



Häusliche Gewalt gegen Frauen: gesundheitliche Versorgung

Das S.I.G.N.A.L.-Interventionsprogramm

- Handbuch für die Praxis
- Wissenschaftlicher Bericht

Hildegard Hellbernd

Petra Brzank

Karin Wieners

Ulrike Maschewsky-Schneider

Wissenschaftliche Begleitung des S.I.G.N.A.L.- Interventionsprojektes gegen Gewalt an Frauen am Universitätsklinikum Benjamin Franklin Berlin

Wissenschaftliche Mitarbeiterinnen	Dipl. Päd. Hildegard Hellbernd, MPH (2000–2003) Dipl. Pol. Karin Wieners, MPH (2000–2002) Dipl. Soz. Petra Brzank, MPH (2002–2003)
Projektleitung	Prof. Dr. Ulrike Maschewsky-Schneider Institut für Gesundheitswissenschaften Technische Universität Berlin TEL 11 – 2 Ernst-Reuter-Platz 7 10587 Berlin Tel: 030 / 314 - 2 19 69 Fax: 030 / 314 - 7 32 56 hellbernd@ifg.tu-berlin.de brzank@ifg.tu-berlin.de www.ifg-gs.tu-berlin.de
Gefördert durch	Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend
Laufzeit	2000 bis 2003

Die Verbreitung des Inhalts ist unter Angabe der Urheberschaft ausdrücklich erwünscht.



Vorwort für das Handbuch zum Gesundheits- Interventionsprojekt S.I.G.N.A.L. im Benjamin Franklin Universitätsklinikum Berlin zur Prävention von Gewalt gegen Frauen



Laut WHO gehört körperliche, sexuelle und psychische Gewalt zu den größten Gesundheitsrisiken für Frauen. Eine Umfrage unter Patientinnen der Ersten Hilfe/Rettungsstation eines Krankenhauses zum Ausmaß von Gewalterfahrung und zu den gesundheitlichen Folgen offenbart ein erschreckend hohes Maß an Gewalttätigkeit, dem Frauen ausgesetzt sind und verdeutlicht die vielfältigen Auswirkungen auf die Gesundheit der Frauen.

Mit dem S.I.G.N.A.L.-Projekt am Universitätsklinikum Benjamin Franklin in Berlin wurde erstmals ein systematisches Programm entwickelt, um die Versorgungssituation für gewaltbetroffene Frauen zu verbessern. Behandelnde und Pflegende werden über häusliche Gewalt aufgeklärt und fortgebildet, um mit der Problematik professionell umgehen zu können. Sie lernen Verletzungen u.a. Beschwerden, die einer Patientin durch gewalttätige Handlungen zugefügt wurden, besser zu erkennen und entsprechende Hilfeleistungen anzuwenden.

Mit dem vorliegenden Handbuch möchte das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend einen Impuls geben zu einer angemessenen Versorgung gewaltbetroffener Frauen. Es werden praxisnahe Hinweise gegeben wie die Versorgungssituation für misshandelte Frauen verbessert und derartige Programme erfolgreich in anderen Krankenhäusern etabliert werden können. Außerdem werden neue Wege und Interventionsmöglichkeiten aufgezeigt.

Die weitere Umsetzung muss nun im Sinne von Gender Mainstreaming auf allen Ebenen des Gesundheitssystems erfolgen. Ich wünsche mir, dass das Handbuch zu einer breiten Implementation des S.I.G.N.A.L.-Programms in Einrichtungen des Gesundheitswesens beitragen wird.

Renate Schmidt

Bundesministerin für Familie, Senioren, Frauen und Jugend

Danksagung

Hiermit danken wir dem damaligen Klinikumsvorstand des Universitätsklinikums Benjamin Franklin der Freien Universität Berlin, heute Charité – Universitätsmedizin Berlin, Campus Benjamin Franklin, dem Dekan Prof. Dr. Martin Paul, der Pflegedirektorin Hedwig François-Kettner und dem ärztlichen Direktor Prof. Dr. W. Hinkelbein für die Unterstützung des S.I.G.N.A.L.-Interventionsprojekts gegen Gewalt gegen Frauen und seiner wissenschaftlichen Begleitforschung.

Danken möchten wir insbesondere den Pflegekräften, Ärztinnen und Ärzten des UKBF für ihre bereitwillige Kooperation mit der Begleitforschung und für die Zeit, die sie uns zur Verfügung stellten. Besonderen Dank schulden wir den Projekt-Initiatorinnen und den Mitarbeiterinnen der S.I.G.N.A.L.-Projektgruppe Angelika May, Marianne Peters, Claire Hemmert-Seegers, Alice Westphal, Kerstin Patt, Gisela Gut, Ulrike Gutermann, Gabi Dittmann und Brigitte Geier sowie den Teilnehmerinnen der Vor-Ort Gruppe der Ersten Hilfe Kirstin Banditt, Gisela Godolt, Roswitha Haberl-Adam, Elena Rieder, Heidrun Mann-Vargas und Gertraud Birkmaier für ihre Offenheit und ihr Vertrauen gegenüber der wissenschaftlichen Begleitforschung.

Bedanken möchten wir uns ebenfalls an dieser Stelle bei allen Patientinnen der Ersten Hilfe/Notaufnahme, die bereit waren, im Rahmen der Prävalenzstudie Auskunft zu geben und über zum Teil sehr leidvolle Erfahrungen zu berichten. Dank gilt ebenso allen Frauen, die als Interviewerinnen für eine sensible Durchführung der Befragung sorgten.

Weiter gilt unser Dank den Kolleginnen aus dem Institut für Gesundheitswissenschaften Birgit Babisch, Daphne Hahn und Petra Rattay für ihre Diskussionsbereitschaft und ihre wertvollen Anregungen.

Für fachkompetente Hinweise und Unterstützung danken wir Heike Mark, Heiderose Ortwein, Tanja Braun und Monika Huber.

Nicht zuletzt danken wir den Auftraggeberinnen aus dem Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend für ihr Interesse an unserer Arbeit und für die Finanzierung der Begleitforschung, durch die der vorliegende Bericht ermöglicht wurde.

Abschließend möchten wir unseren Freundinnen und Freunden für ihre Geduld und Rücksicht danken.

Berlin im September 2003

Hildegard Hellbernd, Petra Brzank, Karin Wieners und Ulrike Maschwesky-Schneider

Inhaltsverzeichnis

	Einleitung	1
Teil A	Handbuch zur Implementierung	
1	Wissenschaftliche Begleitung des S.I.G.N.A.L.-Projekts	7
1.1	Forschungsauftrag und Fragestellung	7
1.2	Forschungs- und Evaluationsdesign	8
1.2.1	Formative Evaluation	8
1.2.2	Struktur-, Prozess- und Ergebnisevaluation	9
1.2.3	Instrumente der Evaluation	9
1.3	Bestandsanalyse zu Beginn der wissenschaftlichen Begleitung	9
2	Das Interventionsprojekt „S.I.G.N.A.L. – Hilfe für Frauen“ am UKBF	11
2.1	Ziel des Interventionsprojekts	11
2.2	Geschichte und Initiierung des Projekts	11
2.3	Situation am UKBF	11
2.4	Finanzierung	12
2.5	Struktur des Interventionsprojektes	12
2.5.1	Steuerungsgruppe	12
2.5.2	Koordinatorin	13
2.5.3	Vor-Ort-Gruppe	13
2.5.4	Der Verein „S.I.G.N.A.L. e.V.“	13
2.6	Das Interventionskonzept	14
2.7	Umsetzung des S.I.G.N.A.L.-Interventionsprogramms	15
2.7.1	Schulung und Fortbildung des Personals	15
2.7.2	Unterstützung für gewaltbetroffene Patientinnen	18
2.7.3	Vernetzung mit externen Unterstützungs- und Hilfeeinrichtungen	20
2.7.4	In- und externe Öffentlichkeitsarbeit	20
3	Wissenschaftlicher Hintergrund zum Thema „Häusliche Gewalt“ und gesundheitliche Folgen	23
3.1	Definition von häuslicher Gewalt	23
3.2	Formen von häuslicher Gewalt	23
3.3	Ausmaß	25
3.4	Kinder als Mitbetroffene von häuslicher Gewalt	26
3.5	Gesundheitliche Folgen	26
3.6	Häusliche Gewalt und medizinische Versorgung	28
3.6.1	Prävalenz im medizinischen Versorgungsbereich	28
3.6.2	Kosten von häuslicher Gewalt	29
3.6.3	Unzureichende Versorgungssituation	30
3.6.4	Unter-, Über- und Fehlversorgung als Folge der Versorgungssituation	30
3.7	Innovative Strategien	31
3.8	Interventionsprojekte und ihre Grundsätze	32
3.9	Rolle des Gesundheitspersonals bei Intervention und Prävention	34
3.9.1	Was macht es Mitarbeiter/innen der Gesundheitsversorgung schwer über Gewalt zu sprechen?	34
3.9.2	Was macht es Patientinnen schwer, über Misshandlungen zu sprechen?	37
3.10	Überblick: Warum S.I.G.N.A.L.-Interventionsprojekte in der Gesundheitsversorgung	37

4	Intervention gegen häusliche Gewalt – Handlungsempfehlungen für Professionelle der Gesundheitsversorgung	43
4.1	Interventionsempfehlungen	43
4.2	Erkennen gewaltbedingter Verletzungen und Beschwerden	45
4.3	Empfehlungen für das Gespräch mit der Patientin	49
4.4	Konkrete Interventionsschritte	51
4.5	Abschließende Hinweise zu Interventionsschritten	54
4.6	Überblick zu den Interventionsschritten: Leitfaden von S.I.G.N.A.L.	55
5	Planung und Entwicklung von S.I.G.N.A.L.-Interventionsprojekten	59
5.1	Interventionsprogramm initiieren	59
5.1.1	Aufbau einer Projektgruppe	60
5.1.2	Projektkoordination	62
5.1.3	Unterstützung durch Klinikleitung und Betriebsrat sicherstellen	62
5.1.4	Bedarfsanalyse	63
5.1.5	Ressourcen ermitteln	64
5.1.6	Kooperation mit dem Anti-Gewalt-Bereich	65
5.1.7	Interne Öffentlichkeitsarbeit	66
5.2	Interventionsprogramm entwickeln	67
5.2.1	Interventionskonzept und -strategie entwickeln	67
5.2.2	Netzwerke und Kooperationen aufbauen	69
5.2.3	Qualitätsstandards und Handlungsleitlinien verschriftlichen	70
5.3	Interventionsprogramm umsetzen	71
5.3.1	Fortbildungen durchführen	71
5.3.2	Materialien erstellen – das Interventionsprojekt sichtbar machen	74
5.3.3	Kommunikation unter den Beschäftigten fördern	75
5.4	Kontinuität sichern	76
5.4.1	Strukturelle Verankerung des Interventionsprojekts	76
5.4.2	Evaluation und Qualitätssicherung	77
5.4.3	Externe Vernetzung mit Versorgungseinrichtungen und dem Anti-Gewalt-Bereich	78
5.5	Resümee	78
6	Handlungsbedarf und Empfehlungen	81
6.1	Gesundheitspolitik und -versorgung	82
6.2	Implementierung von Interventionsprogrammen	82
6.3	Gesundheitsforschung	82
Teil B	Wissenschaftlicher Bericht der Begleitforschung	
	Einleitung	85
7	Wissenschaftliche Begleitung des S.I.G.N.A.L.-Projekts	87
7.1	Forschungsauftrag und Fragestellung	87
7.2	Forschungs- und Evaluationsdesign der Begleitforschung	89
7.2.1	Formative Evaluation	89
7.2.2	Struktur-, Prozess- und Ergebnisevaluation	90
7.2.3	Überblick zur Datenerhebung	90
7.3	Literaturrecherche	92
7.4	Datenauswertung	93
7.5	Rückkopplungsprozesse in die Intervention	93

8	Prävalenzstudie unter Patientinnen der Ersten Hilfe	95
8.1	Zielsetzung der Studie	95
8.2	Fragestellung	95
8.3	Methode	95
8.3.1	Definition	96
8.3.2	Forschungsdesign	96
8.3.2.1	Definition der Studienpopulation und des Befragungszeitraums	96
8.3.2.2	Planung der Studie	97
8.3.2.3	Instrument	98
8.4	Datenerhebung	99
8.4.1	Pretest	99
8.4.2	Durchführung der Befragung	101
8.4.3	Studienpopulation	102
8.5	Auswertung	102
8.5.1	Datenaufbereitung	102
8.5.1.1	Datenerfassung	102
8.5.1.2	Datenqualitätskontrolle	103
8.5.2	Datenauswertung	103
8.6	Ergebnisse	103
8.6.1	Lebenszeitprävalenz von körperlicher, sexueller und emotionaler Gewalt	103
8.6.2	Lebenszeitprävalenz von körperlicher Gewalt nach dem 16. Lebensjahr	105
8.6.2.1	Täter	105
8.6.2.2	Gewalterfahrung vor dem 16. Lebensjahr	106
8.6.2.3	Häufigkeit der körperlichen Gewaltangriffe	106
8.6.2.4	Gebrauch von Waffen oder Gegenständen	106
8.6.2.5	Körperliche Gewalt in der Schwangerschaft	107
8.6.3	Lebenszeitprävalenz von sexueller Gewalt nach dem 16. Lebensjahr	107
8.6.3.1	Täter	107
8.6.3.2	Gewalterfahrung vor dem 16. Lebensjahr	108
8.6.3.3	Häufigkeit von sexueller Gewalt	108
8.6.4	Lebenszeitprävalenz von häuslicher Gewalt nach dem 16. Lebensjahr	108
8.6.5	Ein-Jahres- und Ein-Monats-Prävalenz	109
8.6.5.1	Körperliche Gewalt	109
8.6.5.2	Sexuelle Gewalt	110
8.6.5.3	Häusliche Gewalt	110
8.6.6	Akut-Prävalenz von körperlicher und sexueller Gewalt	111
8.6.7	Akute Bedrohung	111
8.6.8	Übersicht der Prävalenzen	111
8.6.9	Altersverteilung	112
8.6.10	Gesundheitliche Folgen von Gewalt	112
8.6.10.1	Gesundheitliche Folgen von häuslicher Gewalt	113
8.6.10.2	Inanspruchnahme medizinischer oder therapeutischer Behandlung	116
8.6.10.3	Emotionale Gewalt in der Partnerschaft und gesundheitliche Folgen	117
8.6.11	Unterstützungsangebote in der gesundheitlichen Versorgung aus Sicht der Frauen	119
8.6.11.1	Ärzte/innen als Ansprechpersonen	119
8.6.11.2	Erfragen von Gewalterfahrung	119
8.6.11.3	Offenlegung der Gewalterfahrung	119
8.6.11.4	Gewalterfahrung als Teil der Anamnese	120
8.6.11.5	Erwartungen an die Ansprechperson	120
8.6.11.6	Bekanntheit von S.I.G.N.A.L. und anderen Unterstützungsangeboten	121
8.6.12	Zusammenfassung	122
8.7	Methodendiskussion	123
8.8	Diskussion der Ergebnisse	124

9	Ergebnisse der Auswertung der Dokumentationen	137
9.1	Dokumentation als Datenerhebungsform	137
9.2	Datenerfassung und -auswertung	137
9.3	Datenbasis	137
9.4	Zunahme der Dokumentationen	137
9.5	Anteil der dokumentierten Fälle in Relation zur Gesamtzahl der Patientinnen	128
9.6	Täter	128
9.7	Gesundheitliche Folgen	128
9.8	S.I.G.N.A.L.-Interventionsschritte	133
9.9	Gewalt in der Schwangerschaft	134
9.10	Alter der gewaltbetroffenen Frauen	134
9.11	Diskussion der Ergebnisse	135
10	Basisschulungen für Pflegekräfte	137
10.1	Sensibilisierung und Qualifizierung des Personals	137
10.2	Fortbildungsstand zu Beginn der wissenschaftlichen Begleitung	137
10.3	Konzept und Durchführung der Schulungen	137
10.4	Evaluation der Schulungen	139
10.4.1	Übersicht über die Datenerhebungen	139
10.4.2	Quantitative Befragung im Anschluss an Schulungen	139
10.4.3	Quantitative Abschluss-Befragung	139
10.5	Ergebnisse der quantitativen Befragung im Anschluss an die Schulungen	140
10.5.1	Studienpopulation	140
10.5.2	Konfrontation mit und subjektive Einstellung gegenüber der Problematik	141
10.5.3	Schulungsmotivation	141
10.5.4	Gewinn an Wissen und Handlungskompetenz	141
10.5.5	Reflexion der eigenen Haltung	142
10.5.6	Handlungssicherheit	142
10.5.7	Gesamteinschätzung der Schulung	142
10.5.8	Interesse an weiteren Schulungen	143
10.5.9	Zusammenfassung der Ergebnisse	153
10.6	Quantitative Abschlussbefragung	153
10.6.1	Studienpopulation	153
10.6.2	Relevanz der Gewaltthematik und Kontakt mit gewaltbetroffenen Patientinnen	144
10.6.3	Angewendete Interventionsschritten	144
10.6.4	Vorstellbare Interventionsschritte bei vermutetem Gewalthintergrund	145
10.6.5	Barrieren für das Ansprechen von Patientinnen auf Gewalterfahrungen	146
10.6.6	Schulungseffekte im Hinblick auf Wissen, Haltung, Kompetenz	147
10.6.7	Interesse an weiteren Fortbildungen	147
10.6.8	Anmerkungen zum S.I.G.N.A.L.-Projekt	148
10.6.9	Einschätzung zur Bedeutung des Projekts	149
10.6.10	Zusammenfassung	149
11	Fortbildungen für die Ärzteschaft	151
11.1	Stand der Fortbildungen zu Beginn der wissenschaftlichen Begleitung	151
11.2	Erhebung des Fortbildungsbedarfs	151
11.2.1	Übersicht	151
11.2.2	Ergebnisse der quantitative Ärztebefragung zum Fortbildungsbedarf	152
11.2.2.1	Studienpopulation	152
11.2.2.2	Kenntnis des S.I.G.N.A.L.-Interventionsprojekts	152
11.2.2.3	Einschätzung der Gewaltprävalenz unter den Patientinnen der Ersten Hilfe	152
11.2.2.4	Relevanz der Problematik und Kontakt mit gewaltbetroffenen Patientinnen	153

11.2.2.5	Interventionsbarrieren	153
11.2.2.6	Fortbildungsbedarf	154
11.2.2.7	Fortbildungswünsche	154
11.2.2.8	Zusammenfassende Bewertung	155
11.3	Konzept und Durchführung der Fortbildungen	156
11.3.1	Entwicklung des Konzepts	156
11.3.2	Durchführungsbedingungen	157
11.4	Evaluation der Fortbildungen	158
11.5	Ergebnisse der quantitativen Befragung im Anschluss an die Fortbildungen	159
11.5.1	Studienpopulation	159
11.5.2	Konfrontation mit und subjektive Einstellung gegenüber der Problematik	161
11.5.3	Fortbildungsmotivation	161
11.5.4	Gewinn an Wissen	161
11.5.5	Gewinn an Handlungssicherheit	162
11.5.6	Gesamteinschätzung der Fortbildung	163
11.5.7	Interesse an weiteren Schulungen	163
11.5.8	Zusammenfassung	163
12	Fazit und Ausblick	165

Anhang

Liste der Erhebungsinstrumente	171
Auswahl an Presseartikel zum S.I.G.N.A.L.-Interventionsprojekt	172
Auswahl an Vorträgen	173
Publikationen der Begleitforschung	175
Vorträge und Workshops der Begleitforschung	177
Weiterführende Links	179

Einleitung

Die Thematik Gewalt gegen Frauen wird in der BRD seit fast 30 Jahren öffentlich diskutiert. Mitarbeiterinnen der Frauenhäuser, Zufluchtseinrichtungen, Interventionsprojekte und Beratungsstellen für gewaltbetroffene Frauen (Anti-Gewalt-Bereich) setzen sich seit Mitte der 70er Jahre für die Enttabuisierung der Problematik, Schutz und Beratung sowie die Erweiterung rechtlicher und sozialer Handlungsmöglichkeiten der Frauen ein. Seit Mitte der 90er Jahre beteiligen sich weitere gesellschaftliche Gruppen und Institutionen an der Entwicklung von Strategien für eine langfristige Eindämmung häuslicher Gewalt. In den Bereichen Polizei, Justiz, Kinderschutz und Ausländerrecht gelang es zunehmend, entsprechende Maßnahmen zu entwickeln und zu etablieren. Seit 2002 wurde mit dem Inkrafttreten des Gewaltschutzgesetzes die rechtliche Position für Opfer häuslicher Gewalt gestärkt.

Gesundheitliche Folgen häuslicher und sexualisierter Gewalt gegen Frauen und ihre Kinder sowie Anforderungen an die gesundheitliche Versorgung werden in Deutschland seit Jahren von Mitarbeiterinnen aus Zufluchts- und Beratungsprojekten, einzelnen engagierten Ärzten/innen sowie Mitarbeiter/innen von interdisziplinären Interventionsprojekten beschrieben.

Eine Anfang der 90er Jahre von der Weltbank in Auftrag gegebene Studie zeigt, dass Gewalt gegen Frauen ein weltweites Gesundheitsproblem darstellt, das in seinem Ausmaß mit Herz-Kreislauf-Erkrankungen vergleichbar ist und Frauen in den westlichen Industrieländern durchschnittlich eines von fünf gesunden Lebensjahren kostet. Die WHO reagierte 1996 auf vorliegende Erkenntnisse und forderte, dem Thema Gewalt im Gesundheitswesen Priorität einzuräumen (Resolution WHA 49.25, zit. in: Krug/Dahlberg et al. 2002: xx). Vor allem in den USA wurden in den vergangenen 10-15 Jahren eine breite interdisziplinäre Forschung und Diskussion sowie vielfältige Interventionsprojekte zur Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung gewaltbetroffener Frauen aufgebaut. Eingebunden in die Aktivitäten sind Zufluchts- und Beratungsprojekte, ärztliche und pflegerische Standesorganisationen, Public Health- und Medizinforschung, Sozial-, Gesundheits- und Frauenpolitik.

Mitarbeiter/innen der Gesundheitsversorgung sind in einer exponierten Position, wenn es um Möglichkeiten der Intervention und Prävention bei Gewalt gegen Frauen und ihre Kinder und um die Unterstützung der Betroffenen geht: Einrichtungen der gesundheitlichen Versorgung werden von allen Bevölkerungsgruppen unabhängig von sozialer Lage, Geschlecht und Alter aufgesucht. Jede Frau sucht Einrichtungen der medizinischen Versorgung auf. Gewaltbetroffene Frauen können hier erreicht und unterstützt werden. Der medizinische Auftrag schließt die Klärung von Ursachen und Einflussfaktoren für Verletzungen, Beschwerden und Erkrankungen ein sowie die Benennung und Förderung möglicher Maßnahmen und Schritte, durch die akute Erkrankung behandelt und Neuerkrankungen verhindert werden können. Dies schließt die Berücksichtigung psychosozialer Faktoren als Ursache und Kontext gesundheitlicher Beschwerden mit ein. Gewalt ist einer der zentralen Risikofaktoren für die Gesundheit und die Gesundheitschancen von Frauen. Wird Gewalt nicht als Kontext oder Ursache erkannt und in die Versorgung und Beratung einbezogen, besteht ein hohes Risiko der Fehl- und Mangelversorgung. Eine besondere Rolle haben Mitarbeiter/innen der Gesundheitsversorgung nicht zuletzt deshalb, weil sie der Schweigepflicht unterliegen und in der Bevölkerung ein hohes Maß an Vertrauen genießen. Sie werden als Gesprächspartner/innen in unterschiedlichen Problemsituationen und Lebenslagen betrachtet und ihrer Haltung und Einschätzung wird eine nicht unerhebliche Bedeutung beigemessen.

Für Deutschland waren keine Daten verfügbar, die verdeutlichen,

- welche Auswirkungen häusliche Gewalt auf die gesundheitliche Situation von Frauen und ihren Kindern im Einzelnen hat,
- wie hoch der Anteil gewaltbetroffener Frauen in unterschiedlichen Bereichen der medizinischen Versorgung ist,
- welche Bedürfnisse und Erwartungen gewaltbetroffene Frauen an die Versorgung formulieren,
- wie sinnvolle Interventionsstrategien im Bereich der Gesundheitsversorgung aussehen und implementiert werden können.

Konzepte und Ansätze, die Versorgung von gewaltbetroffenen Frauen im Gesundheitswesen zu verbessern, fehlten. Dabei zeigten gerade internationale Studien und Erfahrungen, insbesondere aus den

USA, wie Versorgungsmodelle für Frauen erfolgreich aufgebaut werden können und welche strukturellen Maßnahmen in der Aus-, Fort- und Weiterbildung im Gesundheitswesen dazu nötig sind.

Um diesem Versorgungsdefizit in Deutschland Rechnung zu tragen, bildete sich Ende der 90er Jahre in Berlin die Initiativgruppe S.I.G.N.A.L., die sich zum Ziel gesetzt hat, Modelle zur Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung von gewaltbetroffenen Frauen zu entwickeln und im Gesundheitswesen zu verankern. 1999 konnte das bundesweit erste Interventionsprojekt gegen häusliche Gewalt in der Ersten Hilfe des Berliner Universitätsklinikum Benjamin Franklin (UKBF) eröffnet werden. Die Erste Hilfe-Station wurde ausgewählt, da internationale Studien den hohen Anteil gewaltbetroffener Frauen unter Erste Hilfe-Patientinnen beschrieben haben und zeigten, dass Gewalterfahrung als Ursache von Verletzungen und Beschwerden nicht ausreichend erkannt werden. Das Thema häusliche Gewalt, gesundheitliche Folgen und Handlungskompetenz im Umgang mit gewaltbetroffenen Frauen hat in der pflegerischen und ärztlichen Aus- und Fortbildung keinen Stellenwert, so dass Professionelle nicht adäquat auf den Umgang mit gewaltbetroffenen Frauen vorbereitet sind. Ziel des S.I.G.N.A.L.-Projekts war es deshalb, Strukturen in der Ersten Hilfe-Abteilung aufzubauen, die eine angemessene Versorgung der Patientinnen gewährleisten. Im Mittelpunkt des Projekts standen Schulung und Fortbildung der Professionellen, die Vernetzung mit Versorgungsstrukturen außerhalb des Gesundheitswesens, insbesondere dem Anti-Gewalt-Bereich, und die Öffentlichkeitsarbeit nach innen und außen, um das Thema im Gesundheitswesen und der Gesundheitspolitik zu verankern.

Ab dem Jahr 2000 wurde das S.I.G.N.A.L.-Projekt am UKBF von Mitarbeiterinnen des Instituts für Gesundheitswissenschaften der Technischen Universität Berlin wissenschaftlich begleitet. Finanziert und gefördert wurde die Begleitforschung vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Ihre Aufgabe war die Untersuchung der Wirkungen und des Prozessverlaufs des Interventionsprojekts. Die Begleitforschung war eng an dem Interventionsprozess ausgerichtet und unterstützte das Projekt durch wissenschaftlichen Input aus den Zwischenergebnissen und dem internationalen Forschungsstand zum Problemkomplex.

Wesentliche Ergebnisse sind in zahlreichen Publikationen, wissenschaftlichen und praxisbezogenen Vorträgen und in einem wissenschaftlichen Bericht veröffentlicht. Im Zentrum der Ergebnisse der wissenschaftlichen Begleitung stand jedoch die Erarbeitung eines Handbuchs für die Praxis. Es soll die Grundlage für den Aufbau und die Verankerung von vergleichbaren Versorgungsangeboten in Krankenhäusern bzw. Erste Hilfe-Stationen bilden. Mit dem hier vorgelegten Handbuch wird dieser Zielsetzung Rechnung getragen. Praktische Erfahrungen des S.I.G.N.A.L.-Projekts und die wissenschaftlichen Ergebnisse der Begleitforschung wurden bei der Erstellung des Handbuchs berücksichtigt.

Im Mittelpunkt des Handbuchs stehen folgende Fragen:

- Warum ist eine Intervention gegen Gewalt an Frauen im Rahmen der medizinischen Versorgung notwendig und sinnvoll?
- Wie können Interventionsprojekte in der Ersten Hilfe entwickelt, aufgebaut und strukturell verankert werden?
- Wie können gewaltbetroffene Patientinnen konkret unterstützt werden?
- Welche weitergehenden Informationsmöglichkeiten zu der Thematik bestehen?

Dieser Band ist in zwei Teile gegliedert: Teil A besteht aus einem Handbuch zur Implementierung von Interventionsprojekten am Beispiel des S.I.G.N.A.L.-Programms. Teil B stellt in Auszügen die Ergebnisse der wissenschaftlichen Begleitung des S.I.G.N.A.L.-Modellprojektes am UKBF vor.

Teil A:

Kapitel 1 erläutert das Konzept und die Methoden der wissenschaftlichen Begleitung.

In Kapitel 2 wird das S.I.G.N.A.L.-Projekt in seinen Prozessphasen sowie seinen Strukturen und Problemfeldern beschrieben.

Kapitel 3 stellt den internationalen Forschungsstand zum Thema häusliche Gewalt – Definition, Ausmaß, gesundheitliche Folgen und Kosten – dar.

In Kapitel 4 werden die Möglichkeiten sowie Barrieren der Intervention im medizinischen Versorgungsbereich sowie die Grundprinzipien der Intervention verdeutlicht. Der Schwerpunkt bei der Beschreibung der einzelnen Interventionsschritte liegt in der konkreten Hilfestellung für die Praxis.

Kapitel 5 widmet sich den einzelnen Etappen der Einführung, Umsetzung und Verankerung eines Interventionsprojektes in medizinischen Versorgungseinrichtungen und bietet eine praktische Anleitung zur Organisationsentwicklung.

In Kapitel 6 werden als Resümee der wissenschaftlichen Begleitung Empfehlungen für Gesundheitspolitik und -forschungsbereiche aufgelistet.

Teil B:

In Kapitel 7 wird die wissenschaftliche Begleitung ausführlicher mit ihren Fragestellungen, Methoden und Erhebungsschritten beschrieben.

In den folgenden Kapiteln werden ausgewählte Erhebungen mit ihren jeweiligen Methoden und Ergebnissen dargestellt.

In Kapitel 8 wird die Prävalenzstudie unter Patientinnen der Ersten Hilfe des UKBF vorgestellt.

In Kapitel 9 werden die Ergebnisse der Auswertung der im Rahmen des S.I.G.N.A.L.-Projektes dokumentierten Fälle der akut gewaltbetroffenen Patientinnen des UKBF präsentiert.

Kapitel 10 zeigt die Ergebnisse der Erhebungen hinsichtlich der Basisschulungen der Pflegekräfte.

Kapitel 11 beschreibt die Befragung sowie die Ergebnisse in Bezug auf die Fortbildung der Ärzteschaft.

Kapitel 12 fasst die Ergebnisse der Begleitforschung zusammen und gibt einen Ausblick.

Im Anhang ist eine Auswahl an Presseartikeln, die Publikationen und Vorträge der Begleitforschung sowie weiter Informationshinweise zu finden.

Interessierten soll mit diesem Handbuch Hilfestellung für die Initiierung, Entwicklung und den Aufbau von systematischen Interventionsprojekten in der gesundheitlichen und medizinischen Versorgung gegeben werden. Die vorliegenden Erkenntnisse und Ergebnisse wurden primär im Bereich der Ersten Hilfe-Einrichtungen gewonnen, sie können jedoch auch Anregungen und Orientierungen für die Verankerung von Angeboten in anderen Bereichen der stationären Versorgung bieten. Wir hoffen, dass wir mit dem Handbuch einen breiten Kreis von Leserinnen und Lesern sowohl aus dem Gesundheits- als auch aus dem Anti-Gewalt-Bereich erreichen können.

Literatur

Krug EG; Dahlberg LL; Mercy JA; Zwi AB et al. (2002). *World report on violence and health*. WHO (Hg.). Genf.



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

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 80 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 Ärzte/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 Gewalt-situation 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-Drägässer 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‘ (FVPF) in einem Manual zusammengefasst sind (Warshaw/Ganley 1998; FVPF 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. Pflegenden und Ärzten/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.

A large, light orange, stylized profile of a human head facing right, serving as a background for the text.

Teil B

**Wissenschaftlicher Bericht
der Begleitforschung**

Einleitung

Mit dem hier vorgelegten wissenschaftlichen Bericht werden wesentliche Teile der wissenschaftlichen Analyse vorgelegt, nämlich die Ergebnisse zu:

- dem Versorgungsbedarf basierend auf der Patientinnenbefragung (Kap. 8)
- dem Versorgungsbedarf basierend auf der Falldokumentationen der Ersten Hilfe (Kap. 9)
- den Wirkungen der Schulungen bei dem Pflegepersonal (Kap. 10)
- den Wirkungen der Fortbildungen in der Ärzteschaft (Kap. 11).

Weitere Teil- und Zwischenergebnisse wurden auf zahlreichen wissenschaftlichen und versorgungsbezogenen Veranstaltungen präsentiert und publiziert. Eine Übersicht dazu findet sich im Anhang.

Wie dargestellt (s. Teil A: Kap. 1), wurden Zwischenergebnisse auch laufend für die Rückkopplung in die Intervention genutzt und werden an dieser Stelle nicht ein weiteres Mal präsentiert.

Zentraler Fokus der schriftlichen Präsentation der Ergebnisse der wissenschaftlichen Begleitung des S.I.G.N.A.L.-Projekts lag in der Erstellung des Handbuchs für die Praxis. Das Handbuch basiert auf den Forschungsergebnissen der wissenschaftlichen Begleitung und den Erfahrungen des S.I.G.N.A.L.-Interventionsprojekts. Es ist Grundlage für die Initiierung eines Interventionsprozesses des S.I.G.N.A.L.-Konzepts in das gesundheitliche Versorgungssystem in Deutschland insbesondere im klinischen Sektor.

Im Zuge dieses sich in der Vorbereitung befindlichen Implementationsprozesses werden weitere Teilergebnisse der Begleitforschung verwertet und publiziert werden.

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

7.1 Forschungsauftrag und Fragestellung

Die Begleitforschung zum S.I.G.N.A.L.-Interventionsprojekt wurde von Februar 2000 bis Ende März 2003 durchgeführt. Mit der Begleitforschung wurde das Institut für Gesundheitswissenschaften der Technischen Universität Berlin durch das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen, Jugend beauftragt. Zum Zeitpunkt des Beginns der wissenschaftlichen Begleitung lag die Eröffnung des S.I.G.N.A.L.-Interventionsprojekts am Universitätsklinikum Benjamin Franklin der Freien Universität Berlin (UKBF) knapp fünf Monate zurück, weshalb die Entwicklung des Konzepts und der Beginn des Modellprojekts nicht direkt verfolgt werden konnte. Konzipiert als externe Evaluation war die Begleitforschung nicht – wie z.B. bei projektinternen Evaluationen üblich – direkt in die Projektarbeit eingebunden. Ausdrücklich erwünscht wurde vom Auftraggeber jedoch eine Zusammenarbeit mit der Arbeitsgruppe der Initiatorinnen des S.I.G.N.A.L.-Projekts am UKBF.

Der Aufgabenbereich der wissenschaftlichen Begleitforschung umfasste seitens des Auftraggebers folgende Aspekte:

- Konzeptüberprüfung
- Bewertung der Wirksamkeit der internen und externen Maßnahmen, insbesondere der Schulungen und der Materialien zur Öffentlichkeitsarbeit
- Datenerhebung und -auswertung (Analyse der Identifizierungsrate von Gewalt als Ursache gesundheitlicher Störungen vor und nach Beginn der Maßnahmen, Erforschung des Zusammenhangs von Gewalterfahrungen und gesundheitlichen Störungen)
- Bewertung der Effektivität, der Wirtschaftlichkeit und der Ressourcen
- Entwicklung von Instrumenten zur Selbstevaluation (Controlling)
- Prüfung der Übertragbarkeit auf andere Einrichtungen der medizinischen Versorgung.

Das S.I.G.N.A.L.-Modellprojekt setzt an einer Versorgungs- und Wissenslücke an und betritt Neuland auf der Ebene der gesundheitlichen und medizinischen Versorgung. Das Projekt soll das Wissen um gesundheitliche Folgen von Gewalt vertiefen, Interventionsmöglichkeiten aufzeigen und adäquate Unterstützungsangebote für gewaltbetroffene Frauen erweitern. Im Einzelnen sollte aufgezeigt werden, welche Voraussetzungen dazu bei den Beschäftigten in der Gesundheitsversorgung erforderlich sind und unter welchen Bedingungen diese geschaffen werden können.

Die wissenschaftliche Begleitung orientierte sich in ihren Untersuchungen an den Zielen des S.I.G.N.A.L.-Modellprojekts. Das Interventionsprogramm zielt auf eine verbesserte Gesundheitsversorgung für gewaltbetroffene Frauen, indem gesundheitliche Folgen von Gewalt erkannt und neben medizinischer Versorgung eine psychosoziale und weitervermittelnde Beratung erfolgt (vgl. Teil A: Kap. 2). Das S.I.G.N.A.L.-Projekt versteht sich als komplexes Interventionsprogramm, es beinhaltet ein Bündel verschiedener Maßnahmen, mit denen das Versorgungsangebot für gewaltbetroffene Frauen verbessert werden soll. Mit dem Interventionsprogramm ist die Entwicklung und Anwendung unterschiedlicher Bausteine verbunden, Fortbildungen für das pflegerische und ärztliche Personal nehmen eine zentrale Bedeutung ein.

Im Mittelpunkt der wissenschaftlichen Begleitung des S.I.G.N.A.L.-Interventionskonzepts am UKBF stehen der Prozess der Umsetzung und Verankerung der Intervention sowie erzielte Wirkungen der entwickelten Interventionsbausteine.

Angesichts der Zielsetzung des Programms gehören Mitarbeiter/innen des Krankenhauses als Träger/-innen von Veränderung und von Interventionsmöglichkeiten zur primären Zielgruppe des Projekts. Pflegende und Behandelnde sind gegenüber der Gewaltthematik zu sensibilisieren, Handlungskompetenz und -sicherheit zu entwickeln, damit Patientinnen, die Gewalt erlitten haben, im Behandlungsetting eine adäquate Versorgung und Unterstützung erhalten. Als Nutzerinnen des Projekts gehören gewaltbetroffene Patientinnen zur weiteren Zielgruppe des Projekts.

Welche Veränderungen sich im Rahmen des Projekts ergaben, sollte durch externe Wissenschaftlerinnen dokumentiert und evaluiert werden. Dazu standen folgende Fragestellungen im Zentrum 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 die Entwicklung von Handlungskompetenz und -sicherheit, damit Patientinnen, die Gewalt erlitten haben, im Behandlungsetting 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 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 begünstigenden 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.

7.2 Forschungs- und Evaluationsdesign der Begleitforschung

7.2.1 Formative Evaluation

Mit dem S.I.G.N.A.L.-Programm wurde in Deutschland erstmals der Versuch unternommen, ein Interventionsprogramm gegen Gewalt an Frauen innerhalb eines Krankenhauses zu implementieren. Im Rahmen der Begleitforschung sollte aufgezeigt werden, unter welchen Bedingungen und mit welchen Wirkungen die Projektimplementation verläuft. Für die Begleitforschung wurden ein prozess- und projektorientierter Ansatz und eine Vorgehensweise, die auf Praxiserfordernisse und die konkrete Situation des Projekts abgestimmt war, gewählt.

In der Sozialforschung gilt die formative Evaluation als besonders geeignete Methode, die Entwicklung innovativer Programme zu beschreiben (Bortz/Döring 1995). Formative Evaluation hat die Funktion, die Zielsetzung und Wirksamkeit eines Programms zu überprüfen und zu verbessern, indem die Stärken und Schwächen eines Programms frühzeitig aufgezeigt werden und darauf aufbauend zu einer Weiterentwicklung und Verbesserung eines Interventionsprogramms beigetragen werden kann. Im Gegensatz zur summativen oder ergebnisorientierten Evaluation zielt die prozessorientierte Vorgehensweise *„weniger auf ein abschließendes Qualitätsurteil, als vielmehr auf die laufenden Bewertung und Verbesserung des Leistungsgeschehens“* (Badura/Strodtholz 1998). Die Darstellung der Entwicklung, des Verlaufs und der einzelnen Komponenten einer Intervention erscheint insbesondere dann von großer Bedeutung, wenn Interventionen neu sind und erst wenige Kenntnisse vorliegen, wie sie im Einzelnen funktionieren. Mit der formativen Evaluation ist die Möglichkeit gegeben, bereits in einem ersten Entwicklungsstadium kritische Momente oder Übergangsstadien sichtbar zu machen.

Wissenschaftliche Begleitforschung gilt als eine besondere Form der Evaluation (Schwartz 1992). Zu ihrem Aufgabengebiet gehört zum einen die Beobachtung, Darstellung und Erfolgskontrolle eines Modellverlaufs, zum anderen beinhaltet Begleitforschung immer auch die Involviertheit der Forschenden in das Modellvorhaben und nimmt Einfluss auf den Projektverlauf. Begleitforschung zu Modellprojekten spielt eine aktive Rolle bei Veränderungen durch die Bemühung um Zielklärung, durch Rückkopplung der Erkenntnisse an die Modellmitarbeiter/innen und durch wissenschaftlich-sachliche Hinweise und Unterstützung bei Entscheidungsfindungen (Schwartz 1992; Kardoff 2000). Den Einfluss der Forschungsakteure auf das zu evaluierende Programm hat Patton mit dem Begriff des Prozessnutzens einer Evaluation geprägt. Er benennt damit die Veränderungen im Denken und in der Einstellung von Personen, die in den Evaluationsprozess einbezogen sind (Patton 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 Projekterfordernissen; sie wurden mit dem klinikinternen Trägerkreis des Interventionsprojektes abgesprochen. Erkenntnisse aus Beobachtungen und Befragungen, Dokumentenanalyse wurden in die Projektgruppe zurückgekoppelt, um frühzeitig förderliche und hinderliche Faktoren bei der Projektimplementierung wahrzunehmen und für die Zielsetzung nutzen zu können. Øvretveit weist darauf hin, dass es sich bei der formativen Evaluation *„um eine Art entwicklungsorientierter Evaluation“* handelt, deren Aufgabe darin besteht, *„denjenigen Information und Unterstützung zukommen zu lassen, die eine Intervention verändern können, so dass sich Verbesserungen ergeben“* (Øvretveit 2002). Neben der üblichen Form durch Feed-back der Beobachtungen und Analysen sowie den Zielabstimmungen mit den Trägerinnen des Projekts nahm die wissenschaftliche Begleitung Einfluss auf den Projektverlauf durch eine regelmäßige Teilnahme an den Arbeitsgremien des Projekts, durch die Vermittlung des wissenschaftlichen internationalen Forschungsstands und durch Unterstützung im Rahmen der Fortbildung, insbesondere für das ärztliche Personal des Klinikums. Die Mitwirkung erfolgte somit auf der Basis gezielter Intervention zur Unterstützung des gesamten Projektverlaufs.

Die Wahl einer formativen Evaluation erfolgte ebenfalls vor dem Hintergrund, dass sich das Modellprojekt mit den einzelnen Interventionsinstrumenten in unterschiedlichen Entwicklungs- und Umsetzungsstadien befand und somit ein festes Evaluationskonzept mit bereits festgelegten Erhebungsschritten und -instrumenten den Erfordernissen nicht gerecht geworden wäre. Evaluation einer Entwicklung und Erprobung von innovativen Konzepten ist nach Komrey *„im wörtlichen Sinne ‚formativ‘“ und nimmt*

als wesentlicher Bestandteil des Entwicklungsprozesses auch die Funktion der Qualitätsentwicklung und Qualitätssicherung ein (Komrey 2001).

Wissenschaftliche Begleitforschung kann nur dann als eine Ressource für das Projekt betrachtet werden (Patton 1998), wenn aktuelle Kenntnisse zum Forschungsgegenstand vorhanden sind. Um dies zu gewährleisten, war die kontinuierliche Weiterqualifizierung ein wichtiger Bestandteil der Arbeit der wissenschaftlichen Begleitung. Dazu gehörten eine internationale Literaturrecherche und -analyse, die Teilnahme an Fachtagungen, ein regelmäßiger Austausch mit anderen Projekten und Forscherinnen zur Thematik von Interventionsprojekten gegen Gewalt an Frauen in der Gesundheitsversorgung und die Weitergabe dieser Kenntnisse an das S.I.G.N.A.L.-Projekt.

7.2.2 Struktur-, Prozess- und Ergebnisevaluation

Die Evaluation des S.I.G.N.A.L.-Modellprojekts beinhaltet struktur-, prozess- und ergebnisorientierte Komponenten. Hinsichtlich der Übertragbarkeit des Interventionsprogramms und der Forschungsfrage „unter welchen Bedingungen (Strukturen) und auf welche Art und Weise (Prozesse) welche Wirkungen (Ergebnisse)“ zu erreichen sind (Knesebeck/Zamora et al. 1999), ergibt sich die Notwendigkeit, struktur-, prozess- und ergebnisbezogene Merkmale des Modellprojekts zu betrachten.

Neben der Beurteilung der Konzeption, Umsetzung und Implementierung eines Interventionsprogramms kommt der Analyse der strukturellen Bedingungen eines Programms besondere Bedeutung zu, wenn Modellprojekte in einem komplexen Feld angesiedelt sind (Knesebeck/Zamora et al. 1999). Angesichts der Anbindung des S.I.G.N.A.L.-Projekts in die fest gefügte und stark hierarchisch geregelte Versorgungsstruktur eines Universitätsklinikums ist eine Einbeziehung der strukturellen Dimension für das Verständnis der Projektumsetzung und -implementation zentral. Zu den strukturellen Merkmalen des Projekts gehören die materiellen, personellen und zeitlichen Ressourcen, die dem Projekt zur Verfügung stehen, sowie Arbeitsstruktur und Vernetzung.

Die S.I.G.N.A.L.-Begleitforschung hat vor allem die Prozessevaluation in ihren Mittelpunkt gestellt. Die Evaluation eines Prozesses wie der Projektimplementation hat zum Ziel, den Programmverlauf zu dokumentieren und zu verdeutlichen, wie das Projekt in der Praxis arbeitet und wie das Programm unter spezifischen Bedingungen umgesetzt werden kann. Hierzu sollte aufgezeigt werden, wie eine Sensibilisierung der Zielgruppen bezüglich der Gewaltthematik über Fortbildung erreicht werden kann. Bei der Prozessevaluation geht es darum, „wie eine Dienstleistungseinrichtung funktioniert und wie sie zu ihren Ergebnissen kommt“ (Øvretveit 2002). Dies ist dann von besonderem Interesse, wenn es um die Übertragbarkeit von Modellprojekten geht, da bei der Durchführung der Prozessevaluation Hypothesen über Stärken und Schwächen des Programms eine besondere Beachtung finden.

Ziel der Ergebnisevaluation ist es, die Wirkung von Programmen einzuschätzen sowie das Ausmaß zu zeigen, in dem die gesetzten Ziele erreicht wurden. Dabei gilt es zu erkennen, was die wichtigsten Faktoren sind, die zum Ergebnis eines bestimmten Programms beitragen (Øvretveit 2002). Die Ergebnisevaluation des S.I.G.N.A.L.-Projekts sollte bestimmen, ob die einzelnen Interventionsinstrumente erfolgreich um- bzw. eingesetzt werden konnten und somit das Ziel, die Sensibilisierung des pflegerischen und ärztlichen Personals erhöht und die Gesundheitsversorgung für gewaltbetroffene Frauen verbessert werden konnte. Indikatoren dafür sind u.a., ob das Erkennen von gewaltbedingten Verletzungen und Beschwerden der Patientinnen durch Professionelle zugenommen hat und eine Kooperation mit anderen Unterstützungseinrichtungen aus dem Anti-Gewalt-Bereich etabliert werden konnte.

7.2.3 Überblick zur Datenerhebung

Bei der Wahl der Instrumente war angesichts der komplexen Aufgabenstellung der Begleitforschung ein Methodenmix gefordert. Abhängig vom jeweiligen Erkenntnisinteresse kamen quantitative und qualitative Methoden der Sozialforschung zur Anwendung.

Im Rahmen der Begleitforschung wurden qualitative Erhebungsmethoden wie Beobachtung/Hospitationen, problemzentrierte Interviews (Experten/innen/interviews, Telefoninterviews) und Gruppendiskussionen angewandt. Zu den quantitativen Methoden gehörte der Einsatz von standardisierten Fragebögen zur Erhebung des Fortbildungsbedarfs unter den ärztlichen Mitarbeiter/innen, zur Evalu-

ation der Fortbildungen sowie zur repräsentativen Befragung von Patientinnen der Ersten Hilfe/Notaufnahme-Station.

In der folgenden Übersicht werden die quantitativen und qualitativen Datenerhebungen, die im Rahmen der Struktur-, Prozess- und Ergebnisevaluation erfolgten, dargestellt:

Tabelle 7.2–1: Übersicht der Datenerhebungen zur Struktur-, Prozess- und Ergebnisevaluation

Strukturevaluation	Quantitative und qualitative Datenerhebung
Ermittlung der Projektbedingungen	<ul style="list-style-type: none"> • Qualitative Leitfadeninterviews mit Projektinitiatorinnen und Mitarbeiterinnen der Projektsteuerungsgruppe (n=8) • Qualitative Leitfadeninterviews mit ärztlichen und pflegerischen Mitarbeiter/innen der Ersten Hilfe des UKBF (n=5) • Zieldiskussion mit den Projektträgerinnen • Zwei offene Beobachtungen/Hospitationen in der Ersten Hilfe an verschiedenen Tages- und Wochenzeiten
Fortbildungsbedarf	<ul style="list-style-type: none"> • Qualitative, problemzentrierte Experten/innen/interviews mit ärztlichen Mitarbeitern/innen der Ersten Hilfe (n=3) • Schriftliche Befragung (standardisierter Fragebogen) von Ärzten/innen im Dienst in der Ersten Hilfe (n=38)
Vernetzung	<ul style="list-style-type: none"> • Telefon-Interviews mit Mitarbeiterinnen Berliner Anti-Gewalt-Projekte (n=24) • Strukturierte Gruppendiskussion mit Mitarbeiterinnen der BIG-Hotline
Prozessevaluation	Quantitative und qualitative Datenerhebung
Ermittlung der Projektbedingungen	<ul style="list-style-type: none"> • Offene Beobachtungen/Hospitationen in der Ersten Hilfe an verschiedenen Tages- und Wochenzeiten • Teilnahme an einer Visite in der Ersten Hilfe Station • Regelmäßige Gespräche mit <ul style="list-style-type: none"> · den Initiatorinnen des Projekts · den Mitgliedern der Steuerungsgruppe · dem Erste Hilfe Personal · Mitarbeiterinnen aus dem Anti-Gewalt-Bereich
Zweitägige Basisschulungen	<ul style="list-style-type: none"> • Qualitative Leitfadeninterviews mit den Mitarbeiterinnen der Projektsteuerungsgruppe (n=5) • Qualitative Interviews mit den Teamerinnen der zweitägigen Basisschulungen zu Konzept und Zielsetzung der Schulungen sowie ihren Erfahrungen (n=2) • Drei offene Beobachtungen/Hospitationen der Schulung für Pflegekräfte • Fortlaufende Evaluation der zweitägigen Schulungen für Pflegekräfte (n=44) (s. Kap. 10) • Qualitative Leitfadeninterviews mit Pflegekräften (n=10)
Fortbildungen für Ärzteschaft	<ul style="list-style-type: none"> • Quantitative Erhebung mittels standardisiertem Fragebogen unter den Ärzten/innen der Ersten Hilfe (n=38) (s. Kap. 11) • Drei offene Beobachtungen/Hospitationen der Fortbildungen für Ärzte/innen • Qualitative Leitfadeninterviews mit ärztlichen Experten/innen (n=5)

Ergebnisvaluation	Quantitative und qualitative Datenerhebung
Wirkungen des Projekts	<ul style="list-style-type: none"> • Qualitative Leitfadeninterviews mit ärztlichen Experten/innen (n=7) • Gruppendiskussion zu den Ergebnissen des Projekts mit der Steuerungsgruppe • Strukturierte Gruppendiskussion mit Mitarbeiterinnen der BIG - Hotline
Schulungen für Pflegepersonal	<ul style="list-style-type: none"> • Quantitative Befragung mittels standardisiertem Fragebogen unter Teilnehmenden der zweitägigen Schulung (n=43)
Fortbildungen für Ärzteschaft	<ul style="list-style-type: none"> • Quantitative Befragung mittels standardisiertem Fragebogen unter Teilnehmenden der Institutsfortbildungen (n=105) (s. Kap. 11)
Ermittlung des Versorgungsbedarfs	<ul style="list-style-type: none"> • Auswertung der Falldokumentationen (n=136) (s. Kap. 9) • Quantitative Befragung mittels standardisiertem Fragebogen unter Patientinnen der Ersten Hilfe (n=806) (s. Kap. 8)

vgl. Anhang

7.3 Literaturrecherche

Zur Erfassung des Forschungsgegenstandes wurden kontinuierlich

- eine Internet gestützte Literaturrecherche in *PubMed* (www.pubmed.de) durchgeführt,
- vorhandene Bibliographien im Themenbereich Gewalt gegen Frauen/Mädchen und im gesundheitlichen Kontext gesichtet,
- die Internetseiten verschiedener Organisationen im Bereich der Antigewaltarbeit und der medizinischen Versorgung ausgewertet.

Als Suchbegriffe für die internationale Internetrecherche wurden „domestic violence“, „domestic abuse“, „violence against women“, „domestic violence and health care“, „(domestic) violence and intervention programm“ gewählt. Die gesichteten Bibliographien stammen zum einen von der WHO zum anderen von „Popline“ in Zusammenarbeit mit dem „Center for Health and Gender Equity“, Maryland USA.

Kontinuierlich wurden vornehmlich folgende Homepages ausgewertet:

- National Center for Injury Prevention & Control – www.cdc.gov
- Family Violence Intervention Fund, San Francisco, USA (FVPF) – www.fvpf.org, www.endabuse.org
- New York State Office for the Prevention of Domestic Violence – www.opdv.state.ny.us
- John Hopkins University: End Violence Against Women – www.endvaw.org
- Physicians for a Violence-Free Society (PVS) – www.pvs.org
- American Medical Association (AMA) – www.ama-assn.org
- Department of Health, England – www.doh.gov.uk
- World Health Organisation (WHO) – www.who.int/violence_injury_prevention/vaw/elimination_of_vaw
- Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften/Leitlinienregister (AWMF) – www.uni-duesseldorf.de/WWW/AWMF.htm

Eine Übersicht über weitere, thematisch relevante und in die Recherche einbezogene Homepages sind dem Anhang zu entnehmen.

7.4 Datenauswertung

Die Auswertung der qualitativen Interviews folgte dem methodischen Vorgehen der strukturierenden qualitativen Inhaltsanalyse (Mayring 1990). Angesichts der Analyse von umfangreichem Interviewmaterial liegt der Vorteil dieses Verfahrens in einer Reduktion des vorliegenden Materials und ermöglicht damit eine Konzentration auf die für den Forschungsgegenstand relevanten Aspekte (Mayring 1990; Flick 1995). Um eine Dokumentation aller bedeutenden Informationen sicherzustellen, wurden die vorliegenden Tonaufzeichnungen nahezu vollständig transkribiert. Die Interviews wurden in einfacher Form ohne besondere Transkriptionsregeln verschriftlicht (Flick 1995). Zur Qualitätskontrolle wurden die Transkripte zum Teil mit den Tonaufzeichnungen verglichen.

Bei der Analyse des Materials und der Kategorienbildung fand eine Orientierung an den Themenschwerpunkten des Leitfadens der jeweiligen Interviews statt. Im weiteren Vorgehen wurden relevante Textstellen den Kategorien und Subkategorien zugeordnet.

Das quantitative Datenmaterial der standardisierten Fragebögen wurde per EDV mit dem Statistikprogramm SPSS für Windows (Version 10.1 und 11) deskriptiv ausgewertet. Die Auswertung erfolgte nach Häufigkeiten, bei einigen Fragen wurden bivariate Analysen durchgeführt. Einige Variablen wurden qualitativ ausgewertet. Die Daten zum Versorgungsbedarf (Patientinnenbefragung und Falldokumentation) wurden vergleichbar analysiert (ausführlich s. Kap. 8 und 9).

7.5 Rückkopplungsprozesse in die Intervention

In Abstimmung mit den Trägerinnen des Projektes erhielt die Begleitung und Unterstützung der Planungs- und Entwicklungsprozesse des Interventionsprogramms eine starke Berücksichtigung. Dies bezog sich insbesondere auf den Prozess der Entwicklung von Interventionsinstrumenten, auf den Prozess der Aufgabenklärung und der Zielüberprüfung sowie auf Arbeitsstrukturen und den Prozess der Verankerung des Projektes im Klinikum. Der Arbeitsbereich der wissenschaftlichen Begleitung umfasste:

- kontinuierliche Teilnahme an allen Arbeitsgruppen/Gremien des Interventionsprojekts und Überprüfung inhaltlicher Prozesse wie die Betrachtung der Arbeitsstrukturen im Hinblick auf förderliche und/oder hemmende Faktoren für die Weiterentwicklung des Projektes
- regelmäßig Feed-back Sitzungen mit den Arbeitsgruppen/Gremien zu den Erkenntnissen aus der Prozessevaluation
- moderierte Sitzungen zu Aufgaben- und Zielplanung
- thematische Workshops und Schwerpunktdiskussionen zur Vermittlung von Forschungsergebnissen und Praxiserfahrungen US-amerikanischer Interventionsprojekte
- Veröffentlichung internationaler Forschungsergebnisse und Praxiserfahrungen in der hauseigenen Zeitschrift „Planetarium“
- Basiserhebungen für die Planung und Entwicklung von Interventionsinstrumenten.

Neben standardisierten Befragungen von Projektträgerinnen, Pflegekräften und Ärzte/innen fanden regelmäßig informelle Gespräche mit dem Personal der Ersten Hilfe/Notaufnahme und den Projektbeteiligten sowie offene Beobachtungen statt. Die erhobenen Daten wurden laufend aufbereitet und ausgewertet und die Ergebnisse als „Evaluationsschlaufen“ in die Projektgruppe und zum Teil in die monatlichen Meetings der Pflegekräfte in die Erste Hilfe-Station rückgekoppelt. In der Steuerungsgruppe erfolgten zum Stand des Projekts „Zwischenreflexionen“, die im Anschluss an die Präsentation der Ergebnisse der qualitativen und quantitativen Erhebungen der Begleitforschung stattfanden und bei der die Umsetzung des Projekts evaluiert wurde.

Als Input wurden verschiedene Workshops für die Arbeitsgremien durchgeführt, bei denen die Vermittlung von Forschungsergebnissen und Praxiserfahrungen US-amerikanischer Interventionsprojekte im Vordergrund stand.

Es wurden zwei Zwischenberichte erstellt, die ebenfalls den Teilnehmerinnen der Projektsteuerungsgruppe vorgestellt wurden.

Literatur

- Badura B/Strodtholz P (1998). *Qualitätsförderung, Qualitätsforschung und Evaluation im Gesundheitswesen*.
In: Schwartz FW, Badura B, Leidl R, Raspe H and Siegrist J (1998): *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.
- v Kardoff E (2000). *Qualitative Evaluationsforschung*. In: Flick U, v. Kardoff E, Steinke I (Hg.) (2000) : *Qualitative Forschung. Ein Handbuch*. 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.) (1999). *Evaluation im Gesundheitswesen*. Weinheim, München.
- Komrey H (2001). *Evaluation – ein vielschichtiges Konzept*. In: Berufsverband Deutscher Soziologinnen und Soziologen e.V. (Hg.) (2001). *Sozialwissenschaften und Berufspraxis*.
- Mayring P (1990). *Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken*. Weinheim.
- Øvretveit J (2002). *Evaluation gesundheitsbezogener Interventionen*. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle.
- Patton MQ (1998). *Die Entdeckung des Prozeßnutzens. Erwünschtes und unerwünschtes Lernen durch Evaluation*. In: Heiner M (Hg.) (1998). *Experimentierende Evaluation*. Weinheim.
- Schwartz FW (1992). *Schwerpunkte einer Evaluation im Gesundheitswesen*. In: Brenneke R (Hg.) (1992). *Sozialmedizinische Ansätze der Evaluation im Gesundheitswesen. Bd.1: Grundlagen und Versorgungsforschung*. Berlin Heidelberg New York

8 Prävalenzstudie unter Patientinnen der Ersten Hilfe

8.1 Zielsetzung der Studie

Im Rahmen der wissenschaftlichen Begleitung des Interventionsprojektes S.I.G.N.A.L. sollten mit Hilfe einer Untersuchung erstmalig in Deutschland Daten zum medizinischen Versorgungsbedarf und den Versorgungsbedürfnissen betroffener Frauen im Kontext von häuslicher Gewalt ermittelt werden (vgl. Teil A: Kap. 3). Während der Fortbildungen der Ärzteschaft im UKBF zeigten sich die große Bedeutung und das hohe Interesse an den Prävalenzen aus internationalen Studien. Vergleichbare Studien liegen hierzulande jedoch nicht vor. Im Sinne der Etablierung des Interventionsprojektes auch unter der Ärzteschaft schien die Erhebung von Zahlen zum Ausmaß der von Gewalt betroffenen Frauen unter ihren Patientinnen der Ersten Hilfe ein geeignetes Mittel, um die Akzeptanz des Projektes sowie die Bereitschaft zur praktischen Intervention zu steigern und über das Modellprojekt hinaus bei anderen Akteuren im Gesundheitsversorgungssystem Interesse und Unterstützung für diesen Problemkomplex zu wecken.

8.2 Fragestellung

Folgende zentrale Forschungsfragen wurden formuliert:

- Wie hoch ist unter allen Patientinnen der Ersten Hilfe der Anteil derjenigen Frauen, die von körperlicher, sexueller und emotionaler Gewalt betroffenen sind (Akut-, Ein-Monat-, Ein-Jahres- und Lebenszeitprävalenz)?
- Wegen welcher Verletzungen oder Beschwerden suchen gewaltbetroffene Frauen die Erste Hilfe auf?
- Welche gesundheitlichen Folgen sind aufgrund von erlebter Gewalt zu beobachten oder werden von den Betroffenen selbst in Beziehung gesetzt?
- Nehmen betroffene Frauen wegen den gesundheitlichen Auswirkungen medizinische oder therapeutische Versorgungseinrichtungen in Anspruch?
- Wie beurteilen betroffene sowie nicht betroffene Frauen Interventions- und Unterstützungsangebote im medizinischen Versorgungssetting?

8.3 Methode

Zur Ermittlung von Prävalenzen bietet sich eine retrospektive Querschnittstudie in Form einer anonymen, quantitativen Befragung an. Zur Planungsorientierung dienten vorliegende Untersuchungen aus dem angloamerikanischen Raum.

Ein Großteil dieser Studien untersucht neben anderen Fragestellungen, wie hoch der Anteil der betroffenen Frauen unter allen Patientinnen in verschiedenen Einrichtungen der Gesundheitsversorgung ist. Aufgrund der unterschiedlichen Studienpopulationen (Auswahl der Studienteilnehmerinnen und Ort der Befragung), differierenden Gewaltdefinitionen und Erhebungsinstrumente kommen diese Studien zu sehr unterschiedlichen Prävalenzen (Verbundprojekt 2001; Krug/Dahlberg et al. 2002).

Werden nur jene Untersuchungen berücksichtigt, die ihre Daten in einer klinischen Ersten Hilfe oder Rettungsstation erhoben (Abbott/Johnson et al. 1995; Bates/Redman et al. 1995; Roberts/O'Toole et al. 1996; Dearwater/Coben et al. 1998; Zachary/Mulvihill et al. 2001), so variieren die Prävalenzen für die Lebenszeit zwischen 23,9% (Roberts/O'Toole et al. 1996) und 54,2% (Abbott/Johnson et al. 1995) und für die Inanspruchnahme der Ersten Hilfe wegen Verletzungen oder Beschwerden aufgrund akuter Gewalttaten zwischen 1,7% (Bates/Redman et al. 1995) und 7,6% (Abbott/Johnson et al. 1995).

Diese hohen Diskrepanzen resultieren ursächlich aus der Definition des Gewaltbegriffes und daraus folgend in der Operationalisierung von Gewalterfahrung (Hegarty/Roberts 1998). Häufig wurden als Messinstrumente entweder die „Conflict Tactic Scales“ (Straus 1979), deren Erfassung von partnerschaftlicher Gewalt jedoch kritisch beurteilt wird (DeKeseredy/Schwartz 1998; Wagner/Mongan 1998; Verbundprojekt 2001), oder das „Abuse Assesment Screening“ eingesetzt, das mit seinen wenigen

Fragen eher zum Routinescreening gedacht ist, weil damit wenig Hintergrundinformationen zu ermitteln sind. Da beide Instrumente nicht geeignet schienen, wurde ein eigener Fragebogen entwickelt.

Aufgrund der zu erwartenden höheren Responserate und einer geringeren Fehlerquote (Pfaff/Bentz 1998; Schnell/Hill et al. 1999) wurde eine „Face to Face“ – Befragung gewählt. Das Untersuchungsthema schloss Männer als Interviewer aus.

8.3.1 Definition

Angesichts der Problematik der Begriffsbestimmung und Operationalisierung von Gewalterfahrung sowie der Vergleichbarkeit mit dem wenigen hiesigen Material wurde für die vorliegende Studie ein Gewaltbegriff gewählt, der ähnlich auch im Rahmen der KFN-Opferbefragung (Wetzels/Pfeiffer 1995) und der Studie Frauen, Leben, Gesundheit des Bremer Instituts für Präventionsforschung und Sozialmedizin (Senator für Arbeit 2001) verwendet wurde.

Erfragt wurde:

- *körperliche Gewalt* mit: „Sind Sie schon einmal absichtlich geschlagen, getreten, verprügelt, gestoßen, gewürgt oder in anderer Weise körperlich angegriffen worden?“
- *sexuelle Gewalt* mit: „Hat Sie schon einmal jemand mit Gewalt oder unter Androhung von Gewalt gegen Ihren Willen zu sexuellen Handlungen gezwungen oder versucht zu zwingen?“
- *emotionale Gewalt* mit: „Haben Sie jemals Angst vor Ihrem Ehemann oder Partner gehabt oder sich bedroht gefühlt?“ und „Haben Sie sich durch ihren Ehemann oder Partner systematisch kontrolliert, sozial isoliert oder gedemütigt gefühlt?“

Als von häuslicher Gewalt betroffene Frauen wurden diejenigen bestimmt, die als Täter den aktuellen (Ehe-) Partner oder den zum Zeitpunkt der Tat ehemaligen bzw. sich in der Trennung befindenden (Ehe-) Partner oder andere Familienangehörige angaben (Leopold/Kavemann et al. 2002).

8.3.2 Forschungsdesign

8.3.2.1 Definition der Studienpopulation und des Befragungszeitraums

Als Grundgesamtheit der Untersuchung wurden alle Patientinnen zwischen 18 und 60 Jahren der chirurgischen sowie internistischen Ersten Hilfe/Rettungsstation des UKBF bestimmt, die sich dort innerhalb des Befragungszeitraums vorstellten.

Die Wahl dieser Altersspanne resultiert aus folgenden Überlegungen:

- Internationale Studien zeigen, dass das Risiko, häusliche Gewalt zu erleben, für Frauen im Alter zwischen 20 und 40 Jahren höher ist als bei Jüngeren oder Älteren (Krug/Dahlberg et al. 2002).
- Aus Gründen der Praktikabilität wurde die untere Grenze auf das Mündigkeitsalter von 18 Jahren gesetzt, so dass kein Einverständnis der Erziehungsberechtigten eingeholt werden musste.
- Die obere Grenze wurde auf 60 Jahren festgelegt, obwohl auch Frauen jenseits dieser Altersgrenze von Gewalt betroffen sind, wie die S.I.G.N.A.L.-Falldokumentationen zeigen.

Auf Grundlage der vorliegenden vergleichbaren Studien wurde eine Akut-Prävalenz von 2% angenommen und eine Populationsgröße der Stichprobe von ca. 800 angestrebt, denn Ziel der Untersuchung ist es, die Prävalenz relativ genau mit Hilfe des Konfidenzintervalls (KI) zu schätzen. Damit das KI die vermutete Prävalenz mit einer Wahrscheinlichkeit von 95% überdeckt, wird ein Stichprobenumfang von $n=800$ benötigt. Die Intervallbreite, die die Genauigkeit der Schätzung angibt, ist dabei mit $2\% \pm 1\%$ berücksichtigt.

Auf Grundlage des monatlichen Patientinnenaufkommens wurde der Befragungszeitraum auf drei Blöcke von je zehn Tagen und 24 Stunden festgelegt, nach Durchführung der ersten Phase im Mai 2002, bei der 185 Patientinnen befragt werden konnten, musste der Modus jedoch verändert werden (s. Durchführung der Befragung), um die angestrebte Fallzahl zu erreichen. Es war davon auszugehen, dass die Patientenzahl nach Beginn der Sommerferien (Anfang Juli) sinken würde, so dass die Erhebung der Daten bis zu diesem Zeitpunkt beendet sein sollte. Folglich wurden die Patientinnen durchgehend von Juni bis Juli befragt.

Als Ausschlusskriterien wurden bei der Planung vorerst folgende Faktoren definiert:

Die Patientin

- ist jünger als 18 oder älter als 60 Jahre
- ist bereits befragt worden
- ist nicht ansprechbar, weil sie im Koma liegt, in Lebensgefahr schwebt, psychisch verwirrt ist oder unter dem Einfluss von Alkohol, Drogen oder Medikamenten steht
- will sich nicht von ihrer Begleitung trennen
- kann aufgrund sprachlicher Barrieren nicht befragt werden.

Eine weitere Differenzierung dieser Kriterien erfolgte nach Analyse des Pretest (vgl. Kap. 8.4.1).

8.3.2.2 Planung der Studie

Im Vorfeld der Untersuchung waren verschiedene Aspekte zu bedenken, um eine mögliche Belastung aller Beteiligten so gering wie möglich zu halten. Sie bedurften einer genaueren Planung, denn eine Befragung zum Thema Gewalterfahrung impliziert immer eine Form der Intervention und muss sich mit ihren potentiellen Folgen für Befragte sowie Interviewerinnen auseinandersetzen. Entsprechende Vorkehrungen müssen getroffen werden (Heise/Ellsberg et al. 2001; Ellsberg/Heise 2002).

Klinikintern

Die Genehmigung des Ethikbeauftragten sowie die Unterstützung der Klinikleitung wurden eingeholt. Um die Akzeptanz der Untersuchung innerhalb der Klinik zu erreichen, wurde das Vorhaben auf den monatlichen Pflegebesprechungen wie den stationsleitenden Ärzten vorgestellt und um Kooperation geworben. Da angesichts der hohen Arbeitsbelastung des Pflegepersonals nicht davon ausgegangen werden konnte, dass – wie in einigen amerikanischen Studien – die diensthabenden Pfleger/innen die Befragung durchführen würden, wurden externe Interviewerinnen damit beauftragt. Deutlich wurde, dass eine möglichst umfassende Befragung aller Patientinnen nur in Zusammenarbeit mit dem Pflegepersonal erreicht werden konnte. Mit ihnen musste abgesprochen werden, ob Patientinnen für eine Befragung in Betracht kommen, wo sie anzutreffen sind, wie ein Interview in den Behandlungsplan zu integrieren ist und an welchem Ort die Befragung stattfindet, um ggf. für die Behandlung das Interview zu unterbrechen.

Patientinnen

Frauen in einer akuten Misshandlungsbeziehung können gefährdet werden. Diese Gefährdung ist insbesondere dann gegeben, wenn sie von ihrem gewalttätigen Partner begleitet werden. Das Interview muss daher in einer privaten, intimen Atmosphäre ohne Begleitperson durchgeführt werden. Die Anonymität ist zwingend notwendig. Die Sicherheit von Befragten und Interviewerinnen muss an erster Stelle stehen.

Emotional belastende Erinnerungen und Traumata können ausgelöst werden, d.h. Unterstützung in Form von Beratung oder Zuflucht müssen ggf. angeboten werden können.

Interviewerinnen

Die Interviewerinnen müssen auf die Situation der Strukturen und Arbeitsorganisation der Ersten Hilfe gut vorbereitet werden, um sich in den klinischen Alltag integrieren zu können.

Insbesondere im Kontext von Gewalterfahrung ist ein offener, sensibler Umgang mit betroffenen Frauen seitens der Interviewerinnen nötig, um die Auseinandersetzung mit den schmerzhaften Erinnerungen so wenig belastend wie möglich zu halten. Die Konfrontation mit den z.T. erschreckenden Lebensgeschichten betroffener Frauen stellt für Interviewerinnen selbst eine Belastung dar, so dass supervidierende Betreuung vorgesehen werden sollte.

Die zu berücksichtigenden Aspekte machten eine sorgfältige Auswahl und Schulung der Interviewerinnen nötig. Alle 13 ausgewählten Interviewerinnen verfügten entweder über Beratungserfahrung in frauen- bzw. gewaltspezifischen Projekten oder waren in medizinischen Versorgungseinrichtungen

beschäftigt. Keine der Interviewerinnen war jünger als 30 Jahre, da davon auszugehen war, dass ältere Patientinnen sich nicht wesentlich jüngeren Frauen anvertrauen würden. Eine intensive Schulung thematisierte in einer allgemeinen Einführung ausführlich den Problemkomplex ‚häusliche Gewalt‘, deren gesundheitliche Auswirkungen und Ergebnisse internationaler Prävalenzstudien sowie die Elemente des S.I.G.N.A.L.-Interventionsprojektes. In einem zweiten Teil wurde die geplante Untersuchung am UKBF in Einzelheiten und die Aufgabe bzw. Rolle der Interviewerinnen erläutert. In Rollenspielen konnten die Kontaktaufnahme mit Patientinnen, der Umgang mit Zögernden und das Verhalten in der Erhebungssituation geübt werden. Im Anschluss fand ein Austausch statt. Abschließend wurden organisatorische Informationen weitergegeben und die Erste Hilfe als Ort der Befragung besucht. Alle 13 geschulten Frauen führten anschließend Interviews durch.

8.3.2.3 Instrument

Als Erhebungsinstrument wurde ein standardisierter Fragebogen mit teilweise offenen Antworten bzw. Hybridfragen gewählt. Eine vorerst geplante Übersetzung in andere Sprachen erwies sich aufgrund der geringen Patientinnenzahl mit unzureichenden Deutschkenntnissen als unnötig. Insgesamt liegt der Anteil der Patientinnen nichtdeutscher Herkunft im UKBF bei 6,05%. Da Frauen türkischer Herkunft mit 1,4% die größte Gruppe der Frauen nichtdeutscher Herkunft bilden, wurden für die Zeiten, in denen das Patientinnenaufkommen am stärksten war, türkische Muttersprachlerinnen zur Simultanübersetzung eingesetzt.

Der Fragebogen gliederte sich in neun Teile:

Warming Up	14 Items
	<ul style="list-style-type: none"> • Anlass der Inanspruchnahme der Ersten Hilfe • Belastungsbereiche (Arbeit, Wohnen, Finanzen, Partnerschaft, andere soziale Beziehungen)

Im Anschluss erfolgte eine Ankündigung des Fragenkomplexes Gewalt gegen Frauen, die Zusicherung der Anonymität und der Möglichkeit des sofortigen Abbruchs des Interviews seitens der Befragten.

Lebenszeitprävalenz	25 Items
	<ul style="list-style-type: none"> • von körperlicher, sexueller und emotionaler Gewalt • differenziert nach <ul style="list-style-type: none"> · Täter · Häufigkeit · dem Zeitpunkt (vor/nach dem 16. Lebensjahr) · Einsatz von Gegenständen oder Waffen

Die Fragen zur Lebenszeitprävalenz fungierten als Filter: wurden sie mit „ja“ beantwortet, so folgte

Differenzierung der Gewalterfahrung und der Folgen		34 Items
	Gewalt in der Schwangerschaft	
Ein-Jahres-Prävalenz	<ul style="list-style-type: none"> • von körperlicher und sexueller Gewalt differenziert nach <ul style="list-style-type: none"> · Täter 	
Ein-Monats-Prävalenz	<ul style="list-style-type: none"> • von körperlicher und sexueller Gewalt 	
Akut-Prävalenz	<ul style="list-style-type: none"> • von körperlicher und sexueller Gewalt 	

Gesundheitlichen Auswirkungen der Gewalterfahrung (10 Items)	<ul style="list-style-type: none"> • körperliche Folgen • psychische Folgen <ul style="list-style-type: none"> · Konkretisierung in einem freien Text • Inanspruchnahme von Behandlung oder Therapie <ul style="list-style-type: none"> · Konkretisierung in einem freien Text
--	---

Alle Frauen wurden befragt zu

Unterstützungsmöglichkeiten in der medizinischen Versorgung		13 Items
Subjektive Einstellung im Fall von Gewalterfahrung	<ul style="list-style-type: none"> • Sind Ärzte Ansprechpersonen? • Soll Gewalterfahrung Teil der Anamnese sein? • Welche Erwartungen werden an eine Ansprechperson gestellt? 	
Bekanntheit von Unterstützungsprojekten	<ul style="list-style-type: none"> • S.I.G.N.A.L. • regionalen Beratungsstellen 	
Demografische Daten		31+16 Items
der Patientin (31 Items)	<ul style="list-style-type: none"> • Alter • Wohnort • Kulturelle Herkunft/Muttersprache • Familienstand/Partnerschaft • Kinder • Schulabschluss • Berufsausbildung • Erwerbstätigkeit • Einkommen/Unterstützung 	
des Partners/der Partnerin (16 Items)	<ul style="list-style-type: none"> • kulturelle Herkunft • Erwerbstätigkeit • Einkommen/Unterstützung 	

8.4 Datenerhebung

8.4.1 Pretest

Um die Durchführbarkeit einer Befragung aller Patientinnen sowie das Erhebungsinstrument zu prüfen, wurde an vier verschiedenen Tagen und Zeiten ein Pretest durchgeführt. Zum einen diente der Test zur Einfeldung in die spezielle klinische Vorortsituation, dem Bemühen um Kooperation des Pflegepersonals, sowie dem Bestimmen des optimalen Zeitpunktes und des Ansprechmodus der einzelnen Patientin. Zum anderen wurden die Akzeptanz und Brauchbarkeit des Fragebogens geprüft sowie die Ausschlusskriterien konkretisiert.

Deutlich wurde während des Pretests auch die spezielle Situation Vor-Ort. Das UKBF verfügt über insgesamt 19 Polikliniken, zehn dieser Kliniken richten sich von ihrem Angebot her an ein Erste Hilfe-Klientel (Augen, Unfall-/Chirurgie, Dermatologie, Gynäkologie, HNO, Innere, Neurochirurgie/Neurologie, Kieferchirurgie/Zahn, Urologie, Orthopädie). Sie sind werktags von 8 bis 14 Uhr geöffnet. D.h. Patientinnen, die bei der Anmeldung versprechen und mittels ihrer genannten Beschwerden den Polikliniken zugeordnet werden können, gelangen ohne Umweg über die Erste Hilfe direkt in die oberen Etagen des Klinikums. Größe des Hauses, Lage der Polikliniken sowie der finanzielle Rahmen für die einzusetzenden Interviewerinnen machten es unmöglich, diese Patientinnen in die Befragung mit einzubeziehen. Angesichts dieser Verfahrensweise erwies sich das zuvor ermittelte Patientinnen-

aufkommen des Vorjahres für die Berechnung des Befragungszeitrahmens nur noch annähernd als brauchbare Bezugsgröße.

Die Erste Hilfe/Rettungsstation gliedert sich zum einen in die chirurgische und zum anderen in die innere Station, mit zwei getrennten Anmeldeheken und Behandlungsbereichen. Um einen Überblick über alle vorsprechenden Patientinnen zu erlangen, bedurfte es daher größerer Aufmerksamkeit seitens der Interviewerinnen und einer hohen Kooperationsbereitschaft der Pflegenden.

Die während der Befragung stattfindenden Umbaumaßnahmen auf der Ersten Hilfe vergrößerten den bereits im Vorfeld seitens des Personals beklagten Mangel an (Behandlungs-) Räumen, so dass es z.T. nicht einfach war, einen entsprechenden, *geschützten* Raum für ein Interview zu finden. Das Problem der zu wahren Intimsphäre bei der Befragung stellte sich auch bei liegenden Patientinnen. Sie warteten gemeinsam in einem gesonderten Bereich – nur getrennt durch Stoffwände – auf eine Behandlung. In diesen Fällen – so wurde entschieden – füllten die Patientinnen den Fragebogen selbstständig aus. Waren sie dazu nicht in der Lage, so konnten sie nicht einbezogen werden.

Als günstiger Zeitpunkt für eine Befragung erwies sich die Wartezeit zwischen der ersten Begutachtung der Patientin durch das Pflegepersonal, das auch aufgrund der Verfassung der Patientin eine erste Einschätzung zur Befragungsmöglichkeit abgab, und der anschließenden Behandlung durch die Ärztin/den Arzt. In der Regel beträgt die Wartezeit ca. zwei Stunden; das hatte zur Folge, dass Patientinnen, die erst wegen der Angst um Behandlungsverzögerung nicht befragt werden wollten, nach einiger Zeit letztlich doch einwilligten. Beim Ansprechen der Patientin wurde die Studie als Befragung zur gesundheitlichen Situation von Frauen und ihrem speziellen Versorgungsbedarf angekündigt. Stimmte die Patientin zu, so wurde das Interview in einem gesonderten Raum durchgeführt (in der Regel in einem freien Behandlungszimmer).

Während des Pretests wurden 31 Patientinnen angesprochen. Ein Interview konnte mit 18 Patientinnen durchgeführt werden. Insgesamt war die Resonanz auf die Fragestellung der Untersuchung und den Fragebogen positiv. Angesichts der besonderen Situation der Patientinnen, die wegen akuten Verletzungen oder (starken) Beschwerden die Erste Hilfe aufsuchten und z.T. Angst um Behandlungsverzögerung hatten, war ihre Mitwirkungsbereitschaft hoch. Die Fragen wurden allgemein gut verstanden und brauchten wenig Erklärung. Die Länge des Fragebogens erwies sich für diese Situation als akzeptabel. Für die Beantwortung benötigten Frauen ohne Gewalterfahrung in der Regel ca. 15 Minuten, gewaltbetroffene Frauen je nach Art ihrer Biografie oder ihrem Mitteilungsbedürfnis im Schnitt ca. 30 bis 45 Minuten. In einigen Fällen von multiplen Gewalterfahrungen dehnte sich das Interview auf ein bis eineinhalb Stunden aus.

Beim Resümee des Pretests schienen zur Optimierungen einige Veränderungen am Erhebungsinstrument angebracht:

- Die Eingangsfragen zum Warming Up wurden gestrafft.
- Die Differenzierung zwischen Patientinnen der chirurgischen bzw. internistischen Abteilung wurde wegen der Praktikabilität zugunsten einer Differenzierung in Verletzungen und Beschwerden aufgehoben.
- Auf die Frage zum subjektiven Wohlbefinden wurde verzichtet.
- Emotionale Gewalt wurde konkretisiert.
- Die Fragen zu Unterstützungsangeboten innerhalb der medizinischen Versorgung im Kontext von Gewalterfahrung wurden verdichtet.
- Die Filterführung wurde verdeutlicht.

Im Rahmen des Pretests zeigte sich aber auch, wie schwierig es ist, Frauen, die aufgrund akuter Gewalthandlungen in die Erste Hilfe kommen, zu befragen. Zwei Frauen, die direkt wegen Verletzungen durch gewalttätige Handlungen gekommen waren, befürworteten zwar grundsätzlich die Untersuchung, fühlten sich jedoch wegen ihres derzeitigen emotionalen Befindens zu einem Interview nicht in der Lage. Während der Datenerhebung bestätigte sich dieser Eindruck: fünf Frauen mit Verletzungen aufgrund akuter Gewalthandlungen lehnten ein Interview wegen ihrer emotionalen Verfassung ab.

Im Rahmen des Pretests wurden die Ausschlusskriterien modifiziert und genauer formuliert. Für jede nicht teilnehmende Patientin wurde ein Nonresponderbogen ausgefüllt, so dass jede Frau erfasst

wurde und die Gründe einer Nichtteilnahme dokumentiert sind. Um eine Nichtteilnahme im Anschluss genauer analysieren zu können, wurde in objektive Ausschlusskriterien und subjektive Ablehnungsgründe unterschieden. Als objektive Kriterien wurden all jene Gründe (Ausschlusskriterien) definiert, die aus Sicht des Pflegepersonals oder der Interviewerinnen eine Kommunikation mit einer Patientin unmöglich machten, darunter fielen Koma, Lebens- oder Ansteckungsgefahr, sprachliche Verständigungsprobleme, zu kurzer Aufenthalt z.B. wegen Weiterleitung in eine der Polikliniken oder dass die Intimsphäre nicht gewährleistet werden konnte. Galt eine Patientin vorerst als ansprechbar und sie selbst oder die Begleitperson lehnte eine Befragung ab, so wurden ihre subjektiven Gründe notiert. Eine genauere Aufstellung der Kriterien und deren Verteilung ist der Tabelle 8.4–1 und Tabelle 8.4–2 zu entnehmen.

Tabelle 8.4–1 Objektive Ausschlusskriterien in %

objektive Ausschlusskriterien	Anzahl	Prozent
Zu kurzer Aufenthalt	143	31,6
Starke Verletzungen/Beschwerden	91	20,1
Sofort in Poliklinik/stationäre Aufnahme	53	11,7
Keine sprachliche Verständigung möglich	47	10,4
Verwirrtheit	31	6,8
Psychische Verfasstheit	15	3,3
Koma/Lebensgefahr	11	2,4
Alkohol-/Drogenintoxiziert	6	1,3
Keine Intimsphäre möglich	4	0,9
Schlafende Patientin	4	0,9
Ansteckungsgefahr	3	0,7
Behandlungsbedingt	3	0,7
Gesamt	411	100,0

Tabelle 8.4–2 Subjektive Ablehnungsgründe in %

subjektive Ablehnungsgründe	Anzahl	Prozent
Starke Verletzungen/Beschwerden	133	133
Befragung abgelehnt	103	103
Patientin will sich nicht von Begleitung trennen	36	36
Zeitmangel	32	32
Begleitperson lehnt ab	11	11
Wg. psychischer Verfasstheit	8	8
Akutes Gewalttrauma	5	5
Gewalterfahrung (nicht akut)	5	5
Patientin will sich nicht von Kindern trennen	5	5
Angst um Behandlungsverzögerung	2	2
Gesamt	340	100

8.4.2 Durchführung der Befragung

Nach Durchführung und Analyse des ersten Befragungsblocks vom 13. bis 22.05.2002 musste von dem ursprünglichen Befragungszeitraum von drei Blöcken zu je zehn Tagen und 24 Stunden abgewichen werden. Aufgrund des geringen Patientinnenaufkommens in den Nachtstunden und angesichts der finanziellen Kapazitäten war absehbar, dass die Fallzahl von 800 in der ursprünglichen Form nicht erreicht werden würde. Im Anschluss wurden Zeitfenster und -rahmen dahingehend modifiziert, dass

die Befragung durchgehend vom 2.6. bis zum 7.7.02 (Beginn der Sommerferien) von jeweils 9 bis 24 Uhr durchgeführt wurde, bis die angestrebte Nettostichprobe erreicht war.

Deutlich wurden zuvor nicht berücksichtigte Komponenten, die die Untersuchung behinderten. Die Teilnahmebereitschaft der Patientinnen ist z.B. auch von äußeren Faktoren abhängig. Während der Befragung herrschte im Juni ein sehr schwüles Wetter mit einer hohen Ozonbelastung, sodass sich etliche Patientinnen stark belastet fühlten und nicht befragt werden wollten.

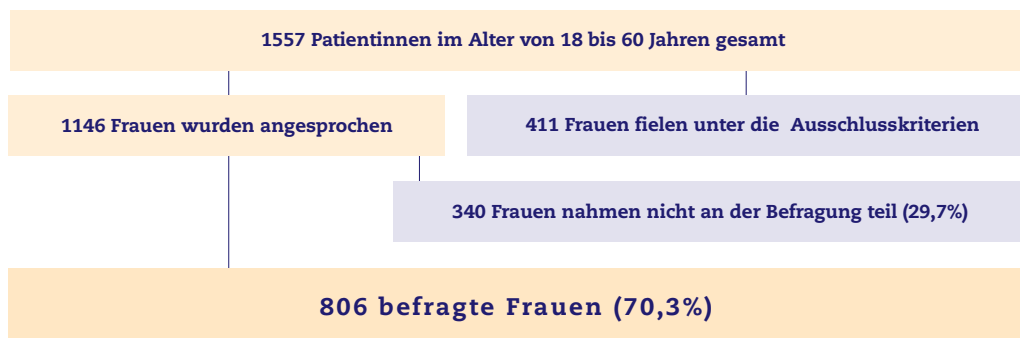
8.4.3 Studienpopulation

Im Erhebungszeitraum nahmen insgesamt 1557 Frauen zwischen 18 und 60 Jahren die Erste Hilfe/Rettungsstelle in Anspruch. Es gelang, alle vorsprechenden Patientinnen entweder zu befragen oder die Gründe einer Nichtteilnahme schriftlich festzuhalten.

Von diesen fielen 411 Frauen (26,4%) unter die Ausschlusskriterien. Von den verbleibenden 1146 Frauen (73,6%) nahmen 340 Patientinnen (29,7%) nicht an der Befragung teil.

Eine Befragung wurde bei 815 Frauen begonnen. Bei neun Frauen erfolgte ein Abbruch vor Beantwortung der Fragen zur Lebenszeitprävalenz von körperlicher Gewalt, so dass diese Fälle aus der Analyse herausgenommen wurden. Drei dieser neun Frauen brachen die Befragung wegen ihrer schmerzhaften Erinnerungen an Gewalterfahrung ab. Insgesamt liegen somit Daten von 806 Frauen vor und die Responserate beträgt 70,3% (vgl. Abbildung 8.4–1). Von den in die Datenanalyse einbezogenen 806 Fällen liegen in weiteren 25 Fällen wegen Unterbrechung oder Abbruch aufgrund von Behandlung nicht sämtliche Daten vor. Mitberücksichtigt wurden die Daten von denjenigen Frauen, die die Fragen zur Lebenszeitprävalenz von körperlicher Gewalt beantwortet hatten.

Abbildung 8.4–1: Studienpopulation



8.5 Auswertung

8.5.1 Datenaufbereitung

8.5.1.1 Datenerfassung

Die Daten wurden online per PHP/HTML erfasst und in eine MySQL Datenbank übertragen. Diese wurden regelmäßig in eine CSV-Datei exportiert und dann nach SPSS 10 importiert. Vor der Importierung der Daten wurde ein Codeplan mit allen Variablen und Wertelabels erstellt. Die Codierung der offenen Fragen erfolgte nach Beendigung des ersten Befragungsblocks, bei dem ca. 190 Interviews durchgeführt wurden. Die vorliegenden Antworten dienten der Klassifizierung der offenen Fragen. Bei der Einführungsfrage zum Anlass der Inanspruchnahme der Ersten Hilfe wurden die Beschwerden in Anlehnung an die ICD-10 Systematik (DIMDI 1994) und die Verletzungen nach den Verletzungsarten, -bereiche und -ursachen kategorisiert. Sowohl für Verletzungen als auch für Beschwerden wurden darüber hinaus die genannten Symptome in Kategorien gefasst. Ähnlich erfolgte die Vercodung der offenen Frage zu den von den Frauen selbst in Beziehung zu erlebter Gewalt gesetzten direkten Ver-

letzungen. Als Kategorien wurde zum einen die ICD–10 Systematik zugrunde gelegt, zum anderen die in internationalen Studien im Zusammenhang mit häuslicher Gewalt nachgewiesenen Beschwerden, Syndromen oder Störungen (vgl. Teil A: Kap. 3).

8.5.1.2 Datenqualitätskontrolle

Zur Kontrolle der eingegebenen Daten wurden mittels SPSS erste Häufigkeiten ermittelt, um so Werte außerhalb der definierten Bereiche identifizieren zu können. Ein Konsistenztest mehrerer Variablen wurde durchgeführt und Fehler bei der Filterführung durch Kreuztabellen ausgewiesen. Die Korrektur dieser Fehler erfolgte durch wiederholte Akteneinsicht und anschließender Datenberichtigung.

8.5.2 Datenauswertung

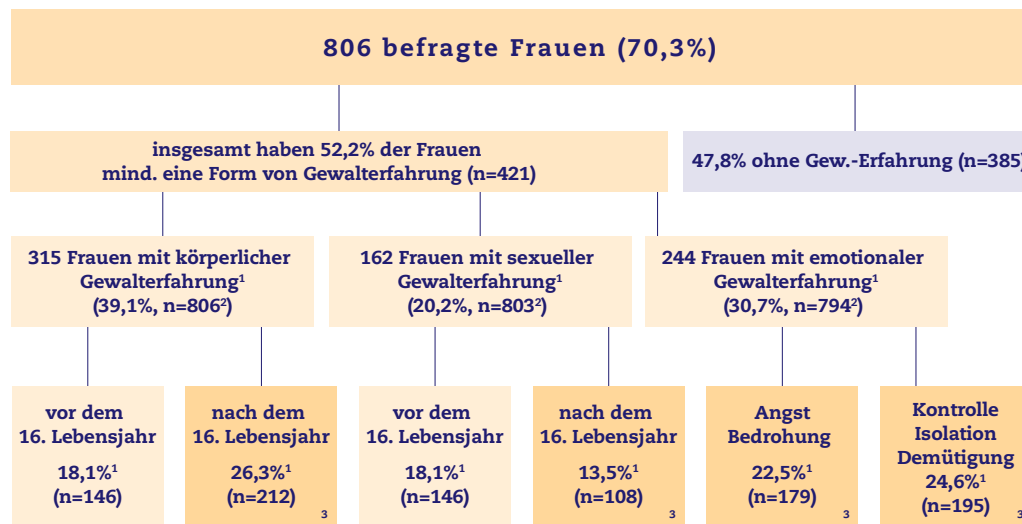
Es erfolgte eine deskriptive, univariate Auswertung der Daten. Für die Prävalenzwerte wurde das 95% Konfidenzintervall berechnet. Eine bivariate Analyse wurde zur Bestimmung der Schnittmenge der erlebten Gewaltformen sowie zum Vergleich ausgewählter Subgruppen im Kontext der gesundheitlichen Folgen sowie der Erwartungen an Unterstützung in der medizinischen Versorgung durchgeführt. Als Subgruppen wurden zum einen in von Gewaltbetroffene und Nichtbetroffene sowie in Altersgruppen unterschieden.

8.6 Ergebnisse

8.6.1 Lebenszeitprävalenz von körperlicher, sexueller und emotionaler Gewalt

Insgesamt berichteten 52,2% (421; 95% KI 48,8% – 55,6%) der Frauen (n=806) von mindestens einer Gewalterfahrung in ihrem Leben, die sich wie folgt verteilt (vgl. Abbildung 8.6–1).

Abbildung 8.6–1: Lebenszeitprävalenz von körperlicher, sexueller und emotionaler Gewalt



¹ Es werden die Prävalenzen für einzelne Gewaltformen dargestellt. Patientinnen mit multiplen Gewalterfahrungen (wie körperliche plus sexuelle) sind in der Abbildung nicht berücksichtigt.

² Einschlusskriterium für Einbeziehung in die Datenanalyse war mindestens die Angabe zur Lebenszeitprävalenz von körperlicher Gewalt. Aufgrund von Befragungsabbrüchen ergeben sich unterschiedliche Zahlen für die jeweilige Größe der Gesamtpopulation.

³ Im Folgenden werden die hervorgehobenen Subgruppen genauer betrachtet.

Körperliche Gewalt erlitten 39,1% (315; 95% KI 35,7% – 42,6%) aller Befragten (n=806). Bei vier weiteren Frauen vermuteten es die Interviewerinnen. Drei Frauen brachen bei Beginn des entsprechenden Fragenblocks das Interview mit der Begründung ab, nicht an ihre Traumata erinnert werden zu wollen.

Sexuelle Gewalt hatten 20,2% (162; 95% KI 17,4% - 23%) aller Frauen (n=803) erfahren.

Unter emotionaler Gewalt litten nach ihren Angaben zusammengefasst insgesamt 30,7% (244; 95% KI 27,5% - 33,9%) aller Frauen. Von 794 Frauen hatten 22,5% (179) jemals Angst vor ihrem (Ehe-) Partner oder sich von ihm bedroht gefühlt, sechs Frauen (0,8%) waren sich nicht sicher und drei (0,4%) machten keine Angaben zu dieser Frage. Systematisch kontrolliert, sozial isoliert oder gedemütigt hatten sich 24,6% (195) aller Frauen (n=795) gefühlt, unsicher waren sich neun Frauen (1,1%) und eine Frau machte keine Angaben (0,1%).

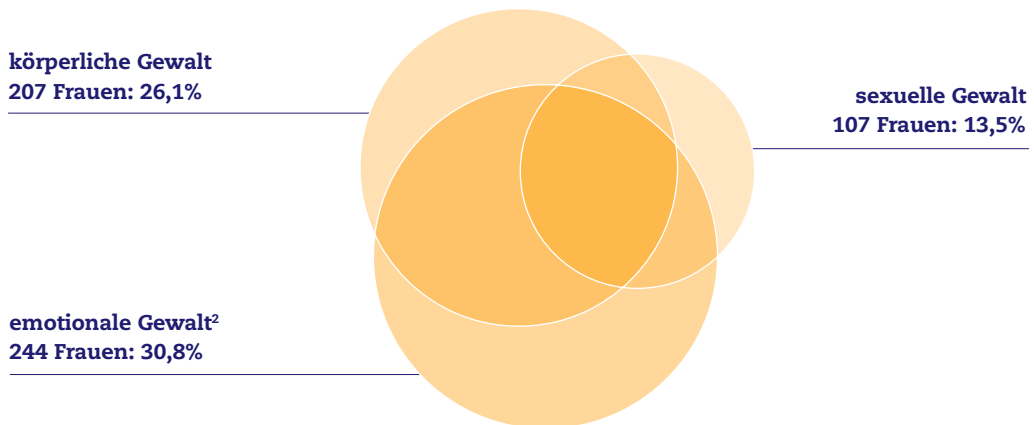
Sowohl im Zusammenhang von körperlicher als auch sexueller Gewalt wurde nach der Lebensphase (vor und/oder nach dem 16. Lebensjahr) differenziert, um Misshandlungen in der Kindheit und frühen Jugend erkennbar werden zu lassen und Rückschlüsse auf Gewaltbiografien bei einzelnen Frauen identifizieren zu können. Dabei ergaben sich für die Gesamtgruppe (n=806) (s. Abbildung 8.6–1):

- eine Lebenszeitprävalenz für körperliche Gewalt vor dem 16. Lebensjahr von 18,1% und nach dem 16. Lebensjahr von 26,3% (95% KI 23,3% – 29,3).
- eine Lebenszeitprävalenz für sexuelle Gewalt vor dem 16. Lebensjahr von 8,7% und nach dem 16. Lebensjahr von 13,5% (95% KI 11% – 15,8%).

Im Mittelpunkt der Untersuchung stehen Frauen, die von häuslicher Gewalt betroffen sind/waren. Bei der weiteren Datenauswertung liegt der Fokus daher auf denjenigen Frauen, die nach ihrem 16. Lebensjahr körperliche oder sexuelle Gewalt erlebten oder von emotionaler Gewalt seitens des Partners berichteten. Ausgeschlossen werden so Formen von Kindesmisshandlung oder autoritärem Erziehungsstil, der sich z.B. körperlicher Schläge bedient.

Bei ausschließlicher Betrachtung der Gewalterfahrungen, die Frauen nach dem 16. Lebensjahr erlebten, zeigt sich dass 42,6% der 806 Frauen (343; 95% KI 39,2% – 46%) von mindestens eine der Gewaltformen berichteten. Viele der befragten Patientinnen waren nicht nur einer Gewaltform nach dem 16. Lebensjahr ausgesetzt. Um die Lebenszeitprävalenzen der verschiedenen Kombinationen zu berechnen, wurden Schnittmengen gebildet. Berücksichtigt wurden hierbei nur diejenigen Frauen (n=793), die zu allen drei Gewaltformen Angaben machten (s. Abbildung 8.6–2).

Abbildung 8.6–2: Lebenszeitprävalenz der Kombinationen der drei Gewaltformen nach dem 16. Lebensjahr (n=793¹)



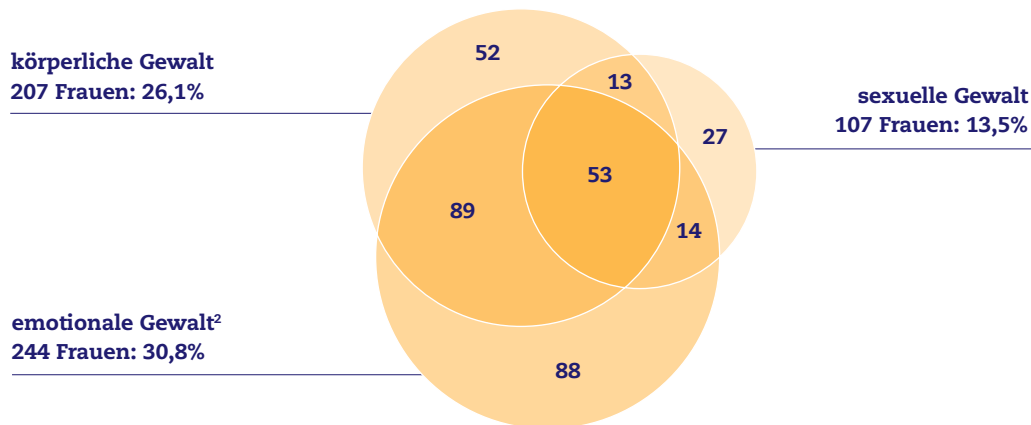
¹ Berücksichtigt wurden nur die Frauen, die zu allen drei Gewaltformen Angaben machten.

² Bei den Angaben zur emotionalen Gewalt wurde nicht nach dem Alter bei der Gewalterfahrung gefragt.

Es wurden folgende Lebenszeitprävalenzen für Gewaltkombinationen ermittelt (s. Abbildung 8.6–3):

- körperliche und emotionale Gewalt 17,9% (89+53=142 Frauen)
- körperliche und sexuelle Gewalt 8,3% (13+53=66 Frauen)
- körperliche und/oder sexuelle Gewalt 31,3% (207+27+14=248 Frauen)
- sexuelle und emotionale Gewalt 8,4% (53+14=67 Frauen)
- körperliche und sexuelle und emotionale Gewalt 6,7% (53 Frauen).

Abbildung 8.6–3: Schnittmengen der Lebenszeitprävalenzen der drei Gewaltformen nach dem 16. Lebensjahr (n=793¹)



¹Berücksichtigt wurden nur die Frauen, die zu allen drei Gewaltformen Angaben machten.

²Bei der Angabe emotionale Gewalt wurde nicht nach dem Alter bei der Gewalterfahrung gefragt.

8.6.2 Lebenszeitprävalenz von körperlicher Gewalt nach dem 16. Lebensjahr

Von den 315 Frauen, die jemals in ihrem Leben körperliche Gewalt erfahren haben, fielen diese Erfahrungen bei 67,3% (212) in die Zeit nach ihrem 16. Lebensjahr (s. Abbildung 8.6–1).

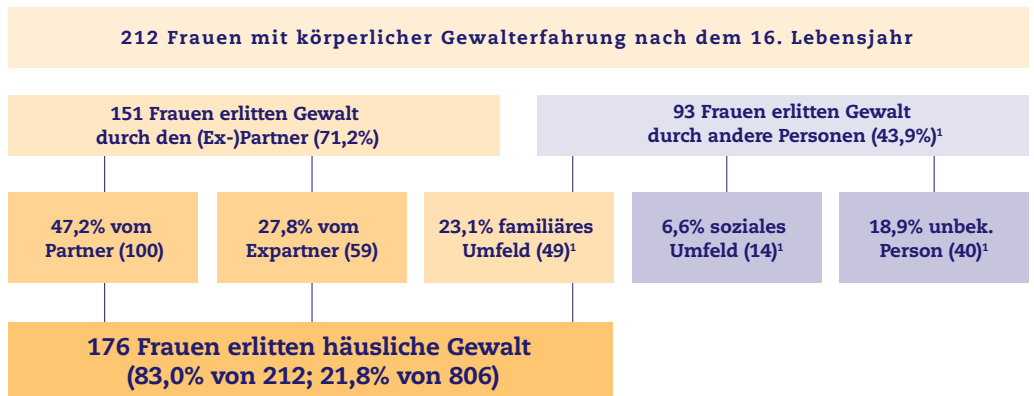
8.6.2.1 Täter

Die Gewalttaten in dieser Phase (s. Abbildung 8.6–4) wurden zu 47,2% (100) von dem Ehemann oder Partner während der Beziehung und zu 27,8% (59) von einem ehemaligen Partner, d.h. nach der Trennung, verübt. Acht Frauen erlitten sowohl von ihrem Partner als auch dem ehemalige Partner Gewalt. Zusammengenommen erlebten 151 Frauen (71,2%) in dieser Lebensphase körperliche Gewalt in der Partnerschaft. In Relation zur gesamten Studienpopulation ergibt sich eine Prävalenz von 18,7% (95% KI 16% - 21,4%).

In 43,9% der Fälle wurden die Gewalthandlungen von anderen Personen (93) verübt. In einem freien Text wurde dieser Personenkreis genauer von den Befragten definiert und in der Auswertung in die Tätergruppen familiäres bzw. soziales Umfeld und unbekannte Personen kategorisiert. Das familiäre Umfeld umfasst Eltern, Geschwister und andere Familienangehörigen, das sozialen Umfeld den Freundeskreis, Mitschüler/innen und -studenten/innen, Arbeitskollegen/innen und sonstige bekannte Personen. Unbekannte Personen schließt Fremde und fremde Jugendliche ein.

23,1% (49) der Frauen hatten körperliche Gewalt im familiären und 6,6% (14) im sozialen Umfeld erfahren; 18,9% (40) von unbekanntem Personen.

Abbildung 8.6-4: Körperliche Gewalterfahrung nach dem 16. Lebensjahr und Täter

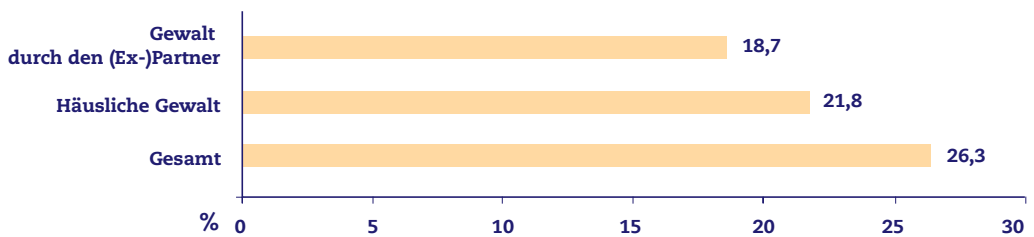


¹ Die Aufteilung der „Anderen“ erfolgte nach der Anzahl der Nennungen.

In Bezug auf körperliche Gewalterfahrung im Erwachsenenalter insgesamt ergibt sich auf Grundlage von 262 Angaben, dass 84,7% im Rahmen der Partnerschaft oder im familiären und sozialen Umfeld erfolgte.

Häusliche Gewalt – d.h. Gewalt in der Partnerschaft oder Familie – erlitten nach dem 16. Lebensjahr 176 Frauen, d.h. 21,8% (95%KI 18,9% - 24,7%) aller Befragten (n=806) (s. Abbildung 8.6-4, Abbildung 8.6-5).

Abbildung 8.6-5: Lebenszeitprävalenz von körperlicher Gewalt nach dem 16. Lebensjahr und Täter in % (n=806)



8.6.2.2 Gewalterfahrung vor dem 16. Lebensjahr

52 Frauen (24,5%) der 212, die Gewalterfahrung nach ihrem 16. Lebensjahr angaben, waren bereits vor ihrem 16. Lebensjahr körperlichen Gewalttaten ausgesetzt, 22 von ihnen seitens des damaligen und sieben von dem getrennten Partner, 44 von anderen Personen. Bei diesen 52 Frauen hat sich das Erleben von Gewalt im Erwachsenenalter fortgesetzt.

8.6.2.3 Häufigkeit der körperlichen Gewaltangriffe

Zur Häufigkeit der Gewalttaten machten 207 Frauen Angaben, demnach erlebten 65 (31,4%) einmal, 105 (50,7%) mehrmals und 37 (17,9%) häufig körperliche Angriffe. Ging die Gewalttat vom (Ex-)Partner aus, dann berichteten 38 Frauen (25,9%) von einmaligen, 81 (55,1%) von mehrmaligen und 28 (19,0%) von häufigen körperlichen Angriffen. Diese Angaben zeigen, dass Gewalt in der Partnerschaft in der Regel kein einmaliges Ereignis ist, sondern zu drei Viertel mehrmals oder häufiger auftritt.

8.6.2.4 Gebrauch von Waffen oder Gegenständen

Auf die Frage, ob bei diesen gewalttätigen Handlungen Gegenstände oder Waffen eingesetzt wurden, antworteten 53 (25,9%) der 205 Frauen, die dazu Angaben machten, mit „Ja“. Zu 14,6% (31) wurde ein Gegenstand, zu 1,9% (4) eine Schlagwaffe, zu 8,5% (18) eine Stichwaffe und zu 3,8% (8) eine Schusswaffe eingesetzt.

Am häufigsten wurden Gegenstände genutzt: in 16 Fällen durch den Partner, zehnmal durch den ehemaligen Partner und 15mal durch andere. Daneben setzen Partner am zweithäufigsten Stichwaffen ein.

8.6.2.5 Körperliche Gewalt in der Schwangerschaft

Von den 421 gewaltbetroffenen Frauen beantworteten insgesamt 405 Frauen die Frage zu einer vorausgegangenen Schwangerschaft. 266 Frauen (65,7%) berichteten davon, jemals schwanger gewesen zu sein; von diesen erlebten 36 (13,5%; 95% KI 9,4% - 17,6%) körperliche Gewalt während ihrer Schwangerschaft.

8.6.3 Lebenszeitprävalenz von sexueller Gewalt nach dem 16. Lebensjahr

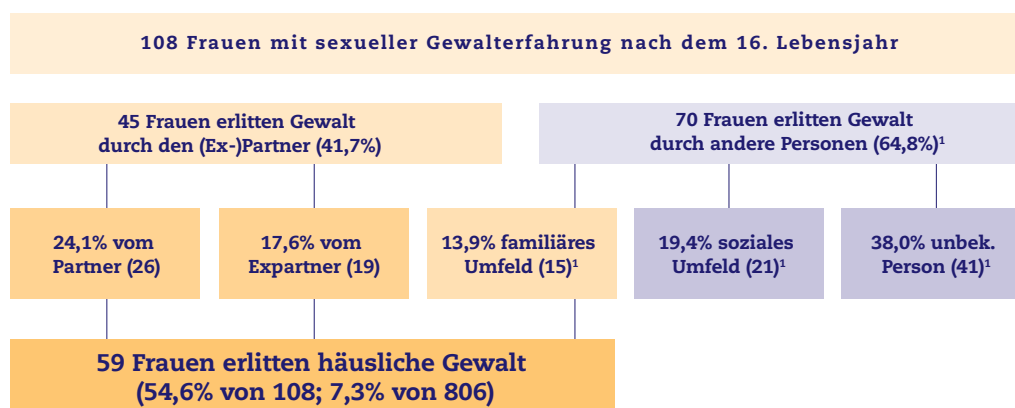
Von den 162 Frauen, die in ihrem Leben jemals sexuelle Gewalt erfahren haben, fielen in 66,7% der Fälle (108) die Taten in den Zeitraum nach dem 16. Lebensjahr. Es ergibt sich in Bezug auf die Studienpopulation (n=803) eine Prävalenz von 13,5% (95% KI 11,1% - 15,9%) (s. Abbildung 8.6-6).

8.6.3.1 Täter

Die sexuellen Gewalthandlungen wurden bei diesen Frauen in 24,1% der Fälle (26) während der Beziehung vom Partner ausgeübt und in 17,6% (19) nach der Trennung vom ehemaligen Partner. Insgesamt waren 45 Frauen sexueller Gewalt in einer Partnerschaft ausgesetzt. Das sind 41,7% aller sexuellen Gewalterfahrungen (n=108). In Bezug zur Studienpopulation (n=803) ergibt sich ein Prävalenzwert von 5,6% (95%KI 4% - 7,2%) (s. Abbildung 8.6-6, Abbildung 8.6-7).

In 64,8% (70) der Fälle wurden die Gewalttätigkeiten von anderen verübt: in 15 Fällen (13,9%) aus dem familiären (eine Frau erlebte von zwei verschiedenen Tätern aus dem familiären Umfeld sexuelle Gewalt) und in 21 Fällen (19,4%) aus dem sozialen Umfeld, in 41 Fällen (38,0%) waren die Täter den Frauen nicht bekannt (s. Abbildung 8.6-6).

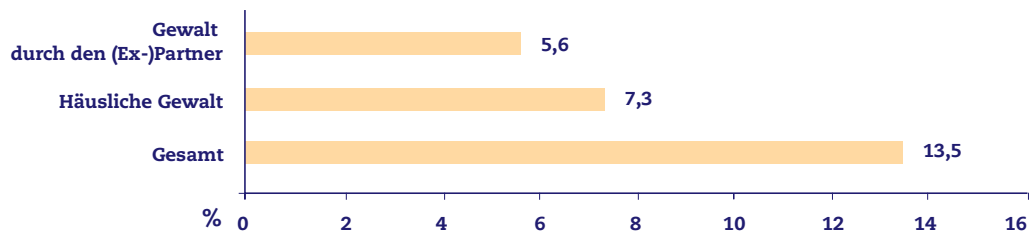
Abbildung 8.6-6: Sexuelle Gewalterfahrung nach dem 16. Lebensjahr und Verursacher



¹ Die Aufteilung der „Anderen“ erfolgte nach der Anzahl der Nennungen.

59 Frauen (54,6%) erlebten sexuelle Gewalt als Teil von häuslicher Gewalt, es ergibt sich in Relation zur Gesamtstudienpopulation ein Prävalenzwert von 7,3% (95% KI 5,5% - 9,1%).

Abbildung 8.6-7: Lebenszeitprävalenz von sexueller Gewalt nach dem 16. Lebensjahr und Täter in % (n=803)



8.6.3.2 Gewalterfahrung vor dem 16. Lebensjahr

19 der Frauen, d.h. 17,6% der 108 Frauen mit sexueller Gewalterfahrung nach dem 16. Lebensjahr, hatten bereits vor ihrem 16. Lebensjahr sexuelle Gewalt erlitten: sieben Frauen durch den Partner, eine durch den ehemaligen Partner. In elf Fällen kamen die Täter aus dem familiären Umfeld.

8.6.3.3 Häufigkeit von sexueller Gewalt

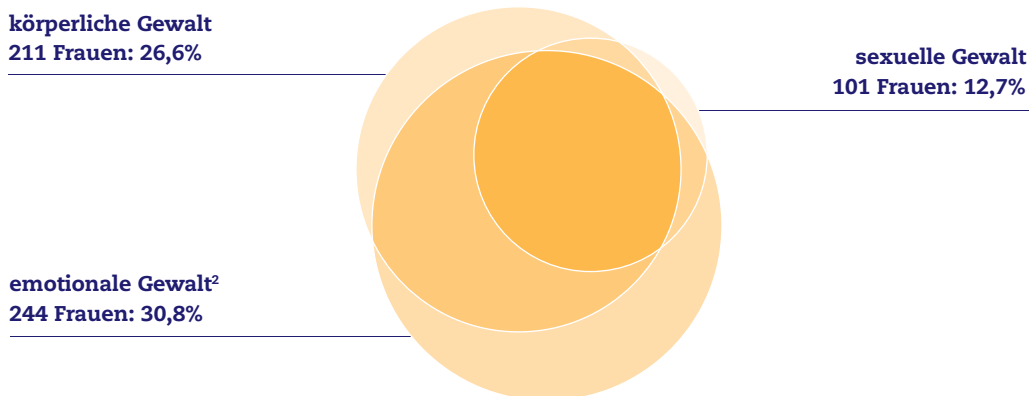
Zur Häufigkeit von erlebter sexueller Gewalt berichteten 106 Frauen, dass sie in 52,8% (56) einmal, in 34,9% (37) mehrmals und in 12,3% (13) häufig zu sexuellen Handlungen gezwungen wurden. Von ihrem (Ex-)Partner wurden 15 Frauen einmal (34,1%), 18 mehrmals (40,9%) und elf (25%) häufig zu sexuellen Aktivitäten gezwungen. Es zeigt sich, dass sexuelle Gewalt innerhalb der Partnerschaft kein einmaliges Ereignis ist, sondern eher mehrmals oder häufig ausgeübt wird.

8.6.4 Lebenszeitprävalenz von häuslicher Gewalt nach dem 16. Lebensjahr

Von den 806 befragten Frauen berichteten insgesamt 295 Frauen, d.h. 36,6% (95% KI 33,3% - 39,9%) von körperlichen, sexuellen oder emotionalen Gewalthandlungen nach dem 16. Lebensjahr durch den Partner, den ehemaligen Partner oder Familienangehörige.

Auch für häusliche Gewalt wurden die Lebenszeitprävalenzen der verschiedenen Kombinationen der Gewaltformen mittels Schnittmengenbildung berechnet. Berücksichtigt wurden nur diejenigen Frauen, die zu allen drei Formen Angaben machten (n=793). Im häuslichen Zusammenhang hatten 211 Frauen (26,6%) körperliche, 101 Frauen (12,7%) sexuelle und 244 Frauen (30,8%) emotionale Gewalt erfahren (s. Abbildung 8.6-8).

Abbildung 8.6-8: Häusliche-Gewalt-Lebenszeitprävalenz der Kombinationen der drei Gewaltformen nach dem 16. Lebensjahr (n=793¹)



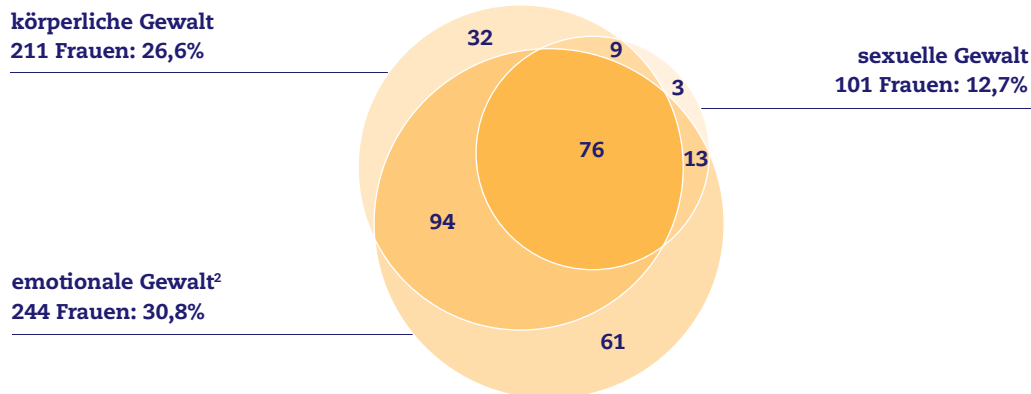
¹ Berücksichtigt wurden nur die Frauen, die zu allen drei Gewaltformen Angaben machten.

² Bei der Angabe emotionale Gewalt wurde nicht nach dem Alter bei der Gewalterfahrung gefragt.

Es wurden folgende Lebenszeitprävalenzen für Gewaltkombinationen ermittelt:

- körperliche und emotionale Gewalt 21,4% (94+76=170 Frauen)
- körperliche und sexuelle Gewalt 10,7% (76+9=85 Frauen)
- körperliche und/oder sexuelle Gewalt 28,6% (211+3+13=227 Frauen)
- sexuelle und emotionale Gewalt 11,2% (76+13=89 Frauen)
- körperliche und sexuelle und emotionale Gewalt 9,6% (76 Frauen)

Abbildung 8.6–9: Schnittmengen der Häuslichen-Gewalt-Lebenszeitprävalenz der drei Gewaltformen nach dem 16. Lebensjahr (n=793¹)



¹ Berücksichtigt wurden nur die Frauen, die zu allen drei Gewaltformen Angaben machten.

² Bei der Angabe emotionale Gewalt wurde nicht nach dem Alter bei der Gewalterfahrung gefragt.

Beim Vergleich der Schnittmengen der Gewaltformen (s. Abbildung 8.6–3 und Abbildung 8.6–9) zeigt sich, dass Frauen, die von häuslicher Gewalt betroffen sind, häufiger von zwei oder drei Gewaltformen berichten. Es bestätigt sich, dass häusliche Gewalt ein komplexes Misshandlungssystem darstellt (vgl. Teil A: Kap. 3).

8.6.5 Ein-Jahres- und Ein-Monats-Prävalenz

Alle Frauen, die die Fragen zur Lebenszeitprävalenz von Gewalterfahrung bejahten, wurden nach erlebter körperlicher und sexueller Gewalt in den letzten zwölf Monaten und dem Täter gefragt. Wurde auch diese Frage bejaht, so wurden sie gefragt, ob die letzte Gewalthandlung länger als ein Monat zurückliege.

8.6.5.1 Körperliche Gewalt

Von allen befragten Frauen (n=798) berichteten 47 Frauen, in den vergangenen zwölf Monaten körperlich angegriffen worden zu sein. Bezogen auf die Gesamtpopulation ergibt sich eine Ein-Jahres-Prävalenz von 5,9% (95% KI 4,3 – 7,5). 30 Frauen berichteten von Gewalt durch den damaligen oder ehemaligen Partner in diesem Zeitraum. Mehr als die Hälfte (24) der Frauen erlebten die Gewalthandlungen innerhalb der bestehenden Partnerschaft, bei acht Frauen wurde sie von dem ehemaligen Partner ausgeübt. Zwei Frauen waren Gewalt sowohl von dem damaligen als auch dem ehemaligen Partner ausgesetzt. Für Gewalt in der Partnerschaft ergibt sich in Bezug auf die Gesamtpopulation ein Wert von 3,8% (95% KI 2,5% - 5,1%). In 17 Fällen waren andere Personen die Verursacher. Fünf dieser Anderen kamen aus dem familiären Umfeld. Überschneidungen liegen nicht vor, sodass insgesamt 35 Frauen Gewalt als häusliche Gewalt erfuhren. Es ergibt sich eine Prävalenz für häusliche Gewalt von 4,4% (95% KI 3,0% - 5,8%). In einem Fall kam der Täter aus dem sozialen Umfeld, bei den verbleibenden zwölf Verursachern handelte es sich um unbekannte Personen (s. Abbildung 8.6–10).

Bei knapp der Hälfte der 47 Frauen (22) erfolgte die körperliche Gewalt innerhalb des vergangenen Monats. Als Ein-Monats-Prävalenz ergibt sich ein Wert von 2,7% (95% KI 1,6% - 3,8%). In 13 Fällen nannte die Befragte den aktuellen und in fünf Fällen den ehemaligen Partner als Täter, in einem Fall

wurden beide genannt, so dass sich für diese 17 Frauen eine Ein-Monats-Prävalenz für Gewalt in der Partnerschaft von 2,1% (95% KI 1,1% - 3,1%) ergibt. Dreimal wurde als Verursacher ein Familienmitglied und zweimal fremde Personen genannt. Somit erlebten insgesamt 20 Frauen körperliche Gewalt durch den (Ex-)Partner oder Familienangehörige, als Ein-Monats-Prävalenz für häusliche Gewalt lässt sich ein Wert von 2,5% (95% KI 1,4% - 3,6%) ermitteln (s. Abbildung 8.6–11).

8.6.5.2 Sexuelle Gewalt

Acht der befragten Frauen (n=797) erlebten in den letzten zwölf Monaten sexuelle Gewalt. Die Ein-Jahres-Prävalenz der Gesamtpopulation beträgt somit 1,0% (95% KI 0,3 – 1,7). In zwei Fällen war der (Ehe-) Partner der Täter. Diese beiden Frauen berichteten auch von körperlicher Gewalt durch den Partner in den letzten zwölf Monaten. In sechs Fällen wurde die sexuelle Gewalt durch andere Personen verübt. Einmal kam diese Person aus dem familiären und zweimal aus dem sozialen Umfeld, dreimal war die Person den Betroffenen nicht bekannt. Für sexuelle Gewalt in der Partnerschaft ergibt sich eine Ein-Jahres-Prävalenz von 0,2% (95% KI 0% - 0,5%), für häusliche Gewalt 0,4% (95% KI 0% - 0,8%) (s. Abbildung 8.6–10).

Bei einer Frau lag die sexuelle Gewalttat durch eine fremde Person nicht länger als einen Monat zurück. Die Ein-Monats-Prävalenz liegt bei 0,1% (95% KI 0% - 0,3%) (s. Abbildung 8.6–11).

Abbildung 8.6–10: Ein-Jahres-Prävalenz von körperlicher oder sexueller Gewalt und Täter in %

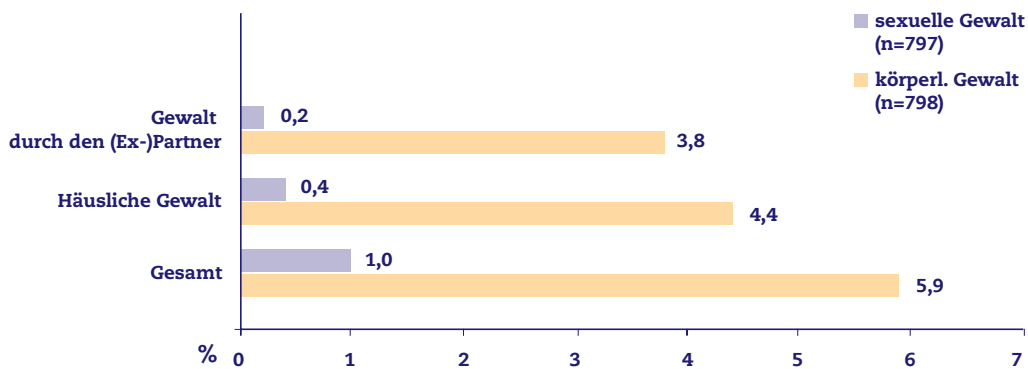
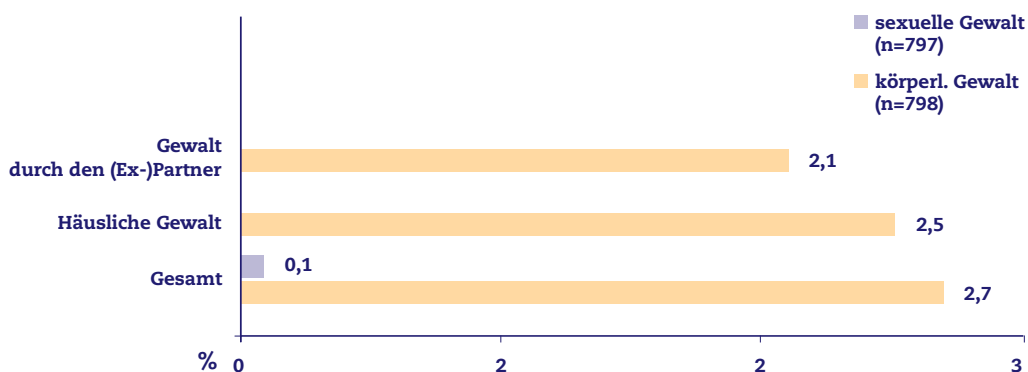


Abbildung 8.6–11: Ein-Monats-Prävalenz von körperlicher oder sexueller Gewalt und Täter in %



8.6.5.3 Häusliche Gewalt

Insgesamt berichteten 36 Frauen in den letzten zwölf Monaten körperlicher oder sexueller Gewalt durch den Partner, den ehemaligen Partner oder Familienangehörigen ausgesetzt gewesen zu sein. Als Ein-Jahres-Prävalenz für häusliche Gewalt ergibt sich in Bezug zur Studienpopulation (n=798) ein Wert von 4,5% (95% KI 3,1% - 5,9%).

Bei 20 Frauen erfolgte die Gewalthandlung innerhalb des letzten Monats. Als Ein-Monats-Prävalenz ergibt sich ein Wert von 2,5% (95% KI 1,4% - 3,6%).

8.6.6 Akut-Prävalenz von körperlicher und sexueller Gewalt

Alle Frauen, die eine der Fragen zur körperlichen, sexuellen oder emotionalen Gewalt in ihrem Leben bejaht hatten (n=396), wurden gefragt, ob ihre Verletzungen oder Beschwerden, wegen denen sie die Erste Hilfe an diesem Tag aufsuchten, eine direkte Folge von körperlicher oder sexueller Gewalt sei. Nach ihren Angaben nahmen 19 Frauen wegen körperlicher und vier Frauen wegen sexueller Gewalt, die Erste Hilfe in Anspruch. Überschneidungen lagen bei drei Frauen vor, so dass insgesamt 20 Frauen diese Frage bejahten. Einige Frauen waren sich hinsichtlich des Zusammenhangs zwischen Gewalterfahrung und der Verletzungen oder Beschwerden, wegen denen sie an diesem Tag die Erste Hilfe aufsuchten nicht sicher: sechs Frauen bei den Folgen von körperlicher und drei bei den Folgen von sexueller Gewalt.

Im Vergleich zu diesen 20 Frauen gaben jedoch nur zwölf bei der Eingangsfrage zum Anlass des Aufsuchens der Ersten Hilfe akute Gewalt als Ursache ihrer Verletzungen an. Bei genauerer Betrachtung der einzelnen acht Frauen, die die Differenz ausmachen, zeigt sich, dass keine aufgrund einer akuten Gewalthandlung die Erste Hilfe aufsuchte. Bei fünf Frauen liegt das Erlebte länger als ein Jahr, bei einer länger als ein Monat zurück. Diese sechs berichteten von multiplen Gewalterfahrungen, so dass davon auszugehen ist, dass sie für sich einen kausalen Zusammenhang zwischen ihren Beschwerden und der erlebten Gewalt sehen. Zwei gaben an, dass die Gewalthandlung im letzten Monat erfolgte, so dass ein Zusammenhang zum Aufsuchen der Ersten Hilfe bestehen könnte, der nicht gesichert ist. Bei Berechnung der Akut-Prävalenz wurden diese acht Frauen nicht berücksichtigt, sondern nur die zwölf Frauen, die mit akuten Verletzungen aufgrund von gewalttätigen Handlungen die Erste Hilfe aufsuchten. Es ergibt sich somit in Relation zur Gesamtstudienpopulation (n=806) eine Akut-Prävalenz von 1,5% (95% KI 0,7% – 2,3%) für körperliche Gewalt.

Vier dieser zwölf Frauen wurden von Fremden angegriffen, eine andere von einem Bekannten geschlagen. Gewalt innerhalb der Partnerschaft erlitten sechs der Patientinnen, eine weitere Frau war zur Kontrolluntersuchung aufgrund von häuslicher Gewalt vor vier Tagen einbestellt worden. Für die Akut-Prävalenz von Gewalt durch den (Ex-)Partner wie für häuslicher Gewalt ergibt sich so ein Wert von 0,7% (95% KI 0,1% – 1,3%).

Unter denjenigen, die nicht an der Befragung teilnehmen wollten, suchten vier weitere Frauen wegen akuter Verletzungen als Folge von gewalttätigen Handlungen seitens ihres Partners die Erste Hilfe auf. Eine von ihnen war von ihrem Ehemann vergewaltigt worden.

8.6.7 Akute Bedrohung

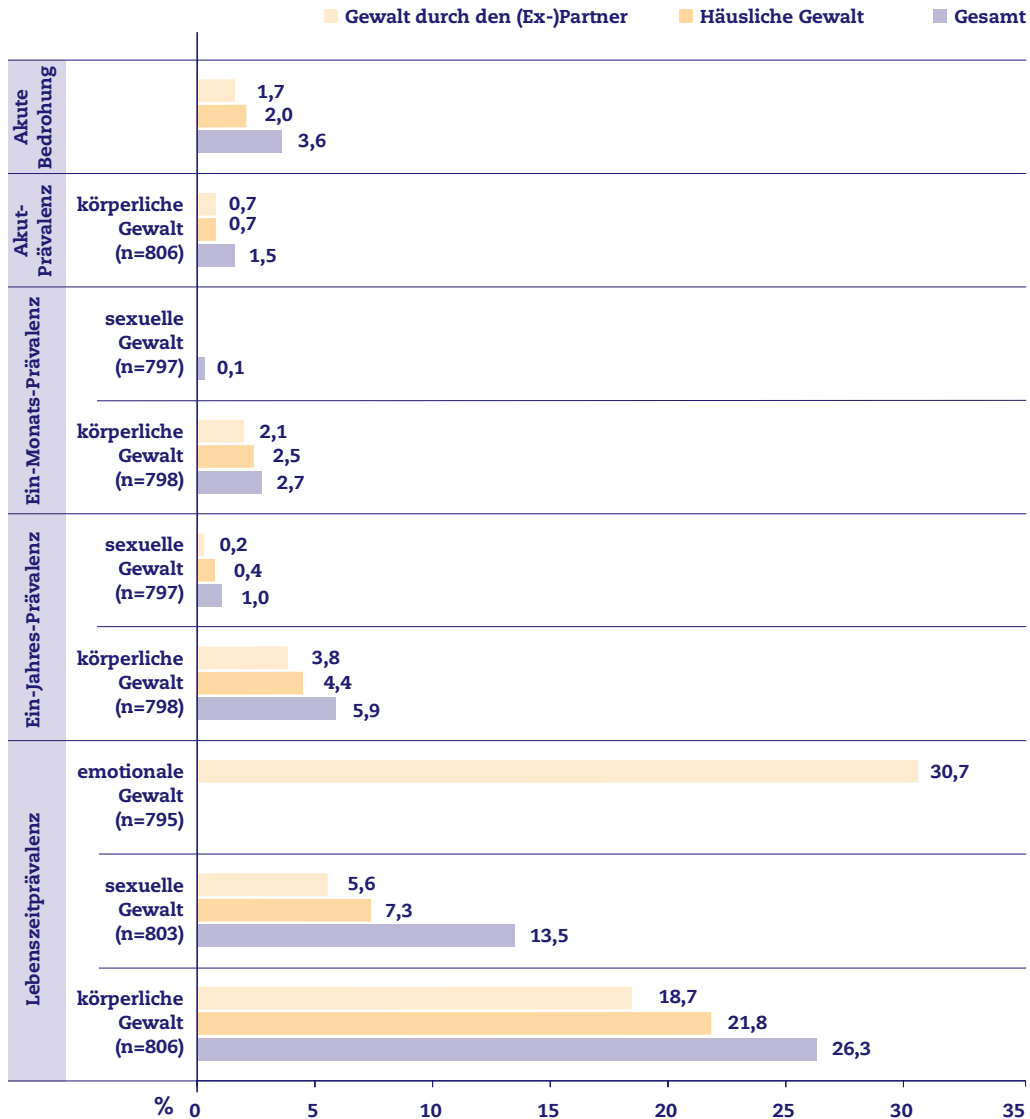
Zum Zeitpunkt der Befragung fühlten sich 29 von 797 Patientinnen (3,6%, 95% KI 2,3% – 4,9%) bedroht: fünf dieser Frauen von ihrem (Ehe-) Partner, neun von ihrem ehemaligen (Ehe-) Partner, zusammengenommen ergibt sich ein Wert von 1,7% (95% KI 0,8% – 2,6%) für Bedrohung durch den aktuellen oder ehemaligen Partner. 15 Frauen fühlen sich von anderen Personen, davon zwei durch den (Stief-) Vater und in der Mehrzahl von sonstigen Bekannten, bedroht. Für Bedrohung als Teil häuslicher Gewalt liegt die Prävalenz bei 2% (95% KI 1,0% – 3,0%).

In Relation zu Gewalthandlungen im vorausgegangenen Monat zeigt sich, dass 12 der 22 Frauen, die von körperlicher Gewalt und die Frau, die von sexueller Gewalt in diesem Zeitraum berichteten, sich zum Zeitpunkt der Befragung bedroht fühlten.

8.6.8 Übersicht der Prävalenzen

Zusammenfassend zeigt die Abbildung 8.6–12 eine Übersicht über die ermittelten Prävalenzen gezeigt.

Abbildung 8.6–12: Übersicht der Prävalenzen von körperlicher, sexueller und emotionaler Gewalt, akuter Bedrohung und Täter in %



8.6.9 Altersverteilung

Bei der Analyse der Altersverteilung in den einzelnen Subgruppen kann festgestellt werden, dass die Frauen ohne Gewalterfahrung im Mittel 37,7 Jahre alt sind (Standardabweichung 12,5), die von häuslicher Gewalt berichteten waren 37,2 Jahre alt (Standardabweichung 11,5), nur von emotionaler Gewalt Betroffene sind im Schnitt mit 39,9 Jahren älter (Standardabweichung 11,4). Je kürzer die Gewalttätigkeit zurückliegt, desto jünger sind die befragten Frauen: Waren sie im letzten Jahr Opfer von gewalttätigen Handlung, so liegt der Altersmittelwert bei 30,2 Jahren (Standardabweichung 11,5), für den letzten Monat bei 27,1 Jahren (Standardabweichung 9,37) und bei Frauen, die aufgrund akuter Gewalt die Erste Hilfe aufsuchten lag das Mittel bei 24,9 Jahren (Standardabweichung 6,94).

8.6.10 Gesundheitliche Folgen von Gewalt

Alle Frauen, die von mindestens einer der drei Gewaltformen unabhängig vom Alter in ihrem Leben berichteten, wurden nach gesundheitlichen Folgen gefragt. Bei sieben Betroffenen konnte die Befragung wegen einer medizinischen Behandlung nicht zu Ende geführt werden. Von den verbleibenden 414 Frauen, gaben 214 (51,7%) gesundheitliche Folgen an. 106 (25,6%) Betroffene nannten sowohl körperliche als auch psychische Folgen, nur körperliche Folgen wurden von zehn Frauen (2,4%) und nur psychische Folgen von 98 (23,7%) genannt.

343 Frauen waren nach ihrem 16. Lebensjahr von Gewalt betroffen. Aufgrund von behandlungsbedingten Interviewabbrüchen in vier Fällen machten 339 Frauen Angaben zu den gesundheitlichen Folgen. 188 (55,5%) nannten gesundheitliche Folgen: 99 Frauen (29,2%) berichteten sowohl von körperlichen als auch von psychischen Folgen, neun Frauen (2,6%) nur von körperlichen und 80 Frauen (23,5%) nur von psychischen Folgen.

8.6.10.1 Gesundheitliche Folgen von häuslicher Gewalt

Im Folgenden beschränkt sich die Analyse der gesundheitlichen Folgen auf jene Frauen, die von häuslicher Gewalt nach dem 16. Lebensjahr berichteten (36,6%; 295).

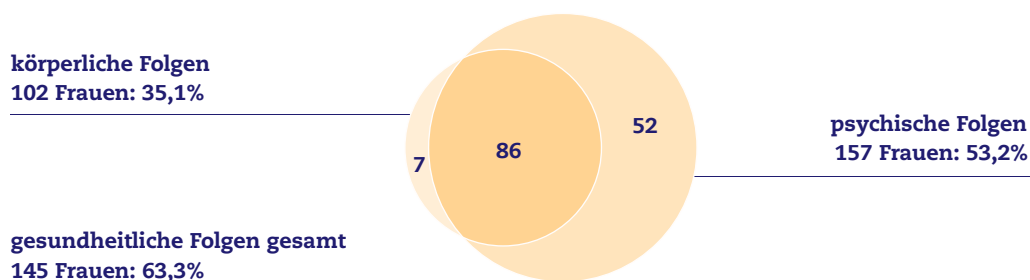
Bei sechs gewaltbetroffenen Frauen wurde die Befragung abgebrochen: In zwei Fällen wegen einer medizinischen Behandlung, einmal wegen Verständigungsproblemen, zwei Frauen konnte wegen ihrer psychischen Verfassung aufgrund der traumatischen Erinnerungen nicht weiter befragt werden und eine lehnte nach anfänglicher Bereitschaft beim zweiten Drittel eine weitere Befragung wegen der „intimen“ Fragen ab. Von 291 Frauen, gaben 165 (56,7%) gesundheitliche Folgen an: 94 (32,3%) nannten sowohl körperliche als auch psychische Folgen, acht (2,7%) nur körperliche und 63 Frauen (21,6%) nur psychische.

8.6.10.1.1 Körperliche und sexuelle Gewalt und ihre gesundheitlichen Folgen

Aufgrund der multiplen Gewalterfahrungen wird im Folgenden das größere Gesamtkollektiv der Frauen mit körperlichen und/oder sexuellen Gewalterfahrungen im Kontext von häuslicher Gewalt beschrieben, da 84,5% der von sexueller Gewalt betroffenen Frauen gleichfalls körperliche Gewalt erlitten haben. Die gesundheitlichen Auswirkungen wurden in einem Fragenkomplex für beide Gewaltformen erfragt. Es ist davon auszugehen, dass die betroffenen Frauen in der Beschreibung ihrer gesundheitlichen Beschwerden und deren Ursache nicht explizit nach der Form der Gewalt unterscheiden.

Insgesamt waren 233 Frauen nach ihrem 16. Lebensjahr körperlicher oder sexueller Gewalt seitens des (Ex-) Partners oder Familienangehöriger ausgesetzt. Von den 229 Betroffenen, die zu den Gesundheitsfolgen befragt werden konnten, berichteten insgesamt 145 Frauen (63,3%) allgemein von gesundheitlichen Folgen: 86 Frauen (37,6%) nannten sowohl körperliche als auch psychische Folgen, sieben Frauen (3,1%) gaben nur körperliche und 52 (22,7%) nur psychische Folgen an (s. Abbildung 8.6–13).

Abbildung 8.6–13: Gesundheitliche Folgen von körperlicher und/oder sexueller Gewalt verursacht durch häusliche Gewalt in % (n=229)



Im Vergleich der Betroffenengruppen (Gewalterfahrung allgemein/nach dem 16. Lebensjahr/im Kontext von häuslicher Gewalt) zeigt sich, dass der Anteil der Frauen, die sowohl von körperlichen als auch psychischen Folgen berichten, von 29,2% bis zu 37,6% ansteigt.

Die gesundheitlichen Folgen konnten von den Betroffenen in einem freien Text detaillierter beschrieben werden und wurden im Nachhinein kategorisiert.

In Relation zur einfachen Angabe von körperlichen und/oder psychischen Folgen, nutzten nur etwa ein Drittel der Frauen (93) die Möglichkeit einer genaueren Spezifizierung ihrer körperlichen, aber 74% die ihrer psychischen Gesundheitsfolgen (138). Es ist davon auszugehen, dass betroffene Frauen dazu

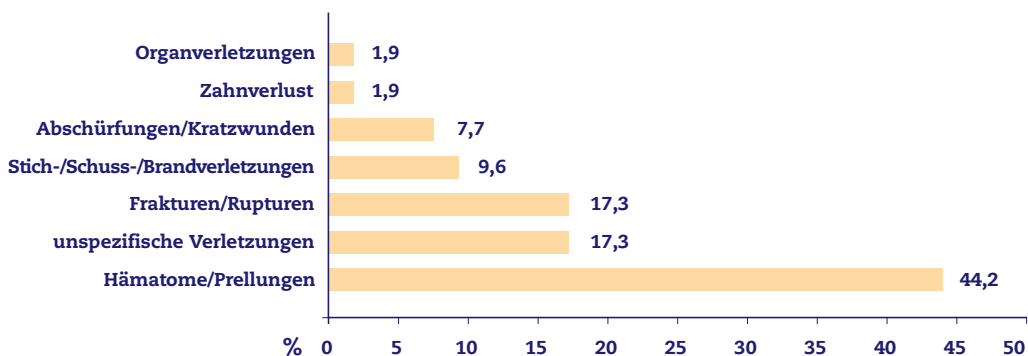
neigen, die gesundheitlichen Folgen – insbesondere die körperlichen und hier vor allem die direkten Verletzungen – entweder nicht wahrzunehmen oder zu bagatellisieren. Die Frauen beschrieben eher ihre Schmerz- und Beschwerdesyndrome als die direkten Verletzungen. Diese Beobachtung deckt sich mit den Angaben der Interviewerinnen, die in der Abschlussrunde zur Durchführung der Befragung berichteten, dass Frauen oft erst auf erneutes Nachfragen mehr Angaben zu den gesundheitlichen Auswirkungen machten. Beim Betrachten der vorliegenden Angaben fällt darüber hinaus auf, dass mehr Frauen die psychischen Folgen detaillierter beschrieben als die körperlichen. Liegt die Gewalttat nicht länger als ein Jahr zurück, so erhöht sich der Anteil der Frauen, die die gesundheitlichen Folgen genauer beschreiben, geringfügig.

Art der direkten Verletzungen

Von den 93 Frauen, die körperliche Folgen angaben, beschrieben 36 (38,7%) die Art der direkten Verletzung. Nach der Häufigkeit der 52 Angaben überwiegen (s. Abbildung 8.6–14) Hämatome, Prellungen, Würgemale oder Schwellungen mit 44,2% (23) gefolgt mit 17,3% von allgemeinen, nicht weiter spezifizierten Verletzungen und Frakturen, Rupturen oder Knochenabsplitterungen (9), von Stich-, Schuss- oder Brandverletzungen (9,6%, 5), Abschürfungen oder Kratzwunden (7,7%, 4) sowie je einmal von Zahnverlust oder inneren Organverletzungen (1,9%).

24 Frauen berichteten von einer, neun von zwei und drei von drei Verletzungsarten.

Abbildung 8.6–14: Art der direkten Verletzungen von körperlicher und/oder sexueller Gewalt verursacht durch häusliche Gewalt in % der Angaben (52 Angaben)

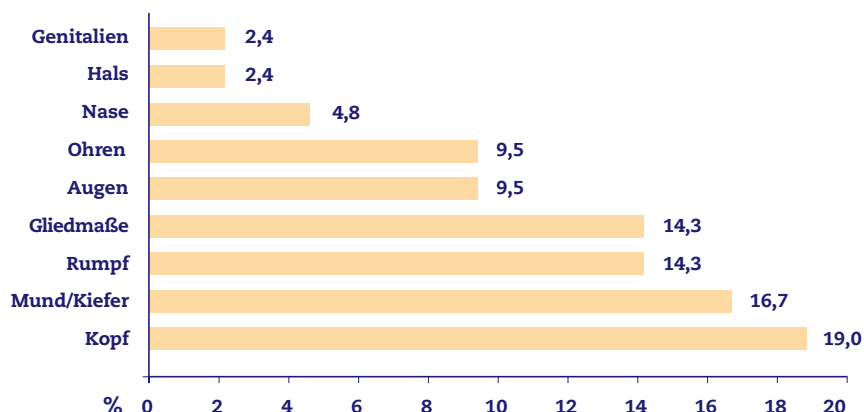


Lage der direkten Verletzungen

30 (32%) der Frauen, die körperliche Folgen angegeben hatten, beschrieben die Lage der direkten Verletzung in insgesamt 42 Angaben (s. Abbildung 8.6–15): Überwiegend wurden Kopf/Gesicht mit 19% (8), Mund/Kiefer/Zähne mit 16,7% (7) in Mitleidenschaft gezogen. Auf den Rumpf (Brust/Bauch/Rücken) sowie die Gliedmaßen (Arme/Beine/Füße) fielen je 14,3% (6) der Antworten. Die Augen und Ohren waren zu je 9,5% (4), die Finger/Hand (-gelenk) zu 7,1% (3), die Nase zu 4,8% (2) betroffen. Von Verletzungen des Halses oder im Genitalbereich berichteten je eine Frau (2,4%). Zusammengefasst ergibt sich für Verletzungen im Kopfbereich ein Gesamtwert von 59,5%. Ob körperliche Gewalttätigkeiten tatsächlich vermehrt auf den Kopf abzielen, kann jedoch nicht mit Bestimmtheit gesagt werden. Es ist davon auszugehen, dass leichtere Verletzungen des Rumpfes oder der Gliedmaßen in der Erinnerung eher verblassen und folglich nicht genannt werden. Eine Verletzung im Kopfbereich hingegen ist deutlicher sichtbar, somit stigmatisierender und wird unter Umständen besser erinnert.

20 Frauen nannten eine, acht zwei und zwei drei Verletzungsstellen.

Abbildung 8.6–15: Lage der direkten Verletzungen von körperlicher und/oder sexueller Gewalt verursacht durch häusliche Gewalt in % der Angaben (42 Angaben)

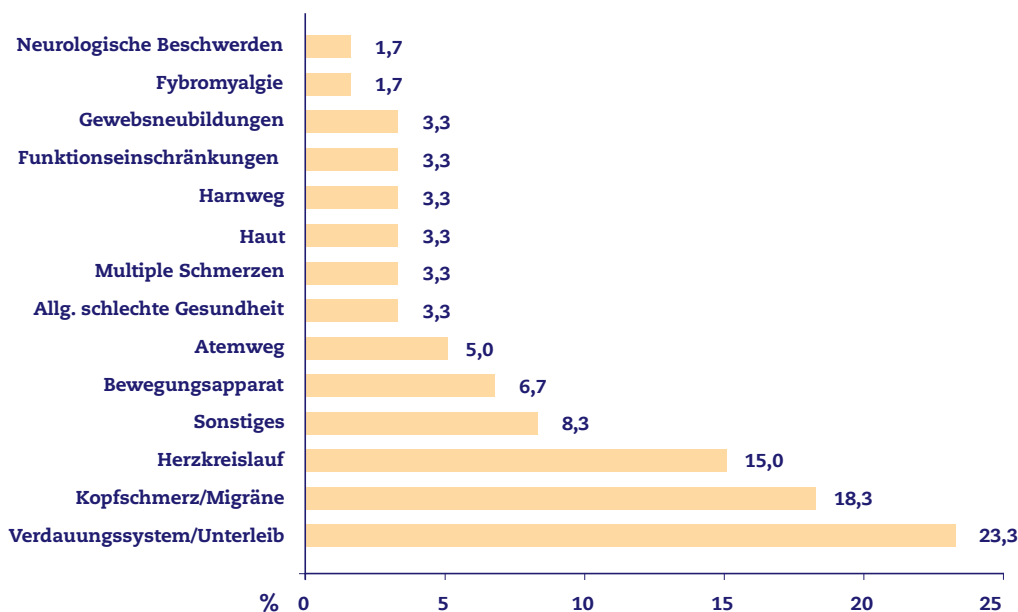


Schmerz- und Beschwerdesyndrome

41 Frauen (44%) nannten insgesamt 60 Schmerz- und Beschwerdesyndrome (s. Abbildung 8.6–16): Am häufigsten wurde von Kopfschmerzen und Migräne (18,3%, 11) berichtet, gefolgt von unspezifischen Magendarmbeschwerden/Erbrechen/Brechreiz sowie Herzkreislaufbeschwerden mit je 15% (9), sonstigen Beschwerden (8,3%, 5) und Schmerzen des Bewegungsapparates (6,7%, 4). Je drei Frauen (5%) berichteten von Atemwegsbeschwerden/Bronchialerkrankungen oder Diarrhøe/Reizdarm/Obstipation und je zwei (3,3%) von einem allgemein schlechten Gesundheitszustand, multiplen Schmerzen, Bauch- und Unterleibsschmerzen, Hauterkrankungen, Harnwegsinfektionen, dauerhaften Funktionseinschränkungen und Gewebsneubildungen. Einmalig (1,7%) genannt wurden Fybromyalgie und neurologische Beschwerden. Werden alljene Beschwerden zusammengefasst, die das Verdauungssystem und den Unterleib betreffen, so ergibt sich ein Wert von 23,3%.

25 Frauen beschrieben ein, 13 zwei und drei drei Beschwerdesyndrome.

Abbildung 8.6–16: Schmerz- und Beschwerdesyndrome nach körperlicher und/oder sexueller Gewalt verursacht durch häusliche Gewalt in % der Angaben (62 Angaben)



Folgen für die reproduktive Gesundheit

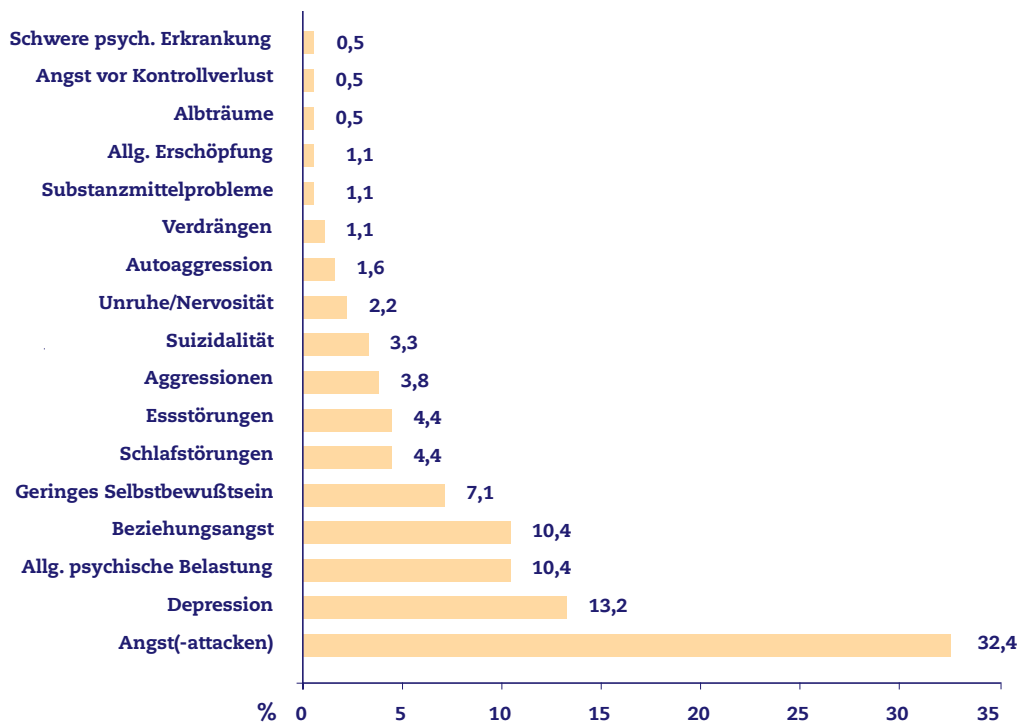
Hinsichtlich einer Beeinträchtigung der reproduktiven Gesundheit wurden von sechs Frauen sieben Angaben gemacht, demnach erlitten drei Frauen eine Fehl- oder Frühgeburt und je eine gab Schmerzen beim Geschlechtsverkehr, Vaginalinfektionen oder -blutungen, einen Schwangerschaftsabbruch bzw. eine Geschlechtskrankheit an. Fünf Frauen litten unter einer und eine unter zwei dieser Folgen.

Psychische und psychosomatische Folgen

Von den 138 Frauen, die psychische oder psychosomatische Folgen aufgrund von Gewalterfahrung nannten, beschrieben 103 Frauen in insgesamt 182 Angaben diese Folgen näher (s. Abbildung 8.6–17). Am häufigsten litten die Frauen unter Angst und Panik(-attacken) mit 22% (40) und Depressionen (13,2%, 24), gefolgt von allgemeiner, psychischer Belastung/Stress, Misstrauen/Ängstlichkeit/Vorsicht sowie Angst vor Beziehungen/Nähe/Selbst-Isolation mit je 10,4% (19) und geringem Selbstwertgefühl/-achtung (7,1%, 13). Von Schlafstörung oder Essstörungen/Appetitverlust/herbeigeführtem Erbrechen berichteten je acht Frauen (4,4%), sieben von Wut/Aggression (3,8%), sechs von Suizidversuchen (3,3%), vier von Unruhe/Nervosität/Konzentrationsschwäche (2,2), drei von selbstdestruktivem/autoaggressivem Verhalten (1,6%), je zwei von Verdrängen der Erinnerungen, Alkohol-/Drogen-/Medikamentenproblemen und allgemeinem Erschöpfungszustand (1,1%), je eine von schlimmen Erinnern/Alpträumen, Angst vor Kontrollverlust oder schweren psychischen Erkrankungen (0,5%). Unter Angst-/Panik(-attacken) und Misstrauen/Ängstlichkeit litten demnach 59, d.h. knapp zwei Drittel der Frauen, zusammengenommen ergibt sich ein Wert von 32,4% der Angaben.

46 Frauen nannten eine, 35 zwei und 22 drei psychische Folgen.

Abbildung 8.6–17: Psychische Folgen von körperlicher und/oder sexueller Gewalt verursacht durch häusliche Gewalt in % der Angaben (182 Angaben)



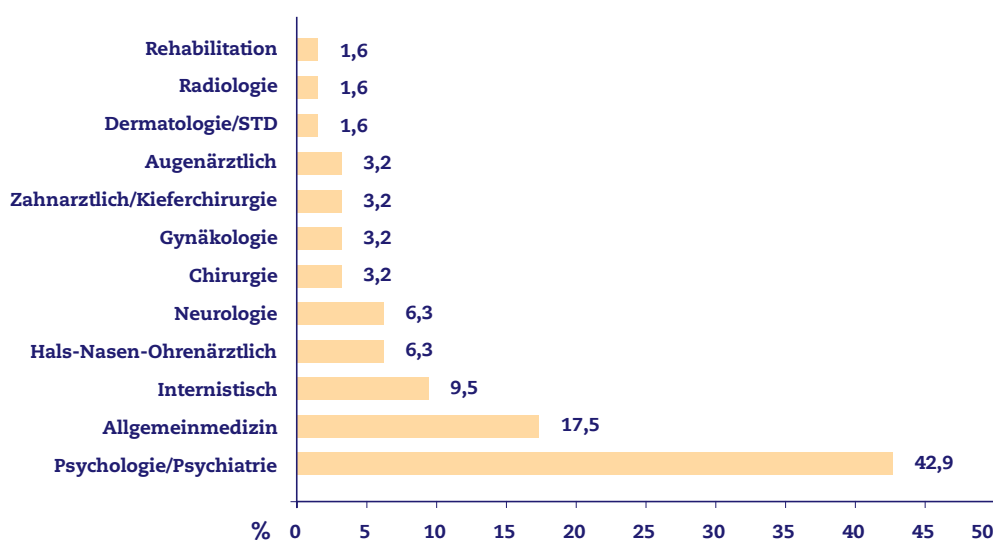
8.6.10.2 Inanspruchnahme medizinischer oder therapeutischer Behandlung

Von den 145 Frauen, die von Auswirkungen auf ihre Gesundheit berichteten, ließen sich 76 Frauen (52,4%) gesundheitlich versorgen. Nach den Mehrfachantworten suchten 34 der Frauen (23,5%) eine Notfallambulanz und 51 (35,2%) eine niedergelassene Praxis auf. 15 (10,3%) wurden stationär behandelt. Neun Frauen (6,2%) wurden sowohl in der Ersten Hilfe als auch stationär versorgt, zwölf (8,3%)

in der Ersten Hilfe sowie in einer niedergelassenen Praxis und acht (5,5%) nicht nur stationär sondern auch in einer niedergelassenen Praxis. Elf Frauen nahmen zwei und sechs nahmen alle drei Versorgungsmöglichkeiten in Anspruch.

Von den Frauen, die eine gesundheitliche Versorgung in Anspruch nahmen, wurden von 55 Frauen folgende Fachrichtungen benannt (s. Abbildung 8.6–18): Es wurde 27mal (42,9%) eine psychologische oder psychiatrische, elfmal (17,5%) eine allgemeinmedizinische, sechsmal (9,5%) eine internistische, je viermal (6,3%) eine Hals-Nasen-Ohren-ärztliche bzw. neurologische, je zweimal (3,2%) eine chirurgische, gynäkologische, zahnärztliche/kieferchirurgische oder augenärztliche, je einmal (1,6%) die Fachrichtung Haut-/Geschlechtskrankheit sowie Röntgen. Eine Frau nannte eine Rehabilitationsmaßnahme. Drei Frauen suchten Ärzte/innen zwei verschiedener Fachrichtungen auf, je eine drei bzw. vier Ärzte/innen.

Abbildung 8.6–18: In Anspruch genommene Fachrichtungen nach häuslicher Gewalt in % der Angaben (Mehrfachantworten, 63 Angaben)

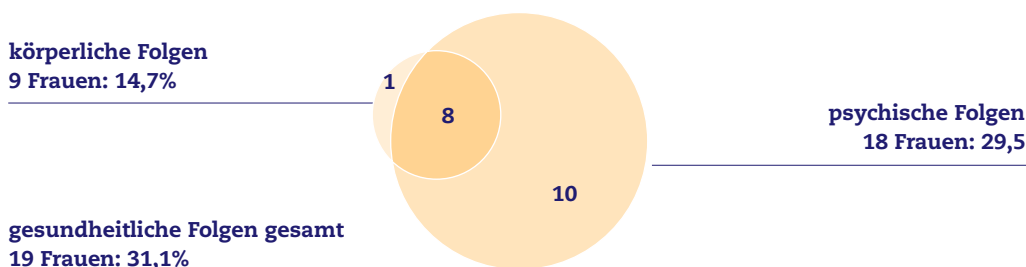


8.6.10.3 Emotionale Gewalt in der Partnerschaft und gesundheitliche Folgen

Um die gesundheitlichen Auswirkungen von emotionaler Gewalt genau beschreiben zu können, werden im Folgenden nur jene Frauen betrachtet, die neben der emotionalen Gewalt weder körperliche noch sexuelle Gewalterfahrung angaben (n=61).

Gesundheitliche Folgen nannten 19 der insgesamt 61 Frauen (31,1%): acht (13,1%) berichteten sowohl von körperlichen als auch psychischen Auswirkungen, eine Frau (1,6%) nannte nur körperliche und zehn Frauen (16,4%) nur psychische Folgen.

Abbildung 8.6–19: Gesundheitliche Folgen von ausschließlich emotionaler Gewalt in der Partnerschaft (n=61)



Es liegen keine Angaben zur Art oder Lage von direkten Verletzungen vor, was auf die rein emotionalen Gewalterfahrungen zurückzuführen ist.

Schmerz- und Beschwerdesyndrome

Von den neun Frauen, die körperliche Folgen angaben, beschrieben sieben in elf Angaben ihre Beschwerden: je zwei nannten Kopfschmerzen/Migräne oder Schmerzen des Bewegungsapparates, je eine einen allgemein schlechten Gesundheitszustand, unspezifische Bauch- oder Unterleibsschmerzen, Herzkreislauf-, Atemwegs-/Bronchialerkrankung, unspezifische Magendarmbeschwerden, Gewebsneubildungen oder Sonstiges.

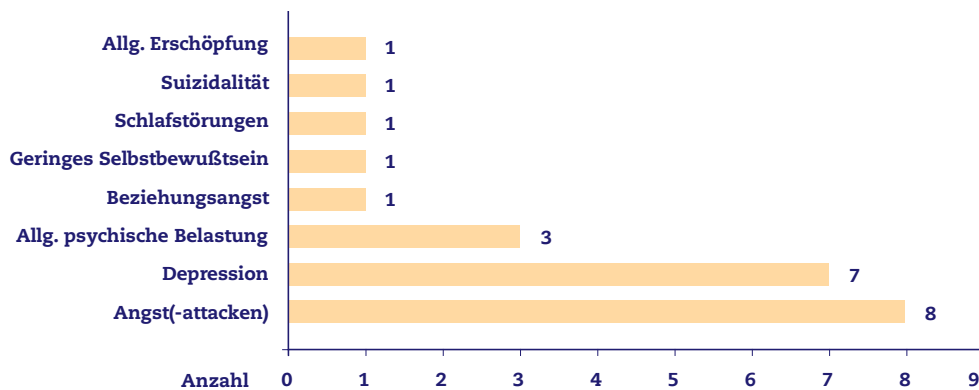
Je eine Beschwerde gaben fünf Frauen an, zwei zählten drei auf.

Psychische Folgen

Von den 18 Frauen, die psychische Folgen nannten, machten 14 Frauen 23 nähere Angaben, die sich wie folgt verteilen: siebenmal (30,4%) wurde von Depressionen berichtet, fünfmal (21,7%) von Angst und Panik (-attacken) und zu je dreimal (13,0%) von allgemeiner psychischer Belastung oder Stress sowie Misstrauen oder Ängstlichkeit, je einmal (4,3%) von Beziehungs- oder Näheangst, geringes oder negatives Selbstwertgefühl, Suizidalität, Schlafstörungen und Erschöpfungszustand.

Sieben der Frauen berichteten von einer psychischen Folgen, fünf von zweien und zwei von dreien.

Abbildung 8.6–20: Psychische Folgen von ausschließlich emotionaler Gewalt in der Partnerschaft (23 Angaben)



Inanspruchnahme von medizinischer oder therapeutischer Behandlung

Sechs Frauen suchten achtmal eine Behandlungseinrichtung auf. Je eine wurde ambulant bzw. stationär im Krankenhaus behandelt, sechs suchten eine niedergelassene Praxis auf: dreimal eine psychiatrische, zweimal eine allgemeinmedizinische, je einmal eine internistische, neurologische, orthopädische sowie kardiologische.

Fünf Frauen nahmen jeweils eine der drei Einrichtungen in Anspruch, eine Frau wurde sowohl in der Ersten Hilfe als auch stationär und in einer niedergelassenen Praxis behandelt.

Von den sechs Frauen, die eine Praxis aufsuchten, wandte sich eine an zwei verschiedene Fachrichtungen und eine andere an drei.

8.6.11 Unterstützungsangebote in der gesundheitlichen Versorgung aus Sicht der Frauen

8.6.11.1 Ärzte/innen als Ansprechpersonen

Für 67% (531) der Frauen (n=792) wären Ärzte/innen im Fall von erlebter Gewalt Ansprechpersonen. 19,6% (155) der Frauen beantworteten die Frage mit nein, bei 14 Frauen (1,8%) wäre es abhängig von dem Arzt/der Ärztin. 88 Frauen (11,1%) wissen es nicht und vier machten keine Angaben. Werden die Gewalterfahrungen in diesem Kontext berücksichtigt, so sind bis auf eine Ausnahme keine größeren Unterschiede sichtbar. Für Frauen, die im vorangegangenen Jahr sexuelle Gewalt erlebten, sind Ärzte/innen nur zu 62,5% (5) Ansprechpersonen. In Relation zur Altersklasse zeigt sich ein ständiger Anstieg. Sind es in der Altersgruppe der unter 20-jährigen nur 60,3% so erhöht sich der Wert kontinuierlich bis auf 75% bei den 51- bis 60-jährigen.

8.6.11.2 Erfragen von Gewalterfahrung

Es wurde gefragt, ob die Studienteilnehmerinnen jemals von ihrem Arzt/ihrer Ärztin nach erlebter Gewalt gefragt wurden. Von 775 Frauen sind 91,5% (709) nie und nur 58 (7,5%) sind danach gefragt worden. Diese 58 verteilen sich je zur Hälfte auf Frauen ohne und mit Gewalterfahrung. In Relation zur Größe der Gruppen wurden demnach 5% der Frauen ohne und 14,6% mit körperlicher Gewalterfahrung gefragt. Nur geringfügig weichen die Zahlen für sexuelle oder emotionale Gewalt ab. Lagen körperliche wie sexuelle Gewalt vor, so sind 17,1% der betroffenen Frauen jemals von einem Arzt/einer Ärztin gefragt worden. Keine der Frauen, die von sexueller Gewalt in den letzten zwölf Monaten berichteten, bejahte die Frage. In Relation zum Alter lässt sich hier eine umgekehrte Häufigkeit feststellen. Je jünger die befragten Frauen sind, desto häufiger geben sie an, bereits jemals befragt worden zu sein. Der beobachtete Wert fällt von 12,3% bei den unter 20-jährigen auf 6,8% bei den älteren Frauen.

Von allen Befragten (n=766) hätten sich 32,1% (246) der Frauen ein Nachfragen gewünscht. Die Zahl erhöht sich auf 41,3% (43) bei erlebter sexueller und 44,4% (87) bei körperlicher oder emotionaler Gewalt. Ein höherer Wert zeigt sich bei Frauen, die sexuelle Gewalt innerhalb des vergangenen Jahres erlitten. Bei Berücksichtigung des Alters kann kein eindeutiger Trend festgestellt werden: am häufigsten hätten es sich die Frauen zwischen 41 und 50 Jahren (36,3%) gewünscht, gefolgt von den unter 20 sowie den zwischen 21 und 30. Die 51- bis 60-jährigen hätten es sich nur zu 28,3% gewünscht.

8.6.11.3 Offenlegung der Gewalterfahrung

Über ihre Erfahrungen würden 44% (346) der Befragten (n=786) von sich aus erzählen, 24,9% (196) vielleicht, 28,6% (225) würden es nicht und 15 Frauen (1,9%) machen es von dem Arzt/der Ärztin abhängig. Hier zeigen sich zwischen den Frauen mit oder ohne Gewalterfahrung größere Differenzen (ca. 10%): im Vergleich sagen weniger gewaltbetroffene Frauen, dass sie von sich aus über dieses Thema sprechen würden. Eine Ausnahme bildet wieder die Gruppe der Frauen, die im letzten Jahr sexuelle Gewalt erlebten, vier der acht Frauen würden von sich aus über das Erlebte sprechen. Bei Berücksichtigung des Alters fällt auf, dass je älter die befragten Frauen sind, desto häufiger würden sie von sich aus von potentiellen Gewalterfahrungen sprechen.

Nur bei direkter Nachfrage würden 41,6% (319) der Frauen (n=767) von ihren Erfahrungen berichten. Auch hier differieren die Zahlen bei Berücksichtigung erlebter Gewalt: der Anteil der Frauen, die nur bei direktem Nachfragen von dem Erlebten erzählen würden, ist um ca. 10% bei Gewaltbetroffenen größer, d.h. Frauen mit Gewalterfahrung wünschen sich eher ein Nachfragen. Eine Ausnahme bilden die Frauen, die im letzten Monat körperlichen Angriffen ausgesetzt waren, sie sagen von sich, dass sie ohne direkte Nachfrage von ihren Erfahrungen sprechen würden. Wird das Alter in die Analyse einbezogen, so zeigt sich hier, dass der Anteil der Frauen, die sich ein direktes Nachfragen wünschen, unter den Älteren geringer ist.

8.6.11.4 Gewalterfahrung als Teil der Anamnese

Die allgemeine Anamnese

63,9% (503) der Befragten (n=787) denken, dass bei einer allgemeinen Anamnese generell nach erlebter Gewalt gefragt werden sollte. Dieser Wert erhöht sich auf 68,3% bei körperlicher und 69,2% bei emotionaler Gewalterfahrung. Hingegen sind nur vier der acht Frauen, die im letzten Jahr sexuelle Gewalt erlebten, dafür. In Relation zum Alter ergibt sich folgendes Bild: die unter 20-jährigen befürworten eine Frage zu Gewalterfahrung im Rahmen der Anamnese am wenigsten, gefolgt von der Altersklasse zwischen 41- und 50, 31 und 40 sowie 21 bis 30. Mit 70,7% liegt der Wert bei den Frauen zwischen 51 und 60 Jahren am höchsten.

43 (5,5%) Frauen befürworten ein Nachfragen unter bestimmten Voraussetzungen, z.B. bei Verdacht, bestimmten Verletzungen oder innerhalb ausgewählter ärztlicher Fachrichtungen. Liegt Gewalterfahrung vor, so verringert sich die Rate geringfügig.

Von allen Studienteilnehmerinnen sind nur 18,7% (147) nicht der Meinung, dass generell danach gefragt werden sollte und 86 Frauen (10,9%) können dazu keine Aussagen machen.

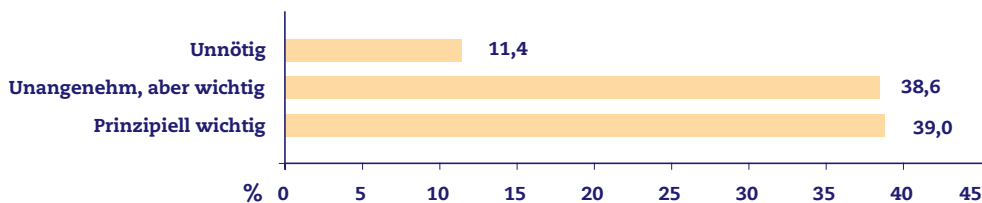
Routinebefragung bei der Erste-Hilfe-Anamnese

Auf die Frage, wie sie zu einer Routinebefragung zu Gewalterfahrung im Rahmen der Erste-Hilfe-Anamnese unabhängig von den Verletzungen oder Beschwerden stehen würden, antworteten 39% (302) der Befragten (n=775), dass sie es prinzipiell wichtig finden, 38,6% (299) der Frauen wäre es zwar unangenehm, sie finden es dennoch wichtig (s. Abbildung 8.6–21). Zusammengenommen befürworten also knapp 80% der Frauen eine Routinebefragung auf der Ersten Hilfe. In Relation zu erlebter Gewalt erhöhen sich diese Werte auf bis zu 86% bei erlebter körperlicher, sexueller und emotionaler Gewalt. Von sexueller Gewalt Betroffene sind in ihrer generellen Befürwortung einer Routinebefragung vorsichtiger: 79% der Frauen, die jemals in ihrem Leben und fünf der acht Frauen, die im vergangenen Jahr sexuellen Gewalthandlungen ausgesetzt waren, würden eine Routinebefragung auf der Ersten Hilfe begrüßen. Erfahrungen zeigen, dass bei vorliegender sexueller Gewalt eine höhere Sensibilität im Umgang mit den betroffenen Frauen nötig ist. Eine Gefahr der Retraumatisierung ist in diesem Fall weitaus größer.

Wird das Alter der Frauen mit einbezogen, so zeigt sich, dass der Grad der Befürwortung mit dem Alter kontinuierlich ansteigt bis zur Gruppe der 41- bis 50-jährigen und bei den älteren wieder ein wenig sinkt.

Als unnötig empfinden es nur 88 der Frauen (11,4%) und im Schnitt ca. 4,6% der Gewaltbetroffenen. Keine Meinung zu dieser Frage haben 47 Frauen (6,1%). Bei Berücksichtigung von Gewalterfahrung differieren die Zahlen um etwa ein Prozent.

Abbildung 8.6–21: „Wie würden Sie es finden, wenn Sie unabhängig von Ihren Verletzungen oder Beschwerden in der Notfallambulanz/Ersten Hilfe nach körperlicher und sexueller Gewalterfahrung gefragt werden? Finden Sie es...?“ in % (n=775)



8.6.11.5 Erwartungen an die Ansprechperson

Danach gefragt, welche Kriterien den Frauen am wichtigsten wären, wenn sie im Rahmen der medizinischen Versorgung über ihre Erfahrungen sprechen würden (s. Abbildung 8.6–22), zeigen 429 Antworten, dass die Hälfte (51%, n=755) eine verständnisvolle Person wünscht. Bei Berücksichtigung

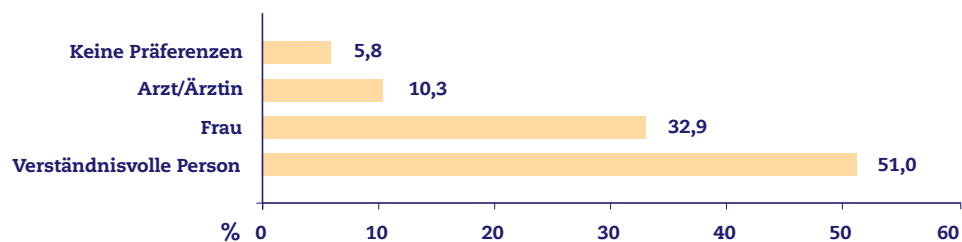
von Gewalterfahrung erhöhen sich die Werte geringfügig auf etwa 55%. Verständnis ist den von emotionaler Gewalt betroffenen Frauen mit 92,2% am wichtigsten. Im Vergleich ist der jüngsten und der ältesten Altersgruppe eine verständnisvolle Person am wichtigsten.

Eine Gesprächspartnerin wird von 277 Frauen (32,9%) favorisiert. Die Zahlen weichen bei Gewaltbetroffenen kaum ab. Eine Ausnahme bilden die von sexueller Gewalt betroffenen Frauen: Eine weibliche Person als Gesprächspartnerin wünschten sich 36,1% der Frauen, die jemals in ihrem Leben nach dem 16. Lebensjahr sexuellen Gewalthandlungen ausgesetzt gewesen waren, und fünf der acht Frauen, bei denen es keine zwölf Monaten zurück lag. Auch bei denjenigen, bei denen körperliche Angriffe im vorangegangenen Monat erfolgten sind es 45,5% (10). Es ist anzunehmen, dass sich die Sensibilität des Themas sexuelle Gewalt in dem Antwortverhalten widerspiegelt. Weiter zeigt sich, dass den Frauen mittleren Alters eine weibliche Person am wichtigsten wäre.

Von allen Befragten wünschen sich 87 Frauen (10,3%) einen Arzt/eine Ärztin als Gesprächsperson. Von Gewalt betroffene Frauen unterschreiten diese Zahl um ein bis zwei Prozent. Auch hier bilden die von sexueller Gewalt innerhalb des letzten Jahres Betroffenen wieder eine Ausnahme: zwei der acht Frauen wünschen sich eine ärztliche Ansprechperson. Ältere Frauen legen mehr Wert auf einen Arzt/eine Ärztin als jüngere.

In 49 Fällen (5,8%) wurde geantwortet, dass die Person keinen besonderen Kriterien entsprechen müsste. Geringfügig wird hier die Quote von den Frauen mit körperlicher Gewalt überschritten. In Bezug auf das Alter ergibt sich, dass für nur eine der unter 20-jährigen (1,8%) aber für 14 der 41- bis 50-jährigen (10,6%) sowohl das Geschlecht als auch die Qualifikation der Gesprächsperson irrelevant wären.

Abbildung 8.6–22: „Mit wem würden Sie am ehesten über körperliche und sexuelle Gewalterfahrung sprechen?“ in % (n=775)



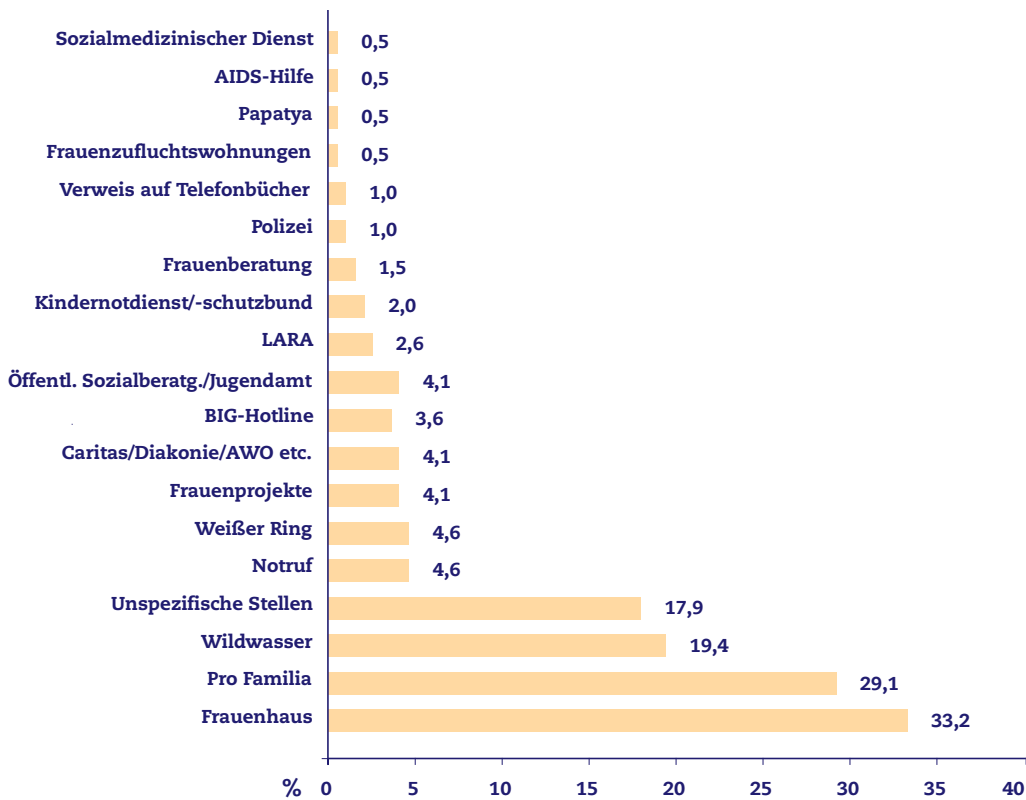
8.6.11.6 Bekanntheit von S.I.G.N.A.L. und anderen Unterstützungsangeboten

Alle an der Untersuchung teilnehmenden Patientinnen wurden gefragt, ob sie von S.I.G.N.A.L. gehört hätten und wenn ja, ob ihr Aufsuchen der Ersten Hilfe im Zusammenhang mit den Unterstützungsangeboten im UKBF zusammenhängen würde. Mit dieser Frage war beabsichtigt, mögliche Verzerrungseffekte bei der Ermittlung der Prävalenz innerhalb der Studienpopulation feststellen zu können. Von 788 Frauen hatten 101 (12,8%) von S.I.G.N.A.L. gehört und zwei gaben an, deshalb gekommen zu sein. Beide berichten jedoch weder von akuter noch von Gewalterfahrung innerhalb der vergangenen zwölf Monate, so dass diese Angabe u. U. auf ein Verständnisproblem oder ein Missverständnis zurückzuführen ist.

Im Anschluss wurden alle Teilnehmenden (n=788) zu ihrem Informationsstand bezüglich anderer Beratungs- oder Unterstützungsangebote befragt. 200 Frauen (25,4%) sagten, sie wüssten von Unterstützungsprojekten, 196 nannten diese Stellen mit Namen. Davon gehört hatten 208 Frauen (26,4%) und 379 Befragten (48,1%) ist ein solches Angebot nicht bekannt. Im Folgenden sind die angegebenen Projekte und Stellen nach der Häufigkeit ihrer Nennung aufgelistet. Auffallend ist, dass Pro Familia am zweithäufigsten genannt wurde. Nach dem eigenen Profil liegt der Aufgabenbereich von Pro Familia jedoch nicht in diesem Bereich.

Zusammengenommen wurden zu 68,5% Frauenprojekte genannt. Frauen, die von häuslicher Gewalt betroffen sind, kennen geringfügig (um 3%) mehr Beratungsstellen.

Abbildung 8.6–23: Bekanntheit von Unterstützungsprojekten/Beratungsstellen in % der Angaben (n=196, 264 Angaben)



8.6.12 Zusammenfassung

Gewalterfahrung

Für häusliche Gewalt nach dem 16. Lebensjahr wurden eine Lebenszeitprävalenz von 36,6%, eine Ein-Jahres-Prävalenz von 4,5%, eine Ein-Monats-Prävalenz von 2,5% und eine Akut-Prävalenz von 0,7% ermittelt. Hinsichtlich der Prävalenzen zeigt sich, dass die betroffenen Frauen jünger sind, wenn die Gewalthandlung kürzer zurück liegt. Bei der Akut-Prävalenz sind die Frauen im Schnitt unter 25 Jahre und bei der Ein-Jahres- bzw. Ein-Monats-Prävalenz unter 30 Jahre.

Im Vergleich zur allgemeinen Gewalterfahrung wurde deutlich, dass Frauen, die von häuslicher Gewalt betroffen sind, zu einem größeren Anteil von mindestens zwei oder drei Gewaltformen (körperlicher, sexueller oder emotionaler Gewalt) berichteten, d.h. Opfer eines Misshandlungssystems sind.

Sowohl bei Gewalt durch den Partner als auch bei häuslicher Gewalt handelt es sich überwiegend nicht um einmalige Gewalthandlungen. Zwei Drittel (sexuelle Gewalt) bis drei Viertel (körperliche Gewalt) der betroffenen Frauen berichteten über häufige oder mehrmalige Gewalttaten.

Zu einem Viertel wurden bei der körperlichen Gewalt Gegenstände oder Waffen eingesetzt, bei mehr als der Hälfte dieser Fälle handelte es sich um Schlag-, Stich- oder Schusswaffen.

Verletzungen und Beschwerden als Folge der Gewalthandlungen

Überwiegend sind leichte Verletzungen die Folge von körperlichen oder sexuellen Gewalthandlungen, aber fast jede zehnte betroffene Frau nannte schwerere Traumata wie Stich-/Schuss- oder Brandwunden. Zwei Drittel der Frauen, die von gesundheitlichen Auswirkungen berichteten, wurden im Bereich des Kopfes verletzt. Als Beschwerde aufgrund der Gewalterfahrung nannte knapp ein Fünftel der Frauen Kopfschmerzen, eine von vier Unterleibsschmerzen und drei von zwanzig Herzkreislaufbeschwerden. Zwei Drittel der Frauen berichtete von Angstzuständen. Knapp ein Viertel leidet unter Depressionen und ca. jede achte unter einem geringen Selbstwertgefühl. Fast jede elfte berichtete von Selbstverletzungen oder Suizidversuchen.

Mehr als die Hälfte der Frauen, die gesundheitlichen Folgen nannten, ließ sich medizinisch versorgen: Knapp ein Viertel suchte eine Notfallambulanz und mehr als ein Drittel eine niedergelassene Praxis auf, jede zehnte wurde stationär behandelt. Jede zwölfte wandte sich an mindestens zwei Versorgungseinrichtungen. Die Mehrzahl der Frauen suchte psychologische oder psychiatrische Hilfe. Hier zeigt sich die hohe psychische Belastung der Gewalterfahrung.

Frauen, die ausschließlich von emotionaler Gewalt berichteten, zeigten vergleichbare Angaben für die Beschwerdesymptome und psychischen Folgen. Auch sie leiden am häufigsten unter Kopfschmerzen sowie unter Angst und Depressionen.

Subjektive Einstellung zu Unterstützungsangeboten in der medizinischen Versorgung

Für knapp sieben von zehn Frauen wären Ärzte/innen im Fall von Gewalterfahrung Ansprechpersonen, aber nur acht von 100 sind jemals von Ärzten/innen danach gefragt worden und vier von zehn gewaltbetroffenen Frauen hätte es sich gewünscht. Zwei Fünftel aller Frauen würde nur bei direktem Nachfragen von erlittener Gewalt berichten.

Mehr als zwei Drittel der Befragten und sieben von zehn Gewaltbetroffenen befürworten generell eine Routinebefragung nach Gewalterfahrung im Anamnesegespräch. Bezogen auf die Anamnese in der Ersten Hilfe/Notfallambulanz erhöht sich der Anteil der Frauen. Acht von zehn Frauen halten eine solche Frage für wichtig, auch wenn sie z.T. als unangenehm empfunden wird.

Bei der Frage nach den charakteristischen Merkmalen einer potentiellen Gesprächsperson wird von allen Befragten mehrheitlich „verständnisvoll“ angegeben. Das Geschlecht spielt nur bei einem Drittel der Frauen eine Rolle.

Nur ein Viertel der Befragten ist über das Beratungs- und Unterstützungsangebot im Fall von Gewalterfahrung informiert. Gleich hoch ist der Anteil der Frauen, denen Hilfsangebote vom Hören bekannt waren. Knapp die Hälfte aller befragten Frauen war nicht über diese Angebote informiert.

8.7 Methodendiskussion

Sowohl die Befragung selbst wie ihre Durchführung kann positiv bewertet werden. So zeigt die hohe Responserate die Bereitschaft der Patientinnen, sich befragen zu lassen. Weiter ist es gelungen, alle Patientinnen (1557), die im Erhebungszeitraum die Erste Hilfe aufsuchten zu erfassen: entweder wurden sie befragt (806) oder die Gründe ihrer Nichtteilnahme mittels der Nonresponderbögen (751) festgehalten.

Generell stieß die Befragung bei allen Beteiligten auf eine positive Resonanz. So zeigte sich bei den Erste Hilfe-Mitarbeiter/innen des UKBF trotz anfänglicher Skepsis gegenüber der Durchführbarkeit einer Befragung aller Patientinnen der Ersten Hilfe/Aufnahmestation im Verlauf der Erhebung eine zunehmend positive Einstellung und eine größere Kooperationsbereitschaft. Darüber hinaus berichteten die Pflegenden dieser Stationen, dass durch die Studie ihr Interesse für die Gewaltproblematik aktualisiert und die Relevanz des Themas wieder deutlicher wurde. Gleichzeitig fühlten sie sich in ihrer Verantwortung für Frauen, die aufgrund akuter Gewalthandlungen die Erste Hilfe aufsuchten, durch die Interviewerinnen entlastet.

Auch die angesprochenen Patientinnen reagierten mehrheitlich positiv. Viele betonten im Anschluss an das Interview, wie wichtig die Thematik und eine Befragung dieser Art sei. Einige wünschten dem S.I.G.N.A.L.-Projekt viel Glück bei seiner Arbeit. Gleichzeitig konnte mit der Studie der Bekanntheitsgrad allgemein von Beratungs- und Unterstützungsangeboten in Berlin sowie von S.I.G.N.A.L. mittels der Notfallkarten erhöht werden. Das heißt, die Untersuchung kann auch als eine Form der externen Öffentlichkeitsarbeit gewertet werden. Darüber hinaus konnte ganz konkret einigen betroffenen Frauen im Anschluss an das Interview geholfen werden, indem Beratungen durchgeführt oder vermittelt wurden.

Die ausgewählten Interviewerinnen erwiesen sich sowohl im Umgang mit den Patientinnen als auch mit dem Pflegepersonal als einfühlsam. In der Regel gab es eine gute Zusammenarbeit und die Interviewerinnen wurden vom Personal unterstützt. Eine kompetente Beratung oder Weitervermittlung betroffener Patientinnen wurde von den Interviewerinnen bei Bedarf eingeleitet. Hier zeigt sich, dass die bei der Auswahl der Interviewerinnen berücksichtigten beruflichen Erfahrungen mit der Problematik sowie ihr Alter nicht unerheblich für das Gelingen der Studie waren.

Auch das eingesetzte Erhebungsinstrument kann unter den Rahmenbedingungen einer Befragung in der Ersten Hilfe als adäquat betrachtet werden. Schwächen zeigen sich jedoch bei folgenden Sachverhalten: Angesichts des Antwortverhaltens der Befragten zu den potentiellen Gesundheitsfolgen hätten detailliertere und anregendere Fragen in Form von genauen Vorgaben sicher präzisere Ergebnisse gebracht. Jedoch hätte eine derartige Befragung mehr Zeit in Anspruch genommen und wäre unter Umständen nicht in mündlicher Form möglich gewesen. Auch der Ermittlung der sozialen Lebenslage hätte das Hinzufügen von mehr Fragen zu den demografischen Faktoren genützt. Es zeigte sich aber auch während der Interviews, dass einigen Frauen die wenigen gestellten Fragen bereits zu weit gingen und die Antwort z.T. verweigert wurde. Da die durchgeführte Studie jedoch hauptsächlich der Ermittlung von Prävalenzen dienen sollte, sind die genannten und auf die spezifische Befragungssituation zurückzuführenden Schwachstellen hinnehmbar.

Diese erste größere Prävalenzuntersuchung in einer Ersten Hilfe/Notaufnahme in Deutschland ist gelungen und zur Auswertung liegt ein umfangreiches, differenziertes Datenmaterial vor.

Um das aktuelle Forschungsdefizit hierzulande zu diesem Problemkomplex in differenzierterer Form zu verringern, sind weitere Untersuchungen nötig. Andere Befragungssettings und Studienpopulationen (wie z.B. in Krankenhäusern mit einem anderen Patientenkontext, während der stationären Behandlung oder in niedergelassenen Praxen) oder ein anderes Erhebungsinstrument (wie eine anonyme, umfangreichere, schriftliche Befragung) sind sicher für Fragen zur genaueren Ermittlung von z.B. Risikofaktoren, Gesundheitsfolgen oder ausführlicheren demografischen Angaben geeigneter. Mit dieser Studie wurde ein erster Schritt unternommen, auf den aufgebaut werden kann.

8.8 Diskussion der Ergebnisse

Die ermittelten Prävalenzen sind nicht ohne genauere Prüfung mit denen aus den vorliegenden internationalen Studien zu vergleichen. Dennoch liegen die Prävalenzwerte mit 36,6% für die Lebenszeit von häuslicher Gewalt und 1,5% für die Akut-Prävalenz in einem ähnlichen Größenrahmen.

Es kann jedoch von einer Unterschätzung ausgegangen werden. Zum einen wurden fünf Frauen, die wegen ihrer psychischen Belastung aufgrund akuter Gewalthandlungen nicht an der Befragung teilnehmen wollten, nicht berücksichtigt. Zum anderen ist anzunehmen, dass sich auch unter den verbleibenden Frauen, die aus anderen subjektiven oder objektiven Gründen nicht interviewt werden konnten, sowohl akut als auch nicht akut gewaltbetroffene Frauen befinden. Zum Teil wurden von den Interviewerinnen entsprechende Eindrücke als schriftlicher Kommentar festgehalten. In einigen Fällen berichteten sie von einer aggressiven Einmischung und Ablehnung durch die männliche Begleitperson, so dass hier zumindest eine Form von emotionaler Gewalt vermutet werden kann. Einige Frauen brachen die Befragung ohne weiteren Kommentar bei der Einleitung zum Fragenkomplex der Gewalterfahrung ab, auch bei diesen liegt der Verdacht der Gewalterfahrung nahe. Auf Grundlage der internationalen Forschungsergebnisse zu den psychischen Folgen (vgl. Teil A: Kap. 3) von Gewalt ist weiter anzunehmen, dass sich unter den nichtbefragten Patientinnen mit autoaggressivem Verhalten, Suizidversuchen oder schwereren psychischen Störungen Betroffene zu finden sind.

Die Prävalenzergebnisse können unter Berücksichtigung des spezifischen Einzugsbereichs des UKBF nur bedingt verallgemeinert werden. Das Klinikum liegt in einem Berliner Stadtteil, der von einer hauptsächlich mittelständigen Bevölkerung im mittleren bis höheren Alter und mit vornehmlich deutsch-kultureller Herkunft bewohnt wird (Hermann/Meinlschmidt 1997). Ein Selektionsbias kann hier vermutet werden. Internationale Studien weisen darauf hin, dass ein jüngeres Alter, Kindern im erziehungspflichtigen Alter und ein unteres Familieneinkommen zu einer größeren psychosozialen Belastung führt, die das Risiko für Gewalterleben erhöht (Krug/Dahlberg et al. 2002). So zeigt eine

Untersuchung zur Inanspruchnahme von klinischen Notfallambulanzen in drei ausgewählten Berliner Bezirken (Wedding, Kreuzberg und Neukölln) eine höhere Akut-Prävalenz von Gewalt (Borde/Braun et al. 2003). Diese Stadtteile weisen eine Bevölkerungszusammensetzung auf, die z.B. geprägt ist von einem höheren Anteil von Familien mit einem unteren Einkommen, Personen mit einem Volks- oder Hauptschulabschluss bzw. ohne berufliche Ausbildung sowie mit Migrationshintergrund (Hermann/Meinlschmidt 1997). Im Rahmen dieser Studie wurden Patienten/innen, die die Rettungsstellen aufsuchten, unter anderem gefragt, ob ihre Beschwerden im Zusammenhang mit einer Gewalterfahrung stehen. Es wurde eine Prävalenz von 7,0% für alle Frauen gleich welcher Herkunft gefunden: für Frauen deutscher Herkunft unter 30 Jahren lag der Anteil bei 5,4% und für Frauen türkisch/kurdischer Herkunft im gleichen Alter bei 15,1%. Kontext oder Verursacher der Gewalthandlungen wurden nicht berücksichtigt, so dass diese Ergebnisse nur bedingt gegenüber zu stellen sind. Der Vergleich dieser Prävalenzen legt jedoch den Schluss nahe, dass die im UKBF ermittelten Werte eine untere Schätzung darstellen.

Eine Analyse der Assoziation mit den ermittelten demografischen Faktoren steht bisher noch aus. Angesichts der sich im UKBF präsentierenden Bevölkerungsstruktur wäre eine weitere, vergleichbare Erhebung in einer Ersten Hilfe eines Bezirks mit einer anderen Populationsstruktur sicher aufschlussreich.

Auch wenn sich die Akut-Prävalenz als relativ niedrig erweist, zeigen sowohl die hohen Werte für die Lebenszeit als auch die von den betroffenen Frauen selbst assoziierten gesundheitlichen Folgen zum einen das große Ausmaß von erlebter Gewalt sowie die langfristigen Konsequenzen.

Gesundheitliche Folgen und Interventionsmöglichkeiten

Die mehrheitliche Inanspruchnahme von psychologischer oder psychiatrischer Behandlung deutet auf die hohe psychische Belastung der Gewalterfahrung. Der Versorgungsbedarf für gewalttraumatisierte Frauen findet hierzulande bislang zu wenig Berücksichtigung. In einem Berliner Experten/innen/gespräch zu dieser Problematik im Juli 2003 wurde für die Stadt der Handlungsbedarf benannt.

Nach dem WHO-Bericht potenzieren sich die gesundheitlichen Auswirkungen mit der Dauer und der Multiplizität von Gewalterfahrung. Das heißt, dass selbst bei einer niedrigen Inanspruchnahme der Ersten Hilfe aufgrund akuter Gewalt dennoch eine Intervention angezeigt erscheint. Bislang wird in der Regel von Professionellen in der Gesundheitsversorgung argumentiert, dass Frauen eine Frage nach Gewalterfahrung nicht wünschen und erlebte Gewalt nicht offenbaren wollen. Die hier dargestellten Ergebnisse zeigen ein anderes Bild. Betroffene wie nichtbetroffene Frauen befürworteten mehrheitlich eine Routinebefragung. Ärzte/innen sind potentielle Ansprechpersonen im Fall von erlebter Gewalt, wobei Verständnis als Charakteristikum der Gesprächsperson vor Geschlecht oder Berufsstand rangiert. Das heißt, auch von verständnisvollen Männern würde Hilfe angenommen werden. Hier zeigt sich die große Bedeutung von spezifischen Fortbildungen und Schulungen zur Sensibilisierung sowie zur Vermittlung von Fachkompetenz.

Auch die relativ geringe Bekanntheit von spezifischen Beratungs- und Unterstützungsprojekten legt eine Intervention im Rahmen der gesundheitlichen Versorgung nahe. Sowohl der WHO-Bericht (Krug/Dahlberg et al. 2002) als auch eigene Ergebnisse aus explorativen, qualitativen Interviews, die im Rahmen einer Projektarbeit im Studiengang Public Health durchgeführt wurden (Brzank 2002), zeigen, dass erst das konkrete Wissen über Hilfsangebote als potentielle Handlungsoptionen und eine Weitervermittlung die Frauen dazu brachte, Unterstützung anzunehmen und ggf. die Misshandlungsbeziehung zu verlassen.

Literatur

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.

Borde T/Braun T et al. (2003). *Schlussbericht des Forschungsprojektes: Unterschiede in der Inanspruchnahme klinischer Notfallambulanzen durch deutsche Patienten/innen und Migranten/innen – Problembeschreibung, Ursachenanalyse, Lösungsansätze. Berlin, in Druck.*

- Brzank P (2002). *Erfahrungen und Erwartungen an die Gesundheitsversorgung im Kontext häusliche Gewalt. Explorative Interviews mit betroffenen Frauen. Unveröffentlichte Projektarbeit im Studiengang Public Health der TU-Berlin. Berlin.*
- 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.*
- DeKeseredy WS/Schwartz MD (1998). *Measuring the Extent of Woman Abuse in Intimate Heterosexual Relationships: A Critique of the Conflict Tactics Scales. www.vaw.umn.edu/finaldocuments/Vawnet/ctscritique.htm. 16.12.2002.*
- DIMDI – Deutsches Institut für medizinische Dokumentation (1994). *ICD - 10, Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandte Gesundheitsprobleme. Bd. 1 – Systematisches Verzeichnis.*
- Ellsberg M/Heise L (2002). *Bearing witness: ethics in domestic violence research. Lancet 359(9317): 1599-604.*
- 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.*
- Heise L/Ellsberg M et al. (2001). *Putting Women First: Ethical and Safety Recommendations for Research on Domestic Violence Against Women. WHO – World Health Organisation (Hg.). Genf.*
- Hermann S/Meinlschmidt G (1997). *Sozialstrukturatlas Berlin – Fortschreibung 1997. Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales Berlin (Hg.). Berlin.*
- Krug EG/Dahlberg LL et al. (2002). *World report on violence and health. WHO – World Health Organisation (Hg.). Genf.*
- Leopold B/Kavemann B et al. (2002). *Fortbildungen für die Intervention bei häuslicher Gewalt. BMFSFJ (Hg.). Stuttgart, Berlin, Köln,*
- Pfaff H/Bentz J (1998). *Subjektive Daten – Objektive Analyse. In: Schwartz FW (Hg.) (1998). Das Public-Health-Buch: Gesundheit und Gesundheitswesen. München, Wien, Baltimore.*
- 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.*
- Schnell R/Hill PB et al. (1999). *Methoden der empirischen Sozialforschung. München, Wien, Oldenburg.*
- Senator für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales (Hg.) (2001). *Frauengesundheitsbericht. Bremen.*
- Straus M (1979). *Measuring Intrafamily Conflict and Violence: The Conflict Tactics (CTS) Scales. Journal of Marriage and the Family 41(1): 75-88.*
- Verbundprojekt zur gesundheitlichen Situation von Frauen in Deutschland (2001). *Bericht zur gesundheitlichen Lage von Frauen in Deutschland. BMFSFJ (Hg.). Schriftenreihe Bd. 209. Stuttgart.*
- Wagner PJ/Mongan PF (1998). *Validating the concept of abuse: women's perceptions of defining behaviors and the effects of emotional abuse on health indicators. Arch Fam Med 7(1): 25-9.*
- 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.*
- 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.*

9 Ergebnisse der Auswertung der Dokumentationen

9.1 Dokumentation als Datenerhebungsform

Die Dokumentation der Verletzungen und Beschwerden sowie der personenbezogenen oder den Tathergang beschreibenden Angaben dient einerseits der Patientin im konkreten Fall – z.B. bei strafrechtlichen Entscheidungen – und andererseits der Datenerhebung zum Versorgungsbedarf.

Ein erster Dokumentationsbogen, der von der Vor-Ort-Gruppe entwickelt und mit der Rechtsmedizin der Freien Universität Berlin abgesprochen wurde, kam im Oktober 2000 erstmalig zur Anwendung. Nach einer Testphase wurde der Bogen überarbeitet und in einer veränderten Version ab Mai 2001 genutzt. Die ausgefüllten Dokumentationen (Dokumentationsbogen und/oder Erste-Hilfe-Scheine) werden auf den chirurgischen und internistischen Erste Hilfe-Abteilungen von den Pflegekräften in einem eigenen S.I.G.N.A.L.-Ordner gesammelt. Vor Einsatz des Dokumentationsbogens wurde seit dem Beginn des S.I.G.N.A.L.-Interventionsprojektes im Oktober 1999 die identifizierten Fälle von häuslicher Gewalt in einfacher Form durch den Ersten Hilfe-Schein schriftlich festgehalten.

9.2 Datenerfassung und -auswertung

Die Auswertung der Bögen erfolgte durch die wissenschaftliche Begleitung, die diese in anonymisierter Form als Kopie erhielt. Die Daten wurden nach der Erstellung eines Codeplans, der Variablen und Wertelabels definiert, in SPSS eingegeben und mit SPSS 10 bzw. 11 ausgewertet. Der vorliegende Datensatz wurde deskriptiv, vornehmlich univariat und in Teilen bivariat analysiert. Zum Teil wurde ein Vergleich zwischen Frauen, die von ihrem jetzigen oder früheren Partner bzw. die von anderen Personen wie Fremden, Bekannten oder auch Familienangehörigen Gewalt erlitten hatten, durchgeführt. Gruppenspezifische Unterschiede konnten so identifiziert werden.

9.3 Datenbasis

Der Auswertung liegen 136 Dokumentationen für den Zeitraum vom Oktober 1999 bis einschließlich Dezember 2002 zugrunde. 135 Frauen und ein Mann suchten aufgrund gewalttätiger Handlungen die Erste Hilfe auf.

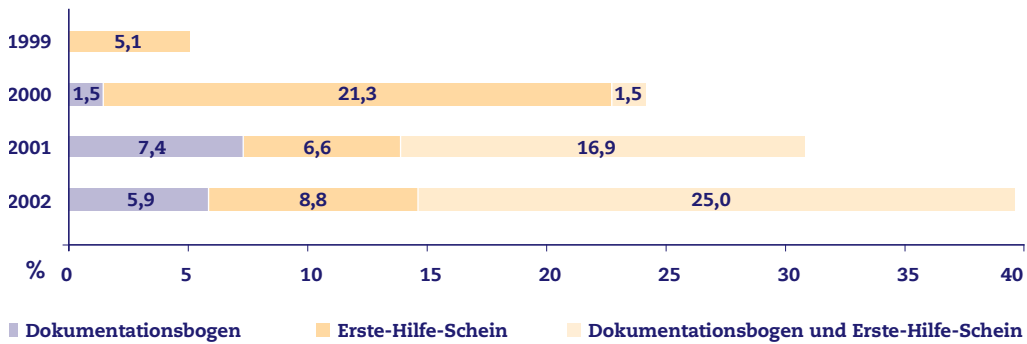
Bei 15% (20) sind die Verletzungen mittels des Dokumentationsbogens, bei 42% (57) ausschließlich durch den Erste-Hilfe-Schein und bei 43% (59) durch beides festgehalten. In 9,6% (13) der Fälle wurden die Verletzungen zusätzlich durch ein Foto belegt – die nicht in der Auswertung berücksichtigt wurden. Fotodokumentationen werden in der Regel bei schweren Verletzungen vorgenommen.

Einige Variablen weisen einen relativ hohen Anteil fehlender Werte auf, zur Hälfte (30) resultiert dies daraus, dass bestimmte Fragen nur auf dem ab Oktober 2000 eingeführten Dokumentationsbogen erfasst wurden.

9.4 Zunahme der Dokumentationen

Wird die Form und Anzahl der vorliegenden Dokumentationen in Relation zur Jahresangabe betrachtet, so kann eine zunehmende Tendenz des Dokumentierens gewaltbedingter Verletzungen festgestellt werden (s. Abbildung 9.4–1).

Abbildung 9.4-1: Überblick der vorliegenden Dokumentationen nach Art und Jahr in % (n=136)



Bei einer genauen Analyse der Anzahl der dokumentierten Fälle nach Monat und Jahresangabe, zeigt sich, dass die Mehrzahl der Dokumentationen aus dem ersten Halbjahr 2002 vorliegt.

9.5 Anteil der dokumentierten Fälle in Relation zur Gesamtzahl der Patientinnen

Für das Jahr 2002 lässt sich auf Grundlage der 53 dokumentierten Fälle von Gewalt gegen Frauen ein monatlicher Schnitt von 4,5 Fällen für die Erste Hilfe berechnen. In Relation zu den insgesamt 20.803 Patientinnen über 18 Jahren, die im Jahr 2002 die Erste Hilfe in Anspruch nahmen, wurden somit bei 0,3% der Patientinnen akute Verletzungen aufgrund von Gewalthandlungen dokumentiert. Diese Zahl lässt allerdings keine Rückschlüsse auf die Akut-Prävalenz von häuslicher Gewalt zu (vgl. Kap. 8: 0,7% Akut-Prävalenz für häusliche Gewalt), da von keiner vollständigen Erfassung aller gewaltbedingten Verletzungen und Beschwerden der Patientinnen ausgegangen werden kann. Zum einen findet keine routinemäßige Befragung der Patientinnen nach Gewalt als Ursache von Verletzungen oder Beschwerden statt. Zum anderen berichteten Mitarbeiter/innen, dass z.T. wegen mangelnder Zeit oder Schichtwechsel keine Dokumentation erfolgt oder dass die Ersten Hilfe-Scheine, auf denen ggfs. häusliche Gewalt als Verletzungsursache vermerkt wurde, zur stationären Behandlung mitgenommen werden und diese Fälle somit nicht mehr zu rekonstruieren sind. Es kann daher von einer erheblichen Untererfassung ausgegangen werden, was die tatsächliche Anzahl von Patientinnen betrifft, die aufgrund von gewaltbedingten Gesundheitsstörungen medizinische Hilfe suchte.

9.6 Täter

Bei 14 Frauen liegen keine genauen Angaben zu dem Täter vor. Von den verbleibenden 122 Frauen wurden deren Verletzungen zu 68,9% (93) vom Ehemann/Partner und zu 8,9% (12) vom ehemaligen Ehemann oder Partner verursacht. Das heißt, zusammengenommen erfolgte in 86% der dokumentierten Fälle die Gewalthandlung im Rahmen der Partnerschaft. Je sechs Frauen (4,4%) gaben entweder Familienmitglieder oder bekannte Personen als Täter an, bei fünf Patientinnen handelte es sich um Fremde. Folglich war bei 91% der dokumentierten Fälle häusliche Gewalt die Ursache für die Verletzungen (vgl. Kap. 8.3.1).

9.7 Gesundheitliche Folgen

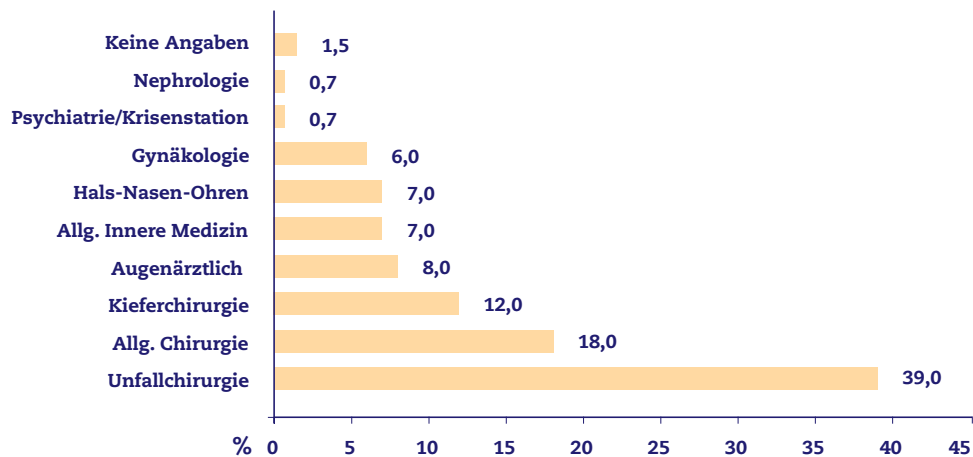
9.7.1 Behandelnde Abteilungen und Disziplinen

132 Fälle wurden in der Ersten Hilfe und vier weitere im stationären Bereich (drei in der HNO und eine in der Gynäkologie) dokumentiert. Die Inanspruchnahme der Ersten Hilfe verteilt sich zu 83% (113) auf die chirurgische und zu 15% (20) auf die internistische Abteilung. Die Mehrzahl der als gewaltbe-

troffen erkannten Frauen suchte die Erste Hilfe aufgrund akuter Verletzungen auf. Körperliche Gewalt war folglich die meist genannte Ursache, die zum Teil einherging mit sexueller Gewalt, verbalen Drohungen und Einschüchterungen. Hieraus erklärt sich, dass der Großteil der Dokumentationen auf der chirurgischen Ersten Hilfe-Station erfolgte.

Hinsichtlich der Inanspruchnahme der medizinischen Disziplinen steht die Unfallchirurgie an erster Stelle mit 38% (52), gefolgt von der Allgemeinchirurgie mit 18% (24), der Kieferchirurgie mit 12% (16), der Augenabteilung mit 8% (11), der Hals-Nasen-Ohren-Abteilung und Inneren Medizin mit je 7% (10), der Gynäkologie mit 6% (8) und der Psychiatrie/Krisenstation und der Nephrologie mit je 0,7% (1). In zwei Fällen wurden die behandelnden Disziplinen nicht notiert (s. Abbildung 9.7-1).

Abbildung 9.7-1: Behandelnde Disziplinen gesamt in % der Angaben (n=136, Mehrfachnennungen)

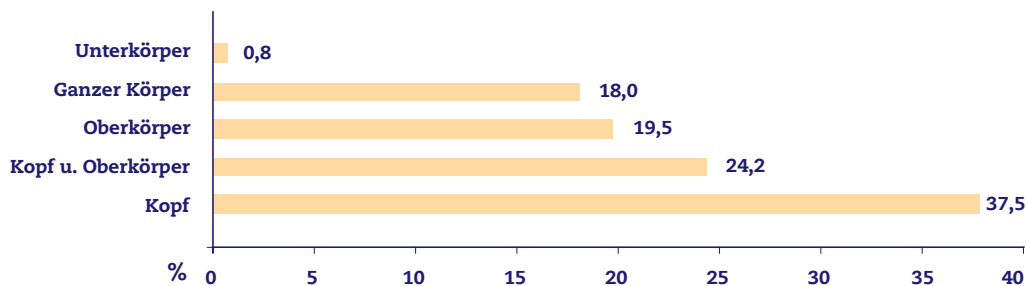


9.7.2 Art und Lage der Verletzungen

57,4% (78) der Frauen wiesen mehr als eine behandlungsbedürftige Verletzung auf: zwei Verletzungen wurden bei 33,8% (46) der Frauen und drei bei 26,5% (36) dokumentiert.

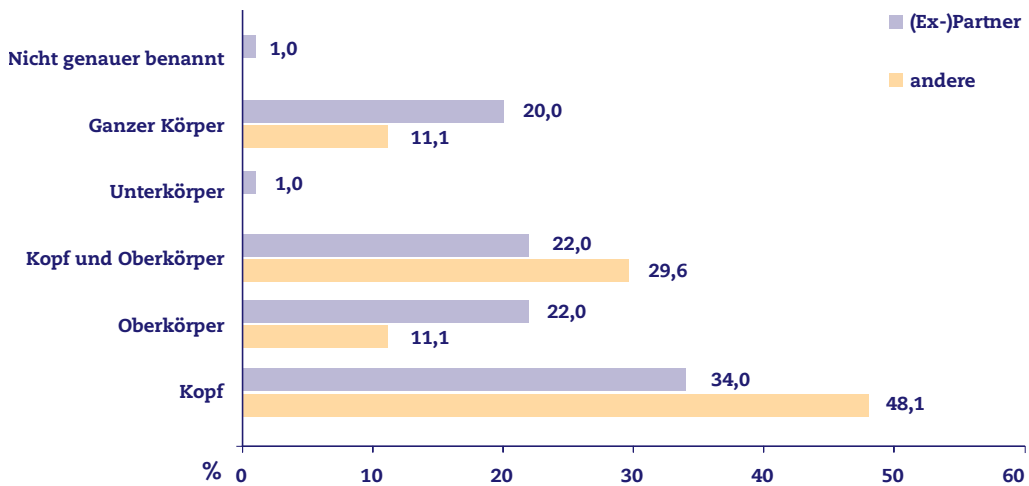
Am häufigsten lagen mit über 80% der Fälle Verletzungen im Bereich des Kopfes und/oder des Oberkörpers vor. 37,5% (48) der Frauen waren am Kopf verletzt, 24,2% (31) sowohl am Kopf als auch am Oberkörper, 19,5% (25) am Oberkörper, 18,0% (23) am ganzen Körper und eine am Unterkörper (s. Abbildung 9.7-2).

Abbildung 9.7-2: Lage der Verletzungen in % der Angaben (n=128)



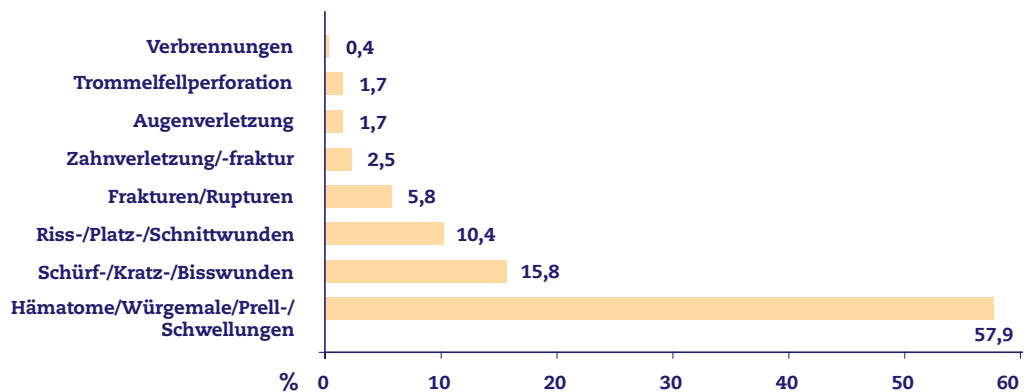
Differenziert nach Tätergruppen sind folgende Körperbereiche betroffen: Gewalt in der Partnerschaft zielt auf den Kopf, den Oberkörper, Oberkörper und Kopf sowie den ganzen Körper. Ging die Gewaltbehandlung von anderen Personen aus, so wurde der Kopf am häufigsten verletzt sowie Kopf und Oberkörper (s. Abbildung 9.7-3).

Abbildung 9.7-3: Lage der Verletzungen nach Tätergruppen in % der Angaben (n=128)



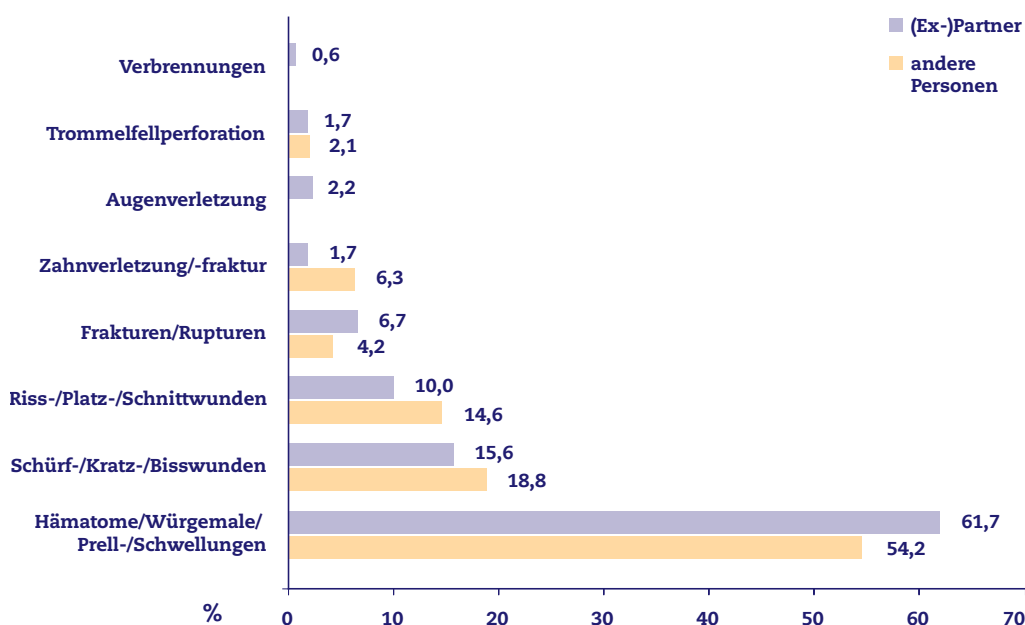
Die Verletzungsart wurde bei 124 Fällen mit 231 Angaben erfasst. Entsprechend den Angaben wurden zu 57,9% Hämatome/Prellungen/Würgemale/Schwellungen, 15,8% Schürf-/Kratz-/Bisswunden, 10,4% Riss-/Platz-/Schnittwunden, 5,8% Frakturen oder Rupturen dokumentiert, bei 2,5% lag eine Zahn- und bei 1,7% eine Augenverletzung vor, bei 1,7% war das Trommelfell perforiert und eine Frau litt unter Verbrennungen (s. Abbildung 9.7-4).

Abbildung 9.7-4: Art der Verletzung in % der Angaben (n=124, 231 Angaben)



Werden die Verletzungsarten in Relation zu den Tätergruppen gebracht, so gibt sich folgendes Bild: Frauen, die durch ihren (Ex-)Partner verletzt wurden (105, 180 Angaben), wiesen mehr Hämatome (häufig am ganzen Körper)/Prellungen/Würgemale/Schwellungen sowie Frakturen auf. Wurde die Gewalthandlung von anderen Personen verübt, so waren (30, 48 Angaben) mehr Schürf-/Kratz-/Bisswunden sowie Riss-/Platz-/Schnittwunden und Zahnverletzungen zu beobachten. Keine Nennungen liegen hier für Augenverletzungen, Würgemale und Verbrennungen vor (s. Abbildung 9.7-5).

Abbildung 9.7-5: Verletzungsarten nach Tätergruppen in % der Angaben (n=124)



Acht der Frauen wurden aufgrund der Schwere ihrer Verletzungen stationär aufgenommen und zwei an eine Spezialklinik verwiesen.

9.7.3 Anwendung des ICD-10-Diagnoseschlüssels

Die Verletzungen und Beschwerden wurden in 103 Fällen dem ICD-10-System zugeordnet und entsprechen den Ergebnissen der Abbildung 9.7-3 und Abbildung 9.7-4. In der Mehrzahl wurde das körperliche Symptom beschrieben. Der ICD-10-Code bietet jedoch auch die Möglichkeit, die Ursache der Verletzung festzuhalten. In je sieben der 103 (6,8%) Fälle wurde eine Misshandlung (T74-T74.9) oder körperliche Gewalt (R45.6) und einmal ein tätlicher Angriff (Y04) dokumentiert. Misshandlungen als Code wurden in drei Fällen von der gynäkologischen, zweimal von der allgemein-internistischen und je einmal von der allgemein- bzw. der unfall-chirurgischen Abteilung verwandt. Im Jahr 2000 wurde viermal, in 2001 zweimal und 2002 einmal der Misshandlungscode angegeben, d.h. dass hier eine kontinuierliche Abnahme zu verzeichnen ist. Hingegen wurde der Code „körperliche Gewalt“ in 2001 zweimal und in 2002 fünfmal angegeben. Scheinbar findet hier eine Verschiebung zu Gunsten des neutraleren Begriffs der körperlichen Gewalt statt oder spiegelt den öffentlichen Diskurs wieder.

Eine kontinuierliche Anwendung dieser spezifischen Codes jedoch wäre ein erster Schritt zu einer generellen Dokumentation und somit zu einer einfachen Erfassung des Ausmaßes von gewalt- und misshandlungsbedingten Verletzungen und Beschwerden.

9.7.4 Einlieferung mit dem Rettungswagen

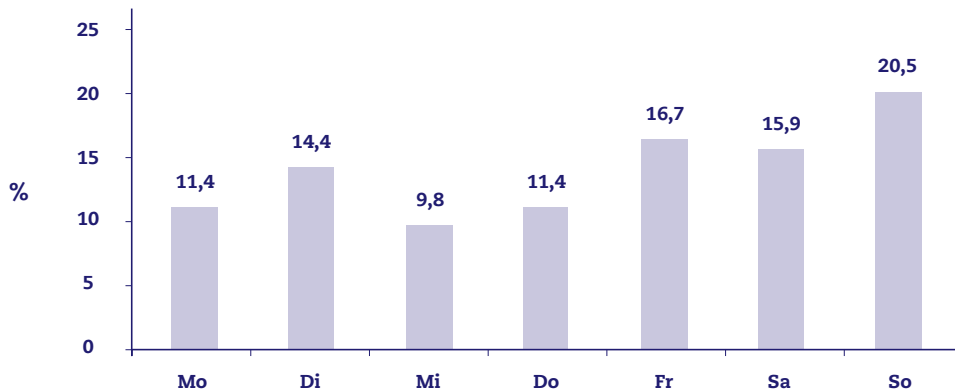
Überblick über den Schweregrad der Verletzung bietet auch bedingt die Angabe, ob eine Patientin mit dem Rettungswagen in die Erste Hilfe gebracht wurde. Bei 39 Frauen wurde dazu keine Angabe festgehalten, von den verbleibenden 97 Frauen wurden insgesamt 22 Frauen (22%) mit dem Rettungswagen in die Notaufnahme gebracht. Die Einlieferung mit dem Rettungswagen erfolgte am häufigsten in den Abend- und Nachtstunden: in mehr als der Hälfte dieser Fälle (14) in der Zeit von 20 bis 8 Uhr (20 – 24 Uhr: 9 Frauen; 0 - 4 Uhr: 4 Frauen).

Von den 105 Frauen, die wegen Gewalthandlungen durch den jetzigen oder ehemaligen Partner die Erste Hilfe in Anspruch nahmen, lagen dazu bei 33 Patientinnen keine Angaben vor. Von den verbleibenden 72 Frauen kamen 25% (18) mit dem Rettungswagen. Im Vergleich dazu wurden Frauen, deren Verletzungen oder Beschwerden nicht auf Gewalt in der Partnerschaft zurückzuführen war, nur zu 16,7% (4) mit dem Rettungswagen gebracht.

9.7.5 Inanspruchnahme der Ersten Hilfe nach Wochentag und Uhrzeit

Die Verteilung der Inanspruchnahme der Ersten Hilfe auf die Wochentage zeigt, dass gewaltbetroffene Frauen an allen Tagen kommen, das Wochenende insbesondere der Sonntag ist die Zeit der höchsten Frequentierung (s. Abbildung 9.7–6).

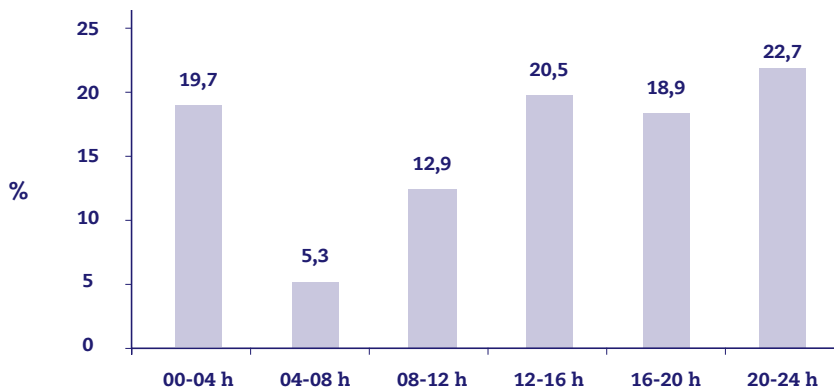
Abbildung 9.7–6: Wochentage allgemein in % (n=132)



Beim Vergleich der Patientinnengruppe differenziert nach dem Täter wird deutlich, dass die Tage mit der höchsten Inanspruchnahme der Ersten Hilfe variieren: Frauen, die von anderen Tätern verletzt wurden, kamen eher am Wochenanfang; Frauen, die von ihrem ehemaligen oder aktuellen Partner Gewalthandlungen erlitten, kamen vermehrt am Wochenende.

Am häufigsten suchten betroffene Frauen die Erste Hilfe in der Zeit von 20 bis 24 Uhr auf, gefolgt von den Zeiten zwischen 12 und 16 Uhr, 0 bis 4 Uhr und 16 bis 20 Uhr (s. Abbildung 9.7–7).

Abbildung 9.7–7: Uhrzeit der Inanspruchnahme der Ersten Hilfe in % (n=132)



Beim Vergleich der Patientinnengruppen, die aufgrund von Gewalt in der Partnerschaft bzw. wegen Gewalthandlungen anderer Personen kamen, verschieben sich die Zeitblöcke. Frauen, die nicht von einem aktuellen oder früheren Partner verletzt wurden, suchten die Erste Hilfe hauptsächlich in der Zeit nach Mitternacht bis 4 Uhr morgens auf, während die von Gewalt in der Partnerschaft betroffenen Frauen in der Zeit zwischen 20 und 24 Uhr sowie in den frühen Nachmittagsstunden von 12 bis 16 Uhr kamen.

Wird die Uhrzeit in Relation zum Wochentag gebracht, so zeigt sich, dass unabhängig vom Verursacher die meisten Frauen (9) sonntags von 12 bis 16 Uhr kamen. Gleich hoch frequentiert wurde die Rettungsstelle mit je sechs Frauen am Samstag von 0 bis 4 Uhr morgens und von 8 bis 12 Uhr sowie am Donnerstag, Freitag und Sonntag von 20 bis 24 Uhr und am Sonntag von 16 bis 20 Uhr.

Es zeigt sich, dass 79,5% (105) der Frauen die Erste Hilfe zu Zeiten in Anspruch nahmen, in denen die niedergelassenen Praxen regulär geschlossen haben. Ein Viertel der Frauen (34) kamen in den

Nachtstunden von 0 bis 9 Uhr. Zur Weitervermittlung der Frauen an eine externe Beratungsstelle (wie in Berlin die BIG-Hotline), ergibt sich das Problem, das diese in der Regel zu diesen Zeiten nicht zur Verfügung stehen.

9.8 S.I.G.N.A.L.-Interventionsschritte

9.8.1 Aushändigen der Notfallkarte

Im Rahmen der gesundheitlichen Versorgung wurden gemäß des S.I.G.N.A.L.-Programms an insgesamt 71 (52,2%) der 136 gewaltbetroffenen Patientinnen eine Notfallkarte ausgehändigt. Bei 55 Fällen (40,4%) wurden dazu keine Angaben vermerkt. Bei 30 der 55 Frauen kann davon ausgegangen werden, dass diese Angaben nicht vermerkt wurden, weil sich die Dokumentation in ihrem Fall auf den Ersten Hilfe-Schein beschränkt.

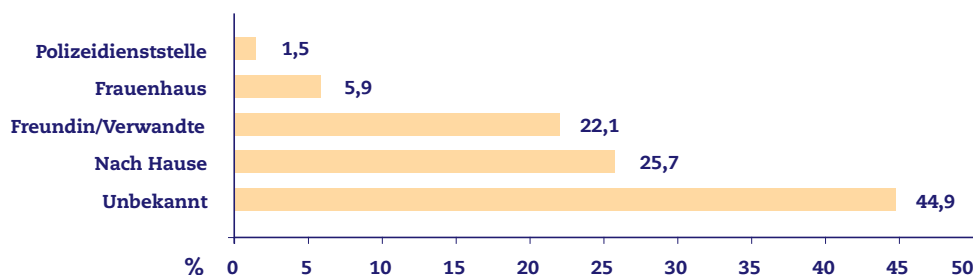
9.8.2 Erfolgte Beratungen

Eine Beratung der Betroffenen erfolgte in 75 Fällen (55,1%). Auch hier liegen bei 56 Personen (41,2%) keine Angaben dazu vor. Bei Unterscheidung der Betroffenen nach Tätergruppen zeigt sich, dass wesentlich mehr Frauen, die von ihrem Partner verletzt wurden, eine Beratung erhielten und die Anzahl derjenigen, bei denen dazu keine Angaben vorliegen, um etwa 20% geringer ist.

9.8.3 Verbleib der Patientinnen

Bei 61 Patientinnen (44,9%) wurde deren Verbleib nach Verlassen der Klinik nicht notiert. Von den verbleibenden 75 (55,1%) Frauen gingen 35 (25,7%) wieder nach Hause, 30 (22,1%) zu Freunden oder Verwandten, acht (5,9%) in ein Frauenhaus und zwei (1,5%) wurden vorerst zur Polizeiwache gebracht. Auch hier ergeben sich andere Zahlen, wenn berücksichtigt wird, von wem die Gewalthandlung ausging (s. Abbildung 9.8–1). Frauen, die von ihrem ehemaligen oder jetzigen Partner Gewalt erlitten, gingen seltener nach Hause sondern eher zu Freunden/innen oder Verwandten, häufiger ins Frauenhaus und zwei von ihnen vorerst auf eine Polizeidienststelle. Der Anteil der Frauen, bei denen der Verbleib nicht festgehalten wurde, ist in dieser Gruppe geringer. Es kann folglich davon ausgegangen werden, dass die/der dokumentierende Klinikmitarbeiter/in in den Fällen von Gewalt durch den Partner eine höhere Sensibilität hinsichtlich des Gefährdungspotentials für die Patientin aufwies und sie nach einem sicheren Verbleib befragte.

Abbildung 9.8–1: Verbleib der Patientinnen in % (n=136)



9.8.4 Einschalten der Polizei

Bei 31 (20%) der 136 Frauen wurde auf dem Dokumentationsbogen notiert, dass die Polizei kontaktiert wurde oder es beabsichtigt war. Bei 62 (45,6%) Frauen lagen dazu keine Angaben vor. Werden die Frauen nach Tätergruppen differenziert, so zeigt sich im Vergleich ein um 3% höherer Wert für Frauen, die von ihrem (Ex-)Partner Gewalt erlitten hatten.

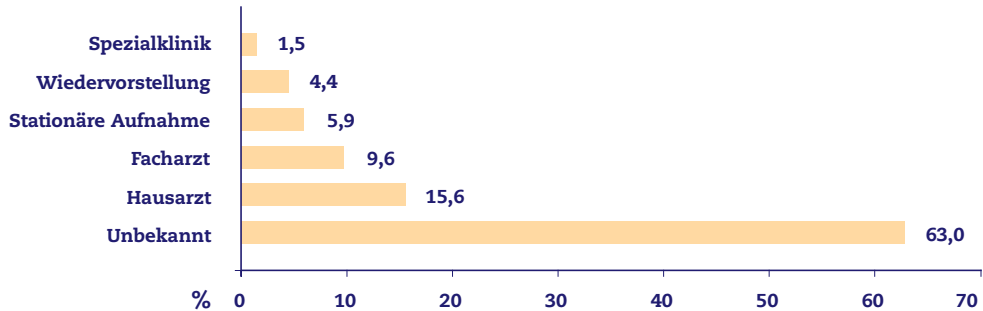
Bei Berücksichtigung der Jahreszahl nahm die Anzahl der Polizeikontakte zu: Waren es in den Jahren 1999 und 2000 jeweils nur eine Frau, die die Polizei einschaltete oder es beabsichtigte, so waren es

2001 bereits sechs und in 2002 insgesamt 23 Frauen. Ein Zusammenhang mit dem seit 2002 in Kraft getretenen Gewaltschutzgesetz und der Möglichkeit des Platzverweises kann vermutet werden.

9.8.5 Weiterleitung zur Folgebehandlung

Angaben zur weiteren Behandlung liegen nur bei 50 Patientinnen (36,8%) vor. Insgesamt wurden 21 (15,4%) an ihren Hausarzt, 13 (9,6%) an einen Facharzt verwiesen, acht (5,9%) wurden zur stationären Behandlung aufgenommen und 2 (1,5%) an eine Spezialklinik weitergeleitet. Sechs Frauen (4,4%) wurden in die Klinik wieder einbestellt (s. Abbildung 9.8-2).

Abbildung 9.8-2: Weiterleitung der Patientin in % (n=135)



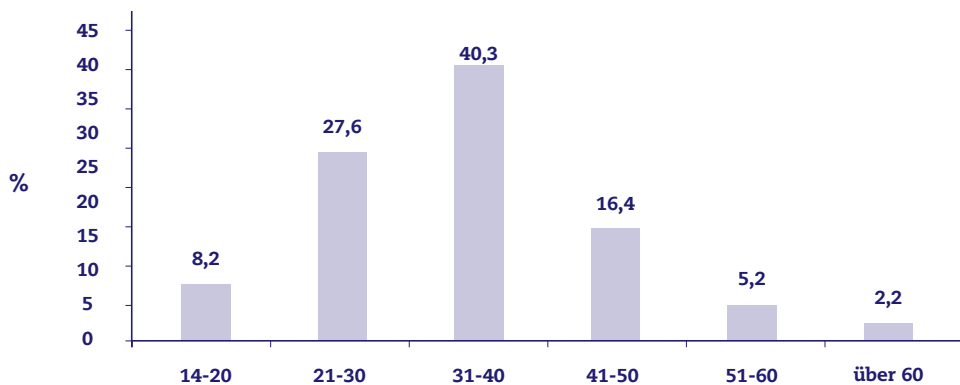
9.9 Gewalt in der Schwangerschaft

Angaben zu einer gegenwärtigen Schwangerschaft liegen von 86 Frauen vor. Drei der gewaltbetroffenen Frauen bejahten diese Frage (3,5%). Bei einer weiteren Patientin, die von ihrem Partner misshandelt worden war, lag die Geburt zehn Monate zurück.

9.10 Alter der gewaltbetroffenen Frauen

Das Alter der betroffenen Frauen reicht von 14 bis 80 Jahre und beträgt im Mittel 34,7 Jahre. 18 Jahre und jünger waren fünf Frauen, insgesamt waren 8,2% im Alter von 14 bis 20 Jahre. 27,6% waren 21 bis 30 Jahre alt und 40,3% zwischen 31 und 40 Jahren, knapp 30% zwischen 31 und 40 Jahren. Zusammengekommen waren somit mehr als Dreiviertel der Frauen unter 40 Jahren. Eine Patientin war 80 Jahre alt und gab an, von ihrem Sohn geschlagen worden zu sein (s. Abbildung 9.10-1).

Abbildung 9.10-1: Altersklassenverteilung in % (n=134)



9.11 Diskussion der Ergebnisse

Insgesamt lässt sich eine Zunahme der Dokumentationen feststellen. Es liegt nahe, dass mit längerer Laufzeit des Projektes eine höhere Sensibilität für Anhaltspunkte von gewaltverursachten Verletzungen zu verzeichnen ist und somit ein wesentlicher Schritt des Interventionsprojektes verwirklicht werden konnte.

Die relativ hohe Zahl der Variablenausprägung „unbekannt“ deutet auf ein ungenaues Ausfüllen des Dokumentationsbogens hin. In Bezug auf die Angabe zum Verbleib der Patientin ist zu fragen, ob in diesen Fällen die entsprechenden Angaben nur ungenau ausgefüllt wurden oder ob die Sicherheitslage generell geklärt wurde. Eine Befragung der Mitarbeiter/innen wäre nötig, um die Gründe für das ungenaue Ausfüllen zu explorieren. Bei der Implementierung von zukünftigen Interventionsprogrammen könnte daher eins der festzulegenden Ziele die genauere Dokumentation der Interventionsschritte sein.

Allerdings zeigte sich auch, dass während der Durchführung der Befragung der Ersten Hilfe-Patientinnen zum Ausmaß häuslicher Gewalt die Verantwortlichkeit für Betroffene von den Pflegekräften auf die Interviewerinnen übertragen wurde. Für den Zeitrahmen der Befragung liegen für die interviewten, akut betroffenen Frauen keine Dokumentationsbögen vor. Unter Berücksichtigung dieser zwölf Fälle erhöht sich folglich die geschätzte Akut-Prävalenz auf 0,3%. Gleichzeitig ist das erste Halbjahr 2002 jedoch auch der Zeitraum, in dem am meisten Fälle dokumentiert wurden. Diese höhere Zahl ist nicht ursächlich auf eine Zunahme von Gewalt gegen Frauen sondern auf eine höhere Bereitschaft zur Offenheit und zum Ansprechen der Frauen durch das medizinische und pflegerische Personal zurückzuführen. Dieses Engagement ist nicht unwesentlich von äußeren Faktoren wie Anreiz oder Controlling abhängig. Die Vorbereitungen zur Durchführung der Prävalenzstudie z.B. stellten eine starke Motivation des Personals dar und rückten die Problematik häusliche Gewalt wieder mehr in den klinischen Alltag.

Die hohe Inanspruchnahme der Ersten Hilfe in den Zeiten, in denen niedergelassene Praxen geschlossen haben, sollte bei weiteren Schritten hinsichtlich der strukturellen Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung berücksichtigt und niedergelassene Praxen stärker mit einbezogen werden. Angesichts der Zahl von 25% der Betroffenen, die in den Nachtstunden die Erste Hilfe aufsuchten, das heißt zu einer Uhrzeit, in der weiterführende Beratungsstellen nicht zur Verfügung stehen, ist entweder über eine temporäre, stundenweise stationäre Aufnahme in der Klinik oder über die Ausweitung des Hilfsangebots nachzudenken.

Einen ausführlicheren Eindruck über die tatsächliche Schwere und das Ausmaß von Misshandlungsbeziehungen können rein statistische Zahlen nicht geben. Die in wörtlicher Rede der Patientinnen festgehaltenen Beschreibungen des Tathergangs oder die in einem freien Text niedergeschriebenen Kommentaren der Mitarbeiter/innen vermitteln erst die erschreckenden Dimensionen von Gewalt – insbesondere dann, wenn sie vom aktuellen oder ehemaligen Partner verübt wurden.

10 Basisschulungen für Pflegekräfte

10.1 Sensibilisierung und Qualifizierung des Personals

Das S.I.G.N.A.L.-Interventionsprojekt beruht primär auf der Sensibilisierung der Mitarbeiter/innen zur Gewaltthematik sowie der Vermittlung von Interventionsmöglichkeiten und Handlungskompetenz im Umgang mit betroffenen Frauen. Mittels Schulungen und Fortbildungen des pflegerischen, ärztlichen und medizinisch-assistierenden Personals soll dieses Vorhaben erreicht werden. Ziel der Schulungen und Fortbildungen ist es, das Wissen um Ausmaß und Formen der Gewalt sowie deren vielfältigen gesundheitlichen Auswirkungen zu vergrößern und die einzelnen Interventionsschritte des S.I.G.N.A.L.-Programms zu vermitteln. Pflegende und Behandelnde sollen befähigt werden, Verletzungen und Beschwerden der Patientinnen durch häusliche Gewalt zu erkennen, anzusprechen und entsprechende Interventionsschritte einleiten zu können.

10.2 Fortbildungsstand zu Beginn der wissenschaftlichen Begleitung

Bereits zwei Monate vor Beginn des Interventionsprojekts im Oktober 1999 fanden erste Schulungen für das Pflegepersonal der Ersten Hilfe statt. Bis Dezember 1999 waren insgesamt 52 Pflegekräfte der Ersten Hilfe Station/Notaufnahme entsprechend des S.I.G.N.A.L.-Programms in vier zweitägigen Seminaren geschult worden. Bis Ende März 2000 fanden zwei weitere Schulungen statt, an denen insgesamt 23 Mitarbeiter/innen verschiedener Abteilungen freiwillig teilnahmen. Die wissenschaftliche Begleitung begann ihre Arbeit im März 2000 und hospitierte bei der im gleichen Monat stattfindenden Schulung. Eine Evaluation wurde erst mit der wissenschaftlichen Begleitung eingeführt, d.h. für die 75 zuvor geschulten Mitarbeiter/innen liegen keine Anschlussbewertungen vor.

Tabelle 10.2–1: Übersicht der durchgeführten Basisschulungen von 1999 bis März 2000

Zeitpunkt	Art der Schulung	TN ¹	Erhebung
Aug 99 Sep 99 Okt 99 Nov 99	Verpflichtung der Pflegekräfte der Ersten Hilfe	5 ²	keine
Feb 00 März 00	Freiwillig für alle Abteilungen	11 12	Hospitation ²
6		75³	

¹ Teilnehmer/innen ² der wissenschaftlichen Begleitung ³ Schulungen wurden nicht evaluiert

Unterschieden wird in der folgenden Darstellung zwischen den zweitägigen Basisschulungen für die Pflegekräfte und den Fortbildungen für das ärztliche Personal. Die Schulungen richteten sich ursprünglich auch auf freiwilliger Basis an die Ärzteschaft. Die Resonanz auf diese Form der Schulung war jedoch sehr gering, so dass ein anderes Fortbildungskonzept entwickelt werden musste (vgl. Teil A: Kap. 2, Teil B: Kap. 11).

10.3 Konzept und Durchführung der Schulungen

Mit der Konzeptentwicklung und Durchführung der Basisschulungen wurden zwei Teamerinnen aus dem Anti-Gewaltbereich beauftragt, die mit dem spezifischen Krankenhaussetting vertraut und in der Schulung von Pflegepersonal erfahren waren. Die zweitägige Basisschulung war für alle Pflegekräfte der Ersten Hilfe/Notaufnahme verpflichtend. Die Teilnahme wurde über die Pflegedienstleitung und die Pflegeleitung der Ersten Hilfe organisiert und nach Dienstplan eingeteilt. Zum Teil war der Einsatz von

Sonderwachen nötig, um den normalen Arbeitsbetrieb während der Schulungen aufrechtzuerhalten. Bis Ende des Jahres 1999 waren alle Pflegekräfte in der Ersten Hilfe-Station geschult. Ab 2000 waren die Schulungen für alle Klinikabteilungen offen und die Teilnahme erfolgte auf freiwilliger Basis.

Die Schulungen fanden in den Räumen der Ausbildungsstätte für Pflegekräfte auf dem Klinikgelände statt. Die Organisation der Schulungen, d.h. der Räumlichkeiten und technischen Ausstattung, übernahmen Dekanatsmitarbeiterinnen der Steuerungsgruppe und später die Koordinatorin des S.I.G.N.A.L.-Projekts. Ab Ende 2001 wurden die zweitägigen Fortbildungen in das Programm der klinikerneuten Aus- und Fortbildung übernommen. Die Organisation übernahm die Ausbildungsstätte.

Im Zeitraum von August 1999 bis September 2002 wurden insgesamt elf zweitägige Schulungen durchgeführt, an denen insgesamt 122 Personen teilnahmen, die überwiegend im Pflegebereich tätig waren. Im Schnitt nahmen 10-15 Personen pro Seminar teil.

Zu Beginn der wissenschaftlichen Begleitung fand eine Hospitation bei einer der zweitägigen Schulungen statt. In einem qualitativen Interview im April 2000 erläuterten die Teamerinnen ihr Konzept. Im Einzelnen kann das Schulungskonzept in Bereiche aufgeteilt werden, die:

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

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 zur 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, welche Einstellungen gegenüber einer Patientin erforderlich sind, um eine vertrauensvolle, offene und respektvolle Behandlungsatmosphäre zu schaffen, wie Retraumatisierung vermieden werden kann und Opfer von Gewalt ermutigt werden können, über körperliche und seelische Verletzungen zu sprechen.

Konkret beinhaltete das Schulungskonzept folgende Aspekte:

- Hintergrundwissen zum Ausmaß, Formen und Dynamik von Gewalt
- Situation gewaltbetroffener Frauen: Gründe für den Verbleib in der Misshandlungsbeziehung (finanzielle Abhängigkeit, Sorgerechtsproblematik, aufenthaltsrechtliche Probleme bei Migrantinnen)
- Gesundheitliche Auswirkungen von Gewalt: körperliche und psychische Folgen
- Erkennen von betroffenen Frauen sowie 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 Anti-Gewalt-Projekten
- Situation gewalttätiger Partner: Einschätzung des Gefährdungspotentials des Täters
- Informationen zu regionalen Unterstützungs- und Zufluchtprojekten des Anti-Gewalt-Bereichs

Methodisch kamen innerhalb der Schulung sowohl Vorträge, Gruppenarbeit und Rollenspiele als auch Medien zum Einsatz. Zur Sensibilisierung gegenüber der Gewaltthematik beinhaltete das Schulungskonzept eine emotionale Auseinandersetzung der Teilnehmenden mit ihrer subjektiven Einstellung gegenüber gewaltbetroffenen Frauen.

10.4 Evaluation der Schulungen

10.4.1 Übersicht über die Datenerhebungen

Zweck der Evaluation ist die Ermittlung der Schulungseffekte. Folgende Fragen bestimmten folglich die Effektmessung:

- Konnten den Teilnehmenden neue Inhalte und Kompetenzen vermittelt werden?
- Ist nach den Schulungen eine Anwendung der neuen Inhalte vorstellbar?
- Findet ein Transfer der Schulungsinhalte in die Praxis statt?

Als Methode wurden zur Datengewinnung sowohl qualitative wie quantitative Instrumente eingesetzt. Die Befragungen wurden in mehreren Erhebungsphasen durchgeführt.

Zu Beginn der wissenschaftlichen Begleitung wurde der Stand der Umsetzung der Schulungen ermittelt. Es wurden:

- schriftliche Unterlagen – wie die Protokolle der Projektsteuerungsgruppe – gesichtet und analysiert.
- Dokumente über die erfolgten Schulungen – wie die Liste der Teilnehmenden – gesichtet und analysiert.
- Interviews mit den Leiterinnen der Fortbildungen zu Zielen, Konzept, Inhalten der Fortbildung (n=2) durchgeführt.
- bei Schulungen hospitiert (n=2).

Zur Evaluation der zweitägigen Basisschulungen wurden folgende Erhebungen durchgeführt:

- standardisierte anonyme Befragung der Teilnehmenden im Anschluss an die zweitägigen Basisschulungen (n=44),
- qualitative Befragung von Pflegenden mittels eines offenen Leitfadeninterviews (n=10),
- standardisierte anonyme Abschlussbefragung der Teilnehmenden der Basisschulungen (n=43, Response 37%).

10.4.2 Quantitative Befragung im Anschluss an Schulungen

Ab Juli 2000 wurden die zweitägigen Basisschulungen kontinuierlich von der wissenschaftlichen Begleitung evaluiert. Als Instrument wurde ein standardisierter anonymisierter Fragebogen gewählt, der den Teilnehmenden im Anschluss an die Schulungen zum Ausfüllen ausgehändigt wurde.

In 32 Items wurden folgende Fragen gestellt:

- Angaben zur Person und beruflichen Tätigkeit im UKBF
- bisherige Konfrontation und Auseinandersetzung mit der Problematik
- Motivation zur Teilnahme an der Schulung
- Beurteilung der Fortbildung im Hinblick auf:
 - Gewinn an Wissen
 - Möglichkeit zur Reflexion der eigenen Haltung
 - Handlungssicherheit
- Gesamteinschätzung der Schulung
- Weitergehendes Interesse und Fortbildungsbedarf.

10.4.3 Quantitative Abschluss-Befragung

Zur Ergebnisevaluation wurde Ende 2002 eine quantitative Befragung aller Teilnehmenden der Basisschulungen durchgeführt. Im Gegensatz zu dem Fragebogen, der im Anschluss an die Schulungen beantwortet wurde und der sich inhaltlich auf die Schulungen konzentrierte, ging es bei dieser Befragung mehr um die Anwendung der in den Schulungen vermittelten Kompetenz, also den Stand der Umsetzung des Interventionsprogramms.

Die Befragten sollten für sich einschätzen, wie häufig sie in Kontakt mit gewaltbetroffenen Patientinnen gekommen waren, in wieweit sie einzelne Instrumente des S.I.G.N.A.L.-Interventionsprogramms

angewendet hatten, wo sie für sich selbst Barrieren sehen, in wie weit Fortbildungen bei den Pflegenden Veränderungen bewirkt hatten und in wie fern weiterer Fortbildungsbedarf bestünde.

Der anonymisierte, zum Großteil standardisierte Fragebogen gliederte sich in 40 Items zu folgenden Komplexen:

- Angaben zur Person (Geschlecht, Alter, Tätigkeit im UKBF, Beschäftigungszeit)
- Bedeutung der Thematik „Gewalt gegen Frauen“
- Kontakt mit gewaltbetroffenen Patientinnen
- Anwendung einzelner Interventionsschritte (Ausfüllen des Dokumentationsbogen, Abklärung der Gefährdung von gewaltbetroffenen Patientinnen, Informationen und Kontaktaufnahme zu Hilfsangeboten und -einrichtungen)
- Interventionsschritte bei vermuteter Gewalt als Ursache von Verletzungen/Beschwerden
- Barrieren bei dem Ansprechen der Patientinnen auf Gewalterfahrung
- Veränderungen durch die Schulung
- Interesse nach weiteren Fortbildungen
- Beurteilung des S.I.G.N.A.L.-Interventionsprojekts
- Anmerkungen zum Projekt (offene Frage)

Bei den Fragen zur subjektiven Einstellung waren vierstufige Ratingskalen vorgegeben.

10.5 Ergebnisse der quantitativen Befragung im Anschluss an die Schulungen

10.5.1 Studienpopulation

An den elf zweitägigen Schulungen nahmen insgesamt 122 Mitarbeiter/innen teil. Fünf dieser Schulungen mit insgesamt 47 Teilnehmer/innen wurden evaluiert. 44 beantwortete Evaluationsbögen liegen zur Auswertung vor, so dass der Response 93% beträgt.

Tabelle 10.5-1: Übersicht der Schulungsevaluationen ab Mitte 2000

Zeitpunkt	Art der Schulung	TN	TN ¹ Männer	TN ¹ Frauen	Keine Angaben
Jul 00	Freiwillig für alle Abteilungen	11	0	10	1
Nov 00	Freiwillig für alle Abteilungen	11	2	9	–
Jun 01	Freiwillig für alle Abteilungen	10	2	6	2
Apr 02	Freiwillig für alle Abteilungen	10	0	10	–
Sep 02	Freiwillig für alle Abteilungen	5	0	5	–
5		47	4	40	3

¹ Teilnehmer/innen

40 der Evaluationsbögen wurden von Frauen und vier von Männern beantwortet. Hinsichtlich der Altersstruktur waren 54,5% (24) im Alter zwischen 36 und 50 Jahren, elf Personen unter 36 Jahren und 6 über 50 Jahre.

70,5% (31) der Antwortenden waren Krankenpfleger/innen, 9,1% (4) medizinisch-technische Assistent/innen, je eine war Sozialpädagogin bzw. Arzthelferin und zwei Studentinnen. Fünf Personen machten keine Angaben zu ihrem Beruf.

Vertreten waren Mitarbeiter/innen folgender Stationen: zehn von der Ersten Hilfe, je sechs von der Radiologie oder der Gynäkologie, vier von der HNO, je drei von der Psychiatrie bzw. Dermatologie, jeweils zwei von der Kiefer- sowie Neurochirurgie und je ein/e von der Chirurgie, Urologie, Augen-Poliklinik, Neurologie, Suchtberatung sowie der Internen Öffentlichkeitsarbeit. Bei zwei Personen fehlten die Angaben zum stationären Tätigkeitsbereich.

Nach den Evaluationsbögen überwiegen unter den Teilnehmenden die langjährigen Mitarbeiter/innen. Von den Pflegekräften waren 30 (68,2%) über zehn Jahre im Klinikum tätig, neun Personen (20,5%)

fünf bis unter 10 Jahren und vier ein bis unter 3 Jahre. Eine Person machte keine Angabe zu dieser Frage.

10.5.2 Konfrontation mit und subjektive Einstellung gegenüber der Problematik

Insgesamt gaben 30 Befragte (68,2%) an, beruflich mit gewaltbetroffenen Patientinnen Kontakt gehabt zu haben, davon 8 (18,2%) „häufig“, 22 (50,0%) „ab und zu“ und sieben (15,9%) bislang eher „selten“. Drei Personen (6,8%) hatten bisher beruflich keine Berührung mit betroffenen Frauen, vier Personen (9,1%) gaben an, dies nicht beurteilen zu können.

Eine adäquate Versorgung und Unterstützung gewaltbetroffener Patientinnen halten 97,7% (43) für „sehr wichtig“ und eine für „wichtig“. Insgesamt 39 Personen (88,6%) hatten sich bereits im Vorfeld der Schulung mit dem Thema „Gewalt gegen Frauen“ beschäftigt, 11 (25,0%) davon „ausführlich“ und 28 (63,6%) „ein wenig“. Fünf der Befragten (11,4%) setzten sich erstmalig während der Schulung mit der Problematik auseinander.

Die Mehrheit der Befragten war in ihrer beruflichen Arbeit „ab und zu“ mit misshandelten Frauen konfrontiert. Eine gezielte Unterstützung und Versorgung von Patientinnen mit Gewalterfahrungen wird von allen Teilnehmenden für „sehr wichtig“ gehalten.

10.5.3 Schulungsmotivation

Motive, an der freiwilligen Fortbildung teilzunehmen, bildeten vor allem:

- der Wunsch, gewaltbetroffenen Patientinnen kompetent helfen und sie beraten zu können,
- die Häufigkeit der Konfrontation mit der Problematik,
- Informations- und Präventionsmöglichkeiten in der medizinischen Versorgung zu nutzen,
- sowie eine eigene Betroffenheit.

10.5.4 Gewinn an Wissen und Handlungskompetenz

Im Rahmen der Schulungen wurden Informationen über Hintergründe, Ausmaß und Folgen der Gewalt für Frauen, über die Situation von Frauen in Gewaltbeziehungen, über Unterstützungsangebote und Ziele/Instrumente des S.I.G.N.A.L.-Interventionsprojektes vermittelt. Die Teilnehmer/innen wurden befragt, wie gut sie sich im Anschluss an die Fortbildung über einzelne Aspekte informiert fühlten (s. Tabelle 10.5–2).

Tabelle 10.5–2: Beurteilung zu der Wissensvermittlung in den Schulungen (n=44)

Thema	sehr gut	gut	weniger gut	schlecht
Hintergründe/Ausmaß/Folgen von Gewalt	28 (63,6%)	16 (36,4%)	–	–
Dynamik von Gewaltbeziehungen	18 (41,9%)	23 (53,5%)	1 (2,3%)	1 (2,3%)
Situation der Frauen	25 (58,1%)	17 (39,5%)	1 (2,3%)	–
Gesundheitliche Folgen	17 (40,5%)	22 (52,4%)	3 (7,1%)	–
Ziele von S.I.G.N.A.L.	32 (74,4%)	10 (23,3%)	1 (2,3%)	–
Unterstützungsangebote (FH; Zuff; Beratung)	31 (75,6%)	9 (22,0%)	1 (2,4%)	–
Gesprächsführung und –methoden	13 (30,2%)	23 (53,5%)	7 (16,3%)	–
Dokumentation	9 (22,0%)	21 (51,2%)	11 (26,8%)	–
Schulungsgesamtbewertung	32 (74,4%)	11 (25,6%)	–	–

Die Befragten empfanden sich „gut“ bis „sehr gut“ über Ursachen, Formen und Ausmaß der Gewalt gegen Frauen informiert. Über Unterstützungsangebote wie Frauenhäuser, Zufluchtswohnungen und Beratungseinrichtungen sowie über die Situation von Frauen in Misshandlungsbeziehungen fühlten sich die Teilnehmenden überwiegend „gut“ bis „sehr gut“ in Kenntnis gesetzt.

Bis auf drei Personen bewerteten die befragten Teilnehmer/innen das vermittelte Wissen über Symptome, Beschwerden und Verletzungen, die auf Gewalt- und Misshandlungserfahrungen hinweisen können (Marker) als „gut“ oder „sehr gut“.

Zu den Aspekten ‚Methoden der Gesprächsführung‘ fühlten sich sieben Teilnehmer/innen und elf hinsichtlich der ‚Anforderungen an eine gerichtsverwertbare Dokumentation‘ ‚weniger gut‘ informiert. Die verbleibenden Personen bewerteten diese Punkte mit „gut“ bis sehr gut“.

Insgesamt wurden die Schulungsinhalte von drei Viertel der Antwortenden mit „sehr gut“ bewertet und von einem Viertel mit „gut“, es gab somit ausschließlich eine positive Beurteilung.

10.5.5 Reflexion der eigenen Haltung

Bei 42 Personen (95,5%) veranlasste die Schulung ein Überdenken ihrer Haltung gegenüber der Problematik ‚Gewalt gegen Frauen‘. Nur zwei Personen (4,5%) gaben an, ihre Haltung eher nicht zu überdenken.

Das eingesetzte Rollenspiel, das konzeptionell auf die Entwicklung von Handlungssicherheit gerichtet ist, bewerteten 33 Personen in dieser Hinsicht als sinnvoll: elf Personen betrachteten es als „gute Möglichkeit, Handlungssicherheit zu gewinnen“, 22 erlebten es als „ungewohnt, aber hilfreich“. Drei Personen beurteilten das Rollenspiel als „wenig brauchbar“. Acht formulierten ihre Erfahrung in einem freien Text und gaben an: dass sie in der Beobachter/innen/rolle waren und dadurch selber keine aktive Rolle übernehmen konnten (2), dass sie sich in keine Rolle hineinversetzen wollten und konnten (1) und dass sie sich eine intensivere Auseinandersetzung gewünscht hätten, z.B. durch Psychodrama (1).

Die Frage, ob die Teilnehmer/innen im Rahmen der Schulung die Möglichkeit fanden, ihre Haltung und Einstellung gegenüber der Problematik zu reflektieren und zu überdenken, beantwortete die Mehrzahl positiv.

10.5.6 Handlungssicherheit

Im Anschluss an die Fortbildung konnten sich die befragten Teilnehmer/innen im Hinblick auf den konkreten Umgang mit Patientinnen die in Tabelle 10.5-3 dargestellten Interventionen vorstellen:

Tabelle 10.5-3: Vorstellbare Interventionen (n=44)

Thema	ja	eher ja	eher nein	nein
Routinebefragung	9 (21,4%)	19 (45,2%)	11 (26,2%)	3 (7,1%)
Gespräch führen	26 (60,5%)	13 (30,2%)	4 (9,3%)	—
Patientin informieren	37 (86,0%)	6 (14,0%)	—	—
Fall dokumentieren	32 (76,2%)	9 (21,4%)	1 (2,4%)	—

Im Hinblick auf die durch die Schulung gewonnene Handlungssicherheit ergibt sich folgendes Bild: 28 der befragten Teilnehmer/innen konnten sich vorstellen, zukünftig jede Patientin routinemäßig nach Gewalterfahrungen zu befragen. 14 Personen konnten sich dies (eher) nicht vorstellen.

Bis auf vier Personen sahen sich alle in der Lage, mit Patientinnen über Gewalt zu sprechen. Alle Befragten trauten sich zu, über weiterführende Hilfsangebote zu informieren. Bis auf eine Person konnten sich alle vorstellen, auf eine ausführliche Dokumentation von Verletzungen und Beschwerden zu achten.

10.5.7 Gesamteinschätzung der Schulung

Die Schulung wurde von den befragten Teilnehmer/innen insgesamt als (sehr) gut bewertet: 32 (74,4%) beurteilten sie mit sehr gut, 11 (25,6%) mit gut.

In einer offenen Frage wurden die Befragten gebeten, aufzuschreiben, was ihnen an der Schulung besonders wichtig war. Genannt wurde:

- Austausch mit Kolleginnen
- Erkennen/Begreifen des Ausmaßes von Gewalt gegen Frauen
- Informationen über Hilfsangebote
- Umgang mit Betroffenen lernen
- von den Erfahrungen der Dozentinnen lernen können
- Verständnis für die Frauen und ihre Situation entwickeln.

Auf die Frage, was den Teilnehmerinnen gefehlt habe, antworteten 13 Personen:

- Ärzte/innen
- Beratungsangebote für Gewalt jenseits häuslicher Gewalt (Fremdtäter, Vergewaltigung)
- rechtliche Aspekte
- Gewalterfahrungen bei psychiatrischen Patientinnen
- mehr Übungen/Rollenspiele, offene Diskussion, mehr Zeit
- Präventionsmöglichkeiten
- Was tun, wenn nur Verdacht da ist, keine äußeren Verletzungen, aber psychische Symptome.

10.5.8 Interesse an weiteren Schulungen

Den Wunsch nach vertiefenden Workshops äußerten 29 (65,9%) der Befragten. Einen praxisbezogenen Austausch wünschten sich 27 Personen (61,4%). Vier Personen fühlen sich im Anschluss an die Fortbildung ausreichend informiert und formulierten keinen weiteren Bedarf an Veranstaltungen (9,1%).

10.5.9 Zusammenfassung der Ergebnisse

Insgesamt zeigte sich, dass die Schulungen von den Teilnehmenden positiv beurteilt wurden. In den Bereichen „Informations- und Wissensvermittlung“ sowie „Reflektion“ scheinen die Schulungen ihre Zielsetzung zu erreichen.

Problematischer erscheint die Entwicklung von Handlungssicherheit, insbesondere bezogen auf das Ziel der Routinebefragung.

Die deutliche Mehrheit der Befragten zeigte Interesse an vertiefenden Fortbildungen und einem praxisbezogenen Austausch unter Kollegen/innen. Nur vier Personen empfanden sich nach der Schulung ausreichend informiert und wünschten keine weitere Auseinandersetzung.

Bei der Auswertung nach Geschlecht zeigte sich, dass die Teilnahme der männlichen Pflegekräfte in der Verpflichtung begründet war. Auf die Frage zur Teilnahmemotivation nannten zwei der vier Männer die Verpflichtung, aber nur eine von 40 Teilnehmerinnen (von denen sechs Pflegerinnen der Ersten Hilfe-Station ebenfalls zur Schulung verpflichtet wurden). Auf freiwilliger Basis wurden Männer im Pflegeberuf seltener erreicht, wie durch weitere qualitative Erhebungen bestätigt wurde.

10.6 Quantitative Abschlussbefragung

10.6.1 Studienpopulation

An den insgesamt elf Basisschulungen hatten 122 Mitarbeiter/innen teilgenommen. 118 der Teilnehmenden waren in der Pflege im ambulanten sowie stationären Bereich tätig und verteilten sich auf 17 verschiedenen Disziplinen des Klinikums. Von den 122 Teilnehmenden waren fünf Pfleger/innen der Ersten Hilfe nicht mehr im UKBF beschäftigt, eine externe Studentin wurde nicht in die Befragung einbezogen. Nach Abzug dieser sechs Personen wurden 116 Fragebögen an die Schulungsteilnehmenden verschickt.

Bis zum Januar 2003 lagen von 116 verschickten Fragebögen 43 beantwortete vor. Das entspricht einem Rücklauf von 37%. Auf eine Nachfassaktion wurde aufgrund von Ressourcenmangel verzichtet.

Festzustellen ist, dass die Responserate unter den Pflegekräften der Ersten Hilfe höher ist. Von den 62 geschulten Pflegekräften der Ersten Hilfe hatten 13 die Abteilung verlassen, von den verbleibenden 49 antworteten 21, das entspricht einer Rate von 42%. Insgesamt wurde knapp die Hälfte aller vorliegenden Fragebögen (19) von Pflegekräften der Ersten Hilfe beantwortet. Die Mehrzahl der Befragten hatte in den ersten beiden Jahren an einer Schulung teilgenommen. Die Schulung lag bei zwölf Erste Hilfe-Pflegekräften bereits drei Jahre zurück.

Von den 43 Befragten waren 38 (88%) Personen in der Pflege und zwei Personen im medizinisch-technischen Bereich (Radiologie) tätig, jeweils eine Person war als Angestellte, Sozialarbeiterin oder Lehrkraft im UKBF beschäftigt.

Von den befragten Pflegekräften wurde eine derzeitige Beschäftigung auf folgenden Stationen angegeben: Erste Hilfe-Station (21, 49%), Dermatologie-Poliklinik (4), Kieferchirurgie (3), Psychiatrie (2), psychiatrische Krisenintervention (2), Neurochirurgie (2). Jeweils eine Person war in der Neurologie, Geburtshilfe, Urologie und der chirurgischen Poliklinik tätig. Den Fragebogen beantworteten somit Pflegekräfte von insgesamt zwölf verschiedenen Klinikstationen.

Insgesamt nahmen 35 Frauen und zwei Männer an der Befragung teil, bei sechs Personen fehlte eine Angabe zum Geschlecht.

Nur zwei der Antwortenden waren unter 30 Jahren, die Mehrzahl (37%) der Personen (16) war zwischen 30 und 39 Jahren, 13 Personen (30%) waren zwischen 40 und 49 Jahren und älter als 50 waren zwölf Personen (28%). Insgesamt waren 25 (58%) der Befragten über 40 Jahre alt.

Die Angaben zur Länge der Berufstätigkeit zeigen, dass zwölf Personen (12,9%) zwischen sechs und zehn Jahren im UKBF beschäftigt waren, neun (20,9%) zwischen 11 und 15 Jahren, elf (25,6%) zwischen 16 und 20 Jahren, sieben (16,3%) waren 26 bis 30 Jahre, drei (7%) zwischen 21 und 25 Jahre und eine über 30 Jahre. Etwas mehr als die Hälfte (22) der antwortenden Personen war mehr als 15 Jahre im UKBF tätig.

10.6.2 Relevanz der Gewaltthematik und Kontakt mit gewaltbetroffenen Patientinnen

Befragt nach der Bedeutung des Themas „Gewalt gegen Frauen“ für das eigene berufliche Tätigkeitsfeld hielten es 28 (67%) Personen für „sehr wichtig“, 10 (24%) für „wichtig“, zwei (5%) für „weniger wichtig“ und eine (2%) für „unwichtig“. Von zwei Befragten lagen hierzu keine Angaben vor. Als „weniger wichtig“ wurde das Thema von zwei Pflegekräften aus der Ersten Hilfe-Station und als „unwichtig“ von einer Pflegekraft aus der chirurgischen Poliklinik eingeschätzt worden.

Zur Häufigkeit des Kontakts mit gewaltbetroffenen Patientinnen im beruflichen Alltag wurden folgenden Angaben gemacht:

Tabelle 10.6-1: Kontakt mit gewaltbetroffenen Patientinnen (n=43)

Frage	oft	manchmal	selten	nie
Kontakt mit gewaltbetroffenen Patientinnen	7 (16,3%)	23 (53,5%)	9 (20,9%)	4 (9,3%)

Differenziert nach dem Beschäftigungsfeld der Befragten zeigte sich, dass alle Pflegekräfte aus dem Ersten Hilfe-Bereich Kontakt gehabt hatten: 13 Pflegenden gaben „manchmal“ an, jeweils vier „oft“ bzw. „selten“. Ebenfalls mit „oft“ antworteten zwei in der Radiologie Beschäftigte (MTA). Keinen Kontakt hatten eine Person aus der chirurgischen und zwei aus der dermatologischen Poliklinik sowie eine aus dem Nichtpflegebereich.

10.6.3 Angewendete Interventionsschritten

Ein Teil des Fragebogens widmete sich den angewendeten Interventionsschritten. Gefragt wurde, wie häufig einzelne Schritte der Intervention durchgeführt wurden.

Tabelle 10.6–2: Angewendete Interventionsschritte

Frage	oft	manchmal	selten	nie
Dokumentationsbogen ausgefüllt (n=41)	4 (9,8%)	10 (24,4%)	8 (19,5%)	8 (19,5%)
Ärzte zum Ausfüllen des Dokumentationsbogens veranlasst (n=41)	8 (19,5%)	7 (17,1%)	4 (9,8%)	4 (9,8%)
Schutzbedürfnis der Patientin abgeklärt (n=42)	10 (23,8%)	15 (35,7%)	8 (19,0%)	8 (19,0%)
Über Hilfsangebote informiert (n=43)	14 (32,6%)	14 (32,6%)	10 (23,3%)	10 (23,3%)
Kontakt zu Hilfseinrichtungen hergestellt (n=41)	3 (7,3%)	10 (24,4%)	9 (22,0%)	9 (22,0%)

Auf die Frage nach dem Ausfüllen des Dokumentationsbogens gaben 22 von 41 Antwortenden an, den Bogen ausgefüllt zu haben: zehn „manchmal“ (24,4%), acht „selten“ (19,5%), vier „oft“ (9,8%) und 19 „nie“ (46,3%). Der Dokumentationsbogen war ausschließlich auf der Ersten Hilfe-Station und der Kieferchirurgie angewendet worden. Nur zwei Personen aus dem Ersten Hilfe-Bereich gaben an, „nie“ den Bogen ausgefüllt zu haben.

Um zu erfahren, ob Pflegekräfte, wenn sie selbst keine Dokumentationen ausgefüllt hatten, Ärzte dazu veranlassten, wurde gefragt, wie häufig ärztliche Mitarbeiter/innen zum Ausfüllen des Dokumentationsbogens angesprochen wurden. Demnach hatten acht Personen „oft“ (19,5%), sieben „manchmal“ (17,1%), vier „selten“ (9,8%) und 22 Personen „nie“ (53,7%) einen Arzt oder eine Ärztin veranlasst, den Bogen auszufüllen. In zwei Fällen lagen zu dieser Frage keine Angaben vor.

Auf die Frage, ob sie das Schutzbedürfnis einer gewaltbetroffenen Patientin abgeklärt hätten, antworteten zehn Befragte mit „oft“ (23,8%), 15 mit „manchmal“ (35,7%), acht mit „selten“ (19,0%) und neun mit „nie“ (21,4%). In einem Fall lag keine Antwort vor. Eine Klärung des Schutzbedürfnisses erfolgte sowohl durch Pflegekräfte der Ersten Hilfe als auch von anderen Stationen wie der Kieferchirurgie, Krisenintervention, Neurochirurgie, Dermatologie und Radiologie sowie von einer Lehrkraft der Pflegeschule.

Je 14 Befragte hatten betroffene Patientinnen „oft“ bzw. „manchmal“ über Hilfsangebote und -einrichtungen informiert (32,6%), zehn „selten“ (23,3%) und fünf „nie“ (11,6%). Alle Befragten der Ersten Hilfe hatten Informationen weitergegeben: zehn „oft“, sieben „manchmal“ und vier „selten“.

Zu den am häufigsten angegebenen Interventionsschritten gehörte das Vermitteln an weiterführende Unterstützungseinrichtungen. Einen Kontakt zu einer Hilfseinrichtung für gewaltbetroffene Patientinnen hergestellt hatten zehn Personen „manchmal“ (24,4%), neun „selten“ (22,0%), drei „oft“ (7,3%) und 19 „nie“ (46,3%). Insgesamt hatten 17 Erste Hilfe-Pflegekräfte Unterstützungseinrichtung kontaktiert, darüber hinaus wurden von Personen aus der psychiatrischen Krisenintervention je einmal „oft“ bzw. „manchmal“ und von einer Pflegekraft aus der Kieferchirurgie einmal „manchmal“ angegeben.

10.6.4 Vorstellbare Interventionsschritte bei vermutetem Gewalthintergrund

Die Schulungsteilnehmenden wurden befragt, was sie unternehmen, wenn sie bei einer Patientin Gewalterfahrungen als Ursache für Gesundheitsprobleme vermuten. Als mögliche Antworten waren vorgegeben: „die Patientin auf mögliche Gewalterfahrungen ansprechen“, „dem Arzt/der Ärztin einen Hinweis geben“, „der Patientin Informationsmaterial (Notfallkarte) aushändigen“ oder „nichts weiter unternehmen“. Die Befragten gaben folgende Antworten, die angesichts von Mehrfachnennungen nach ihrer Häufigkeit aufgelistet sind:

Tabelle 10.6–3: Beabsichtigte Interventionsschritte bei vermuteter Gewalterfahrung der Patientin

Maßnahme	Rang	Nennung
Weitergabe von Informationsmaterial (n=42)	1	38 (88,4%)
Hinweis an Arzt/Ärztin(n=42)	2	36 (83,7%)
Ansprechen der Patientin(n=42)	3	33 (76,7%)
Nichts weiter unternehmen(n=42)	4	1 (2,3%)

Die Mehrzahl der Befragten (alle 21 Befragten der Ersten Hilfe) würden Informationsmaterialien – wie die Notfallkarte – an die Patientin weiterreichen. 36 Personen (darunter 17 Angaben aus dem Ersten Hilfebereich) würden den ärztlichen Mitarbeiter/innen auf ihre Vermutung hinweisen. An dritter Stelle steht mit 33 Nennungen das Ansprechen der Patientin auf einen möglichen Gewalthintergrund. Eine andere Rangfolge ergibt sich bei Betrachtung der Angaben der 21 Pflegekräfte der Ersten Hilfe: 19 würden im Verdachtsfall eher selbst die Patientin ansprechen, 17 einen Hinweis an den Arzt/die Ärztin geben und nur eine gibt an, nichts weiter zu unternehmen, als Informationsmaterial an die Patientin zu vergeben.

10.6.5 Barrieren für das Ansprechen von Patientinnen auf Gewalterfahrungen

Die Teilnehmenden wurden gefragt, was sie hindern würde, Patientinnen auf Gewalterfahrungen anzusprechen. Um zu erfahren, wo am ehesten Barrieren liegen, wurde nach Unsicherheiten in Bezug auf die Patientin, in Bezug auf sich selbst als geeignete Gesprächsperson, der eigenen Möglichkeit zu helfen sowie der vermuteten psychischen Belastung der Patientin gefragt. Strukturelle Zeitgründe oder die Verortung des Problems als Privatangelegenheiten waren als weitere Antwortmöglichkeiten für ein Nichtthematisieren vorgegeben. Folgende Übersicht zeigt die Reihenfolge der Hinderungsgründe (Mehrfachnennungen):

Tabelle 10.6–4: Hinderungsgründe für das Ansprechen von Patientinnen auf Gewalterfahrung (n=42)

Hinderungsgründe	Rang	Nennung
Zu wenig Zeit	1	12 (27,9%)
Unsicher, ob Patientin gefragt werden möchte	2	11(25,6%)
Unsicher, ob ich geeignet bin	3	9 (20,9%)
Unsicher, welche psychischen Belastungen bei der Patientin ausgelöst werden	4	8 (18,6%)
Unsicher, ob ich helfen kann	5	3 (7,0%)
Privatangelegenheit der Patientin	–	0

Bei der Frage nach den Hinderungsgründen für das Ansprechen von Gewalt stand die Angabe „zu wenig Zeit“ an erster Stelle. Sie wurde ausschließlich von Personen genannt, die den Kontakt mit gewaltbetroffenen Patientinnen mit „oft“ oder „manchmal“ angegeben hatten, bzw. von neun Mitarbeiter/innen aus dem Pflegebereich. Aus der Ersten Hilfe machten elf von 22 zu dieser Frage Angaben: drei Personen waren sich unsicher, ob die Patientin gefragt werden möchte, jeweils vier gaben an unsicher zu sein, ob sie die geeignete Ansprechperson seien bzw. ob ein Ansprechen zu einer stärkeren psychischen Belastungen der Patientin führen könne.

Werden die Antworten zu dieser Frage in Relation zu den Angaben des Kontakts mit gewaltbetroffenen Patientinnen gesetzt, so zeigt sich, dass die Personen, die sich unsicher waren, ob die Patientin gefragt werden wollte, auch nur „manchmal“ oder „selten“ (je vier Nennungen) Kontakt gehabt hatten. Es kann hier von einer Verhaltensunsicherheit durch geringe Erfahrung mit dem Problem ausgegangen werden.

Bei Betrachtung der Anzahl der Antworten fällt auf, dass insgesamt nur wenige Angaben zu dieser Frage gemacht wurden. Offenbar werden in der eigenen Wahrnehmung grundsätzlich kaum Hinderungsgründe für ein Ansprechen der Gewaltthematik gesehen. Dies wird besonders deutlich bei der offenen Antwortmöglichkeit: Insgesamt antworten zehn Personen auf die Möglichkeit „anderes“.

Fünf Personen zeigen in ihren Kommentaren, dass es für sie keine Hinderungsgründe für das Ansprechen von Gewalterfahrungen gibt. („Ich spreche es an“; „Ich spreche es immer an“; „Kein Problem“; „Mich hindert gar nichts“). Eine weitere Person ist ihrer Meinung nach noch nicht in der Situation gewesen.

Weitere fünf Antworten beziehen sich auf problematische Aspekte: eine Person nennt „Angst vor z.B. heftigen Reaktionen“, Unsicherheit in der Gesprächsführung gibt eine weitere Person an („Wie ansprechen?“), als problematisch empfindet ein Pfleger seine Rolle als Mann („Frauen sehen mich (als Mann) oft als Gleichgesinnte des Partners“) und eine Pflegerin problematisiert den mangelnden Kontakt zu Patientinnen auf der internistischen Abteilung der Ersten Hilfe Station („Gefühl des Nichtkontaktes mit der Patientin (Innere Abteilung)“).

10.6.6 Schulungseffekte im Hinblick auf Wissen, Haltung, Kompetenz

Auf die Frage, welche Veränderungen die Fortbildung bei den Teilnehmenden im Umgang mit dem Thema „Gewalt gegen Frauen“ bewirkt habe, zeigten sich folgende Einschätzungen (Mehrfachnennungen):

Tabelle 10.6–5: Schulungseffekte hinsichtlich der Gewaltthematik (n=43)

Schulungseffekte	Rang	Nennung
Besser informiert	1	37 (86,0%)
Aufmerksamer geworden	2	36 (83,7%)
Kann Informationen weitergeben	3	34 (79,1%)
Höhere Gesprächssicherheit	4	23 (53,5%)

Die Schulungen hatten nach Angaben der Befragten zu größerer Informiertheit (86%) und höherer Aufmerksamkeit (84%) geführt. Hoch bewertet wurde mit 79% die Möglichkeit, Informationen weitergeben zu können. Gut die Hälfte der Antwortenden gab eine höhere Gesprächssicherheit an. Die Antwortvorgabe „war bereits gut informiert“, „kann ich nicht sagen“, „nein, eher nicht“ wurde von keinem Befragten genannt. In einem Fall wurde von einer Pflegekraft unter der offenen Frage „anderes“ angegeben, dass sie „S.I.G.N.A.L. als Auslöser“ betrachtet und „das Thema öfter anspricht“.

Bei den Pflegekräften der Ersten Hilfe zeigte sich eine andere Rangfolge, die insgesamt auf mehr Handlungssicherheit hindeutet: „Kann Informationen weitergeben“ wurden von 19 Personen (90%) der 21 Antwortenden genannt, jeweils 15 (71%) gaben an, durch die Schulungen „aufmerksamer“ und besser „informiert“ zu sein, 13 (62%) schätzten eine höhere Gesprächssicherheit.

10.6.7 Interesse an weiteren Fortbildungen

Die Teilnehmenden wurden nach weiterem Bedarf und Interesse an Schulungen befragt. Von den Antwortenden haben insgesamt 60% Interesse an weiteren Fortbildungen. Angesichts der Mehrfachantworten zeigt sich, dass der größte Bedarf bei der Vermittlung von Kompetenzen zur Gesprächsführung mit gewaltbetroffenen Patientinnen besteht.

Tabelle 10.6–6: Fortbildungsbedarf

Fortbildungsbedarf	Rang	Nennung
Zur Gesprächsführung	1	26 (60,5%)
Erkennen von gewaltbedingten Verletzungen u. Beschwerden	2	21 (48,8%)
Abklären der Gefährdungssituation	3	15 (34,9%)
Informationen zu weiteren Unterstützungsangeboten	3	15 (34,9%)
Dokumentation	4	10 (23,3%)

Auf die offene Frage nach „Anderes“ wurde von einer Person der Wunsch geäußert, etwas über „Wege aus der Gewalt“ zu erfahren.

Bezogen auf die einzelnen Stationen zeigt sich, dass ein hoher Fortbildungsbedarf zur Gesprächsführung auf der Ersten Hilfe-Station (13) und in der Kieferchirurgie (3) besteht, je zwei Nennungen kommen von Befragten aus der Neurochirurgie, Dermatologie, Radiologie und je eine aus der Psychiatrie, Geburtshilfe, Urologie und der Verwaltung.

Nahezu die Hälfte der Pflegekräfte aus der Ersten Hilfe (10 von 22) wünschen eine weitere Fortbildung zum Erkennen gewaltbedingter Verletzungen und Beschwerden, das Interesse besteht auch bei zwei Beschäftigten der Radiologie und der dermatologischen Poliklinik.

Zur Abklärung der Gefährdungssituation von Patientinnen wird von den Mitarbeiter/innen der Ersten Hilfe das stärkste Interesse geäußert (9), gefolgt von Pflegenden der dermatologischen Poliklinik (3). Mehr über Unterstützungsangebote möchten sechs Befragte aus der Ersten Hilfe, drei Personen aus der Dermatologie, zwei Personen aus der Kieferchirurgie erfahren.

Den Wunsch nach einer Fortbildung zur Dokumentation äußerte nur eine einzige Pflegekraft aus der Ersten Hilfe. Das größte Interesse bestand hier mit drei Angaben aus der dermatologischen Poliklinik.

10.6.8 Anmerkungen zum S.I.G.N.A.L.-Projekt

In einem freien Text wurden folgende Anmerkungen und Anregungen zum S.I.G.N.A.L.-Interventionsprojekt festgehalten:

Kritische Anmerkungen

- „Ich hatte bei der Fortbildung als einziger Mann anfangs das Gefühl ein Fremdkörper zu sein.“
- „Ärztliches Personal ist viel zu wenig informiert bzw. hat gar nicht an Fortbildungen teilgenommen.“ (Erste Hilfe/Notaufnahme)
- „Ärgerlich, dass uns S.I.G.N.A.L. aufgezwungen wurde, ohne uns (Pflege) vorher zu fragen, zusätzliche Arbeitsbelastung. Nichts gegen das Projekt an sich.“ (Erste Hilfe/Notaufnahme).

Positive Anmerkungen

- „Gewalt gegen Frauen ist ein wichtiges Thema, für das alle sensibilisiert werden müssen.“ (Psychiatrie)
- „Das Projekt sollte weiter geführt bzw. ausgebaut werden.“ (Dermatologie)
- „Die Fortbildung hat mein Selbstverständnis gestärkt, versuche es an meine Tochter (19 Jahre) weiter zu geben.“ (chirurgische Poliklinik)

Vorschläge und Anregungen

- „Verständnis für Patientin, die nicht mit Trauma konfrontiert werden wollen, deshalb besser, wenn Infomaterial beiläufig mitgegeben wird.“ (Erste Hilfe/Notaufnahmeambulanz)
- „Es sollte eine ständig eingerichtete Stelle im UKBF geben, wie z.B. BIG.“ (Erste Hilfe/Notaufnahmeambulanz)

- „Ständige Verfügbarkeit von Notfallkarten wäre gut.“ (Neurochirurgie)
- „Noch mehr Öffentlichkeitsarbeit.“ (Urologie)
- „Mitarbeiter auf Station müssen mehr angesprochen und mit dem Thema konfrontiert werden, es herrscht noch oft Befangenheit.“ (Kieferchirurgie)

10.6.9 Einschätzung zur Bedeutung des Projekts

Zwei Drittel (29) der Antwortenden, erachten das S.I.G.N.A.L.-Projekt für sehr wichtig und ein Drittel (14) halten es für wichtig, das heißt, alle Antwortenden stehen dem Projekt positiv gegenüber. Der Fragebogen wurde damit ausschließlich von Personen ausgefüllt, die das S.I.G.N.A.L.-Projekt als wichtig und bedeutend ansehen. Angesichts des hohen Anteils der Schulungsteilnehmer/innen, die die Befragung nicht beantworteten, wäre gerade ihre Einstellung zum Projekt aufschlussreich. Unklar ist, ob aus diesem Antwortverhalten der Umkehrschluss gezogen werden kann, dass die Schulungsteilnehmer/innen, die den Fragebogen nicht beantworteten, eine negative Einstellung zum Projekt haben. Hierzu liegen keine Anhaltspunkte vor. Klinikintern gilt der Rücklauf mit 37% (ohne zweites Anschreiben) als überdurchschnittlich hoch.

10.6.10 Zusammenfassung

Alle Befragten finden sowohl die Gewaltthematik wie das Interventionsprojekt „wichtig“ oder „sehr wichtig“. Somit liegen keine Rückmeldungen von Schulungsteilnehmerinnen vor, die dem Projekt kritisch gegenüber stehen oder es ablehnen. Zu beachten ist bei der Darstellung der Ergebnisse, dass insgesamt nur ein kleiner Ausschnitt der Einschätzungen der Pflegenden wiedergegeben wird. Die Antworten deuten auf einen (positiven) Verzerrungseffekt, da alle Teilnehmer/innen das Projekt in hohem Maße akzeptieren.

Kontakt mit der Zielgruppe gewaltbetroffener Patientinnen gaben alle Antwortenden aus der Ersten Hilfe an, 53% schätzten „manchmal“, 21% „selten“ und 16% „oft“ Kontakt mit gewaltbetroffenen Patientinnen gehabt zu haben.

Der Dokumentationsbogen ist hauptsächlich in der Ersten Hilfe-Station zur Anwendung gekommen. Darüber hinaus hatten Beschäftigte der Kieferchirurgie den Bogen ausgefüllt. Pflegende hatten häufiger Ärzte/innen zum Ausfüllen veranlasst, als dass sie selbst die Dokumentation durchgeführt hatten.

Zu den Wirkungen der Schulung gaben die Befragten an, sich besser informiert zu fühlen, aufmerksamer gegenüber der Gewaltproblematik zu sein und sich in der Lage zu sehen, gewaltbetroffene Patientinnen über weiterführende Hilfsangebote zu informieren. Aber nur gut die Hälfte der Befragten fühlte sich sicherer, ein Gespräch mit gewaltbetroffenen Patientinnen zu führen.

Zu den Faktoren, die Pflegende am ehesten hindern würden, Patientinnen auf mögliche Gewalterfahrungen anzusprechen, gehört der Mangel an Zeit, an zweiter Stelle wurde die Unsicherheit genannt, ob die Patientin wünscht, gefragt zu werden.

Zur Anwendung einzelner Interventionsschritte stand an erster Stelle die Aufklärung über weitere Unterstützungs- und Hilfsangebote, als nächste das Abklären der Sicherheit und des Schutzes der Patientin. Seltener war es dazu gekommen, dass ein Dokumentationsbogen ausgefüllt wurde. Beschäftigte der Ersten Hilfe scheinen insgesamt über mehr Handlungssicherheit zu verfügen als Pflegende anderer Stationen.

Hinsichtlich des Fortbildungsbedarfs rangiert der Wunsch nach Gesprächsführung an erster Stelle. An zweiter Stelle wurde das Interesse genannt, mehr Hinweise zum Erkennen gewaltbedingter Gesundheitsfolgen zu erhalten. Die rechtsmedizinischen Fortbildungen sind somit auch auf Schulungen für Pflegekräfte auszuweiten.

11 Fortbildungen für die Ärzteschaft

11.1 Stand der Fortbildungen zu Beginn der wissenschaftlichen Begleitung

Ärzte und Ärztinnen hatten bis zum Frühjahr 2000 nicht an den zweitägigen Basisschulungen teilgenommen. Im Gegensatz zu Pflegekräften gab es keine Regelung, die es Ärzten/innen ermöglichte, für eine Teilnahme freigestellt zu werden. Das S.I.G.N.A.L.-Projekt war der Ärzteschaft von einer externen Mitarbeiterin der Projektgruppe vorgestellt und 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 Qualifikationsdruck an einer Universitätsklinik blieb trotz unterschiedlicher Interessensbekundung eine Teilnahme an der Basisschulung aus.

Die Tatsache, dass keine Person aus dem ärztlichen Bereich an den zweitägigen Schulungen teilnahm, führte zu hoher Unzufriedenheit unter den Pflegekräften (vgl. Protokoll der Vor-Ort-Gruppe August 2000), die sich für die Umsetzung des Interventionsprojekts allein verantwortlich fühlten. Diskussionen und Überlegungen in der Projektsteuerungsgruppe zeigten, dass ohne eine Einbindung der ärztlichen Mitarbeiter/innen die Zielsetzung des Interventionsprojekts in Frage gestellt wurde. Im Zusammenhang mit der Dokumentation von Verletzungsfolgen ist eine Mitarbeit der ärztlichen Kollegen/innen unverzichtbar.

Auf diesem Hintergrund war nach Wegen zu suchen, die eine Einbindung der Ärzteschaft in das Projekt und die Fortbildungen möglich machten.

11.2 Erhebung des Fortbildungsbedarfs

11.2.1 Übersicht

Um Informationen zu den Hintergründen für die fehlende Teilnahme an Basisschulungen, die Haltung der Ärzte/innen gegenüber der Gewaltthematik sowie Daten zum Fortbildungsbedarf und -rahmen zu erhalten, erfolgten folgende Datenerhebungen:

- eine standardisierte, anonyme, schriftliche Befragung von 105 Ärzten/innen im Dienst der Ersten Hilfe (n=38, Response 36%, im Juni/Juli 2000, s. Kap. 11.2.2)
- qualitative Befragung von ärztlichen Experten/innen mittels einem offenen Leitfadenterview zum Bedarf nach Fortbildungen, zu den bisherigen Erfahrungen in der Behandlung und Unterstützung von gewaltbetroffenen Patientinnen und zu zeitlichen Möglichkeiten der Teilnahme an Fortbildungen (n=4, Mai 2001)

Mit der schriftlichen Befragung sollten erste Einblicke in die Erfahrungen, subjektiven Einstellungen und Einschätzung der Ärzteschaft gegenüber der Problematik und dem Interventionsprojekt gewonnen sowie Daten zu Fortbildungsbedürfnissen für die Konzeption spezifischer Schulungen ermittelt werden.

In einem weiteren Erhebungsschritt erfolgten Experteninterviews mit Ärzten/innen der Ersten Hilfe. Es sollten Kenntnisse zu einem geeigneten Fortbildungskonzept und Informationen zur Einstellung und Umsetzungsmöglichkeiten des S.I.G.N.A.L.-Interventionsprojekts seitens der ärztlichen Mitarbeiter/innen gewonnen werden.

Der Leitfragen beinhaltete folgende Themen:

- Bekanntheit des S.I.G.N.A.L.-Interventionsprojekts
- Haltung gegenüber der Gewaltthematik
- Wahrnehmung von häuslicher Gewalt in der Praxis und Umgang mit gewaltbetroffenen Patientinnen, Verbesserung der Versorgung
- Möglichkeiten der Diagnostik (Differenzierungen von ICD-10) und Dokumentation von häuslicher Gewalt

- Einstellung zu Interventionsmöglichkeiten
- Verbesserungsmöglichkeiten aus ärztlicher Sicht
- Mitarbeit bei der Umsetzung von S.I.G.N.A.L.
- Interessen und Hürden gegenüber Fortbildungen.

Es wurden insgesamt vier Experten/innen der Ersten Hilfe/Notaufnahme – jeweils ein Arzt und eine Ärztin auf der Chirurgischen und der Inneren Abteilung – befragt. Die Befragten waren zwischen fünf bis 20 Jahre im UKBF tätig und in leitender Position bzw. als Assistenzärzte/innen beschäftigt.

11.2.2 Ergebnisse der quantitative Ärztebefragung zum Fortbildungsbedarf

11.2.2.1 Studienpopulation

Im Juli 2000 wurde eine standardisierte, anonyme Befragung unter allen Ärzten/innen durchgeführt, die fest in der Ersten Hilfe/Aufnahme des UKBF beschäftigt oder dort im Juni 2000 im Bereitschaftsdienst tätig waren. Von den 105 angeschriebenen Ärzten/innen (36 Frauen; 69 Männer) antworteten bis zum September 38 Personen. Der Response beträgt insgesamt 36% (44% der angeschriebenen Frauen, 30% der angeschriebenen Männer).

Es antworteten 16 Frauen und 21 Männer, eine Person machte keine Angaben zum Geschlecht. Das Alter der Antwortenden lag zu zwei Drittel zwischen 30 und 39 Jahre (65,8%), nur zwei Personen waren zwischen 40 und 49 Jahren alt. Neun Ärzte sowie neun Ärztinnen arbeiteten seit weniger als fünf Jahren in ihrem Beruf (47,2%), 13 seit 5 bis 10 Jahren (6 Frauen, 7 Männer). Zwei Ärzte nahmen eine leitende Stellung ein. 32 Antwortende gaben an, in welcher Abteilung des UKBF sie beschäftigt waren: Sieben Personen (21,9%) waren in der Inneren Abteilung der Medizinischen Klinik, fünf (15,6%) in der Chirurgie, vier (12,5%) in der Hals-Nasen-Ohren-Abteilung, drei (9,4%) in der Neurologie und je zwei (6,2%) in der Gynäkologie, Augenklinik, Anästhesie und Neurochirurgie und je eine Person (3,1%) in der Mikrobiologie, der Urologie sowie der Kinderklinik tätig.

11.2.2.2 Kenntnis des S.I.G.N.A.L.-Interventionsprojekts

Den Befragten war zu 57,9% (22) das S.I.G.N.A.L.-Projekt bekannt. Die Kategorie Geschlecht war bei den Antwortenden gleich verteilt. Zehn dieser Personen fühlten sich „gut informiert“ und zwölf hatten von dem Projekt gehört. 15 Ärzten/innen (39,5%) war S.I.G.N.A.L. „nicht bekannt“. Diejenigen, die das S.I.G.N.A.L.-Projekt kannten, waren zu 39% von Kollegen/innen, zu 32% von S.I.G.N.A.L.-Mitarbeiterinnen und zu 29% durch Aushänge informiert worden.

Zehn Ärztinnen und sieben Ärzte wünschten sich weitere Informationen über das Projekt. Zur Kontaktaufnahme gaben sieben Personen eine Adresse oder Email an. Es zeigte sich kein Zusammenhang zwischen dem Wissen um S.I.G.N.A.L. und dem Wunsch nach weiteren Informationen. Unter den 18 Personen, die keine weiteren Informationen über S.I.G.N.A.L. wünschten, waren fünf Frauen und 13 Männer.

Eine Mitarbeit bei der Weiterentwicklung von S.I.G.N.A.L. konnten sich zwei Ärztinnen vorstellen, sieben „wissen es noch nicht“ – davon fünf Männer und zwei Frauen. Die Mehrheit (71,0%, 27) lehnte eine aktive Mitarbeit ab.

11.2.2.3 Einschätzung der Gewaltprävalenz unter den Patientinnen der Ersten Hilfe

Die Hälfte der Ärzte/innen (55,3%, 21) schätzte den Anteil von Frauen, die aufgrund von akuter Gewalterfahrungen die Erste Hilfe-Station aufsuchten, auf unter 5% (davon zehn Personen unter 2% und elf Personen zwischen 2% bis unter 5%). Acht Ärzte/innen gingen von einem Anteil von 5% bis 10% aus und sechs von über 10%. Es zeigte sich, dass Ärztinnen die Akut-Prävalenz durchgehend höher einschätzten als ihre männlichen Kollegen. Mehr als die Hälfte der Frauen (9) nannte Werte von 5% und mehr, Ärzte schätzten diesen hohen Wert nur zu 26,3%. Eine Prävalenz von unter 5% nannten 73,6% der Männer und 43,8% der Frauen. Nach dem Anteil von Frauen mit Gewalterfahrung unter den Patientinnen gefragt, die in den Polikliniken oder auf den Stationen behandelt wurden, in denen sie

selbst beschäftigt waren, ergab sich folgendes Bild: Fast 60% der Antwortenden schätzten den Anteil von Patientinnen mit Gewalterfahrung auf unter 2%. Auch hier zeigte sich, dass Frauen von einer höheren Prävalenz ausgingen. So dachten immerhin 40% der Ärztinnen und nur 9,5% der Ärzte, dass der Anteil misshandelter Frauen unter den eigenen Patientinnen bei 5% und höher liege. Insgesamt wurde im Tätigkeitsbereich der stationären Behandlung/Poliklinik der Anteil von Patientinnen mit Gewalterfahrungen niedriger eingeschätzt als für die Erste Hilfe.

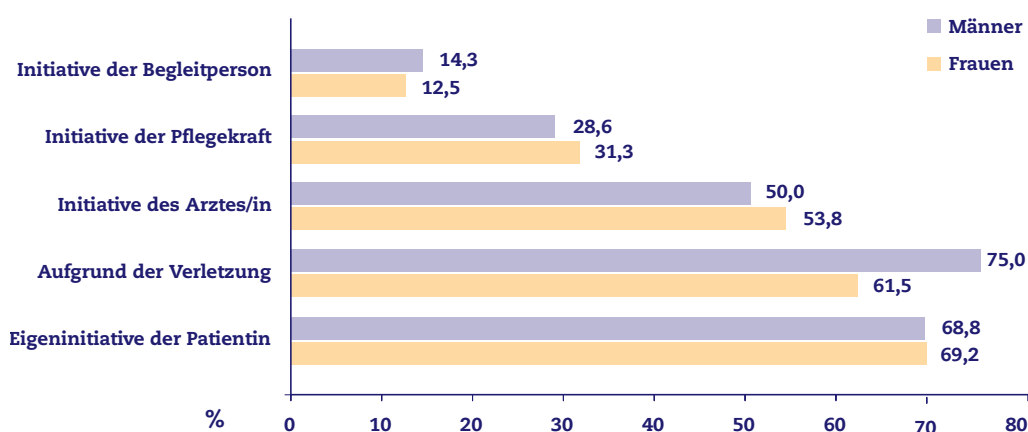
11.2.2.4 Relevanz der Problematik und Kontakt mit gewaltbetroffenen Patientinnen

Die Mehrheit der Befragten (73,7%, 28) hatte im Rahmen der Behandlung bereits Kontakt mit gewaltbetroffenen Frauen gehabt. Jedoch glaubten immerhin sieben Personen (davon drei Frauen), noch nie mit einer misshandelten Patientin konfrontiert worden zu sein. Unsicher waren sich zwei Personen.

Von den 30 Ärzten/innen, die bereits Kontakt hatten oder sich unsicher waren, gaben zwölf (40,0%) an, regelmäßig mit den Patientinnen über die erlebte Gewalt gesprochen zu haben. 16 Ärzte/innen taten dies manchmal, eine Person hatte noch nie mit einer Patientin über Gewalt als Ursache für die Verletzungen oder Beschwerden gesprochen.

Kam es zu einem Gespräch mit der Patientin, erfolgten diese mehrheitlich durch die Eigeninitiative der Frau oder weil die Verletzungen auf Gewalt hinwiesen (je 20 Nennungen). Immerhin gaben 15 der Ärzte/innen an, dass sie selbst Gewalt als mögliche Ursache ansprechen würden. Geschlechtsspezifische Unterschiede zeigten sich hier weniger deutlich.

Tabelle 11.2–1: Zustandekommen eines Gesprächs über erlebte Gewalt mit der Patientin in %

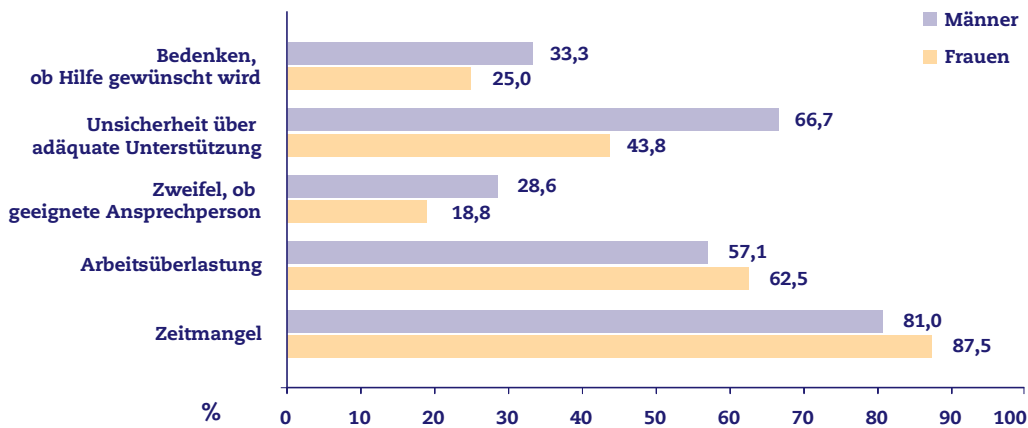


Eine gezielte Versorgung und Unterstützung von Frauen mit Gewalterfahrung hielten bis auf einen Arzt alle Befragten für „wichtig“: 13 Frauen und zwölf Männer dachten, dass es „sehr wichtig“ sei und drei Frauen sowie acht Männer hielten es für wichtig.

11.2.2.5 Interventionsbarrieren

Sowohl strukturell-organisatorische als auch fachlich oder individuelle Barrieren würden nach Meinung der Befragten eine gezielte Unterstützung und Versorgung be- oder verhindern. Die Mehrheit der Frauen und Männer gaben Zeitmangel als Hinderungsgrund an. Männer waren sich häufig nicht sicher, ob sie eine geeignete Gesprächsperson wären. Als drittes Kriterium wurde die Arbeitsüberlastung genannt.

Tabelle 11.2-2: Interventionsbarrieren in % (n=37, 16 Frauen, 21 Männer)



11.2.2.6 Fortbildungsbedarf

Einer Fortbildung zur Verbesserung der medizinischen Versorgung für Frauen mit Gewalterfahrung stand die Mehrheit der Befragten positiv gegenüber. Der überwiegende Anteil (26, 68,4%) hielt eine entsprechende Fortbildung für „bedeutsam“. Insbesondere Ärztinnen schätzten sie sogar als „sehr bedeutsam“ für sich ein. Keine der befragten Personen hielt eine Fortbildung für „unbedeutend“.

Jedoch würden nur drei Frauen und zwei Männer „auf jeden Fall“ an einer entsprechenden Fortbildung teilnehmen. Termin sowie Dauer einer Fortbildung würden im Hinblick auf eine potentielle Teilnahme für die überwiegende Mehrheit eine wichtige Rolle spielen. Die Anzahl derjenigen, die „auf keinen Fall“ an einer Fortbildung teilnehmen würden, war sehr gering und verteilte sich auf zwei Frauen und einen Mann.

11.2.2.7 Fortbildungswünsche

Die Präferenzen hinsichtlich des zeitlichen wie auch des organisatorischen Rahmens für eine Fortbildung waren uneinheitlich. Es zeigte sich, dass kürzere Fortbildungseinheiten deutlich bevorzugt wurden. Die Hälfte der Befragten plädierte für eine 60-minütige Fortbildung, fast ein Drittel (28,9%, 11) konnte sich eine Halbtagsfortbildung vorstellen. Wurden von den Befragten selbst Vorschläge formuliert, so bewegten sich diese im Zeitrahmen von 60 Minuten bis drei Stunden. Drei Ärzte/innen schlugen mehrere ca. ein- bis zweistündige Fortbildungen vor. Im Hinblick auf den organisatorischen Rahmen sprach eine leichte Tendenz dafür, Fortbildungen innerhalb der Dienstzeit (16 Nennungen) anzubieten. Elf der Befragten (28,9%) würden eine Fortbildung außerhalb der Dienstzeit bevorzugen. 15 Personen wünschten sich eine Einbettung in die regulären Institutsfortbildungen. Fünf Befragte hielten die regulären Dienstbesprechungen für einen angemessenen Rahmen.

Fortbildungsart

In Form von Mehrfachantworten konnten die Ärzte/innen angeben, welche Fortbildungsart sie favorisieren würden. Zu 49% wurden Diskussionen an Fallbeispielen, zu 34% Vorträge und zu 17% Workshops gewünscht. Eine Koppelung von Vortrag und Diskussion an Fallbeispielen stellte sich als bevorzugtes Modell heraus. Einen Workshop konnten sich nur acht Personen vorstellen. Eine Ärztin wünschte sich explizit Rollenspiele und andere Formen praxisbezogenen Lernens.

Fortbildungsteilnehmende

Die Befragten sprachen sich mehrheitlich (68,4%) für eine interdisziplinäre Zusammensetzung mit Pflegekräften und Sozialdienstmitarbeiter/innen aus (26 Personen). Nur drei Personen wünschten sich eine Schulung ausschließlich für die Ärzteschaft. Über 80% (32 Personen) wünschten sich eine stationsübergreifende Fortbildung oder standen dieser Option neutral gegenüber.

Fortbildungsinhalte

Mit der Frage, was im ärztlichen Alltag hilfreich für eine gezielte Unterstützung und Versorgung von Frauen mit Gewalterfahrungen sein könnte, konnten gewünschte Fortbildungsinhalte abgeleitet werden. Mehrfachnennungen waren möglich. Am häufigsten wurden „Informationen über Beratungsstellen, Zufluchtseinrichtungen und andere Hilfsangebote“ genannt (33 Nennungen), gefolgt von einem „Handlungsleitfaden“ zum Umgang mit gewaltbetroffenen Patientinnen (16 Nennungen), „Informationen über Hintergründe, Ausmaß, Formen und Folgen der Gewalt gegen Frauen“ sowie „Methoden der Gesprächsführung“ (jeweils 12 Nennungen). Kooperation und Austausch mit dem klinikinternen Sozialdienst wünschten sich elf Personen und einen Vordruck für die Dokumentation hielten acht Personen für hilfreich. Supervisions- und Reflektionsangebote wurden nur von zwei Personen gewünscht. Eine Ärztin nannte unter „Sonstiges“ den Wunsch nach Informationen über Möglichkeiten der Strafverfolgung.

11.2.2.8 Zusammenfassende Bewertung

Insgesamt beteiligte sich nur eine kleine Gruppe von Ärzten/innen an der Erhebung, bei denen davon ausgegangen werden kann, dass vor allem jene Personen geantwortet haben, die dem Thema bereits interessiert oder offen gegenüber standen und die eine gezielte Versorgung für wichtig hielten. Die Ergebnisse können nur mit großer Vorsicht verallgemeinert werden. Trotz dieser Einschränkungen bezüglich der Aussagekraft der gewonnenen Erkenntnisse, bieten die vorliegenden Daten grundlegende inhaltliche und organisatorische Anregungen für die Entwicklung eines spezifischen Fortbildungsangebots für die Ärzteschaft.

Die Daten zeigen, dass viele Ärzte/innen mit gewaltbetroffenen Frauen konfrontiert sind und Gewalterfahrungen als eigenständige Problematik wahrnehmen. Eine gezielte Versorgung und Unterstützung der Frauen wird mehrheitlich für bedeutsam erachtet. Teilweise werden bereits Gespräche mit betroffenen Patientinnen über ihre Gewalterfahrung geführt. Jedoch werden diese Gespräche in der Mehrzahl der Fälle von den Frauen selbst initiiert. Die Daten geben erste Hinweise auf mögliche Ursachen für die Differenz zwischen Wahrnehmung der Problematik und konkretem Verhalten. Als Barrieren wirken vor allem Zeitmangel, Arbeitsbelastung und Unsicherheit hinsichtlich einer adäquaten Unterstützung.

Die Ergebnisse der Befragung zeigen einerseits die Bereitschaft der Ärzte/innen sich zum Thema fortbilden zu lassen und andererseits wie sehr eine potentielle Teilnahme von den konkreten Rahmenbedingungen der Fortbildung abhängig gemacht wird. Bei der Planung der Fortbildungsmodul sollte berücksichtigt werden, dass traditionelle Vermittlungs- und Lernmethoden wie Vorträge und Diskussionen an Fallbeispielen favorisiert werden. Aktive, experimentierende Methoden wie Rollenspiele werden von Ärzten/innen weniger gewünscht. Grundsätzlich präferieren die Befragten interdisziplinär zusammengesetzte Fortbildungsgruppen, die sich aus unterschiedlichen Fachrichtungen sowie Berufsgruppen zusammensetzen können. Für die inhaltliche Planung der Fortbildungen zeigt sich, dass die Ärzte/innen ein großes Bedürfnis nach praxis- und handlungsorientiertem Wissen haben. Mehrheitlich wurden Informationen über weiterführende Hilfsangebote wie Frauenhäuser, Zufluchtswohnungen, Beratungsstellen gewünscht, gefolgt von grundlegenden Informationen über Ursachen, Ausmaß, Formen und Folgen der Gewalt, Methoden der Gesprächsführung, Hinweise für eine gerichtsverwertbare Dokumentation und rechtliche Informationen. Weiter besteht ein Bedürfnis nach schriftlichen Materialien wie z.B. einem praxisorientierten Handlungsleitfaden.

Die Befragung zeigt auch das von Seiten der Ärzte/innen geäußerte Bedürfnis nach Austausch und Kooperation mit dem klinikinternen Sozialdienst. Es ist hier der Wunsch zu vermuten, dass Patientinnen mit Gewalterfahrung auf kurzem Weg an fach- und sachkompetente Berater/innen weitervermittelt werden können. US-amerikanische Erfahrungen mit Interventionsprojekten verdeutlichen, dass eine erfolgreiche Implementierung der Projekte in hohem Maß von einer tragfähigen und praxisadäquaten Vernetzung mit ex- oder internen Beratungsstellen und Anti-Gewalt-Projekten abhängt.

Durchgängig zeigen die Ergebnisse geschlechtsspezifische Unterschiede, die jedoch in Anbetracht der kleinen Fallzahl (16 Ärztinnen) nicht überbewertet werden dürfen. Die Daten verweisen darauf, dass mehr Ärztinnen über S.I.G.N.A.L. informiert sind und ein größeres Interesse an weiterführenden

Informationen formulieren. Sie schätzen das Ausmaß der Problematik höher ein als ihre männlichen Kollegen, messen einer gezielten Versorgung eine höhere Bedeutung zu und sind eher bereit, an einer Fortbildung teilzunehmen. Auffällig ist, dass Frauen eher strukturell bedingte Faktoren als Barrieren für eine gezielte Versorgung nennen (Zeitmangel/Arbeitsüberlastung) und sich seltener grundlegende Informationen über das Thema Gewalt gegen Frauen wünschen. Zwei der Frauen, aber keiner der Männer können sich eine aktive Mitarbeit bei der Weiterentwicklung von S.I.G.N.A.L vorstellen. Männer weisen in ihren Antworten eine höhere Unsicherheit im Umgang mit der Problematik auf. Von ihnen werden eher Informationen über Ursachen, Ausmaß und Formen der Gewalt nachgefragt und Zweifel formuliert, ob Hilfe von den betroffenen Frauen erwünscht wird oder sie selbst als Arzt die geeignete Person für eine Unterstützung der Frauen sind. Es ist anzunehmen, dass die festgestellten Unterschiede sowohl in der unterschiedlichen Betroffenheit von bzw. Sensibilität gegenüber Gewalterfahrungen liegen sowie in der gesellschaftlichen Verortung des Themas als Frauenproblem.

11.3 Konzept und Durchführung der Fortbildungen

11.3.1 Entwicklung des Konzepts

Die Erkenntnisse aus der Befragung von Ärzten/innen wurden in die Projektsteuerungsgruppe zurückgetragen und eine neue Fortbildungskonzeption beschlossen. Der weitere Prozess der Entwicklung eines Konzeptes und eines wirksamen Verfahrens wurde von der wissenschaftlichen Begleitforschung unterstützt und begleitet durch:

- Schwerpunktdiskussion zu Fortbildungskonzepten-, -verfahren und -erfahrungen im US-amerikanischen Raum
- Beratung der Projektsteuerungsgruppe bei der Entwicklung eines Konzepts für die Fortbildung von Ärzten/innen
- Erarbeitung von Materialien für die Fortbildung von Ärzten/innen; dieser Arbeitsschritt erfolgte vor dem Hintergrund der internationalen Literaturanalyse und vorliegender Fortbildungsmaterialien aus den USA
- Informationsgespräch mit dem ärztlichen Direktor des Klinikums zu dem Stand der Intervention und den auftretenden Schwierigkeiten
- Vortrag im Rahmen der Ausbildungskommission des Klinikums zu Möglichkeiten der Intervention gegen häusliche Gewalt und zum internationalen Stand der Integration entsprechender Fortbildungsangebote in die ärztlichen Ausbildungscurricula.

Unter Berücksichtigung der Ergebnisse der Ärztebefragung wurde im Herbst 2000 ein neues Fortbildungskonzept erarbeitet. Entwickelt wurden verschiedene Module, die folgende Themen beinhalten:

- Basiswissen zur Problematik der häuslichen Gewalt (Ausmaß, Formen und Dynamik)
- internationaler Forschungsstand zu gesundheitlichen Folgen der Gewalt (nach fachspezifischen Gesichtspunkten)
- Konzepte und Erfahrungen US-amerikanischer Interventionskonzepte gegen Gewalt im Rahmen der medizinischen Versorgung
- Zielsetzung und Grundlagen des S.I.G.N.A.L.-Interventionsprojekts
- Informationen über Angebote der Berliner Frauenhäuser, Beratungsstellen und der BIG-Hotline sowie Möglichkeiten der Kooperation mit den Einrichtungen
- Möglichkeiten der praktischen Umsetzung der Intervention und Anwendung der vorhandenen Materialien und Angebote.

Die Fortbildungen wurden im Rahmen der Institutsfortbildungen durchgeführt. Es wurden drei Module unterschiedlichen zeitlichen Umfangs mit folgendem Inhalt und folgender Zielsetzung angeboten:

Modul 1

- Erkennen von Gewalt (Definition, Formen und Ausmaß der Gewalt, Dynamik in Gewaltbeziehungen)
- Gesundheitliche Auswirkungen von Gewalt (Prävalenz, Epidemiologie, Kosten)
- Umgang mit Opfern häuslicher Gewalt (Vermeidung von Retraumatisierung, Gefährdung durch den Täter, Schutz).

Modul 2

- Nutzung von Präventions- und Interventionsmöglichkeiten innerhalb der Gesundheitsversorgung (internationale Erkenntnisse)
- Vorstellung der S.I.G.N.A.L.-Interventionsschritte (Erkennen, Befragen nach Gewalt, Intervention, Dokumentation, Sicherheitsplanung)
- Vorstellung des internen und regionalen Unterstützungs- und Hilfeangebots.

Modul 3

- Rechtsmedizinische Aspekte (Erkennen von gewaltbedingten Verletzungen)
- Berufsrechtliche Hinweise (Aufzeigen des rechtlichen Handlungsspektrums).

Das Konzept der Institutsfortbildungen für Ärzte/innen setzte im Gegensatz zu den zweitägigen Schulungen der Pflegenden auf kognitive Lernprozesse. Angesichts der engen zeitlichen Begrenzung beruhte die Fortbildung auf einem „Input“ von Information zu Formen und Prävalenz häuslicher Gewalt, gesundheitlicher Folgen und Interventionsmöglichkeiten. Ziel der Fortbildung war die Sensibilisierung der ärztlichen Mitarbeiter/innen hinsichtlich des Erkennens von Handlungsbedarf und der Vermittlung von Kompetenzen im Umgang mit gewaltbetroffenen Patienten/innen. Kenntnisse der regionalen Anti-Gewalt-Projekte sollten die Möglichkeiten der Kooperation und Vernetzung stärken. Anhand des S.I.G.N.A.L.-Leitfadens sollten praktische Interventionsschritte aufgezeigt werden. Das rechtsmedizinische Fortbildungsmodul zielte darauf ab, Sicherheit im Erkennen des Gewalthintergrundes zu erlangen und die (Selbst-) Verpflichtung zum Handeln zu erhöhen.

11.3.2 Durchführungsbedingungen

In Abstimmung und mit Unterstützung des ärztlichen Direktors der Klinik bot die Projektgruppe Fortbildungen zunächst auf freiwilliger Basis an. Angeboten wurden drei Module á 90 Minuten, die jeweils von Frauenhausmitarbeiterinnen, einer Wissenschaftlerin und einem Mitarbeiter des Rechtsmedizinischen Instituts angeboten wurden. An den Fortbildungen nahmen maximal ein bis zwei Ärzte/innen teil. Oberärzte/innen waren für eine Freistellung der ärztlichen Mitarbeiter/innen nicht zu gewinnen. Von ärztlicher Seite wurde das Fortbildungskonzept als zu wenig anwendungsbezogen in Frage gestellt.

In einem zweiten Schritt wurde das Fortbildungskonzept auf Wunsch des ärztlichen Direktors revidiert und die einzelnen Module auf den zeitlichen Umfang von 45 Minuten beschränkt. Angesichts der Freiwilligkeit der Teilnahme sollte eine verkürzte Fortbildungszeit im Anschluss an die Arbeitszeit die Teilnahmequote erhöhen.

Insgesamt wurden drei Lösungsmodelle getestet, um eine zielgruppene geeignete Struktur für die Fortbildung zu finden. Nach einer erneuten Rücksprache mit der ärztlichen Direktion konnten sie in die regulären Institutsfortbildungen eingebunden werden. Alle relevanten Fachdisziplinen wurden durch die Klinikleitung aufgefordert, zwei je mindestens 20-minütige Module für alle ärztlichen Mitarbeiter/innen in das jeweilige Fortbildungsprogramm einzuplanen. Der zeitliche Umfang der Fortbildungen orientierte sich an den einzelnen Institutsfortbildungen und umfasste 20 bis 60 Minuten.

Teamerinnen

Den Mitarbeiterinnen der Projektsteuerungsgruppe gelang es bis Mai 2001 nicht, Referenten/innen für die Durchführung der Fortbildungen für Ärzte/innen zu finden, die sowohl fachlich kompetent sowie bereit und in der Lage waren, die zeitlichen und organisatorischen Rahmenbedingungen zu akzeptieren. Um den Prozess der Einbindung von Ärzten/innen in die Intervention und damit die Weiterentwick-

lung des gesamten Interventionsprojektes nicht erneut zu verzögern, wurden die Fortbildungen der Ärzte/innen von den Mitarbeiterinnen der Begleitforschung durchgeführt. Um Reflektionsmöglichkeiten zum Verlauf der Veranstaltungen zu sichern, nahmen die Koordinatorin des Interventionsprojektes sowie phasenweise Studierende des Public Health Studiengangs der TU-Berlin an den Fortbildungsveranstaltungen teil. Konzeptmodifikationen und Verlauf der Veranstaltungen wurden kontinuierlich dokumentiert.

Probleme bei der Durchführung

Für die Organisation der Fortbildungen setzen sich die Chefärzte mit der Koordinatorin des Interventionsprojektes in Verbindung. Die Durchführung der Institutsfortbildungen erforderte seitens der Teamerinnen ein hohes Maß an Flexibilität. Fortbildungen wurden kurzfristig verschoben oder unmittelbar abgesagt, da angesichts knapper Zeitbemessung in den abteilungsinternen Veranstaltungen unvermutet andere Prioritäten gesetzt wurden.

Das Interesse an der Durchführung von Institutsfortbildungen zur Gewaltthematik und die Einstellung innerhalb der ärztlichen Fachdisziplinen waren in hohem Maße von der Aufgeschlossenheit der ärztlichen Fachleitung abhängig. Insgesamt machte sich die Arbeitsbelastung der ärztlichen Mitarbeiter/-innen durch Unterbrechungen mit Pieper- oder Telefonanrufen und dem Zurückgerufenwerden auf die Station wegen nötigen Behandlungen bemerkbar.

Innerhalb der Institutsfortbildungen wurden vor allem Ärzte/innen im Konsildienst der Ersten Hilfe erreicht. Ärzte/innen im festen Ersten Hilfe-Dienst konnten über diesen Weg aus folgenden Gründen schwer angesprochen werden:

- Hohe personelle Fluktuation unter den ärztlichen Mitarbeiter/innen der Ersten Hilfe: Da die Erste Hilfe ein zentraler Ausbildungsbereich ist, findet ein Wechsel alle sechs Monate statt.
- Wechsel in der Arbeitsleitung und Personalwechsel im Sommer 2001: Aufgrund interner Neustrukturierung konnte ein Teil der Unfallchirurgen/innen nicht mehr fortgebildet werden.
- Geringe Akzeptanz des Projekts bei den Oberärzten im Bereich der internistischen Ersten Hilfe und mangelnde Bereitschaft, Assistenzärzte/innen dieser Abteilung für die Teilnahme an den Institutsfortbildungen freizustellen.
- Die der medizinischen Versorgung in der Ersten Hilfe immanente Krisenhaftigkeit der Arbeit: Ein Abberufen der Ärzte/innen durch einen Notfall muss immer einkalkuliert werden. So musste die durchgeführte Fortbildung in der Ersten Hilfe, an der vier Ärzte/innen teilnahmen, zweimal verschoben werden.

11.4 Evaluation der Fortbildungen

Zur Überprüfung der Wirksamkeit der Fortbildungen wurden folgende Schritte unternommen:

- Hospitation bei angebotenen Fortbildungen (März 2001: spezifische Fortbildung zu häuslicher Gewalt; Oktober 2002: Modul 3 zu rechtsmedizinischen Aspekten)
- Hospitation erfolgte bei den zunächst außerhalb der Dienstzeit angebotenen Fortbildungen (2 Termine, 2 teilnehmende Ärzte/innen)
- Befragung der Teilnehmenden mit standardisiertem Fragebogen im Anschluss an die Fortbildung (n=105)
- Zusätzlich wurden mit einem standardisierten Memo die Beobachtungen und Einschätzungen der wissenschaftlichen Begleitforschung zu den Fortbildungen im Anschluss festgehalten.
- Qualitative Befragung mittels Leitfadeninterviews mit ärztlichen Experten/innen (n=7) im Dezember 2002.

Ab Mai 2001 wurde im Anschluss an die Institutsfortbildungen eine schriftliche Befragung aller Teilnehmenden durchgeführt. Ausgehend von den formulierten Zielen für die Fortbildungen wurde ein teilstandardisierter Fragebogen entwickelt, den die Teilnehmer/innen im Anschluss an die Institutsfortbildungen (mit 2 Moduleinheiten) erhielten. Das Erhebungsinstrument war vergleichbar mit dem,

das zur Befragung der Pflegekräfte nach den zweitägigen Schulungen eingesetzt wurde. Erfragt wurde:

- bisherige Konfrontation und Auseinandersetzung mit der Problematik
- Motivation zur Teilnahme an der Schulung
- Beurteilung der Fortbildung im Hinblick auf Gewinn an Wissen und Handlungssicherheit
- Gesamteinschätzung der Schulung
- weiteres Interesse und Fortbildungsbedarf.

In die Evaluation wurden alle Teilnehmer/innen von Mai bis Dezember 2001 einbezogen.

Nachdem Fortbildungen zum S.I.G.N.A.L.-Interventionsprojekt innerhalb der Institutsfortbildungen durchgeführt worden waren, erfolgten Ende 2002 qualitative Experteninterviews mit ärztlichen Mitarbeiter/innen, um eine Einschätzung zur Relevanz des Interventionsprojekts aus ärztlicher Sicht zu erhalten. Zielsetzung der Befragung war, Chancen und Hürden im Zusammenhang mit ärztlichen Fortbildungen sowie die Akzeptanz des S.I.G.N.A.L.-Projekts und Möglichkeiten der Umsetzung von Interventionsschritten seitens des ärztlichen Personals zu ermitteln.

Der Inhalt des Leitfadens für Experteninterviews bezog sich auf folgende Themenbereiche:

- Erfahrungen im Umgang mit gewaltbetroffenen Patientinnen
- Gewalt als Thema der Anamnese (Einschätzung zur Routinebefragung)
- Hilfe- und Unterstützungsangebote für gewaltbetroffenen Frauen
- Erfahrungen mit dem Dokumentationsbogen
- Kooperation zwischen Pflege und Ärzteschaft
- Einschätzung der S.I.G.N.A.L.-Fortbildungen
- Haltung und Einstellung zum S.I.G.N.A.L.-Interventionsprojekt.

Interviewt wurden ein Oberarzt und sechs Assistenzärzte/innen, die zu der Zeit in der Ersten Hilfe tätig waren (drei aus der internistischen Station, zwei aus der Allgemeinchirurgie, einer aus der Traumatologie und eine aus der Gynäkologie). Befragt wurden drei Ärztinnen und vier Ärzte. Die Befragten waren zwischen eineinhalb bis sechs Jahren im Klinikum beschäftigt. Die Auswahl der Experten/innen erfolgte nach den Kriterien: Teilnahme an den S.I.G.N.A.L.-Institutsfortbildungen, Ausfüllen des Dokumentationsbogens und Aufgeschlossenheit gegenüber dem Interventionsprojekt.

11.5 Ergebnisse der quantitativen Befragung im Anschluss an die Fortbildungen

11.5.1 Studienpopulation

Seit Mai 2001 hatten 15 Fortbildungsveranstaltungen in zwölf Fachabteilungen stattgefunden, an denen insgesamt 207 ärztliche Mitarbeiter/innen teilnahmen. Der zeitliche Umfang reichte von 40 bis zu 180 Minuten.

Tabelle 11.5-1: Übersicht der Fortbildungen für ärztliche Mitarbeiter/innen, Teilnehmeranzahl und Evaluationsrücklauf

Abteilung	FB ¹ -Anzahl	Gesamtdauer ²	Datum	Dauer pro Modul ²	TN ³	Evaluationsrücklauf	Response
Psychiatrie	1	60	09.08.01	60	30	11	36,6
Radiologie	1	30	07.08.01	30	28	10	35,7
Med. Klinik III: Onkologie, Hämatologie	1	30	01.08.01	30	17	0	0
HNO	2	120	01.08.01 04.09.01	60 60	21	15	71,4
Dermatologie	1	30	25.07.01	30	20	18	90,0
Med. Klinik I: Gastrologie	2	50	17.07.01 24.07.01	20 30	26	15	60,0
Psychosomatik	1	75	16.07.01	75	9	6	66,6
Chirurgie	3	180	17.09.01 17.12.01	60 60	30	10	34,8
Med. Klinik IV: Nephrologie, Endokrinologie	2	40	22.05.01 03.07.01	20 20	8	7	87,5
Internistische Erste Hilfe	1	60	23.05.01	60	4	4	100
Gynäkologie	1	60	10.12.01	60	14	9	64,4
Gesamt	15				207	105	50,7

¹ Fortbildung ² in Minuten ³ Teilnehmer/innen

Es wurden bei allen Abteilungsfortbildungen die Module „Grundlagen der Thematik Häusliche Gewalt“ und „Praktische Intervention“ durchgeführt. Modul 3 zu den rechtsmedizinischen und berufsrechtlichen Aspekten wurde im Zeitraum der wissenschaftlichen Begleitung nur einmal im Oktober 2002 in der Allgemeinchirurgie vorgestellt. Diese Institutsfortbildung umfasste 60 Minuten, es nahmen insgesamt 18 Personen daran teil, davon sechs Ärzte/innen erstmalig an einer Fortbildung zur Gewaltthematik und Interventionsmöglichkeiten.

Innerhalb der Institutsfortbildungen wurden insgesamt 207 Personen erreicht. Die ärztlichen Mitarbeiter/innen waren auf folgenden Stationen beschäftigt: HNO (21), Chirurgie (30), Radiologie (28), Psychiatrie (30), Psychosomatik (9), Hämatologie und Nephrologie (8), Gastrologie (26), Dermatologie (20), Gynäkologie (14), Onkologie und Hämatologie (17) sowie in der Ersten Hilfe beschäftigte Ärzte/innen (4).

Evaluationsbögen liegen insgesamt von 105 Teilnehmenden vor, dies entspricht einem Rücklauf von 51%. Der verhältnismäßig geringe Rücklauf ist darauf zurückzuführen, dass zum einen bei einigen Veranstaltungen die Evaluationsbögen im Anschluss nicht direkt eingesammelt wurden und die vereinbarte Rücksendung nicht erfolgte. Zum anderen liegen von denjenigen Teilnehmern/innen, die nicht bis zum Schluss der Fortbildung bleiben konnten, keine Evaluationsbögen vor. Ein geringer Anteil der Teilnehmer/innen nahm an der Evaluation nicht teil. Keine Evaluationen liegen von den Teilnehmer/innen der Medizinischen Klinik III (Onkologie und Hämatologie) vor. Die Institutsfortbildung zu Modul 3 „Rechtsmedizinische Aspekte“ wurde nicht mit Erhebungsbögen evaluiert.

Die Teilnehmer/innen der Evaluation verteilen sich auf folgende Abteilungen und Disziplinen: HNO (15), Chirurgie (10), Radiologie (10), Psychiatrie (11), Psychosomatik (6), Hämatologie und Nephrologie (7), Gastrologie (15), Dermatologie (18) Gynäkologie (9) sowie in der Ersten Hilfe beschäftigte Ärzte/innen (4).

Insgesamt nahmen 39 Frauen (40,2%) und 58 Männer (59,8%) an den evaluierten Fortbildungen teil, von acht Personen fehlt diese Angabe. Hinsichtlich der Alterstruktur waren 29 Personen unter 30 Jahren (29,3%), 42 Personen zwischen 30 bis 39 Jahren (42,4%), 14 Personen im Alter zwischen 40 und 49 Jahren (14,1%) und 14 über 50 Jahre (14,1%). Von sechs Personen liegen keine Angaben vor.

Die Teilnehmenden an den Fortbildungen waren zu 18,6% (16 Personen) unter einem Jahr, zu 20,9% (18 Personen) ein bis drei Jahre, zu 10,5% (9 Personen) drei bis fünf Jahre, zu 26,7% (23 Personen) fünf bis zehn Jahre und zu 23,3% (20 Personen) über zehn Jahre im Klinikum beschäftigt. Von insgesamt 19 Personen liegen keine Angaben vor.

11.5.2 Konfrontation mit und subjektive Einstellung gegenüber der Problematik

Befragt zur Auseinandersetzung mit der Gewaltthematik und dem Kontakt mit gewaltbetroffenen Frauen gaben 15 Personen (14,4%) an, sich bereits vor der Institutsfortbildung „ausführlich“ mit der Thematik beschäftigt zu haben, 66 Personen (63,5%) hatten sich „ein wenig“ und 22,1% hatten sich „bisher nicht“ damit beschäftigt. Eine Person machte keine Angaben. Mitarbeiter/innen aus den Disziplinen Psychiatrie und Psychosomatik gaben häufiger an, sich mit dem Thema bereits befasst zu haben.

Auf die Frage, ob die Teilnehmenden im beruflichen Alltag Kontakt mit gewaltbetroffenen Frauen hatten, ergab sich folgendes Bild: 58 (56%) der Befragten bejahten die Frage. Zwei (1,9 %) hatten „häufig“ und 58 (55,8%) „ab und zu“ Kontakt gehabt. 32 Teilnehmer/innen (30,8%) gaben an, bislang „eher selten“ mit Betroffenen beruflichen konfrontiert gewesen zu sein und neun (8,7%) verneinten diese Frage. Drei Personen (2,9%) gaben an, dies nicht beurteilen zu können. Eine teilnehmende Person machte zu dieser Frage keine Angaben.

11.5.3 Fortbildungsmotivation

Auf die Frage nach der Motivation, an der Fortbildung teilzunehmen, wurde mehrheitlich mit 88,9% (32 Personen) angegeben, dass es sich um eine Pflichtveranstaltung im Rahmen der Institutsfortbildung handelte. 19 Personen (52,8%) betonten darüber hinaus ihr Interesse am Thema.

11.5.4 Gewinn an Wissen

Im Rahmen der Fortbildung wurden Informationen über Hintergründe, Ausmaß und Folgen der Gewalt für Frauen, das Erkennen gewaltbedingter Verletzungen und Beschwerden, über die Möglichkeit der Intervention und Hilfestellung für die Praxis wie Unterstützungsangebote vermittelt. Die Teilnehmer/innen wurden im Anschluss an die Fortbildung befragt, für wie wichtig sie die Informationen zu den einzelnen Aspekten hielten.

Tabelle 11.5-2: Übersicht über die Mehrfachantworten zu der Frage: Wie wichtig hielten Sie die Informationen zu...?

Informationen über	sehr wichtig	wichtig	weniger wichtig	unwichtig
Möglichkeiten der Intervention (n=103)	33 (32,0%)	56 (54,4%)	13 (12,6%)	1 (1%)
Praktische Hilfestellung (n=93)	39 (41,9%)	41 (44,1%)	12 (12,9%)	1 (1%)
Ausmaß, Formen, Dynamik (n=104)	10 (9,6%)	79 (76,0%)	15 (14,4%)	
Gesundheitliche Folgen (n=104)	13 (12,5%)	57 (54,8%)	33 (31,7%)	1 (1%)
Hinweise zum Erkennen (n=90)	9 (10,0%)	47 (52,2%)	33 (36,7%)	1 (1%)

Als besonders hilfreich für die berufliche Praxis („sehr wichtig“/„wichtig“) erlebten die Teilnehmenden:

- grundlegende Informationen über die Problematik der Gewalt gegen Frauen, Ausmaß, Formen und Dynamik (85,6%)
- Informationen über Interventions- und Unterstützungsmöglichkeiten (86,4%)
- praxisbezogene Informationen über weitergehende Beratungs- und Zufluchtseinrichtungen (86%).

Hinweise zu den gesundheitlichen Folgen (67,3%) und zum Erkennen gewaltbedingter Verletzungen (62,2%) wurden im Verhältnis zum Aufzeigen von Interventionsmöglichkeiten und -schritten als weniger bedeutsam bewertet.

Auf die Frage, welche Themen die Teilnehmenden als besonders wichtig einschätzten, gaben 47 Personen weitere Angaben im Freitext an. Demnach wurden Hilfestellungen für die Praxis und Interventionsmöglichkeiten als besonders wichtig erachtet und insbesondere jene Fortbildungsinhalte, die das „konkrete Vorgehen“ sowie „konkrete Angebote“ betrafen wie z.B. die Adressen von Unterstützungsangeboten und die Hotline-Angebote von BIG (Berliner Interventionsprojektes gegen häusliche Gewalt). Darüber hinaus wurden Grundlageninformationen zur Gewaltthematik als wichtig eingeschätzt sowie die Hinweise zur Gesprächsführung und zu rechtlichen Aspekten.

In einem freien Text konnten von den Teilnehmenden weitere Themen ihres Interesses genannt werden. Bei den 31 Angaben wurden rechtliche Aspekte und Hilfestellung für die Praxis am häufigsten genannt. Angeführt wurden weitere Themen wie Angebote für Betroffene allgemein oder speziell für Migrantinnen, Weiterversorgung der Patientinnen und Wirkung der Intervention auf die Frauen sowie sexueller Missbrauch und Gewalt gegen Kinder.

11.5.5 Gewinn an Handlungssicherheit

Im Anschluss an die Fortbildung konnten sich die Teilnehmer/innen folgende Handlungen und Interventionsschritte vorstellen:

Bis auf eine Person sahen sich alle Antwortenden (99%) in der Lage, von Gewalt betroffene Patientinnen über weiterführende Hilfsangebote wie Frauenhäuser und Beratungsstellen zu informieren.

Im Verdachtsfall Patientinnen auf erlittene Gewalt anzusprechen, war für 95% der Antwortenden (99 Personen) vorstellbar, drei Personen (2,9%) antworteten mit „nein“ und zwei Personen (1,9%) waren sich unsicher.

86 % der Antwortenden sahen sich in der Lage, mit Patientinnen ein Gespräch über erlittene Gewalt zu führen, fünf Personen (5,4%) verneinten diese Frage und acht Personen (8,6%) waren sich unsicher.

Wenn Patientinnen Opfer von Gewalt seien, konnten sich 77 Personen (81,9%) vorstellen, Schutz und Sicherheit abzuklären, acht Antwortende (8,5%) sahen sich nicht dazu in der Lage und neun Personen (9,6%) waren sich unsicher.

Zukünftig jede Patientin unabhängig von Verdachtshinweisen routinemäßige nach Gewalterfahrungen zu befragen, bejahten nur 25 Teilnehmer/innen (24,5%). 70 Personen (68,6%) verneinten die Möglichkeit der Routinebefragung, sieben Personen (6,9%) waren sich unsicher.

Nach der Kategorie Geschlecht differenziert zeigte sich, dass sich die antwortenden Ärztinnen geringfügig mehr als ihre männlichen Kollegen vorstellen konnten, über Hilfsangebote zu informieren (100% gegenüber 98%) und ein Gespräch mit Patientinnen zu führen (91% gegenüber 83%), Ärzte gaben gegenüber ihren Kolleginnen eher an, Schutz- und Sicherheit der Patientin abzuklären (85% gegenüber 79%). Sowohl Männer wie Frauen konnten sich gleichermaßen (95%) vorstellen, Patientinnen im Verdachtsfall auf Misshandlungen anzusprechen.

Ein regelmäßiges Fragen nach erlittener Gewalt (Routinebefragung) war für 33% der antwortenden Frauen und 17,5% der antwortenden Männer denkbar. In Relation zum Alter der Befragten zeigte sich, dass jüngere Mitarbeiter/innen für eine Routinebefragung aufgeschlossener waren: 62% der positiv Antwortenden waren unter und 31% über 40 Jahre.

11.5.6 Gesamteinschätzung der Fortbildung

Die Fortbildung wurde von den Teilnehmer/innen in Bezug auf ihren Arbeitsbereich insgesamt als bedeutsam und wichtig beurteilt. Als „sehr wichtig“ bewerteten sie 28 Teilnehmende (28,3%), als „wichtig“ 58 Personen (58,6%). Nur zwölf Personen (12,1%) beurteilten die Fortbildung als „weniger wichtig“ und nur eine Person bezeichnete sie als „unwichtig“. Von sechs Personen lag keine Einschätzung vor.

Auf die Frage, ob den Teilnehmenden die Fortbildung zu komplex, angemessen oder zu einfach gewesen sei, antworteten 91,5% (86 Personen) mit „angemessen“, 7,4% (7 Personen) hielten die Fortbildung für „zu einfach“ und eine Person fand sie zu komplex. Von elf Personen lagen keine Angaben vor.

11.5.7 Interesse an weiteren Schulungen

Es wurde gefragt, ob weiteres Interesse an bestimmten thematischen Schulungen bestehen würde. Auf die Frage nach rechtsmedizinischen Aspekten (Befunderhebung, Dokumentation) antworteten insgesamt 88 Personen, davon 50% mit „ja“, 12,5% verneinten und 37,5% waren sich unsicher, ob sie an einer Fortbildung zu diesem Thema teilnehmen würden.

Zu dem Bereich Unterstützungsangeboten für gewaltbetroffene Frauen antworteten insgesamt 92 Personen, bei 42,4% der Antwortenden bestand Interesse an diesem Angebot, 45,7 % waren unsicher und 12% der Antwortenden verneinten.

Von 98 Personen liegen Angaben auf die Frage nach einem weiteren Interesse an einem Fachaustausch (Fallbesprechungen) vor. Davon äußerten 37,8% ihr Interesse, 25,5% der Befragten verneinten und 36,7% waren sich unsicher.

Der Wunsch nach weiteren Informationen konnte mit Mehrfachantworten konkretisiert werden. Es zeigte sich, dass sich 14,5 % (15 Personen) ein ausführlichen Leitfaden, 55,2% (58 Personen) Kurzzinformatoren und 9,5% (10 Personen) mehr Literatur und Studien wünschen.

11.5.8 Zusammenfassung

Die Evaluation im Anschluss an die Institutsfortbildungen zeigte, dass diese von der überwiegenden Mehrheit der Teilnehmer/innen als „wichtig“ bis „sehr wichtig“ eingeschätzt werden.

Als besonders hilfreich für die berufliche Praxis erlebten die Teilnehmenden: grundlegende Informationen über die Problematik der Gewalt gegen Frauen sowie über Interventions- und Unterstützungsmöglichkeiten und praxisbezogene Hinweise über weitergehende Beratungs- und Zufluchtseinrichtungen.

Im Hinblick auf das zukünftige berufliche Handeln konnten sich die Teilnehmenden vorstellen, Gewalt als mögliche Ursache von Verletzungen/Beschwerden im Verdachtsfall anzusprechen, ein Gespräch mit gewaltbetroffenen Patientinnen zu führen, Patientinnen über weiterführende Unterstützungseinrichtungen zu informieren und Sicherheitsbedürfnisse zu klären.

Nur bedingt wurde mit der Fortbildung das Ziel erreicht, dass zukünftig alle Patientinnen nach Gewalterfahrungen befragt werden. Nur ein kleiner Teil der Teilnehmenden konnte sich eine systematische Befragung aller Patientinnen im Hinblick auf Gewalterfahrungen (Routinebefragung) vorstellen, dazu gehörten vor allem Ärztinnen und ihre jüngeren ärztlichen Kollegen.

Die Evaluation der Fortbildung zeigte, dass sich über 50% der Teilnehmenden weitere Fortbildungsveranstaltungen zum Thema und einen schriftlichen Handlungsleitfaden wünschten: Inhaltlich favorisierten 50% eine Fortbildung zu rechtsmedizinischen Aspekten, 42% zu Informationen über weitere Unterstützungsangeboten und 38% hatten Interesse an einem fachlichen Austausch.

Fazit und Ausblick

Mit dem S.I.G.N.A.L.-Interventionsprojekt am UKBF wird erstmals in einem bundesdeutschen Krankenhaus versucht, ein umfassendes Präventions- und Interventionsprogramm gegen häusliche Gewalt in die Versorgungspraxis der Ersten Hilfe/Notaufnahme zu integrieren. Die Ergebnisse der wissenschaftlichen Begleitforschung zeigen:

Akzeptanz und Umsetzung des Projekts

Das S.I.G.N.A.L.-Interventionsprojekt gegen Gewalt an Frauen wurde von den Beschäftigten des Universitätsklinikums Benjamin Franklin als ein notwendiges Programm betrachtet, um die Versorgung für gewaltbetroffene Frauen zu verbessern. Das Aufzeigen von Interventions- und Präventionsmöglichkeiten wurde positiv bewertet. Die hier vorgestellten wissenschaftlichen Forschungsergebnisse sowie qualitative Interviews und zahlreichen Gespräche mit den Beschäftigten des Klinikums zeigen, dass das S.I.G.N.A.L.-Projekt als Gewinn betrachtet wurde.

Das S.I.G.N.A.L.-Projekt hat zielgruppenspezifische Fortbildungen entwickelt und durchgeführt: Pflegekräfte konnten über Freistellung und Verpflichtung bereits ab Projektbeginn mit zweitägigen Schulungen erreicht werden, Ärzte/innen dagegen erst zu einem späteren Zeitpunkt mit einem wesentlich kürzeren, modularen Konzept innerhalb von Institutsfortbildungen. Im Rahmen von Fortbildungen und Schulungen wurde eine Sensibilisierung des ärztlichen und pflegerischen Personals gegenüber der Thematik häusliche Gewalt erreicht. Standards für eine angemessene Versorgung von gewaltbetroffenen Patientinnen und Handlungskompetenzen wurden vermittelt, und die Handlungssicherheit der Beschäftigten konnte gefördert werden. Von Seiten des ärztlichen und pflegerischen Personals wurde vor allem das Wissen um weitergehende Unterstützungs- und Beratungsangebote und eine bessere Vernetzung mit dem Anti-Gewalt-Bereich als hilfreich erlebt.

Anfängliche Befürchtungen, dass die Einführung des S.I.G.N.A.L.-Projekts mit zusätzlichen zeitlichen und inhaltlichen Belastungen verbunden wäre, konnten im Verlauf des Projekt vermindert werden: Waren klare Verantwortlichkeiten, Handlungsmöglichkeiten und -grenzen formuliert, so wurden die mit dem S.I.G.N.A.L.-Programm verbundenen Aufgaben vor allem von Pflegekräfte als umsetzbar und in die Arbeit integrierbar erlebt. Der Wunsch von ärztlichen und pflegerischen Mitarbeiter/innen, ein umfassendes psychosoziales Beratungsangebot für Patientinnen innerhalb der Klinik zu etablieren, konnte angesichts begrenzter Ressourcen nicht in dem erwünschten Umfang umgesetzt werden.

Routinebefragung

In Anlehnung an internationale Interventionsprogramme gegen häusliche Gewalt war angestrebt, die Berücksichtigung von Gewalt als Ursache von Krankheits- und Beschwerdebildern in die Gesundheitsversorgung aufzunehmen, indem das Erfragen von erlittener Gewalt zu einem festen Bestandteil der Anamnese wird. Innerhalb des S.I.G.N.A.L.-Projekts zeigte sich, dass das Ziel einer Routinebefragung nach Gewalt nur mittel- bis langfristig erreicht werden kann und hierfür ergänzende Schritte nötig sind: Generell bedarf es der stärkeren Berücksichtigung von Gewalt als bedeutendem Gesundheitsrisiko für Frauen innerhalb der medizinischen Disziplinen. Auf der gesundheitspolitischen Ebene ist die Verankerung von Handlungsleitlinien und Standards zur adäquaten Versorgung von Opfern häuslicher Gewalt erforderlich. Für die alltägliche Versorgungssituation muss die Aufmerksamkeit für körperliche und psychische Symptome, die auf Gewalt hinweisen, geschärft und erhöht und die Einbeziehung psychosozialer Faktoren in die (notfall-) medizinische Versorgung verstärkt werden.

Versorgungsbedarf

Das S.I.G.N.A.L.-Projekt hat wesentlich dazu beigetragen, den Versorgungsbedarf für gewaltbetroffene Frauen zu verdeutlichen. Eine Umfrage unter 806 Patientinnen in der Ersten Hilfe/Notaufnahme des UKBF zeigte, dass sich Patientinnen – anders als das ärztliche und pflegerische Personal vermutet – wünschen, dass die Gewaltthematik in der Gesundheitsversorgung eine stärkere Beachtung findet. Eine sensible Befragung nach Gewalt im Rahmen der Anamnese wird mehrheitlich von den Patientinnen befürwortet.

Die vorliegenden Prävalenzdaten zeigen, dass 36,6% der Patientinnen von mindestens einer körperlichen, psychischen oder sexualisierten Gewalttat durch den ehemaligen oder derzeitigen Partner bzw. andere Familienangehörige nach dem 16. Lebensjahr berichteten. Die gesundheitlichen Folgen sind vielfältig und betreffen neben den körperlichen Verletzungen in weit höherem Maße die psychische und (psycho-) somatische Gesundheit von Frauen. Hier sind vor allem Professionelle der nicht-unfallchirurgischen Fachdisziplinen gefordert, die gesundheitlichen Folgen von häuslicher Gewalt verstärkt zu beachten. Korrespondierend mit der geringen Wahrnehmung der Folgen von Gewalt innerhalb des medizinischen Systems zeigt sich, dass auch Opfer häuslicher Gewalt dazu neigen, die gesundheitlichen Folgen von Gewalt eher gering zu bewerten. Eine höhere Beachtung der Gewaltfolgen könnte Veränderungen schaffen.

Falldokumentation

Innerhalb des S.I.G.N.A.L.-Projekts wurde ein eigener Dokumentationsbogen erstellt, mit dem eine gerichtsverwertbare Dokumentation der gewaltbedingten Verletzungen und Beschwerden von Patientinnen angestrebt wird. Die systematische Dokumentation dient dazu, Aussagen zum Versorgungsbedarf in der Einrichtung treffen zu können. Während der dreijährigen S.I.G.N.A.L.-Projektphase wurden 136 Falldokumentationen zu Gewalt im sozialen Nahraum gesammelt und ausgewertet. Drei Viertel dieser Patientinnen, hatten Gewalt durch ihren Lebenspartner erlitten. Die dokumentierten Fälle häuslicher Gewalt geben überwiegend Auskunft zu Verletzungen, die den Frauen durch die Gewalttätigkeiten des Partners zugefügt wurden. Misshandelte Patientinnen suchten die Erste Hilfe/Notaufnahme vor allem zu Zeiten auf, in denen die Praxen niedergelassener Ärzte/innen geschlossen sind.

Schritte zur Einführung des S.I.G.N.A.L.-Interventionsprojekts

Um S.I.G.N.A.L.-Interventionsprogramme zu einem integralen Bestandteil der Versorgung innerhalb eines Krankenhauses zu etablieren, bedarf es einer strukturellen Entwicklung in der Einrichtung. Diese umfasst verschiedene Schritte:

- Bedarfsanalyse
- kontinuierliche Kommunikation der Gewaltthematik innerhalb und außerhalb der Einrichtung
- ein kontinuierliches Fortbildungsangebot für die Mitarbeiter/innen, das auf die spezifischen Berufsbedingungen von ärztlichem und pflegerischen Personal ausgerichtet ist
- eine enge Zusammenarbeit mit Beratungs- und Zufluchtseinrichtungen
- eine kontinuierliche Evaluation.

Ein Interventionsprogramm gegen häusliche Gewalt beinhaltet hohe Anforderungen an die kommunikativen Kompetenzen und ein Umdenken der Professionellen in der Gesundheitsversorgung. In der medizinischen Versorgung können den Patientinnen bei der Diagnose „Gewalt“ keine Verhaltensweisen ver- bzw. vorgeschrieben werden. Es gilt vielmehr, Patientinnen wegen der fortdauernden Kontrolle und Entwertung in der gewalttätigen Beziehung, in ihrem Selbstwertgefühl und ihren Handlungsfähigkeiten zu stärken und bei ihren Ressourcen anzusetzen.

Dies beinhaltet auch, die Grenzen des eigenen Handelns zu erkennen und akzeptieren zu können. Schnittstellen müssen wahrgenommen und genutzt werden, damit entsprechende Behandlungs-, Unterstützungs- und Beratungsschritte unternommen werden können.

Der Gedanke von Präventions- und Interventionsmöglichkeiten gegen häusliche Gewalt findet bei Kostenträgern und Leistungserbringern im Vergleich mit anderen Ländern hierzulande bislang noch wenig Beachtung. Eine veränderte Prioritätensetzung hinsichtlich einer psychosozialen und adäquaten Gesundheitsversorgung für Opfer von physischer, psychischer und sexueller Gewalt beinhaltet eine Bereitstellung von Ressourcen, damit Versorgungsangebote verbessert und Forschungsaktivitäten angeregt werden.

Die Einführung eines S.I.G.N.A.L.-Projekts in andere Krankenhäuser wird mit spezifischen Erfahrungen und neuen Hürden verbunden sein. Eine systematische Betrachtung der Erfahrungen und Probleme, die damit einhergehen, ist wertvoll, um in Zukunft Aufschluss zu erhalten, wie das Thema Gewalt verstärkt in die Gesundheitsversorgung getragen werden kann. Die Erfahrungen zeigen, dass

die Berücksichtigung der Gewaltthematik in der Gesundheitsversorgung ein langer Weg ist, der über viele Etappen verläuft und Geduld sowie Energie erfordert. Die gravierenden gesundheitlichen Auswirkungen weisen auf die Notwendigkeit, Interventionsprogramme gegen häusliche Gewalt innerhalb der Gesundheitsversorgung zu verankern.



Anhang

Liste der Erhebungsinstrumente

Für die wissenschaftliche Begleitung wurden folgende Erhebungsinstrumente eingesetzt:

- Fragebogen zur Ermittlung des Fortbildungsbedarfs unter Ärzten/innen der Ersten Hilfe/Notaufnahme
- Evaluationsbogen für die Teilnehmer/innen der zweitägigen Basisschulung
- Evaluationsbogen für die Teilnehmer/innen an der ärztlichen Institutsfortbildung
- Fragebogen zur abschließenden Befragung der Teilnehmer/innen der zweitägigen Basisschulung
- Fragebogen für die Prävalenzerhebung unter Patientinnen der Ersten Hilfe/Notaufnahme
- S.I.G.N.A.L.-Dokumentationsbogen

Die Erhebungsinstrumente können über die wissenschaftliche Begleitforschung bezogen werden.

Kontakt

Dipl. Soz. Petra Brzank, MPH, brzank@ifg.tu-berlin.de
Dipl. Päd. Hildegard Hellbernd, MPH, hellbernd@ifg.tu-berlin.de

Institut für Gesundheitswissenschaften
TU-Berlin
TEL 11-2
Ernst-Reuter-Pl. 7
10587 Berlin

Fax: 030 / 314 – 73256

Auswahl an Presseartikeln zum S.I.G.N.A.L.- Interventionsprojekt

- Pressekonferenz und Eröffnungsveranstaltung im Universitätsklinikum Benjamin Franklin am 29.9.99
- „Misshandlungen früh erkennen“, Tagesspiegel, 30.9.99
- „Signal gegen Ehegewalt“, Berliner Morgenpost, 30.9.99
- „Uniklinik startet Projekt gegen Gewalt gegen Frauen“, TAZ, 30.9.99
- „Gewaltprävention am UKBF“ in Berliner Ärzte 12/99
- „S.I.G.N.A.L. – eine Initiative am UKBF gegen Gewalt gegen Frauen“, Planetarium, Heft 35, 1/2000
- „Hilfe für geschlagene Frauen“ in Brigitte 2000
- „S.I.G.N.A.L. – Hilfe für Frauen am Universitätsklinikum Benjamin Franklin“, Nachrichten Parität 5/2000
- “SIGNAL – A Pilot Project for Intervention to Combat Violence against Women”. In: WAVE Office (Hg.): Prevention of Domestic Violence against women. European Survey, Good Practice Models, WAVE Training Programme. Wien 2000.
- „Wenn aus Liebe Brutalität wird“ in Bezirksjournal 3/2001
- „Zuflucht für misshandelte Frauen“, Berliner Morgenpost 13.12.2001
- Berliner Aktionsplan zur Bekämpfung häuslicher Gewalt 2002
- „Gewalt gegen Frauen wurde zu lange tabuisiert“, Tagesspiegel 17.4.02
- „Ein ‚Signal‘ gegen Gewalt“, Berliner Zeitung 27.2.2002
- „Erste Hilfe für Frauen?“, Neues Deutschland 28.2.2002
- Heilberufe online. Thema des Monats: Erste Hilfe für misshandelte Frauen. <http://heilberufe-online.de/pflege/aktuell/thema.html> vom 15.4.02
- „Auswege suchen“ In: Bleib gesund! Das AOK Magazin LIFE/PLUS, 3/2002
- „Häusliche Gewalt – (K)ein Thema für das Gesundheitswesen“. In: Wir Frauen, 2/2002
- Berliner Landeskommision gegen Gewalt (2003): „Das Berliner Interventionsprojekt S.I.G.N.A.L. gegen Gewalt gegen Frauen am Universitätsklinikum Benjamin Franklin“, www.sensjs.berlin.de/.../veroeffentlichungen/berliner_forum_gewaltpraevention_1_2002/bfg_1_2002_21signal.pdf.

Auswahl an Vorträgen

(Angelika May, S.I.G.N.A.L. e.V.)

- „Misshandlungen, Misshandlungssysteme und gesundheitliche Folgen von Gewalt“, Anhörung im Abgeordnetenhaus von Berlin, 28.10.1997
- „Gesundheitliche Folgen von Gewalt gegen Frauen“ am 30.6.1998 im Bezirksamt Hohenschönhausen
- „Frauenspezifische Ansätze in der gesundheitlichen Versorgung von Frauen am Beispiel S.I.G.N.A.L.“, Kongress Armut und Gesundheit in Berlin, 3.12.1999
- „Gewalt gegen Frauen – (K)ein Thema für das Gesundheitswesen“ im Klinikum Osnabrück am 21.2.2001
- Stellungnahme bei der Expertenanhörung im Landtag von Nordrhein-Westfalen zum Frauengesundheitsbericht am 11.5.01
- „Gewalt gegen Frauen – Anforderungen an das Gesundheitswesen“, Podiumsdiskussion, Fachtagung in Berlin: Als wäre nichts gewesen..., 15.9.2001
- „Gesundheitsrisiko häusliche Gewalt“, Fachtagung in Rostock der Frauen- und Gleichstellungsbeauftragten Mecklenburg-Vorpommern am 19.11.2001
- „Netzwerkerfordernisse – Gewaltinterventionsprojekt S.I.G.N.A.L.“, Kongress Armut und Gesundheit in Berlin am 30.11.2001
- „Zwei Jahre SIGNAL Hilfe für Frauen im UKBF“ am 26.2.02
- „Was brauchen Frauen, die häusliche Gewalt erleiden, vom Gesundheitswesen?“ Fachtagung der Bundeskoordination Frauengesundheit (BKF) zur Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung gewaltbetroffener Frauen, 25./26.10.2002, Bielefeld
- „Dokumentation von Gewalt gegen Frauen in der Gesundheitsberichterstattung“. Kongress Armut und Gesundheit, Gesundheit Berlin e.V., 6.+7.12.2002
- „Gewalt in der Gesellschaft – feministische und geschlechterdifferenzierte Politik im Spannungsverhältnis von Reaktion und Prävention“. Ladies Lunch on Tour der Heinrich-Böll-Stiftung, Potsdam, 16.12.2002
- „Chancen und Hürden bei der Umsetzung des Modellprojektes S.I.G.N.A.L.“. Veranstaltung der Enquêtekommission Zukunft einer frauengerechten Gesundheitsversorgung in NRW, Düsseldorf, 19.5.2003
- „S.I.G.N.A.L.-Intervention im Gesundheitsbereich gegen Gewalt an Frauen“. 12. Jahrestagung der Kommission Klinika der Bundeskonferenz der Frauenbeauftragten und Gleichstellungsbeauftragten an Deutschen Hochschulen, Charité Berlin, 22.-24.5.2003
- „Chancen und Hürden bei der Umsetzung des Modellprojektes S.I.G.N.A.L.“. Fachtagung Gewalt gegen Frauen und Mädchen – Rolle der Pflegeprofessionellen und Hebammen in der gesundheitlichen Versorgung, Bundeskoordination Frauengesundheit, Oerlinghausen, 13-14.6.2003
- „Versorgung traumatisierter Frauen – Erfahrungen und Probleme am Beispiel der Anti-Gewalt-Arbeit der Berliner Frauenprojekte“. Expertinnengespräch, initiiert durch die Senatsverwaltungen Arbeit, Wirtschaft und Frauen sowie Gesundheit und Soziales, Netzwerk Frauengesundheit Berlin, Charité Berlin, 1.7.2003

Publikationen der Begleitforschung

- Wieners, K., Hellbernd, H. (2000): *Gewalt macht krank – Zusammenhänge zwischen Gewalt und Gesundheit*. S. 30-42. In: EWHNET. European Women's Health Network. Netzwerk Frauengesundheit: Situation, Konzepte, Herangehensweisen und Organisationen in der Frauengesundheitsbewegung. Länderbericht Bundesrepublik Deutschland. Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen e.V. Hannover 2000.
- Wieners, K., Hellbernd, H. (2000): *Violence can make you ill – the connections between violence and health*. S. 29-41. In: European Women's Health Network (EWHNET). Women's health network: State of Affairs, Concepts, Approaches, Organizations in the Health Movement. Country report Germany.
- Hellbernd, H., Wieners, K., Maschewsky-Schneider, U. (2000): *Evaluation eines Gewalt-Interventionsprojekts an einem Klinikum – Darstellung eines Studiendesigns*. In: *Das Gesundheitswesen* 2000. 62. Jahrgang, August/September 2000. A83. Georg Thieme Verlag Stuttgart New York.
- Hellbernd, H., Wieners, K. (2001): *Gewalt gegen Frauen – ein Thema in der Medizin! Diskussion und Praxis in den USA*. S. 9–11. In: *Plantettarium*. Magazin für Pflegepersonal am Universitätsklinikum Benjamin Franklin. Heft Nr. 39, Feb./2001. Berlin.
- Maschewsky-Schneider, U., Hellbernd, H., Schaal, W., Urbschat, I., Wieners, K. (2001): *Über-, Unter-, Fehlversorgung und Frauengesundheit. Ein Forschungsgegenstand für Public Health*. In: *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz* (8) 44:771-779. Springer-Verlag.
- Hellbernd H., Wieners K., Maschewsky-Schneider U. (2001): *Gewalt gegen Frauen und medizinische Versorgung – Forschungs- und Versorgungssituation im nationalen und internationalen Raum*. In: *Das Gesundheitswesen*. 63. Jahrgang, August/September 2001. A31. Georg Thieme Verlag Stuttgart New York.
- Hellbernd, H., Wieners, K. (2002): *Gewalt gegen Frauen im häuslichen Bereich – Gesundheitliche Folgen, Versorgungssituation und Versorgungsbedarf*. In: *Jahrbuch Kritische Medizin* 36. Versorgungsbedarfe und Versorgungsrealitäten. S. 135-148. Berlin.
- Hellbernd, H., Wieners, K., Maschewsky-Schneider, U. (2002): *Gewalt gegen Frauen und Anforderungen an die Gesundheitsversorgung. Erkenntnisse aus dem S.I.G.N.A.L.-Interventionsprojekt*. In: *Das Gesundheitswesen*. 64. Jahrgang, August/September 2002. A21. Georg Thieme Verlag Stuttgart New York.
- Hellbernd, H., Wieners, K. (2002): *Häusliche Gewalt und medizinische Versorgung – Das S.I.G.N.A.L.-Interventionsprojekt am Universitätsklinikum Benjamin Franklin der FU Berlin*. S. 47-48. In: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.) (2002): *Dokumentation FrauenGesundheit, FrauenLeben, FrauenArbeit*. Fachtagung zum Bericht zur gesundheitlichen Situation von Frauen in Deutschland. Fachtagung 4./5. Oktober 2001 in Köln. Berlin. neues handeln.
- Mark, H., Hellbernd, H. (2002): *Häusliche Gewalt gegen Frauen – was können Ärztinnen und Ärzte tun?* S. 24-27, In: *Berliner Ärzte*. Die offizielle Zeitschrift der Ärztekammer Berlin. 12/2002, 39. Jahrgang. Online: http://aekb.arzt.de/20_AerztL_Fb/03_Fachbeitraege/HaeuslGewalt_ggFrauen/
- Brzank, P., Hellbernd, H., Peters, M., Wieners, K. (2002): *Das S.I.G.N.A.L.-Interventionsprojekt gegen Gewalt gegen Frauen am Universitätsklinikum Benjamin Franklin*. In: *Landeskommission Berlin gegen Gewalt (Hg.) Berliner Forum Gewaltprävention. Häusliche Gewalt*. Nr.1/2002
- Brzank, P., Hellbernd, H. (2003): *Häusliche Gewalt gegen Frauen. Gesundheitliche Folgen, Versorgungsbedarf und Interventionsmöglichkeiten*. S.29-32. In: *Georgia*. Zeitschrift des Frauen- und Gleichstellungsbüros des Bereichs Humanmedizin der Universität Göttingen. Juni 2003
- Brzank, P., Hellbernd, H., Maschewsky-Schneider, U. (2003): *Häusliche Gewalt gegen Frauen*. S.13-15. In: *Public Health Forum* 11 Heft 39 (2003) (www.urbanfischer.de/journals/phf)

Hellbernd, H. (2003): Erkenntnisse zur Rolle der Pflegenden bei der Umsetzung des S.I.G.N.A.L.-Modellprojekts. S.11-15. In: Bohne, S.: Dokumentation zum Implementationsworkshop „Gewalt gegen Frauen und Mädchen – Rolle der Pflegeprofessionen und Hebammen in der gesundheitlichen Versorgung“ am 13.-14.6.03 in Bielefeld. Bundeskoordination Frauengesundheit (BKF) (Hg.). Bremen.

Vorträge und Workshops der Begleitforschung

- Hellbernd, H., Wieners, K., Maschewsky-Schneider, U. (2000): *Evaluation eines Gewalt-Interventionsprojekts an einem Klinikum – Darstellung eines Studiendesigns*. Vortrag: Wissenschaftliche Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention vom 27.–30.9.2000.
- Hellbernd, H. (2001): *Neuere Strategien zur gesundheitlichen Versorgung gewaltbetroffener Frauen – internationaler Überblick (Vortrag); Fachtagung „Als wäre nichts gewesen... Der Umgang des Gesundheitswesens mit von Gewalt betroffenen Frauen“; veranstaltet von der Senatsverwaltung für Arbeit, Soziales und Frauen Berlin sowie dem Frauengesundheitsnetzwerk Berlin am 15.9.2001*
- Wieners, K. (2001): *Gesundheitliche Versorgung gewaltbetroffener Frauen in Kliniken (Workshop). Fachtagung „Als wäre nichts gewesen... Der Umgang des Gesundheitswesens mit von Gewalt betroffenen Frauen“; veranstaltet von der Senatsverwaltung für Arbeit, Soziales und Frauen Berlin sowie dem Frauengesundheitsnetzwerk Berlin am 15.9.2001.*
- Hellbernd H., Wieners K., Maschewsky-Schneider U. (2001): *Gewalt gegen Frauen und medizinische Versorgung – Forschungs- und Versorgungssituation im nationalen und internationalen Raum*. Vortrag: Wissenschaftliche Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention vom 19.–22.9.2001.
- Hellbernd H., Wieners K., Poloczek, S. (2001): *Häusliche Gewalt – Ein Thema für die Notfallmedizin? Workshops auf dem 2. Südwestdeutsches Notfallsymposium: Notfallmedizin: Von der Rettungsmedizin zur Akutmedizin*. 19.-20. Oktober 2001, Kaiserlautern.
- Hellbernd, H., Wieners K., (2002): *Erkenntnisse der wissenschaftliche Begleitforschung zum Modellprojekt S.I.G.N.A.L. Veranstaltung: Zwei Jahre S.I.G.N.A.L. – Hilfe für Frauen im UKBF*. 26.2.2002, Universitätsklinikum Benjamin Franklin Berlin.
- Hellbernd, H., Wieners, K., Maschewsky-Schneider, U. (2002): *Gewalt gegen Frauen und Anforderungen an die Gesundheitsversorgung. Erkenntnisse aus dem S.I.G.N.A.L.-Interventionsprojekt*. Vortrag: Wissenschaftliche Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention vom 25.–28.9.2002.
- Wieners, K., Hellbernd, H., (2002): *Häusliche Gewalt und medizinische Versorgung – Das S.I.G.N.A.L.-Interventionsprojekt am Universitätsklinikum Benjamin Franklin der FU Berlin*. S.47-48. *Fachtagung des Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend: FrauenGesundheit, FrauenLeben, FrauenArbeit. Fachtagung zum Bericht zur gesundheitlichen Situation von Frauen in Deutschland am 4.- 5. Oktober 2001, Berlin.*
- Brzank, P., Hellbernd, H. (2003): *Wissenschaftliche Begleitung des S.I.G.N.A.L.-Interventionsprojekts gegen Gewalt gegen Frauen am Universitätsklinikum Benjamin Franklin der Freien Universität Berlin*. *Berliner Zentrum Public Health. Jour Fixe*. 14.11.2002
- Hellbernd, H. (2003): *Wissenschaftliche Begleitung des S.I.G.N.A.L.-Interventionsprojekts gegen Gewalt gegen Frauen am Universitätsklinikum Benjamin Franklin der Freien Universität Berlin*. *Beiratssitzung der Bundeskoordination Frauengesundheit*, 13.3.2003 Bremen.
- Hellbernd, H. (2003): *S.I.G.N.A.L.-Interventionsprojekt gegen Gewalt gegen Frauen am Universitätsklinikum Benjamin Franklin, Berlin*. *Fachtagung, Institut für Rechtsmedizin der Universitätsklinik Hamburg Eppendorf: Gewalt dokumentieren! Vernetzung von medizinischer Behandlung, Spurensicherung und individueller Hilfe bei Gewaltopfern*. 28. März 2003, Hamburg.
- Hellbernd, H. (2003): *Stellungnahme zum Thema „Gewalt gegen Frauen und die gesundheitliche Versorgungssituation.“ Veranstaltung der PDS-Fraktion „Frauen sind anders krank – zur gesundheitlichen Situation von Frauen in Berlin“ am 7.5.2003 Abgeordnetenhaus Berlin*. *Vorbereitung auf die Sitzung des Ausschusses ‚Gesundheit, Soziales, Migration und Verbraucherschutz‘ zum Frauengesundheitsbericht Berlin*.

Hellbernd, H. (2003): Erkenntnisse der wissenschaftlichen Begleitforschung zur Umsetzung des S.I.G.N.A.L.-Modellprojekts am UKBF. 12. Jahrestagung der Kommission „Klinika“ der Bundeskonferenz der Frauen- und Gleichstellungsbeauftragten an Hochschulen (BukoF). 22.-24.5.2003, Berlin.

Hellbernd, H. (2003): Erkenntnisse zur Rolle der Pflegenden bei der bei der Umsetzung des S.I.G.N.A.L.-Modellprojekts. Vortrag: Implementationsworkshop der Bundeskoordination Frauengesundheit (BKF) „Gewalt gegen Frauen und Mädchen-Rolle der Pflegeprofessionen und Hebammen in der gesundheitlichen Versorgung“ am 13.-14.6.03, Bielefeld.

Weiterführende Links zum Thema „Häusliche Gewalt und Gesundheit“

National

- S.I.G.N.A.L.-Interventionsprojekt am Universitätsklinikum Benjamin Franklin der Freien Universität Berlin
<http://www.medizin.fu-berlin.de/SIGNAL/signal.htm>
- SIGNAL e.V.
<http://www.SIGNAL-Intervention.de>

Informationsmaterialien zu häuslicher Gewalt

- Berliner Initiative gegen häusliche Gewalt
<http://www.big-interventionszentrale.de/>
- Rheinland-Pfälzisches Interventionsprojekt gegen Gewalt in engen sozialen Beziehungen
<http://www.rigg-rlp.de/>
- Übersicht zu Frauenhäuser und Frauenberatungsstellen
<http://www.bundesarbeitsgemeinschaft.de/frauenhaeuser.htm>
- Beratungs- und Zufluchtsstellen für Opfer häuslicher Gewalt
Dachverband der autonomen Frauenberatungsstellen e.V.
<http://www.frauenberatungsstellen-nrw.de/>
- Zentrale Informationsstelle für autonome Frauenhäuser (ZIF)
<http://www.zif-frauen.de/zif/zif.htm>

Informationen zu sexualisierter Gewalt

- Bundesverband autonomer Frauennotrufe
<http://www.frauennotruf.de/>

Informationen zum Gewaltschutzgesetz

- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend
http://www.bmfsfj.de/top/dokumente/Artikel/ix_68592.htm?template=single&id=68592_4756&script=1&ixepf=_68592_4756
<http://www.bmj.bund.de/images/11347.pdf>

Leitfäden zum Thema „Gewalt und Gesundheit“

- Sachsen-Anhalt
<http://www.sachsen-anhalt.de/pdf/pdf39923.pdf>
- Niedersachsen
http://www.mfas.niedersachsen.de/master/0,,C731253_N756143_L20_Do_l674,oo.html
- Nordrhein-Westfalen
<http://www.mfjfg.nrw.de/>
http://www.mfjfg.nrw.de/familienratgeber/600_rathilfe/620_hilfe/6204a_gewalt/
- Schleswig-Holstein
<http://www.landesregierung.schleswig-holstein.de>
- Arbeitsgruppe „Sexualisierte Gewalt gegen Frauen und die Auswirkungen auf Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett“
<http://www.geburtskanal.de/asgsgw>

Rechtsmedizinische Hinweise

- Informationssystem SAFEMED-RLP des Instituts für Rechtsmedizin der Johannes Gutenberg Universität Mainz.
Bereitgestellt werden Informationen und Checklisten, Tipps für den Umgang mit Gewaltopfern, Hinweise zu Frauenzufluchtseinrichtungen und Beratungsstellen
<http://www.SafeMed-RLP.de>
- Rechtsmedizinische Untersuchungsstelle für Opfer von Gewalt am Institut für Rechtsmedizin am Universitätskrankenhaus Eppendorf in Hamburg (HIAG e.V.)
<http://www.uke.uni-hamburg.de/institute/rechtsmedizin/gewaltopfer.de.html>

Dokumentationsbogen zu häuslicher Gewalt

- <http://www.frauennotrufe-hessen.de>
- <http://www.frauen.schleswig-holstein.de>
- <http://www.mfas.niedersachsen.de>

Leitlinien von Fachgesellschaften

- Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Psychosomatische Frauenheilkunde und Geburtshilfe (DGPGF)
<http://www.dgpgg.de/Default.asp?menu=Leitlinien&chapter=Gewalt>
- Leitlinien der AWMF zur Posttraumatischen Belastungsstörung:
<http://www.uni-düsseldorf.de/awmf/ll/psytno10.htm>

Informationen zu Täterarbeitsprogrammen

- Mannsarde gegen Männergewalt
http://www.europrofem.org/02.info/22contri/2.02.de/4de.viol/03de_vio.htm
- Hannoversches Interventionsprojekt gegen Männergewalt in der Familie (HAIG)
http://www.hannover.de/deutsch/arb_soz/interess/frauen/buf1/mgewalt.htm

International

Leitfäden, Informationsmaterialien und Trainingsprogramme zu “Domestic Violence and Health Care”

- WHO
The world report on violence and health (2002)
http://www.5.who.int/violence_injury_prevention

USA

- National Health Resource Center on Domestic Violence
<http://endabuse.org/programs/healthcare>
- Family Violence Prevention Fund, San Francisco, Kalifornien
<http://www.fvpf.org/health>
- End Violence Against Women, Johns Hopkins University, Baltimore
<http://www.endvaw.org>
<http://www.hcmn.org>
- Violence Against Women Office (VAWO)
<http://usinfo.state.gov/usa/women/>
- New York State OPVD (Office for the Prevention of Domestic Violence)
http://www.opdv.state.ny.us/health_humsvc/health/radar.html

- National Centers for Chronic Disease and Health Promotion
<http://www.cdc.gov>

Fachgesellschaften

- American Medical Association (AMA)
<http://www.ama-assn.org>
<http://www.ama-assn.org/ama/upload/mm/386/guidelines.pdf>
- American Medical Women's Association
<http://www.amwa-doc.org>
- Online education programm zu domestic violence
<http://www.dvcme.org/dvcourse2.htm>
- American College of Obstreticians and Gynecologists
<http://www.ACOG.org>
- Society for Academic Emergency Medicine
<http://www.saem.org>
- American College of Nurses-Midwives
<http://www.midwife.org>
- Emergency Nurses Association (ENA)
<http://www.ena.org>
- Nursing Network on Violence Against Women, International
<http://www.NNVAWI.org>
- International Association of Forensic Nurses
<http://www.forensicnurse.org>
- Massachusetts Medical Society
<http://www.mms.org>
- Physicians for a Violence-Free Society
<http://www.pvs.org>
- The National Center for Victimes of Crime
<http://www.ncvc.org>

England

- Department of Health
<http://www.doh.gov.uk/domestic.htm>

Schweden

- Riks Kvinno Centrum, National Center for battered and raped Women
http://www.uas.se/templates/a_klinik_____10927.as

Österreich

- Wave Network
http://www.wave-network.org/Main_frame.html