



Häusliche Gewalt gegen Frauen: gesundheitliche Versorgung

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

- **Materialien zur Implementierung
von Interventionsprogrammen**

Petra Brzank

Autorin

Dipl. Soz. Petra Brzank, MPH
Institut für Gesundheitswissenschaften
Technische Universität Berlin
TEL 11-2
Ernst-Reuter-Platz 7
10587 Berlin

Fax: 030/314 - 7 32 56
brzank@ifg.tu-berlin.de
www.ifg-gs.tu-berlin.de

Gefördert vom

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend

Bezugsadresse

Bei der Autorin
materialien@signal-intervention.de

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

Inhaltsverzeichnis

	Einleitung	1
1	Informationsmaterialien	3
1.1	Definition und Formen von häuslicher Gewalt	3
1.2	Ausmaß/Prävalenzen von häuslicher Gewalt	4
1.3	Gesundheitliche Folgen von häuslicher Gewalt	5
1.4	Kosten für das Gesundheitssystem	6
1.5	Gesundheitsversorgungseinrichtungen als Orte der Intervention und Prävention	7
1.6	Das S.I.G.N.A.L.-Interventionsprogramm	8
2	Entwicklung und Implementation eines Interventionskonzeptes	9
2.1	Schlüsselprozesse	9
2.2	Arbeitsblätter	10
2.3	Gründung einer Steuerungs-/Projektgruppe	10
2.4	Ermittlung von Bedarf und Ressourcen	12
2.4.1	Fragebogen zur Ermittlung des Versorgungsbedarfs unter Patientinnen	15
2.4.2	Fragebogen zur Ermittlung von Bedarf und Ressourcen der Mitarbeiter/innen	16
2.5	Erfragen von Gewalterfahrung	19
2.6	Erkennen, Intervenieren und Dokumentieren	22
2.7	Entwicklung und Implementierung eines Interventionsprogramms	24
2.8	Entwicklung und Implementierung eines fortlaufenden Fortbildungsprogramms	26
2.9	Entwicklung von Materialien	28
2.10	Aufbau und Etablierung von lokalen Kooperationsnetzwerken	30
2.11	Monitoring und Evaluation des Programms	32
2.11.1	Evaluation der Programm-Implementation	34
2.12	Ermittlung der nötigen finanziellen Ressourcen	41
3	Praxisorientierte Materialien für den medizinischen Alltag	44
	Flussdiagramm für die Intervention	46
	S.I.G.N.A.L.-Leitfaden	47
	S.I.G.N.A.L.-Leitfaden im Kitteltaschenformat	49
	Hinweise zur Dokumentation	51
	Hinweise zur Fotodokumentation	52
	Der S.I.G.N.A.L.-Dokumentationsbogen	53
	Indikatorenliste für Gewalt	55
	Gefahren-Assessment	57
	Checkliste zur persönlichen Sicherheitsplanung der Patientin	59
4	Materialien für die interne Öffentlichkeitsarbeit	63
5	Weiterführende Informationen, Literatur und Links	65
6	Literaturverzeichnis	69

Einleitung

Der vorliegende Band ist als Handreichung für Entscheidungsträger in der Gesundheitsversorgung, Initiatoren/innen und Koordinatoren/innen von Interventionsprojekten gegen häusliche Gewalt an Frauen gedacht und kann bei der standortspezifischen Ausgestaltung und Implementierung eines S.I.G.N.A.L.-Programms dienen.

Der Materialienband fasst das Handbuch „Häusliche Gewalt gegen Frauen: gesundheitliche Versorgung. Das S.I.G.N.A.L.-Interventionsprogramm“ (Hellbernd/Brzank/Wieners et al. 2004) zusammen und ergänzt es um spezifische, praxisorientierte Materialien zur Implementierung.

Im ersten Kapitel werden Informationen präsentiert, die als Hintergrund für die Einführung eines Interventionsprojektes hilfreiche Argumente bieten. Folgende Fragen werden hierbei behandelt:

- Was ist unter häuslicher Gewalt zu verstehen?
- Warum ist die Problematik häusliche Gewalt gegen Frauen ein wichtiges Thema für die gesundheitliche Versorgung?
- Welche praktischen Interventionsschritte können unternommen werden?

Die im Anschluss vorgelegten Materialien beruhen u.a. auf den Erfahrungen bei der Einführung und Verankerung des S.I.G.N.A.L.-Projekts. Sie können bei der Adaption des Interventionsprogramms und seiner Einführung dienlich sein. Die einzelnen Schritte der Entwicklung eines spezifischen Programms werden in Kurzform verdeutlicht. Eine ausführliche Beschreibung der einzelnen Maßnahmen und ihrer Bedeutung sind im Handbuch (s.o.) dargestellt. Das vorliegende Materialienpaket ist als weitergehende Hilfe zu verstehen. Folgende Fragen stehen im Vordergrund:

- Welcher Bedarf besteht oder wie kann er ermittelt werden?
- Wie kann das S.I.G.N.A.L.-Programm adaptiert werden?
- Welche Ressourcen sind für die Implementierung notwendig?
- Wie können Mitarbeiter/innen erreicht und Fortbildungen durchgeführt werden?
- Wie kann das Programm langfristig verankert werden?
- Wie kann der Erfolg des Projektes evaluiert werden?

In einzelnen Kapiteln werden die genannten Aspekte verdeutlicht. Es werden Arbeitsblätter zur Programmimplementierung, praxisorientierte Materialien für den medizinischen Alltag und Presseartikel für die interne Öffentlichkeitsarbeit vorgestellt.

1 Informationsmaterialien

1.1 Definition und Formen von häuslicher Gewalt

Häusliche Gewalt bezeichnet Gewalt zwischen Erwachsenen in der Familie bzw. in Partnerschaften. In bis zu 90% der Fälle von häuslicher Gewalt sind laut Polizeistatistik Frauen die Opfer ihres derzeitigen oder ehemaligen Partners (Schweikert 2000; LKA 2003).

Häusliche Gewalt ist in der Regel kein einmaliges, außergewöhnliches Ereignis sondern ein komplexes Misshandlungssystem unterschiedlicher Handlungen und Unterlassungen, die darauf abzielen, Macht und Kontrolle über eine andere Person zu erlangen und zu festigen (Egger/Fröschl/Lercher et al. 1995; BIG e.V. 1997; Brückner 1998). Die vielfältigen Gewaltformen lassen sich in fünf Grundtypen zusammenfassen:

Körperliche Gewalt	wie z.B. Ohrfeigen, Faustschläge, Stöße, Fußtritte, Würgen, Fesseln, tätliche Angriffe mit Gegenständen, Schlag-, Stich- oder Schusswaffen, Morddrohungen, Tötungsdelikte...
Sexualisierte Gewalt	wie z.B. sexuelle Nötigungen, Vergewaltigungen, Zwang zur Prostitution...
Psychische Gewalt	wie z.B. Drohungen, der Frau oder ggf. ihren Kindern etwas anzutun, Beleidigungen, Demütigungen, das Erzeugen von Schuldgefühlen, Essensentzug und Einschüchterungen...
Ökonomische Gewalt	wie z.B. Arbeitsverbote oder Arbeitszwang, die alleinige Verfügungsmacht über finanzielle Ressourcen durch den Partner, Herstellung und Aufrechterhaltung einer ökonomischen Abhängigkeit...
Soziale Gewalt	wie z.B. soziale Isolierung der Frau durch Kontrolle oder Verbot ihrer Kontakte...

Berichte von betroffenen Frauen zeigen, dass häusliche Gewalt häufig einer spezifischen Dynamik folgt, dem „Kreislauf der Gewalt“ von „Spannungsaufbau“ – „Gewaltausbruch“ – „Entschuldigungs- und Entlastungsversuche“ (Walker 1983). Wiederholen sich diese Phasen, kommt es in der Regel zu einer Eskalation: offene Gewaltausbrüche nehmen an Häufigkeit und Schwere zu, Entlastungs- und Entschuldigungsphasen verringern sich.

Außerordentlich gefährdet sind Frauen in der Zeit der Trennung von dem sie misshandelnden Partner. In dieser Phase kommt es zu den meisten Tötungsdelikten (Schweikert 2000).

Studien belegen die besondere Gefahr für Frauen während einer Schwangerschaft (McFarlane/Parker/Soeken et al. 1992; Gazmararian/Lazorick/Spitz et al. 1996; McFarlane/Parker/Soeken 1996; Muhajarine/D’Arcy 1999; Hellbernd/Brzank/Wieners et al. 2004).

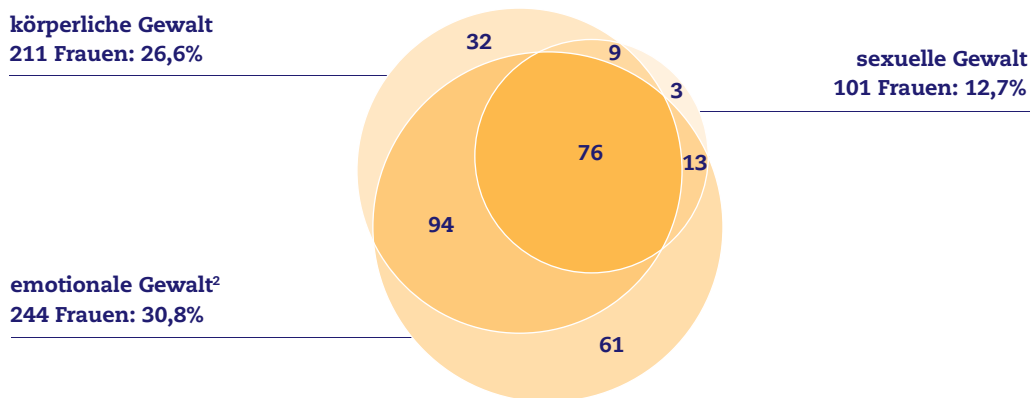
Erleben Mütter in ihrer Partnerschaft häusliche Gewalt, so sind ihre Kinder in verschiedener Weise immer mitbetroffen (Kavemann 2002; Heynen 2003). Sie können direkte oder indirekte Zeugen der Gewalthandlung sein oder selbst misshandelt werden. Nach internationalen Studien geht die Misshandlung von Kindern häufig einher mit der Misshandlung der Mutter durch ihren Partner. Je nach Studiendesign zeigt sich eine Überschneidung von 30% bis 60% (Strauss/Gelles 1986; DHHS 2003).

1.2 Ausmaß/Prävalenzen von häuslicher Gewalt

Repräsentative Zahlen zum Ausmaß von häuslicher Gewalt liegen für Deutschland seit September 2004 vor. Demnach hatten 25% aller befragten Frauen im Alter von 16 bis 85 Jahren, die von einer Partnerschaft in ihrem Leben berichteten, körperliche (23%) und/oder sexuelle (7%) Gewalt durch den aktuellen oder früheren Beziehungspartner erlebt (Müller/Schröttle 2004). Mehr als zwei Drittel der betroffenen Frauen berichteten von mehrmaligen oder häufigen Gewalthandlungen.

Nach eigenen Untersuchungen hatten 36,6% aller Patientinnen einer Berliner Rettungsstelle nach dem 16. Lebensjahr mindestens einmal in ihrem Leben häusliche Gewalt durch den aktuellen bzw. ehemaligen Partner oder Familienangehörige erlitten. 26,6% der Frauen gab körperliche, 12,7% sexuelle und 30,8% emotionale Gewalthandlungen an. Es zeigte sich, dass Frauen, die von häuslicher Gewalt betroffen sind, häufiger von zwei oder drei Gewaltformen berichten. Hiermit bestätigt sich, dass häusliche Gewalt ein komplexes Misshandlungssystem darstellt (s. Abbildung 1.3–1). Zwei Drittel der von häuslicher Gewalt betroffenen Frauen berichtete von mehrmaligen oder häufigen Gewalthandlungen (Brzank/Hellbernd/ Maschewsky-Schneider 2004).

Abbildung 1.2–1: 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.

Erfahrungen aus Zufluchts- und Unterstützungsprojekten zeigen, dass jede Frau – unabhängig von Alter, kultureller Herkunft, Religion, Bildungsstand oder Einkommen – Opfer von häuslicher Gewalt werden kann (Brückner 1998). Die repräsentative Studie sowie eigene Untersuchungen zeigen keinen signifikanten Zusammenhang zwischen Gewalterfahrung und sozialer Schicht (Müller/Schröttle 2004; Brzank/Hellbernd/Maschewsky-Schneider et al. 2005).

Häusliche Gewalt ist nicht nur in heterosexuellen Partnerschaften sondern auch in gleichgeschlechtlichen Beziehungen zu finden (Ohms 2000; Lesben Informations- und Beratungsstellen e.V. 2001; Müller 2001). Die für Deutschland repräsentative Studie kommt zu dem Ergebnis, dass 1% der gewaltbetroffenen Frauen körperliche oder sexuelle Gewalt durch ihre aktuelle oder frühere Beziehungspartnerin erlitten hatte (Müller/Schröttle 2004).

1.3 Gesundheitliche Folgen von häuslicher Gewalt

Gewalt ist der Weltgesundheitsorganisation (WHO) zufolge einer der zentralen Risikofaktoren für die Gesundheit von Frauen (Krug/Dahlberg/Mercy et al. 2002).

In der für Deutschland repräsentativen Studie gaben 64% der Frauen, die körperliche oder sexuelle Gewalt durch den aktuellen oder ehemaligen Partner erlebt hatten, an, körperlich durch diese Gewalthandlungen verletzt worden zu sein (Müller/Schröttle 2004). Die Patientinnenbefragung der S.I.G.N.A.L.-Begleitforschung zeigte, dass 56,7% der von häuslicher Gewalt betroffenen Frauen von gesundheitlichen Folgen berichteten: 32,3% nannten sowohl körperliche als auch psychische Folgen, 2,7% nur körperliche und 21,6% nur psychische Folgen (Brzank/Hellbernd/Maschewsky-Schneider 2004).

Gewalt wirkt sich in vielfältiger Weise auf die Gesundheit, das Gesundheitshandeln und die Gesundheitschancen aus. Belegt sind folgende gesundheitliche Auswirkungen.

Abbildung 1.3-1: Gesundheitliche Folgen von Gewalt gegen Frauen und Mädchen



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

Die gesundheitlichen Folgen können kurz- oder langfristig sein und zur Chronifizierung führen. Bislang wird in Deutschland Gewalt als Ursache von Verletzungen oder Beschwerden in der Gesundheitsversorgung noch zu wenig berücksichtigt, so dass sich die Gefahr der Fehlversorgung (Unter- oder Überversorgung) für die Betroffenen erhöht (Verbundprojekt 2001; Hellbernd/Wieners 2002).

Frauen mit Gewalterfahrung nehmen Gesundheitsversorgungseinrichtungen verstärkt in Anspruch und ihre Krankheitsverläufe sind durch häufigere Diagnostik, Medikalisierung und Operationen gekennzeichnet, ohne dass ihre gesundheitlichen Beschwerden effektiv behandelt würden (McCauley/Kern/Kolodner et al. 1995; Beckermann 1998; Campbell 1998; Vogt 1999; Williamson 2000; Verbundprojekt 2001).

1.4 Kosten für das Gesundheitssystem

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 und Lebensfreude sowie Verlust von Lebenszeit – kaum zu messen. Gesellschaftliche Kosten entstehen im sozialen und juristischen Bereich, sowie im Gesundheits- und Bildungssektor. Weitere volkswirtschaftliche Verluste treten im Erwerbsleben aufgrund von Arbeitsunfähigkeit, Arbeitslosigkeit und Frühberentung auf (Kavemann 2000; Krug/Dahlberg/ Mercy et al. 2002; Waters/Hyder/Rajkotia et al. 2004). Internationale Studien zeigen die hohen Kosten, die im Gesundheitssystem durch häusliche Gewalt entstehen.

Land/Studie	Jahressumme	in EUR	Kostenart/Bereiche
England/Wales (Walby 2004)	22,9 Mrd. GBP	~33,1 Mrd. EUR	direkte und indirekte Kosten: Polizei, Gericht, Strafvollzug, Gesundheitsversorgung, Sozialhilfe, Opferhilfe und Zufluchtseinrichtungen, Verlust von Produktivität, Lohn, humane und emotionale Auswirkungen
inkl.	1,4 Mrd. GBP	~2 Mrd. EUR	direkte Kosten: Gesundheitssektor
Schweiz (Godenzi/Yodanis 1998)	400 Mio. CHF	~260 Mio. EUR	direkte Kosten: Polizei, Gericht, Strafvollzug, Gesundheitsversorgung, Sozialhilfe, Opferhilfe und Zufluchtseinrichtungen
Finnland (Piispa/Heiskanen 2001)	296 Mio. FIM	~50 Mio. EUR	direkte Kosten: Polizei, Gericht, Strafvollzug, Gesundheitsversorgung, Sozialhilfe, Opferhilfe und Zufluchtseinrichtungen
inkl. davon	40 Mio. FIM 15,1 Mio. FIM 4,5 Mio. FIM 20,6 Mio. FIM	~6,8 Mio. EUR ~2,57 Mio. EUR ~0,77 Mio. EUR ~3,5 Mio. EUR	direkte Kosten: Gesundheitssektor gesamt ambulante Versorgung stationäre Versorgung Medikation
	360-660 Mio. FIM	~61-112 Mio. EUR	indirekte Kosten: Verlust von Produktivität, Lohn etc.
USA (NCIPC 2003)	5,8 Mrd. USD	~4,8 Mrd. EUR	direkte Kosten: Gesundheitssektor indirekte Kosten: Verlust von Produktivität, Lohn etc.
inkl.	4,1 Mrd. USD	~3,4 Mrd. EUR	direkte Kosten: Gesundheitssektor
inkl.	1,8 Mrd. USD	~1,5 Mrd. EUR	indirekte Kosten: Verlust von Produktivität, Lohn etc.

Eine US-amerikanische Studie kommt zu dem Ergebnis, dass die jährlichen Versorgungskosten für Patientinnen mit Gewalterfahrungen durchschnittlich um 1775,- USD² höher lagen als die der Vergleichsgruppe (Wisner/Gilmer/Saltzman et al. 1999).

Für Deutschland liegen keine Studien zu den Folgekosten von häuslicher Gewalt vor. Das Niedersächsische Ministerium schätzt die Kosten für die Bereiche Justiz, Polizei, medizinische Behandlung und Produktivitätsverlust etc. auf etwa 14,8 Mrd. Euro im Jahr.³

Ein frühzeitiges Erkennen gewaltverursachter Verletzungen und Beschwerden und eine ursachenadäquate Behandlung kann zu Einsparungen im Gesundheitswesen führen (Wisner/ Gilmer/Saltzman et al. 1999; Kavemann 2000).

Einen differenzierten Überblick über verschiedene Studien zu den Kosten verursacht durch Gewalt sowie potentiellen Einsparungen in verschiedenen Bereichen durch Interventionen bietet der von der WHO vorgelegte Bericht zu den ökonomischen Dimensionen von interpersonaler Gewalt (Waters/Hyder/Rajkotia et al. 2004).

.....

² ca. 1.469 Euro (Stand 26.08.04)

³ www.ms.niedersachsen.de/master/C166793_N8117_L2o_Do_I674.html

1.5 Gesundheitsversorgungseinrichtungen als Orte der Intervention und Prävention

Aufgrund der mit häuslicher Gewalt häufig einhergehenden sozialen Isolation der betroffenen Frauen sind Mitarbeiter/innen der Gesundheitsversorgung zum Teil die einzigen Personen, die Kontakt zu den Opfern haben und mit den direkten Verletzungen, den gesundheitlichen Folgen oder den Auswirkungen gesundheitsgefährdenden Verhaltens konfrontiert sind. Gesundheitseinrichtungen sind Orte, die von allen Frauen aufgesucht werden. Scham und Angst jedoch hindern betroffene Frauen in der Regel, erlittene Gewalt von sich aus offen zu legen. Studien belegen die besondere Rolle und Schlüssel-funktion von Ärzten/innen, Pflegekräften und andere Mitarbeiter/innen der Gesundheitsversorgung (Müller/Schröttle 2004; Brzank/Hellbernd/Maschewsky-Schneider et al. 2005).

Angesichts der Barrieren der betroffenen Frauen sowie der bislang unzureichenden Berücksichtigung von Gewalt als Ursache von Verletzungen und Beschwerden seitens der Beschäftigten in der Gesundheitsversorgung wird in der internationalen Literatur ein generelles Erfragen von Gewalt empfohlen, d.h. es wird geraten, alle Patientinnen unabhängig von Verdachtsmomenten während eines Anamnese-gesprächs zu Gewalterfahrung zu befragen.

Studien zu den Effekten von derartigen (Routine-)Befragungen von Frauen zu Gewalterfahrung zeigen, dass sie zu einer höheren Aufdeckungsrate von häuslicher Gewalt führen (Wiist/McFarlane 1999; Koziol-McLain/Coates/Lowenstein 2001). Das Erkennen von Gewaltbetroffenheit schafft erst die Voraussetzung für eine Intervention, die zu einer besseren physischen und psychischen Gesundheit der Betroffenen führen kann.

Eine Befragung von Erste Hilfe-Patientinnen im Rahmen der S.I.G.N.A.L.-Begleitforschung zeigte, dass Ärzte/innen im Fall von häuslicher Gewalt für 67% aller Frauen Ansprechpersonen wären. In der Mehrzahl wünschten sie sich ein aktives, einfühlsames Ansprechen der Problematik durch Mitarbeiter/innen der Gesundheitsversorgung. Mehr als zwei Drittel befürworteten eine Frage zu Gewalterfahrung als Teil der Ersten Hilfe-Anamnese (Brzank/Hellbernd/Maschewsky-Schneider 2004).

Die Weltgesundheitsorganisation beschreibt wie Gesundheitseinrichtungen Orte von Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention bei häuslicher Gewalt sein können (WHO 2002).

Primärprävention

Betroffene Frauen können bei der Suche nach weitergehender Beratung durch spezifische Anti-Gewalt-Projekte aktiv unterstützt und somit vor weiterer Gewalt geschützt werden. Eine Dokumentation ihrer Verletzungen dient ggf. einer Strafverfolgung.

Sekundärprävention

Betroffene Frauen können unter Berücksichtigung von Gewalt als Ursache ihrer Verletzungen oder Beschwerden adäquater behandelt werden.

Tertiärprävention

Mitarbeiter/innen von Gesundheitseinrichtungen können einen entscheidenden Beitrag leisten, um Betroffene bei der Traumaverarbeitung, Rehabilitation und Wiedereingliederung zu unterstützen.

Nicht zuletzt aus Gründen einer qualitativen Gesundheitsversorgung, d.h. einer ursachenadäquaten Behandlung und Therapie, ist eine Berücksichtigung von Gewalt als Ursache von Verletzungen oder Beschwerden angezeigt. Interventionsprogramme zu häuslicher Gewalt entsprechen von ihrer Intention her dem Selbstverständnis von Gesundheitsversorgungseinrichtungen. Auch ethische, klinische, medizinische oder finanzielle Gründe sprechen für eine Veränderung der momentanen Situation: Gewalt als Ursache von Verletzungen oder Beschwerden muss daher stärker berücksichtigt werden.

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

S.I.G.N.A.L. setzt an dem derzeitigen Versorgungsdefizit an und zielt auf eine verbesserte Gesundheitsversorgung für betroffene Frauen. Das Programm ist ein Maßnahmenbündel und orientiert sich an internationalen Vorbildern, die auf folgenden, vier entscheidenden Interventionsprinzipien beruhen:

- aktive (routinemäßige) Befragung der Patientinnen nach Gewalterfahrungen
- gerichtsverwertbare Dokumentation von Verletzungen und Beschwerden
- Klärung des Sicherheits- und Schutzbedürfnisses von betroffenen Patientinnen
- Vermittlung weitergehender psychosozialer Unterstützungs- und Beratungsangebote.

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

- 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.

Eine wesentliche Basis des S.I.G.N.A.L.-Programms bilden Fortbildungen für Mitarbeiter/innen. Ihr Ziel ist die Sensibilisierung des Gesundheitspersonals und die Vermittlung von Kompetenzen, damit gewaltverursachte Verletzungen oder Beschwerden erkannt, betroffene Frauen einführend angesprochen und die genannten Interventionsschritte durchgeführt werden können.⁴

.....

⁴ Train-the-Trainer-Seminare für Multiplikator/innen werden von dem Verein S.I.G.N.A.L.-Intervention im Gesundheitsbereich gegen Frauen e.V. ab 2005 angeboten (www.signal-intervention.de).

2 Entwicklung und Implementation eines Interventionskonzeptes

2.1 Schlüsselprozesse

Die Erfahrungen bestehender Projekte zeigen folgendes bewährtes Vorgehen bei der Entwicklung eines Interventionsprogramms oder der standortspezifischen Adaption von S.I.G.N.A.L. und seiner Implementierung (Warslaw 1998; Hellbernd/Brzank/Wieners et al. 2004).⁵ Die hier vorgestellte Reihenfolge ist nicht zwingend einzuhalten, ebenso können einzelne Phasen zeitgleich bearbeitet werden.

Schlüsselprozesse beim Aufbau eines systematischen Interventionsprogramms gegen häusliche Gewalt innerhalb eines Krankenhauses

A. Interventionsprogramm initiieren

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

B. Interventionsprogramm ausgestalten

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

C. Interventionsprogramm umsetzen

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

D. Kontinuität sichern

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

(Nach Warslaw 1998)

Die nachfolgenden Empfehlungen beruhen auf den Erfahrungen des S.I.G.N.A.L.-Modellprojekts. Die Arbeitsblätter sind einem vom Family Violence Prevention Fund konzipierten Programm entnommen (FVPF 1998). In Anlehnung an dieses Konzept wurden die Hinweise auf deutsche Verhältnisse und Systeme adaptiert und ergänzt.

.....

⁵ Ausführliche Erläuterungen zu den einzelnen Etappen sind dem Handbuch zu entnehmen (download: www.bmfsfj.de/Kategorien/Forschungsnetz/forschungsberichte,did=18204.html).

2.2 Arbeitsblätter

Die Arbeitsblätter dienen der Strukturierung und Fixierung notwendiger Aspekte. Es empfiehlt sich, die aufgelisteten Punkte auf speziellen Checklisten schriftlich festzuhalten. Die Blätter I bis IX formulieren inhaltspezifische Komponenten. Das Blatt B ist als Rückseite der inhaltlichen Arbeitsblätter gedacht. Hier werden die einzelnen Aufträge und Aufgaben (einzuholende Informationen, zu entwickelnde Materialien, anzusprechende Personen etc.), die hierzu nötig sind, sowie die hierfür verantwortliche Person/Arbeitsgruppe und der Zeitrahmen schriftlich festgehalten. Ebenso sollten die Hindernisse oder Barrieren, die bei der Zielerreichung auftreten können, sowie Lösungsmöglichkeiten und Unterstützungsressourcen entsprechend notiert werden. Die Auflistung möglicher Ansprechpersonen, die zum Erreichen des Ziels sowie für einzelne Elemente angefragt werden können, kann weiterhelfen. Durch die Auseinandersetzung mit potentiellen Hürden und die Suche nach Lösungen oder personellen Unterstützungsressourcen können auftretende Hindernisse und Verzögerungen bei der Implementierung zielgerichtet und zeitnah angegangen werden.

2.3 Gründung einer Steuerungs-/Projektgruppe

Für das S.I.G.N.A.L.-Programm sowie das Projekt selbst war und ist die Steuerungsgruppe von tragender Bedeutung. Sie entwickelte das Konzept, bestimmte die Verantwortung für die einzelnen Aufgabenbereiche und sorgt für die interne wie externe Kommunikation.

Bei Gründung einer Projektsteuerungsgruppe sollten Schlüsselpersonen und Vertreter/innen verschiedener Berufsgruppen innerhalb der Klinik sowie Mitarbeiter/innen lokaler Anti-Gewaltprojekte für die Mitarbeit gewonnen werden. Um effektiv arbeiten zu können, sollte die Gruppe etwa aus fünf bis zehn Personen bestehen. Die zukünftigen Mitglieder der Projektsteuerungsgruppe sollten die Versorgungssituation von gewaltbetroffenen Patientinnen verbessern und sich für die Implementierung eines Interventionsprogramms engagieren wollen. Folgende Fragen sollten bei der Gründung geklärt werden.

Rahmen der Projektsteuerungsgruppe

- **Ziele:** Welches Ziel soll erreicht werden? Welche Teilziele ergeben sich?
- **Aufgabe:** Was sind die zentralen Aufgaben der Gruppe?
- **Zeitrahmen:** In welchem Zeitrahmen sollen (Teil-)Ziele erreicht werden?
- **Strategien:** Wie sollen (Teil-)Ziele erreicht werden?
- **Mitglieder:** Wer sind die Mitglieder? Wie sind sie zu erreichen?
(Mitgliederliste mit Telefon-, Faxnummer und (email-)Adresse führen und allen zur Verfügung stellen.)
- **Koordination der Gruppe:** Gibt es eine/n Leiter/in oder Koordinator/in? Wie ist er/sie zu erreichen? Was sind seine/ihre Aufgaben? Ist eine Rotation vorgesehen?
- **Organisation der Arbeitsgruppe:** In welchem Zeitraum trifft sich die Gruppe? Wie wird eingeladen? Wie lange dauern die Treffen?
- **Kommunikation:** Wie wird der interne Kommunikationsfluss organisiert? Es empfiehlt sich, die Treffen zu protokollieren: Wer protokolliert? Wie wird das Protokoll verschickt?
- **Kontinuität:** Wie wird die Kontinuität der Treffen gewährleistet?
- **Schlüsselpersonen:** Welche weiteren Personen sollen für eine Mitarbeit an der Projektsteuerungsgruppe gewonnen werden, damit die Gruppe zu einem entscheidenden Gremium und Einflussfaktor in der Einrichtung wird? Wer stellt den Kontakt zu diesen Personen her und sichert die Kommunikation?

Projektsteuerungsgruppe

- Ziele der Projektsteuerungsgruppe

.....

.....

- Aufgaben der Projektsteuerungsgruppe

.....

.....

- Unsere Ansprechperson/Koordinator/in ist

Name	Telefon	Email-Adresse
------	---------	---------------

.....

- Mitglieder und ihre Erreichbarkeit

Name	Arbeitsplatz	Telefon	Email-Adresse
------	--------------	---------	---------------

.....

.....

.....

.....

.....

- Häufigkeit der Sitzung

- Zeitlänge der Sitzung

.....

- Protokoll der Sitzung

- Verschickung des Protokolls

.....

- Zu gewinnende Schlüsselpersonen

Wer spricht sie an?

.....

.....

.....

.....

2.4 Ermittlung von Bedarf und Ressourcen

Bedarf und Ressourcen bilden entscheidende Faktoren für die standortspezifische Ausgestaltung und Implementierung eines Interventionskonzeptes. Im Vorfeld sind diese Aspekte daher in der eigenen Einrichtung sowie in der Kommune zu ermitteln.

Versorgungsbedarf

Liegen lokale oder nationale Prävalenzdaten vor, sind sie übertragbar oder können sie für die eigene Klinik erhoben werden? Für eine kurze schriftliche Befragung zum Ausmaß der Betroffenheit unter den eigenen Patientinnen bietet das in den USA häufig verwendete und in Kapitel 2.4.1 vorgestellte „Abuse Assessment Screening“ Anregungen (Parker/McFarlane 1991).

In der von der S.I.G.N.A.L.-Begleitforschung durchgeführten Patientinnenbefragung wurde Gewalterfahrung wie folgt erfragt:

Körperliche Gewalt	<i>„Sind Sie schon einmal absichtlich geschlagen, getreten, verprügelt, gewürgt oder in anderer Weise körperlich angegriffen worden?“</i>
Sexuelle Gewalt	<i>„Hat Sie schon einmal jemand mit Gewalt oder unter Androhung von Gewalt gegen Ihren Willen zu sexuellen Handlungen gezwungen oder versucht zu zwingen?“</i>
Emotionale Gewalt	<i>„Haben Sie jemals Angst vor ihrem Ehemann oder Partner gehabt oder sich bedroht gefühlt?“ „Haben Sie sich durch ihren Ehemann oder Partner systematisch kontrolliert, sozial isoliert oder gedemütigt gefühlt?“</i>

Für eine differenzierte Analyse empfiehlt sich das Erfragen des Alters zum Zeitpunkt der erlittenen Gewalt, der Täterschaft sowie der Häufigkeit der Gewalthandlungen.

Grundsätzlich sind bei einer Befragung von Patientinnen ethische Grundprinzipien und Sicherheitsaspekte zu berücksichtigen. Hinweise zur Vorbereitung einer Untersuchung sind bei der Methodenbeschreibung der S.I.G.N.A.L.-Patientinnenbefragung und den ethischen Empfehlungen der WHO zu finden (Heise/Ellsberg/Garcia-Moreno 2001; Ellsberg/Heise 2002; Hellbernd/Brzank/Wieners et al. 2004). Generell muss die Vertraulichkeit und Anonymität zugesichert werden. Patientinnen-Befragungen sind nicht im Beisein von Begleitpersonen durchzuführen, um Frauen nicht zu gefährden.

Bedarf und Ressourcen für eine adäquate Gesundheitsversorgung

Es empfiehlt sich auch, vor Beginn der Implementierung Mitarbeiter/innen zu ihrem Wissensstand und Problembewusstsein zum Problemkomplex häusliche Gewalt sowie ihrem Umgang mit häuslicher Gewalt und betroffenen Frauen zu befragen (Anregung bietet der Fragebogen in Kapitel 2.4.2). Für die Durchführung der Befragung und deren Auswertung ist für entsprechende Personalkapazität zu sorgen. Diese Bestandsaufnahmen bilden eine Grundlage für die Prozessevaluation und spätere Beurteilung der Effekte des zu implementierenden Programms und sind nicht zu vernachlässigen. Für die fortlaufende Beurteilung der Implementierung kann der Assessment-Fragebogen hilfreich sein (s. Kapitel 2.11.1)

In einem ersten Schritt sind die unten aufgeführten Bedarfe und Ressourcen einzuschätzen.

Beurteilung des Versorgungsbedarfs und der Ressourcen

- Welcher Bedarf besteht für ein Interventionsprogramm zu häuslicher Gewalt?
Wie begründet sich der Bedarf? Sind Daten verfügbar, z.B. aus
 - bundesweiten Erkenntnissen zur Prävalenz und den gesundheitlichen Folgen?
 - regionalen/überregionalen Daten zur Prävalenz von häuslicher Gewalt?
 - Beispielen aus der gesundheitlichen Versorgung (Einzelfällen, erhobene Daten)?
- Sind bereits Ressourcen vorhanden, auf die zurückgegriffen werden kann, wie:
 - relevante Maßnahmen oder Leitfäden in der eigenen oder anderen Einrichtung?
 - kommunale Anti-Gewalt-Projekte mit entsprechenden Aktivitäten/Angeboten?
- Welche Informationslücken hinsichtlich der Bedarfe und Ressourcen bestehen?
- Wie können diese fehlenden Informationen beschafft und an die Projektsteuerungsgruppe vermittelt werden? Welcher Zeitrahmen wird hierfür vorgesehen? Wer übernimmt diese Aufgabe?

Bedarf und Ressourcen

- Welcher Bedarf für ein Programm gegen häusliche Gewalt besteht in der Einrichtung aufgrund von
 - bundesweiten Informationen zur Prävalenz und gesundheitlichen Folgen?
 - lokalen Daten zur Prävalenz von häuslicher Gewalt?
 - Beispielen aus der Gesundheitsversorgung (individuelle Fälle oder gesammelte Daten)?
- Sind für das Programm bereits Ressourcen vorhanden
 - a) innerhalb von Gesundheitsversorgungseinrichtungen (eigene/anderen)
 - existierende relevante Strategien und Maßnahmen
 - Experten/innen
 - a) innerhalb der Kommune/Region
 - existierende relevante Strategien und Maßnahmen
 - bestehende Anti-Gewalt-Projekte
 - Experten/innen
- Welche weiteren Informationen zur Beschreibung von Bedarf und Ressourcen benötigen wir?

.....

.....

.....

- Wer beschafft die fehlenden Informationen und sorgt für die Verbreitung unter den Mitgliedern der Projektsteuerungsgruppe?

Wer?

Bis wann?

.....

.....

.....

- Ist eine Befragung von Patientinnen und Mitarbeiter/innen durchführbar? Welche Vorbereitungen müssen getroffen und welche Personen müssen dafür angesprochen werden?

.....

.....

.....

.....

2.4.1 Fragebogen zur Ermittlung des Versorgungsbedarfs unter Patientinnen

Zur Einschätzung des Versorgungsbedarfs in der eigenen Einrichtung wird in US-amerikanischen Interventionsprogrammen häufig eine Patientinnen-Befragung durchgeführt. Eine Möglichkeit zur Befragung bietet das „Abuse Assessment Screening“ (Parker/McFarlane 1991). Zu empfehlen ist, den Fragebogen nicht von der Patientin selbst ausfüllen zu lassen, sondern die Befragung in die Anamnese zu integrieren sowie das Ergebnis und weiteres Vorgehen mit der Patientin zu besprechen. Die Anonymität und die Vertraulichkeit der Informationen sind der Patientin zu garantieren. Die Befragung sollte ohne Beisein von Begleitpersonen durchgeführt werden. Generell gilt für jede Intervention, dass die Sicherheit der Patientin an erster Stelle steht. Achten Sie auch auf eine Übersetzung des Fragebogens in die in Ihrer Einrichtung am häufigsten vertretenen Muttersprachen der Patientinnen.

Befragung zur Gewalterfahrung

1. Sind Sie im Laufe Ihres Lebens jemals physisch verletzt oder systematisch psychisch durch eine/n Partner/in oder eine andere Ihnen nahe stehende Person misshandelt worden?
 ja nein
2. Sind Sie im Verlauf des vergangenen Jahres geschlagen, getreten oder in einer anderen Weise körperlich von jemandem verletzt worden?
 ja nein
wenn ja, durch wen?
...wie häufig?
3. Wurden Sie im Verlauf des vergangenen Jahres zu sexuellen Aktivitäten genötigt, die Sie nicht wollten?
 ja nein
wenn ja, durch wen?
...wie häufig?
4. Wurden Sie im Verlauf einer Schwangerschaft geschubst, geschlagen, getreten oder in einer anderen Weise von jemandem körperlich verletzt?
 ja nein
wenn ja, durch wen?
...wie häufig?
5. Haben Sie derzeit Angst von Ihrem Partner oder einer anderen Person, die sie hier genannt haben, körperlich, psychisch oder sexuell verletzt zu werden?
 ja nein

2.4.2 Fragebogen zur Ermittlung von Bedarf und Ressourcen der Mitarbeiter/innen

Bei der Ermittlung von Bedarf und Ressourcen unter den eigenen Mitarbeiter/innen können die hier aufgeführten Fragen von Bedeutung sein. Sie sind als Hinweise zu verstehen, die Fragen können an die eigene Einrichtung angepasst oder ergänzt werden können.

Mitarbeiter/innen-Befragung zum Thema häusliche Gewalt

1. Hatten Sie während Ihrer Tätigkeit in der Klinik bereits Kontakt mit Patientinnen, die von ihrem Partner/Ehemann, Partnerin oder Familienangehörigen misshandelt wurden?

ja nein kann ich nicht beurteilen

Wenn Sie bereits Kontakt mit gewaltbetroffenen Patientinnen hatten, haben Sie mit ihnen über die erlebte Gewalt gesprochen?

oft häufig selten nie

Wenn Sie mit Patientinnen über die erlebte Gewalt gesprochen haben, wie wurde es am häufigsten zum Thema? (Bitte nur 1 Antwort)

- die Patientin selbst hat das Thema angesprochen
 ich sprach sie an, da ihre Verletzungen und Beschwerden daraufhin deuteten
 Kollegen/innen der medizinischen Versorgung haben mich darauf hingewiesen
 Mitarbeiter/innen des Sozialdienstes haben mich darauf hingewiesen
 Mitarbeiter/innen anderer Berufsgruppen haben mich darauf hingewiesen
 eine Begleitperson der Patientin hat mich angesprochen
 anderes:

.....

2. Wie hoch schätzen Sie den Anteil von Patientinnen, die aufgrund akuter Gewalthandlungen durch den (Ehe-)Partner die Rettungsstelle aufsuchen?

unter 2% 2% bis unter 5% 5% bis unter 10%
 10% bis unter 20% 20% bis unter 30% über 30%

3. Für wie wichtig halten Sie das Thema häusliche Gewalt in Ihrer täglichen Arbeit in der Klinik?

unwichtig weniger wichtig wichtig sehr wichtig

4. Für wie wichtig halten Sie eine gezielte Versorgung und Unterstützung gewaltbetroffener Frauen in Ihrer Klinik?

unwichtig weniger wichtig wichtig sehr wichtig

5. Wie sehr sind Sie Ihrer Meinung nach über das Thema häusliche Gewalt und den Umgang mit betroffenen Frauen informiert?

uninformiert wenig informiert informiert sehr informiert

6. Würden Sie an einer Fortbildung zu diesem Thema und der Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung für Betroffenen teilnehmen? (Bitte nur 1 Antwort)

- nein, auf keinen Fall ich weiß nicht
- ja, auf jeden Fall ja, abhängig von Termin und zeitlichem Umfang

Wenn ja, welche Aspekte oder Angebote wären Ihnen wichtig?
(Bitte setzen Sie in jede Zeile ein Kreuz)

	<i>unwichtig</i>	<i>weniger wichtig</i>	<i>wichtig</i>	<i>sehr wichtig</i>
Hintergrundinformationen/wissenschaftliches Material (Hintergründe, Ausmaß, Formen und Gesundheitsfolgen etc.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hinweise zur Gesprächsführung mit Betroffenen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schulung zur angemessenen Gesprächsführung mit Betroffenen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hinweise zur gerichtsverwertbaren Dokumentation	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Informationen zu rechtlichen Aspekten (Schweigepflicht, Gewaltschutzgesetz etc.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Informationen über Beratungsstellen/Zufluchtseinrichtungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hinweise zur Abklärung des aktuellen Schutzbedürfnisses	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Gesprächskreis zum Umgang mit Betroffenen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Initiierung von Kooperationen/Vernetzung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/> sonstiges				

7. Welchen organisatorischen Rahmen würden Sie für eine Fortbildung vorziehen?
(Mehrfachantworten möglich)

- im Rahmen regulärer Dienstbesprechungen
- im Rahmen des regulären Fortbildungsangebots
- außerhalb der Dienstzeit
- innerhalb der Dienstzeit
- weder noch, sondern

8. Was wäre für Sie hilfreich, um gewaltbetroffene Frauen zu unterstützen?
(Bitte setzen Sie in jede Zeile ein Kreuz)

	<i>unwichtig</i>	<i>weniger wichtig</i>	<i>wichtig</i>	<i>sehr wichtig</i>
Vordrucke zur Befragung Betroffener	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Praxisbezogener Handlungsleitfaden zum Umgang mit Betroffenen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Informationen/Vordrucke zur gerichtsverwertbaren Dokumentation	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Digitalkamera für die Dokumentation	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Informationen/Listen über Beratungsstellen/Zufluchtseinrichtungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Material/Notfallkarten zur Weitergabe an Betroffene	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Informationsmaterial über Beratungsstellen zur Auslage in der Klinik	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

unwichtig
weniger wichtig
wichtig
sehr wichtig

- Fallbesprechungen, Reflexions- und Supervisionsangebote
- Austausch und Zusammenarbeit mit internem Sozialdienst
- Kooperation mit Anti-Gewalt-Projekten

9. Können Sie sich vorstellen bei der Entwicklung und Umsetzung eines Interventionsprogramms in Ihrer Klinik mitzuarbeiten?

- ja nein weiß ich nicht
- ja, aber abhängig von

10. Können Sie sich vorstellen, sich als Multiplikatorin für interne Fortbildungen ausbilden zu lassen?

- ja nein weiß ich nicht
- ja, aber abhängig von

13. Fragen zu Ihrer Person

- Geschlecht weiblich männlich
- Alter unter 30 30 – 39
- 40 – 49 über 50

Tätigkeitsbereich

Station Klinik

anderes

Arbeiten Sie in einer leitenden Funktion? ja nein

Berufsjahre unter 5 Jahre 5 bis 10 Jahre über 10 Jahre

14. Haben Sie weitere Anmerkungen?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

2.5 Erfragen von Gewalterfahrung

Ziel von Interventionsprogrammen ist die Unterstützung von Opfern häuslicher Gewalt. Um sie adäquat versorgen und ggf. weitervermitteln zu können, müssen Betroffene als solche erkannt werden. Spezifische Indikatoren (s. Kapitel 3.5), die auf Gewalterfahrungen von Patientinnen hin deuten, erleichtern die Identifizierung und Patientinnen können zu häuslicher Gewalt befragt werden. Wie die Erfahrungen von S.I.G.N.A.L. zeigten, stößt eine generelle Befragung aller Patientinnen bislang im praktischen Alltag von Gesundheitsprofessionellen auf individuelle und strukturelle Hürden. Da Opfer von häuslicher Gewalt jedoch nur zu einem geringen Teil als solche erkannt werden, bietet eine (Routine-)Befragung nach internationalen Erkenntnissen eine größere Chance zur Identifizierung von Betroffenen (Wiist/McFarlane 1999; Koziol-McLain/Coates/Lowenstein 2001). Neuere Studien zeigen, dass eine Befragung im Einzelfall an sich als Intervention wirkt und zu einem veränderten Verhalten der betroffenen Frauen führte. So konnten in einer Fall-Kontroll-Studie keine Unterschiede festgestellt werden zwischen der Gruppe der Fälle mit einem intensiven Case-Management durch Pflegekräfte als Intervention und der Kontrollgruppe aus Frauen, die außer einer Notfallkarte keine weitergehende Betreuung erfuhren. Beide Gruppen sorgten für eigene Sicherheitsvorkehrungen und berichteten von einem Rückgang der Gewalthandlungen (McFarlane 2004). Im Rahmen der S.I.G.N.A.L.-Patientinnenbefragung befürworteten die befragten Frauen mehrheitlich die Integration von Fragen zur Gewalterfahrung in das allgemeine Anamnesegespräch (Brzank/Hellbernd/Maschewsky-Schneider et al. 2005). Auch können mit einer generellen (Routine-)Befragung im Rahmen der Anamnese individuelle Barrieren zum Ansprechen von häuslicher Gewalt seitens der Mitarbeiter/innen überwunden und so die Voraussetzung für eine Intervention geschaffen werden. Langfristiges Ziel eines Interventionsprogramms sollte daher die Integration von Gewalterfahrung in die Anamnese sein. Zu prüfen ist, ob spezifische Fragen in den allgemeinen Anamnesebogen aufgenommen sowie Maßnahmen zur Evaluation durchgeführter Befragungen und ihrer Ergebnisse (positiv/negativ/unbekannt) eingeführt werden können. Als Voraussetzung für eine (Routine-)Befragung ist in jedem Fall ein Training der Mitarbeiter/innen erforderlich; die Einbettung in ein Gesamtinterventionsprogramm wird empfohlen (CDC 2004; Hellbernd/Brzank/Wieners et al. 2004).⁶

Bei der Entwicklung und nachfolgenden Implementation eines (Routine-)Befragungsverfahrens zur Identifizierung von Opfern häuslicher Gewalt sollten im Vorfeld folgende Fragen geklärt werden.

Entwicklung eines Verfahrens zum Erfragen von Gewalterfahrung

- Wer sollte nach häuslicher Gewalt gefragt werden?
(alle Patientinnen, Patientinnen über 16 Jahre, nur bei bestimmten Indikatoren)
- Zu welchem Zeitpunkt sollte eine Befragung durchgeführt werden?
- Wie kann eine Befragung in die Anamnese integriert werden?
- In welchen Abteilungen sollen Patientinnen befragt werden?
- Welche Mitarbeiter/innen sollen die Patientinnen ansprechen?
(Ärzte/innen, Pflegekräfte, Sprachmittler/innen, geschulte Mitarbeiter/innen...)
- Wie können Mitarbeiter/innen befähigt werden, Patientinnen auf das Thema angemessen anzusprechen?
- Gibt es bewährte Beispielfragen für ein Ansprechen von Gewalterfahrung?
- Wie wird die Befragung und ihr Ergebnis dokumentiert?
(Veränderung des Aufnahmescheins/Krankenakte, um Routinefragen und deren Ergebnis (ja/nein, unbekannt) aufzunehmen)

.....

⁶ Die Erfahrungen mit Mitarbeiter/innen-Trainings im S.I.G.N.A.L.-Projekt sind dem wissenschaftlichen Bericht der Begleitforschung zu entnehmen. Informationen zu Trainingsangeboten sind zu finden unter www.signal-intervention.de.

Erfragen von Gewalterfahrung

Entwicklung und Implementierung von Maßnahmen zum Erkennen von Opfern häuslicher Gewalt

- Welche Patienten/innen sollen nach häuslicher Gewalt befragt werden?

.....

.....

.....

- Zu welchem Zeitpunkt soll eine Befragung erfolgen?

.....

.....

.....

- Kann eine Befragung in die Anamnese integriert werden?

.....

.....

.....

- In welchen Abteilungen soll eine Befragung erfolgen?

.....

.....

.....

- Welche Mitarbeiter/innen sollen die Patientinnen ansprechen?

.....

.....

.....

- Wie werden die Befragung und deren Ergebnis dokumentiert (Veränderung des Aufnahmescheins/ Krankenakte, als Teil des Anamnesebogens, der Krankenakte, Extraformular...)?

.....

.....

.....

Aufgabenspezifizierung⁷

- Um das vereinbarte Ziel zu erreichen, ist es hilfreich eine Liste der anstehenden Aufgaben, der verantwortlichen Personen und des Zeitrahmens zu erstellen.

Arbeitsauftrag	Verantwortliche/r*	Zeitraumen
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

** Bestimmen Sie eine/n Verantwortliche/n für jeden Auftrag (z.B. für die Einberufung spezieller Arbeitsgruppen, zu sichtigendes Material, Ansprechen von Schlüsselpersonen...)*

- Beschreiben Sie Hindernisse oder Barrieren, die Ihnen bei der Erreichung des Ziels begegnen können sowie mögliche Lösungen.

Hindernisse/Barrieren	Mögliche Lösung	Unterstützungsressourcen
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

- Zählen Sie Personen auf, die Sie bei Hindernissen oder Barrieren unterstützen können, und bestimmen Sie die verantwortliche Ansprechperson.

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

2.6 Erkennen, Intervenieren und Dokumentieren

Das S.I.G.N.A.L.-Interventionsprogramm basiert auf den Prinzipien „Erkennen“, „Intervenieren“ und „Dokumentieren“. Wird eine Patientin als gewaltbetroffen erkannt, so sollten mit ihr Ressourcen und Wege aus der Misshandlungsbeziehung besprochen werden. Informieren Sie sie über Beratungsstellen, Zufluchtseinrichtungen, Gewaltschutzgesetz⁸ etc. und klären Sie mit ihr ihre Gefährdungssituation. Alle Mitarbeiter/innen der Gesundheitsversorgung sollten ein solches Gespräch mit betroffenen Frauen führen können. Hierfür ist ein fortlaufendes Training der Mitarbeiter/innen eine wichtige Voraussetzung. Eine weitere Unterstützung kann von anderen Mitarbeiter/innen der eigenen Einrichtung (z.B. Sozialarbeiterinnen oder Interventionshelfer/innen) oder externen Unterstützungsprojekten angeboten werden.

Bei Entwicklung und Implementierung eines standortspezifischen, effektiven Programms zum Erkennen, Intervenieren und Dokumentieren sollten vorab folgende Fragen geklärt werden.

Erkennen und Intervenieren

- Welche Berufsgruppen können zur Identifizierung von Betroffenen beitragen und Interventionsschritte durchführen (Ärzte/innen, Pflegekräfte oder andere Mitarbeiter/innen...)?
- Wie können Zuständigkeiten verbindlich abgesprochen werden?
- Welche weiteren Fachdisziplinen sollten für eine umfassende Anamnese hinzugezogen werden?
- Können Mitarbeiter/innen spezifisch geschult werden, damit weitergehende Beratungen oder Interventionen angeboten werden können?
- Gibt es andere Einrichtungen oder Organisationen, die auf Nachfrage den Betroffenen Unterstützung und Beratung anbieten können?

Dokumentation der Befragung und ihrer Ergebnisse

- Welche Formulare müssen verändert werden, um zu notieren
 - ob eine (Routine-)Befragung durchgeführt wurde?
 - was das Ergebnis der Befragung war?

Dokumentation der Intervention

- Wird ein spezifischer Dokumentationsbogen eingeführt, um festzuhalten,
 - welche Verletzungen festgestellt wurden (Körperschema)?
 - welche weiteren Schritte eingeleitet wurden?
 - den Verbleib der Patientin?
- Welche Schritte müssen zur Veränderung oder Einführung von Formularen unternommen werden und wer bzw. welche Mitarbeiter/innen sollten in diesen Prozess involviert werden?

.....

⁸ Informationen unter:

www.bmfsfj.de/RedaktionBMFSFJ/Abteilung4/Pdf-Anlagen/PRM-16781-Gewaltschutzgesetz,property=pdf.pdf

www.bmfsfj.de/Kategorien/gesetze,did=4890.html

www.big-interventionszentrale.de/veroeffentlichungen/infomaterial/ziviljustiz.htm

Erkennen, Intervenieren, Dokumentieren⁹

Entwicklung eines spezifischen Programms zum Erkennen, Intervenieren, Dokumentieren

Erkennen und Intervenieren

- Welche Berufsgruppen können zur Identifizierung von Betroffenen beitragen und eine Intervention durchführen (Ärzte/innen, Pflegekräfte oder andere Mitarbeiter/innen...)?

.....

- Welche weiteren Fachdisziplinen sind für eine umfassende Anamnese hinzuzuziehen?

.....

- Wie können Zuständigkeiten verbindlich abgesprochen werden?

.....

- Gibt es interne Mitarbeiter/innen, die eine weitergehende Beratung übernehmen können?

.....

.....

- Gibt es andere Organisationen/Projekte, die bei Bedarf eine weitergehende Intervention anbieten können?

.....

.....

Dokumentieren der Befragung

- Welche Formulare müssen verändert werden, um die Befragung, ihr Ergebnis und die Interventionschritte festzuhalten?

.....

Dokumentieren der Intervention

- Wird ein Dokumentationsbogen eingeführt, um die festgestellten Verletzungen, weitere Schritte und den Verbleib der Patientin festzuhalten?

.....

- Wie ist das Verfahren zur Veränderung bzw. zur Einführung der Formulare? Wer oder welche Berufsgruppen sollten an dem Prozess beteiligt sein?

.....

.....

.....

2.7 Entwicklung und Implementierung eines Interventionsprogramms

Im Prozess der Entwicklung eines standortspezifischen Interventionsprogramms sollte die damit beauftragte Arbeitsgruppe die Einzelheiten des Programms diskutieren. Andere bestehende Projektbeispiele wie das S.I.G.N.A.L.-Programm können bei der Ausgestaltung des eigenen Konzeptes Vorbild sein.

Grundsätzlich sollte das Programm folgendes enthalten:

Inhalt des Interventionsprogramms

- Bestimmung der Zielgruppe
- Aspekte der (Routine-)Befragung und Bestimmung der Verantwortlichen für die Durchführung der Befragung
- Interview- und Interventionsstrategien
- Empfehlungen für die Beurteilung der Gefährdungssituation und für die Sicherheitsplanung
- Entlassungs- und Weitervermittlungsempfehlungen
- Informationen über rechtliche Fragen
- Prozeduren der Beweissicherung (Dokumentationsbogen, Fotodokumentation...)
- Informationen über Anti-Gewalt- und Zufluchtsprojekte
- Plan zur Fortbildung der Mitarbeiter/innen

Interventionsprogramm¹⁰

Entwicklung und Implementierung eines Interventionsprogramms bei häuslicher Gewalt

- Gibt es in der Einrichtung bereits Maßnahmen zum Umgang mit gewaltbetroffenen Patienten/innen?

.....

.....

- Welches Interventionsprogramm zu häuslicher Gewalt aus der Gesundheitsversorgung kann zur Orientierung dienen (S.I.G.N.A.L., internationale Projekte...)?

.....

.....

- Wer holt Informationen über diese Projekte ein und stellt die Kontakte her?

.....

.....

.....

- Welche weitergehenden Informationen werden benötigt und wer holt sie ein?

.....

.....

.....

- Welche Schritte müssen zur Entwicklung oder zur Anpassung eines Programms unternommen werden? Wer oder welche Schlüsselpersonen sollten involviert werden?

.....

.....

.....

- Wie muss vorgegangen werden, damit ein Programm implementiert werden kann (Zustimmung der Leitung...)?

.....

.....

2.8 Entwicklung und Implementierung eines fortlaufenden Fortbildungsprogramms

Um das Ziel einer verbesserten gesundheitlichen Versorgung von gewaltbetroffenen Patientinnen zu erreichen, müssen ärztliche und pflegerische Mitarbeiter/innen befähigt werden, entsprechende Interventionsschritte durchzuführen. Eine Voraussetzung hierfür ist ein fortlaufendes Fortbildungsangebot. Die Aufstellung eines Fortbildungsplans ist zu empfehlen. In diesem Plan sollte folgendes definiert werden.

Fortbildungsplan

- Wer soll daran teilnehmen?
- Was soll der Inhalt der Fortbildungen sein?
- Wann, in welchem Rahmen sollen Fortbildungen durchgeführt werden?
- Wo sollen die Fortbildungen stattfinden?
- Wer führt die Fortbildungen durch?
- Wie werden die Fortbildungen finanziert?
- Wer unterstützt das Fortbildungsprogramm?
- Welche Abteilungen oder Berufsgruppen sollen möglichst mit Projektbeginn, welche zu einem späteren Zeitpunkt geschult werden?
- Wie kann die Kontinuität der Fortbildungen gewährleistet werden?

Fortbildungen sollten kontinuierlich angeboten werden, um das erworbene Wissen und die Handlungskompetenz der geschulten Mitarbeiter/innen zu gewährleisten sowie ihre Bereitschaft zur Intervention zu stärken.

(Basis-)Inhalt der Fortbildungen

- Informationen über Ausmaß, Formen und Dynamik von häuslicher Gewalt
- Situation gewaltbetroffener Frauen (allgemein und spezifischer Gruppen)
- Gesundheitliche Folgen (zielgruppenspezifisch präsentiert)
- Auswirkung der traumatischen Erfahrungen
- Interventionsprinzipien
(Erkennen, Ansprechen, Dokumentieren, Informieren und Weitervermitteln)
- Rechtliche Aspekte für Betroffene und Mitarbeiter/innen
- Informationen zu lokalen Beratungs- und Unterstützungsprojekten

Der Umfang der Fortbildungen orientiert sich an den einzelnen Berufsgruppe: Ärzte/innen und Pflegekräfte sollten weitergehende Fortbildungen erhalten, in denen spezifische Kompetenzen für den Umgang mit Betroffenen vermittelt werden. Mitarbeiter/innen der Verwaltung, Transportdienste und Pförtner/innen etc. benötigen eine Einführung in die Thematik, Informationen über das Interventionsprogramm und ihre mögliche Rolle innerhalb des Programms.

Zur Durchführung von Fortbildungen bieten sich zwei Modelle an: Zum einen können eigene Mitarbeiter/innen als Teamer/innen geschult werden, die dann intern Fortbildungen anbieten. Zum anderen können externe Trainer/innen eingesetzt werden. Je nach Größe und Anzahl der Beschäftigten kann das eine oder andere Modell für eine Einrichtung finanziell günstiger oder praktikabler sein. Eine Entscheidung ist im Einzelfall zu treffen.

Es ist zu empfehlen, Fortbildungen möglichst immer von einem Team aus Vertreter/innen von Anti-Gewalt-Projekten und Gesundheitsberufen durchführen zu lassen. Interaktive Übungen, Rollenspiele und andere lernzentrierte Techniken dienen dem Einüben der Befragung und anderen intervenierenden Handlungen (vgl. BMFSFJ 2002).

Fortbildungsprogramm¹¹

Entwicklung und Implementierung eines Fortbildungsprogramms zu häuslicher Gewalt

- Welche Mitarbeiter/innen sollen geschult werden (Ärzte/innen, Pflegekräfte, Psychologen/innen, Psychiater/innen, Sozialarbeiter/innen, Aufnahmepersonal, Dolmetscher/innen...)?

.....

- Welche Mitarbeiter/innen brauchen eine Einführung und Informationen?

.....

- Welche Abteilungen/Berufsgruppen werden mit Projektbeginn geschult?

.....

- In welchem Turnus sollen Fortbildungen angeboten werden?

.....

- Wie werden neue Mitarbeiter/innen über das Interventionsprogramm informiert und geschult?

.....

- Soll ein externes oder internes Team die Fortbildungen durchführen?

.....

- Wer kann als Dozent/in von Fortbildungen angesprochen werden (intern, extern)?

.....

- Wann können Fortbildungen stattfinden? Welche Zeiten, welcher Rahmen werden von der Verwaltung für Fortbildungen oder Schulungen zugewilligt?

.....

- Sollen Fortbildungen verpflichtend sein?

.....

- Welche Materialien müssen bereitstehen, bevor mit den Fortbildungen gestartet wird (schriftlich fixiertes Programm, Leitlinien, Poster, Flyer etc.)?

.....

- Wo sollen die Fortbildungen stattfinden? Welche Räume eignen sich am besten?

.....

© S.I.G.N.A.L. e.V. 2005

.....

¹¹ Beachten Sie bitte die Hinweise zu den Arbeitsblättern in Kapitel 2.2 und fügen Sie das Arbeitsblatt B (s.S. 21) an.

2.9 Entwicklung von Materialien

Schriftliche Informationen zum Interventionsprogramm geben Beschäftigten sowie den Patientinnen wichtige Hinweise. Sie dienen der Konkretisierung und des Erinnerns sowie der internen wie externen Öffentlichkeitsarbeit. Daher ist die Entwicklung von eigenen, lokalen Informationsmaterialien für Beschäftigte wie für Betroffene zu empfehlen. Für Mitarbeiter/innen der Klinik empfehlen sich Erinnerungshinweise, die zur (Routine-)Befragung und Intervention auffordern, Listen mit Handlungsempfehlungen, Interventionsschritten oder ein Interventionsflussdiagramm (s. S. 47) bzw. Informationen im Kitteltaschenformat. Betroffene werden durch Poster, Notfallkarten, Broschüren informiert und ermutigt, Hilfe zu suchen (Hellbernd/Brzank/Wieners et al. 2004). Die Materialien für Patientinnen sind auch in den am häufigsten vertretenen Muttersprachen auszulegen. Beachten Sie bei der Entwicklung der Materialien die verschiedenen kulturellen Herkunftse ihrer Patientinnen und bedenken Sie, dass ein wortgetreues Übersetzen u.U. nicht reicht, sondern kulturelle Bilder und implizierte Bedeutungen zu berücksichtigen sind.

Für fundierte und aktuelle Materialien sowie für eine adäquate Intervention sind Kooperationen mit spezifischen Unterstützungsprojekten oder -organisationen von großer Bedeutung. Mitarbeiter/innen der Gesundheitseinrichtungen sollten daher mit Vertreter/innen von lokalen Unterstützungsprojekten, Rechtsberatungen, spezifischen Beratungsstellen, Behandlungseinrichtungen für psychische und psychosomatische Störungen sowie Substanzmittelmissbrauch, Kinderschutzorganisationen als auch von Einrichtungen zur Sprachmittlung oder Behindertenorganisationen in Kontakt stehen bzw. zusammenarbeiten. Informationen über diese Projekte sowie ihre spezifischen Arbeitsfelder sollten in Listen unter Angabe von Kontaktmöglichkeiten und Ansprechpersonen aufgeführt werden. Diese Informationslisten sollten sowohl den eigenen Mitarbeiter/innen als auch den Betroffenen zugänglich sein.

Materialien

- Welche Materialien werden für die eigene Einrichtung benötigt?
- Welche zielgruppenspezifischen Materialien benötigen Patientinnen und Behandelnde (Berücksichtigung von Personen mit geringen Deutschkenntnissen bzw. funktionellen Beeinträchtigungen, gleichgeschlechtlichorientierten Personen, spezifische Migranteninnengruppen, Mitarbeiter/innen verschiedener Fachdisziplinen...)?
- Wo sollen die Materialien ausgelegt oder wie sollen sie verbreitet werden?
- Gibt es bereits Materialien, die verwendet werden können (regional, überregional)? Wer beschafft diese Materialien?
- Wie wird die Entwicklung und Herstellung von Materialien finanziert?
- Gibt es Organisationen, die hierfür Gelder zur Verfügung stellen können (Medizinische Gesellschaften, Stiftungen...)?

Materialien¹²

Entwicklung von Materialien für Mitarbeiter/innen und Gewaltbetroffene

- Welche Materialien werden für die eigene Einrichtung benötigt?

.....

.....

.....

- Welche zielgruppenspezifischen Materialien benötigen Patientinnen und Behandelnden? (Berücksichtigung von Personen mit geringen Deutschkenntnissen bzw. funktionellen Beeinträchtigungen, gleichgeschlechtlichorientierten Personen, spezifische Migrantengruppen, Mitarbeiter/innen verschiedener Fachdisziplinen...)

.....

.....

- Wo sollen die Materialien ausgelegt oder wie sollen sie verbreitet werden?

.....

.....

.....

- Gibt es bereits Materialien, die verwendet werden können? Wie können sie bezogen werden?

.....

.....

.....

- Wie kann die Entwicklung und Herstellung von Materialien finanziert werden?

.....

.....

.....

- Gibt es Organisationen, die Gelder für diese Kosten zur Verfügung stellen können (Medizinische Gesellschaften, Stiftungen...)?

.....

.....

2.10 Aufbau und Etablierung von lokalen Kooperationsnetzwerken

Für die Entwicklung des S.I.G.N.A.L.-Interventionsprojektes war die Zusammenarbeit und Unterstützung von Mitarbeiterinnen des Anti-Gewalt-Bereichs von großer Bedeutung. Lokale Kooperationsnetzwerke sind eine der wichtigsten Ressourcen für ein effektives Interventionsprogramm. Experten/innen von Anti-Gewalt-Projekten und spezifischen Einrichtungen sind zuverlässige Informationsquellen für gesetzliche Neuregelungen, Informationsmaterialien und Interventionsempfehlungen. Sie können bei der Suche nach geeigneten Teamer/innen für Fortbildungen helfen. Auch können gemeinsame Projekte und Kampagnen gestartet werden, um die Unterstützung von Betroffenen zu verbessern.

Darüber hinaus können regionale, nationale und internationale Netzwerke (s. Kapitel 5) Anregungen und neue Impulse bieten.

Kooperationsnetzwerke

- Gibt es lokale oder regionale Projekte oder Initiativen zu (häuslicher) Gewalt?
- Bestehen zu diesen bereits Kontakte oder Kooperationen?
- Wie kann ein Kontakt hergestellt werden?
- Können Mitarbeiter/innen lokaler Anti-Gewalt-Projekte in die Projektsteuerungsgruppe einbezogen werden?
- Können Mitarbeiter/innen lokaler Anti-Gewalt-Projekte für die Durchführung von Fortbildungen gewonnen werden?
- Gibt es lokale Runde Tische zu häuslicher Gewalt? Kann jemand aus der eigenen Einrichtung daran teilnehmen?
- Gibt es lokale, regionale professionelle Organisationen, die für eine breitere Aufklärungsinitiative zu gewinnen sind (Medizinische Gesellschaften, Pflegeverbände...)?
- Wie kann eine kontinuierliche Kooperation hergestellt werden?
- Gibt es andere Ideen?

Kooperationsnetzwerke¹³

Entwicklung eines lokalen Kooperationsnetzwerkes

- Bestehen Kontakte/Kooperationen zu lokalen Anti-Gewalt-Projekten?

.....
.....

- Können Mitarbeiter/innen lokaler Anti-Gewalt-Projekte in die Projektsteuerungsgruppe einbezogen werden?

.....
.....

- Können Mitarbeiter/innen lokaler Anti-Gewalt-Projekte für die Durchführung von Fortbildungen gewonnen werden?

.....
.....

- Gibt es lokale Runde Tische zu häuslicher Gewalt? Kann jemand aus der eigenen Einrichtung daran teilnehmen?

.....
.....

- Gibt es lokale professionelle Organisationen, die für eine Zusammenarbeit zu gewinnen sind (Medizinische Gesellschaften, Pflegeverbände...)?

.....
.....

- Wie kann eine kontinuierliche Kooperation hergestellt werden?

.....
.....

- Gibt es andere Ideen?

.....
.....
.....

2.11 Monitoring und Evaluation des Programms

Monitoring und Evaluation eines Programms sind für die Entwicklung eines Projekts von entscheidender Bedeutung. Mit entsprechenden Verfahren kann beurteilt werden, in welchen Bereichen ein Fortschritt zu verzeichnen ist, ob und wie die gesetzten Ziele erreicht wurden oder ob es weiterer Maßnahmen bedarf. Die Bewertung des Implementationsprozesses und die praktische Durchführung der einzelnen Interventionsschritte sollte Aufgabe der Qualitätssicherung sein. Erst mit der Integration in Qualitätssicherungssysteme wird das Programm zu einem Behandlungsstandard und unterliegt nicht mehr dem Zufall oder dem individuellen Ermessungsspielraum. Wurde zu Beginn eine Bestandsanalyse vorgenommen, können Fortschritte sowie Barrieren ermittelt werden. Nach den Prinzipien einer „Lernenden Organisation“ (Argyris/Schön 1978; Senge 1990) ist für ein positives und offenes Klima der Zielüberprüfung zu sorgen. In einem Prozess der Reflektion der selbstdefinierten Ziele und des vorgesehenen Zeitrahmens ist der Stand des Projektes zu beurteilen.

Entwicklung eines Monitoring- und Evaluationssystems für das Interventionsprogramm

- Wie sollen die gemeinsam bestimmten Ziele evaluiert werden?
- An welchen Indikatoren kann der Erfolg bzw. Fortschritt des Programms gemessen werden?
- Welche Maßnahmen zur Qualitätssicherung sollen entwickelt und verankert werden?
- Sollen regelmäßige Fallbesprechungen von Patientinnen, die von häuslicher Gewalt betroffen sind, stattfinden?
- Wie sollen Fortbildungen evaluiert werden? Wer ist für die Evaluation zuständig?
- Ist eine Evaluation der Interventionsschritte möglich? Wer oder welche Organisation kann hierfür angesprochen werden (Kooperation mit Forschungseinrichtungen)?
- Sollen Qualitätszirkel mit Fallbesprechungen eingerichtet werden?
- Welche andere Maßnahmen zur Qualitätssicherung und -entwicklung sind vorstellbar?

Monitoring und Evaluation des Interventionsprogramms¹⁴

Entwicklung eines Plans zum Monitoring und zur Evaluation des Interventionsprogramms

- Wie sollen die gemeinsam bestimmten Ziele evaluiert werden?

.....
.....

- An welchen Indikatoren kann der Erfolg / Fortschritt des Programms gemessen werden?

.....
.....

- Welche Maßnahmen zur Qualitätssicherung sollen entwickelt werden?

.....
.....

- Sollen regelmäßige Fallbesprechungen von Patientinnen, die von häuslicher Gewalt betroffen sind, stattfinden?

.....

- Wie sollen Fortbildungen evaluiert werden? Wer ist für die Evaluation zuständig?

.....
.....

- Ist eine Evaluation der Interventionsschritte möglich? Wer oder welche Organisation kann hierfür angesprochen werden (Kooperation mit Forschungseinrichtungen)?

.....
.....

- Sollen Qualitätszirkel mit Fallbesprechungen eingerichtet werden?

.....

- Welche anderen Maßnahmen zur Qualitätsentwicklung und -sicherung sind vorstellbar?

.....
.....

2.11.1 Evaluation der Programm-Implementation

Zur kontinuierlichen Evaluation der Implementierung des Programms und seines Fortschrittes in der eigenen Einrichtung eignet sich nachfolgender Assessment-Fragebogen, der in den USA von Dr. Coben entwickelt wurde (AHRQ 2002; Coben 2002a). Namhafte Experten/innen aus Forschung und Praxis entschieden in einem Konsensverfahren nach der Delphi-Methode über Kriterien zum Qualitätsassessment von klinikbasierten Interventionsprojekten gegen häusliche Gewalt. Diejenigen Aspekte mit der höchsten Übereinstimmung wurden anschließend in eine Fragebogenstruktur mit neun Bereichen gebracht. Im Anschluss wurde das Instrument in Kliniken auf seine Umsetzbarkeit und seine Urteilsübereinstimmung getestet (Coben 2002b). Nähere Erläuterungen sind der Internetseite der Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ)¹⁵ zu entnehmen.

Für das vorliegende Materialienpaket wurde der Fragebogen adaptiert. Er bietet wichtige Hinweise für die Ausgestaltung eines eigenen Programms und dient der internen Evaluation des Implementierungsfortschritts, der Weiterentwicklung des eigenen Programms, dem Qualitätsassessment und dem Vergleich verschiedener Programme.

Der Fragebogen kann von internen oder externen Evaluatoren/innen ausgefüllt werden. In jedem Fall sollte eine Person, die mit dem Programm sehr vertraut ist, in das Assessment involviert werden. Es empfehlen sich eine Basiserhebung vor Beginn der Implementierung und kontinuierliche Follow-ups im Abstand von jeweils sechs Monaten. Die Durchführung des Assessments sollte drei Wochen vorher angekündigt werden, damit zu evaluierende Materialien gesammelt und zur Verfügung gestellt werden können. Für die einzelnen Kategorien ist die Gesamtpunktzahl zu addieren. Je größer die Anzahl der erreichten Punkte ist, desto mehr ist ein Fortschritt zu verzeichnen.

.....

¹⁵ www.ahrq.gov/research/domesticviol/

Kategorie 1: Handlungsanweisungen und Verfahren der Klinik

1.1	Gibt es offizielle, verschriftlichte Verfahrensweisen zum Erkennen und Intervenieren bei häuslicher Gewalt? Wenn ja, was zeichnet diese Verfahrensweisen aus? Es...	<input type="radio"/> Nein (0)	<input type="radio"/> Ja (1)
	a) definiert häusliche Gewalt?	<input type="radio"/> Nein (0)	<input type="radio"/> Ja (1)
	b) verpflichtet Klinikpersonal zu Fortbildungen über häusliche Gewalt?	<input type="radio"/> Nein (0)	<input type="radio"/> Ja (1)
	c) befürwortet die (Routine-)Befragung von Frauen in einem Klinikbereich?	<input type="radio"/> Nein (0)	<input type="radio"/> Ja (1)
	d) definiert, wer für die (Routine-)Befragung verantwortlich ist?	<input type="radio"/> Nein (0)	<input type="radio"/> Ja (1)
	e) regt zur Dokumentation an?	<input type="radio"/> Nein (0)	<input type="radio"/> Ja (1)
	f) verweist auf Informierung und Weiterleitung der Opfer?	<input type="radio"/> Nein (0)	<input type="radio"/> Ja (1)
	g) weist auf Standards der gerichtsverwertbaren Dokumentation hin?	<input type="radio"/> Nein (0)	<input type="radio"/> Ja (1)
1.2	Gibt es eine Arbeits-/Projektsteuerungsgruppe zu häuslicher Gewalt in der Klinik? Wenn ja, was zeichnet diese Arbeitsgruppe aus?	<input type="radio"/> Nein (0)	<input type="radio"/> Ja (3)
	a) Sie trifft sich mindestens einmal im Monat?	<input type="radio"/> Nein (0)	<input type="radio"/> Ja (2)
	b) Verschiedenen Abteilungen (mehr als zwei) sind in ihr vertreten?	<input type="radio"/> Nein (0)	<input type="radio"/> Ja (2)
	c) Klinikärzte/innen sind vertreten?	<input type="radio"/> Nein (0)	<input type="radio"/> Ja (2)
	d) Mitarbeiter/innen von Anti-Gewalt-Projekten nehmen teil?	<input type="radio"/> Nein (0)	<input type="radio"/> Ja (2)
	e) Vertreter/innen der Klinikleitung sind Teil der Arbeitsgruppe?	<input type="radio"/> Nein (0)	<input type="radio"/> Ja (2)
1.3	Erhält das Interventionsprogramm eine direkte finanzielle Unterstützung? Wenn ja, wie hoch ist die jährliche Summe? (Bitte nur 1 Antwort)	<input type="radio"/> Nein (0)	<input type="radio"/> Ja (0)
	a) < 5.000 €/Jahr		<input type="radio"/> Ja (6)
	b) 5.000 – 10.000 €/Jahr	oder	<input type="radio"/> Ja (12)
	c) > 10.000 €/Jahr	oder	<input type="radio"/> Ja (17)
1.4	Gibt es eine Verpflichtung zur (Routine-)Befragung in (irgend-)einem Klinikbereich? Wenn ja, ist die Befragung bei allen Frauen vorgesehen? (Bitte nur 1 Antwort)	<input type="radio"/> Nein (0)	<input type="radio"/> Ja (0)
	a) in der Ersten Hilfe/Rettungsstelle oder an einem anderen Ort der ambulanten Versorgung?		<input type="radio"/> Ja (6)
	b) nur in stationären Abteilungen?	oder	<input type="radio"/> Ja (6)
	c) in mehr als einem ambulanten Bereich?	oder	<input type="radio"/> Ja (10)
	d) sowohl in der stationären als auch ambulanten Versorgung?	oder	<input type="radio"/> Ja (14)
1.5	Wird mit entsprechenden Maßnahmen zur Durchführung der (Routine-)Befragung ange-regt? Wenn ja, ...?	<input type="radio"/> Nein (0)	<input type="radio"/> Ja (0)
	a) wird die Durchführung der (Routine-)Befragung evaluiert?	<input type="radio"/> Nein (0)	<input type="radio"/> Ja (6)
	b) wird die Verbreitung der (Routine-)Befragung positiv bestärkt?	<input type="radio"/> Nein (0)	<input type="radio"/> Ja (4)
	c) gibt es Maßnahmen bei Nichtdurchführung einer (Routine-)Befragung?	<input type="radio"/> Nein (0)	<input type="radio"/> Ja (5)
1.6	Gibt es Maßnahmen zum Schutz von Opfer von häuslicher Gewalt? Wenn ja, sind es...?	<input type="radio"/> Nein (0)	<input type="radio"/> Ja (0)
	a) verschriftlichte Verfahren, die die Rolle von Mitarbeiter/innen im Umgang mit Opfern und Täter oder die Form der Einbeziehung der Polizei beschreiben?	<input type="radio"/> Nein (0)	<input type="radio"/> Ja (6)
	b) Verfahren, die beinhalten, dass weder Name noch Telefonnummer von stationär aufgenommenen Opfern weitergegeben werden?	<input type="radio"/> Nein (0)	<input type="radio"/> Ja (3)
	c) Verfahren, die den sicheren Transport der Opfer von der Klinik in Frauenhäuser oder andere sichere Ort gewährleistet?	<input type="radio"/> Nein (0)	<input type="radio"/> Ja (3)
1.7	Gibt es ein/e identifizierbare/n Koordinator/in für das Interventionsprogramm gegen häusliche Gewalt? Wenn ja, steht für diese Aufgaben...?	<input type="radio"/> Nein (0)	<input type="radio"/> Ja (0)
	a) eine Teilzeitkraft bzw. ein Teil einer Vollzeitkraft zur Verfügung?	<input type="radio"/> Nein (0)	<input type="radio"/> Ja (8)
	b) eine Vollzeitkraft ohne andere Verantwortlichkeiten zur Verfügung?	<input type="radio"/> Nein (0)	<input type="radio"/> Ja (12)
Gesamtsumme für Kategorie 1 (max. 146)		Punktezahl addieren	

Kategorie 2: Klinik als räumliche Umgebung

2.1	Hängen Poster und/oder liegen Broschüren/Flyer öffentlich aus, die häusliche Gewalt thematisieren? Wenn ja, an wie vielen Orten? (bis zu 35)	<input type="radio"/> Nein (0)	<input type="radio"/> Ja (0)
2.2	Werden Informationen über Beratungs- und Unterstützungsstellen (lokale/nationale Telefonnummern) bei häuslicher Gewalt (auf Postern, in Broschüren, Flyern oder Notfallkarten) verbreitet? Wenn ja, an wie vielen Orten? (bis zu 35)	<input type="radio"/> Nein (0)	<input type="radio"/> Ja (0)
2.3	Bietet die Klinik zeitweise (< 24 Std.) einen sicheren Aufenthalt für Opfer von häuslicher Gewalt, die nicht nach Hause gehen oder nicht in einem Frauenhaus bzw. einer anderen Zufluchtseinrichtung aufgenommen werden können? Wenn ja, ... (Bitte nur 1 Antwort)	<input type="radio"/> Nein (0)	<input type="radio"/> Ja (0)
	a) Betroffene können in der Ersten Hilfe/Rettungsstelle solange bleiben, bis ein sicherer Ort gefunden ist.		<input type="radio"/> Ja (15)
	b) Betroffenen wird ein sicherer Ruheraum außerhalb der Ersten Hilfe/Rettungsstelle angeboten, bis ein sicherer Ort gefunden ist.	oder	<input type="radio"/> Ja (25)
	c) Stationäre Betten stehen solange bereit, bis ein sicherer Ort gefunden ist.	oder	<input type="radio"/> Ja (30)
Gesamtsumme für Kategorie 2 (max. 140)		Punktezahl addieren	

Kategorie 3: Klinikkompetenzen

3.1	Wurden Mitarbeiter/innen in den letzten 3 Jahren zu ihrem Wissen von und ihrem Verhalten bei häuslicher Gewalt (schriftlich) befragt? Wenn ja, wer wurde befragt?	<input type="radio"/> Nein (0)	<input type="radio"/> Ja (0)
	a) Pflegekräfte	<input type="radio"/> Nein (0)	<input type="radio"/> Ja (7)
	b) Ärzteschaft	<input type="radio"/> Nein (0)	<input type="radio"/> Ja (7)
	c) Verwaltung	<input type="radio"/> Nein (0)	<input type="radio"/> Ja (8)
	d) andere Mitarbeiter/innen	<input type="radio"/> Nein (0)	<input type="radio"/> Ja (7)
3.2	Seit wann besteht das Interventionsprogramm in der Klinik? (Bitte nur 1 Antwort)		<input type="radio"/> Ja (3)
	a) 1 – 24 Monate		<input type="radio"/> Ja (6)
	b) 24 – 48 Monate	oder	<input type="radio"/> Ja (11)
	c) > 48 Monate	oder	
3.3	Gibt es klinikinterne Maßnahmen, wenn Mitarbeiterinnen von häuslicher Gewalt betroffen sind? Wenn ja, ...	<input type="radio"/> Nein (0)	<input type="radio"/> Ja (0)
	a) gibt es ein eigenes Selbstverständnis zum Umgang?	<input type="radio"/> Nein (0)	<input type="radio"/> Ja (7)
	b) sehen Personalrat/-vertretung oder Frauen-/Gleichstellungsbeauftragte spezifische Maßnahmen im Umgang mit Beschäftigten vor, die von häuslicher Gewalt betroffen sind?	<input type="radio"/> Nein (0)	<input type="radio"/> Ja (7)
	c) wird der Problemkomplex häusliche Gewalt bei den allgemeinen Personalfortbildungen oder -einführungen berücksichtigt?	<input type="radio"/> Nein (0)	<input type="radio"/> Ja (7)

3.4	Werden in dem Interventionsprogramm der Klinik kulturelle Aspekte berücksichtigt? Wenn ja, ...	<input type="radio"/> Nein (0)	<input type="radio"/> Ja (0)
	a) wird eine (Routine-)Befragung unabhängig von der kulturellen Herkunft der Patientin empfohlen?	<input type="radio"/> Nein (0)	<input type="radio"/> Ja (6)
	b) werden kulturelle oder migrationsspezifische Aspekte in den Fortbildungen zu häuslicher Gewalt angesprochen?	<input type="radio"/> Nein (0)	<input type="radio"/> Ja (6)
	c) sind Sprachmittler/innen für die Kommunikation mit Opfern, die sich nicht ausreichend verständigen können, verfügbar?	<input type="radio"/> Nein (0)	<input type="radio"/> Ja (3)
	d) liegen Informationen zu häuslicher Gewalt auch in anderen Sprachen aus?	<input type="radio"/> Nein (0)	<input type="radio"/> Ja (4)
Gesamtsumme für Kategorie 3 (max. 89)		Punktezahl addieren	

Kategorie 4: Fortbildungen

4.1	Gibt es einen formalen Fortbildungsplan für die Klinik? Wenn ja, ...	<input type="radio"/> Nein (0)	<input type="radio"/> Ja (10)
	a) beinhaltet der Plan reguläre, fortlaufende Fortbildungen für das medizinische Personal?	<input type="radio"/> Nein (0)	<input type="radio"/> Ja (10)
	b) beinhaltet der Plan reguläre, fortlaufende Informationen für das nichtmedizinische Personal?	<input type="radio"/> Nein (0)	<input type="radio"/> Ja (10)
4.2	Fanden in den letzten 12 Monaten Fortbildungen zu häuslicher Gewalt in der Klinik statt? Wenn ja, ...	<input type="radio"/> Nein (0)	<input type="radio"/> Ja (0)
	a) als Teil der obligatorischen Einführung von neuen Mitarbeiter/innen?	<input type="radio"/> Nein (0)	<input type="radio"/> Ja (15)
	b) für das medizinische Personal im Rahmen von Runden Tischen oder anderen Sitzungen?	<input type="radio"/> Nein (0)	<input type="radio"/> Ja (15)
4.3	Beinhaltet die Fortbildung zu häuslicher Gewalt Informationen zu...?	<input type="radio"/> Nein (0)	<input type="radio"/> Ja (0)
	a) Definition von häuslicher Gewalt	<input type="radio"/> Nein (0)	<input type="radio"/> Ja (1)
	b) Dynamik von häuslicher Gewalt	<input type="radio"/> Nein (0)	<input type="radio"/> Ja (1)
	c) Epidemiologie	<input type="radio"/> Nein (0)	<input type="radio"/> Ja (1)
	d) Gesundheitliche Folgen	<input type="radio"/> Nein (0)	<input type="radio"/> Ja (1)
	e) Empfehlungen für eine (Routine-)Befragung	<input type="radio"/> Nein (0)	<input type="radio"/> Ja (1)
	f) Feststellen von häuslicher Gewalt	<input type="radio"/> Nein (0)	<input type="radio"/> Ja (1)
	g) Dokumentation	<input type="radio"/> Nein (0)	<input type="radio"/> Ja (1)
	h) Intervention	<input type="radio"/> Nein (0)	<input type="radio"/> Ja (1)
	i) Klären der Gefährdungssituation, Sicherheitsplanung	<input type="radio"/> Nein (0)	<input type="radio"/> Ja (1)
	j) Lokale Unterstützungsangebote und -projekte	<input type="radio"/> Nein (0)	<input type="radio"/> Ja (1)
	k) Empfehlungen für die Berichterstattung	<input type="radio"/> Nein (0)	<input type="radio"/> Ja (1)
	l) Rechtliche Aspekte	<input type="radio"/> Nein (0)	<input type="radio"/> Ja (1)
	m) Vertraulichkeit der Daten, Datenschutz	<input type="radio"/> Nein (0)	<input type="radio"/> Ja (1)
	n) Kulturelle Aspekte	<input type="radio"/> Nein (0)	<input type="radio"/> Ja (1)
	o) Präsentation des Interventionsprogramms in der Klinik	<input type="radio"/> Nein (0)	<input type="radio"/> Ja (1)
4.4	Werden die Fortbildung zu häuslicher Gewalt angeboten von...?		<input type="radio"/> Ja (10)
	a) einer Einzelperson		<input type="radio"/> Ja (10)
	b) einem Team von internem medizinischem Personal	oder	<input type="radio"/> Ja (15)
	c) einem multidisziplinären Team mit lokalen Experten/innen	oder	<input type="radio"/> Ja (25)
Gesamtsumme für Kategorie 4 (max. 124)		Punktezahl addieren	

Kategorie 5: Fortbildungen

5.1	Gibt es ein standardisiertes Befragungsinstrument mit mindestens 3 Fragen ¹⁶ zur (Routine-)Befragung von Patientinnen zu häuslicher Gewalt? Wenn ja, ist dieses Instrument...? (Bitte nur 1 Antwort)	<input type="radio"/> Nein (0)	<input type="radio"/> Ja (10)
	a) als separates Formular den Anamnesebögen zugeordnet?	<input type="radio"/> Nein (0)	<input type="radio"/> Ja (1)
	b) als Frage in allen Erste Hilfe- oder anderen ambulanten Patientinnen-Anamnesebögen enthalten?		<input type="radio"/> Ja (20)
	c) als Frage in den Anamnesebögen für zwei oder drei ambulante Bereiche enthalten?	oder	<input type="radio"/> Ja (25)
	d) als Frage in den Anamnesebögen für alle ambulanten und stationären Bereiche enthalten?	oder	<input type="radio"/> Ja (30)
		oder	<input type="radio"/> Ja (36)
5.2	Bei wie viel Prozent von in Frage kommenden Patientinnen ist eine (Routine-)Befragung zu häuslicher Gewalt dokumentiert (basierend auf einer Stichprobe der Anamnesebögen aus einem Klinikbereich)? (Bitte nur 1 Antwort)		<input type="radio"/> Ja (0)
	a) Wurde nicht durchgeführt oder ist nicht durchführbar	oder	<input type="radio"/> Ja (4)
	b) 0 - 10%	oder	<input type="radio"/> Ja (9)
	c) 11 - 25%	oder	<input type="radio"/> Ja (18)
	d) 25 - 50%	oder	<input type="radio"/> Ja (28)
	e) 50 - 75%	oder	<input type="radio"/> Ja (37)
	f) 75 - 100%		
5.3	Gibt es ein standardisiertes Verfahren zur Klärung der Gefährdungssituation und zur Sicherheitsplanung mit Opfern von häuslicher Gewalt?	<input type="radio"/> Nein (0)	<input type="radio"/> Ja (27)
Gesamtsumme für Kategorie 5 (max. 235)		Punktezahl addieren	

Kategorie 6: Dokumentation

6.1	Gibt es ein standardisiertes Instrument zur Dokumentation von vermuteten oder bekannten Fällen von häuslicher Gewalt? Wenn ja, beinhaltet es...?	<input type="radio"/> Nein (0)	<input type="radio"/> Ja (0)
	a) Informationen über das Ergebnis der (Routine-)Befragung?	<input type="radio"/> Nein (0)	<input type="radio"/> Ja (10)
	b) die Beschreibung der aktuellen oder früheren Misshandlung in den Worten des Opfers?	<input type="radio"/> Nein (0)	<input type="radio"/> Ja (10)
	c) den Namen des genannten Täters und die Beziehung zwischen Opfer und Täter?	<input type="radio"/> Nein (0)	<input type="radio"/> Ja (10)
	d) ein Körperschema zur Dokumentation von Verletzungen?	<input type="radio"/> Nein (0)	<input type="radio"/> Ja (10)
	e) Informationen, ob die betroffene Patientin über Unterstützungsprojekte informiert oder ob sie weitervermittelt wurde?	<input type="radio"/> Nein (0)	<input type="radio"/> Ja (10)
6.2	Beinhaltet die Dokumentation fotografische, forensische Aufnahmen? Wenn ja, ...	<input type="radio"/> Nein (0)	<input type="radio"/> Ja (0)
	a) gibt es eine funktionierende (Digital-)Kamera mit entsprechendem Material im Behandlungsbereich?	<input type="radio"/> Nein (0)	<input type="radio"/> Ja (10)
	b) erhalten Klinikmitarbeiter/innen eine Einführung in die Kamerabedienung?	<input type="radio"/> Nein (0)	<input type="radio"/> Ja (10)
	c) bieten Klinikmitarbeiter/innen jedem Opfer von häuslicher Gewalt eine Fotodokumentation der Verletzungen an?	<input type="radio"/> Nein (0)	<input type="radio"/> Ja (10)
	d) gibt es einen Konsens zur Art des Fotografierens?	<input type="radio"/> Nein (0)	<input type="radio"/> Ja (10)
	e) Wird jede Verletzung für eine medizinische Dokumentation von dem/der ärztlichen oder pflegerischen Mitarbeiter/innen (ausgeschlossen Sozialarbeiter/-innen oder häusliche Gewalt-Experten/innen) auch dann fotografiert, wenn die Polizei eine eigene Fotodokumentation vorsieht?	<input type="radio"/> Nein (0)	<input type="radio"/> Ja (10)
Gesamtsumme für Kategorie 6 (max. 100)		Punktezahl addieren	

© S.I.G.N.A.L. e.V. 2005

¹⁶ Es sollten mindestens 3 Fragen vorgesehen werden, um Frauen mehrfach und in verschiedener Weise die Möglichkeit zu geben, Gewalterfahrungen offen zu legen.

Kategorie 7: Interventionsangebote

7.1	Gibt es eine standardisierte Interventionscheckliste oder (klinikinterne) Leitlinien für Mitarbeiter/innen bei Opfern von häuslicher Gewalt?	<input type="radio"/> Nein (0)	<input type="radio"/> Ja (14)
7.2	Gibt es das Angebot einer sofortigen Vorort-Beratung für Opfer von häuslicher Gewalt? Wenn ja, ... a) wird es von einer Expertin/einem Experten zu bestimmten Zeiten angeboten? b) wird es von einer Expertin/einem Experten jederzeit angeboten?	<input type="radio"/> Nein (0)	<input type="radio"/> Ja (9) <input type="radio"/> Ja (10) oder <input type="radio"/> Ja (20)
7.3	Wird in dem Interventionsprogramm bei der Anamnese die psychische Situation der Patientin berücksichtigt? Wenn ja, ...? (Bitte nur 1 Antwort) a) nur dann, wenn es angezeigt erscheint? b) regelmäßig erfragt?	<input type="radio"/> Nein (0)	<input type="radio"/> Ja (10) <input type="radio"/> Ja (5) oder <input type="radio"/> Ja (9)
7.4	Gibt es bei Bedarf einen Transportdienst für Betroffene?	<input type="radio"/> Nein (0)	<input type="radio"/> Ja (10)
7.5	Beinhaltet das Interventionsprogramm ein Follow-up-Kontakt oder eine Wiedereinbestellung der Betroffenen nach dem ersten Kontakt?	<input type="radio"/> Nein (0)	<input type="radio"/> Ja (15)
7.6	Gibt es in der Klinik das Angebot einer sofortigen rechtlichen Beratung?	<input type="radio"/> Nein (0)	<input type="radio"/> Ja (9)
7.7	Gibt es in der Klinik Unterstützungsangebote für die Kinder von Opfern von häuslicher Gewalt?	<input type="radio"/> Nein (0)	<input type="radio"/> Ja (11)
7.8	Werden Interventionen bei häuslicher Gewalt mit dem Verfahren bei Vergewaltigung, psychischen Störungen und Substanzmissbrauch in der Klinik koordiniert?	<input type="radio"/> Nein (0)	<input type="radio"/> Ja (12)
Gesamtsumme für Kategorie 7 (max. 115)		Punktezahl addieren	

Kategorie 8: Evaluation

8.1	Gibt es eine standardisierte Interventionscheckliste oder (klinikinterne) Leitlinien für Mitarbeiter/innen bei der Behandlung von Opfern häuslicher Gewalt? Wenn ja, ...? a) wird mit diesem Instrument die (Routine-)Befragung zu häuslicher Gewalt regelmäßig periodisch evaluiert? b) Beinhaltet es eine fachinterne und/oder berufsgruppenspezifische Fallanalyse?	<input type="radio"/> Nein (0)	<input type="radio"/> Ja (25) <input type="radio"/> Ja (18) <input type="radio"/> Ja (17)
8.2	Erhalten Mitarbeiter/innen eine standardisierte Rückkopplung über den Fortschritt des Programms und über die Versorgungssituation betroffener Patientinnen?	<input type="radio"/> Nein (0)	<input type="radio"/> Ja (21)
8.3	Gibt es ein Verfahren, um die Einschätzung und Zufriedenheit von Betroffenen und Unterstützungsprojekten mit dem Interventionsprogramm der Klinik zu beurteilen?	<input type="radio"/> Nein (0)	<input type="radio"/> Ja (19)
Gesamtsumme für Kategorie 8 (max. 100)		Punktezahl addieren	

Kategorie 9: Kooperation und Zusammenarbeit

9.1	Arbeitet die Klinik mit lokalen Anti-Gewalt-Projekten zusammen? Wenn ja, in welcher Form...?	<input type="radio"/> <i>Nein (0)</i>	<input type="radio"/> <i>Ja (0)</i>
	a) Zusammenarbeit bei den Fortbildungen?	<input type="radio"/> <i>Nein (0)</i>	<input type="radio"/> <i>Ja (10)</i>
	b) Zusammenarbeit bei der Entwicklung von Strategien und Maßnahmen?	<input type="radio"/> <i>Nein (0)</i>	<input type="radio"/> <i>Ja (10)</i>
	c) Zusammenarbeit in einer Arbeitsgruppe zu häuslicher Gewalt?	<input type="radio"/> <i>Nein (0)</i>	<input type="radio"/> <i>Ja (10)</i>
	d) Zusammenarbeit bei der Unterstützung?	<input type="radio"/> <i>Nein (0)</i>	<input type="radio"/> <i>Ja (12)</i>
9.2	Arbeitet die Klinik mit lokalen Strafverfolgungsbehörden (Polizei etc.) und deren Programm bei häuslicher Gewalt zusammen? Wenn ja, in welcher Form...?	<input type="radio"/> <i>Nein (0)</i>	<input type="radio"/> <i>Ja (0)</i>
	a) Zusammenarbeit bei den Fortbildungen und Trainings?	<input type="radio"/> <i>Nein (0)</i>	<input type="radio"/> <i>Ja (11)</i>
	b) Zusammenarbeit bei der Entwicklung von Strategien und Maßnahmen?	<input type="radio"/> <i>Nein (0)</i>	<input type="radio"/> <i>Ja (11)</i>
	c) Zusammenarbeit in einer Arbeitsgruppe zu häuslicher Gewalt?	<input type="radio"/> <i>Nein (0)</i>	<input type="radio"/> <i>Ja (12)</i>
9.3	Gibt es eine Kooperation mit Interventionsprogrammen anderer Gesundheitseinrichtungen? Wenn ja,...?	<input type="radio"/> <i>Nein (0)</i>	<input type="radio"/> <i>Ja (0)</i>
	a) Kooperation mit anderen Kliniken?	<input type="radio"/> <i>Nein (0)</i>	<input type="radio"/> <i>Ja (12)</i>
	b) Kooperation mit anderen Gesundheitssystemen in der Region (niedergelassene Praxen, ÖGD)?	<input type="radio"/> <i>Nein (0)</i>	<input type="radio"/> <i>Ja (12)</i>
Gesamtsumme für Kategorie 9 (max. 100)		Punktezahl addieren	

2.12 Ermittlung der nötigen finanziellen Ressourcen

Die Entwicklung und Implementierung eines Interventionsprogramms verursacht Kosten, die einer Finanzierung bedürfen. Neben Kosten für die Materialien und dem Honorar für die Trainer/innen der Fortbildungen entstehen weitere Unkosten bei der Freistellung von Mitarbeiter/innen für einzelne Aufgaben im Rahmen des Projekts sowie für die Teilnahme an den Fortbildungen. Vorab sollte entschieden werden, ob ein Modell mit externen oder internen Trainer/innen¹⁷ gewählt wird.

Folgende Auflistung kann bei der Planung von Interventionsprogrammen sowie der hierfür bereitzustellenden finanziellen Ressourcen hilfreich sein.

Legen Sie fest, wer im 1. Jahr des Interventionsprogramms an spezifischen Fortbildungen teilnehmen oder informiert werden soll. Geben Sie die geschätzte Anzahl an.

a) leitende Ärzte/innen	
b) Ärzte/innen	
c) leitende Angestellte	
d) Pflegekräfte	
e) Mitarbeiter/innen anderer Gesundheitsberufe	
f) sonstiges Personal	

Welche Mitarbeiter/innen sollen im 2. und 3. Jahr geschult/informiert werden. Geben Sie die geschätzte Anzahl an.

a) leitende Ärzte/innen	
b) Ärzte/innen	
c) leitende Angestellte	
d) Pflegekräfte	
e) Mitarbeiter/innen anderer Gesundheitsberufe	
f) sonstiges Personal	

Modell 1: Interne Trainer/innen (Train-the-Trainer)

a) Kosten für das Training der Trainer/innen	
b) Anzahl der Fachdisziplinen/Stationen	
c) Anzahl der Fortbildungsstunden je Fachdisziplinen/Stationen	
d) Trainer/innenhonorar (je Stunde)	
e) Kosten für alle Fachdisziplinen/Stationen (Stunden x Honorar x Stationen)	
f) Reisekosten	
g) andere Kosten (Informationsmaterialien, Videos, etc.)	

Modell 2: Externe Trainer/innen

a) Trainer/innenhonorar	
b) Kosten für Organisation der Fortbildungen (Stundenanzahl x Kosten je Stunde)	
c) Reisekosten	
d) andere Kosten (Informationsmaterialien, Videos, etc.)	

Kosten für die Teilnahme an Fortbildungen

a) Kosten für die Teilnahme leitender Ärzte/innen	
Einführungsfortbildung (Stundenanzahl x Anzahl Mitarbeiter/innen)	
vertiefende, weitergehende Fortbildungen (Stundenanzahl x Anzahl Mitarbeiter/innen)	
b) Kosten für die Teilnahme von leitenden Angestellten	
Einführungsfortbildungen (Stundenanzahl x Anzahl Mitarbeiter/innen)	
vertiefende, weitergehende Fortbildungen (Stundenanzahl x Anzahl Mitarbeiter/innen)	
c) Kosten für die Teilnahme von Ärzte/innen	
Einführungsfortbildungen (Stundenanzahl x Anzahl Mitarbeiter/innen)	
vertiefende, weitergehende Fortbildungen (Stundenanzahl x Anzahl Mitarbeiter/innen)	
d) Kosten für die Teilnahme von Pflegekräften	
Einführungsfortbildungen (Stundenanzahl x Anzahl Mitarbeiter/innen)	
vertiefende, weitergehende Fortbildungen (Stundenanzahl x Anzahl Mitarbeiter/innen)	
e) Kosten für die Teilnahme von Mitarbeiter/innen anderer Gesundheitsberufe	
Einführungsfortbildung (Stundenanzahl x Anzahl Mitarbeiter/innen)	
vertiefende, weitergehende Schulung (Stundenanzahl x Anzahl Mitarbeiter/innen)	
f) Kosten für die Information von anderen Mitarbeiter/innen	
Einführungsinformation (Stundenanzahl x Anzahl Mitarbeiter/innen)	

Personalkosten	
a) Koordinator/in der Programmimplementierung	
b) Freistellung zur Teilnahme an Projekt-/Arbeitsgruppe	
c) Freistellung zur Teilnahme an Fortbildungen	
d) Ggf. häusliche Gewalt-Expertin der Klinik für sofortige Beratung	
e) Freistellung von Leitungskräften zur Unterstützung des Programms	
f) Mitarbeiter/in zur Evaluation und Qualitätsassessment des Programms	

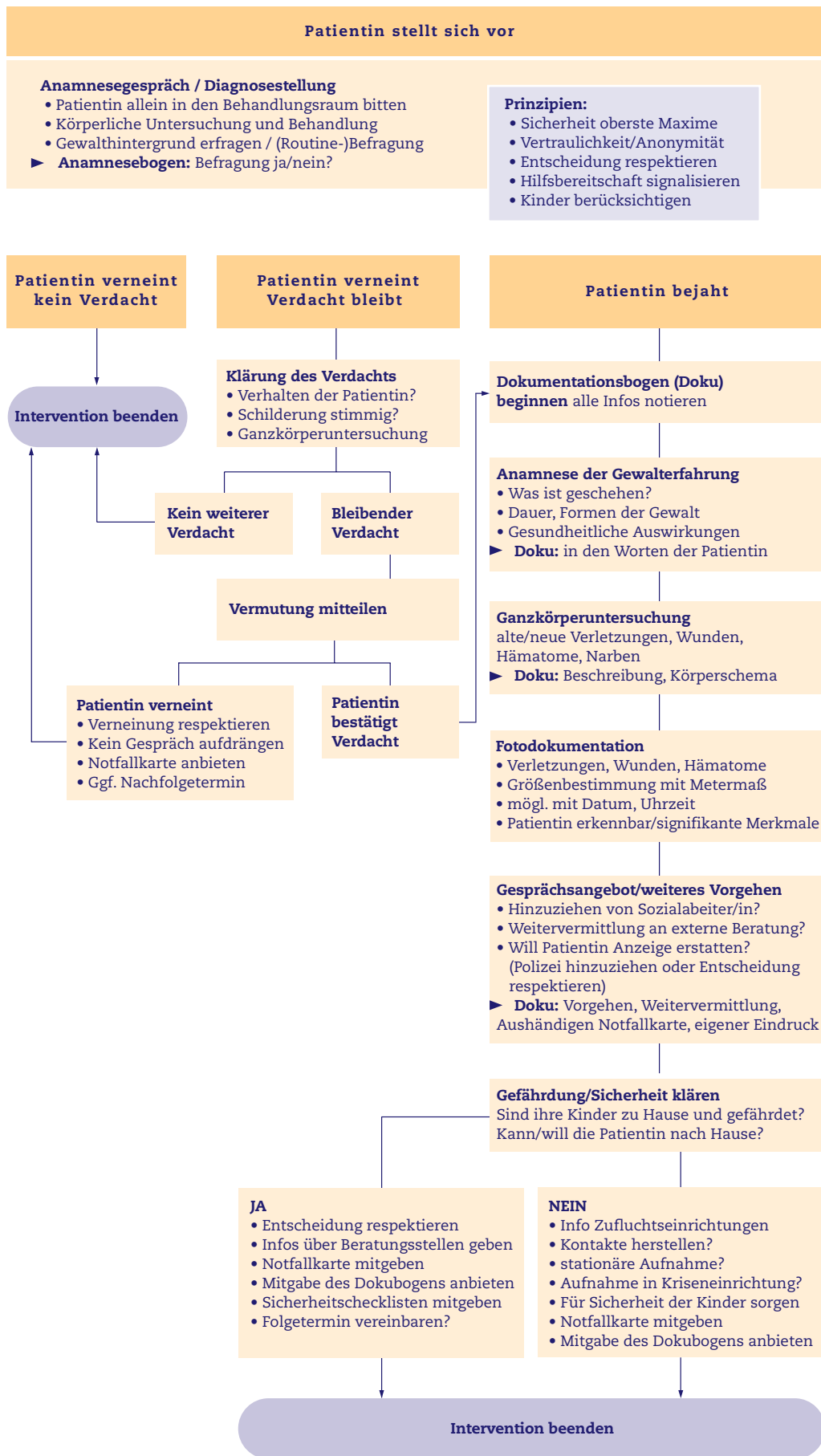
Kosten für die Bereitstellung von Materialien	
a) Informationsmaterial/Fotokopien (Anzahl, Kosten)	
b) Notfallkarten (Kosten für Entwicklung, Druck)	
c) Poster (Kosten für Entwicklung, Druck)	
d) Dokumentationsbögen und andere Formulare	
e) Digitalkameras, entsprechende Drucker, Speichermedien	
f) andere administrative Materialien (Evaluation etc.)	
g) Anschaffungskosten für Handbücher/Manuale etc.	
h) andere Materialien	

Sonstige Kosten	
a) Im 1. Jahr	
Büroeinrichtung	
Computer	
b) Jährliche Kosten	
Anschaffung neuer Materialien	
Kopierkosten	
Portokosten	
Telefonkosten	
Büromaterialien	

3 Praxisorientierte Materialien für den medizinischen Alltag

Nachfolgend sind kopierbare Materialien angeführt, die im medizinischen Alltag zur Information und Erinnerung eingesetzt werden können:

- Interventionsflussdiagramm
- S.I.G.N.A.L.-Leitfaden
- S.I.G.N.A.L.-Information im Taschenformat
- Dokumentationsbogen
- Indikatorenliste
- Gefahren-Assessment
- Checkliste zur Sicherheitsplanung für die Patientin



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.

S.I.G.N.A.L.-Leitfaden zu häuslicher Gewalt

Häusliche Gewalt beschreibt Gewalt zwischen Erwachsenen in partnerschaftlichen oder familiären Beziehungen. Es ist ein komplexes und i.d.R. alltägliches Misshandlungssystem von direkten und subtilen Gewaltformen, wie körperlichen, sexuellen und psychischen Angriffen. 90% der Opfer sind Frauen. Gewalt nimmt ohne Intervention an Häufigkeit und Schwere zu. Die gesundheitlichen Auswirkungen sind immens und Opfer suchen vermehrt Gesundheitseinrichtungen auf.

Indikatoren für häusliche Gewalt

Verletzungs trauma, Vergewaltigung, Selbstmord-/Selbstverletzungsversuche, Essstörungen, physische Stress-Symptome, Angst-/Panikattacken, Depressionen, unspezifische Beschwerden, Verletzungen oder Komplikationen während der Schwangerschaft, Substanzmittelmissbrauch. Verletzung stimmt nicht mit der erklärten Ursache überein, verspätetes oder häufiges Aufsuchen der Rettungsstelle. Scheu vor dem Partner zu sprechen, überbesorgter oder kontrollierender Partner.

Fragen Sie jede Patientin nach häuslicher Gewalt

Sprechen sie mit ihrer Patientin in einer privaten, sicheren Atmosphäre.

Interview mit konkreten einfachen Fragen:

„Wir wissen, dass viele Frauen von Gewalt betroffen sind und unter gesundheitlichen Folgen leiden. Daher fragen wir alle Patientinnen, ob sie Gewalt oder Misshandlungen erlitten haben.“

„Hat Ihnen jemand diese Verletzungen zugefügt? Wer hat Sie Ihnen zugefügt?“

„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...“

Hören Sie zu, ohne zu urteilen. Den meisten Frauen fällt es schwer, über Gewalterlebnisse zu sprechen.

S.I.G.N.A.L.-Leitfaden zu häuslicher Gewalt

Häusliche Gewalt beschreibt Gewalt zwischen Erwachsenen in partnerschaftlichen oder familiären Beziehungen. Es ist ein komplexes und i.d.R. alltägliches Misshandlungssystem von direkten und subtilen Gewaltformen, wie körperlichen, sexuellen und psychischen Angriffen. 90% der Opfer sind Frauen. Gewalt nimmt ohne Intervention an Häufigkeit und Schwere zu. Die gesundheitlichen Auswirkungen sind immens und Opfer suchen vermehrt Gesundheitseinrichtungen auf.

Indikatoren für häusliche Gewalt

Verletzungs trauma, Vergewaltigung, Selbstmord-/Selbstverletzungsversuche, Essstörungen, physische Stress-Symptome, Angst-/Panikattacken, Depressionen, unspezifische Beschwerden, Verletzungen oder Komplikationen während der Schwangerschaft, Substanzmittelmissbrauch.

Verletzung stimmt nicht mit der erklärten Ursache überein, verspätetes oder häufiges Aufsuchen der Rettungsstelle.

Scheu vor dem Partner zu sprechen, überbesorgter oder kontrollierender Partner.

Fragen Sie jede Patientin nach häuslicher Gewalt

Sprechen sie mit ihrer Patientin in einer privaten, sicheren Atmosphäre.

Interview mit konkreten einfachen Fragen:

„Wir wissen, dass viele Frauen von Gewalt betroffen sind und unter gesundheitlichen Folgen leiden. Daher fragen wir alle Patientinnen, ob sie Gewalt oder Misshandlungen erlitten haben.“

„Hat Ihnen jemand diese Verletzungen zugefügt? Wer hat Sie Ihnen zugefügt?“

„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...“

Hören Sie zu, ohne zu urteilen. Den meisten Frauen fällt es schwer, über Gewalterlebnisse zu sprechen.

S.I.G.N.A.L.-Leitfaden zu häuslicher Gewalt

Häusliche Gewalt beschreibt Gewalt zwischen Erwachsenen in partnerschaftlichen oder familiären Beziehungen. Es ist ein komplexes und i.d.R. alltägliches Misshandlungssystem von direkten und subtilen Gewaltformen, wie körperlichen, sexuellen und psychischen Angriffen. 90% der Opfer sind Frauen. Gewalt nimmt ohne Intervention an Häufigkeit und Schwere zu. Die gesundheitlichen Auswirkungen sind immens und Opfer suchen vermehrt Gesundheitseinrichtungen auf.

Indikatoren für häusliche Gewalt

Verletzungs trauma, Vergewaltigung, Selbstmord-/Selbstverletzungsversuche, Essstörungen, physische Stress-Symptome, Angst-/Panikattacken, Depressionen, unspezifische Beschwerden, Verletzungen oder Komplikationen während der Schwangerschaft, Substanzmittelmissbrauch.

Verletzung stimmt nicht mit der erklärten Ursache überein, verspätetes oder häufiges Aufsuchen der Rettungsstelle.

Scheu vor dem Partner zu sprechen, überbesorgter oder kontrollierender Partner.

Fragen Sie jede Patientin nach häuslicher Gewalt

Sprechen sie mit ihrer Patientin in einer privaten, sicheren Atmosphäre.

Interview mit konkreten einfachen Fragen:

„Wir wissen, dass viele Frauen von Gewalt betroffen sind und unter gesundheitlichen Folgen leiden. Daher fragen wir alle Patientinnen, ob sie Gewalt oder Misshandlungen erlitten haben.“

„Hat Ihnen jemand diese Verletzungen zugefügt? Wer hat Sie Ihnen zugefügt?“

„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...“

Hören Sie zu, ohne zu urteilen. Den meisten Frauen fällt es schwer, über Gewalterlebnisse zu sprechen.



Untersuchen Sie die Patientin gründlich

Gründliche Untersuchung alter und neuer Verletzungen. Unterschiedlichen Heilungsstadien können Hinweise auf häusliche Gewalt sein.

Dokumentieren Sie Befund und weiteres Vorgehen

- Notieren und dokumentieren Sie alle Befunde und Angaben (Dokumentationsbogen), so dass sie gerichtsverwertbar sind:
- Ergebnisse der Untersuchung, genaue Diagnose
 - physische Verletzungen (Anzahl, Größe, Lage)
 - Tathergang (Ort, Täter, Gewalthandlung, Zeugen/innen) in eigenen Worten der Patientin
 - Nennung der Beweismittel, Fotodokumentation
 - psychische Verfassung, Traumageschichte, soziale Situation
 - Verbleib und Weitervermittlung der Patientin

Sicherheit, Schutz und Information

Abklären des aktuellen Schutzbedürfnisses. Schutz und Sicherheit der Patientin und Beendigung der Gewalt sind Grundlage und Ziel jeder Intervention. Gewalt eskaliert in Trennungssituationen! Fragen Sie:

- Hat die Gewalt in letzter Zeit zugenommen, wurde mit Mord, Selbstmord gedroht, wurden die Kinder bedroht, gibt es Waffen im Haus?
- Hat die Patientin Angst, nach Hause zu gehen? Sind Kinder zu Hause geblieben?
- Kann sie an einen anderen Ort/Zuflucht oder kurzfristig in der Klinik aufgenommen werden?
- Möchte sie die Polizei einschalten, Wegweisung beantragen?

Leitfaden mit Notrufnummern und Unterstützungsangeboten anbieten, nicht aufdrängen. Frauen werden zu einem für sie richtigen Zeitpunkt von ihnen Gebrauch machen.

Vermitteln Sie ihr, dass sie...

- es nicht verdient hat, so behandelt zu werden.
- nicht allein ist.
- jederzeit wieder kommen kann.
- Hilfe und Unterstützung erhalten kann.

© S.I.G.N.A.L. e.V. 2005

Untersuchen Sie die Patientin gründlich

Gründliche Untersuchung alter und neuer Verletzungen. Unterschiedlichen Heilungsstadien können Hinweise auf häusliche Gewalt sein.

Dokumentieren Sie Befund und weiteres Vorgehen

- Notieren und dokumentieren Sie alle Befunde und Angaben (Dokumentationsbogen), so dass sie gerichtsverwertbar sind:
- Ergebnisse der Untersuchung, genaue Diagnose
 - physische Verletzungen (Anzahl, Größe, Lage)
 - Tathergang (Ort, Täter, Gewalthandlung, Zeugen/innen) in eigenen Worten der Patientin
 - Nennung der Beweismittel, Fotodokumentation
 - psychische Verfassung, Traumageschichte, soziale Situation
 - Verbleib und Weitervermittlung der Patientin

Sicherheit, Schutz und Information

Abklären des aktuellen Schutzbedürfnisses. Schutz und Sicherheit der Patientin und Beendigung der Gewalt sind Grundlage und Ziel jeder Intervention. Gewalt eskaliert in Trennungssituationen! Fragen Sie:

- Hat die Gewalt in letzter Zeit zugenommen, wurde mit Mord, Selbstmord gedroht, wurden die Kinder bedroht, gibt es Waffen im Haus?
- Hat die Patientin Angst, nach Hause zu gehen? Sind Kinder zu Hause geblieben?
- Kann sie an einen anderen Ort/Zuflucht oder kurzfristig in der Klinik aufgenommen werden?
- Möchte sie die Polizei einschalten, Wegweisung beantragen?

Leitfaden mit Notrufnummern und Unterstützungsangeboten anbieten, nicht aufdrängen. Frauen werden zu einem für sie richtigen Zeitpunkt von ihnen Gebrauch machen.

Vermitteln Sie ihr, dass sie...

- es nicht verdient hat, so behandelt zu werden.
- nicht allein ist.
- jederzeit wieder kommen kann.
- Hilfe und Unterstützung erhalten kann.

© S.I.G.N.A.L. e.V. 2005

Untersuchen Sie die Patientin gründlich

Gründliche Untersuchung alter und neuer Verletzungen. Unterschiedlichen Heilungsstadien können Hinweise auf häusliche Gewalt sein.

Dokumentieren Sie Befund und weiteres Vorgehen

- Notieren und dokumentieren Sie alle Befunde und Angaben (Dokumentationsbogen), so dass sie gerichtsverwertbar sind:
- Ergebnisse der Untersuchung, genaue Diagnose
 - physische Verletzungen (Anzahl, Größe, Lage)
 - Tathergang (Ort, Täter, Gewalthandlung, Zeugen/innen) in eigenen Worten der Patientin
 - Nennung der Beweismittel, Fotodokumentation
 - psychische Verfassung, Traumageschichte, soziale Situation
 - Verbleib und Weitervermittlung der Patientin

Sicherheit, Schutz und Information

Abklären des aktuellen Schutzbedürfnisses. Schutz und Sicherheit der Patientin und Beendigung der Gewalt sind Grundlage und Ziel jeder Intervention. Gewalt eskaliert in Trennungssituationen! Fragen Sie:

- Hat die Gewalt in letzter Zeit zugenommen, wurde mit Mord, Selbstmord gedroht, wurden die Kinder bedroht, gibt es Waffen im Haus?
- Hat die Patientin Angst, nach Hause zu gehen? Sind Kinder zu Hause geblieben?
- Kann sie an einen anderen Ort/Zuflucht oder kurzfristig in der Klinik aufgenommen werden?
- Möchte sie die Polizei einschalten, Wegweisung beantragen?

Leitfaden mit Notrufnummern und Unterstützungsangeboten anbieten, nicht aufdrängen. Frauen werden zu einem für sie richtigen Zeitpunkt von ihnen Gebrauch machen.

Vermitteln Sie ihr, dass sie...

- es nicht verdient hat, so behandelt zu werden.
- nicht allein ist.
- jederzeit wieder kommen kann.
- Hilfe und Unterstützung erhalten kann.

© S.I.G.N.A.L. e.V. 2005



Dokumentation

Hinweise zur Dokumentation

Mit einer Dokumentation vorliegender alter und neuer Verletzungen können gewaltbetroffener Patientinnen unterstützt werden, denn häusliche Gewalt findet in der Regel hinter verschlossenen Türen und ohne Zeugen statt. Bei bestimmten rechtlichen Verfahren, wie bei der Beantragung zivilrechtlicher Schutzmaßnahmen, einer Klage wegen Körperverletzung, im Zuge von Sorgerechtsentscheidungen, bei Besuchs- und Umgangsregelungen für die Kinder oder aufenthaltsrechtlichen Fragen können Nachweise über die erlittene Gewalt von entscheidender Bedeutung sein. 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. Auch von anderen Stellen wurden eigene Dokumentationsbögen entwickelt und angewandt.¹⁸ Es ist zu prüfen, welcher Bogen für die eigene Einrichtung geeignet erscheint oder ob ein spezieller Bogen entwickelt wird. Grundsätzlich sollte eine Dokumentation aber minimale Anforderungen erfüllen.

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)

Um den Dokumentationsbogen entsprechend ausfüllen zu können, bedarf es einer gründlichen und detaillierten Untersuchung und Befragung der Patientin nach allen Verletzungen und Beschwerden zum Zeitpunkt des Besuchs der Praxis oder des Krankenhauses.

.....
¹⁸ Dokumentationsbogen

· der „Gewaltintervention im Gesundheitswesen“ des Hessisches Sozialministerium: www.frauennotrufe-hessen.de
 · der Landesärztekammer Baden-Württemberg: www.aerztekammer-bw.de/20/gewzuhause/
 · der Ärztekammer Niedersachsen: www.aekn.de/web_aekn/home.nsf
 (Informationen, Veröffentlichungen, Materialien zu Häuslicher Gewalt)
 · Schleswig-Holstein: www.landesregierung.schleswig-holstein.de/coremedia/generator/Aktueller_20Bestand/MJF/Dokumente_20MJF/Brosch_C3_BCRe_20_2F_20Publikation/PDF/Diagnose_20Gewalt,property=pdf.pdf

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.

3.4.2 Hinweise zur Fotodokumentation

Fotos sind als sichtbarer Beweis bei der Dokumentation von Verletzungen von eindrucksvoller Bedeutung. In Zeiten der digitalen Fotografie wird das Verfahren zu einer kostengünstigen und effektiven Nachweisvariante. Eine Fotodokumentation sollte nur mit Zustimmung der Patientin durchgeführt werden. Sollten Patientinnen Bedenken äußern und vorerst auch keine Anzeige erstatten wollen, so kann Ihnen die besondere Bedeutung von Fotos vermittelt werden: Verletzungen verheilen, aber Fotos und Berichte beweisen auch nach Jahren die Gewalttätigkeiten. Bei Wiederholung und in rechtlichen Fällen kann ein Nachweis auch zu einem späteren Zeitpunkt wichtig sein. Bei einer Fotodokumentation sollten folgende Aspekte berücksichtigt werden.

Aspekte für eine Fotodokumentation:

- Für eine Fotodokumentation empfiehlt sich der Einsatz von Digitalkameras
- Digitalkameras sollten in entsprechender Anzahl vorhanden sein
- Die Kameras sollten funktionstüchtig sein
- Mitarbeiter/innen sollten die Kamera bedienen können
- Das Verfahren zur Sicherung der Fotos sollte verbindlich festgeschrieben sein
- Fotos sollten vor einer Behandlung gemacht werden
- Auf den Fotos sollte die Patientin eindeutig zu erkennen sein (Gesicht oder unverwechselbare Kennzeichen der Patientin)
- Datum und Uhrzeit sollten auf dem Foto festgehalten werden
- Ein Lineal kann die Größe der Verletzung verdeutlichen
- Bei Bedarf sind der Patientin die Fotos sofort auszuhändigen, sonst sind die Fotodokumentationen aufzubewahren
- Auf dem Dokumentationsbogen ist festzuhalten, welche Fotos gemacht wurden und wo sie gesichert werden

Name der Patientin

Datum

Uhrzeit

Sorgen Sie dafür, daß die Patientin alleine ist!
Sprechen Sie die Patientin an!

Interview mit direkten Fragen

(Ich habe den Eindruck, ihre Verletzungen sind durch körperliche Gewalt entstanden. Möchten Sie schildern, wie ihre Verletzungen entstanden sind?)

Angaben der Patientin über den Hergang. Notieren Sie mit den eigenen Worten der Patientin

.....

.....

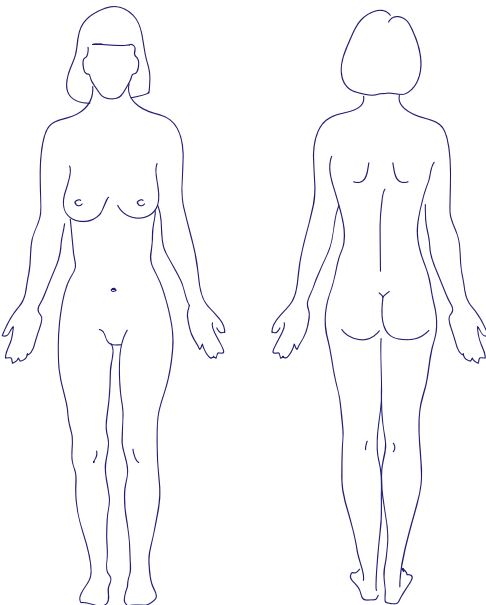
.....

.....

.....

.....

Gründliche Untersuchungen alter und neuer Verletzungen
wo befinden sich die Verletzungen



ALT		NEU
■	Blutunterlaufen (Hämatom)	□
●	Offene Wunde	○
▼	Schürfung	▽
◆	Schwellung	◇
*	Punktblutung (Petechien)	+

(bitte markieren und jeweils bei alt oder neu ankreuzen)

Weitere Beschwerden der Patientin:

.....

.....

.....

.....

.....

Notieren und Dokumentieren

Befunde/Ergebnisse

Röntgen: ja nein Urin-Stix: ja nein

Sono: ja nein Abstriche: ja nein wo

Konsil:

Sonstiges:

.....

.....

Fotos: ja nein Anzahl

Asservate sicher gestellt (z.B. Kleidungsstücke) ja nein

welche

Zeitpunkt des Vorfalls

Angaben zum Beschuldigten

Begleitperson: Wer hat den Vorfall beobachtet?

A bklären des Schutzbedürfnisses

Patientin geht nach Hause ja nein benötigt Polizeischutz ja nein

Patientin geht in Frauenhaus zu FreundInnen zu Verwandten wird aufgenommen

Polizei benachrichtigt? ja nein

Falls ja, Polizeidirektion Datum/Uhrzeit

Name des/der Beamten/in

Leitfaden über Hilfsangebote und Notruf

Patientin hat: Notfallkarte erhalten ja nein

anderes Informationsmaterial ja nein

Termin in der Klinik verabredet ja nein wann/wo

Sonstiges:

.....

Fremdeinwirkung vermutet ja nein

Begründung des Verdachts:

.....

.....

.....

Dokumentation: Name Unterschrift

Indikatorenliste für Gewalt

Folgende Indikatoren weisen auf spezifische Formen erlittener Gewalt hin und helfen beim Diagnostizieren. Bei Vorliegen der hier aufgezählten Merkmale sollte auf jeden Fall immer eine Intervention erfolgen. Im wesentlichen orientiert sich diese Liste an einer Vorlage des Arbeitskreises häusliche Gewalt bei der Ärztekammer Niedersachsen (AK häusliche Gewalt bei der Ärztekammer Niedersachsen 2002) und wurde ergänzt durch Hinweise anderer Modelllisten (FVPF 2002b; MJF 2002; Erdemgil-Brandstätter 2003). Die Tabellen können als kopierte Materialien in den Behandlungsräumen aufgehängt oder ausgelegt werden.

Gewaltform	Indikatoren
Körperliche Gewalt	
<ul style="list-style-type: none"> • Schläge (Faust, flache Hand, Gegenstände) 	<p>Hämatome, Prellungen, Quetschungen, Schürf- und Kratzwunden, Schwellungen, geformte Verletzungen (Gegenstand), Amnesie</p> <p>im Bereich von Kopf, Gesicht, Nacken, Hals, Oberarm, Brustkorb und Rücken.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Stöße 	<p>Hämatome, Prellungen, Schürfwunden, Frakturen (Rippenbrüche)</p> <p>im Bereich von Becken, Rücken, Ober- und Unterschenkel</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Tritte 	<p>Schürfwunden, Verletzungen an Ober- und Unterschenkel, Hämatome, Prellungen</p> <p>im Bereich von Rücken und Bauch</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Würgen (Hände, Schal, Gürtel etc.) 	<p>Würgemale, Hämatome, Schürf- und Kratzwunden, geplatzte Blutgefäße</p> <p>in der Augenbindehaut und im Gesicht</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Verbrennen (heiße Flüssigkeit, Zigaretten...) 	<p>Brandblasen, schlecht verheilte offene Brandwunden, Brandnarben</p> <p>im Bereich von Gesicht und Unterarm</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Stich- und Bissverletzungen 	<p>Stichwunden, Zahnabdrücke</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Fesseln 	<p>Geformte Hämatome, Prellungen, Quetschungen, Schürf- und Kratzwunden, Schwellungen</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Essensentzug 	<p>Unter-, Mangelernährung</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Misshandlung in der Schwangerschaft 	<p>typische Verletzungen (s.o.), Fehl-, Frühgeburten, gynäkologische und/oder sexuelle Probleme, niedriges Geburtsgewicht des Kindes</p>
Sexualisierte Gewalt	
<ul style="list-style-type: none"> • Vaginale, orale, anale Penetration (u.a. auch mit Gegenständen) • Zwang zu anderen sexuellen Handlungen 	<p>Vaginale und anale Verletzungen, Hämatome an den Innenseiten des Oberschenkels, starke Blutungen, Harnwegsinfekte, chronische (Unterleibs-)Schmerzen ohne organischen Befund, sexuell übertragbare Erkrankungen, HIV/Aids, ungewollte Schwangerschaften</p>

Weitere Indikatoren

Somatische Indikatoren

- Frakturen ohne nachvollziehbares adäquates Trauma, besonders Arm- und Rippenbrüche
- Verletzungen im Bereich des Beckens, an den Oberarmen, auf dem Rücken, an Ober- und Unterschenkel, Mittelgesichtsverletzungen
- Hämatome, Prellungen, Quetschungen, Würgemale, Schürf- und Kratzwunden, Schnittwunden, Hitzeeinwirkungen (Verbrennungen, Verbrühungen, Zigarettenmarken)
- Alte schlecht verheilte Frakturen
- Multiple Verletzungen unterschiedlichen Heilungsstadiums
- Fehlende Frontzähne
- Verminderte Hör- und Sehfähigkeit aufgrund alter Verletzungen

Gynäkologische Aspekte

- Vaginale, anale Verletzungen
- Starke Blutungen, Menstruationsbeschwerden

Psychosomatische Indikatoren

- Magen-Darm-Störungen
- Verdauungsbeschwerden
- diffuse Unterleibs-/Bauchbeschwerden ohne organische Ursache
- Herzrhythmusstörungen
- Kopfschmerzen, Migräne
- Hauterkrankungen
- Muskelverspannungen (Zervikal-, Schulter-Arm-Syndrom)
- chronische Schmerzzustände
- Atemstörungen
- Asthma bronchiale
- Menstruationsbeschwerden
- Unfruchtbarkeit
- sexuelle Probleme
- Eierstock- und Eileiterentzündung
- Schwangerschaftskomplikationen
- Erschöpfungszustände

Psychische Indikatoren

- akute/chronische posttraumatische Belastungsstörungen
- Kognitive Symptome (Denk- und Konzentrationsstörungen, Verwirrtheit, Desorientierung)
- Angststörungen, Panikattacken
- Depressionen
- Schlafstörungen, Alpträume
- Essstörungen
- Alkohol-, Nikotin-, Drogen-, Medikamentenabusus
- Selbstwertkrisen
- Ekel gegenüber dem eigenen Körper
- Selbstverletzendes Verhalten
- Suizidgedanken
- risikohaftes Sexualleben
- Schwierigkeit, befriedigende Beziehungen zu leben (Misstrauen, Angst vor Nähe, Isolation...)
- dissoziative Störungen
- Borderline (Selbstverletzung)
- Desorganisation der Persönlichkeit

Psychosoziale Hinweise

- Isolation
- Angst vor dem (begleitenden) Mann
- Scheu, über die wahren Ursachen der Konsultation zu sprechen
- auffallend große Zeitspanne zwischen der Verletzung und dem Aufsuchen der medizinischen Versorgungseinrichtung
- Art und Ausmaß der Verletzungen/Beschwerden stimmen nicht mit der Erklärung überein
- aufbrausende oder unterdrückte Wut
- interpersonelle Störungen (z.B. sozialer oder psychischer Rückzug)
- auffallendes Verhalten des begleitenden Mannes (überaktiv, überfürsorglich, dominant)
- Schwierigkeiten, Termine einzuhalten oder Therapieempfehlungen zu befolgen
- Scheu, über die Partnerschaft zu sprechen
- Wiederholte Konsultation, hohe Inanspruchnahme von gesundheitlicher Versorgung

Gefahren-Assessment

Mit folgendem Assessment kann abgeschätzt werden, in welcher Gefahrensituation sich die Patientin befindet. Als Vorlage diene das Danger Assessment¹⁹, das in den USA entwickelt und auf seine Validität getestet wurde (Campbell 1995; Campbell 2004; Kropp 2004). Im Gespräch mit Ihrer Patientin sollte anhand des Assessments abgeschätzt werden, ob sie momentan besonders gefährdet ist. Bitten Sie sie, die Fragen zu beantworten. Dringend erforderlich ist ein Gespräch mit der Patientin im Anschluss, um den Grad der Gefährdung abzuschätzen und in dem Sie mit ihr besprechen, wie sie sich schützen, welche Hilfe sie in Anspruch nehmen kann und welche Beratungs- oder Zufluchtsstellen sie unterstützen können.

Ansprache: „Ihr Wohl liegt mir am Herzen und ich mache mir Sorgen um Ihre Sicherheit. Bestimmte Faktoren weisen laut Erfahrungen auf ein höheres Tötungsrisiko von Frauen durch ihren gewalttätigen Partner hin. Weder Sie noch wir können die Entwicklung in Ihrem Fall voraussehen. Aber wir möchten, dass Ihnen die generell hohe Gefahr von Tötung oder Mord in Misshandlungsbeziehungen bewusst ist. Daher möchten wir Sie bitten, sich folgende Frage anzusehen und für Ihre Situation zu beurteilen. Im Anschluss möchten wir mit Ihnen die Antworten durch gehen und ggf. weitere Schritte zu Ihrer Sicherheit besprechen.“

(Legen Sie ihr einen Kalender vor.)

A. Bitte markieren Sie im Kalender für das letzte Jahr das ungefähre Datum, an dem Sie von Ihrem Ehemann, Partner, ehemaligen Ehemann oder Partner in folgender Weise angegriffen wurden.

Vermerken Sie bei dem entsprechenden Datum die Nummer der unten beschriebenen Gewalthandlungen und bewerten Sie die Schwere mit einer Zahl zwischen 1 und 5, wobei die Zahl 5 das Maximum beschreibt.

(Notieren Sie – wenn zutreffend – ggf. die jeweils höhere Zahl zur Beschreibung der Gewalthandlungen.)

1.	geohrfeigt, geschubst; ohne Verletzungen und/oder längeren Schmerzen
2.	geschlagen, getreten; mit Hämatomen/Prellungen, Schnittwunden und/oder länger andauernden Schmerzen
3.	zusammengeschlagen; mit schweren Hämatomen/Prellungen, Verbrennungen, Knochenbrüche
4.	Waffengebrauch angedroht; mit Kopfverletzungen, inneren Verletzungen, bleibenden Verletzungen
5.	Gebrauch von Waffen; mit Verletzungen durch den Gebrauch von Waffen

.....

¹⁹ <http://www.son.jhmi.edu/research/CNR/Homicide/DANGER.htm>

B. Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen mit Ja oder Nein.

(„Er“ meint Ihren Ehemann, Partner, den ehemaligen Ehemann oder Partner oder eine andere Person, von der Sie momentan körperlich verletzt wurden.)

1.	Hat die körperliche Gewalt in den vergangenen 12 Monaten an Schwere oder Häufigkeit zugenommen?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
2.	Besitzt er eine Schusswaffe oder andere Waffen?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
3.	Haben Sie ihn verlassen, nachdem Sie im letzten Jahr (oder länger) zusammengelebt haben? (Falls Sie nie mit ihm zusammengelebt haben, dann machen Sie bitte hier ein Kreuz ○)	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
4.	Hat er jemals eine Waffe gegen Sie gewendet oder Sie mit einer Waffe bedroht? Falls ja, war die Waffe eine Schusswaffe? <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
5.	Hat er gedroht, Sie umzubringen?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
6.	Hat er versucht, sich einer Verurteilung wegen häuslicher Gewalt zu entziehen?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
7.	Haben Sie ein Kind, das nicht von ihm ist?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
8.	Hat er Sie jemals zu sexuellen Handlungen gezwungen, wenn Sie nicht wollten?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
9.	Hat er jemals versucht sie zu erwürgen?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
10.	Konsumiert er illegale Drogen, wie Aufputzmittel oder Amphetamine, Speed, Angel Dust (PCP), Kokain, Crack, Strassendrogen oder Drogencocktails?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
11.	Ist er Alkoholiker oder ein Problemtrinker?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
12.	Kontrolliert er Ihre täglichen Aktivitäten? Wie z.B.: Sagt er Ihnen, mit wem Sie befreundet sein können, wann Sie Ihre Familie sehen könne, wie viel Geld Sie ausgeben dürfen oder wann Sie das Auto nehmen dürfen? (Wenn er versucht Sie zu kontrollieren, Sie sich jedoch nicht kontrollieren lassen, machen Sie bitte hier ein Kreuz ○)	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
13.	Ist er gewalttätig und permanent eifersüchtig? (Sagt er z.B.: „Wenn ich nicht mit dir zusammen sein kann, dann soll es auch kein anderer sein.“)	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
14.	Sind Sie jemals von ihm geschlagen worden, während Sie schwanger waren? (Wenn Sie nie von ihm schwanger waren, machen Sie bitte hier ein Kreuz ○)	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
15.	Hat er jemals angedroht oder versucht sich umzubringen?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
16.	Hat er gedroht, den Kindern etwas anzutun?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
17.	Glauben Sie, dass er fähig ist, Sie zu töten?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
18.	Verfolgt er Sie oder spioniert er Ihnen nach, droht er Ihnen auf Notizzetteln oder hinterlässt er entsprechende Nachrichten auf Ihrem Anrufbeantworter, zerstört er absichtlich Sachen von Ihnen oder ruft Sie an, wenn Sie es nicht wollen?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
19.	Haben Sie jemals an Selbstmord gedacht oder versucht, sich umzubringen?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Anzahl der Ja-Antworten			

Vielen Dank. Besprechen Sie mit ihrer Ärztin/ihrem Arzt, der Pflegekraft oder der Sozialarbeiterin die Antworten und was konkret in Ihrer Situation getan werden kann!

(Nach Campbell 1995)

Checkliste zur persönlichen Sicherheitsplanung der Patientin

Folgende Checkliste orientiert sich an amerikanischen Vorlagen (UNFPA 2001; FVPF 2002a). Halten Sie die Liste für von häuslicher Gewalt betroffene Patientinnen bereit und bieten Sie sie ihr im Gespräch an.

Sicherheitsplan

Obwohl ich nicht über alles, was mein Partner macht, die Kontrolle habe und nicht immer Gewalttätigkeiten voraussehen kann, habe ich verschiedene Möglichkeiten, mich und meine Kinder in Sicherheit zu bringen.

I. Im Notfall kann ich folgendes tun:

• Flüchten

Für den Fall einer Flucht habe ich vorher einen/zwei Fluchtwege überlegt und weiß, wie die Türen, Fenster, Aufzüge funktionieren und wohin die Ausgänge führen usw.

Ich deponiere Geld und Ersatzschlüssel (wo), damit ich sie im Notfall griffbereit habe.

Ich kann Ersatzschlüssel, Kopien der wichtigsten Papiere, Kleidung und Kindersachen bei lassen, die/der sie für mich aufbewahrt und mir bringt, wenn ich sie brauche.

Falls ich flüchten muss, gehe ich zu Das habe ich abgesprochen.

Falls ich nicht offen sprechen kann, benutze ich als Codewort, damit meine Kinder wissen, dass wir gehen und meine Freunde/innen/Verwandte verstehen, dass ich komme. Das Codewort ist mit ihnen abgesprochen.

• Hilfe holen

Ich benutze das abgesprochene Codewort , damit meine Freunde/innen/Verwandte wissen, dass sie die Polizei benachrichtigen sollen.

Ich kann mit über Gewalt sprechen und sie/ihn bitten, die Polizei zu benachrichtigen, falls sie etwas hören oder verdächtiges wahrnehmen. Ich kann Notrufnummern im Telefon speichern und meinen Kindern zeigen, wie es funktioniert.

Ich erkläre meinen Kindern, wie sie die Polizei oder Feuerwehr anrufen können. Ich vergewissere mich, dass sie die Adresse angeben können.

• Ich vertraue meiner Intuition

Wenn ich gewalttätige Auseinandersetzungen kommen sehe, versuche ich, mich in der Nähe des Telefons aufzuhalten und ihn zu beruhigen. Ich muss mich schützen, bis ich ohne Gefahr etwas anderes versuchen kann.

II. Ich plane meine Flucht

Die wichtigsten Notfall-Nummern sind
 Ich trage immer Kleingeld/Telefonkarte/Handy und die wichtigsten Nummern bei mir. Ich weiß, dass eine detaillierte Handyrechnung meinem Partner zeigt, welche Nummern ich nach der Flucht gewählt habe.

Ich telefoniere nur von einer sicheren Stelle aus, damit mein Partner nichts hören kann.

Ich kann mit meine Pläne besprechen.

Ich weihe meine Kinder zum Teil ein.

Ich eröffne ein eigenes Bankkonto mit einer eigenen Kreditkarte und mache Kopien von allen wichtigen Dokumenten, die ich bei deponiere.

Ich brauche:

- Personalausweis und Pass
- Geburtsurkunden
- Polizeiliche Anmeldung, Arbeitserlaubnis
- Impfbücher, Krankenunterlagen und wichtige Medikamente
- Schlüssel
- Versicherungsunterlagen
- Adressbuch
- Krankenversicherungskarte
- Führerschein und Fahrzeugpapiere
- Bankunterlagen, Wertpapiere und Schmuck
- Fotos und mir persönlich wichtige Dinge
- Wichtige Spielsachen und Kuscheltiere
- Kleidung

III. Sicherheit zu Hause und bei der Arbeit

Ich tausche Türschlösser und installiere Sicherheitsschlösser.

Ich vermeide Orte, an denen mein Partner mich vermutet oder suchen könnte.

Ich regle im Kindergarten/Schule, wer meine Kinder abholen darf.

Ich ändere die Telefonnummer.

Bei drohender Gefahr in der Öffentlichkeit, auf dem Weg zur Arbeit, zum Kindergarten etc. mache ich

.....
 Ich beantrage bei der Polizei eine Wegweisung.

Ich beantrage beim zuständigen Amts-/Familiengericht eine zivilrechtliche Schutzanordnung (Gewalt-schutzgesetz).

IV. Ich Sorge für mich

Ich kenne eine Anwältin, die mir helfen kann.

Wenn ich mich schlecht fühle und überlege, ob ich in die gefährliche Situation/Beziehung zurück-

gehe, dann kann ich anrufen oder

mit sprechen oder

gehe zur Beratungsstelle

wichtig Telefonnummern

wichtige Dinge, die ich mitnehme

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Notizen

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

4 Materialien für die interne Öffentlichkeitsarbeit

Die hier genannten Publikationen bieten grundlegende und vertiefende Informationen für eine interne Öffentlichkeitsarbeit. Aufgeführt sind vornehmlich Materialien, die ohne größeren Aufwand frei über das Internet zu beziehen sind.

- Hellbernd H, Brzank P, Wieners K, Maschewsky-Schneider (2004): „Häusliche Gewalt: gesundheitliche Versorgung. Das S.I.G.N.A.L.-Interventionsprogramm.“ *Fact Sheet der wissenschaftlichen Begleitung.* www.ifg-gs.tu-berlin.de/projekte/signal/
- Hellbernd H, Brzank P, Wieners K, Maschewsky-Schneider U (2004): „Häusliche Gewalt gegen Frauen: gesundheitliche Versorgung. Das S.I.G.N.A.L.-Interventionsprogramm. Handbuch für die Praxis, Wissenschaftlicher Bericht.“ *Gefördert mit Mitteln des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend.* Berlin.
- Brzank P, Hellbernd H (2003): „Gewalt gegen Frauen – Gesundheitliche Folgen, Versorgungsbedarf und Interventionsmöglichkeiten“ In: *Georgia. Zeitschrift des Frauen- und Gleichstellungsbüros des Bereichs Humanmedizin der Universität Göttingen. Schwerpunkt: Gewalt gegen Frauen.* 5/2003. www.mi.med.uni-goettingen.de/Frauenbuero/Georgia%205/Georgiahaupt5.htm
- Landeskommission Berlin gegen Gewalt (2002): „Themenschwerpunkt Häusliche Gewalt“.
www.sensjs.berlin.de/jugend/landeskommission_berlin_gegen_gewalt/veroeffentlichungen/berliner_forum_gewaltpraevention_1_2002/thema_berliner_forum_gewaltpraevention_1_2002.asp
- Mark H (2004): „Gewalt und Gesundheit. Eine Untersuchung zu körperlichen und sexuellen Gewalterfahrungen und deren Auswirkungen auf die Gesundheit erwachsener Frauen.“ *Beitrag auf dem 2. Workshop für Stipendiatinnen des Berliner Programms zur Förderung der Chancengleichheit für Frauen in Forschung und Lehre am 10.06.2004.* www2.hu-berlin.de/ffz/pdf-files/marko4.pdf
- Gloor D, Meier H (2004): „Frauen, Gesundheit und Gewalt im sozialen Nahraum. Repräsentativbefragung bei Patientinnen der Maternité Inselhof Triemli, Klinik für Geburtshilfe und Gynäkologie, Zürich.“ www3.stzh.ch/internet/bfg/home/projekte/haeusliche_gewalt.html, www.ji.zh.ch/internet/ji/de/direktion/organigramm/ist/links.SubContainerList.SubContainer1.ContentContainerList.0010.DownloadFile.pdf
- 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.“ www.landtag.nrw.de/WWW/GB_/1.1/EK/EK2/Gewalt%20Expertise%20Endfassung2.pdf
- Krug EG, Dahlberg LL et al. (2002): „World report on violence and health“. WHO (Hg.) Genf. www.who.int/violence_injury_prevention/publications/violence/en/ (weitere Publikationen)
- Müller U, Schröttle M (2004): „Lebenssituation, Sicherheit und Gesundheit von Frauen in Deutschland. Eine repräsentative Untersuchung zu Gewalt gegen Frauen in Deutschland.“ *Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hg.).* Berlin.
Kurzfassung: www.bmfsfj.de/RedaktionBMFSFJ/Broschuerenstelle/Pdf-Anlagen/Studie-Gewalt-gegen-Frauen,property=pdf.pdf
Langfassung: www.bmfsfj.de/RedaktionBMFSFJ/Abteilung4/Pdf-Anlagen/langfassung-studie-frauen,property=pdf.pdf
- Mark H, Hellbernd H (2002): „Häusliche Gewalt gegen Frauen. Was können Ärztinnen und Ärzte tun?“ In: *Berliner Ärzte* 12/2003, www.aerztekammer-berlin.de/20_Aerztl_Fb/03_Fachbeitraege/HaeuslGewalt_ggFrauen/index.html
- Brüger B, Starke D, Weber M (2003): „Häusliche Gewalt macht krank! Was können Ärzte und Ärztinnen tun?“ in: *Westfälische Ärzteblatt* 10/03. www.aekwl.de/waeb_archiv/waeb1003.pdf

Dlubis-Mertens, Karin (2004): „Häusliche Gewalt gegen Frauen: Ärzte sind wichtige Ansprechpartner.“ In: Deutsches Ärzteblatt. Juli 2004, Seite 310. www.aerzteblatt.de/v4/archiv/artikel.asp?id=42731

Mißbeck A (2004): „Über Häusliche Gewalt sprechen Patientinnen nicht von sich aus.“ In: Ärzte Zeitung 5/2004. www.aerztezeitung.de/docs/2004/05/28/099a0301.asp?cat=/medizin/frauengesundheit

Beschlüsse der Bundesärztekammer (2002): 105. Deutsche Ärztetag im Mai 2002 in Rostock www.bundesaerztekammer.de/30/Aerztetag/105_DAET/03Beschluss/Top6/Geschlechts/

Beschlüsse der Bundesärztekammer (2003): 106. Deutsche Ärztetag im Mai 2003 in Köln www.bundesaerztekammer.de/30/Aerztetag/106_DAET/04Beschluss.pdf, S.34

Beschlüsse des Weltärztebunds (2003): www.bundesaerztekammer.de/30/Auslandsdienst/99Handbuch2003.pdf, S. 67-69

BundesPsychotherapeutenKammer (2004): Resolution des 3. Deutschen Psychotherapeutentages 2004. www.bundespsychotherapeutenkammer.org/download/res2a.pdf

WiBIG (2004): „Gemeinsam gegen häusliche Gewalt. Kooperation, Intervention, Begleitforschung. Forschungsergebnisse der Wissenschaftlichen Begleitung der Interventionsprojekte gegen häusliche Gewalt (WiBIG).“ Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hg.). Berlin.

Kurzfassung: www.bmfsfj.de/RedaktionBMFSFJ/Broschuerenstelle/Pdf-Anlagen/WiBIG-Gemeinsam-gegen-h_C3_A4usliche-Gewalt,property=pdf.pdf

Langfassung: <http://www.bmfsfj.de/RedaktionBMFSFJ/Abteilung4/Pdf-Anlagen/langfassung-studie-wibig,property=pdf.pdf>

5 Weiterführende Informationen, Literatur und Links

Deutschland

Informationen, Leitlinien und Dokumentationsbögen

- **S.I.G.N.A.L.-Interventionsprogramm**
S.I.G.N.A.L.-Interventionsprojekt am Universitätsklinikum Benjamin-Franklin Berlin
<http://www.medicin.fu-berlin.de/SIGNAL/signal.htm>
S.I.G.N.A.L.-Begleitforschung
<http://www.ifg-gs.tu-berlin.de/projekte/signal/>
<http://www.bmfsfj.de/Kategorien/Forschungsnetz/forschungsberichte,did=18204.html>
(Handbuch und Bericht)
S.I.G.N.A.L. e.V.
<http://www.SIGNAL-Intervention.de>

Bundesländer

- **Baden-Württemberg**
Dokumentationsbogen und weitere Informationen
<http://http://www.aerztekammer-bw.de/20/gewzuhause/>
- **Mecklenburg-Vorpommern**
http://www.mv-regierung.de/fg/unistatistisch/25/268/d/broschuere_wege_aus_der_gewalt.pdf
- **Nordrhein-Westfalen**
http://www.frauengesundheit-nrw.de/ges_them/MaterialGewaltInternet.pdf
http://www.gesundheit.nrw.de/content/e19/e2804/e1845/e2419/e3632/Husliche_Gewalt_Inet.pdf
http://www.frauengesundheit-nrw.de/ges_them/frauenimgesundheitsystem_nov_04.pdf
http://www.mfjfg.nrw.de/familienratgeber/600_rathilfe/620_hilfe/6204a_gewalt/
- **Ärzttekammer Westfalen-Lippe**
<http://www.aekwl.de/public/service/doc13.htm>
- **Niedersachsen**
http://www.ms.niedersachsen.de/master/C166793_N8117_L20_Do_I674.html
http://www.mfas.niedersachsen.de/master/o,,C731253_N756143_L20_Do_I674,oo.html
Dokumentationsbogen
http://www.aekn.de/web_aekn/home.nsf
(Stichwort: Information, Veröffentlichungen, Materialien Häusliche Gewalt)
- **Rheinland-Pfalz**
<http://www.rigg-rlp.de/downloads.html>
- **Schleswig-Holstein**
Diagnose: Gewalt. Leitfaden für den Umgang mit Patientinnen, die von häuslicher Gewalt betroffen sind. http://www.landesregierung.schleswig-holstein.de/coremedia/generator/Aktueller_20Bestand/MJF/Dokumente_20MJF/Brosch_C3_BCre_20_2F_20Publikation/PDF/Diagnose_20Gewalt,property=pdf.pdf
- **Sachsen-Anhalt**
www1.ms.sachsen-anhalt.de/frauenimpulse/files/broschuere_hinsehen.pdf
<http://www.sachsen-anhalt.de/pdf/pdf39923.pdf>

Verbände und Organisationen

- **Weltärztebund (Beschlüsse)**
<http://www.bundesaerztekammer.de/30/Auslandsdienst/99Handbuch2003.pdf>, S. 67-69
- **Bundesärztekammer (Beschlüsse)**
http://www.bundesaerztekammer.de/30/Aerztetag/105_DAET/03Beschluss/Top6/Geschlechts/
http://www.gleichberechtigung-goes-online.de/gbo/themen/42.html#gw_38 (Weitere Materialien)

- **Deutschen Gesellschaft für Psychosomatische Frauenheilkunde und Geburtshilfe**
<http://www.dgpgg.de/Default.asp?menu=Leitlinien&chapter=Gewalt> (Leitlinien)
- **Arbeitsgruppe „Sexualisierte Gewalt gegen Frauen und die Auswirkungen auf Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett“**
<http://www.geburtskanal.de/asgsgw>

Leitlinien von Fachgesellschaften

- **Deutschen Gesellschaft für Psychosomatische Frauenheilkunde und Geburtshilfe (DGPF)**
<http://www.dgpgg.de/Default.asp?menu=Leitlinien&chapter=Gewalt>
- **Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften**
Leitlinien zur Posttraumatischen Belastungsstörung
<http://www.uni-duesseldorf.de/awmf>
<http://leitlinien.net/>

Rechtsmedizinische Hinweise

- **Informationssystem SAFEMED-RLP**
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**
Institut für Rechtsmedizin am Universitätskrankenhaus Eppendorf in Hamburg
<http://www.uke.uni-hamburg.de/institute/rechtsmedizin/gewaltopfer.de.html>
- **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>
<http://www.bmj.bund.de/media/archive/537.pdf>

Informationsmaterialien zu häuslicher Gewalt

- **Berliner Initiative gegen häusliche Gewalt**
<http://www.big-interventionszentrale.de/>
- **Bundeskoordination Frauengesundheit (BKF)**
http://www.bkfrauengesundheit.de/cms/5_o_themen/detail.php?nr=554&kategorie=5_o_themen
- **Rheinland-Pfälzisches Interventionsprojekt gegen Gewalt in engen sozialen Beziehungen**
<http://www.rigg-rlp.de/>

Informationen zu sexualisierter Gewalt

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

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>
- **Übersicht zu Frauenhäuser und Frauenberatungsstellen**
<http://www.bundesarbeitsgemeinschaft.de/frauenhaeuser.htm>

- **Frauenhauskoordinierungsstelle**
<http://http://www.frauenhauskoordinierungsstelle.de/>
- **Bundesverband autonomer Frauennotrufe e.V.**
<http://http://www.frauennotrufe.de>

Informationen zu Kindern als Mitbetroffene

- Heynen S (2003): Häusliche Gewalt. Direkte und indirekte Auswirkungen auf die Kinder
<http://www.karlsruhe.de/Jugend/Kinderbuero/Download/pg.pdf>
- Gewalt gegen Kinder - Leitfaden für Früherkennung, Handlungsmöglichkeiten
http://www.tk-online.de/centaurus/generator/tk-online.de/mo2__landesvertretungen/o853/o5__projekte/o1__projektberichte/o2__gewalt__gegen__kinder.html

Informationen zu Täterarbeitsprogrammen

- **WiBIG Interventionsprojekte gegen häusliche Gewalt**
Evaluation von Täterprogrammen
<http://www.wibig.uni-osnabrueck.de/frtaeto.htm>
http://www.bmfsfj.de/RedaktionBMFSFJ/Broschuerenstelle/Pdf-Anlagen/WiBIG-Gemeinsam-gegen-h_C3_A4usliche-Gewalt,property=pdf.pdf (Kurzfassung)
- **Berliner Zentrum für Gewaltprävention (BZfG)**
<http://www.bzfg.de/>
- **Mannsarde gegen Männergewalt**
http://www.europofem.org/o2.info/22contri/2.o2.de/4de.viol/o3de_vio.htm
http://www.volkssolidaritaet.de/cms/%2A_Beratung_f%C3%BCr_M%C3%A4nner___gegen_Gewalt.html
- **Hannoversches Interventionsprojekt gegen Männergewalt in der Familie (HAIP)**
http://www.hannover.de/deutsch/arb_soz/interess/frauen/buf1/mgewalt.htm
- **Beratungsstelle im Packhaus (BiP)**
<http://www.sphinxmedien.de/webman/seiten/wo/gaeste/kiel/>

International

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

- **WHO - Weltgesundheitsorganisation**
World report on violence and health (2002): http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en/
Gender, women and health: <http://www.who.int/gender/documents/en/>
Diverse Publikationen: http://www.who.int/violence_injury_prevention/publications/violence/en/

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/womenusa/homepage.htm>
- **New York State OPVD (Office for the Prevention of Domestic Violence)**
http://www.opdv.state.ny.us/health_humsvic/health/radar.html
- **Centers for Disease Control and Prevention**
<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**
www.amwa-doc.org
- **Online education programm zu domestic violence**
www.dvcme.org/dvcourse2.htm
- **American College of Obstreticians and Gynecologists**
www.ACOG.org
- **Society for Academic Emergency Medicine**
www.saem.org
- **American College of Nurses-Midwives**
www.midwife.org
- **Emergency Nurses Association (ENA)**
www.ena.org
- **Nursing Network on Violence Against Women, International**
www.NNVAWI.org
- **International Association of Forensic Nurses**
www.forensicnurse.org
- **Massachusetts Medical Society**
www.mms.org
- **Physicians for a Violence-Free Society**
www.pvs.org
- **The National Center for Victimes of Crime**
www.ncvc.org

Europa

- **Spezifische Seite zu häusliche Gewalt und Behandlung für Gesundheitskräfte**
<http://www.sivic.org>
- **Co-ordination Action on Human Rights Violations**
 Interdisziplinärer Forschungsverbund zu Geschlecht, Gewalt und Menschenrechte in Europa
<http://www.cahrvi.uni-osnabrueck.de/index.htm>

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

6 Literaturverzeichnis

- AHRQ - Agency for Healthcare Research and Quality, USA (2002). „Evaluating Domestic Violence Programs.“ www.ahrq.gov/research/domesticviol/.
- AK häusliche Gewalt bei der Ärztekammer Niedersachsen (2002). „Leitfaden für die Behandlung von Patientinnen, die misshandelt wurden.“ www.ms.niedersachsen.de.
- Argyris C/Schön DA (1978). „Organizational Learning: A Theory of Action Perspective.“ Reading (Mass.).
- 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 e.V. (1997). „Gewalt gegen Frauen im häuslichen Bereich. Alte Ziele - Neue Wege.“ Berlin.
- BMFSFJ - Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2002). „Lehrgangskonzeption für die Polizei zum Thema „Männliche Gewalt gegen Frauen“. Materialienband zum Abschlussbericht der wissenschaftlichen Begleitung des Berliner Interventionsprojektes gegen häusliche Gewalt.“ Berlin.
- Brückner M (1998). „Wege aus der Gewalt gegen Frauen und Mädchen.“ Frankfurt/M.
- Brzank P/Hellbernd H/Maschewsky-Schneider U (2004). „Häusliche Gewalt gegen Frauen. Versorgungsbedarf zu wenig wahrgenommen.“ *Gesundheitsökonomie & Qualitätsmanagement* 3 (Schwerpunkt Versorgungsforschung): 144-6.
- Brzank P/Hellbernd H/Maschewsky-Schneider U/Kallischnigg G (2005). „[Domestic violence against women and health care demands. Results of a female emergency department patient survey.]“ *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz* 48 (3): 337-45.
- Campbell JC (1995). „Assessing dangerousness.“ Newbury Park, Sage.
- Campbell JC (1998). „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 (2004). „Danger assessment.“ www.dangerassessment.org.
- CDC - Center of Disease Control (2004). „Clinical IPV Concerns: Questions and Responses.“ www.cdc.gov/reproductivehealth/pdf/IVPnewsletter508.pdf.
- CHANGE - Center for Health and Gender Equity (1999). „Health Outcomes of Violence Against Women.“ *Population Reports*. John Hopkins University School of Public Health - Population Information Program. Baltimore. Series L, No. 11: 18.
- Coben JH (2002a). „Delphi Instrument for Hospital-based Domestic Violence Programs.“ *Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ)*.
- Coben JH (2002b). „Measuring the quality of hospital-based domestic violence programs.“ *Acad Emerg Med* 9 (11): 1176-83.
- DHHS - U.S. Department of Health & Human Services, Administration for Children & Families (2003). „In Harm's Way: Domestic Violence and Child Maltreatment.“ www.calib.com/nccanch/pubs/otherpubs/harmsway.cfm. 16.05.2003
- Egger R/Fröschl E/Lercher L/Logar R et al. (1995). „Gewalt gegen Frauen in der Familie.“ Wien.
- Ellsberg M/Heise L (2002). „Bearing witness: ethics in domestic violence research.“ *Lancet* 359 (9317): 1599-604.

- Erdemgil-Brandstätter A (2003). „Gewalt gegen Frauen. Ihre Hilfe entscheidet. Die effiziente Intervention im Gesundheitswesen.“ Wien. Österreich. www.aodef.at/projekte/Gewalt_und_Gesundheitswesen_folder.pdf.
- FVPF - Family Violence Prevention Fund (1998). „How to create your own domestic violence program in a health care setting. Improving the health care response to domestic violence. A resource manual for health care providers.“ Warshaw C/Ganley A. San Francisco. www.endabuse.org/health.
- FVPF - Family Violence Prevention Fund (2002a). *The Business Case for Intimate Partner Violence Intervention Programs in Health Care Settings. Guidebook to the return on Investment Tool.* <http://endabuse.org/programs/display.php3?DocID=9932>.
- FVPF - Family Violence Prevention Fund (2002b). „National Consensus Guidelines on Identifying and Responding to Domestic Violence Victimization in Health Care Settings.“ San Francisco, USA. www.endabuse.org/health.
- Gazmararian JA/Lazorick S/Spitz AM/Ballard TJ et al. (1996). „Prevalence of violence against pregnant women.“ *Jama* 275 (24): 1915-20.
- Godenzi A/Yodanis C Universität Fribourg (Hg.) (1998). „Erster Bericht zu den ökonomischen Kosten der Gewalt gegen Frauen.“ Fribourg
- Heise L/Ellsberg M/Garcia-Moreno C (2001). „Putting Women First. Ethical and Safety Recommendations for Research on Domestic Violence Against Women.“ Genf. www.who.int/docstore/frh-whd/PDFfiles/Ethical%20Guidelines2.pdf.
- Hellbernd H/Brzank P/Wieners K/Maschewsky-Schneider U (2004). „Häusliche Gewalt gegen Frauen: gesundheitliche Versorgung. Das S.I.G.N.A.L. -Interventionsprogramm. Handbuch für die Praxis, Wissenschaftlicher Bericht.“ Gefördert mit Mitteln des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Berlin. www.bmfsfj.de/Kategorien/Forschungsnetz/forschungsberichte,did=18204.html.
- Hellbernd H/Wieners K (2002). „Gewalt gegen Frauen im häuslichen Bereich - Gesundheitliche Folgen, Versorgungssituation und Versorgungsrealität.“ *Jahrbuch Kritische Medizin* 36 (Versorgungsbedarfe und Versorgungsrealitäten): 135-148.
- Heynen S (2003). „Häusliche Gewalt: direkte und indirekte Auswirkungen auf Kinder.“ Karlsruhe.
- Kavemann B (2000). „Was lässt sich die Gesellschaft die Gewalt im Geschlechterverhältnis kosten?“ 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
- Koziol-McLain J/Coates CJ/Lowenstein SR (2001). „Predictive validity of a screen for partner violence against women.“ *Am J Prev Med* 21 (2): 93-100.
- Kropp PR (2004). „Some questions regarding spousal assault risk assessment.“ *Violence against Women* 10 (6): 676-697.
- Krug EG/Dahlberg LL/Mercy JA/Zwi AB et al. (2002). „World report on violence and health.“ WHO (Hg.). Genf. www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en/full_en.pdf.
- Lesben Informations- und Beratungsstellen e.V. (2001). „Gewalt gegen Lesben. Violence against Lesbians.“ Erstes Europäisches Symposium. Berlin.
- LKA - Landeskriminalamt 123 - PKS (2003). „Polizeiliche Einsatzstatistik und Häusliche Gewalt.“
- McCauley J/Kern DE/Kolodner K/Dill L 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 (2004). „Nursing Case Management for Secondary Prevention of Intimate Partner Violence: A Randomized Controlled Trial.“ *National Conference on Health Care and Domestic Violence: Health Consequences of Abuse over the Lifespan*, Boston.
- McFarlane J/Parker B/Soeken K (1996). „Abuse during pregnancy: associations with maternal health and infant birth weight.“ *Nurs Res* 45 (1): 37-42.
- McFarlane J/Parker B/Soeken K/Bullock L (1992). „Assessing for abuse during pregnancy. Severity and frequency of injuries and associated entry into prenatal care.“ *Jama* 267 (23): 3176-8.
- MJF - Ministerium für Jugend, Frauen und Familie des Landes Schleswig-Holstein (Hg.) (2002). „Diagnose: Gewalt . Leitfaden für den Umgang mit Patientinnen, die von häuslicher Gewalt betroffen sind.“ Kiel. http://landesregierung.schleswig-holstein.de/coremedia/generator/Aktueller_20Bestand/MJF/Dokumente_20MJF/Brosch_C3_BCre_20_2F_20Publikation/PDF/Diagnose_20Gewalt,property=pdf.pdf
- 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.“ *Dokumentation des Hochschultages vom 31.10.2001, Alice-Salomon-Fachhochschule, Berlin*.
- Müller U/Schröttle M (2004). „Lebenssituation, Sicherheit und Gesundheit von Frauen in Deutschland. Eine repräsentative Untersuchung zu Gewalt gegen Frauen in Deutschland. Zusammenfassung zentraler Studienergebnisse.“ *Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Berlin. www.bmfsfj.de/RedaktionBMFSFJ/Abteilung4/Pdf-Anlagen/langfassung-studie-frauen,property=pdf.pdf*.
- NCIPC - National Center for Injury Prevention and Control (2003). „Costs of Intimate Partner Violence Against Women in the United States.“ *Atlanta (GA). Centers for Disease Control and Prevention. www.cdc.gov/ncipc/pub-res/ipv_cost/IPVBook-Final-Feb18.pdf*.
- Ohms C (2000). „Gewalt und Gewaltstrukturen unter Lesben.“ *Berlin*.
- Parker B/McFarlane J (1991). „Nursing Assessment of the battered pregnant woman.“ *Maternity Child Nursing Journal* 16: 161-64.
- 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*.
- 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*.
- Senge PM (1990). „The fifth discipline: the art and practice of the learning organisation.“ *New York*.
- 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.
- UNFPA - United Nations Population Fund (2001). „A Practical Approach to Gender-Based Violence: A Programme Guide for Health Care Providers & Managers.“ *New York. www.unfpa.org/publications/detail.cfm?ID=69&filterListType=1*.

- Verbundprojekt zur gesundheitlichen Situation von Frauen in Deutschland (Hg.) (2001). „Bericht zur gesundheitlichen Lage von Frauen in Deutschland.“ Schriftenreihe des BMFSFJ. Stuttgart. www.bmfsfj.de/RedaktionBMFSFJ/Internetredaktion/Pdf-Anlagen/PRM-10348-Langfassung-des-Berichts--Teil.pdf/www.bmfsfj.de/RedaktionBMFSFJ/Internetredaktion/Pdf-Anlagen/PRM-10348-Langfassung-des-Berichts--Teil.pdf
- Vogt I (1999). „Prämissen einer frauenspezifischen Suchtarbeit. Ergebnisse aus der Forschung.“ Frauen-Sucht-Gesellschaft, Fachtagung, Katholische Akademie Trier.
- Walby S (2004). „The Cost of Domestic Violence.“ Funded by Department of Trade and Industry, Women and Equality Unit. London. www.womenandequalityunit.gov.uk/research/cost_of_dv_Report_septo4.pdf.
- Walker L (1983). „The battered women syndrom study. The dark side of families.“ In: Finkelhor D/Gelles RJ/Hotaling G. Beverly Hills, Sage Publications.
- Warshaw C (1998). „Establishing an Appropriate Response to Domestic Violence in Your Practice, Institution and Community. Improving the Health Care Response to Domestic Violence: A resource Manual for Health Care Providers.“ Family Violence Prevention Fund. Warshaw C/ Ganley A. San Francisco. California.
- Waters H/Hyder A/Rajkotia Y/Basu S et al. Department of Injuries and Violence Prevention, World Health Organization (WHO) - (2004). „The economic dimensions of interpersonal violence.“ Genf. <http://whqlibdoc.who.int/publications/2004/9241591609.pdf>.
- WHO - World Health Organization (2002). „World report on violence and health: summary.“ Genf. www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en/summary_en.pdf.
- Wiist WH/McFarlane J (1999). „The effectiveness of an abuse assessment protocol in public health prenatal clinics.“ *Am J Public Health* 89 (8): 1217-21.
- Williamson E (2000). „Domestic Violence and Health: The response of the medical profession.“ Bristol, UK.
- Wisner C/Gilmer T/Saltzman L/Zink T (1999). „Intimate Partner Violence Against Women. Do Victims Cost Health Plans More?“ *Journal of Family Practice* 48(6).

Gefördert vom



Bundesministerium
für Familie, Senioren, Frauen
und Jugend