten ein Plakat für die Aufenthalts- und Behandlungsräume der Klinik, mit dem Patientinnen direkt aufgefordert wurden, sich im Fall erlittener Gewalt vertrauensvoll an das Personal zu wenden, um dort Unterstützung zu erhalten. Es wurden schriftliche

Informationsmaterialien für Patientinnen über weiterführende Beratungs- und Zufluchtseinrichtungen zusammengestellt. Patientinnen erhielten Notfallkarten mit Telefonnummern dieser Einrichtungen in Kleinformat, die unauffällig weggesteckt werden können. Darstellungen und Flyer von Einrichtungen und Projekten lagen hauptsächlich auf Deutsch, daneben auch in verschiedenen anderen Sprachen vor.

Gewaltbetroffene Patientinnen erhielten im Rahmen des S.I.G.N.A.L.-Projekts auf ihren Wunsch hin folgende Unterstützungsangebote:

- Unterstützung durch Ärzte/innen und/oder Pflegekräfte bei der Kontaktaufnahme mit Beratungs- und Zufluchtseinrichtungen,
- Für Patientinnen, die nachts oder an Wochenenden in die Erste Hilfe kommen und nicht nach Hause und nicht in ein Frauenhaus/Zufluchtseinrichtungen können/wollen, wurde die Möglichkeit einer kurzfristigen stationären Aufnahme geschaffen,
- In Absprache mit der Hotline der Berliner Initiative gegen Gewalt gegen Frauen (BIG e.V.) wurde bei Bedarf eine Mitarbeiterin des Mobilen Interventionsteams der Hotline für eine weiterführende Beratung ins Klinikum gerufen.

Zur Abklärung der Sicherheit und Gefährdung einer misshandelten Patientin, die zu dem Lebenspartner zurückkehren wollte, war eine Checkliste entwickelt worden.

2.7.3 Vernetzung mit externen Unterstützungs- und Hilfeinrichtungen

Eine Kooperation mit externen Unterstützungs- und Hilfeinrichtungen ist sowohl für die adäquate Ausgestaltung des Interventionsprogramms als auch für die konkrete Unterstützung der betroffenen Patientinnen essentiell. Durch die Einbindung externer Mitarbeiterinnen aus dem Anti-Gewalt-Bereich sollte die Zusammenarbeit mit Zufluchts- und Beratungseinrichtungen für gewaltbetroffene Frauen erreicht werden. Alle Berliner Unterstützungseinrichtungen wurden zu Projektbeginn über das S.I.G.N.A.L.-Programm benachrichtigt und zu der Eröffnungsveranstaltung eingeladen.

Über das Angebot an Unterstützungseinrichtungen wurden alle Pflegekräfte der Ersten Hilfe informiert. Adressen und Telefonnummern der Anti-Gewalt-Projekte befanden sich an einem für alle zugänglichen Platz und ermöglichten jederzeit eine rasche Kontaktaufnahme.

Im Projektverlauf intensivierte sich der Kontakt zur Berliner Initiative gegen Gewalt gegen Frauen (BIG e.V.), die ihr Angebot entsprechend erweitert hatte. Seit 2001 stand mit der BIG-Hotline ein mobiles Interventionsteam zur Verfügung. Im Bedarfsfall kam eine Mitarbeiterin ins UKBF und beriet Patientinnen vor Ort entweder in der Ersten Hilfe oder auf der Station. Es fanden verschiedene Treffen zwischen den Hotline-Mitarbeiterinnen und der Koordinatorin des Projekts sowie Pflegekräften der Ersten Hilfe statt. Neben dem persönlichen Kennenlernen dienten diese Treffen der Absprache der konkreten Kooperation.

2.7.4 In- und externe Öffentlichkeitsarbeit

Eine erfolgreiche in- und externe Öffentlichkeitsarbeit bildet die Basis für die Motivation der Mitarbeiter/innen, die Inanspruchnahme des Interventionsprogramms durch Betroffene als auch für eine Verbreitung/Ausweitung des Programms auf andere gesundheitliche Versorgungseinrichtungen.

Für die hausinterne sowie die externe Darstellung des Projektes erarbeiteten die Mitarbeiterinnen des Interventionsprojektes folgende Materialien:

- Faltblatt des Interventionsprojektes,
- Plakat mit Informationen über das Projekt und seine Angebote,
- Homepage des S.I.G.N.A.L.-Projekts,
- Wandzeitungen mit Informationen über die Problematik der Gewalt gegen Frauen sowie über Interventionsmöglichkeiten und -ziele,
- ein Video zur Intervention bzw. Gesprächssituation in der Ersten Hilfe,
- einen S.I.G.N.A.L.-Button für Mitarbeiter/innen, der ihre Offenheit für die Gewaltproblematik und Gesprächsbereitschaft zeigt.

Des Weiteren wurde das Interventionsprojekt in der hausinternen Zeitschrift „Planetarium“ präsentiert. Ärztliche Mitarbeiter/innen wurden in Anschreiben des ärztlichen Klinikdirektors über das Fortbildungsangebot für Ärzte/innen und die Einführung des Dokumentationsbogens informiert. Von Bedeutung waren eine Reihe von informellen Gesprächen mit leitenden Pflegekräften und Ärzten/innen zur Informierung über das Projekt und seine Fortbildungsangebote an Mitarbeiter/innen der Klinik.

Das S.I.G.N.A.L.-Projekt wurde in den offiziellen Hauswegweiser des UKBF aufgenommen. Mitarbeiter/innen in zentralen Diensten, wie der Krankentransport, der Patientenbegleitdienst, der Telefonzentrale, der Aufnahme sowie der Pforte wurden in persönlichen 15- bis 30minütigen Gesprächen über das Projekt und seine Angebote informiert. Ein kurzes Faltblatt vermittelt ihnen Ansprechpartner/innen, an die sie Patientinnen im Bedarfsfall weitervermitteln können.

Das S.I.G.N.A.L.-Projekt wurde einer breiteren Öffentlichkeit bekannt gemacht:

- Niedergelassene Ärzte/innen wurden über das Projekt und sein Angebot informiert.
- Mitarbeiter/innen der Projektsteuerungsgruppe präsentierten das Interventionsangebot im Rahmen des „Offenen Tages“ des Klinikums im August 2001.
- Im Februar 2002 fanden eine öffentliche Veranstaltung zum zweijährigen Projektbestehen und die Eröffnung einer Ausstellung zu Gewalt gegen Frauen in den Räumen des Klinikums statt.
- Im Dezember 2002 fand ein Austausch mit einer internationalen Gruppe von Experten/innen im Rahmen der von der Gesellschaft für technische Zusammenarbeit (GTZ) veranstalteten Tagung „Gewalt gegen Frauen und Mädchen beenden – Menschenrechte stärken“ statt. Innerhalb des Besuchsprogramms dieser Tagung nutzten Vertreter/innen der teilnehmenden Projekte und Organisationen die Möglichkeit eines intensiveren Austausches mit Mitarbeiter/innen der Projektsteuerungsgruppe des UKBF.
- Mehrere Zeitschriften und Zeitungen berichteten über das Projekt (vgl. Anhang).

Das S.I.G.N.A.L.-Projekt erhielt folgende Honorierung:

- Im Rahmen der Initiative „Women Against Violence Europe“ (WAVE) wurde S.I.G.N.A.L. als „Good Practice Model“ international honoriert.
- Im Dezember 2001 wurde S.I.G.N.A.L. mit dem „Margaretha-von-Brentano-Preis“ der Freien Universität Berlin ausgezeichnet.
- Im November 2002 erhielt das Projekt den Berliner Gewaltpräventionspreis.

Literatur

Gut G (1997). *Frauen auf der Suche nach Hilfe im medizinischen System. Innere Sicherheit durch Prävention.*

Gesundheitliche Folgen und gesellschaftliche Kosten von Gewalt. Diskutiert am Beispiel der Gewalt gegen Frauen und Mädchen. Bündnis 90/Die Grünen. Berlin.

May A (1997). *Misshandlungen, Misshandlungssysteme, gesundheitliche Folgen häuslicher Gewalt. Innere Sicherheit*

durch Prävention. Gesundheitliche Folgen und gesellschaftliche Kosten von Gewalt. Diskutiert am Beispiel der Gewalt gegen Frauen und Mädchen. Bündnis 90/Die Grünen. Berlin.

OPDV – New York State Office for the Prevention of Domestic Violence (1996). *Adult Domestic Violence. The Health Care*

Professional's Response. Basic Packet. New York,

3 Wissenschaftlicher Hintergrund zum Thema „Häusliche Gewalt“ und gesundheitliche Folgen

3.1 Definition von häuslicher Gewalt

Häusliche Gewalt ist in der Regel kein einmaliges, außergewöhnliches Ereignis. Es handelt sich vielmehr um ein komplexes Misshandlungssystem, innerhalb dessen vielschichtige Handlungs- und Verhaltensweisen darauf abzielen, Macht und Kontrolle über eine andere Person, ihr Handeln und Denken zu gewinnen (s. Abbildung 3.2–1). Körperliche und sexuelle Gewalttaten sind nur ein Teil des Geschehens. Meist sind sie eingebettet in vielfältige, subtile Formen der Machtausübung, durch die Unabhängigkeit, Selbstvertrauen, Kontrollbewusstsein und Handlungsspielräume der betroffenen Person unterminiert und Abhängigkeiten aufgebaut bzw. gefestigt werden. Andauernde häusliche Gewalt zwingt Betroffene zu einem Leben in ständiger Angst vor dem nächsten, unkalkulierbaren Gewaltausbruch (Brückner 1998; Schweikert 2000).

Der Begriff ‚häusliche Gewalt‘ hat sich zur Beschreibung von Gewalt zwischen Erwachsenen in der Familie oder Partnerbeziehungen etabliert. Diese neutrale Definition, die sich auf den Ort der Gewalt bezieht und die Geschlechtlichkeit von Tätern und Opfern verschleiert, ist umstritten. Denn in der Mehrzahl der Fälle üben Männer Gewalt gegen Frauen und Kinder aus. Polizeistatistiken zufolge sind es zu 90% Frauen, die von häuslicher Gewalt durch den derzeitigen oder ehemaligen Lebenspartner betroffen sind (Schweikert 2000; Kommoß 2002). In der folgenden Darstellung liegt der Schwerpunkt daher auf dem Bereich häuslicher Gewalt gegen Frauen. Nationale wie internationale Studienergebnisse liegen zu dem Bereich häuslicher Gewalt vor. In jüngster Zeit findet auch die bisher wenig beachtete häusliche Gewalt in gleichgeschlechtlichen Beziehungen (Ohms 2000; Lesben Informations- und Beratungsstellen e.V. 2001; Müller 2001) oder gegen behinderte (Fegert/Müller 2001; Wildwasser e.V. 2002; Zemp 2002) und ältere Personen (Görgen/Kreuzer et al. 2002) Eingang in die Forschung und Praxis. Zu dem Bereich sexuelle Gewalt gegen Frauen und sexueller Missbrauch von Mädchen, der hier keine eigenständige Beachtung findet, wird auf andere Stellen verwiesen (Günther/Kavemann et al. 1991; Kretschmann 1993; AKF 1997; Helfferich/Hendel-Kramer et al. 1997; Hagemann-White/Bohne 2003).

3.2 Formen von häuslicher Gewalt

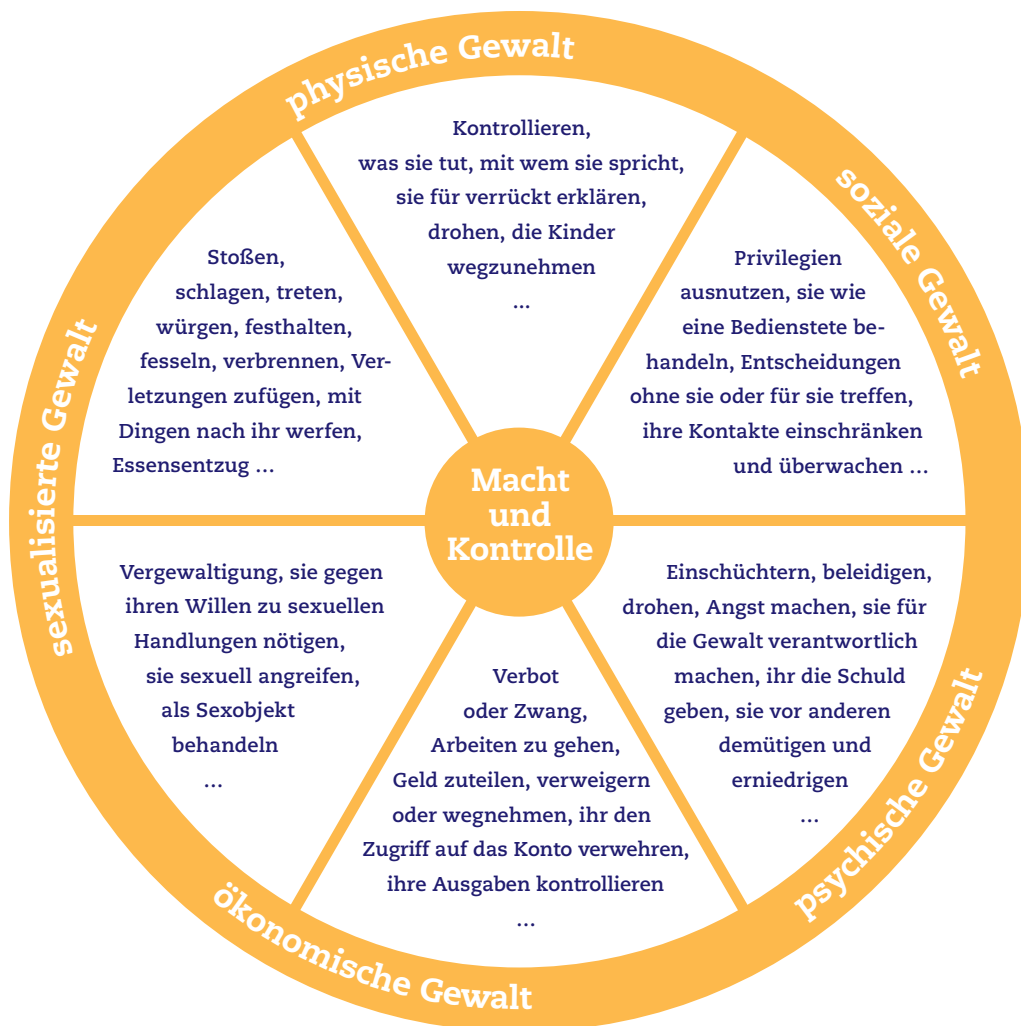
Von Gewalt betroffene Frauen berichten über körperliche, psychische und sexuelle Attacken, von Erniedrigungen, Demütigungen, Beschimpfungen, Bedrohungen, über ökonomische Ausbeutung und massive Kontrolle ihrer sozialen Kontakte (Hagemann-White/Kavemann 1981; Brückner 1983; Brückner 1998).

In der Literatur werden die vielfältigen Gewaltformen in fünf Grundtypen zusammengefasst (Egger/Fröschl et al. 1995; BIG e.V. 1997; Brückner 1998):

- *Körperliche Gewalt* – zu ihr gehören Ohrfeigen, Faustschläge, Stöße, Fußtritte, Würgen, Fesseln, tätliche Angriffe mit Gegenständen, Schlag-, Stich- oder Schusswaffen, Morddrohungen bis hin zu Tötungsdelikten.
- *Sexualisierte Gewalt* – sie reicht von der Nötigungen bis hin zu Vergewaltigungen oder auch dem Zwang zur Prostitution.
- *Psychische Gewalt* – darunter fallen Drohungen, der Frau oder ggf. ihren Kindern etwas anzutun, Beleidigungen, Demütigungen, das Erzeugen von Schuldgefühlen, Essensentzug und Einschüchterungen.
- *Ökonomische Gewalt* – umfasst Arbeitsverbote oder den Zwang zur Arbeit, die alleinige Verfügungsmacht über finanzielle Ressourcen durch den Partner; kurz die Herstellung und Aufrechterhaltung einer ökonomischen Abhängigkeit.
- *Soziale Gewalt* – das Bestreben des Partners, die Frau sozial zu isolieren, indem ihre Kontakte kontrolliert bzw. unterbunden oder verboten werden.

Das Rad der Gewalt

Abbildung 3.2–1: Rad der Gewalt



Nach: Rad der Gewalt, entwickelt vom Domestic Abuse Intervention Projekt (DAIP), Pence/Paymar 1983; vgl. BIG e.V.

Nach Berichten misshandelter Frauen entwickelt häusliche Gewalt in der Regel eine eigene Dynamik. Die US-amerikanische Psychologin Walker beschreibt diese Dynamik mit dem „Kreislauf der Gewalt“ und benannte drei analytisch trennbare, in der Praxis miteinander verwobene Phasen: die Phase des „Spannungsaufbaus“, des „Gewaltausbruchs“ und der „Entschuldigungs- und Entlastungsversuche“ (Walker 1983). Die Phase der Entschuldigung, in der der Partner seine Tat bereut und beteuert, er werde sein Verhalten ändern, macht es Frauen schwer, die Misshandlungsbeziehung zu beenden. Betroffene nennen in Interviews weitere Barrieren wie ökonomische Abhängigkeit, die zu erwartenden Probleme – die ein neu aufzubauendes Leben als Alleinerziehende mit Kindern mit sich bringt –, die Angst vor gesteigerten Gewaltausbrüchen seitens des Mannes, falls sie ihn verlassen sollte, und die berechtigte Angst vor einer noch weniger einzuschätzenden Bedrohung und Verfolgung (Hagemann-White/Bohne 2003). Studien zeigen, dass die Gefährdung von Frauen dann am größten ist, wenn sie die Beziehung verlassen und sich trennen wollen. Die meisten Tötungen von Frauen ereignen sich in diesen Trennungsphasen (Schweikert 2000). Zu berücksichtigen ist weiter die in der Forschung beschriebene spezielle Bindung zum Gewalttäter, die zuweilen unlösbar erscheint (Brückner 1983). Wiederholen sich diese Phasen des Kreislaufs der Gewalt kommt es in der Regel zu einer Eskalation, offene Gewaltausbrüche nehmen an Häufigkeit und Schwere zu, Entlastungs- und Entschuldigungsphasen verringern sich.

Erlittene Gewalt im sozialen Nahraum erhöht das Risiko für eine erneute Viktimisierung, d.h. dass gewaltbetroffene Frauen häufig bereits in ihrer Kindheit oder Jugend körperliche oder sexuelle Misshandlungen erlebt haben (Wetzels/Pfeiffer 1995; Hagemann-White/Bohne 2003).

Neben den Trennungsphasen gilt nach vorliegenden internationalen Studien die Schwangerschaft als Zeit der besonderen Gefährdung von Frauen (vgl. Kap. 3.6.1).

3.3 Ausmaß

Repräsentative Prävalenzzahlen zu häuslicher Gewalt liegen bislang für die Bundesrepublik Deutschland nicht vor. Eine Studie wird derzeit im Auftrag des BMFSFJ durchgeführt; die Ergebnisse werden voraussichtlich Ende 2004 vorliegen.

Hinweise auf das Ausmaß von körperlicher und sexueller Gewalt hierzulande geben bislang die Opferbefragung des Kriminologischen Forschungsinstituts Niedersachsen (KFN), polizeiliche Anzeige- bzw. Einsatzstatistiken, kleinere, regional begrenzte Studien und Angaben über die Anzahl der Frauen, die jährlich in Frauenhäusern Schutz suchen.

Die repräsentative KFN-Studie wurde 1992 als Teil der allgemeinen Opferbefragung (n=11.016) durchgeführt. Die Teilstichprobe von 2.100 Frauen ab 16 Jahren zeigte, dass zwei Drittel der Gewalttaten gegen Frauen im „sozialen Nahraum“ erfolgt. 16% der Frauen wurden im fünfjährigen Befragungszeitraum Opfer körperlicher oder sexueller Gewalt durch einen Lebens- oder Ehepartner und etwa jede zwölfte Frau (8,6%) erlitt im Laufe ihres Lebens mindestens einmal eine schwere sexuelle Gewalttat (Wetzels/Pfeiffer 1995).

Nach Auskunft des Landeskriminalamtes Berlin wurden für das Jahr 2002 berlinweit insgesamt 7.552 Tathandlungen mit dem Zusatz häusliche Gewalt im polizeiinternen Vorgangsbearbeitungssystem festgehalten. Da diese Kennzeichnung der polizeilichen Einsätze auf freiwilliger Basis beruht, kann de facto von einer höheren Zahl ausgegangen werden. Im gleichen Jahr wurden 558 längerfristige Platzverweise¹ ausgesprochen (LKA 2003).

Schutz in Frauenhäusern sucht nur ein Bruchteil der betroffenen Frauen. In Berlin sind es jährlich ca. 2.000 bis 2.500 Frauen, in der gesamten BRD etwa 45.000 (Verbundprojekt 2001).

Nach Schätzungen des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend ist jede dritte bis fünfte Frau im Verlauf ihres Lebens mit körperlicher oder sexueller Gewalt konfrontiert, die mehrheitlich von dem aktuellen oder ehemaligen Lebenspartner verübt wird (BMFSFJ 1998).

Eine jüngst veröffentlichte nordrhein-westfälische Expertise (Hagemann-White/Bohne 2003) kommt auf Grundlage von Studien aus den Niederlanden und Schweden zu der vorsichtigen Schätzung, dass etwa 22% aller Frauen jemals in ihrem Leben Formen geschlechtsbezogener Gewalt mit Folgen für ihre Gesundheit erlitten haben und etwa 10% aller Frauen in ihrem Erwachsenenleben zu sexuellen Handlungen gezwungen wurden, davon die Hälfte durch den Lebenspartner. Die Autorinnen nehmen an, dass ca. 20% aller Mädchen in ihrer Kindheit sexuellen Missbrauch oder Misshandlungen mit einhergehender emotionaler und körperlicher Belastung erleben; bei ca. 10% sei die spätere Gesundheit beeinträchtigt.

Erfahrungen aus Frauenhäusern und Beratungsstellen zeigen, dass häusliche Gewalt jede Frau treffen kann, unabhängig von Bildungsstand, Nationalität, Einkommen, Religion, Alter oder ethnischer Zugehörigkeit. Opfer wie Täter gehören allen sozialen Schichten an (Brückner 1998).

.....
¹ Im Jahr 2002 trat das neue Gewaltschutzgesetz bundesweit in Kraft. Nach diesem Gesetz können Opfer von häuslicher Gewalt per richterlichen Beschluss den Täter der Wohnung verweisen („Wer schlägt, muss gehen.“). Um das Opfer für den Zeitraum zwischen Gewalttat und der zivilrechtlichen Anordnung vor weiteren Gewalthandlungen zu schützen, kann die Polizei in Berlin dem Täter ad hoc mit dem Allgemeinen Sicherheits- und Ordnungsgesetz (ASOG) einen Platzverweis erteilen.

3.4 Kinder als Mitbetroffene von häuslicher Gewalt

Erleben Mütter in ihren Partnerschaften Formen von häuslicher Gewalt so sind ihre Kinder in unterschiedlicher Art mit betroffen. Sie können direkte oder indirekte Zeugen der Gewalthandlung sein oder selbst vom Vater oder Partner der Mutter misshandelt werden. Nach internationalen Studien steht Kindesmisshandlung in einem engen Kontext zu Gewalt durch den Partner. Das US Department of Health & Human Services geht aufgrund von Forschungsergebnissen davon aus, dass die Überschneidung von häuslicher Gewalt und Kindesmisshandlung je nach Studiendesign 30% bis 60% beträgt (DHHS 2003). In medizinischen Versorgungseinrichtungen wurde festgestellt, dass 45% bis 59% der Mütter von misshandelten Kindern gleichfalls von Gewalt betroffen sind (ebd.). Nach den Ergebnissen des National Family Violence Surveys misshandelten 23% der Männer, die körperliche Gewalt gegen ihre Ehefrauen ausübten, auch ihre Kinder (Strauss/Gelles 1986).

Während die unterschiedlichen gesundheitlichen Folgen der direkten Kindesmisshandlung hierzulande Beachtung finden und sich in Handlungsleitlinien für die verschiedenen Bereiche sowohl der Jugendfürsorge als auch der medizinischen Versorgung niederschlagen (BAGS 2000; SenGesSozV 2002), sind die Auswirkungen auf Kinder als Zeugen von Gewalt bisher kaum erforscht. Internationale Studien weisen daraufhin, dass das Erleben der Gewalt gegen die Mutter nie ohne schädigende Folgen für das Kind bleibt. Kinder fühlen sich u.a. hilflos, ausgeliefert, verantwortlich, mitschuldig oder wollen eingreifen und werden selbst verletzt. Insbesondere dann, wenn die Mutter andauernder Gewalt ausgesetzt ist, können die Auswirkungen traumatisch werden. Häufig sind je nach Kindesalter bestimmte unspezifische Symptome zu beobachten wie Schlafstörungen, Einnässen, Schulschwierigkeiten, Entwicklungsverzögerungen, Essstörungen, Aggressivität, Ängstlichkeit, selbstverletzendes Verhalten sowie Drogen- und Alkoholkonsum (Kavemann 2002; DHHS 2003). Neben diesen Symptomen kann sich das Erlebte auf das soziale Verhalten und die eigene Einstellung zu Gewalt auswirken und zu einer starken Identifikation mit dem Opfer oder dem Täter führen.

Der Zusammenhang von Kindes- und Frauenmisshandlung sollte angesichts der relativ hohen Überschneidung bei der medizinischen Versorgung berücksichtigt werden. Eine Intervention bei gewaltbetroffenen Müttern wirkt gleichfalls auf ihre mitbetroffenen Kinder.

3.5 Gesundheitliche Folgen

Gewalt wirkt sich in vielfältiger Weise auf die Gesundheit, das Gesundheitshandeln und die Gesundheitschancen von Frauen aus. Die gesundheitlichen Auswirkungen sexueller und häuslicher Gewalt können kurz-, mittel- oder langfristig sein und reichen von körperlichen Verletzungen, (psycho-) somatischen Beschwerden, psychischen Störungen und Erkrankungen bis hin zu tödlichen Folgen.

Differenzierte Einblicke in das weite Spektrum gesundheitlicher Folgen von Gewalt geben derzeit vor allem Studien aus angloamerikanischen Ländern.

- *Direkte körperliche Folgen* bilden Stich- und Hiebverletzungen, Schnitt-, Platz-, Riss- und Brandwunden, Prellungen, Hämatome, Würgemale. Häufig beschrieben werden Kopf-, Gesichts-, Nacken-, Brust-, Armverletzungen, Frakturen insbesondere des Nasenbeins, Arm- oder Rippenbrüche, Trommelfellverletzungen, Kiefer- und Zahnverletzungen. Je nach Art der Verletzungen können bleibende Behinderungen entstehen wie Einschränkungen der Seh-, Hör- und Bewegungsfähigkeit (Muelleman/Lenaghan et al. 1996; Fanslow/NortonSpinola 1998; Campbell 2002).
- *Somatische und psychosomatische Beschwerden* umfassen Kopf-, Rücken-, Brust- und Unterleibsschmerzen (Muelleman/Lenaghan et al. 1998), Magen-Darm-Störungen (Drossman/Talley et al. 1995; Leserman/Li et al. 1997), Übelkeit/Brechreiz, Atemnot und Essstörungen. Frauen, die häusliche Gewalt erlebt haben, berichten über chronische Anspannung, Angst und Verunsicherungen, die sich als Stressreaktionen in psychosomatischen Beschwerdebildern manifestieren können (McCauley/Kern et al. 1995; Campbell 2002). Im Zusammenhang mit sexueller Gewalt kommt es zu vaginalen Verletzungen und Blutungen, Harnwegsinfektionen, Störungen der Menstruation und Beeinträchtigungen der reproduktiven Gesundheit (Schmuel/Schenker 1998; Campbell 2002). Belegt sind zudem durch Gewalt verursachte Schwangerschaftskomplikationen, Verletzungen beim

Fötus und ein niedriges Geburtsgewicht von Neugeborenen (Campbell 1998a; Cokkinides/Coker et al. 1999). Im Vergleich zu Frauen ohne Misshandlungserfahrungen zeigt sich ein höheres Risiko von Fehlgeburten und ein um das Vierfach erhöhte Risiko einer Frühgeburt (Schmuel/Schenker 1998).

- *Psychische Folgen* von häuslicher Gewalt sind vielfältig. Beschrieben werden insbesondere Depression, Angst- und Panikattacken, Nervosität, Schlafstörungen, Konzentrationsschwäche, Störungen des sexuellen Empfindens, Angst vor Nähe und Intimität, der Verlust von Selbstachtung und Selbstwertgefühl (Ratner 1993; Campbell 1998b). Studien zeigen, dass 29% der Frauen, die einen Suizidversuch unternommen haben, Gewalt erfahren hatten (Stark/Flitcraft 1995), 37% der Frauen mit Gewalterleben unter Depressionen leiden (Gelles/Straus 1988; Houskamp/Foy 1991), 46% mit Angst- und Panikattacken (Gelles/Harrop 1989) und 45% mit posttraumatischen Belastungsstörungen (PTSD)² reagieren (Houskamp/Foy 1991). Bei vergewaltigten Frauen liegt die Prävalenz von PTSD bei 50% (Herman 1993). Aufgrund von sexuellen Gewalterfahrungen in der Kindheit, Vergewaltigung und sexueller Nötigung sowie Gewalt in der Partnerschaft gilt für Frauen ein wesentlich höheres Risiko für posttraumatische Belastungsstörungen als für Männern. Die Gefahr eines chronischen Verlaufs wird bei Frauen als viermal höher eingeschätzt (Teegen 2000). Als dauernde Persönlichkeitsstörungen aufgrund von traumatisierender Gewalterfahrung werden Borderline-Störungen, Multiple Persönlichkeiten (dissoziative Identitätsstörungen) und selbstverletzendes Verhalten genannt (Sachsse 1996). Insbesondere bei lang andauernder Gewaltsituationen kann es zu chronifizierten, komplexen posttraumatischen Belastungsstörungen kommen (Reddemann/Sachsse 2000).

Bislang werden hierzulande posttraumatische Belastungsstörungen hauptsächlich als Reaktion auf sexuelle Gewalt wahrgenommen. Im Zusammenhang mit häuslicher Gewalt erleben Frauen psychische Traumata, die ebenfalls zu PTSD führen können. Wie viele Frauen mit häuslicher Gewalterfahrung unter PTSD leiden, ist bundesweit bislang noch nicht untersucht worden.

- *Gesundheitsgefährdende Überlebensstrategien*: Studien zeigen, dass die Konfrontation mit Gewalt in einer Beziehung zu Verhaltensweisen führen kann, die die eigene Gesundheit der Betroffenen schädigen kann. Der Konsum von beruhigenden, berauschenden oder realitätsverändernden Substanzen wie Nikotin, Alkohol, Medikamente oder andere Drogen dient der inneren Flucht, dem Verdrängen und Vergessen (Vogt 1999). Frauen, die in ihrer Kindheit sexuell missbraucht wurden, zeigen häufig suchthafte Essstörungen und ein risikoreiches Sexualverhalten.
- Als *tödliche Folge* von Gewalthandlungen sterben Frauen an den Folgen ihrer Verletzung, werden umgebracht oder begehen Selbstmord.

.....

² „Post-traumatic-stress-disorder“ (PTSD) beschreibt die Reaktionen auf das Erleben von traumatischen Ereignissen wie Folter, Vergewaltigung, Katastrophen, tatsächlichem oder drohenden Tod, ernsthafter Verletzung oder eine Gefahr der körperlichen Unversehrtheit der eigenen Person oder anderer Personen.

Als Reaktionsmerkmale werden intensive Furcht, Hilflosigkeit oder Entsetzen, sich aufdrängende Erinnerungen, eine erhöhte Erregung und eine andauernde Vermeidung von mit dem Trauma assoziierten Stimuli genannt (vgl. ICD-10, F43.1).

Judith Herman (1993) übertrug und modifizierte dieses Konzept im Kontext von (sexualisierter) Gewalt: Andauernde Traumata in engen sozialen Beziehungen – wie im Fall von häuslicher Gewalt – können zu einer massiven Bedrohung der körperlichen, sexuellen und psychischen Integrität führen und einen Verlust der Selbstkontrolle über den eigenen Körper und des Vertrauens in die Welt und zum eigenen Selbst zur Folge haben. So zeigt sich bei PTSD häufig ein negatives Selbstwertgefühl, Selbstentwertung, Scham- und Schuldgefühle, Schwierigkeiten, soziale Beziehungen herzustellen oder zu halten, Unerträglichkeit von Berührungen oder Nähe.

Chronische Traumatisierung ist u. a. dadurch gekennzeichnet, dass die Betroffene keinen Entspannungszustand kennt, so dass neben Unruhe und Schlaflosigkeit zahlreiche somatische Beschwerden (z.B. Essstörungen, Suizidalität, körperliche Symptome wie Zittern, Atembeklemmungen, Kopfschmerzen, Durchfall und Unterleibsbeschwerden und Drogen-, Medikamenten und Alkoholprobleme) auftreten können. Die Symptome, die mit dem traumatisierenden Ereignis und gesundheitlichen Problemen einhergehen, sind als Anpassungs-, Schutz- und Überlebensstrategien zu verstehen.

Abbildung 3.5–1: Gesundheitliche Folgen von Gewalt gegen Frauen und Mädchen

Gesundheitliche Folgen von Gewalt gegen Frauen und Mädchen		
nicht-tödliche Folgen		tödliche Folgen
Körperliche Folgen <ul style="list-style-type: none"> • Verletzungen • funktionelle Beeinträchtigungen • dauerhafte Behinderungen 	Gesundheitsgefährdende (Überlebens-)Strategien <ul style="list-style-type: none"> • Rauchen • Alkohol- und Drogengebrauch • risikoreiches Sexualverhalten • selbstverletzendes Verhalten 	<ul style="list-style-type: none"> • tödliche Verletzungen • Mord • Suizid
(Psycho-)somatische Folgen <ul style="list-style-type: none"> • chronische Schmerzsyndrome • Reizdarmsyndrom • Magen-Darm-Störungen • Harnwegsinfektionen • Atemwegsbeschwerden 	Reproduktive Gesundheit <ul style="list-style-type: none"> • Eileiter- und Eierstockentzündungen • Sexuell übertragbare Krankheiten • ungewollte Schwangerschaften • Schwangerschaftskomplikationen • Fehlgeburten/niedriges Geburtsgewicht 	
Psychische Folgen <ul style="list-style-type: none"> • Posttraumatische Belastungsstörungen • Depression, Ängste, Schlafstörungen, Panikattacken • Essstörungen • Verlust von Selbstachtung und Selbstwertgefühl 		

Quelle: (CHANGE 1999) übersetzt und modifiziert von Hellbernd/Wieners/Brzank

Der von der WHO veröffentlichte internationale Bericht zu Gewalt und Gesundheit (Krug/Dahlberg et al. 2002) resümiert auf Grundlage von Ergebnissen aus verschiedenen Studien, dass

- die Auswirkung der Misshandlung länger andauern kann, auch wenn die Misshandlungen selbst bereits beendet wurden;
- sich die Wirkung auf die physische und mentale Gesundheit der Frauen mit der Schwere der Misshandlung verstärkt;
- verschiedene Gewaltformen und multiple Gewaltepisoden im zeitlichen Verlauf kumulativ wirken.

3.6 Häusliche Gewalt und medizinische Versorgung

3.6.1 Prävalenz im medizinischen Versorgungsbereich

Die Frage, wie hoch der Anteil von Frauen ist, die aufgrund gewaltbedingter Verletzungen und Beschwerden medizinische Versorgung in Anspruch nehmen, lässt sich für die Bundesrepublik nicht beantworten.

Vor allem aus dem US-amerikanischen Raum liegt jedoch eine Vielzahl von Studienergebnissen zur Prävalenz häuslicher Gewalt in unterschiedlichen medizinischen Versorgungseinrichtungen vor (Hamburger/Saunders et al. 1992; Abbott/Johnson et al. 1995; Bates/Redman et al. 1995; McCauley/Kern et al. 1995; Gazmararian/Lazorick et al. 1996; Roberts/O'Toole et al. 1996; Wilt/Olson 1996; Dearwater/Coben et al. 1998; McKenzie/Burns et al. 1998; Feldhaus/Houry et al. 2000; Plichta/Falik 2001). Aufgrund unterschiedlicher Gewaltdefinition, Studiendesigns und -populationen differieren die Angaben und sind nicht ohne weiteres zu vergleichen (Wilt/Olson 1996; Hegarty/Roberts 1998).

Eine der repräsentativsten Untersuchungen unter 3.455 Patientinnen von elf US-amerikanischen Erste Hilfe-Einrichtungen zeigte, dass 37% der Befragten im Laufe ihres Lebens körperliche und/oder sexuelle Gewalt durch einen derzeitigen oder ehemaligen (Ehe-) Partner erlitten hatten. 14,4% berichteten von Misshandlungen in den vergangenen zwölf Monaten und 2,2% der Frauen suchten die Erste Hilfe aufgrund aktueller Gewalthandlungen auf (Dearwater/Coben et al. 1998). Eine andere US-amerikanische Untersuchung kommt unter Berücksichtigung von körperlicher, sexueller und emotionaler Gewalt zu einer Lebenszeitprävalenz von 54,2% und einer Inzidenz von 7,6% (Abbott/Johnson et al. 1995). Die beobachtete Akutprävalenz häuslicher Gewalt unter Patientinnen in Notfalleinrichtungen erreicht bis

zu 26% (Muelleman/Lenaghan et al. 1996). Der Anteil der Frauen, die mit körperlichen Verletzungen die Erste Hilfe aufsuchen, scheint dabei geringer als der von Patientinnen, die sich mit Beschwerdebildern wie Angstattacken, Schmerzsyndromen, Depressionen und Suizidversuchen an die Notaufnahme richten (Abbott/Johnson et al. 1995).

US-amerikanische Untersuchungen, die bei schwangeren Frauen im Rahmen der Vorsorge durchgeführt wurden, zeigen Prävalenzraten von körperlicher und/oder sexueller Gewalt zwischen 4% und 20% während der Schwangerschaft (McFarlane/Parker et al. 1992; Gazmararian/Lazorick et al. 1996; McFarlane/Parker et al. 1996; Muhajarine/D'Arcy 1999). Die Raten erhöhen sich bei einer Befragung im fortgeschrittenen Stadium der Schwangerschaft. 60% derjenigen, die Gewalt in der Schwangerschaft erlitten, berichteten von mehreren Gewalthandlungen in dieser Zeit (McFarlane/Parker et al. 1992).

Diese Ergebnisse sind sowohl aus den o.g. Gründen als auch den gesellschaftlich-strukturellen wie kulturellen Unterschieden nicht ohne weiteres zu verallgemeinern. Sie sind nur bedingt übertragbar, da z.B. aufgrund eines anderen Gesundheitsversorgungssystems der Notfallversorgung in den USA eine bedeutendere Rolle zukommt.

Die im Rahmen der wissenschaftlichen Begleitung des S.I.G.N.A.L.-Projekts durchgeführte Befragung von 806 Patientinnen der Ersten Hilfe/Notaufnahme zur Prävalenz fand heraus, dass 36,6% der befragten Frauen in ihrem Leben nach dem 16. Lebensjahr mindestens eine der drei Formen von häuslicher Gewalt (emotionale, sexuelle, körperliche Gewalt) erfahren hatte; 4,6% im letzten Jahr und 1,5% hatten akut körperliche Gewalt erfahren (0,7% von ihrem (Ex-)Partner); 13,5% der Patientinnen, die Gewalt erlebt hatten, waren während der Schwangerschaft von ihrem Partner misshandelt worden (vgl. Teil B: Kap. 8).

3.6.2 Kosten von häuslicher Gewalt

Der Versuch, die gesamtgesellschaftlichen Kosten von häuslicher Gewalt zu berechnen, gestaltet sich aufgrund der Komplexität schwierig. Direkte wie indirekte Kosten aller tangierten Bereiche müssen berücksichtigt werden. So sind die individuellen Folgen, die die Gewalterfahrung für die einzelne Frau bedeutet, wie persönliches Leid, Schmerz, Beeinträchtigung von Chancen, Lebensfreude und Verlust von Lebenszeit, kaum zu messen. Gesellschaftliche Kosten entstehen im sozialen und juristischen Bereich, im Gesundheits- und Bildungssektor. Weitere volkswirtschaftliche Verluste treten im Erwerbsleben aufgrund von Arbeitsunfähigkeit, Arbeitslosigkeit und Frühberentung auf (Kavemann 2000; Krug/Dahlberg et al. 2002).

Kostenermittlungsversuche werden seit Mitte der 90er Jahre in verschiedenen Ländern unternommen. Eine Schweizer Studie z.B. beziffert die jährlichen Folgekosten von häuslicher Gewalt unter Einbeziehung der Kosten in den Bereichen Polizei, Gericht, Strafvollzug, Gesundheitsversorgung, Sozialhilfe, Opferhilfe und Zufluchtseinrichtungen auf 400 Mio. CHF³ (Godenzi/Yodanis 1998). Eine finnische Studie, die ähnliche Bereiche berücksichtigt, kommt für 1998 auf 296 Mio. FIM (50 Mio. EUR) direkter Kosten verursacht durch Gewalt gegen Frauen. Allein für den Gesundheitssektor werden 40 Mio. FIM (6,8 Mio. EUR) pro Jahr berechnet. Als indirekte Kosten werden ca. 360 – 660 Mio. FIM (61 – 112 EUR) geschätzt. Als Berechnungsgrundlage diente die Zahl der Frauen, die Hilfeeinrichtungen aufsuchten. Aufgrund der Tatsache, dass nur ein Teil der betroffenen Frauen Hilfe in Anspruch nimmt, gehen die Autoren von einer Kostenunterschätzung aus (Piispa/Heiskanen 2001).

Eine im April 2003 vom US-amerikanischen Centers of Disease Control and Prevention (CDC) veröffentlichte Kostenaufstellung beziffert die jährlichen Kosten, die durch Gewalt gegen Frauen in der Partnerschaft verursacht werden, auf 5,8 Mrd. USD⁴. Davon werden 4,1 Mrd. USD⁵ für die direkte Gesundheitsversorgung aufgebracht und 1,8 Mrd. USD⁶ gehen wegen Verlust von Produktivität und Lohn verloren. 90% dieser Kosten sind auf körperliche Gewalt seitens des Partners zurückzuführen,

.....

³ Eine genaue Umrechnung in Euro ist wegen veränderter Kosten und Devisenkursen nicht möglich. Bei dem heutigen Kurs wären es ca. 259 Mio. EUR (Stand 19.11.2003).

⁴ ca. 4,9 Mrd. EUR (Stand 19.11.2003)

⁵ ca. 3,4 Mrd. EUR (Stand 19.11.2003)

⁶ ca. 1,5 Mrd. EUR (Stand 19.11.2003)

6,7% auf Vergewaltigung in der Partnerschaft und 3,7% auf Bedrohung durch den Partner. Auch diese Berechnung geht von einer Unterschätzung der tatsächlichen Kosten aus (NCIPC 2003).

In den USA kommt eine Studie zu dem Ergebnis, dass die jährlichen Versorgungskosten für Patientinnen mit Gewalterfahrungen durchschnittlich um 1.775,- USD⁷ höher lagen als die von Patientinnen ohne Gewalterfahrungen (Wisner/Gilmer et al. 1999).

Studien über die Folgekosten von Gewalt weisen darauf hin, dass ein früheres Erkennen von gewaltbedingten Beschwerden und eine adäquate Behandlung auf längere Sicht zu größeren Einsparungen im Gesundheitswesen führen kann (Wisner/Gilmer et al. 1999; Kavemann 2000).

3.6.3 Unzureichende Versorgungssituation

Ebenso wie gesundheitliche Folgeschäden von häuslicher Gewalt hierzulande weitgehend unerforscht sind, bleiben Anforderungen an eine bedarfsgerechte Versorgung noch überwiegend undiskutiert. Eine Ausnahme bilden dabei die Aspekte sexueller Missbrauch in der Kindheit und Folgen sexualisierter Gewalt, die in den letzten Jahren auch im Gesundheitsbereich Beachtung erhalten haben (AKF 1997; Wieners/Hellbernd 2000; Verbundprojekt 2001).

Gewalt wird als Ursache von Verletzungen und Beschwerden häufig nicht wahrgenommen. Einer kanadischen Studie zufolge wird nur in einem von 25 Fällen Gewalt als ursächliches Problem erkannt (Day 1995). Eine Befragung niedergelassener Ärzte und Ärztinnen in einzelnen Berliner Bezirken schlussfolgert, dass nur jeder zehnte Fall von häuslicher Gewalt erkannt wird (Mark 2000).

Selbst wenn ein Zusammenhang zwischen den Beschwerden und Verletzungen und häuslicher Gewalt offensichtlich ist, wird der Gewalthintergrund nur selten angesprochen. Eine Untersuchung in einer nordamerikanischen Family Practice Clinic kommt zu dem Ergebnis, dass 22,6% der Patientinnen innerhalb des letzten Jahres von ihrem Partner körperlich misshandelt worden waren, jedoch nur 1,5% der Frauen nach Misshandlungserfahrungen befragt wurden (Hamberger/Saunders et al. 1992).

Eine Befragung von Patientinnen der Ersten Münchner Frauenklinik schließlich zeigte, dass nur 6% der 216 Patientinnen, die im Laufe ihres Lebens Opfer sexueller Gewalt waren, mit einem Arzt oder einer Ärztin darüber gesprochen hatte und dieses Gespräch nur in einem einzigen Fall von dem Arzt bzw. der Ärztin ausgegangen war (Jundt/Peschers et al. 2000).

Nach einer kanadischen Studie nahmen insgesamt nur 28% der Frauen, die durch ihren Partner verletzt wurden, direkt ärztliche Hilfe in Anspruch. Obwohl bei 45% der Betroffenen gravierende Verletzungen vorlagen, die eine ärztliche Versorgung notwendig gemacht hätten, nahm nicht einmal die Hälfte dieser Frauen eine Gesundheitsversorgungseinrichtung in Anspruch (Day 1995).

3.6.4 Unter-, Über- und Fehlversorgung als Folge der Versorgungssituation

Die mittel- und langfristigen Auswirkungen auf die Gesundheit der Betroffenen hängen von einer Vielzahl von Faktoren ab: von der fortgesetzten Konfrontation mit Gewalt, den eigenen vorhandenen Bewältigungsstrategien und -ressourcen, körperlichen Faktoren und Dispositionen, sozialen Unterstützungen etc. Es kann jedoch grundsätzlich davon ausgegangen werden, dass eine wirksame Behandlung in zentraler Weise davon abhängig ist, ob sie ursachenadäquat erfolgt. Für gewaltbetroffene Frauen bedeutet die Ausblendung und Verdrängung der Gewaltproblematik ein hohes Risiko, dass Gesundheitsstörungen nicht entsprechend und umfassend behandelt werden.

Die somatische Ausrichtung der medizinischen Versorgung bleibt häufig auf eine symptomorientierte Behandlung beschränkt, psychosoziale Beratung und Unterstützungsleistungen, Interventions- und Präventionsmöglichkeiten werden selten angeboten. Dies erhöht die Gefahr von Fehlversorgung und einer Chronifizierung der Beschwerden (Fraktion Bündnis 90/Die Grünen 1998; Maschewsky-Schneider/Hellbernd et al. 2001; Verbundprojekt 2001; Hellbernd/Wieners 2002).

.....

⁷ ca. 1.486 EUR (Stand 19.11.2003)

Krankheitsverläufe von gewaltbetroffenen Frauen lassen erkennen, dass eine Nichtberücksichtigung der Ursachen ihrer Beschwerden eine höhere Inanspruchnahme gesundheitlicher Versorgungsleistungen zur Folge haben kann. Betroffene Frauen suchen häufiger gesundheitliche Versorgungseinrichtungen auf, haben höhere Operationsraten und stationäre Aufenthalte und nehmen verstärkt psychische Behandlungseinrichtungen in Anspruch (Beckermann 1998; Verbundprojekt 2001; Krug/Dahlberg et al. 2002).

In der Literatur werden als mögliche mittel- und langfristige Folgen des Nichterkennens genannt:

- *Chronifizierung* von Beschwerden bis hin zu dauerhaften Behinderungen und Beeinträchtigungen aufgrund von ausbleibender oder inadäquater Behandlung.
- *Fehldiagnosen und Fehlbehandlungen*: So können neurologische Beschwerden wie Kopfschmerzen, Konzentrationsstörungen oder Hör- und Sehminderungen Folgen dauerhafter Gewalteinwirkungen und unbehandelter Verletzungen sein (McCauley/Kern et al. 1995; Campbell 1998a). Frauen mit Gewalterfahrungen werden häufig Diagnosen zugeschrieben, die nur als Sekundär Diagnosen gelten können. Bei psychischen Beschwerdebildern kommt es so verstärkt zur Verschreibung von psychotropen Medikamenten (Williamson 2000; Jaspard 2001). Eine geschlechtsspezifische Verschreibungspraxis von Schmerz- und Beruhigungsmitteln führt dazu, dass diese Medikamente Frauen ihre außerordentlich belastenden Lebensverhältnisse – wie gewalttätige Partnerbeziehungen – weiterhin ertragen lassen, statt sie in einem Prozess zu unterstützen, in dem sie ihre psychische und physische Stabilität wieder erlangen können (Campbell 1998a). Berichte aus dem Suchtbereich und psychosomatischen Kliniken zeigen, dass bei durch Gewalterfahrungen traumatisierten Frauen vielfach eine lange Geschichte von Fehlversorgung mit erfolglosen Therapien zu beobachten ist (Vogt 1999; Verbundprojekt 2001).
- *Überdiagnostik und Überversorgung*: Aus dem gynäkologischen Versorgungsbereich gibt es Hinweise darauf, dass bei Patientinnen mit Unterleibsbeschwerden diese häufig nicht im Zusammenhang mit Gewalterfahrungen gesehen werden und dementsprechend eine adäquate Behandlung unterbleibt (Beckermann 1998). Die Behandelnden in psychosomatischen Kliniken und Rehabilitationskliniken gehen davon aus, dass bei einem großen Anteil von Patientinnen mit vielfachen Unterleibsoperationen, sog. „gynäkologischen Operationskarrieren“, Gewalterfahrungen vorliegen (Verbundprojekt 2001). Patientinnen mit sexuellen Gewalterlebnissen in der Kindheit erfahren in der Regel eine invasive Diagnostik und weniger, dass körperliche Reaktionen im Kontext von traumatisierender Gewalterfahrung thematisiert und in die Behandlung einbezogen werden (Beckermann 1998).

Die bestehende, unzureichende Versorgungssituation, die wegen des Ausblendens von Gewalt als Ursache von gesundheitlichen Folgen von Fehldiagnosen und -behandlung gekennzeichnet ist, erhöht die Kostenbelastung des Gesundheitssystems und schädigt die Betroffenen.

3.7 Innovative Strategien

International werden vor allem im angloamerikanischen Raum seit mehr als zehn Jahren Interventionskonzepte und -projekte gegen häusliche Gewalt im Rahmen der Gesundheitsversorgung erprobt und umgesetzt. Eine wachsende gesundheitspolitische Debatte zur Gewaltthematik führte Mitte der 80er Jahre in den USA dazu, dass „Domestic Violence“ in die Perspektive von Public Health rückte. Im Zuge dessen entwickelten sich zu den gesundheitlichen Folgen von Gewalt sowie besseren Versorgungsmöglichkeiten rege Forschungsaktivitäten. Gleichzeitig wurden in der Gesundheitsversorgung Interventionsprogramme gegen Gewalt eingeführt. Medizinische und pflegerische Fachgesellschaften erkannten die Bedeutung von Gewalt für die Gesundheit von Frauen und ihren Kindern und begannen, sich für eine adäquate Versorgung verantwortlich zu zeigen. Leitlinien und Konzepte für Interventionsstrategien wurden von medizinischen Fachgesellschaften wie „American Medical Association“⁸, „American College of Emergency Physicians“⁹, „American College of Obstetricians and Gynecolo-

⁸ www.ama-assn.org/ama/pub/category/3548.html

⁹ www.acep.org/1,442,0.html

gists¹⁰, „American College of Physicians“¹¹ und Organisationen der Krankenpflege wie „American Nurses Association“¹², „Nursing Network on Violence Against Women“¹³ und der Hebammenvereinigung „American College of Nurse Midwife“¹⁴ Anfang der 90er Jahre entwickelt.

Mit finanzieller Unterstützung seitens des US-Gesundheitsministeriums begann 1992 der Family Violence Prevention Fund (FVPF)¹⁵ seine Arbeit. Als Organisation entwickelt und verbreitet der FVPF Modellprojekte, Trainingsprogramme, schriftliche Informations- und Fortbildungsmaterialien für Professionelle in der Gesundheitsversorgung und nimmt damit eine bedeutende Multiplikatorenrolle ein.

Neben Diskussionen über die gesundheitlichen Folgen der Gewalt und Unterstützungsmöglichkeiten wurden in den USA auch auf der strukturellen Ebene der Gesundheitsversorgung Strategien entwickelt, um neue Versorgungskonzepte in der Praxis zu etablieren. So beschäftigte sich 1990 die Organisation gesundheitlicher Leistungsanbieter, die „Joint Commission for the Accreditation of Health Care Organizations“ (JCAHO)¹⁶, in der 80% aller nationalen Krankenhäuser akkreditiert sind, mit der Verbesserung der Versorgung in den Notaufnahmestationen, um der Situation gewaltbetroffener Patientinnen gerecht werden zu können. Seit 1992 fordert die Kommission die Einführung von Leitlinien in Krankenhäusern (Nudelman/Rodríguez Trias 1999), die das Erkennen von Gewalt, eine adäquate Behandlung und die Vermittlung weitergehender Beratung sicherstellen. Fortbildungen zu den Themen häusliche Gewalt, sexueller Missbrauch, sexuelle Gewalt sowie Gewalt gegenüber älteren Menschen gelten als wichtige Voraussetzung, um das ärztliche und pflegerische Personal für die Problematik zu sensibilisieren, damit ggf. entsprechende Interventionschritte von ihrer Seite eingeleitet werden können.

New York startete Anfang der 90er Jahre mit der Einführung von Interventionsprogrammen in allen kommunalen Krankenhäusern. Kalifornien wurde 1995 der erste US-amerikanische Bundesstaat, in dem die Entwicklung und Implementierung von Interventionsprojekten für alle Kliniken und Krankenhäuser gesetzlich festgelegt wurde (Nudelman/Rodríguez Trias 1999).

3.8 Interventionsprojekte und ihre Grundsätze

Heute existiert eine beachtliche Anzahl von Interventionskonzepten und -projekten, die jeweils über eine eigene Entstehungsgeschichte, Strategien und Interventionsinstrumente verfügen, wie z.B. AWARE¹⁷ (Campbell 1998b), RADAR¹⁸ (OPDV 1995). Angelehnt an die nordamerikanischen Vorbilder wurden Interventionsprogramme in anderen Ländern entwickelt wie z.B. 1993 das OASIS-Projekt in Neuseeland (Fanslow/Norton/Robinson et al. 1998). Sie zeichnen sich in der Regel durch eine inter- und multidisziplinäre Zusammenarbeit aus. Viele Projekte wurden von Teams initiiert, deren Vertreter/innen dem medizinischen und pflegerischen Bereich, der Verwaltung, Sozialberatung sowie externen Mitarbeiter/innen aus dem Anti-Gewalt-Bereich angehörten. Im Idealfall verfügen Krankenhäuser – wie in New York per Gesetz vorgesehen – über spezifische Koordinationsstellen: Als „Beauftragte für Fragen häuslicher Gewalt“ beraten sie Patientinnen, koordinieren weitere Unterstützungsangebote oder die Vernetzung mit der kommunalen Anti-Gewalt-Arbeit und sind zuständig für die Sicherstellung von Routinebefragung, Dokumentation und Datenerhebung.

Fortbildungen zur Sensibilisierung des Personals gegenüber häuslicher Gewalt sind die Basis aller Interventionsprojekte. In der Mehrheit der Krankenhäuser sind sie für alle Berufsgruppen verpflichtend.

.....

¹⁰ www.acog.org/from_home/departments/category.cfm?recno=17&bulletin=191

¹¹ www.acponline.org/journals/news/mar01/violence.htm

¹² www.nursingworld.org

¹³ www.nnvawi.org/assessment.htm

¹⁴ www.acnm.org

¹⁵ <http://endabuse.org>

¹⁶ www.jcaho.org

¹⁷ www.jxnmichigan.com/awareshelter.htm

¹⁸ www.opdv.state.ny.us/health_humsvc/health/radar.html

In Florida und New York z.B. ist der Nachweis eines mindestens zweistündigen Trainings zu häuslicher Gewalt für die Zulassung von Ärzten/innen Voraussetzung (Nudelman/Rodriguez Trias 1999).

Die Notaufnahmestationen der Krankenhäuser bilden einen Schwerpunkt für die Projektimplementierung. Darüber hinaus werden Interventionsprogramme vorrangig in der Primärversorgung, Chirurgie, Geburtshilfe/Gynäkologie, Pädiatrie und Psychiatrie etabliert, einbezogen werden auch andere Bereiche wie die häusliche Krankenpflege.

Die Interventionsumsetzung variiert je nach Versorgungseinrichtung. Es zeigt sich, dass Interventionsprogramme dem Kontext des jeweiligen Krankenhauses angepasst werden müssen. Inhaltlich beruhen alle Interventionsprojekte auf folgenden zentralen Interventionsschritten:

- der (routinemäßigen) Befragung aller Patientinnen nach Gewalterfahrungen
- einer gerichtsverwertbaren Dokumentation von Verletzungen und Beschwerden
- der Klärung der Sicherheits- und Schutzbedürfnisse von betroffenen Patientinnen
- der Vermittlung weitergehender psychosozialer Unterstützungs- und Beratungsangebote.

Mittlerweile liegen international eine Reihe von Leitlinien, Beschreibungen von Interventionsprogrammen, Handbücher, Fortbildungsprogramme (Osattin/Short 1998; Dutton 2002) sowie Evaluationen von Interventionsmodellen vor (Fanslow/Norton/Robinson et al. 1998; Campbell/Coben et al. 2001). Mehrheitlich wird in den USA gemäß den Leitlinien medizinischer Fachgesellschaften sowie Studien zu Interventionsprojekten ein „Routinescreening“ aller Patientinnen¹⁹ nach Gewalt empfohlen: Jede Patientin – unabhängig von Anhaltspunkten, die den Verdacht auf einen Gewalthintergrund nahe legen, – sollte bei jedem ärztlichen Besuch auf mögliche aktuelle oder vorausgegangene Gewalterfahrungen angesprochen werden. Screening als Standard ist jedoch umstritten. Pro und Contra bestimmen die internationale Debatte zur Routinebefragung (Cole 2000; Bacchu/Mezey et al. 2002). Eine routinemäßige Befragung nach Gewalt innerhalb jeden Behandlungssettings wird in jüngster Zeit von einigen Autoren/innen in Frage gestellt, da ein Effektivitätsnachweis dieser Screenings fehle (Ramsay/Richardson et al. 2002; Rhodes/Levinson 2003; Wathen/MacMillan 2003). Konsens besteht innerhalb dieser Debatte jedoch grundsätzlich darüber, welche große Bedeutung einer aktiven Befragung der Patientinnen nach Gewalterfahrung zukommt. Da gewaltbedingte Gesundheitsprobleme ohne ein aktives Ansprechen von ärztlicher oder pflegerischer Seite häufig nicht erkannt werden (Ramsay/Richardson et al. 2002), kommen Autor/innen von Studien zur Prävalenz und zu den gesundheitlichen Folgen von Gewalt mehrheitlich zu dem Schluss, dass nur dann ein Erkennen von Gewaltopfern möglich ist, wenn Gewalt als Standardfrage Eingang in das Anamnesegespräch findet (Waller/Hohenhaus et al. 1996; Larkin/Hyman et al. 1999; Rodriguez/Bauer et al. 1999; Warshaw/Alpert 1999; Walton-Moss/Campbell 2002).

Angesichts des teilweise hohen Zeitdrucks und der daraus resultierenden Schwierigkeit, unterschiedslos alle Patientinnen auf mögliche Misshandlungen anzusprechen, schlagen einige US-amerikanische Fachgesellschaften einen pragmatischen Weg vor: Sie empfehlen Mitarbeiter/innen der Gesundheitsversorgung, Patientinnen auf Gewalt als mögliche Ursachen von Gesundheitsbeschwerden so häufig wie möglich anzusprechen. In den USA werden zur Befragung von Patientinnen schriftliche Befragungsinstrumente wie das „Abuse Assessment Screen“ eingesetzt (Campbell 1998a).

Grundsätzlich sind als Voraussetzung für eine Routinebefragung innerhalb der Gesundheitseinrichtungen weitere stützende Maßnahmen zu etablieren. Fragen nach Gewalt müssen in ein Maßnahmenbündel von Leitlinien, Fortbildungen und Unterstützung für das Krankenhauspersonal eingebettet sein. Eine Routinebefragung nach Gewalt setzt geschultes Personal voraus, da andernfalls nicht auszuschließen ist, dass Opfer von Gewalt gefährdet und retraumatisiert werden (Warshaw/Ganley 1998; Department of Health 2000).

.....
¹⁹ In US-amerikanischen Empfehlungen wird jedoch von einer Befragung aller männlichen Patienten abgeraten. Es wird auf das hohe Risiko verwiesen, dass sich Täter als Opfer präsentieren, um für sich Konsequenzen zu vermeiden. Außerdem bestehe die Gefahr, dass sie so Informationen über Sicherheit und Schutz für Betroffene häuslicher Gewalt erhalten und damit ihre Kontrolle und Macht stabilisieren können.

3.9 Rolle des Gesundheitspersonals bei Intervention und Prävention

Professionellen der Gesundheitsversorgung kommt eine besondere Rolle bei Prävention und Intervention von Gewalt gegen Frauen und ihre Kinder zu. Ärzte/innen und Pflegekräfte sind häufig die ersten und nicht selten die einzigen außenstehenden Personen, die die körperlichen Folgen häuslicher Gewalttaten zu sehen bekommen. Ihnen kommt somit eine bedeutende Funktion zu, gewaltverursachte Verletzungen und Beschwerden zu erkennen und zu einem frühen Zeitpunkt die Patientin auf erlittene Misshandlungen anzusprechen, Hilfe anzubieten und beim Abbau von Gewaltfolgen mitzuwirken.

Erfahrungen im Gesundheitsbereich und Studien haben gezeigt, dass viele Frauen offen über die Misshandlungen sprechen, wenn sie darauf angesprochen werden. Gewaltbetroffene Frauen betrachten Mitarbeiter/innen der Gesundheitsversorgung mehrheitlich als potentielle Gesprächspartner/innen und würden sich wünschen, nach Gewalt als möglicher Ursache oder Kontext von Verletzungen oder Beschwerden gefragt zu werden (Wetzels/Pfeiffer 1995; Jundt/Peschers et al. 2000; Senator für Arbeit 2001). Die Gesprächsbereitschaft hängt wesentlich davon ab, ob sie in einer direkten, mitfühlenden und nicht verurteilenden Form angesprochen werden (Rodriguez/Szkupinski-Quiroga et al. 1996; Hamberger/Ambuel et al. 1998).

Eine im Rahmen der S.I.G.N.A.L.-Begleitforschung durchgeführte Umfrage unter 806 Patientinnen der Ersten Hilfe Station im UKBF (vgl. Teil B: Kap. 8) ergab, dass 67% der Befragten Ärzte/innen als Ansprechpersonen im Fall von Gewalt betrachten. Befragt danach, welcher Person sie sich eher anvertrauen würden, zeigte sich, dass „eine verständnisvolle Person“ mit 55% leicht höher favorisiert wird als das weibliche Geschlecht der Ansprechperson. Betroffene Frauen würden von sich aus erlittene Gewalt eher nicht thematisieren, sich aber wünschen, danach gefragt zu werden. In dem Antwortverhalten von Frauen zeigte sich, dass insbesondere sexuelle Gewalt tiefe seelische Spuren bei den Betroffenen hinterlässt: Sie waren in der positiven Bewertung von Interventionspotentialen innerhalb der medizinischen Versorgung zurückhaltender. Insgesamt wurde in den Antworten deutlich, dass die Bereitschaft, schmerzhaftes Gewalterfahrungen mitzuteilen, in hohem Maße davon abhängt, wie das pflegerische und ärztliche Personal den gewaltbetroffenen Frauen begegnet.

3.9.1 Was macht es Mitarbeiter/innen der Gesundheitsversorgung schwer über Gewalt zu sprechen?

Forschungsergebnisse im Rahmen des S.I.G.N.A.L.-Projekts, die durch internationale Untersuchungen belegt werden, zeigen auch, dass die Wahrnehmung von Gewalt als Ursache von gesundheitlichen Beschwerden und Erkrankungen und ein Ansprechen der Problematik durch unterschiedliche Barrieren erschwert oder verhindert werden:

- Es mangelt an Wissen über und Sensibilität für die Problematik, ihre Ursachen und die Dynamik häuslicher Gewalt sowie der Situation und Bedürfnisse gewaltbetroffener Frauen. Wie in allen anderen Bevölkerungskreisen und Berufsgruppen finden sich auch hier Fehlinformationen, Stereotype und Vorurteile gegenüber der Gewaltthematik, den Tätern und Opfern (Hamberger/Ambuel et al. 1998; Elliott/Nerney et al. 2002).
- Es mangelt an Wissen über Erwartungen und Wünsche gewaltbetroffener Frauen sowie Gesprächsmethoden und -führung. Ärzte/innen und Pflegekräfte befürchten häufig, inhaltlich, methodisch und emotional von den Erlebnissen und den von ihnen vermuteten Bedürfnissen überfordert zu werden, wenn sie das Thema ansprechen und ihm Raum geben. Mit dem Begriff „Open Pandoras Box“ werden Ängste beschrieben, etwas aufzudecken, dessen Folgen nicht abzuschätzen sind (McCauley/Yourk et al. 1998).
- Informationen über Unterstützungsmöglichkeiten wie weiterführende Zufluchts- und Beratungseinrichtungen für gewaltbetroffene Frauen fehlen. Die wenigsten Ärzte/innen und Pflegekräfte verfügen über Kontakte zu Einrichtungen, an die sie ihre Patientinnen informiert und gezielt weitervermitteln können.

- Strukturelle Bedingungen behindern die Thematisierung der Gewaltproblematik. Sie sind gekennzeichnet durch Zeitnot, fehlende oder mangelhafte Finanzierung von Beratung. Auch wenn diese Aspekte in einigen Untersuchungen eher untergeordnete Bedeutung zu haben scheinen, wirken sie in Kombination mit den erlebten Kompetenz- und Wissensdefiziten zusätzlich hemmend auf die Gesprächsbereitschaft von Ärzt/innen und Pflegekräften.

Befragungen von Pflegekräften und Ärzt/innen im Rahmen des S.I.G.N.A.L.-Interventionsprojekts zeigten, dass es sowohl individuelle wie strukturelle Gründe sind, die Beschäftigte der Gesundheitsversorgung hindern, Patientinnen auf vermutete Gewalthintergründe anzusprechen. Angesichts der zeitlichen Belastung wird die eher verdeckte Gewaltproblematik gern übersehen.

Folgende Schaubilder verdeutlichen, über welche Handlungsmöglichkeiten Professionelle der Gesundheitsversorgung verfügen und welche Bedeutung sie einnehmen können, um Gewalt abzubauen. Ihr Verhalten kann zu einer Verschärfung oder einem Abbau von Gewaltverhältnissen beitragen.

Das Rad zeigt, wie das Verhalten von Ärzten/innen und Pflegepersonal das Misshandlungssystem stützen kann.

Abbildung 3.9-1: Beschäftigte in der Gesundheitsversorgung können das Gewaltproblem festschreiben



Das Rad zeigt, wie Ärzte/innen und Pflegekräfte Frauen, die Gewalt erfahren haben, unterstützen können.

Abbildung 3.9–2: Beschäftigte der Gesundheitsversorgung können zur Problemlösung beitragen



The Medical Power & Control Wheel. Entwickelt vom Domestic Violence Project, in: CHANGE 1999. Übersetzt von Wieners/Hellbernd

Gelingt es, Ärzte/innen und Pflegekräfte für die Problematik der Gewalt gegen Frauen zu sensibilisieren, ihnen nötiges Wissen und Informationen zur Verfügung zu stellen, ihre Handlungssicherheit und -kompetenz zu fördern sowie Kontakte und Kooperation zwischen Einrichtungen der gesundheitlichen Versorgung und Zufluchts- und Beratungsstellen aufzubauen, können präventive und intervenierende Chancen gesehen und umgesetzt werden.

Befragungen unter Ärzten/innen und Pflegekräften im Rahmen des S.I.G.N.A.L.-Projekts zeigen, dass die Bereitschaft zur Auseinandersetzung vorhanden ist und der Bedarf nach Interventionsangeboten gesehen wird (vgl. Teil B: Kap. 11).

3.9.2 Was macht es Patientinnen schwer, über Misshandlungen zu sprechen?

Die wenigsten Frauen sprechen von sich aus über aktuelle oder zurückliegende Gewalterfahrungen, wie Studien zur Situation gewaltbetroffener Frauen und ihren Bedürfnissen sowie Erwartungen an die medizinische Versorgung zeigen. Dieses Schweigen bedeutet jedoch in den seltensten Fällen, dass ein Gespräch nicht gewünscht wird. Es gibt vielfältige Gründe (Rodriguez/Szkupinski-Quiroga et al. 1996; McCauley/Yourk et al. 1998), die es Frauen erschweren, von sich aus ein Gespräch über Gewalthintergründe zu beginnen:

- Scham, Schuldgefühle sowie das Gefühl, für die erlittene Gewalt verantwortlich oder mitverantwortlich zu sein, bilden auf Seiten der Frauen eine der häufigsten Barrieren für ein Gespräch.
- Angst vor einer Eskalation der Gewalt und weiteren Gefährdungen: Frauen, die von einem Partner misshandelt werden, wird in der Regel verboten, mit einer anderen Person über die Gewalt zu sprechen. Bei Missachtung dieses Verbots drohen weitere Gewalttaten.
- Angst verurteilt zu werden, wenn Empfehlungen, sich von dem gewalttätigen Partner zu trennen, nicht umgesetzt werden: Berichte und Untersuchungen zeigen, dass die Trennung aus einer Gewaltbeziehung – wie aus jeder anderen Beziehung – einen Prozess darstellt, der sich ggf. über Monate oder auch Jahre hinziehen kann. Viele Frauen bleiben über lange Zeit in einer gewalttätigen Partnerschaft und kehren ein- oder mehrmals zum Partner zurück, bevor sie sich endgültig trennen. Einige der Faktoren, die den Trennungsprozess beeinflussen, sind die Existenz von Kindern, Unterstützung und Rückhalt im sozialen Umfeld, die finanziellen, beruflichen und sozialen Ressourcen, das Verhalten des gewalttätigen Partners, individuelle Bewältigungsstrategien etc.
- Das Gefühl, mit der Erfahrung alleine zu sein: Viele Frauen sprechen mit niemandem über die Gewalt, die sie durch den Partner erfahren. Sie wissen nicht, dass häusliche Gewalt ein weit verbreitetes Problem ist und jede dritte bis fünfte Frau im Laufe ihres Lebens mindestens einmal mit Gewalt in ihrer Partnerschaft konfrontiert ist.
- Situative Aspekte der Gesprächs- und Behandlungssituation: Die Mehrheit der Patientinnen reagiert sensibel auf Rahmenbedingungen, Gesprächsatmosphäre und Verhalten der Ärzte/innen oder Pflegekräfte.
- Psychische Auswirkungen der Gewalterfahrungen selbst: Gerade langjährige, komplexe Misshandlungserfahrungen können das Selbstvertrauen und Selbstwertgefühl von Frauen so stark beschädigen, dass ihnen die Suche nach und die Annahme von Hilfe und Unterstützung schwer fällt. In der Anti-Gewalt-Arbeit wird auch von dem „Stockholm Syndrom“ gesprochen. Mit diesem Begriff wird das Phänomen bezeichnet, dass sich Opfer mit ihrem Aggressor identifizieren und dadurch versuchen, Angst abzuwehren und die auftretende Gewalt zu kontrollieren.

3.10 Überblick: Die Bedeutung von S.I.G.N.A.L.-Interventionsprojekten in der Gesundheitsversorgung

- Häusliche Gewalt trifft vornehmlich Frauen.
- Häusliche Gewalt ist ein dynamisches Misshandlungssystem, das aus körperlicher, sexueller, psychischer, sozialer und ökonomischer Gewalt besteht.
- Geschätzt wird, dass jede vierte Frau mindestens einmal in ihrem Leben einer Form von häuslicher Gewalt ausgesetzt ist.
- Die gesundheitlichen Folgen von Gewalt sind gravierend.
- Betroffene nehmen häufiger Gesundheitsversorgungsleistungen in Anspruch.
- Gewalt verursacht hohe gesellschaftliche und ökonomische Kosten.
- Professionelle in der Gesundheitsversorgung können eine bedeutende Rolle bei Intervention und Prävention einnehmen.
- Gewalt wird häufig nicht als Ursache von Verletzungen oder Beschwerden erkannt und führt zu Unter-, Über-, Fehlversorgung.
- Eine adäquate Versorgung dient den Betroffenen und kann zu Kosteneinsparungen im Gesundheitswesen führen.
- Eine Intervention im Rahmen der medizinischen Versorgung ist möglich.

- Interventionen bedürfen eines Gesamtkonzeptes.
- Interventionsschulung und -training für Professionelle der Gesundheitsversorgung zeigen Handlungsmöglichkeiten und -grenzen und wirken somit entlastend.
- Um Betroffenen eine Handlungsoption aufzeigen zu können, bedarf es einer Kooperation mit Anti-Gewalt-Projekten.
- Im Vordergrund jeder Intervention steht die Sicherheit sowohl der Betroffenen als auch der Agierenden.

Literatur

- Abbott J/Johnson R et al. (1995). Domestic violence against women. Incidence and prevalence in an emergency department population. *Jama* 273(22): 1763-7.
- AKF – Arbeitskreis Frauengesundheit in Medizin, Psychotherapie und Gesellschaft e.V. (Hg.) (1997). *Wege aus Ohnmacht und Gewalt. Frauengesundheit zwischen Menschenrechten und Grenzverletzung. Dokumentation der 3. Jahrestagung des AKF. Bünde.*
- Bacchu L/Mezey G et al. (2002). Women's perceptions and experiences of routine enquiry for domestic violence in a maternity service. *BJOG* 109(1): 9-16.
- BAGS – Behörde für Arbeit, Gesundheit und soziales, Abteilung Gesundheitsförderung (Hg.) (2000). *Gewalt gegen Kinder und Jugendliche: Hamburger Leitfaden für Arztpraxen. Hamburg.*
- Bates L/Redman S et al. (1995). Domestic violence experienced by women attending an accident and emergency department. *Aust J Public Health* 19(3): 293-9.
- Beckermann M (1998). *Die gynäkologische Untersuchung und Begleitung von sexuell traumatisierten Frauen. Sexuelle Gewalt. Ursache für spezifische körperliche Beschwerden von Frauen und Mädchen. Fortbildung für Gynäkologinnen/ Gynäkologen im Herbst 1996 in Bremen, Bremen.*
- BIG e.V. – Berliner Initiative gegen Gewalt gegen Frauen (1997). *Gewalt gegen Frauen im häuslichen Bereich. Alte Ziele – Neue Wege. Berlin.*
- BMFSFJ – Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (1998). *Frauen in der Bundesrepublik Deutschland. Bonn.*
- Brückner M (1983). *Die Liebe der Frauen. Über Weiblichkeit und Mißhandlung. Frankfurt/M.*
- Brückner M (1998). *Wege aus der Gewalt gegen Frauen und Mädchen. Frankfurt/M.*
- Campbell JC, (Hg.) (1998a). *Empowering survivors of abuse: Health care for battered women and their children. Sage Series on Violence Against Women. Thousand Oaks, London, New Delhi.*
- Campbell JC (1998b). *Making the health care system an empowering zone for battered women: health consequences, policy recommendations, introduction, and overview. In: Campbell JC (Hg.) (1998) Empowering survivors of abuse. Thousand Oaks, London, New Delhi, Sage Publications. 10: 3-23.*
- Campbell JC (2002). *Health consequences of intimate partner violence. Lancet* 359(9314): 1331-6.
- Campbell JC/Coben JH et al. (2001). *An evaluation of a system-change training model to improve emergency department response to battered women. Acad Emerg Med* 8(2): 131-8.
- CHANGE (1999). *Health Outcomes of Violence Against Women. In: Population Reports. John Hopkins University School of Public Health – Population Information Program. Baltimore. Series L, No. 11: 18.*
- Cokkinides VE/Coker AL et al. (1999). *Physical violence during pregnancy: maternal complications and birth outcomes. Obstet Gynecol* 93(5 Pt 1): 661-6.
- Cole TB (2000). *Is domestic violence screening helpful? Jama* 284(5): 551-3.

- Day T (1995). *The health-related costs of violence against women in Canada: The tip of the iceberg*. Center for research on Violence against Women and Children, Center for Excellence in Health Care Initiative (Hg.) London, Ontario,
- Dearwater SR/Coben JH et al. (1998). *Prevalence of intimate partner abuse in women treated at community hospital emergency departments*. *Jama* 280(5): 433-8.
- Department of Health (Hg.) (2000). *Domestic Violence: A Resource Manual for Health Care Professionals*. London, UK.
- DHHS – Department of Health & Human Services (2003). *In Harm's Way: Domestic Violence and Child Maltreatment*, U.S. Department of Health & Human Services, Administration for Children & Families. www.calib.com/nccanch/pubs/otherpubs/harmsway.cfm. 16.05.
- Drossman DA/Talley NJ et al. (1995). *Sexual and physical abuse and gastrointestinal illness. Review and recommendations*. *Ann Intern Med* 123(10): 782-94.
- Dutton MA (2002). *Gewalt gegen Frauen: Diagnostik und Intervention*. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle.
- Egger R/Fröschl E et al. (1995). *Gewalt gegen Frauen in der Familie*. Wien, Verlag für Gesellschaftskritik.
- Elliott L/Nerney M et al. (2002). *Barriers to screening for domestic violence*. *J Gen Intern Med* 17(2): 112-6.
- Fanslow JL/Norton RN et al. (1998). *Outcome evaluation of an emergency department protocol of care on partner abuse*. *Aust N Z J Public Health* 22(5): 598-603.
- Fanslow JL/Norton RN et al. (1998). *Indicators of assault-related injuries among women presenting to the emergency department*. *Ann Emerg Med* 32(3 Pt 1): 341-8.
- Fegert J/Müller C (2001). *Sexuelle Selbstbestimmung und sexuelle Gewalt bei Menschen mit geistiger Behinderung. Sexualpädagogische Konzepte und präventive Ansätze*. Bonn.
- Feldhaus KM/Houry D et al. (2000). *Lifetime sexual assault prevalence rates and reporting practices in an emergency department population*. *Ann Emerg Med* 36(1): 23-7.
- Fraktion Bündnis 90/Die Grünen (1998). *Innere Sicherheit durch Prävention. Gesundheitliche Folgen und gesellschaftliche Kosten von Gewalt. Diskutiert am Beispiel der Gewalt gegen Frauen und Mädchen. Anhörung der Fraktion Bündnis 90/Die Grünen am 28. Oktober 1997*. Berlin.
- Gazmararian JA/Lazorick S et al. (1996). *Prevalence of violence against pregnant women*. *Jama* 275(24): 1915-20.
- Gelles RJ/Harrop JW (1989). *Violence, battering, and psychologic distress among women*. *Journal of Interpersonal Violence* 4: 400-20.
- Gelles RJ/Straus MA (1988). *Intimate partner violence: The causes and consequences of abuse in American family*. New York, Simon & Schuster.
- Godenzi A/Yodanis C Universität Fribourg (Hg.) – (1998). *Erster Bericht zu den ökonomischen Kosten der Gewalt gegen Frauen*. Fribourg,
- Görgen T/Kreuzer A et al. (2002). *Gewalt gegen Ältere im persönlichen Nahraum: Wissenschaftliche Begleitung und Evaluation eines Modellprojekts*. BMFSFJ (Hg.) Stuttgart, Berlin, Köln,
- Günther R/Kavemann B et al. (1991). *Modellberatungsstelle und Zufluchtswohnung für sexuell missbrauchte Mädchen von Wildwasser – Arbeitsgemeinschaft gegen sexuellen Missbrauch an Mädchen e.V., Berlin*. (Hg.). Bonn.
- Hagemann-White C/Bohne S (2003). *Versorgungsbedarf und Anforderungen an Professionelle im Gesundheitswesen im Problembereich Gewalt gegen Frauen. Expertise für die Enquete-Kommission Zukunft einer frauengerechten Gesundheitsversorgung in Nordrhein-Westfalen*. Osnabrück.
- Hagemann-White C/Kavemann B (1981). *Hilfen für mißhandelte Frauen. Abschlußbericht der wissenschaftlichen Begleitung des Modellprojekts Frauenhaus Berlin*. BMSFSJ (Hg.). Stuttgart, Bonn.
- Hamberger LK/Ambuel B et al. (1998). *Physician interaction with battered women: the women's perspective*. *Arch Fam Med* 7(6): 575-82.
- Hamberger LK/Saunders DG et al. (1992). *Prevalence of domestic violence in community practice and rate of physician inquiry*. *Fam Med* 24(4): 283-7.

- Hegarty K/Roberts G (1998). How common is domestic violence against women? The definition of partner abuse in prevalence studies. *Aust N Z J Public Health* 22(1): 49-54.
- Helfferrich C/Hendel-Kramer A et al. (1997). Anlaufstelle für vergewaltigte Frauen. Abschlussbericht der wissenschaftlichen Begleitforschung. BMFSFJ (Hg.) Stuttgart.
- Hellbernd H/Wieners K (2002). Gewalt gegen Frauen im häuslichen Bereich – Gesundheitliche Folgen, Versorgungssituation und Versorgungsrealität. In: *Jahrbuch Kritische Medizin* 36 (Versorgungsbedarfe und Versorgungsrealitäten): 135-148.
- Herman JL (1993). *Die Narben der Gewalt. Traumatische Erfahrungen verstehen und überwinden*. München.
- Houskamp BM/Foy D (1991). The assessment of posttraumatic stress disorder in battered women. *Journal of Interpersonal Violence* 6 (3): 367-75.
- Jaspard M (2001). *Nommer et compter les violences envers les femmes: une première enquête nationale en France*. *Population & Société* 364.
- Jundt K/Peschers U et al. (2000). Zur sexuellen Gewalt im frauenärztlichen Alltag – Ergebnisse einer Umfrage. In: Kindermann G and Dimpfl T. *Berichtsband des 53. Kongress der DGGG – Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe*. Stuttgart, New York: 43-45.
- Kavemann B (2000). Was lässt sich die Gesellschaft die Gewalt im Geschlechterverhältnis kosten? In: *Input 2, Aktuell zum Thema sexualisierte Gewalt*. Wildwasser Berlin e.V. Arbeitsgemeinschaft gegen sexuellen Missbrauch an Mädchen. Ruhnmark.
- Kavemann B (2002). *Kinder und häusliche Gewalt – Kinder misshandelter Mütter*. (www.wibig.uni-osnabrueck.de).
- Kommoß K (2002). Opfer- und Tatverdächtigenstruktur häuslicher Gewalt aus der Sicht der Berliner Polizei 2001. In: *Landeskommission Berlin gegen Gewalt (Hg.) Berliner Forum Gewaltprävention: Häusliche Gewalt*. Berlin. 1/2002.
- Kretschmann U (1993). *Das Vergewaltigungstrauma. Krisenintervention und Therapie mit vergewaltigten Frauen*. Münster.
- Krug EG/Dahlberg LL et al. (2002). *World report on violence and health*. WHO – World Health Organisation (Hg.) Genf.
- Larkin GL/Hyman KB et al. (1999). Universal screening for intimate partner violence in the emergency department: importance of patient and provider factors. *Ann Emerg Med* 33(6): 669-75.
- Lesben Informations- und Beratungsstellen e.V. (2001). *Gewalt gegen Lesben. Violence against Lesbians. Erstes Europäisches Symposium*. Berlin.
- Leserman J/Li Z et al. (1997). Impact of sexual and physical abuse dimensions on health status: development of an abuse severity measure. *Psychosom Med* 59(2): 152-60.
- LKA –Landeskriminalamt 123 PKS (2003). *Polizeiliche Einsatzstatistik und Häusliche Gewalt. Schriftliche Auskunft vom 26.03.2003 auf eine Anfrage der S.I.G.N.A.L.-Begleitforschung*. Berlin.
- Mark H (2000). Häusliche Gewalt gegen Frauen aus der Sicht niedergelassener Ärztinnen und Ärzte: Ergebnisse einer Befragung in den Berliner Bezirken Hohenschönhausen und Lichtenberg. *Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften* 8 (4): 332-46.
- Maschewsky-Schneider U/Hellbernd H et al. (2001). Über-, Unter-, Fehlversorgung und Frauengesundheit. Ein Forschungsgegenstand für Public Health. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz* 44(8): 771-9.
- McCauley J/Kern DE et al. (1995). The battering syndrome: prevalence and clinical characteristics of domestic violence in primary care internal medicine practices. *Ann Intern Med* 123(10): 737-46.
- McCauley J/Yourk R et al. (1998). Inside Pandora's box: abused women's experience with clinicians and health services. *J Gen Intern Med* 1998; Aug;13(8):549-55.
- McFarlane J/Parker B et al. (1996). Abuse during pregnancy: associations with maternal health and infant birth weight. *Nurs Res* 45(1): 37-42.

- McFarlane J/Parker B et al. (1992). Assessing for abuse during pregnancy. Severity and frequency of injuries and associated entry into prenatal care. *Jama* 267(23): 3176-8.
- McKenzie KC/Burns RB et al. (1998). Prevalence of domestic violence in an inpatient female population. *J Gen Intern Med* 13(4): 277-9.
- Muelleman RL/Lenaghan PA et al. (1996). Battered women: injury locations and types. *Ann Emerg Med* 28(5): 486-92.
- Muelleman RL/Lenaghan PA et al. (1998). Nonbattering presentations to the ED of women in physically abusive relationships. *Am J Emerg Med* 16(2): 128-31.
- Muhajarine N/D'Arcy C (1999). Physical abuse during pregnancy: prevalence and risk factors. *Cmaj* 160(7): 1007-11.
- Müller K (2001). Gewalt gegen Lesben. Frauen in Gewaltverhältnissen. In: Dokumentation des Hochschultages vom 31.10.2001, Alice-Salomon-Fachhochschule, Berlin.
- NCIPC – National Center for Injury Prevention and Control, Centers for Disease Control and Prevention (2003). Costs of Intimate Partner Violence Against Women in the United States. Atlanta (GA).
- Nudelman J/Rodriguez Trias H – (1999). Building bridges between domestic violence advocates and health care providers. National Resource Center on Domestic Violence (Hg.) http://www.vawnet.org/vnl/library/general/BCS6_HC.htm. 28.10.
- Ohms C (2000). Gewalt und Gewaltstrukturen unter Lesben. Berlin.
- OPDV (1995). Domestic Violence Intervention Guide for Health Care Professionals. New York City.
- Osattin A/Short L (1998). Intimate partner violence and sexual assault: A guide to training materials and programs for health care providers. Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Injury Prevention and Control (Hg.). Atlanta,
- Piispa M/Heiskanen M (2001). The Price of Violence. The Costs of Men's Violence against Women in Finland. Statistics Finland and Council for Equality, Ministry of Social Affairs and Health (Hg.). Helsinki,
- Plichta SB/Falik M (2001). Prevalence of violence and its implications for women's health. *Womens Health Issues* 11(3): 244-58.
- Ramsay J/Richardson J et al. (2002). Should health professionals screen women for domestic violence? Systematic review. *Bmj* 325(7359): 314.
- Ratner PA (1993). The incidence of wife abuse and mental health status in abused wives in Edmonton, Alberta. *Can J Public Health* 84(4): 246-9.
- Reddemann L/Sachsse U (2000). Traumazentrierte Psychotherapie der chronifizierten, komplexen Posttraumatischen Belastungsstörung vom Phänotyp der Borderline-Persönlichkeitsstörung. In: Kernberg O, Dulz B and Sachsse U. Handbuch der Borderline-Störungen. Stuttgart, New York.
- Rhodes KV/Levinson W (2003). Interventions for intimate partner violence against women: clinical applications. *Jama* 289(5): 601-5.
- Roberts GL/O'Toole BI et al. (1996). Prevalence study of domestic violence victims in an emergency department. *Ann Emerg Med* 27(6): 741-53.
- Rodriguez M/Szkupinski-Quiroga S et al. (1996). Breaking the Silence – Battered Women's Perspectives on Medical Care. *Arch Fam Med*. 1996;5:153-58.
- Rodriguez MA/Bauer HM et al. (1999). Screening and intervention for intimate partner abuse: practices and attitudes of primary care physicians. *Jama* 282(5): 468-74.
- Sachsse U (1996). Selbstverletzendes Verhalten. Psychodynamik – Psychotherapie. Das Trauma, die Dissoziation und ihre Behandlung. Göttingen, Zürich.
- Schmuel E/Schenker J (1998). Violence against women: the physician's role. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 80(2): 239-45.

- Schweikert B (2000). *Gewalt ist kein Schicksal. Ausgangsbedingungen, Praxis und Möglichkeiten einer rechtlichen Intervention bei häuslicher Gewalt gegen Frauen unter besonderer Berücksichtigung von polizei- und zivilrechtlichen Befugnissen*. Baden-Baden.
- Senator für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales (Hg.) (2001). *Frauengesundheitsbericht*. Bremen.
- SenGesSozV – Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz (Hg.) (2002). *Gewalt gegen Kinder. Was ist zu tun? Ein Leitfaden für Berlin*. Berlin.
- Stark E/Flitcraft A (1995). *Killing the beast within: Women battering and female suicidality*. *International Journal of Health Science* 25 (1): 43-64.
- Strauss MA/Gelles RJ (1986). *Societal change and change in the family violence from 1975 to 1985 as revealed by two national surveys*. *Journal of Marriage and the Family* 48: 465-79.
- Teegen F (2000). *Psychotherapie der Posttraumatischen Belastungsstörungen*. *Psychotherapeut* 45: 341-49.
- Verbundprojekt zur gesundheitlichen Situation von Frauen in Deutschland (2001). *Bericht zur gesundheitlichen Lage von Frauen in Deutschland*. BMFSFJ (Hg.). Schriftenreihe Bd. 209. Stuttgart.
- Vogt I (1999). *Prämissen einer frauenspezifischen Suchtarbeit. Ergebnisse aus der Forschung*. Frauen-Sucht-Gesellschaft, Fachtagung, Katholische Akademie Trier.
- Walker L (1983). *The battered women syndrom study. The dark side of families*. Finkelhor D, Gelles RJ and Hotaling G. Beverly Hills, Sage Publications.
- Waller AE/Hohenhaus SM et al. (1996). *Development and validation of an emergency department screening and referral protocol for victims of domestic violence*. *Ann Emerg Med* 27(6): 754-60.
- Walton-Moss BJ/Campbell JC (2002). *Intimate Partner Violence: Implications for Nursing*. *OJIN Online Journal of Issues in Nursing* Jan 31.
- Warshaw C/Alpert E (1999). *Integrating routine inquiry about domestic violence into daily practice*. *Ann Intern Med* 131(8): 619-20.
- Warshaw C/Ganley A (1998). *Improving the Health care response to domestic violence: A resource manual for health care providers*. FVPF – Family Prevention Fund (Hg.) San Francisco, California.
- Wathen CN/MacMillan HL (2003). *Interventions for violence against women: scientific review*. *Jama* 289(5): 589-600.
- Wetzels P/Pfeiffer C (1995). *Sexuelle Gewalt gegen Frauen im öffentlichen und privaten Raum – Ergebnisse der KFN-Opferbefragung 1992*. KFN – Kriminologisches Forschungsinstitut Niedersachsen e.V. (Hg.). Hannover.
- Wieners K/Hellbernd H (2000). *Gewalt macht krank – Zusammenhänge zwischen Gewalt und Gesundheit*. Netzwerk Frauengesundheit: Situation, Konzepte, Herangehensweisen und Organisationen in der Frauengesundheitsbewegung. Länderbericht Bundesrepublik Deutschland. EWHNET – European Women's Health Network. Hannover, Landesvereinigung für Gesundheit e.V.: 30-42.
- Wildwasser e.V. (2002). *Gegen sexuelle Gewalt an Mädchen und Frauen mit Körperbehinderung. Ein Handbuch für Prävention und Beratung*. Freiburg.
- Williamson E (2000). *Domestic Violence and Health: The response of the medical profession*. Bristol, UK.
- Wilt S/Olson S (1996). *Prevalence of domestic violence in the United States*. *J Am Med Womens Assoc* 51(3): 77-82.
- Wisner C/Gilmer T et al. (1999). *Intimate Partner Violence Against Women. Do Victims Cost Health Plans More?* *Journal of Family Practice* 48(6).
- Zemp A (2002). *Sexualisierte Gewalt gegen Menschen mit Behinderung*. *Prax. Kinderpsych. Kinderpsychiat.* 51:610-25 (Geistige Behinderung und sexueller Missbrauch).

4 Intervention gegen häusliche Gewalt – Handlungsempfehlungen für Professionelle der Gesundheitsversorgung

Das folgende Kapitel enthält Empfehlungen und konkrete Hinweise für Mitarbeiter/innen der Gesundheitsversorgung für eine Intervention gegen häusliche Gewalt. Beschrieben werden Vorgehensweisen, die als geeignet gelten, um gewaltbetroffenen Patienten/innen eine adäquate Versorgung und Unterstützung zukommen zu lassen. Die Empfehlungen beruhen auf den Erfahrungen aus dem S.I.G.N.A.L.-Interventionsprojekt am Universitätsklinikum Benjamin Franklin (UKBF) und berücksichtigen Standards aus dem internationalen Raum (Warsaw/Ganley 1998; Department of Health 2000; Dutton 2002; FVPF 2002). Da überwiegend Frauen von häuslicher Gewalt betroffen sind, ist im Folgenden von Patientinnen die Rede.

4.1 Interventionsempfehlungen

Bevor Sie eine Patientin ansprechen, ob Gewalt als Ursache ihrer Verletzungen oder Beschwerden in Frage kommt, achten Sie darauf, Bedingungen zu schaffen, damit sich die Patientin sicher, angenommen und respektiert fühlen kann, um sich Ihnen anzuvertrauen. Haben Patientinnen den Eindruck, dass keine Offenheit oder Bereitschaft über Gewalt zu sprechen besteht, keine Zeit vorhanden ist oder die Frage nach Gewalt nebenbei gestellt wird, können sich die wenigsten vorstellen, von ihren Gewalterlebnissen zu berichten.

Dem Aspekt der Sicherheit der Patientin ist höchste Priorität einzuräumen. Schritte, die die Gewaltsituation verschärfen können, müssen unterbleiben. Im Folgenden werden allgemeine Empfehlungen für einen Intervention angeführt.

Schaffen Sie einen privaten und sicheren Raum

Ärzte/innen und Pflegekräfte sollten wegen der erhöhten Gefährdung ihre Patientin nie im Beisein einer Begleitperson nach Gewalterfahrungen fragen oder den misshandelnden Partner in ein Gespräch einbeziehen. Bitten Sie daher Begleitpersonen, den Behandlungsraum zu verlassen oder versuchen Sie eine Situation herzustellen, in der Sie mit der Patientin allein sind und ihre Sicherheit gewährleistet ist. Die Tendenz, Angehörige bzw. begleitende Personen in die Behandlungssituation einzubeziehen, wirkt sich nicht nur nachteilig aus, sondern verhindert in der Regel ein Gespräch über Gewalt. Es wird empfohlen, Angehörige zumindest solange auszuschließen, bis ein Gespräch über mögliche Gewalterfahrungen mit der Patientin erfolgt ist. Um Irritation durch eine etwaige ‚Sonderbehandlung‘ weiblicher Patientinnen zu verhindern, kann diese Regelungen zu einem Behandlungsstandard gemacht werden. In Deutschland gibt es keine einheitlichen Empfehlungen oder Umgangsweisen. Ob das Arzt-Patienten-Gespräch unter vier Augen oder im Beisein von Begleitpersonen erfolgt, ist hierzu lande abhängig von der Haltung und Einstellung der behandelnden Person. Die Erfahrungen im UKBF zeigen, dass eine eindeutige und klare Regelung hilfreich ist und die Arbeit erleichtert. Steht die Begleitperson erst einmal im Behandlungszimmer, ist es nicht immer leicht, sie wieder in den Warteraum zu bitten. Medizinisch erforderliches Alleinsein mit der Patientin (z.B. Röntgen) helfen, eine Situation herzustellen, in der ein Gespräch nur mit der Patientin möglich ist, ohne dass der begleitende Partner Verdacht schöpft.

Nehmen Sie sich Zeit

Vergewissern Sie sich, dass Sie bereit sind, der Patientin zuzuhören und sie zu unterstützen. Sorgen Sie für eine ruhige, ungestörte Umgebung, in der sich die Patientin vertrauensvoll mitteilen kann. Denken Sie daran, dass das Gespräch mit Ihnen und Ihre Unterstützung für die Patientin unter Umständen lebensrettend sein können. Es ist bekannt, unter welchem Zeitdruck und welcher Belastung Mitarbeiter/innen in Krankenhäusern stehen. Sie sollten aber auch bedenken, dass Sie durch Fragen nach er-

littener Gewalt und ein Gesprächsangebot eine weitere Gefährdung der Patientin verhindern und dazu beitragen können, dass sich misshandlungsbedingte Beschwerden der Patientin nicht chronifizieren.

Begegnen Sie der Patientin mit Respekt, akzeptieren Sie ihre Entscheidungen

Hören Sie zu, ohne zu urteilen, und sehen Sie die Frau als Expertin ihrer eigenen Situation. Akzeptieren Sie ihr Verhalten, ohne zu werten. Nicht alle Patientinnen möchten über mögliche erlebte Gewalt reden. Es bleibt die Entscheidung der einzelnen Patientin, wann für sie der geeignete Zeitpunkt für ein Gespräch über Gewalt ist. Viele Frauen müssen mehrmals und zu verschiedenen Zeitpunkten auf Gewalthintergründe angesprochen werden, ehe sie die Möglichkeit wahrnehmen, über erlittene Misshandlungen zu sprechen. Frauen verbleiben trotz Misshandlungserfahrungen und Unterstützungsangeboten häufig vorerst in der Partnerschaft. Als Arzt/Ärztin oder Pflegekraft können Sie ggf. den Prozess einer Trennung unterstützen, nicht aber den Zeitpunkt einer Trennung bestimmen. Üben Sie keinen Druck auf die Patientin aus, raten Sie ihr nicht, sie solle sich von dem Partner trennen oder ihn anzeigen. Bieten Sie Unterstützung an, ohne ein bestimmtes Handeln vorzuschreiben oder moralisch zu werten. Viele Frauen machen die Erfahrung, dass ihnen Unterstützung entzogen wird oder sie missachtet werden, wenn sie sich nach einem Gespräch nicht von dem gewalttätigen Partner trennen. Vor diesem Hintergrund verweisen Interventionsprojekte darauf, dass die Trennung einer Patientin aus einer Gewaltsituation nicht Ziel einer Intervention oder Maßstab für ihr Gelingen sein darf. Über die Trennung und vor allem den richtigen Zeitpunkt einer Trennung kann nur die Patientin selbst entscheiden.

Signalisieren Sie ihre grundsätzliche Gesprächsoffenheit und unterschätzen Sie nicht die Unterstützung, die Sie der Frau durch ein Gesprächsangebot und die Vermittlung von Informationen über weiterführende Beratungs- und Zufluchtseinrichtungen bieten.

Berücksichtigen Sie den individuellen Kontext der Patientin

Sowohl im Gespräch als auch bei den einzelnen Interventionsschritten ist die spezifische Situation der betroffenen Patientin zu berücksichtigen. Bei einigen Zielgruppen gilt es, besondere Aspekte zu beachten.

Patientinnen mit Migrationshintergrund

Häusliche Gewalt ist in allen Kulturkreisen verbreitet, ebenso wie Frauen deutscher Herkunft sind Frauen mit einem Migrationshintergrund von Gewalt betroffen. Ihnen erschweren zusätzliche Aspekte ein Offenlegen von Misshandlungen. Neben sprachlichen Verständigungsproblemen können folgende Gründe Frauen hindern, über Misshandlungen zu sprechen: mangelnde Information über das hiesige Gesundheitssystem und bestehende Hilfs- und Unterstützungsangebote, existentielle Abhängigkeiten von dem Partner und/oder damit verbundene ausländerrechtliche Konsequenzen wie den Verlust des Aufenthaltsrechts oder der Anspruchsberechtigung für medizinische Versorgung. Zu berücksichtigen ist, dass bei Frauen ohne regulären Aufenthaltsstatus eine weitaus höhere Abhängigkeit vom Partner besteht. Auch kann das Sprechen über Gewalt gegen einen kulturellen Kodex verstoßen, wenn häusliche Gewalt in der soziokulturellen Umgebung toleriert wird (Mohammadzadeh 1996; Lehmann 2001; BaF 2003). Achten Sie darauf, dass jeweils die individuelle Situation der Patientin berücksichtigt wird. Allgemeine stereotype Zuschreibungen eines Kulturkreises werden ihren Patientinnen nicht gerecht und können dazu führen, dass Gewaltfolgen nicht erkannt werden und eine Intervention mit dem Argument der kulturspezifischen Gewalttolerierung ausbleibt.

Es ist darauf zu achten, dass Patientinnen die Möglichkeit erhalten, sich geschützt mitteilen zu können. In Gegenwart von Begleitpersonen wird misshandelten Frauen, die über keine Deutschkenntnisse verfügen, keine Gelegenheit gegeben, offen zu sprechen. Familienangehörige sollten auf keinen Fall die Funktion des Dolmetschens übernehmen, da ihr Verhältnis zu der misshandelnden Person unklar ist. Es sollte als Standard gelten, dass die Sprachmittlung durch professionelle, eigens für das Übersetzen im gesundheitlichen Bereich ausgebildete Personen erfolgt. Kann dies nicht gewährleistet werden, sollte ein Gespräch über Gewalt zu einem späteren Zeitpunkt in Anwesenheit einer kompetenten

Sprachmittler/in erfolgen. Eine erneute Einbestellung von Patientinnen, bei denen der Verdacht auf Gewalterfahrungen besteht, ist auch in Erste Hilfe-Stationen jederzeit möglich.

Frauen mit Behinderungen

Patientinnen mit Behinderungen werden oft von Personen begleitet, die für ihre Versorgung und Pflege zuständig sind. Die Beziehung zueinander ist in der Regel geprägt von Intimität und Abhängigkeit. Frauen mit Behinderungen sind vielfach in ihrer Selbstbestimmung und z.T. in ihren Artikulationsmöglichkeiten eingeschränkt. Sie begegnen stereotypen Diskriminierungen und leben häufig in einem täterfreundlichen Umfeld (Voss/Hallstein 1993; Zemp 2002; BMFSFJ 2003). Gerade aufgrund dieses besonderen Verhältnisses und der Ungewissheit über den Grad der Abhängigkeit ist auch hier Voraussetzung, dass ein Gespräch allein mit der Patientin erfolgt. Achten Sie darauf, dass den Patientinnen bei dem Verdacht auf Misshandlungen die Möglichkeit gegeben wird, sich in einer privaten und geschützten Umgebung mitteilen zu können. Stellen Sie sicher, dass sich Frauen mit Einschränkungen z.B. der Hörleistungen verständigen können oder ziehen Sie eine dolmetschende Person hinzu.

Vermitteln Sie eine klare Haltung gegenüber häuslicher Gewalt

Nehmen Sie die Schilderungen der Frau ernst und bedenken Sie immer, dass die Frau keine Verantwortung für die erlittene Misshandlung trägt. Vermeiden Sie Fragen darüber, wie Gewalttaten ausgelöst wurden – wie „*Was hat zu der Gewalt geführt?*“ -, denn damit können bestehende Schuld- und Schamgefühle sowie das Gefühl verantwortlich für die Gewalt zu sein, bei der Patientin verstärkt werden. Für die Unterstützung und Entlastung der Frau ist es von zentraler Bedeutung, Gewalt als einen Straftatbestand und als eine Verletzung grundlegender Menschenrechte zu betrachten und ihr zu vermitteln, dass niemand Gewalt ‚verdient‘ und sie als Opfer nicht verantwortlich ist für das Handeln des Täters.

Bedenken Sie die hohe Gefährdung der Frau

Häusliche Gewalt eskaliert in der Regel in Trennungsphasen bzw. nach einer Trennung. Die meisten tödlichen Angriffe im Zusammenhang mit häuslicher Gewalt erfolgen in dieser Zeit. Stellen Sie sicher, dass nichts von dem, was die Frau erzählt, ohne ihren Wunsch weiter getragen wird. Vermitteln Sie der Patientin, dass ihre Mitteilungen der ärztlichen Schweigepflicht und dem Datenschutz unterliegen. Unternehmen Sie nichts, wozu die Patientin nicht ihre Zustimmung gibt. Klären Sie, ob die Frau zu Hause bleiben kann oder will. Fragen Sie, ob Kinder in der Familie leben und ob deren Sicherheit gewährleistet ist.

Achten Sie auf Ihre eigene Sicherheit

Unternehmen Sie nichts, was Ihre Sicherheit und die Ihrer Kollegen/innen gefährden könnte. Versuchen Sie nicht, eine möglicherweise eskalierende Situation alleine zu bewältigen. Achten Sie darauf, dass Sie niemanden in eine gefährliche Situation bringen.

4.2 Erkennen gewaltbedingter Verletzungen und Beschwerden

Wo sollte nach Gewalterfahrungen gefragt werden?

Gewaltverursachte Verletzungen oder Beschwerden sind oft nicht eindeutig zu erkennen. Wissenschaftliche Untersuchungen zu gesundheitlichen Folgen häuslicher Gewalt zeigen, dass die gesundheitlichen Auswirkungen vielfältig sind und sich Gewaltfolgen in körperlichen Verletzungen, (psycho-) somatischen Beschwerden und psychischen Störungen niederschlagen (s. Kap. 3). Es ist davon auszugehen, dass jede Fachdisziplin in der ambulanten oder stationären Versorgung in der Behandlung Patientinnen begegnet, die an gesundheitlichen Folgen von Misshandlungen leiden.

Beschäftigte aller medizinischen Disziplinen sollten angesichts der gesundheitlichen Folgen für die Gewaltproblematik sensibilisiert sein und auf gewaltbedingte Verletzungen und Beschwerden achten. Studien anderer Länder und Erfahrungen aus dem S.I.G.N.A.L.-Interventionsprojekt zeigen, dass insbesondere die Mitarbeiter/innen folgender Abteilungen und Stationen innerhalb eines Krankenhauses für die Thematik ‚Häusliche Gewalt‘ offen sein und über Interventionskenntnisse verfügen sollten:

- Erste Hilfe/Notaufnahme/Rettungsstelle
- Chirurgie/insb. Unfallchirurgie
- Hals-Nasen-Ohren Heilkunde
- Kieferchirurgie
- Abteilung für Augenheilkunde
- Urologie
- Innere Medizin
- Neurologie
- Gynäkologie und Geburtshilfe
- Psychiatrische Krisenstation/Psychiatrie

Bei der chirurgischen Versorgung von Erste Hilfe-Patientinnen gehört das Erfragen der Ursache der Verletzung zum alltäglichen Vorgehen, so dass die Frage nach Gewalterfahrung leichter zu stellen ist. Da aber nach Studienergebnissen gewaltbetroffene Frauen weniger mit akuten Verletzungen sondern mehr mit multiplen unspezifischen Beschwerden die Rettungsstelle aufsuchen, sollte vor allem in der internistischen Versorgung nach Gewalt als möglichem Faktor der Beschwerden gefragt werden.

Wer sollte nach Gewalt gefragt werden?

Die Tatsache, dass häusliche Gewalt jede Frau treffen kann und sich Gewalt in vielfachen Verletzungen oder Beschwerden auswirkt und nicht auf hochsignifikante Prädiktoren eingrenzen lässt (Muellemann/Lenaghan et al. 1996; Fanslow/Norton et al. 1998; Muhajarine/D'Arcy 1999; Zachary/Mulvihill et al. 2001), hat dazu geführt, dass viele Interventionsprogramme empfehlen, bei der Anamnese von Patientinnen grundsätzlich nach Gewalterfahrungen zu fragen. Dies sei die Voraussetzung für eine ursachenadäquate Behandlung und eine präventive, d.h. Neuerkrankungen verhindernde Unterstützung der Patientinnen. Das S.I.G.N.A.L.-Projekt macht (ebenso wie internationale Erfahrungen) deutlich, dass eine routinemäßige Befragung aller Patientinnen bei jedem ärztlichen Besuch schwer umzusetzen ist. S.I.G.N.A.L. zeigt, dass ein Fragen nach Gewalt als fester Bestandteil der Anamnese schrittweise und als ein langfristiges Ziel vereinbart werden kann. In jedem Fall aber sollte im Verdachtsfall immer nach möglichen Gewalterfahrungen gefragt werden, d.h. Mitarbeiter/-innen der medizinischen Versorgung sollten Verdachtsmomente wahrnehmen können und sich im Ansprechen von Patientinnen und Patienten kompetent fühlen.

Welche Anzeichen deuten auf gewaltbedingte Verletzungen und Beschwerden?

Aus anderen Ländern liegen Leitlinien medizinischer Fachgesellschaften sowie Studien vor, die Hinweise geben, in welchen Fällen und bei welchen Symptomkomplexen immer ein Verdacht auf einen Gewaltkontext begründet ist, dem nachgegangen werden sollte. Situationen oder Anzeichen, bei denen das ärztliche und pflegerische Personal auf jeden Fall besonders aufmerksam reagieren sollte, werden im englischsprachigen Raum als Alarmzeichen, sog. „red flags“, bezeichnet. Neben den für Anamnese und Diagnostik relevanten Indikatoren gibt es Verhaltensweisen von Patientinnen und Begleitpersonen, die einen Gewalthintergrund vermuten lassen. Im Folgenden werden Verdachtsmomente oder Indikatoren aufgeführt, die sich sowohl auf das Verhalten der Patientinnen als auch auf Verletzungen und Beschwerden beziehen.

Situative Anzeichen für häusliche Gewalt

Das Auftreten von gewaltbetroffenen Patientinnen kann sehr unterschiedlich sein: Patientinnen können depressiv, unsicher und eingeschüchtert wirken oder auch abwehrend und aggressiv reagieren. Ähnliches gilt für die Begleitperson: der misshandelnde Partner entspricht entgegen verbreiteten Stereotypen häufig nicht dem Bild eines gewalttätigen oder dominanten Partners, sondern kann sehr besorgt und fürsorglich seiner Partnerin gegenüber auftreten.

Situative Faktoren

- Patientin wirkt ängstlich, nervös, depressiv, ausweichend oder unangemessen sorglos im Hinblick auf ihre Verletzungen
- Begleitperson weicht nicht von der Seite der Patientin, antwortet für die Patientin, möchte den Behandlungsraum nicht verlassen und versucht, das Geschehen zu kontrollieren
- Patientin vermeidet Blickkontakt und Gespräch mit der Begleitperson
- Erklärungen zum Entstehen der Verletzung stimmen nicht mit Art und Lage der Verletzungen überein. Erklärungen sind lückenhaft und/oder widersprüchlich
- Zeitraum zwischen dem Entstehen der Verletzung oder Beginn der Beschwerden/Erkrankung und Aufsuchen der Ersten Hilfe ist auffällig lang
- Patientin versucht Verletzungen zu verdecken oder herunterzuspielen
- Besuch von Erste Hilfe-Einrichtungen erfolgt nachts, am Wochenende bzw. außerhalb der Öffnungszeiten von Arztpraxen
- Wiederholtes Aufsuchen der Ersten Hilfe.

(Muelleman/Lenaghan et al. 1996; Fanslow/Norton et al. 1998; OPDV 2000)

Anzeichen aufgrund der Verletzungen

Folgende Verletzungen und Verletzungsmuster gelten als Indikatoren, die auf häusliche Gewalt hinweisen. Die im Rahmen der S.I.G.N.A.L.-Begleitforschung durchgeführten Datenerhebungen zum Versorgungsbedarf (vgl. Teil B: Kap. 8 und 9) bestätigen internationale Studien.

Lage der Verletzungen

- Kopf- und Gesichtsverletzungen
- Verletzungen am Unterarm/an Händen (durch Abwehr von Angriffen)
- Nacken- und Rückenverletzungen
- Bauch- und Brustverletzungen

(Muelleman/Lenaghan et al. 1996; Fanslow/Norton et al. 1998; Campbell 2002)

Art der Verletzungen

- Multiple Verletzung wie Hämatome/Prellungen
- Verbrennungen, die über den ganzen Körper verteilt sind bzw. sich an ungewöhnlichen Stellen befinden
- Verletzungen in unterschiedlichem Heilungsstadium
- Trommelfellverletzungen
- Körperliche Verletzungen während der Schwangerschaft
- Kiefer- und Zahnverletzungen
- Frakturen des Nasenbeins, Arm- und Rippenbrüche

(Muelleman/Lenaghan et al. 1996; Fanslow/Norton et al. 1998; Warshaw 1998; Campbell 2002)

Anzeichen aufgrund der Beschwerdebilder

Häusliche Gewalt schlägt sich in Beschwerdebildern nieder, die als somatische Störungsbilder nicht zwingend einen Gewalthintergrund vermuten lassen. Körperliche Verletzungen präsentieren sich häufig offensichtlicher, sind eindeutiger zu identifizieren und ein Erfragen der Verletzungsgründe erscheint vielfach einfacher, wie Erfahrungen im Rahmen des S.I.G.N.A.L.-Projekts zeigen. Studien aus den USA belegen jedoch, dass ein Großteil der misshandelten Frauen Erste Hilfe-Einrichtungen mit Beschwerdebildern aufsucht, die weniger offensichtlich auf Gewalt hinweisen. Die gesundheitlichen Fol-

gen und Reaktionen der Frauen auf körperliche, sexuelle und psychische Gewalterfahrungen sind sehr unterschiedlich, häufig handelt es sich um multiple Beschwerden, die durch verspätetes Aufsuchen medizinischer Versorgung oder durch eine Fehlversorgung verstärkt wurden. Frauen, die häusliche Gewalt erlitten, sind häufiger von stressbedingten Beschwerdebildern und chronischen Erkrankungen betroffen (Campbell 2002). Gewalt sollte als mögliche Ursache von Verletzungen oder als Einflussfaktor bei einer Vielzahl somatischer, psychosomatischer und psychischer Erkrankungen mitgedacht und explizit erfragt werden, um eine ursachenadäquate Behandlung und Versorgung zu ermöglichen.

Folgende (psycho)somatische und psychische Beschwerdebilder gelten als Anlass, um nach Gewalt zu fragen:

Beschwerdebilder

- Ängste, Panikattacken
- Schlafstörungen, Erschöpfungen
- Bauch-/Unterleibsbeschwerden
- Ungeklärte Schmerzsyndrome
- Depressionen
- Suizidgedanken oder -versuche
- Posttraumatische Belastungsstörungen
- Chronische Unterleibsbeschwerden

(Drossman/Talley et al. 1995; McCauley/Kern et al. 1995; Muelleman/Lenaghan et al. 1998; Warshaw 1998; Campbell 2002)

Anzeichen im Bereich der Gynäkologie/Geburtshilfe

In der gynäkologischen Abteilung haben Behandelnde und Pflegenden mit den gesundheitlichen Auswirkungen von Gewalt zu tun, die Patientinnen in verschiedenen Lebensphasen erlitten haben können. Für Frauen, die in ihrer Kindheit Gewalt und sexuelle Ausbeutung erleiden mussten, besteht ein großes Risiko, im Erwachsenenalter erneut Opfer von Gewalttaten zu werden. Frauen, die sowohl körperliche wie auch sexuelle Gewalt in der Beziehung erleben, sind gesundheitlich besonders stark belastet. Gynäkologische Gesundheitsprobleme weisen am eindeutigsten auf Unterschiede in der Gesundheit von misshandelten und nicht misshandelten Patientinnen hin, wie eine Übersicht zu den gesundheitlichen Folgen zeigt (Campbell 2002).

Bei folgenden Beschwerdebildern sollte ein Gewalthintergrund stets berücksichtigt werden:

Gynäkologische Aspekte

- Schmerzen bei vaginalen Untersuchungen
- Unterleibsschmerzen (akut oder chronisch)
- Häufige vaginale Entzündungen
- Vaginale und rektale Verletzungen

(McCauley/Kern et al. 1995; Warshaw 1998; OPDV 2000; Campbell 2002)

Misshandlungen beginnen häufig während der Schwangerschaften. Die ermittelten Prävalenzraten von körperlicher und sexueller Gewalt während der Schwangerschaft liegen zwischen 4% und 8% (McFarlane/Parker et al. 1992; Gazmararian/Lazorick et al. 1996; Muhajarine/D'Arcy 1999). Befragungen unter Patientinnen der Ersten Hilfe/Notaufnahme des UKBF haben gezeigt, dass 13,5% der Patientinnen, die Gewalt erlitten hatten, während der Schwangerschaft von dem Lebenspartner misshandelt wurden.

Bei folgenden Merkmalen sollte immer ein Gewaltzusammenhang beachtet werden:

Aspekte der Schwangerenversorgung

- Schwangerschaftskomplikationen
- Früh-, Fehl- und Totgeburten
- Blutungen im ersten und zweiten Trimester der Schwangerschaft
- Geringes Geburtsgewicht des Säuglings
- Alkohol- und Tabakkonsum während der Schwangerschaft
- Verspätete oder keine Schwangerschaftsvorsorgeuntersuchung

(McFarlane/Parker et al. 1996; Schmuel/Schenker 1998; Cokkinides/Coker et al. 1999; OPDV 2000; Campbell 2002)

Anzeichen aufgrund des Gesundheitsverhaltens der Patientin

Gewalterfahrungen führen nicht nur zu Verletzungen oder sind am Entstehen von Beschwerden und Erkrankungen beteiligt. Bei Frauen, die in einer Misshandlungsbeziehung leben, werden zudem verzögerte Heilungsverläufe nach operativen Eingriffen beobachtet. Ebenso wird eine schlechtere Compliance, d.h. das nicht oder nicht ausreichende Einhalten von Behandlungs- oder Therapieplänen beschrieben. Da sich Misshandlungsbeziehungen auch auf den Umgang der Patientinnen mit der eigenen Erkrankung auswirken (Selbstmanagement, Coping-Verhalten), sollte bei folgenden Problemen verstärkt auf einen möglichen Gewaltkontext geachtet werden:

Aspekte des Gesundheitsverhaltens

- Bei dem unachtsamen Umgang mit chronischen Erkrankungen wie Hypertonie, Diabetes, Asthma oder HIV/AIDS
- Bei der unregelmäßigen Inanspruchnahme von Vorsorgeleistungen wie gynäkologische Untersuchungen, Mammographie, Schwangerenvorsorge
- Bei Suchtproblemen wie Alkohol-, Medikamenten- oder anderer Substanzabhängigkeit

(Warshaw 1998; Campbell 2002; FVPF 2002)

Es ist davon auszugehen, dass in jeder medizinischen Disziplin Patientinnen vorstellig werden können, die akut von Gewalt in der Partnerschaft bedroht sind. Umso wichtiger ist es, im Rahmen der Behandlung Gewalthintergründe einzubeziehen und versteckte Hilfesuche zu erkennen.¹

4.3 Empfehlungen für das Gespräch mit der Patientin

Über häusliche Gewalt zu sprechen, ist weder für das medizinische Personal noch für gewaltbetroffene Frauen leicht. Erfahrungen zeigen, dass Ärzte/innen und Pflegekräfte oft unsicher sind, ob es die Patientin als verletzend empfindet, wenn Mitarbeiter/innen nach erlittener Gewalt fragen.

¹ So suchte z.B. wiederholt eine Patientin mit Epilepsieproblemen die Rettungsstelle des UKBF auf. Erst nachdem ein Arzt versuchte, die Ursache herauszufinden, weshalb die Patientin nicht die vorgeschriebenen Medikamente einnahm, stellte sich heraus, dass sie von ihrem Partner misshandelt wurde und versuchte, über den Weg der medizinischen Hilfe aus der gewalttätigen Partnerschaft herauszufinden.

Vermitteln Sie, warum Sie nach Gewalterfahrungen fragen

Aus diesem Grund empfiehlt sich, allgemeine Fragen zu stellen und der Patientin zu vermitteln, dass Gewalt ein Thema ist, das für Sie in der Behandlung und Pflege eine grundsätzliche Bedeutung hat. Sie können ein Gespräch mit folgenden Fragen beginnen:

- *„Wir erleben häufig, dass Verletzungen/Beschwerden von einer anderen Person verursacht wurden. Wir haben uns daher angewöhnt, immer zu fragen, ob so etwas geschehen ist.“*
- *„Viele Frauen, die zu uns in die Erste Hilfe kommen, wurden von ihrem Partner oder von einer ihr bekannten Person verletzt. Wir haben uns angewöhnt jede Patientin zu fragen, ob sie ähnliches erfahren hat. Werden Sie momentan, von einer Person, die Ihnen nahe steht, bedroht oder verletzt? Sind Sie jemals von einer Person, die Ihnen nahe steht, körperlich oder sexuell verletzt worden?“*
- *„Wir wissen, dass viele Frauen von Gewalt betroffen sind und die Folgen für die Gesundheit vielfältig sind. Daher fragen wir alle Patientinnen, ob sie Misshandlungen erlitten haben.“*
- *„Ihre Beschwerden (z.B. Panikattacke/Asthmaanfall) können Ausdruck von Belastungen sein. Viele Frauen erleiden körperliche, seelische und sexuelle Verletzungen, die auch ihre Gesundheit beeinträchtigen. Wir beziehen diese Möglichkeit immer mit ein. Sind Sie möglicherweise...“*

Fragen Sie möglichst konkret

Auf die Frage, ob die Patientin häusliche Gewalt erlebt oder misshandelt wurde, antworten betroffene Frauen selten mit ja, da sich die meisten Frauen, die in ihrer Partnerschaft Gewalt erleben, nicht mit diesen Begriffen identifizieren. Fragen Sie daher konkret, ob die Patientin geschlagen wurde oder ob sie zu Hause sicher und gut versorgt ist oder sie jemand verletzt hat. Der Begriff „verletzt“ macht es Ihrer Patientin möglich, über emotionale wie über körperliche Verletzungen zu sprechen.

- *„Kann es sein, dass Sie von einer anderen Person geschlagen, getreten, geschubst, gebissen, verbrannt, etc. wurden? War es Ihr Partner oder Freund?“*
- *„Wie ist es dazu gekommen, dass Sie die Leiter hinunter gestürzt sind? Hat Sie vielleicht jemand gestoßen oder hat Ihnen jemand Angst gemacht?“*
- *„Sie wirken ängstlich/unruhig, erzählen Sie mir bitte, was Ihnen Angst macht. Hat es etwas mit Ihrer Situation zu Hause zu tun? Fühlen Sie sich dort sicher? Fürchten Sie sich vor ihrem Partner?“*
- *„Die Verletzungen, die Sie haben, könnten von einer anderen Person verursacht sein. Hat Sie jemand verletzt? Wer hat Sie verletzt?“*
- *„Fühlen Sie sich durch Ihren Partner verletzt?“*
- *„Fühlen Sie sich durch Ihren Partner bedroht?“*
- *„Werden Sie von Ihrem Partner beschimpft?“*

Wenn eine Patientin Ihren begründeten Verdacht auf Gewalterfahrung verneint

Verneint eine Patientin Ihre Fragen nach Gewalterfahrungen, obwohl Sie aufgrund der Art der Verletzung, der Beschwerden oder situativen Aspekte einen begründeten Verdacht haben, sagen Sie Ihrer Patientin, dass Sie sich Sorgen machen und den Eindruck haben, dass sie bedroht wird / geschlagen wurde / Angst hat.

- *„Ich mache mir Sorgen um Ihre Sicherheit. Denken Sie bitte daran, dass Sie nicht verantwortlich für das Handeln anderer Menschen sind. Niemand ‚verdient‘ es, geschlagen oder bedroht zu werden. Ich würde Ihnen gerne Telefonnummern von Beratungsstellen geben, bei denen Sie jederzeit Unterstützung und Hilfe erhalten können, wenn Sie dies möchten.“*
- *„Mir ist bewusst, dass es sehr schwer ist, über dieses Thema zu sprechen und dass dies ausschließlich Ihre Entscheidung ist. Es wäre schön, wenn Sie daran denken, dass Sie hier jederzeit Unterstützung finden, wenn Sie darüber sprechen oder Informationen haben möchten.“*
- *„Ich würde Ihnen dennoch gerne diese Notfallkarte mitgeben. Darin stehen Telefonnummern von Beratungsstellen und Zufluchtseinrichtungen für Frauen und Mädchen, die Gewalt erleben oder erlebt haben. Wir hier kennen die Problematik und können Betroffene in vielen Fällen unterstützen.“*

4.4 Konkrete Interventionsschritte

Wenn Ihnen die Patientin erlebte Gewalt offen legt, sollten Sie ihr – bevor Sie weitere Schritte unternehmen – noch einmal die Vertraulichkeit ihrer Angaben und ihre Entscheidungsfreiheit zusichern. Bieten Sie Ihre konkrete Unterstützung an und vermeiden Sie Bagatellisierungen oder allgemeine Bemerkungen wie „das kriegen wir schon wieder hin“.

Gründliche Untersuchung neuer und alter Verletzungen/Beschwerden

Untersuchen Sie die Patientin gründlich auf jede Form der Verletzung und Beschwerden. Neben offenkundigen, sichtbaren Verletzungen, die Anlass des Besuchs sind, liegen häufig weitere Verletzungen an verdeckten Körperregionen vor. Insbesondere „kleinere“ Verletzungen wie Hämatome, Prellungen, Abschürfungen in unterschiedlichen Heilungsstadien werden von den Frauen häufig gar nicht erwähnt. Vielfach schenken auch Ärzte/innen derartigen ‚Bagatell-Verletzungen‘ wenig Aufmerksamkeit, da sie kaum therapiebedürftig sind. Gerade diese leicht zu übersehenden, kleinen Verletzungen wie Abschürfungen oder leichte Markierungen können darauf hinweisen, ob und welche Form von Gewalt angewendet wurde.

Es empfiehlt sich eine Ganzkörperuntersuchung, um Misshandlungsspuren an bedeckten Körperzonen festzustellen. Dazu bedarf es der Zustimmung der Patientin. Drängen Sie sie nicht zu ungewollten Untersuchungen. Beachten Sie, dass Untersuchungssituationen traumatische Erinnerungen wiederbeleben können. Für Patientinnen, die Gewalt erfahren haben, können während der Untersuchung Gefühle des Ausgeliefertseins und des Kontrollverlusts entstehen. Erklären Sie, welche Untersuchungsschritte sie vornehmen. Fragen Sie nach traumatischen Erfahrungen insbesondere bei gynäkologischen Untersuchungen, um eine Retraumatisierung zu vermeiden.

Fragen Sie die Patientin nach weiteren Beschwerden, Funktionsstörungen und ihrer psychischen Verfassung. Versuchen Sie angesichts der vielfältigen gesundheitlichen Auswirkungen von Gewalt, einen umfassenden Eindruck von dem Gesundheitszustand der Patientin zu erhalten. Eine Überweisung an entsprechende Spezialisten/innen kann ggf. angezeigt sein, um somatische, psychosomatische sowie psychische Beschwerden genauer zu diagnostizieren und entsprechend zu behandeln. Den weiteren Diagnose- und Behandlungsverlauf sollten Sie mit der Patientin absprechen.

Liegt eine (schwere) Traumatisierung vor, so sollten psychologische oder psychiatrische Disziplinen konsultiert werden. Erkundigen Sie sich nach adäquaten und frauengerechten Angeboten. Für Frauen, die durch häusliche Gewalt traumatisiert sind, bestehen bislang noch keine umfassenden psychotraumatologischen Versorgungsangebote (Enders-Dragässer 1998; Hagemann-White/Bohne 2003).

Dokumentation von Verletzungen und Beschwerden

Neben der adäquaten Versorgung ist die Dokumentation der Verletzungen eine weitere Form der Unterstützung gewaltbetroffener Patientinnen. Bei bestimmten rechtlichen Verfahren können sie von entscheidender Bedeutung sein: bei der Beantragung zivilrechtlicher Schutzmaßnahmen, einer Klage wegen Körperverletzung, im Zuge von Sorgerechtsentscheidungen, bei Besuchs- und Umgangsregelungen für die Kinder oder aufenthaltsrechtlichen Fragen. Häusliche Gewalt findet in der Regel hinter verschlossenen Türen ohne Zeugen/innen statt. Da die wenigsten Frauen erlittene Gewalthandlungen nachweisen können, steht im Streitfall Aussage gegen Aussage, und es wird „im Zweifel für den Angeklagten“ entschieden.

Eine gründliche Dokumentation der Verletzungen und Beschwerden kann Frauen ermutigen, strafrechtliche Schritte gegen den Täter einzuleiten. Innerhalb des S.I.G.N.A.L.-Projekts wurde ein spezieller Dokumentationsbogen entwickelt, um Patientinnen mit einer umfassenden Dokumentation zu unterstützen.

Damit eine medizinische Dokumentation vor Gericht verwertbar ist, müssen die Verletzungen sorgfältig und nachvollziehbar dokumentiert werden. Die Dokumentation beruht auf einer gründlichen, detaillierten Untersuchung und Befragung der Patientin nach allen Verletzungen und Beschwerden, die sie zum Zeitpunkt des Besuchs der Praxis oder des Krankenhauses aufweist.

Alle diagnostizierten Verletzungen sowie ihr Alter bzw. Heilungsstadium sollten festgehalten werden. Bewährt haben sich hier Körperschemata, auf denen Lage und Art der Verletzungen eingezeichnet werden können. Sehr aussagekräftig sind Fotodokumentationen, für die eine Zustimmung der Patientin erforderlich ist. Es ist darauf zu achten, dass sowohl Detailbilder von den Verletzungen (mit Maßband, aus dem die Größe hervorgeht) wie auch Bilder zur Identifikation der verletzten Person aufgenommen werden. Die Fotos sollten eine gute Qualität aufweisen, d.h. eine entsprechende Helligkeit, Kontrast, Bildauflösung und Schärfe aufweisen. Hier bietet sich eine Digitalkamera an. Neben der Dokumentation der Verletzungen sollten alle diagnostizierten oder von der Patientin berichteten Beschwerden und Erkrankungen notiert werden.

Die Schilderung des Tathergangs sollte in den eigenen Worten der Patientin als wörtliche Rede niedergeschrieben werden, um eine Interpretation oder subjektive Einschätzung der behandelnden Person zur Patientin oder der Gewalttat zu vermeiden. So wird eine Bewertung oder Beurteilung der Richtigkeit und Wahrhaftigkeit der Aussage der Betroffenen ausgeschlossen. Allein das, was eine Patientin zu den Verletzungen oder Beschwerden angibt, sollte schriftlich fixiert werden. Achten Sie auf eine leserliche Schrift!

Eine Dokumentation sollte folgende Angaben enthalten:

- Angaben zur Person
- Angaben zur Misshandlung in den eigenen Worten der Patientin
 - zum Hergang bzw. zu den Ursachen der Verletzung
 - zu Zeugen/innen der Gewalttat
 - zum Zeitpunkt und/oder Zeitraum der Gewalthandlung
 - zu Formen/Arten der erlebten Gewalt
 - war es das erste Mal oder wiederholen sich die Gewalthandlungen
- Angaben zum Verursacher und der Beziehung, in der die Patientin zu ihm steht
- Gesundheitliche Folgen
 - Verletzungen: Art, Lage, Anzahl, Aussehen, Alter/Heilungsstadium (Körperschema)
 - Beschwerden
 - psychischer und neurologischer Zustand der Patientin
- Gefährdungsabklärung, Sicherheitsplan, mitbetroffene Kinder
- weitere Schritte, die unternommen wurden (z.B. Polizei eingeschaltet)
- Weitergabe von Informationen über Unterstützungsangebote
- Verbleib der Patientin (Kontaktaufnahme mit Einrichtungen)

Auch wenn eine Patientin zu dem Zeitpunkt der Inanspruchnahme der Ersten Hilfe keine gerichtsverwertbare Dokumentation benötigt, kann dieser Nachweis zu einem späteren Zeitpunkt eine große Hilfe sein. Die Patientin sollte darauf aufmerksam gemacht werden, dass die Dokumentation sicher verwahrt wird und ihr bei Bedarf zur Verfügung steht.

Eine medizinische Dokumentation ersetzt jedoch kein ausführliches rechtsmedizinisches Gutachten, das in Fällen besonders schwerer Verletzungen angefordert werden sollte.

Gefährdung klären, Sicherheit und Schutz gewährleisten

Die Garantie des Schutzes und der Sicherheit der Patientin hat bei jeder Intervention oberste Priorität. Dies beinhaltet vorerst für das Arzt-Patientin-Gespräch die Schaffung eines sicheren Rahmens innerhalb des Krankenhauses. Suchen Sie einen ruhigen Raum auf, um ein Gespräch mit der Patientin zu führen. Achten Sie darauf, dass Sie möglichst nicht gestört werden, nehmen Sie sich Zeit, um mit der Patientin zu sprechen und achten Sie darauf, dass sie beide sitzen, wenn sie mit der Patientin sprechen.

Bagatellisieren Sie nicht die Ängste Ihrer Patientin, vor allem wenn sie Schritte zur Trennung unternehmen möchte. Vermitteln Sie ihr, dass Ihnen ihre Sicherheit und die ihrer Kinder wichtig sind, klären Sie, wie groß die akute Gefährdung ist. Überlegen Sie mit ihr zusammen, wie ihre Sicherheit am besten zu gewährleisten ist. Besprochen werden sollten folgende Aspekte:

Will die Patientin nicht zurück nach Haus?

Will oder kann die Patientin nicht nach Hause zurück, müssen Möglichkeiten besprochen werden, wo die Patientin sicheren Schutz und/oder Ruhe findet. Dies kann bei einer Freundin, Verwandten oder in einem Frauenhaus sein. Ziehen Sie eine vorübergehende stationäre Aufnahme aufgrund akuter Belastungsreaktion in Betracht, die der Frau kurzfristig Zeit und Ruhe für die Überlegung weiterer Schritte gibt.

Kann/will die Patientin zurück nach Haus?

Will die Patientin nach Hause zurückgehen, so besprechen Sie mit ihr, wie sie sich schützen kann. Sind Kinder der Grund ihrer Rückkehr, so klären sie mit der Patientin, wie die Sicherheit der Kinder und deren Versorgung gewährleistet sind. Von großer Bedeutung ist es, dass Frauen wissen, wohin sie sich jederzeit wenden können, um Schutz zu erhalten, wie sie sich unter Umständen auf eine Flucht vorbereiten, wo sie ihre nötigen Unterlagen lassen und ob sie einen Schlüssel bei Freunden/innen oder Bekannten deponieren können etc.

Informieren Sie sie über das neue Gewaltschutzgesetz (GewSchG) für Opfer häuslicher Gewalt, das seit 2002 in Kraft ist. Es bietet die Möglichkeit, dass der Täter mit Hilfe der Polizei aus der Wohnung gewiesen wird und Auflagen erhält, sich der misshandelten Partnerin nicht zu nähern. Dieses Vorgehen beinhaltet jedoch das Hinzuziehen der Polizei, was von den Frauen nicht immer gewünscht wird. Ausführliche Informationen sind der Homepage des Bundesministeriums für Justiz² oder anderen Seiten³ sowie der Informationsbroschüre des Bundesministeriums zu entnehmen (BMFSFJ 2002).

Bereden Sie mit ihr die verschiedenen vorhandenen Möglichkeiten und entwerfen Sie ggf. einen Sicherheitsplan. Auch ein Wiedereinbestellen der Patientin kann sinnvoll sein.

Um den Grad der Gefährdung einschätzen zu können, sind folgende Fragen hilfreich:

Fragen zu Hinweisen auf eine erhöhte Gefährdung

- Sind die Gewalttätigkeiten in der letzten Zeit häufiger oder schwerwiegender geworden?
- Hatten Sie Gedanken an Selbstmord oder haben Sie schon einmal einen Selbstmordversuch unternommen?
- Hat Ihr Partner gedroht, Ihnen, den Kindern, sich selbst oder einem Haustier etwas anzutun?
- Wie verhält sich der Partner, wenn er alkoholisiert ist oder Drogen genommen hat?
- Gibt es Waffen in Ihrem Haushalt?

Informationen vermitteln und Handlungsmöglichkeiten aufzeigen

Ziel jeder Intervention sollte neben den Aspekten Sicherheit und Schutz die Erweiterung der Handlungsoptionen der Frauen sein. Gewaltbetroffene Frauen befinden sich in der Regel in einer Situation, die durch den Täter bestimmt ist und ihre eigenen Kontrollmöglichkeiten einschränkt. Häufig kann sie

.....

² <http://www.bmj.bund.de/images/11347.pdf>,

³ <http://www.bmfsfj.de/Kategorien/gesetze,did=4890.html> (inkl. Antragsformulare)

http://www.ms.niedersachsen.de/master/o,,C739239_N756115_L2o_Do_l674,oo.html,

<http://www.big-interventionszentrale.de/veroeffentlichungen/infomaterial/ziviljustiz.htm#bezug> (inkl. Antragsformulare)

wegen der sozialen Kontrolle und Isolation auf kein oder nur ein marginales Netz sozialer Unterstützung zurückgreifen. Beratungsstellen und Zufluchtsprojekte sind nur einem Teil der betroffenen Frauen bekannt, wie die im Rahmen der S.I.G.N.A.L.-Begleitforschung durchgeführte Befragung der Ersten Hilfe-Patientinnen ergab (vgl. Teil B: Kap. 8). Dabei ist das Wissen um diese Einrichtungen für die Handlungsperspektiven der Betroffenen von zentraler Bedeutung.

Informieren Sie ihre Patientin mündlich über das regionale Unterstützungsangebot oder geben Sie ihr eine sog. Notfallkarte (in der Größe einer kleinen Chipkarte oder in der Art eines Faltblättchens) mit den Rufnummern kommunaler Beratungs- und Zufluchtseinrichtungen. Im Format einer Krankenkassenchipkarte kann sie ins Portemonnaie oder in die Hosentasche gesteckt werden, fällt nicht auf, und die Gefahr sinkt, dass der gewalttätige Partner sie findet.

Ebenso sinnvoll ist das Aufhängen von Plakaten und Postern der lokalen Unterstützungseinrichtungen mit deren Notrufnummern in Warte- und Behandlungsräumen und das Auslegen von Informationsmaterialien in den Frauentoiletten.

Ergänzt werden sollte diese Information durch das Angebot, die Patientin bei der Kontaktaufnahme zu Zufluchts- oder Beratungsstellen zu unterstützen. Wichtig ist zudem der Hinweis, dass Arztpraxen, Krankenhäuser oder Erste Hilfe-Stationen grundsätzlich eine Anlaufstelle für die Unterstützung bei weiteren Schritten darstellen.

Im persönlichen Gespräch sollten die verschiedenen Angebote der Beratungs- und Zufluchtsstellen erläutert und potentiell bestehende Barrieren und Ängste, die Einrichtungen aufzusuchen, besprochen werden. Frauenhäuser sind z.B. rund um die Uhr erreichbar und nehmen Frauen zu jeder Tages- und Nachtzeit auf. Der Aufenthalt im Frauenhaus ist freiwillig, d.h. Bewohnerinnen können jederzeit wieder ausziehen. Die Zufluchtsprojekte bieten einen hohen Schutz vor einer möglichen weiteren Verfolgung und Gefährdung der Frau. In Berlin, Hamburg und Bremen ist die Unterkunft und Beratung in den Frauenhäusern kostenlos, in den meisten Flächenländern werden die Kosten von den Sozialämtern übernommen.

Beratungsstellen oder Hotline-Telefone sind oft nur eingeschränkt zu erreichen. Teilen Sie der Frau mit, zu welcher Zeit sie sich ratsuchend an die Einrichtungen wenden und welche Unterstützung sie dort erhalten kann. Gibt es ein spezielles muttersprachliches Angebot, so informieren Sie Frauen mit Migrationshintergrund darüber. In der Regel ist es für Migrantinnen erleichternd und entlastend, wenn in den Einrichtungen Mitarbeiterinnen arbeiten, die selbst Migrationserfahrungen haben und ggf. eine Beratung in ihrer Sprache anbieten können.

Adressen sollten betroffene Frauen jedoch nicht aufgedrängt werden, da es u.U. für sie gefährlich sein kann, Notruflisten bei sich zu tragen. Die Entscheidung liegt immer bei der Frau.

4.5 Abschließende Hinweise zu Interventionsschritten

Für ärztliche oder pflegerische Mitarbeiter/innen bedeuten die aufgezeigten Interventionsschritte einen höheren Arbeitsaufwand und eine persönliche Belastung. Sie werden teilweise mit erschreckenden Biographien konfrontiert. Umso höher kann die Frustration sein, wenn gewaltbetroffene Patientinnen die angebotene Hilfe nicht sofort bereitwillig annehmen. Beachten Sie, dass es vielfältige Gründe für das Verhalten der Patientin gibt. In einem vorsichtigen Gespräch kann versucht werden, die Motive für ihre Entscheidung herauszufinden, um eine Lösung oder einen anderen Umgang zu finden. Die Entscheidung der Frau sollte jedoch immer respektiert werden. Signalisieren Sie weitere Offenheit für ihre Person und Situation.

Die ärztliche Schweigepflicht gilt auch bei Anzeichen und Kenntnissen von häuslicher Gewalt, soweit die Patientin Sie nicht davon entbindet. Wenn eine akute Gefahr für Leib, Leben oder Freiheit der Patientin besteht, gilt es abzuwägen, ob die Schweigepflicht eingehalten wird. Wie bei allen Interventionsschritten sollten Sie keine Schritte ohne Einwilligung der Patientin einleiten.

4.6 Überblick zu den Interventionsschritten: Leitfaden von S.I.G.N.A.L.

Der Leitfaden von S.I.G.N.A.L. enthält in einer Kurzfassung die Bausteine der Intervention. Er bietet einen Überblick zu den einzelnen Interventionsschritten, jeder Buchstabe steht für eine Handlung.

Setzen Sie ein Signal: Sprechen Sie die Patientin an.

Viele Frauen, die misshandelt werden, erzählen aus Angst und Scham nicht von sich aus, was ihnen passiert ist. Studien belegen eindrucksvoll, dass Frauen sich öffnen, wenn sie direkt nach möglichen Gewalterfahrungen gefragt werden. Professionelle sollten signalisieren, dass sie für das Thema Gewalt sensibilisiert sind. Das Gespräch sollte mit einem Statement beginnen, etwa: "Da Misshandlungen an Frauen so häufig vorkommen, haben wir uns entschlossen, routinemäßig danach zu fragen."

Interview mit konkreten, einfachen Fragen

Die Befragung der Patientinnen sollte routinemäßig als Standard durchgeführt werden. Generell ist darauf zu achten, dass einfache und direkte Fragen gestellt werden und das Gespräch in einer vertrauensvollen und geschützten Atmosphäre stattfindet. Frauen, die misshandelt wurden und über ihre Gewalterfahrungen sprechen, schämen sich und haben Angst bzw. sind es gewohnt, dass ihnen nicht geglaubt und das Erlebte bagatellisiert wird. Deshalb einige Grundsätze für die Beratung:

Die Patientin bejaht Gewalterfahrungen:

- Sie muss ermutigt werden, darüber zu sprechen.
- Behandelnde und Pflegende müssen ihr offen und unvoreingenommen zuhören.
- Behandelnde und Pflegende müssen ihre Wahrnehmungen unterstützen und bestätigen.

Die Patientin verneint Gewalterfahrungen:

- Behandelnde und Pflegende müssen sehr bewusst auf Anzeichen von Gewalt achten.
- Stellen Behandelnde und Pflegende Anzeichen fest, sollten sie dies benennen und spezifische Fragen stellen.
- Auch wenn die Patientin verneint, sollten Behandelnde und Pflegende ihren Verdacht dokumentieren und Informationen über Hilfsangebote anbieten.

Bei Migrantinnen, die nicht ausreichend Deutsch sprechen, ist eine Sprachmittlerin hinzuzuziehen. In keinem Fall sollten begleitende Männer, Familienangehörige oder Kinder zur Übersetzung herangezogen werden.

Gründliche Untersuchung alter und neuer Verletzungen

Bei der Untersuchung ergeben sich Anzeichen für Misshandlungen,

- wenn Verletzungen unterschiedlich alt sind. Misshandlungsbeziehungen erstrecken sich häufig über lange Zeiträume und Frauen lassen ihre Verletzungen nicht immer behandeln bzw. dürfen sie nicht behandeln lassen.
- wenn Verletzungsart und Erklärungen nicht übereinstimmen.
- wenn trotz schwerer Verletzungen erst sehr spät ärztliche Hilfe gesucht wird.
- wenn die Patientin von Depressionen, Selbstmordgedanken oder -versuchen, Beruhigungs- und Aufputzmitteln, Essstörungen und/oder Suchtmittelabhängigkeit berichtet.
- wenn sich die Patientin schon mehrmals wegen Angst- und Panikattacken ärztliche Hilfe gesucht hat.
- wenn sich die Patientin als wenig gesund beschreibt.

Notieren und dokumentieren aller Ergebnisse und Antworten

Dokumentationen sollten besonders unter dem Aspekt der Gerichtsverwertbarkeit verfasst werden, d.h. sie müssen leserlich geschrieben sein und möglichst viele genaue Informationen enthalten:

- eine detaillierte Beschreibung der physischen wie psychischen Verletzungen sowie der Traumageschichte der Patientin und die wichtigsten Aspekte ihrer sozialen Situation,
- eine detaillierte Beschreibung der physischen Verletzungen mit Anzahl, Größe und Lokalisierung. Die Verletzungen sollten fotografiert werden,
- alle abgegebenen Erklärungen der Patientin (möglichst in Form von Zitaten) über die Ursache der Verletzungen, Tatort und -zeit, den Täter und Zeugen/innen,
- die Einschätzung, ob die Erklärungen der Patientin mit der Art der Verletzung/Symptome übereinstimmen,
- alle Ergebnisse der Untersuchungen und die genaue Diagnose,
- Nennung der Beweismittel (Fotos von Verletzungen sowie Beweismitteln, Kleidungsstücke usw.) und Beschreibung der Beweissicherung,
- Nennung aller involvierten Institutionen, z.B. Polizei, Notarzt/ärztin.

Abklären des aktuellen Schutzbedürfnisses der Patientin

Die Gefahr, dass Gewalt eskaliert, ist dann am Größten, wenn eine Frau ihre Misshandlungen öffentlich macht und/oder sich trennt. *Das Ziel jeder Intervention ist Schutz, Sicherheit und die Beendigung von Gewalt.* Es ist deshalb wichtig herauszufinden, ob sie Angst hat, nach Hause zurückzukehren und lieber zu einer Freundin bzw. einem Freund, anderen Familienangehörigen oder in ein Frauenhaus möchte. Es ist auch zu erfragen, ob sie unversorgte Kinder zurückgelassen hat. Die betroffene Frau kann ihre Situation selbst am besten einschätzen. Es sollten ihr Schutzmöglichkeiten aufgezeigt werden, aber ihre Entscheidung ist in jedem Fall zu respektieren. Die Polizei sollte nur auf ihren Wunsch hin eingeschaltet werden.

Leitfaden über Hilfsangebote und Notrufnummer geben

Der Patientin sollten Telefonnummern und Adressen von Hilfs- und Schutzeinrichtungen angeboten werden. Sie darf aber weder überredet noch gezwungen werden, sie zu nehmen. Sie muss darauf hingewiesen werden, dass es auch gefährlich für sie sein kann, diese mit sich zu tragen.

Literatur

- BaF – Bundesverband autonomer Frauennotrufe e.V. (2003). *Sexualisierte Gewalt gegen Migrantinnen*. <http://www.frauennotrufe.de/uebergewalt13.html>. April.
- BMFSFJ – Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hg.) (2002). *Materialienband zum Abschlussbericht der wissenschaftlichen Begleitung des Berliner Interventionsprojektes gegen häusliche Gewalt*. Berlin.
- BMFSFJ – Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hg.) (2003). *Mädchen und Frauen mit Behinderung in Deutschland*. http://www.bmfsfj.de/top/dokumente/Struktur/ix_91520.htm?template=single&id=91520_4893&script=1&ixepf=_91520_4893.
- Campbell JC (2002). *Health consequences of intimate partner violence*. *Lancet* 359(9314): 1331-6.
- Cokkinides VE/Coker AL et al. (1999). *Physical violence during pregnancy: maternal complications and birth outcomes*. *Obstet Gynecol* 93(5 Pt 1): 661-6.
- Department of Health (Hg.) (2000). *Domestic Violence: A Resource Manual for Health Care Professionals*. London, UK.
- Drossman DA/Talley NJ et al. (1995). *Sexual and physical abuse and gastrointestinal illness. Review and recommendations*. *Ann Intern Med* 123(10): 782-94.
- Dutton MA (2002). *Gewalt gegen Frauen: Diagnostik und Intervention*. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle.
- Enders-Dragässer US, B. (1998). *Frauen in der stationären Psychiatrie. Ein interdisziplinärer Bericht*. Lage.
- Fanslow JL/Norton RN et al. (1998). *Indicators of assault-related injuries among women presenting to the emergency department*. *Ann Emerg Med* 32(3 Pt 1): 341-8.
- FVPP – Family Violence Prevention Fund (2002). *National Consensus Guidelines on Identifying and Responding to Domestic Violence Victimization in Health Care Settings*. San Francisco, USA.
- Gazmararian JA/Lazorick S et al. (1996). *Prevalence of violence against pregnant women*. *Jama* 275(24): 1915-20.
- Hagemann-White C/Bohne S (2003). *Versorgungsbedarf und Anforderungen an Professionelle im Gesundheitswesen im Problembereich Gewalt gegen Frauen. Expertise für die Enquêtekommission Zukunft einer frauengerechten Gesundheitsversorgung in Nordrhein-Westfalen*. Osnabrück.
- Lehmann N (2001). *Frauenhausarbeit im Spannungsfeld von Professionalisierungsprozessen und tradiertem Feminismusbegriff. Frauen in Gewaltverhältnissen*. In: *Dokumentation des Hochschultages vom 31.10.2001, Alice-Salomon-Fachhochschule, Berlin*.
- McCauley J/Kern DE et al. (1995). *The battering syndrome: prevalence and clinical characteristics of domestic violence in primary care internal medicine practices*. *Ann Intern Med* 123(10): 737-46.
- McFarlane J/Parker B et al. (1996). *Abuse during pregnancy: associations with maternal health and infant birth weight*. *Nurs Res* 45(1): 37-42.
- McFarlane J/Parker B et al. (1992). *Assessing for abuse during pregnancy. Severity and frequency of injuries and associated entry into prenatal care*. *Jama* 267(23): 3176-8.
- Mohammadzadeh Z (1996). *Migration: Weg aus der Ohnmacht. Weg in die Ohnmacht. Zu Problemen und Perspektiven der Gesundheitsversorgung von Migrantinnen*. In: *AKF- Arbeitskreis Frauengesundheit in Medizin Psychotherapie und Gesellschaft e.o.V.: Wege aus Ohnmacht und Gewalt. Frauengesundheit zwischen Menschenrechten und Grenzverletzung. Dokumentation der 3. Jahrestagung des AKF. Bad Pyrmont, Brühl, Bünde*.
- Muelleman RL/Lenaghan PA et al. (1996). *Battered women: injury locations and types*. *Ann Emerg Med* 28(5): 486-92.
- Muelleman RL/Lenaghan PA et al. (1998). *Nonbattering presentations to the ED of women in physically abusive relationships*. *Am J Emerg Med* 16(2): 128-31.
- Muhajarine N/D'Arcy C (1999). *Physical abuse during pregnancy: prevalence and risk factors*. *Cmaj* 160(7): 1007-11.
- OPDV – New York State Office for the Prevention of Domestic Violence (2000). *Domestic Violence Intervention Guide for Health Care Professionals*. http://www.opdv.state.ny.us/health_humsvc/health/guide/contents.html.

Schmuel E/Schenker J (1998). *Violence against women: the physician's role. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 80(2): 239-45.

Voss A/Hallstein M, (Hg.) (1993). *Menschen mit Behinderungen. Ruhnmark.*

Warshaw C (1998). *Identification, Assesment and Intervention with Victims of Domestic Violence. In: Warshaw C/Ganley A (1998). Improving the Health care response to domestic violence: A resource manual for health care providers. Family Violence Prevention Fund (Hg.) San Francisco, California.*

Warshaw C/Ganley A (1998). *Improving the Health care response to domestic violence: A resource manual for health care providers. Family Violence Prevention Fund (Hg.) San Francisco, California.,*

Zachary MJ/Mulvihill MN et al. (2001). *Domestic abuse in the emergency department: can a risk profile be defined? Acad Emerg Med* 8(8): 796-803.

Zemp A (2002). *Sexualisierte Gewalt gegen Menschen mit Behinderung. Prax. Kinderpsych. Kinderpsychiat. 51:610-25 (Geistige Behinderung und sexueller Missbrauch).*

5 Planung und Entwicklung von S.I.G.N.A.L.-Interventionsprojekten

Die Erfahrungen zur Implementierung des S.I.G.N.A.L.-Interventionsprojekts zeigen, dass die Etablierung einer systematischen Intervention bei häuslicher Gewalt in größeren Einrichtungen der gesundheitlichen Versorgung wie einem Universitätsklinikum als langfristiger Prozess betrachtet werden muss, der nur schrittweise verlaufen kann. Einmalige Fortbildungen der Beschäftigten reichen nicht aus, um eine verbesserte Versorgung von Opfern von häuslicher Gewalt zu etablieren. Wird die Implementierung als fortlaufender Prozess verstanden, der struktureller Maßnahmen, Kontinuität und Engagements bedarf, so können Interventionsprojekte konsequent verankert werden.

Um ein Interventionsprogramm erfolgreich in einem Krankenhaus umzusetzen und institutionelle Veränderungen auf den Weg zu bringen, ist ein strategisches Vorgehen nötig.

Im Folgenden werden Erfahrungen des S.I.G.N.A.L.-Interventionsprojektes dargestellt und Maßnahmen aufgeführt, die geeignet sind, innerhalb eines Krankenhauses Prozesse in Gang zu setzen, die gesundheitliche Versorgung für Betroffene häuslicher Gewalt zu verbessern. Neben den Ergebnissen der wissenschaftlichen Begleitung von S.I.G.N.A.L. werden internationale Erkenntnisse berücksichtigt, die aufgrund langjähriger Erfahrung mit der Einführung und Umsetzung von Interventionsprogrammen gegen häusliche Gewalt wertvolle Hinweise bieten. Es werden Kenntnisse zur Projektimplementation miteinbezogen, die im Rahmen eines US-amerikanischen Pilotprojekts zu Interventionsprogrammen in zwölf städtischen Krankenhäusern gewonnen wurden und vom ‚Family Violence Prevention Fund‘ (FVPPF) in einem Manual zusammengefasst sind (Warshaw/Ganley 1998; FVPPF 2002). Ebenfalls wurden Erkenntnisse zu Interventionsprogrammen aus England berücksichtigt, die in einem Handbuch des ‚Department of Health‘ (Department of Health 2000) aufgezeichnet sind.

Abbildung 5.1–1 zeigt die Schlüsseletappen, die beim Aufbau von S.I.G.N.A.L.-Interventionsprojekten berücksichtigt werden müssen. Sie umfassen die Phase der Initiierung, der Entwicklung, der Durchführung sowie der Sicherung von Kontinuität. Die einzelnen Phasen werden im Folgenden ausführlich beschrieben.

5.1 Interventionsprogramm initiieren

Es gibt verschiedene Wege, um ein Interventionsprogramm gegen häusliche Gewalt in Krankenhäusern einzuleiten. Erfahrungen anderer Länder zufolge werden Interventionsprogramme bislang eher selten von einer Klinikleitung initiiert. Es sind in der Regel einzelne Personen, die den Bedarf nach angemessenen Interventions- und Präventionsstrategien formulieren und sich für die Einrichtung eines Interventionsprojektes einsetzen. Die Initiative kann von Mitarbeiter/innen eines Krankenhauses, externen Beratungs- und Unterstützungseinrichtungen, interdisziplinären Interventionsprojekten, den Teilnehmer/innen kommunaler Runder Tische gegen Gewalt oder von Gleichstellungsbeauftragten ausgehen, die damit die Funktion eines Change Agents übernehmen. Projekte können starten, indem einzelne Mitarbeiter/innen eines Krankenhauses ihre Patientinnen über Gewalterfahrung befragen und Verbindungen zu lokalen Anti-Gewalt-Programmen aufbauen. Wenn mehr Mitarbeiter/innen dieses Vorgehen übernehmen und sich austauschen, kann so ein krankenhausesweites Vorgehen initiiert werden.

Für die Initiierung des S.I.G.N.A.L.-Programms war entscheidend, dass Mitarbeiterinnen aus dem Anti-Gewalt-Bereich und des Klinikums zusammentrafen, die mit neuen Modellen zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung von gewaltbetroffenen Frauen und der Berücksichtigung der Gewaltproblematik im Gesundheitsbereich beitragen wollten (vgl. Kap. 2).

Abbildung 5.1–1: Etappen des Projektaufbaus und der Projektentwicklung

Schlüsseletappen beim Aufbau systematischer Interventionsprogramme gegen häusliche Gewalt innerhalb eines Krankenhauses

A. Interventionsprogramm initiieren

- Multidisziplinäre Projektgruppe aufbauen
- Projektkoordination einrichten
- Unterstützung durch Klinikleitung und Betriebsrat sicherstellen
- Bedarf und Ressourcen ermitteln
- Kooperation mit dem Anti-Gewalt-Bereich aufbauen
- Interne Öffentlichkeitsarbeit beginnen

B. Interventionsprogramm entwickeln

- Interventionskonzept und -strategie entwickeln
- Netzwerke und Kooperationen aufbauen
- Qualitätsstandards und Handlungsleitlinien verschriftlichen

C. Intervention umsetzen

- Fortbildungen durchführen
- Materialien erstellen – Interventionsprogramm sichtbar machen
- Kommunikation unter den Beschäftigten fördern

D. Kontinuität sichern

- Strukturelle Verankerung des Interventionsprojekts fördern
- Evaluation und Qualitätssicherung garantieren
- Externe Vernetzung mit Versorgungseinrichtungen und dem Anti-Gewalt-Bereich sicherstellen

Nach: Warsaw 1998

5.1.1 Aufbau einer Projektgruppe

Für die Umsetzung des S.I.G.N.A.L.-Programms wurde eine multidisziplinär besetzte „Projektsteuerungsgruppe“ gegründet, an der klinikinterne sowie -externe Mitarbeiterinnen aus dem Anti-Gewalt-Bereich teilnahmen (vgl. Kap. 2). Während die internen Mitarbeiterinnen als Träger des Projekts über die pflegerische und ärztliche Fachkompetenz, Kenntnis der Institution und Arbeitsabläufe verfügten, brachten die externen Mitarbeiterinnen das sachlich-fachliche Wissen zur Thematik häusliche Gewalt, das Wissen um den konkreten Unterstützungsbedarf für gewaltbetroffene Frauen und das Risiko der Gefährdung sowie Kenntnisse der kommunalen Unterstützungseinrichtungen in das Projekt ein. Sie sorgten dafür, dass die Perspektive der Opfer von häuslicher Gewalt von Projektbeginn an adäquat berücksichtigt werden konnte. Eine Ärztin konnte leider nur in die ersten Überlegungen mit eingebunden werden.

Eine multidisziplinäre, berufsgruppen- und hierarchieübergreifende Zusammensetzung der Projektgruppe trägt maßgeblich dazu bei, dass:

- die Etablierung eines Interventionsprojektes frühzeitig als Angelegenheit des gesamten Krankenhauses begriffen und von der Leitungs- und Verwaltungsebene unterstützt wird.

- das Wissen über die kommunale Infrastruktur im Bereich der Anti-Gewaltarbeit und -politik, sowie über die Bedürfnisse und Erwartungen gewaltbetroffener Frauen vorhanden ist und bei der inhaltlichen Ausgestaltung des Interventionsprojektes einbezogen wird.
- praktische Handlungsabläufe, Aufgaben, Rollenverteilungen und die konkreten Rahmenbedingungen im Krankenhaus berücksichtigt und in ihrer Wirkung auf Möglichkeiten und Verlauf der Intervention impliziert werden.
- die Kommunikation des Projektes und seiner Ziele unter den Beschäftigten des Krankenhauses initiiert und vorangetrieben wird.

(Warshaw 1998)

Für die Mitarbeit in einer Projektgruppe sollten Personen verschiedener Berufsgruppen und Hierarchieebenen gewonnen werden:

- pflegerische und ärztliche Mitarbeiter/innen des Krankenhauses
- Mitarbeiter/innen des Krankenhauses in Schnittstellenfunktionen (z.B. Frauen- oder Gleichstellungsbeauftragte, Mitarbeiter/innen der internen Öffentlichkeitsarbeit; Vertreter/innen des Personalrates)
- Vertreter/innen der Leitungs- und Verwaltungsebene
- Mitarbeiter/innen aus Zuflucht- und Beratungsstellen oder von anderen Interventionsprojekten.

Die Projektgruppe ist im Krankenhaus Träger der Ausgestaltung und Implementierung des Programms. Ihre Aufgaben sind:

- die Bestimmung des Interventionskonzepts, Planung, Organisation und Realisierung einer kontinuierlichen Kommunikation des Projektes, seiner Ziele und Maßnahmen innerhalb der Klinik
- das kontinuierliche Erfassen bestehender Probleme bei der Umsetzung, das Prüfen von Veränderungsmöglichkeiten und die Entwicklung adäquater Problemlösungen
- Beratung und Unterstützung der pflegerischen, ärztlichen und weiteren Mitarbeiter/innen bei der Umsetzung der Intervention
- Entwicklung von Maßnahmen und Strategien zur strukturellen Verankerung
- Öffentlichkeits- und Netzwerkarbeit, Aufbau von Kontakten zu kooperierenden Stellen und Personen außerhalb der Klinik
- Sicherstellung einer telefonischen und persönlichen Beratung gewaltbetroffener Patientinnen.

Diese komplexen Aufgaben verlangen vielfältige Kenntnisse und Kompetenzen wie:

- das Wissen um ärztliche und pflegerische Aufgaben, Rollen und Arbeitsabläufe
- das Wissen um die Problematik der Gewalt gegen Frauen
- Kenntnisse der klinikinternen Strukturen und Rahmenbedingungen
- Kenntnisse der vorhandenen kommunalen Infrastruktur im Bereich der Anti-Gewaltarbeit
- Kommunikations-, Moderations- und Motivationsfähigkeiten, Verhandlungsgeschick und Präsentationskompetenz.

Angesichts der vielfältigen Aufgaben der Projektgruppe empfiehlt sich eine frühe Festlegung von Zuständigkeiten. Hilfreich ist das Erstellen eines Aktions- und Arbeitsplans für die Einrichtung von kurz-, mittel- und langfristigen Zielen.

Beim Aufbau der Projektgruppe ist Flexibilität erforderlich und zu beachten, dass interessierte Mitarbeiter/innen des Krankenhauses nicht immer über die zeitlichen Ressourcen für eine kontinuierliche Teilnahme verfügen. Das heißt, es müssen Kommunikationsformen gefunden werden, um sie in den Entwicklungsprozess zu involvieren, da sie als Multiplikatoren/innen helfen, das Interventionsprojekt und seine Ziele innerhalb der Einrichtung zu kommunizieren.

Die Zusammenarbeit in einer multidisziplinären Steuerungsgruppe kann eine Herausforderung für alle Beteiligten bedeuten. Die interdisziplinäre Kommunikation zwischen den beteiligten Berufsgruppen stellt für viele Mitwirkende Neuland dar. Ärzte/innen, Pflegekräfte, Sozialarbeiter/innen sprechen ver-

schiedene Sprachen, verfügen über unterschiedliche Berufsrollen und -identitäten und stehen häufig in einem konkurrierenden oder hierarchischen Verhältnis zueinander. Damit verbundene Verständigungsprobleme müssen reflektiert und beachtet werden, soll die gemeinsame Arbeit erfolgreich verlaufen. Gegebenenfalls kann eine Supervision oder Organisationsberatung von Nutzen sein.

5.1.2 Projektkoordination

Im Laufe der Implementierung des Interventionsprogramms erwies sich die Ernennung einer Koordinatorin als unverzichtbar. Da die Teilnehmerinnen der Projektsteuerungsgruppe nur über begrenzte Kapazitäten verfügten, konnten sie anstehende Aufgaben oftmals nicht während ihrer beruflichen Tätigkeit übernehmen. Die systematische Planung und Umsetzung stagnierte. Um eine gezieltere Vorgehensweise zu sichern, wurde eine interne Mitarbeiterin der Projektsteuerungsgruppe als Koordinatorin ernannt, die mit einem begrenzten Stundenumfang den Projektaufbau fördern sollte. Zu dem Aufgabenbereich gehörte, regelmäßige Treffen der Projektsteuerungsgruppe und die verschiedenen Schritte der Projektumsetzung zu koordinieren, Transparenz in den Implementationsprozess zu bringen, das Projekt unter den Mitarbeiter/innen der Klinik bekannt zu machen, für die Organisation der Fortbildungen zu sorgen und als feste Ansprechperson für das Klinikpersonal, für gewaltbetroffene Patientinnen sowie für am Modellprojekt interessierte Personen zur Verfügung zu stehen. Angesichts der vielfältigen Schritte, die mit dem Aufbau und der Verankerung eines Interventionsprojekts verbunden sind, empfiehlt sich die Einrichtung einer Koordinationsstelle auf Vollzeitbasis. In den Zuständigkeitsbereich einer Koordination sollten folgende Aufgaben fallen:

- *Schulung und Fortbildungen:* Organisation von Schulungen für ärztliches und pflegerisches Personal; Aufbau einer monatlichen Informations- und Fortbildungsveranstaltung für ärztliches sowie pflegerisches Personal und sog. „Fallbesprechungen“.
- *Beratungen:* Patientinnen vor Ort sowie telefonische Beratung von Gewalt betroffenen, hilfesuchenden Frauen.
- *Projektentwicklung:* Weiterentwicklung der Konzeption, Planung, Organisation und Koordination des Projekts, Schriftwechsel, Terminplanung, Protokollführung und Vor- und Nachbereitung der Sitzungen, Umsetzung und Weiterentwicklung des Projekts, Dokumentation des Projekts, Auswertung der vorliegenden Dokumentationsbögen, Sicherstellung des internen Beratungsangebotes, Prüfung der Einrichtung einer internen Beratungsstelle, die bspw. mit der Koordinatorin und/oder stundenweise mit einer Mitarbeiterin einer externen Beratungseinrichtung besetzt ist.
- *Öffentlichkeitsarbeit:* im Rahmen der internen Öffentlichkeitsarbeit sollte der Informationsaustausch zum Interventionsprojekt innerhalb eines Krankenhauses stattfinden. Im Rahmen der externen Öffentlichkeitsarbeit sollten Informationen an folgende Stellen gehen: Niedergelassene Ärzte/innen, Rettungsdienste, Feuerwehr, Polizei, Gesundheitswesen, Anti-Gewalt-Bereich.
- *Projektvernetzung:* mit anderen städtischen und regionalen Krankenhäusern, Sozialstationen, Einrichtungen des Gesundheitswesens, Einrichtungen des Anti-Gewalt-Bereichs.
- *Sicherung des Projekts:* Finanzplanung, Finanzcontrolling, Spendenaufruf, Sponsoringsuche.

Bei der Besetzung einer Koordinationsstelle sollte darauf geachtet werden, dass die Person das Vertrauen der Projektgruppe besitzt und innerhalb der Einrichtung respektiert ist sowie über integrative Fähigkeiten verfügt.

5.1.3 Unterstützung durch Klinikleitung und Betriebsrat sicherstellen

Für die Etablierung eines Interventionsprojektes ist die Zustimmung der Krankenhausleitung und -verwaltung erforderlich. Vor der Konstituierung der Projektgruppe im UKBF wurde von den externen Initiatorinnen mit dem Klinikdekan verhandelt, um auf offizieller Ebene die Zustimmung und Unterstützung für das S.I.G.N.A.L.-Interventionsprojekt zu erhalten. Des Weiteren war eine Zustimmung des Betriebsrats entscheidend, um Mitarbeiter/innen des Hauses für die Unterstützung zu gewinnen.

Es ist von zentraler Bedeutung, dass es sich bei der Befürwortung durch die Leitung nicht nur um eine formale Trägerschaft, sondern um eine auf Überzeugung beruhende, aktive Unterstützung handelt. Diese ist für die Umsetzung der Interventionsschritte maßgeblich, insbesondere ob:

- Mitarbeiter/innen für die Arbeit in der Projektgruppe freigestellt werden
- Mitarbeiter/innen zur Teilnahme an Fortbildungen aufgefordert oder verpflichtet werden
- Vordrucke für die Dokumentation eingeführt werden
- eine kontinuierliche Erhebung und Auswertung gewaltbezogener Daten erfolgt
- Zeit für die Versorgung und Beratung gewaltbetroffener Frauen zur Verfügung gestellt wird
- notwendige strukturelle oder räumliche Veränderungen umgesetzt werden können.

Die Unterstützung der Klinikleitung erwies sich für die Umsetzung des S.I.G.N.A.L.-Projekts als entscheidend, um eine Auseinandersetzung mit der Gewaltthematik und Interventionsmöglichkeiten innerhalb des Pflegepersonals und der Ärzteschaft zu erzielen. Barrieren ließen sich teilweise nur mit Unterstützung der Klinikleitung überwinden, indem bspw. angeordnet wurde, dass klinikinterne Strukturen wie Institutsfortbildungen für die Durchführung von S.I.G.N.A.L.-Fortbildungen genutzt werden.

Um die Klinikleitung für die Zusammenarbeit zu gewinnen, können folgende Argumente hilfreich sein:

- Erkenntnisse zu den gesundheitlichen Folgen häuslicher Gewalt und Interventionsmöglichkeiten
- die von der WHO gesetzten Prioritäten zur Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung für Opfer von Gewalt
- Umsetzung des Anspruchs einer qualitätsgesicherten Gesundheitsversorgung.

Als nützlich kann sich hier die wachsende Anforderung an Krankenhäuser zur Profilierung erweisen, in dem z.B. mit spezifischen Angeboten dem Image der Patientenorientierung und bedarfsgerechten Versorgung entsprochen wird. Krankenhäuser können im Rahmen einer Selbstverpflichtung das Versorgungsangebot für gewaltbetroffene Frauen verbessern.

5.1.4 Bedarfsanalyse

Um ein adäquates Interventions- und Umsetzungsprogramm zu entwerfen, ist es sinnvoll, Bedarf und Ressourcen im Vorfeld zu ermitteln.

Die Bedarfsanalyse berücksichtigt u.a. folgende Fragen:

- Welche Voraussetzungen und welche Bereitschaft zur Beteiligung an dem Interventionsprogramm bestehen auf Seiten des ärztlichen und pflegerischen Personals?
- Welcher Fortbildungsbedarf ist notwendig? Auf welchen Erfahrungen kann aufgebaut werden, wo liegen ggf. Barrieren für die Umsetzung?
- Welcher Versorgungsbedarf besteht auf Seiten der Patientinnen des jeweiligen Krankenhauses?
- Wie hoch ist der Anteil gewaltbetroffener Frauen in der jeweiligen Einrichtung?
- Welche materiellen, personellen und sachlichen Ressourcen stehen für das Projekt zur Verfügung? Wo müssen ggf. zusätzliche Ressourcen erschlossen werden?

Befragung von Mitarbeiter/innen

Im Rahmen des S.I.G.N.A.L.-Projekts wurde vor Projektbeginn eine quantitative Befragung unter den pflegerischen und ärztlichen Mitarbeiter/innen durch die Projektsteuerungsgruppe durchgeführt, um Basisdaten zur Umgangsweise mit der Gewaltthematik und zum Informationsbedarf zu erhalten. Es zeigte sich, dass unter Pflegenden der Ersten Hilfe insgesamt von einer geringen Zahl gewaltbetroffener Patientinnen ausgegangen wurde und Beschäftigte bislang eher selten ein Gespräch mit Patientinnen über vermutete oder offensichtliche Misshandlungen führten. Weitere Befragungen, die im Rahmen der wissenschaftlichen Begleitforschung durchgeführt wurden, brachten grundlegende Erkenntnisse zu bisherigen Formen des Umgehens mit gewaltbetroffenen Patientinnen, der Bereitschaft zu einer systematischen Unterstützung und dem spezifischen Fortbildungsbedarf (vgl. Teil B: Kap. 10 und 11).

Befragung von Patientinnen

Eine Befragung von Patientinnen kann hilfreich sein, um Informationen zum Ausmaß von Gewalterfahrungen und Versorgungsbedürfnissen des spezifischen Klientels des Krankenhauses zu erhalten. Da in Deutschland bisher nur wenige Daten zu diesem Bereich vorliegen, sind solche Erhebungen sehr sinnvoll.

Im Rahmen der wissenschaftlichen Begleitung des S.I.G.N.A.L.-Projekts wurde eine Befragung von Patientinnen in der Ersten Hilfe/Notaufnahme durchgeführt, um Erwartungen und Wünsche der Patientinnen zu erfahren und Kenntnisse zum Ausmaß von Gewalt zu erlangen. Die Ergebnisse der Befragung von 806 Patientinnen sind von großer Bedeutung, da Pflegende und Behandelnde immer wieder angeben, unsicher zu sein, ob gewaltbetroffene Patientinnen tatsächlich auf akute oder frühere Misshandlungen angesprochen werden möchten. Die Studienergebnisse können genutzt werden, um Barrieren seitens des pflegerischen und ärztlichen Personals abzubauen. Es zeigte sich, dass sowohl Befragte, die von Gewalt betroffen waren, wie auch jene, die keine Gewalt erlebt hatten, eine Berücksichtigung von Gewalterfahrungen im Rahmen der Anamnese und Behandlung als wichtig betrachteten und eine Routinebefragung nach Gewalt befürworteten (vgl. Teil B: Kap. 8).

Bei einer direkten Befragung von Patientinnen ist ein sensibles Vorgehen erforderlich, um eine Gefährdung und Retraumatisierung der Patientin zu vermeiden (vgl. Teil B: Kap. 8).

Umfangreiche Erhebungen zur Bedarfsanalyse sind angesichts der benötigten zeitlichen und personellen Ressourcen nicht leicht zu verwirklichen. Es kann geprüft werden, ob Erhebungen in Zusammenarbeit mit einer Forschungseinrichtung erfolgen können oder hausintern durchführbar sind.

Falldokumentationen

Es sollte geprüft werden, welche Daten innerhalb einer Einrichtung genutzt werden können, um Aussagen zum Bedarf treffen zu können. Sind Statistiken oder Daten vorhanden, die Aussagen über die Anzahl bislang dokumentierter Fälle möglich machen?

5.1.5 Ressourcen ermitteln

Ein Interventionsprojekt bedarf personeller, materieller und finanzieller Ressourcen. Für den Aufbau eines Interventionsprojekts sollten krankenhauserne sowie kommunale Ressourcen und Unterstützungsangebote geprüft werden, da die Vorgehensweise eines Projekts und die zu entwickelnde Interventionsstrategie entscheidend von den verfügbaren in- und externen Mitteln und Möglichkeiten abhängt.

Im Zuge der Ressourcenermittlung sollten vor Festlegung der Interventionsstrategie folgende Fragen geklärt werden:

- Welche Angebote bestehen bereits in der Klinik? Gibt es Abteilungen/Versorgungsbereiche, in denen bereits Handlungsstrategien entwickelt wurden, oder Mitarbeiter/innen einzelner Stationen, die sich mit der Gewaltproblematik bereits auseinandersetzen wie z.B. im Zusammenhang mit sexueller Gewalt oder Essstörungen?
- Gibt es Beratungsstellen/Zufluchtseinrichtungen, die an einer Zusammenarbeit interessiert sind und Fortbildungen anbieten können?
- Welche Kapazitäten der Mitarbeiterinnen von Frauenhäusern, Zufluchtseinrichtungen, Beratungsstellen können einbezogen werden? Gibt es eine Hotline zu häuslicher Gewalt?
- Gibt es andere Einrichtungen oder Gruppen in der medizinischen Versorgung, die zu dem Thema arbeiten?
- Gibt es psychologische/psychiatrische Einrichtungen und Suchtberatungsstellen innerhalb des Krankenhauses oder in der Kommune, die sensibel für die Problematik sind und mit Opfern häuslicher Gewalt und ihren Kindern arbeiten?
- Gibt es staatliche oder kommunale Einrichtungen, die technische und/oder inhaltliche Unterstützung anbieten können?

- Gibt es eine wissenschaftliche Einrichtung, die die Entwicklung unterstützen und begleiten kann?
- Welche finanziellen Ressourcen (Spenden, Sponsoring etc.) stehen zur Verfügung?

Klinikintern wird auszuhandeln sein, welche personellen, finanziellen und materiellen Ressourcen zur Verfügung gestellt werden können. So ist zu prüfen, ob eine Koordinationsstelle eingerichtet werden kann. Für das S.I.G.N.A.L.-Projekt konnten finanzielle Mittel über Sponsorengelder eingeholt werden, so dass Materialien erstellt, die Teamerinnen für die Durchführung der Basisschulungen und eine Koordinatorin stundenweise finanziert werden konnten.

Zusammenarbeit mit der Rechtsmedizin

Als weitere Ressource bei der Entwicklung des Projekts erwies sich die Zusammenarbeit mit der Rechtsmedizin. Mitarbeiterinnen der Steuerungsgruppe hatten zu Beginn des Projekts Kontakt mit Rechtsmedizinern/innen aufgenommen, da die Untersuchung verletzter Gewaltopfer zu ihrem originären Tätigkeitsbereich gehört. Für S.I.G.N.A.L. war die Zusammenarbeit mit dem rechtsmedizinischen Institut der Freien Universität in verschiedener Hinsicht äußerst wertvoll und notwendig:

- Bei der Erstellung eines gerichtsverwertbaren Dokumentationsbogens, der innerhalb des Projekts in Zusammenarbeit mit der Rechtsmedizin entwickelt wurde.
- Im Rahmen der Fortbildungen bestand die Bereitschaft zur Mitarbeit. Bestandteil des Fortbildungskonzepts für ärztliche Mitarbeiter/innen ist ein Modul zum Erkennen gewaltbedingter Verletzungen sowie zu rechtsmedizinischen Aspekten, das von der Rechtsmedizin durchgeführt wurde.
- Es gibt konkrete Unterstützungsangebote für eine fachgerechte und gerichtsverwertbare Dokumentation innerhalb der ambulanten und stationären Versorgung für gewaltbetroffene Patientinnen. Dieses Angebot geht über das übliche Hinzuziehen von Fachkräften der Rechtsmedizin hinaus, wenn eine Frau bspw. eine Anzeige wegen einer Vergewaltigung erstatten will und rechtsmedizinische Gutachten als Bestandteil von Ermittlungs- oder Strafverfahren erstellt werden müssen.

Rechtsmediziner/innen können darüber hinaus für Interventionsprojekte eine wichtige Bedeutung als Kooperationspartner einnehmen. So bieten in jüngster Zeit rechtsmedizinische Dienste verstärkt Hilfe für Opfer von Gewalttaten und ermöglichen damit fachkompetente Untersuchungen und Spurensicherung. In verschiedenen Städten werden gerichtsverwertbare Dokumentationen und Beratungen für Opfer von häuslicher und sexueller Gewalt angeboten so z.B. in Hamburg bei der „Rechtsmedizinischen Untersuchungsstelle für Opfer von Gewalt“¹ oder dem rechtsmedizinischen Projekt „SAFEMED-RLP“, das in Rheinland-Pfalz in enger Kooperation mit dem „Interventionsprojekt gegen Gewalt in engen sozialen Beziehungen“ (RIGG)² steht.

5.1.6 Kooperation mit dem Anti-Gewalt-Bereich

Die Kooperation mit dem bestehenden regionalen Hilfenetzwerk für gewaltbetroffene Frauen ist eine bedeutende Ressource für die Projektentwicklung. Das inhaltliche Wissen zu Ausmaß, Folgen von Gewalt gegen Frauen und Interventionsmöglichkeiten sowie das praktische Wissen um interdisziplinäre Zusammenarbeit mit verschiedenen Institutionen beruht auf langjährigen Erfahrungen. Aus diesem Grund können Mitarbeiterinnen aus dem Anti-Gewalt-Bereich wichtige Unterstützung für den Aufbau von Interventionsprogrammen in Krankenhäusern geben. Ihr Beitrag hinsichtlich der Überzeugungsarbeit innerhalb eines Krankenhauses, des inhaltlich-fachlichen Wissens zur Gewaltthematik, der Fortbildungskonzeption und Durchführung sowie der Gewährleistung einer Schnittstellenversorgung kann wesentlich sein.

¹ Initiative gegen Aggressivität und Gewalt e.V. (HIGAG) angesiedelt am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE)

² <http://www.safemed-rlp.de>, <http://www.RIGG-RLP.de>

Die Zusammenarbeit mit Mitarbeiterinnen aus dem Anti-Gewalt-Bereich war für den Aufbau des S.I.G.N.A.L.-Interventionsprojekts zentral:

- Die klinikinternen Mitarbeiterinnen der Projektsteuerungsgruppe betrachteten sich nicht als Expertinnen in der Thematik häusliche Gewalt und fühlten sich bei der Projektumsetzung durch das Fachwissen der Mitarbeiterinnen des Anti-Gewalt-Bereichs unterstützt.
- Die klinikinterne Überzeugungsarbeit zu den Anforderungen an eine bedarfsgerechte Versorgung für gewaltbetroffene Frauen wurde von den externen Mitarbeiterinnen geführt, die über konkrete Erfahrungen mit gewaltbetroffenen Frauen verfügten.
- In der Vorbereitungsphase übernahm eine klinikexterne Mitarbeiterin der Projektgruppe die Entwicklung eines Fortbildungskonzepts und die Durchführung von Schulungen für das Personal.
- Ein Überblick zu dem regionalen Hilfsangebot für gewaltbetroffene Frauen wurde von den externen Mitarbeiterinnen zusammengestellt. Für Mitarbeiter/innen der Ersten Hilfe-Station wurden konkrete Angebote der Zusammenarbeit mit Beratungs- und Zufluchtseinrichtungen für gewaltbetroffenen Frauen formuliert.

Mitarbeiter/innen eines Krankenhauses fühlen sich schnell überfordert, dem Beratungsbedarf von Patientinnen entsprechen zu können. Es bedarf der Kooperation und Weiterleitung der Patientin an entsprechende Einrichtungen, um weitergehende Beratungen sicherzustellen. Zu beachten ist aber auch, dass angesichts finanzieller Kürzungen das Unterstützungsangebot aus dem Anti-Gewalt-Bereich wegen mangelnder Kapazitäten begrenzt ist.

5.1.7 Interne Öffentlichkeitsarbeit

Die Aufmerksamkeit für die gesundheitlichen Auswirkungen häuslicher Gewalt sowie für die Möglichkeiten der Intervention und Prävention ist im medizinischen Bereich bislang wenig verankert. Umso mehr bedarf es daher einer umfassenden Überzeugungs- und Motivationsarbeit, um den ärztlichen und pflegerischen Beschäftigten die Bedeutung einer adäquaten Versorgung für gewaltbetroffene Frauen zu vermitteln.

Die interne Öffentlichkeitsarbeit gehörte zu einem wesentlichen Aufgabengebiet, um innerhalb des Klinikums das S.I.G.N.A.L.-Projekt bekannt zu machen, Interesse zu wecken und Akzeptanz für das Projekt zu erzielen sowie für die Teilnahme an Fortbildungen zu werben.

Zur Aufklärung über Gewalt als bedeutendem Gesundheitsrisiko für Frauen und über die Zielsetzung von Interventionsprogrammen erweisen sich vor allem folgende Aspekte als relevant:

- Informationen zum Ausmaß von Gewalt, wenn möglich unter Berücksichtigung nationaler oder lokaler Zahlen wie Belegung der Frauenhäuser oder Polizeistatistiken
- Erkenntnisse zu den gesundheitlichen Folgen
- Erkenntnisse zur Akut- und Lebenszeitprävalenz häuslicher Gewalt in medizinischen Einrichtungen.
- Gefahren und Folgen fehlender Beachtung von Gewalt als mögliche Ursache von Verletzungen und Beschwerden (Über-, Unter-, Fehlversorgung)
- gesellschaftliche und medizinische Folgekosten aufgrund fehlender Intervention.

Im Rahmen des S.I.G.N.A.L.-Projekts wurden umfassende internationale Informationen recherchiert und in diesem Handbuch zusammengestellt, auf die bei der Lobbyarbeit zurückgegriffen werden kann.

5.2 Interventionsprogramm entwickeln

5.2.1 Interventionskonzept und -strategie entwickeln

Es sind die konkreten Bedingungen eines Krankenhauses und die zur Verfügung stehenden regionalen Ressourcen zu berücksichtigen, damit eine angemessene und tragfähige Interventionsstrategie innerhalb einer Einrichtung entwickelt werden kann.

Die Entscheidung, in welcher Abteilung mit dem Interventionsprogramm begonnen wird, hängt von der Relevanz des Problems in der Abteilung, der Motivation der Mitarbeiter/innen sowie von den zur Verfügung stehenden Ressourcen ab.

Für die Wahl einer geeigneten Interventionsstrategie spielen folgende Faktoren eine Rolle:

- die Art des Krankenhaus: Handelt es sich z.B. um ein städtisches oder universitäres Krankenhaus, eine Notfall- oder stationäre Versorgung, eine allgemeine oder spezialisierte Versorgung? Wie soll das Projekt in der Klinik verbreitet werden? Gibt es Klinikschwerpunkte, an denen angeknüpft werden kann?
- die personelle Situation: Welche Berufsgruppen (Pflegerkräfte, Ärzte/innen, medizinisches Assistenzpersonal, Sozialarbeiter/innen, Seelsorge, Frauenbeauftragte) können wie einbezogen werden? Wo gibt es Kapazitäten für umfassendere Mitarbeit oder für mehr Beratungstätigkeit?
- das Anamneseverfahren: Welche Vorgehensweise ist geeignet, um Patientinnen nach Gewalterfahrungen zu fragen? Zu welchem Zeitpunkt ist ein sicheres Befragen (ohne Begleitperson) möglich?
- die räumliche Situation: Wie ist die Sicherheit von Patientinnen zu gewährleisten?
- die Kooperationsmöglichkeiten: Welche Art der Zusammenarbeit ist mit dem Anti-Gewalt-Bereich möglich? Können gemeinsame Kampagnen entwickelt werden? Welche Kapazitäten gibt es für Beratungsarbeit?

Ort der Intervention

Internationale Modelle zeigen, dass Interventionsprojekte vorrangig in bestimmten Bereichen wie Notfall-/Erste Hilfe-Ambulanzen, Geburtshilfe/Gynäkologie und Psychiatrie etabliert wurden. Das breite Spektrum von Verletzungen und Beschwerden, die im Kontext von Gewalterfahrungen stehen können, unterstreicht die Notwendigkeit, Interventionsprojekte multidisziplinär auszurichten und innerhalb eines Krankenhauses möglichst viele Abteilungen einzubeziehen. Mit dem S.I.G.N.A.L.-Interventionsprogramm wurde in Anlehnung an das „RADAR“-Projekt zunächst in der Ersten Hilfe/Notaufnahme begonnen. Eine Ausweitung auf andere Stationen sollte erst erfolgen, nachdem das Programm erfolgreich in einem Bereich verankert wurde (vgl. Teil A: Kap. 2).

Standards für die Intervention erstellen

Zu den internationalen Standards von Interventionsprojekten gehören die erläuterten Basisschritte einer Intervention (vgl. Teil A: Kap. 2.6). Um eine angemessene Versorgung zu sichern, sollten ärztliche und pflegerische Mitarbeiter/innen in der Lage sein:

- gewaltbedingte Verletzungen und Beschwerden zu erkennen
- nach Gewalt zu fragen
- Verletzungen und Beschwerden zu dokumentieren
- Gefährdungssituation zu klären
- an weitergehende Beratungs- und Unterstützungseinrichtungen zu vermitteln.

Unabhängig von der konkreten Ausgestaltung eines Interventionsprojekts, sollte diese Zielsetzung nicht zur Disposition gestellt werden (Warshaw 1998).

Erfragen von Gewalterfahrung

Für ein Interventionsprojekt ist zu klären, wie eine Befragung von Patientinnen nach Gewalt eingeführt werden kann.

- Wird ein routinemäßiges Fragen aller Patientinnen nach Gewalt als kurz-, mittel- oder langfristiges Ziel angestrebt?
- Wer soll diese Frage stellen?
- Übernehmen diese Aufgabe Ärzte/innen im Rahmen der Anamnese oder Pflegekräfte z.B. bei der Aufnahme in der Notfallambulanz oder bei der stationären Versorgung von Patientinnen?
- Welche weiteren Mitarbeiter/innen werden einbezogen?

Im Zusammenhang mit dem S.I.G.N.A.L.-Projekt hat sich gezeigt, dass das Ziel einer generellen Befragung der Patientinnen nach Gewalterfahrung (Routinescreening) in der Ersten Hilfe-Abteilung nur als mittel- bis langfristiges Ziel zu betrachten ist. Als realisierbarer Schritt galt die Sensibilisierung des Personals für Anzeichen von Gewalt (vgl. Kap. 4) und die Intervention im Verdachtsfall.

Im Zusammenhang mit dem Erfragen von Gewalterfahrung, sollten folgende Aspekte beachtet werden:

- Eine geschützte Atmosphäre ist Voraussetzung für ein Gespräch über erlittene Gewalt. Das bedeutet, dass die Patientin ohne die Anwesenheit der Begleitperson und in einem geschlossenen Raum zu einem möglichen Gewaltkontext befragt wird. Innerhalb des S.I.G.N.A.L.-Projekts zeigte sich, dass die Röntgenabteilung eine wichtige Rolle einnahm: Getrennt von der begleitenden Person, betrachteten sich Patientinnen in diesem Raum offensichtlich geschützt und vertrauten sich oftmals den medizinischen Assistentinnen an, wenn sie auf einen vermuteten Gewalthintergrund angesprochen wurden.
- Es gibt Erste Hilfe-Einrichtungen oder Krankenhäuser mit Hinweisen und Zeichen, dass bestimmte Bereiche ausschließlich von den Patienten/innen, nicht aber von der Begleitperson betreten werden dürfen. Mit dieser eindeutigen Regelung wird Raum geschaffen, um ggf. Patientinnen alleine anzusprechen. Ggf. sind bisherige Verfahren zu verändern, um als Standard einzuführen, dass ein Patientengespräch generell ohne Angehörige erfolgt. Ein solcher Standard wirkt in der Regel erleichternd.
- Es sollte Regelungen geben, in welchen Abteilungen und von wem die Frage nach Gewalt gestellt wird. Überlastete Mitarbeiter/innen, auch wenn sie motiviert und interessiert sind, neigen dazu, die Verantwortung für die Befragung an eine andere Disziplin oder Person zu delegieren.
- Patientinnen sollten mehrmals nach Gewalt gefragt werden, einige entscheiden sich erst zu einem späteren Zeitpunkt oder bei einer anderen Person, über erlittene Gewalt zu sprechen. Bei wiederholtem Aufsuchen der Einrichtung durch eine Patientin sollte regelmäßig auf Hinweise geachtet und die Frage nach Gewalterfahrung erneut gestellt werden.

Beratungsangebot sicherstellen

Eine Erstberatung der von Gewalt betroffenen Frauen erfolgt zunächst durch das pflegerische und/oder ärztliche Personal. Dabei ist darauf zu achten, dass die Intervention nicht an einzelne Personen delegiert wird, sondern insgesamt ausreichend qualifiziertes Personal zur Verfügung steht. Für die Beratungsperson ist es wichtig, Rahmen und Reichweite der Beratung zu definieren, da im Kontext der medizinischen Ersten Hilfe-Behandlung keine umfassenden psychologischen oder sozialarbeiterischen Beratungen erfolgen können.

Die Erfahrung des S.I.G.N.A.L.-Projekts zeigte, dass sich ein Stamm der Beschäftigten herauskristallisiert, die besondere Kompetenzen für die Beratung entwickeln und damit eine adäquate Versorgung der Patientinnen gewährleisten konnten.

Darüber hinaus nahm die Projektkoordinatorin eine beratende Rolle ein. Sie wurde von dem ärztlichen und pflegerischen Personal oft hinzugezogen, wenn sich bei einer stationären Aufnahme der Verdacht bestätigte, dass eine Patientin von häuslicher Gewalt betroffen war. Die Koordinatorin führte Beratungsgespräche mit den Patientinnen, übergab Informationsmaterialien und erläuterte Unterstützungsangebote. Von den Angestellten wurde diese Möglichkeit als Entlastung und Hilfe betrachtet. Pflegende und Ärzte/innen wünschten, einen 24-stündigen Beratungsdienst innerhalb des Klinikums für gewaltbetroffene Frauen anbieten zu können bzw. eine ständige Ansprechperson für Sofort-Beratungen verfügbar zu haben. Stärker noch als von Pflegekräften wurde dieser Bedarf von Ärzten/innen formuliert. Ein derartiges Angebot war aufgrund mangelnder Ressourcen nicht möglich.

Externe Unterstützung bestand durch eine Zusammenarbeit mit der Berliner Initiative gegen häusliche Gewalt (BIG). Eine tags und abends besetzte telefonische Hotline sowie das mobile Team der BIG-Hotline ermöglichten, dass eine Mitarbeiterin aus dem Anti-Gewalt-Bereich bei Bedarf ins Klinikum kam, um Patientinnen vor Ort wichtige Informationen zu vermitteln.

5.2.2 Netzwerke und Kooperationen aufbauen

Es bedarf einer differenzierten Angebotsstruktur, um im Einzelfall adäquat der Situation von gewaltbetroffenen Frauen gerecht zu werden. Innerhalb eines Interventionsprojekts sollte daher eine enge Zusammenarbeit mit unterschiedlichen Beratungs-, Zufluchts- und Therapieeinrichtungen aufgebaut werden. Durch eine gute Kooperation ist am ehesten garantiert, dass Schnittstellenprobleme gelöst werden.

Kooperation mit Einrichtungen der Anti-Gewalt-Arbeit

In den vergangenen Jahrzehnten ist eine Infrastruktur zur Unterstützung und Beratung gewaltbetroffener Frauen etabliert worden. Dennoch ist diese Struktur vielen Frauen nicht bekannt oder es bestehen Hürden für eine direkte Inanspruchnahme. Eine engere Zusammenarbeit mit dem Anti-Gewalt-Bereich stellt für gewaltbetroffene Frauen ergänzende Unterstützungsleistungen sicher. Im Fall der akuten Bedrohung sollten Klinikmitarbeiter/innen wissen, wie eine geschützte Unterbringung in Frauenhäusern bzw. in Zufluchtseinrichtungen erreicht wird. Darüber hinaus vermitteln Beratungsstellen wichtige Hilfe in rechtlichen, sozialen, finanziellen Fragen, die es Frauen ermöglichen, Perspektiven zu entwickeln und Entscheidungen zu treffen. Im Fall einer Trennung sind sachliche und fachliche Informationen notwendig wie z.B. Kenntnisse der gesetzlichen Grundlagen im Rahmen des Gewaltschutzgesetzes.

Kooperation mit Therapieangeboten bei spezifischen Problemlagen

Ein spezialisiertes therapeutisches Angebot, das gewaltbetroffenen Frauen über medizinische Hilfeleistungen hinaus zur Verfügung steht, sollte im Rahmen eines Interventionsprojekts bekannt sein und ggf. initiiert und gefördert werden. Suchtprobleme und psychische Störungen können sich in gewalttätigen Beziehungen verschärfen oder werden durch die Gewalterfahrung ausgelöst und erfordern spezifische, frauengerechte Therapieangebote unter Einbeziehung des Gewaltkontextes (Verbundprojekt 2001).

Psychiatrische Versorgungseinrichtungen gelten im allgemeinen nicht als geeignete Adresse, um gewaltbetroffenen Frauen adäquate Hilfe zu vermitteln (Warshaw 1998; Hagemann-White/Bohne 2003). Sollte dennoch eine schwere psychische Störung bei der Patientin diagnostiziert werden, die ggf. eine stationäre Behandlung erfordert, sollte die Unterbringung möglichst in einer Einrichtung erfolgen, die sich auf die Behandlung von gewaltbetroffenen psychiatrischen Patientinnen spezialisiert hat. Eine feste Kooperation mit einer solchen Einrichtung kann sich als hilfreich erweisen.

Fürsorge für Kinder beachten

Häusliche Gewalt betrifft auch immer Kinder (Kavemann 2002). Kinder leiden unter direkter Gewalt und/oder den psychischen Folgen, entsprechend sind die körperlichen und psychischen Auswirkungen zu klären. Eine engere Zusammenarbeit mit dem sozialen Hilfesystem und Einrichtungen wie Kinderschutzzentren kann erforderlich sein. Klinikintern wäre eine stärkere Kooperation mit der pädiatrischen Abteilung eines Krankenhauses vonnöten.

Spezifische Angebote für Patientinnen schaffen – Sprachbarrieren überwinden

Es sollte ein Netzwerk bestehen, um qualifizierte Dolmetscher/innen im Fall von Sprachbarrieren einsetzen zu können. Bei sensiblen Themenbereichen ist es erforderlich, dass qualifizierte Personen zu Übersetzungen hinzugezogen werden. In einigen Städten sind neue Dolmetscherdienste entstanden, mit denen Kontakt aufgenommen werden sollte, um eine Zusammenarbeit zu vereinbaren.³

Eine engere Kooperation sollte mit Beratungsstellen aufgebaut werden, um für einzelne Zielgruppen wie Migrantinnen, Frauen mit Behinderungen und für Frauen, die von Frauenhandel betroffen sind,

eine adäquate Versorgung sicherzustellen und ein spezifisches Unterstützungsangebot vermitteln zu können.

5.2.3 Qualitätsstandards und Handlungsleitlinien verschriftlichen

Bei der Entwicklung eines Interventionsprogramms empfiehlt es sich, in Form von Leitfäden und Handlungsleitlinien schriftlich festzulegen, wie ein Projekt innerhalb einer Klinik konkret arbeiten und vorgehen sollte. Es ist zu prüfen, wie weit sich ein Interventionsprojekt gegen Gewalt in die Leitkultur des jeweiligen Krankenhauses integrieren lässt. Es sollten Qualitätsstandards der Intervention für die jeweilige Einrichtung entwickelt und schriftlich fixiert werden.

Unabhängig von der spezifischen Ausgestaltung eines Projekts sollten Handlungsleitlinien folgende Themen beinhalten:

- Definitionen von Gewalt (verschiedene Formen von Gewalt) und der Zielgruppe, an die sich das Programm richtet (Erwachsene, Jugendliche, Ältere, Lesben/Schwule etc.).
- Vorgehensweise zur Befragung nach Gewalt. Hinweise, wie nach Gewalt gefragt wird, worauf zu achten ist, welche Sicherheitsaspekte berücksichtigt werden sollten, wer für die Befragung zuständig ist (Beispiele für konkretes Fragen).
- Handlungsablauf zur Interventionen (Abklärung der Gefährdungssituation, Dokumentation der Verletzungen, Hinweise auf weitere Unterstützungsangebote).
- Anforderungen an die Dokumentation (Hinweise, was bei einer gerichtsverwertbaren Dokumentation zu beachten ist).
- Adäquate weitere Versorgung und Weitervermittlung (Weiterbehandlung durch klinikinternes Personal, Informationen zu Beratungsstellen und Zufluchtseinrichtungen).
- Hinweise zur rechtlichen Situation (berufsrechtliche Aspekte).
- Pläne und Regelungen zu Fortbildungen.

(Warshaw 1998)

Handlungsleitlinien oder -leitfäden sollten nicht als feste Einheiten gesehen werden, sondern als „Arbeitsdokumente“. Sie sollten regelmäßig aktualisiert werden und neue Erkenntnisse zum Thema häusliche Gewalt, Gesetzesänderungen, neue Maßnahmen und Regelungen berücksichtigen. Handlungsleitlinien des Interventionsprogramms sollten für alle Mitarbeiter/-innen verfügbar sein und übersichtlich präsentiert werden. Damit eine Übernahme in der Praxis sichergestellt ist und neue Mitarbeiter/-innen eingewiesen werden, sollten sie in den offiziellen Katalog von Vorgehensweisen aufgenommen werden.

Mit der Einführung des S.I.G.N.A.L.-Programms wurde in der chirurgischen und internistischen Notaufnahme/Ersten Hilfe des UKBF für alle Mitarbeiter/-innen ein sichtbarer Ordner aufgestellt, der das S.I.G.N.A.L.-Konzept sowie wichtige Informationen über Frauenhäuser, Beratungsstellen, Kinderschutzeinrichtungen, Listen von Ansprechpersonen bei der Polizei zu häuslicher bzw. sexueller Gewalt und Informationen zum Gewaltschutzgesetz enthielt. Der Ordner wurde laufend ergänzt und aktualisiert. Im Bedarfsfall waren die wichtigen Informationen für alle Mitarbeiter/-innen der Station schnell verfügbar. Im Laufe des Projekts wurden ähnliche Ordner auf weiteren Stationen – wie z.B. der Gynäkologie – erstellt.

.....

³ Gemeindedolmetschdienst Berlin: www.gemeindedolmetschdienst-berlin.de/htm/infose.htm;

SpUK – Sprache und Kultur, Qualifizierung von Sprach- und Kulturmittlerinnen: <http://spuk.info>

5.3 Interventionsprogramm umsetzen

5.3.1 Fortbildungen durchführen

Fortbildungen bilden die Basis bei der Umsetzung eines Interventionsprojekts und bei der Vermittlung der Inhalte von Interventionsprogrammen. Vor Beginn des Projekts sind deshalb die Mitarbeiter/innen durch Fortbildungen auf die Interventionstätigkeit vorzubereiten, damit sie sich kompetent fühlen, mit Patientinnen über Misshandlungen zu sprechen und unterstützende Schritte zu unternehmen. Ziel der Fortbildungen ist es, eine Sensibilisierung des Personals für die Gewaltproblematik zu erreichen und für die mit der Intervention verbundenen Aufgaben zu qualifizieren. Zu klären ist:

- welcher Fortbildungsbedarf besteht
- wer an den Fortbildungen teilnehmen soll
- wie Teilnehmende zu erreichen sind
- welche Inhalte vermittelt werden sollten
- in welchem zeitlichen Umfang Fortbildungen durchgeführt werden
- welche methodische Form geeignet ist
- von wem Fortbildungen durchgeführt werden sollten.

Art und Umfang von Fortbildungen werden von den jeweiligen Bedingungen eines Krankenhauses abhängig sein und davon, welche Entscheidungen hinsichtlich von Verpflichtung, Freistellung oder Anreizen für eine Teilnahme getroffen werden. Die Durchführung von Fortbildungen verlangt Flexibilität. Es sollten klinikinterne Strukturen berücksichtigt und bedacht werden, dass Fortbildungen in Etappen angeboten werden. Auch wenn zunächst möglicherweise nur kurze Informationen gegeben werden können, ist davon auszugehen, dass auch bei wenig Zeit Interesse für die Thematik geweckt werden kann.

Erfahrungen mit dem S.I.G.N.A.L.-Projekt zeigen, dass innerhalb eines Interventionsprojekts Fortbildungen kein einmaliges Angebot sein können, sondern ein langfristiges Konzept zu entwickeln ist.

Zielgruppe der Fortbildungen

Fortbildungen sollten für alle Beschäftigte einer Gesundheitseinrichtung angeboten werden, die im Kontakt mit Patientinnen stehen. Dies sind in der Regel nicht nur Ärzte/innen und Pflegekräfte, sondern ebenso der Pförtnerdienst, Mitarbeiter/innen der Aufnahme, Krankentransport- und Patientenbegleitdienst, Sozialarbeiter/innen und die Seelsorge. Angesichts der unterschiedlichen Rollen, Aufgaben und Versorgungsschwerpunkte sind für die verschiedenen Berufsgruppen unterschiedliche und gestaffelte Fortbildungen anzubieten.

Fortbildungen sollten über Basisinformationen hinaus auf den Behandlungsrahmen und die spezifischen Erfordernisse der einzelnen medizinischen Abteilungen wie der Ersten Hilfe, der chirurgischen, internistischen, gynäkologischen und psychiatrischen Abteilungen zugeschnitten sein.

Es sollte sichergestellt werden, dass alle Mitarbeiter/innen des Krankenhauses Basisinformationen über das Interventionsangebot erhalten. Behandelnde und Pflegenden, die in einem intensiven Kontakt zu Patientinnen stehen, benötigen dabei andere Fortbildungen als bspw. Multiplikator/innen und Mitarbeiter/innen eines Projektssteuerungsteams.

Inhalte von Fortbildungen

Die Fortbildungen zielen auf eine grundlegende Sensibilisierung des Personals für die Problematik häuslicher Gewalt. Es sollte Wissen über Ausmaß und Formen von Gewalt sowie Erkenntnisse zu den gesundheitlichen und psychosozialen Folgen für die Betroffenen vermittelt werden. Die Perspektive gewaltbetroffener Frauen sollte im Mittelpunkt stehen und Verständnis für die Situation der Betroffenen hergestellt werden. Teilnehmer/innen müssen die Möglichkeit erhalten, die eigene Haltung gegenüber Gewalt zu reflektieren, damit Mythen und Vorurteile abgebaut werden können, die einer angemessenen Behandlung vielfach im Wege stehen. Dies umfasst:

- Kenntnisse zu Ursachen, Ausmaß und Formen häuslicher Gewalt
- Dynamik von Gewalt, Täterverhalten
- Mythen, Vorurteile, eigene Haltung zur Thematik
- Gesundheitliche Auswirkungen von Gewalt auf Opfer und ihre Kinder
- Erkennen von Anzeichen häuslicher Gewalt.

Neben der Sensibilisierung bilden Fortbildungen eine zentrale Grundlage zur Entwicklung von Handlungskompetenzen, um Sicherheit bei der Anwendung der einzelnen Interventionsschritte zu erhalten. Dies beinhaltet:

- Gewaltanamnese, Intervention, Unterstützung, Dokumentation.
- Kommunikative Kompetenzen: Gesprächsführung mit von häuslicher Gewalt betroffenen Patientinnen.
- Rechtliche Aspekte
- Sicherheitsaspekte
- Interkulturelle Kompetenz
- Kenntnisse des lokalen Versorgungsangebots und der Beratungsstellen und Zufluchtseinrichtungen des Anti-Gewalt-Bereichs
- Interventionsmöglichkeiten und -grenzen.

In Fortbildungen soll über die Dynamik von Misshandlungsbeziehungen aufgeklärt werden, um Verständnis für die Situation gewaltbetroffener Frauen zu vermitteln. Pflegende und Behandelnde können so erkennen, welchen Stellenwert Parteilichkeit, Respekt und die Stärkung der Handlungsfähigkeit der Patientin bedeuten. Dies beinhaltet ebenfalls, dass eigene Vorstellungen über den „Erfolg“ einer Intervention reflektiert werden müssen. Eine Intervention kann z.B. nicht darin bestehen, Lösungen vorzuschreiben; vielmehr ist der Zugang zu Ressourcen zu vermitteln, weiter Unterstützung anzubieten, und das Selbstvertrauen zu stärken, damit eigene Entscheidungen getroffen werden können.

Eine Auseinandersetzung mit den Barrieren bzw. Bedenken der Behandelnden und Pflegenden gegenüber einer Interventionen im Rahmen der Gesundheitsversorgung muss berücksichtigt werden, damit die eigenen Möglichkeiten bei Anwendung und Umsetzung des Fortbildungsstoffes realistisch eingeschätzt werden können.

Methodisches Vorgehen

Idealerweise sollte bei der Durchführung von Fortbildungen ein zielgruppen- und problemorientiertes Vorgehen gewählt werden, Interventionsabläufe mit Rollenspielen erprobt und Gesprächsführung im Umgang mit gewaltbetroffenen Patientinnen eingeübt werden. Konkrete Schilderungen anhand von Fallbeispielen sind geeignet, um unter Beschäftigten eines Krankenhauses ein Verständnis für die Situation gewaltbetroffener Patientinnen zu erreichen und die Bedeutung einer Intervention zu vermitteln. Durch das S.I.G.N.A.L.-Projekt wurde deutlich, dass ein Fortbildungskonzept, das die Teilnehmenden auch auf einer emotionalen Ebene anspricht, eine stärkere Identifikation mit dem Interventionsprojekt und eine größere Bereitschaft zur Umsetzung und Einbindung in das Projekt erzielt, als dies durch passive Wissensvermittlungen innerhalb kurzer Institutsfortbildungen möglich war.

Fortbildungsteam

Fortbildungen im Gesundheitsbereich sollten möglichst von multidisziplinären Teams durchgeführt werden, die über Kenntnisse aus dem Anti-Gewalt-Bereich und dem Gesundheitswesen verfügen. Ein Vorteil derartiger Teams liegt in der Chance, die verschiedenen Aufgabengebiete darstellen zu können und damit die Verantwortlichkeiten sowie Grenzen der unterschiedlich arbeitenden Bereiche deutlich werden zu lassen. Vor der Durchführung von Trainings empfiehlt es sich, Kontakt mit Mitarbeiterinnen des lokalen Anti-Gewalt-Bereichs aufzunehmen. Es gibt qualifizierte Fachkräfte, die über Erfahrungen mit Fortbildungen zum Themenbereich häusliche Gewalt verfügen. Im Zusammenhang mit Fortbildungen für Polizei und Justiz liegen Materialien zur allgemeinen Thematik häuslicher Gewalt vor. In Zusammenarbeit mit S.I.G.N.A.L. wurden erste Leitlinien erstellt, wie die Gewaltthematik innerhalb des Gesundheitsbereichs vermittelt werden kann (Bund-Länder-Arbeitsgruppe „Häusliche Gewalt“ 2002).

Für Spezialthemen sind weitere Fachpersonen hinzuzuziehen. Im Zusammenhang mit dem S.I.G.N.A.L.-Projekt wurden Fortbildungen von Rechtsmedizinerinnen zu berufsrechtlichen und rechtsmedizinischen Aspekten durchgeführt. In der gynäkologischen Station wurde für die Fortbildung zu sexualisierter Gewalt eine Mitarbeiterin eines Zentrums für vergewaltigte Frauen (LARA) einbezogen.

Organisation von Fortbildungen

Erfahrungen innerhalb des S.I.G.N.A.L.-Projekts wie auch im internationalen Bereich zeigen, dass bei der Durchführung von Fortbildungen folgende Aspekte zu beachten sind, um eine Qualifizierung des Personals im Rahmen von Interventionsprojekten zu erzielen:

- Um zu erreichen, dass alle pflegerischen und ärztlichen Mitarbeiter/innen an Fortbildungen teilnehmen, empfiehlt sich eine verpflichtende Teilnahme. Erfahrungen zeigen, dass selbst Mitarbeiter/innen, die ein großes Interesse für die Thematik zeigen, aufgrund hoher Arbeitsbelastungen nicht an zusätzlichen Fortbildungen teilnehmen.
- Angesichts der komplexen Thematik von häuslicher Gewalt und Interventionsprogrammen sollten vertiefende Fortbildungsangebote stattfinden. Es können allgemeine Informationen zum Projekt in einer weiteren Veranstaltung gegeben werden, eine spezifische Auseinandersetzung sollte jedoch innerhalb der einzelnen medizinischen Disziplinen stattfinden. Bedarf kann darüber hinaus für einige thematische Schwerpunkte wie Gesprächsführung, Anwendung des Dokumentationsbogens etc. bestehen.
- Fortbildungen sollten regelmäßig angeboten werden, um sicherzustellen, dass neue Mitarbeiter/innen eine entsprechende Einführung und Fortbildung zu den Erfordernissen eines Interventionsprojektes erhalten. Des Weiteren zeigt sich, dass die Gewaltproblematik wiederholt und unter verschiedenen Aspekten innerhalb eines Krankenhauses thematisiert werden muss. Aufgrund des vielfältigen Aufgabengebietes, der hohen inhaltlichen und zeitlichen Beanspruchung der Mitarbeiter/innen kann das Thema häusliche Gewalt in den Hintergrund geraten, insbesondere weil es mit Tabus und vielfältigen Barrieren belegt ist.
- Fortbildungen sollten in die klinikinternen Weiterbildungsstrukturen – soweit vorhanden – integriert werden, damit eine zeitaufwendige Organisation entfallen kann. Fortbildungen zu Interventionsprogrammen sollten zu einem festen Bestandteil werden, um eine qualitätsgerechte Versorgung für Patienten/innen sicherzustellen, die von Gewalt betroffen sind. Die Problematik kann auf andere Bereiche wie Gewalt in gleichgeschlechtlichen Beziehungen, gegen Kinder, ältere Menschen etc. erweitert werden.
- Fortbildungskonzepte sollten laufend aktualisiert und an den internationalen Wissensstand angepasst werden.

Innerhalb des S.I.G.N.A.L.-Projekts wurde deutlich, dass nicht alle Berufsgruppen mit einem einheitlichen Fortbildungskonzept erreicht werden konnten. An umfangreichen, zweitägigen Fortbildungen nahmen fast ausschließlich Pflegekräfte teil, denn für alle Pflegepersonen der Ersten Hilfe-Station, in der das Interventionsprojekt eingeführt wurde, war eine Teilnahme verpflichtend. Durch gewährte Freistellungen nahmen darüber hinaus Mitarbeiterinnen anderer Stationen und Abteilungen teil, wie z.B. medizinisch-technische Assistentinnen der Röntgenabteilung. Für das ärztliche Personal war aufgrund struktureller Bedingungen keine Teilnahme an den zweitägigen Fortbildungen möglich. Hieraus resultierte, dass für diese Berufsgruppe andere institutionelle Wege gesucht werden mussten. Als umsetzbar erwies sich ein modulares Fortbildungskonzept, das innerhalb bestehender Institutsfortbildungen der jeweiligen medizinischen Disziplin durchgeführt wurde. Angesichts des zeitlich sehr begrenzten Umfangs eines einzelnen Moduls von 30 bis 60 Minuten wurden zentrale Themen und Inhalte aufbauend in mehreren Einheiten präsentiert.

Finanzierung

Fortbildungen verursachen Kosten und bedürfen einer Finanzierung. Neben den Kosten für Materialien für die Mitarbeiter/innen, der Bezahlung der Teamer/innen von Fortbildungen entstanden im Rahmen des S.I.G.N.A.L.-Projekts Kosten für Ersatzkräfte, soweit Pflegekräfte für eine Teilnahme an der Fortbildung freigestellt wurden. Im internationalen Rahmen gibt es Modelle, bei denen ein externes Fortbildungsteam und/oder Fachkräfte aus dem Anti-Gewalt-Bereich für die Fortbildung durch die Klinik

beauftragt und finanziert werden. Ein anderes kostengünstiges Modell besteht darin, dass innerhalb einer Einrichtung Multiplikatorinnen geschult werden, die dann ihrerseits Schulungen für die Beschäftigten ihres Krankenhauses durchführen. Trainingseinheiten, die von einzelnen Verbänden erstellt und verbreitet werden, sind hierzulande erst in Ansätzen am Entstehen (z.B. Ärztekammer Niedersachsen, Verein S.I.G.N.A.L. e.V.).

5.3.2 Materialien erstellen – das Interventionsprojekt sichtbar machen

Schriftliche Informationen zum Interventionsprojekt geben sowohl den Beschäftigten eines Krankenhauses wie den Patientinnen wichtige Hinweise. Mit der Erstellung von Materialien werden wichtige Schritte unternommen, um ein Projekt zu konkretisieren. Sie nehmen bedeutende Funktionen ein, um ein Interventionsprojekt für alle Beteiligten bekannt zu machen und in Erinnerung zu halten (Warshaw 1998; Warshaw/Ganley 1998).

Innerhalb von Interventionsprojekten sollten folgende Materialien zur Verfügung stehen:

Materialien für Patientinnen:

- Informationen über das klinikinterne Unterstützungsangebot mittels Plakaten, Flyern und Buttons, die auf Hilfe für gewaltbetroffene Frauen hinweisen
- Telefonnummern und Adressen von kommunalen Beratungsstellen für Opfer häuslicher Gewalt bzw. Mitbetroffene wie Kinder oder auch Hinweise auf Hilfsprogramme für Täter
- Broschüren, die über häusliche Gewalt und Dynamik und sowie ihre gesundheitlichen Folgen aufklären und Opfer von Gewalt über Hilfe und ihre Rechte informieren (wie z.B. das Gewaltschutzgesetz)
- Checklisten, was im Fall einer Trennung zu beachten ist, Informationen, wie Schutz und Sicherheit beim Verlassen der Misshandlungsbeziehung zu gewährleisten sind.

Notfallkarten sollten die Rufnummern wichtiger Beratungs-, Zufluchts- und Unterstützungseinrichtungen für Gewaltbetroffene enthalten. Sie sollten kleinformatig sein, damit sie unauffällig aufbewahrt werden und vor der misshandelnden Person verborgen bleiben können. Materialien sollten an Stellen ausliegen, die für alle Patientinnen zugänglich sind, damit Informationen indirekt verteilt werden können. Materialien sollten für Migrantinnen in verschiedenen Sprachen vorliegen, mit Hinweisen über spezifische, muttersprachliche Beratungsstellen. Es ist zu beachten, dass die Rufnummern auf Notfallkarten regelmäßig auf ihre Aktualität überprüft werden.

Zur Umsetzung des Programms sind Materialien, die für die Mitarbeiter/innen eines Krankenhauses dienlich sind, wichtig.

Materialien für das Personal:

- Handlungsleitfäden, mit Hinweisen und Beschreibungen zu den einzelnen Interventions-schritten
- Checklisten für eine Intervention (Hinweise auf Anzeichen von Gewalt)
- Hinweisblätter zum Fragen nach Gewalt, zur fachgerechten Dokumentation
- Artikel, Broschüren mit vertiefenden Informationen zu häuslicher Gewalt
- Übersicht zu Einrichtungen, mit denen kooperiert wird, Telefonnummern der lokalen Anti-Gewalt-Projekte
- Ansprechpersonen des rechtsmedizinischen Instituts (rechtsmedizinische Gutachten)
- Adressen von qualifizierten Fachkräften für Traumatherapie
- Ansprechpersonen bei der Polizei für den Bereich häusliche und sexuelle Gewalt

- Übersicht zu Projekten, die über Erfahrungen mit der Gewaltproblematik für spezifische Zielgruppen verfügen wie Kinder, Jugendliche, ältere Menschen, Menschen mit Behinderungen, Migrantinnen, Lesben, Homosexuelle, Transsexuelle sowie Beratungsstellen für Täter
- Materialien wie Plakate und Buttons, die daran erinnern, häusliche Gewalt zu beachten.

Hilfreich zeigen sich bereits vorhandene Materialien, die innerhalb des Anti-Gewalt-Bereichs erstellt wurden und spezifische Aspekte häuslicher Gewalt behandeln (s. Materialienband BIG⁴).

Ein Interventionsprojekt sollte sich innerhalb eines Krankenhauses visuell gut präsentieren. An erster Stelle steht das Ziel, eine Umgebung zu schaffen, die gewaltbetroffenen Personen signalisiert, dass sie sich vertrauensvoll an das Personal wenden können und Hilfe und Unterstützung erhalten. Darüber hinaus werden ärztliche und pflegerische Beschäftigte über das Projekt informiert und daran erinnert, den Gewaltkontext bei der Behandlung von Verletzungen und Beschwerden zu berücksichtigen.

Innerhalb des S.I.G.N.A.L.-Projekts wurden Plakate und Flyer erstellt, die auf das Interventionsprojekt aufmerksam machen und Patientinnen ermutigen, sich im Bedarfsfall an Mitarbeiter/innen der Ersten Hilfe/Notaufnahme zu wenden. Im Laufe der Implementierung wurden weitere Materialien von pflegerischen Mitarbeiterinnen innerhalb der „Vor-Ort-Gruppe“ erstellt, wie Plakate für Behandlungsräume, die Hinweise auf die Verbreitung häuslicher Gewalt, auf gesundheitliche Folgen und Offenheit des Personals für die Gewaltthematik enthalten.

Wie Äußerungen von Mitarbeiterinnen zeigten, sind Frauen durch die S.I.G.N.A.L.-Plakate bestärkt worden, über Misshandlungen zu berichten. Bewährt hat sich zudem der Einsatz so genannter „Notfallkärtchen“ mit Telefonnummern von Beratungsstellen und Schutzunterkünften. Sie können im Warteraum und in der Damentoilette ausgelegt werden und wurden nach Erfahrungen des Personals häufig von Patientinnen mitgenommen.

5.3.3 Kommunikation unter den Beschäftigten fördern

Um eine klinikinterne Aufmerksamkeit und Akzeptanz unter den Beschäftigten zu erreichen, bedarf es eines intensiven Austausches innerhalb des Krankenhauses. Hierfür eignen sich die regelmäßigen Besprechungstreffen der ärztlichen und pflegerischen Mitarbeiter/innen sowie die hausinternen Mitteilungsmöglichkeiten wie z.B. Zeitungen, Aushänge, Vorträge und Ausstellungen.

Das S.I.G.N.A.L.-Projekt wurde in krankenhausesinternen Besprechungsgremien vorgestellt, in der klinikinternen Zeitung wurden Beiträge zu Erfahrungen mit Interventionsprojekten in anderen Ländern vorgestellt und Workshops zu einzelnen Interventionsaspekten angeboten. Eine Ausstellung zum Thema häusliche Gewalt innerhalb des Klinikums sprach nicht nur die Beschäftigten des Klinikums sondern auch Patienten/innen an.

Für die interne Auseinandersetzung mit dem Interventionsprogramm zeigten sich insbesondere die vielen persönlichen Gespräche als gewinnbringend, die mit verschiedensten Mitarbeiter/innen der Klinik geführt wurden. So konnten Institutsfortbildungen trotz Anordnung der Klinikleitung in einigen Fällen nur umgesetzt werden, nachdem einzelne Abteilungsleiter gezielt von der Projektkoordinatorin angesprochen und vom Fortbildungsbedarf überzeugt werden konnten.

Das S.I.G.N.A.L.-Projekt zeigt, dass ein bedeutender Beitrag bei der Umsetzung des Interventionsprogramms innerhalb eines Krankenhauses den informellen Gesprächen zukommt.

⁴ Zu beziehen über www.bmfsfj.de/Kategorien/Publikationen/Publikationen.html

5.4 Kontinuität sichern

5.4.1 Strukturelle Verankerung des Interventionsprojekts

Um ein Interventionsprojekt gegen häusliche Gewalt nachhaltig in die Strukturen eines Krankenhauses einzubinden, sollten folgende Aspekte berücksichtigt werden:

Einbindung in die Arbeitsroutinen

Das Programm sollte in die Beschreibungen von Handlungsabläufen zum Versorgungsstandard einer Einrichtung aufgenommen werden, damit ein Interventionsprogramm in die Routineabläufe eines Krankenhauses integriert wird.

Es sollten schriftliche Handlungsempfehlungen, Qualitätsstandards, Checklisten erstellt werden, die regelmäßig überprüft und aktualisiert werden. Im Rahmen des S.I.G.N.A.L.-Projekts hat sich bewährt, das Thema als festen Tagesordnungspunkt in die monatlichen Besprechungen des Pflegepersonals der Ersten Hilfe aufzunehmen.

Etablierung einer Projektverantwortlichen

Die Implementierung von Interventionsprogrammen ist ein langfristiges Unterfangen, für das Ausdauer und Engagement benötigt werden. Es bedarf einer festen, verantwortlichen Person, damit ein Interventionsprojekt Kontinuität erfährt und innerhalb einer Klinik auf weitere Stationen verbreitet werden kann. Angesichts der hohen Arbeitsbelastung und vielfältigen Aufgabengebiete droht ein Projekt zur Intervention gegen Gewalt andernfalls auch bei sensibilisierten Mitarbeiter/innen wieder in den Hintergrund zu treten.

Soll das Projekt auf andere Abteilungen ausgeweitet werden, müssen Mitarbeiter/innen v.a. in Leitungspositionen vom Fortbildungsbedarf überzeugt werden. Das S.I.G.N.A.L.-Projekt zeigt ebenfalls, dass eine Teilnahme des Personals an Fortbildungen allein nicht dazu führt, dass das Interventionsprojekt auf weiteren Stationen eines Krankenhauses umgesetzt wird. Benötigt wird eine projektverantwortliche Person, die entsprechende Schritte in die Wege leitet und die Projektentwicklung vorantreiben kann.

Kontinuität der Fortbildung

Einmalige Fortbildungen der Beschäftigten gewährleisten nicht, dass eine Intervention und Unterstützung langfristig durchgeführt wird. Vorliegende Erfahrungen aus dem S.I.G.N.A.L.-Projekt und dem Ausland zeigen:

- Fortbildungen für Ärzte/innen und Pflegekräfte erhöhen nur kurzfristig das Faktenwissen und die Sensibilität für die Problematik. Die Teilnehmer/innen fühlen sich im Anschluss an die Veranstaltung mehrheitlich sicherer und kompetenter in dem Erkennen von Gewalt sowie in der Weitervermittlung der Frauen an Zufluchts- und Beratungseinrichtungen. Befragungen, die sechs bis zwölf Monate nach einer Fortbildung unter den Teilnehmer/innen erfolgten, zeigten jedoch, dass das erworbene Wissen keine langfristige Handlungssicherheit gewährleistet. Es besteht die Notwendigkeit für dauerhafte Nachschulungen und eine kontinuierliche klinikinterne Auseinandersetzung mit der Problematik (Abbott/Johnson et al. 1995; Fanslow/Norton et al. 1998; Fanslow/Norton et al. 1999; Campbell/Coben et al. 2001).
- Fortbildungen sollten regelmäßig angeboten werden, nicht allein um sicherzustellen, dass neue Mitarbeiter/innen entsprechend qualifiziert werden, sondern auch damit das Interventionsprojekt eine dauerhafte Beachtung erfährt und nicht in der Vielfalt der Aufgaben im Krankenhaus untergeht. Damit Beschäftigte an weiteren Fortbildungen teilnehmen, bedarf es umfassender Werbung, um Interesse zu wecken und für eine Teilnahme zu motivieren.

Interne und externe Kommunikation zur Gewaltthematik – Öffentlichkeitsarbeit

Ein Projekt wie das S.I.G.N.A.L.-Interventionsprogramm in einer großen Klinik umzusetzen, bedarf der ständigen Motivation und Kommunikation des Themas. Es sollten alle Gelegenheiten genutzt werden,

um auf die Thematik geschlechtsbezogener Gewalt und Versorgungserfordernisse innerhalb von Versammlungen und Besprechungen hinzuweisen.

Zur Verankerung eines Projekts sollten Methoden und Instrumente dauerhafter Kommunikation etablieren werden. Ein Austausch zur Umsetzung und zum Stand des Interventionsprogramms gegen häusliche Gewalt sollte:

- in hausinternen Schriften
- über Aushänge sowie
- in regelmäßigen Diskussionen auf Mitarbeiterversammlungen und Personalbesprechungen stattfinden.

Es sollten hauseigene Internetseiten genutzt werden, um über das Interventionsprogramm zu informieren sowie um Erkenntnisse und Studienergebnisse für das ärztliche und pflegerische Personal sichtbar und zugänglich zu machen. Zu beachten ist jedoch, dass entsprechende Ressourcen für eine Aktualisierung und Weiterentwicklung der Homepage nötig sind.

Projekte sollten darüber hinaus eine breitere Öffentlichkeit zum Ziel haben, da hierzulande bislang wenig Erfahrungen und Erkenntnisse zur Gewaltproblematik innerhalb der Gesundheitsversorgung vorliegen. Von Projekten können wichtige Impulse für eine weitere Wahrnehmung der Problematik ausgehen, indem Erfahrungen vermittelt, Daten zur Versorgungssituation sowie Fallgeschichten veröffentlicht werden. Eine externe Kommunikation der Gewaltthematik sollte darauf abzielen, innerhalb der medizinischen und pflegerischen Fachgesellschaften und -verbände, bei den Leistungsträgern, insbesondere den Krankenkassen, bei den Leistungserbringern, also den stationären Einrichtungen und in der Ärzteschaft, Prozesse in Gang zu setzen, damit das Thema eine stärkere Integration in Versorgungseinrichtungen und in die Ausbildung von Professionellen erfährt.

5.4.2 Evaluation und Qualitätssicherung

Evaluation und Qualitätssicherung kommen eine große Bedeutung innerhalb eines Interventionsprojekts zu, um beurteilen zu können, wie sich ein Projekt entwickelt, in welchen Bereichen es positiv verläuft und ob die gesetzten Ziele erreicht werden. Sie geben Informationen dazu, welche Barrieren überwunden und wo möglicherweise Veränderungen vorgenommen werden müssen. Es sollte möglichst früh überlegt werden, mit welchen Methoden der Projektverlauf überprüft werden soll, damit entsprechende Daten erhoben werden können.

Interne Berichte sollten erstellt werden, die zusammenfassend darüber informieren, wie viele Fälle von häuslicher Gewalt innerhalb eines Jahres dokumentiert wurden und ob sich diese Rate im Verlauf der Implementation des Programms verändert. Sie bilden die Grundlage, um Beschäftigte über das Interventionsprogramm zu informieren. Angaben über gesundheitliche Folgen, den Zeitpunkt der medizinischen Hilfeleistung, zur Gewalthandlung, zu Hilfsangeboten und zum Verbleib des Opfers bringen wertvolle Hinweise zum Versorgungsbedarf und zur Versorgungsqualität der eigenen Einrichtung.

Eine Auswertung der Falldokumentationen zur Anzahl der Patientinnen, bei denen eine Intervention stattgefunden hat, kann zur Folge haben, dass das Unterstützungsangebot verbessert und die Erkennungsrate erhöht wird.

Zur Erhöhung der Erkennungsrate von häuslicher Gewalt empfiehlt der Family Violence Prevention Fund (FVPF 2002) eine Berücksichtigung der lokalen Prävalenzdaten zu häuslicher Gewalt. Zur Orientierung können die im Rahmen des S.I.G.N.A.L.-Programms dokumentierten Fälle mit Daten, die aus der Forschung bekannt sind, verglichen werden. Als eine Basis können u.a. die in diesem Handbuch dargestellten Daten zum internationalen Forschungsstand (Kap. 3) sowie die im Rahmen der wissenschaftlichen Begleitforschung von S.I.G.N.A.L. erhobenen Daten zum Versorgungsbedarf (Kap. 8) und zur Falldokumentation (Kap. 9) dienen. Um Daten für die eigene Einrichtung oder Region zu gewinnen, können Kooperationen mit Universitäten und Forschungseinrichtungen vor Ort nützlich sein.

5.4.3 Externe Vernetzung mit Versorgungseinrichtungen und dem Anti-Gewalt-Bereich

Für eine angemessene Gesundheitsversorgung für Opfer von Gewalt ist eine interdisziplinäre Zusammenarbeit und Vernetzung mit den regionalen Unterstützungseinrichtungen unverzichtbar. Mit der Entwicklung von Interventionsprogrammen kann ein verstärkter Beratungs-, Betreuungs- und Versorgungsbedarf im Anti-Gewalt-Bereich oder für spezifische gesundheitliche Probleme entstehen, dem nachzukommen ist. Im Zusammenhang mit einem Interventionskonzept sollte daher berücksichtigt werden, dass das „Netz der Hilfsangebote dicht gewebt sein muss“ (Hagemann-White/Bohne 2003).

Eine kontinuierliche Vernetzung und Zusammenarbeit mit anderen Versorgungseinrichtungen kann dazu führen, dass Versorgungsdefizite deutlich und Lösungsmöglichkeiten gesucht werden.

5.5 Resümee

Die Implementierung eines Interventionsprojektes ist ein Unterfangen, das etappenweise verläuft. Dies zeigen die Erfahrungen des S.I.G.N.A.L.-Projekts ebenso wie Erkenntnisse aus angloamerikanischen Ländern, in denen seit nahezu einer Dekade Interventionsprojekte gegen Gewalt etabliert werden. Wie innerhalb eines Krankenhauses eine bessere Versorgung für Frauen mit Gewalterfahrungen erreicht werden kann, wird immer auch von den konkreten Bedingungen der Einrichtung und den bereits vorhandenen Strukturen abhängen.

Die vorliegenden Empfehlungen beschreiben Schritte, die bei einer Implementierung zu beachten sind. Die einzelnen Etappen müssen nicht in der vorgegebenen Reihenfolge erfolgen, verschiedene Schritte können ebenfalls zeitgleich oder versetzt verlaufen.

Für eine systematische Vorgehensweise soll zusammenfassend auf die zentralen Aspekte hingewiesen werden, die nötig sind, um innerhalb eines Krankenhauses einen erfolgreichen Implementierungsprozess sicherzustellen:

1. Eine multidisziplinäre Projektgruppe innerhalb des Krankenhauses gründen
2. Entscheidung der Krankenhausleitung und des Betriebsrats zur Implementierung herbeiführen
3. Bedarfsanalyse durchführen und erforderliche Ressourcen für eine Umsetzung der Interventionsmaßnahmen verhandeln
4. Krankenhausinterne Öffentlichkeitsarbeit starten und Unterstützung suchen
5. Interventionsprogramm für die eigene Einrichtung und Qualitätsstandards entwickeln
6. Zielgruppenspezifische Fortbildungen für die Beschäftigten durchführen. Zu beachten ist:
 - Fortbildungen sollten verpflichtend sein
 - Fortbildungen sollten regelmäßig und aufbauend angeboten werden
 - Fortbildungen sollten institutionalisiert werden
7. Fortbildungsinhalte in Praxishandeln umsetzen
8. Materialien für das Personal und für gewaltbetroffenen Frauen zur Verfügung stellen
9. Enge Vernetzung mit weiterführenden Beratungsstellen herstellen
10. Kontinuierliche Weiterführung des Implementierungsprozesses, der Projektentwicklung und der Evaluation sicherstellen.

Mitarbeiter/innen von Interventionsprojekten und Netzwerken sollten gemeinsam daran arbeiten, Interventionsprojekte zu entwickeln, um eine optimale Versorgungsstruktur für Gewaltbetroffene zu erreichen.

Literatur

Abbott J/Johnson R et al. (1995). Domestic violence against women. Incidence and prevalence in an emergency department population. *Jama* 273(22): 1763-7.

Bund-Länder-Arbeitsgruppe Häusliche Gewalt (2002). Standards und Empfehlungen für die Aus- und Fortbildung zum Thema häusliche Gewalt. Materialien zur Gleichstellungspolitik. BMFSFJ (Hg.). Berlin.

- Campbell JC/Coben JH et al. (2001). *An evaluation of a system-change training model to improve emergency department response to battered women.* *Acad Emerg Med* 8(2): 131-8.
- Department of Health (Hg.) (2000). *Domestic Violence: A Resource Manual for Health Care Professionals.* London, UK.
- Fanslow JL/Norton RN et al. (1999). *One year follow-up of an emergency department protocol for abused women.* *Aust N Z J Public Health* 23(4): 418-20.
- Fanslow JL/Norton RN et al. (1998). *Outcome evaluation of an emergency department protocol of care on partner abuse.* *Aust N Z J Public Health* 22(5): 598-603.
- FVPF – Family Violence Prevention Fund (2002). *National Consensus Guidelines on Identifying and Responding to Domestic Violence Victimization in Health Care Settings.* San Francisco, USA.
- Hagemann-White C/Bohne S (2003). *Versorgungsbedarf und Anforderungen an Professionelle im Gesundheitswesen im Problembereich Gewalt gegen Frauen. Expertise für die Enquêtekommission Zukunft einer frauengerechten Gesundheitsversorgung in Nordrhein-Westfalen.* Osnabrück.
- Kavemann B (2002). *Kinder und häusliche Gewalt – Kinder misshandelter Mütter.* (www.wibig.uni-osnabrueck.de).
- Verbundprojekt zur gesundheitlichen Situation von Frauen in Deutschland (2001). *Bericht zur gesundheitlichen Lage von Frauen in Deutschland.* BMFSFJ (Hg.) Schriftenreihe Bd. 209. Stuttgart.
- Warshaw C (1998). *Establishing an Appropriate Response to Domestic Violence in your Practice, Institution and Community.* In: Warshaw C, Ganley, A (1998) *Improving the Health Care Response to Domestic Violence: A Resource Manual for Health Care Providers.* FVPF – Family Violence Prevention Fund (Hg.). San Francisco, USA.
- Warshaw C/Ganley A (1998). *Improving the Health care response to domestic violence: A resource manual for health care providers.* FVPF – Family Violence Prevention Fund (Hg.). San Francisco, USA.

6 Handlungsbedarf und Empfehlungen

Reaktionen auf die Problematik der Gewalt gegen Frauen kommen bislang vor allem aus dem frauen-, sozial- und rechtspolitischen Bereich. Angesichts der hier dargestellten Zusammenhänge von Gewalt und Gesundheit ist eine Einbeziehung der Gesundheitspolitik dringend angeraten, um die Versorgungsdefizite adäquat und umfassend auszugleichen.

Folgende Empfehlungen basieren auf den Erkenntnissen der wissenschaftlichen Begleitforschung des S.I.G.N.A.L.-Interventionsprogramms:

6.1 Gesundheitspolitik und -versorgung

Zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung und Gesundheitschancen gewaltbetroffener Frauen besteht in folgender Hinsicht dringender Handlungsbedarf:

- Die Problematik der (häuslichen) Gewalt gegen Frauen muss eine eigenständige, adäquate Beachtung innerhalb des Gesundheitsversorgungssystems finden. Dazu sind interdisziplinäre Runde Tische einzurichten und zuständige Akteure zur Teilnahme zu verpflichten.
- Interventionsprogramme, wie das S.I.G.N.A.L.-Projekt, sollten in der ambulanten, stationären und notfallmedizinischen Versorgung implementiert werden. Dafür bedarf es der engagierten Fürsprache von Verantwortlichen des gesundheits- und frauenpolitischen Bereichs.
- Leitlinien und Standards zur adäquaten Behandlung von gewaltbetroffenen Personen müssen von den zuständigen Fachgesellschaften – vor allem den notfallmedizinischen, allgemeinärztlichen, gynäkologischen und psychiatrischen Fachgesellschaften – formuliert und über das Zentrum für ärztliche Qualitätssicherung verbreitet werden.
- Die Berücksichtigung von Gewalt als Ursache von Verletzungen und Beschwerden sollte Bestandteil der Anamnese sein. Um eine Retraumatisierung während der Behandlung auszuschließen, ist ein vorausgehendes Training nötig.
- Trainings zur Gewaltthematik müssen den Beschäftigten der medizinischen und gesundheitlichen Versorgung im Rahmen der Aus-, Fort-, und Weiterbildung angeboten und strukturell verankert werden.
- Das Thema ist in die ärztlichen und pflegerischen Ausbildungscurricula aufzunehmen. Dazu ist die Konzeptionisierung und Evaluierung entsprechender Curricula nötig.
- Schriftliches Informationsmaterial zum Thema, Handlungsmöglichkeiten, Komplementäreinrichtungen sowie Leitlinien für Diagnostik und Versorgung sollte sowohl für die Ausbildung als auch die Fort- und Weiterbildung zur Verfügung stehen.
- Praxisorientierte Netzwerke und Kooperationsstrukturen zwischen Einrichtungen der medizinischen und gesundheitlichen Versorgung sowie Zufluchts- und Beratungsprojekten der Anti-Gewaltarbeit müssen aufgebaut und kontinuierlich gepflegt werden.
- Eine breite Aufklärungskampagne zu Gewalt als zentralem Risiko für die Gesundheit von Frauen ist nötig, um die Akzeptanz von Interventionsprojekten unter den Mitarbeiterinnen der Gesundheitsversorgung zu schaffen.

6.2 Implementierung von Interventionsprogrammen

- Finanzielle und personelle Ressourcen müssen von den Krankenhausträgern für Interventionsprogramme in der Notaufnahme/Ersten Hilfe und stationären Versorgung bereitgestellt werden.
- Zur Implementierung sollten schriftliche Leitlinien verbreitet werden und mit Unterstützung des Personals in der Notaufnahme und Ersten Hilfe Versorgungsstandards entwickelt werden.
- Zur Einführung von Interventionsprogrammen sollten multidisziplinäre Teams gegründet werden, an denen sowohl Personen aus der Versorgung, der Leitungsebene als auch aus kommunalen Anti-Gewalt-Einrichtungen teilnehmen.
- Zur langfristigen Etablierung solcher Interventionsprojekte müssen insbesondere im klinischen Bereich interne, mit entsprechender Verantwortung ausgestattete Koordinationsstellen eingerichtet

tet und entsprechende finanzielle Ressourcen zur Verfügung gestellt werden. Diese Koordinator/-innen sorgen für den regelmäßigen internen Informationsfluss und die Öffentlichkeitsarbeit, regeln das Fort- und Weiterbildungsangebot, sorgen für die Vernetzung mit Anti-Gewalt-Projekten und können betroffene Frauen beraten und weitergehend vermitteln.

- Im Rahmen des Qualitätsmanagements sollten Maßnahmen entwickelt werden, die die Etablierung von Interventionsprogrammen in Krankenhäusern strukturell sichern:
 - Ein regelmäßiges Trainingsangebot für das Personal, Evaluierung der Trainings und entsprechende Einführung der neuen Mitarbeiter/innen muss gewährleistet sein.
 - Insbesondere ist dafür zu sorgen, dass die Interventionsprinzipien, wie Schutz für gewaltbetroffene Frauen, adäquate Dokumentation der Verletzungen und Beschwerden sowie das Angebot an weiterführender Unterstützung, umgesetzt werden. Eine höhere Anzahl von vorliegenden Dokumentationen kann z.B. ein Anzeichen für eine größere Aufdeckungsrate von Gewaltopfern sein und zeigt gleichzeitig den Versorgungsbedarf.
 - Im Rahmen der Qualitätssicherung sollte überprüft werden, ob die Interventionsmaßnahmen adäquat durchgeführt werden.
 - Zur Qualitätskontrolle sollte geeignete Mittel wie Audits und Monitorsysteme in Kooperation mit dem Anti-Gewalt-Bereich eingerichtet werden.

6.3 Gesundheitsforschung

- Um Basisdaten über Zusammenhänge zwischen Gewalt und Gesundheit sowie den Versorgungsbedarf zu ermitteln, müssen multi- und interdisziplinäre Forschungsprojekte initiiert und gefördert werden.
- Studien sollten sich der Sicht der betroffenen Frauen widmen, um adäquate Versorgungskonzepte anbieten zu können und angesichts der zu erwartenden realistischen Bedürfnisse seitens der Betroffenen Handlungsbarrieren bei den Behandelnden abzubauen. Zu fragen wäre z.B.: Welche Erfahrungen haben Betroffene mit der Gesundheitsversorgung im Kontext von Gewalt gemacht und welche Erwartungen haben sie an eine adäquate Form der Unterstützung innerhalb der Gesundheitsversorgung?
- Interventionsprogramme müssen kontinuierlich evaluiert werden. Dabei sollten z.B. die Aspekte der Auswirkungen routinemäßiger Befragung nach Gewalterfahrung während der Anamnese, die Verbesserung der Versorgung gewaltbetroffener Frauen sowie deren Festschreibung in Leitlinien und dem Versorgungsalltag ein Schwerpunkt bilden.
- Outcome-Messungen von Interventionsprogrammen sollten in Langzeituntersuchungen durchgeführt werden, um die Effekte der Programme zu prüfen: Gelingt es den Programmen, Frauen, eine adäquate Unterstützung anzubieten und werden Effekte von Unter-, Über-, Fehlversorgung abgebaut.