

Implementationsworkshop der BKF zu dem Thema:

**„Optimierung der ambulanten Versorgung
gewaltbetroffener Frauen“**

Hamburg, Elsa-Brandström-Haus, 21./22.11.2003
Dokumentation

**Vorgelegt von:
Dipl. Päd. Sabine Bohne
Februar 2004**

Inhaltsverzeichnis

1	Einführung	4
1.1	Was brauchen Frauen, die von häuslicher Gewalt betroffen sind? Anforderungen an Professionelle im Gesundheitswesen aus Sicht der Frauenhäuser	5
	<i>Marion Steffens, Frauenberatung Witten</i>	5
2	Impulsreferate	11
2.1	Alltägliche Gewalt gegen Frauen – eine Herausforderung für die gesundheitliche Versorgung	11
	<i>Prof. Dr. Carol Hagemann-White, Universität Osnabrück</i>	11
2.2	Rechtsmedizinische Kompetenz im Netzwerk gegen häusliche Gewalt	15
	<i>Dr. med. Hildegard Graß, Institut für Rechtsmedizin, Klinikum der Universität zu Köln</i>	15
3	Ergebnisse der Arbeitsforen	20
3.1	Arbeitsforum: Qualitätsanforderungen an die psychotherapeutische Versorgung	20
3.2	Arbeitsforum: Implementierung von berufsspezifischen / interdisziplinären Fort- und Weiterbildungsmodulen	23
3.3	Arbeitsforum : Schnittstellenmanagement – interdisziplinärer pathway	26
4	Planspiel: Aufbau eines interdisziplinären Arbeitskreises	30
4.1	Verlauf des Planspiels	31
4.2	Einschätzungen der SpielerInnen	31
4.3	Auswertung durch die BeobachterInnen	32
5	Synopse zu Aus- Fort- und Weiterbildungsangeboten zum Thema „Häusliche Gewalt“ in verschiedenen Gesundheitsberufen	35
	<i>Dipl. päd. Hildegard Hellbernd MPH, wissenschaftliche Begleitung des S.I.G.N.A.L.- Interventionsprojektes, Berlin</i>	35
6	Begleitforschung des S.I.G.N.A.L.-Interventionsprojektes	36
7	Auswertung des Implementationsworkshops	38
8	Anlagen	40
8.1	Anlage 1: TeilnehmerInnenliste	40

8.2	Anlage 2: Rollen des Planspieles	42
8.3	Anlage 3: Fragen für BeobachterInnen im Planspiel	45
8.4	Anlage 4: Wissenschaftliche Begleitforschung zum S.I.G.N.A.L.- Interventionsprojekt - Fact Sheet	46

1 Einführung

Die Bundeskoordination Frauengesundheit (BKF) hatte im Jahr 2003 das Thema „Gesundheitliche Folgen von Gewalt“ zum Schwerpunkt. Damit verbindet die BKF das Ziel Kooperationen, Strukturen und Netzwerke zur Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung von Frauen und Mädchen nachhaltig zu fördern.

Der Workshop „Optimierung der ambulanten Versorgung gewaltbetroffener Frauen“ baute demnach auf vielfältigen Erfahrungen und Veranstaltungen auf:

- der Expertise „Versorgungsbedarf und Anforderungen an Professionelle im Gesundheitswesen im Problembereich Gewalt gegen Frauen und Mädchen“¹
- einer im Oktober 2002 veranstalteten, multidisziplinären Fachtagung, auf der AkteurInnen des Gesundheitswesens Strategien erarbeiteten, um die Fehlversorgung von gewaltbetroffenen Frauen im gesundheitlichen Versorgungssystem mit sinnvollen und machbaren Umsetzungsschritten zu beheben
- sowie auf dem Workshop „Gewalt gegen Frauen und Mädchen – Rolle der Pflegeprofessionen und Hebammen“, den die BKF im Juni 2003 durchführte. Die Pflege und die Hebammen standen im Fokus dieses Workshops, auf dem Maßnahmen zur Verbesserung der Versorgung erarbeitet wurden².

Allen Veranstaltungen gemeinsam ist die Methode der multidisziplinären und intersektoralen Zusammenarbeit. Sie hat sich als Erfolgsstrategie bewährt, Maßnahmen zur verbesserten gesundheitlichen Versorgung gewaltbetroffener Frauen praxisnah umzusetzen.

Um den Implementationsworkshop „Optimierung der ambulanten Versorgung gewaltbetroffener Frauen“ inhaltlich vorzubereiten, fand im September 2003 ein ExpertInnen-Hearing statt; des Weiteren erfolgte eine Recherche nach wichtigen AkteurInnen und VertreterInnen verschiedener Berufsverbände auf Bundesebene, die für die strategische Umsetzung der Maßnahmen gewonnen werden konnten.

Im Mittelpunkt des zweitägigen Workshops standen Defizite in der ambulanten Versorgung gewaltbetroffener Frauen.

Indem der vielfältige Sachverstand von MedizinerInnen, AkteurInnen und ExpertInnen (siehe Anlage 1) an einen Tisch zusammenkam, konnte die Problematik unter verschiedenen Blickwinkeln beleuchtet werden. Auf dieser Grundlage erörterten die TeilnehmerInnen Wege und Strategien, wie das Wissen in die Praxis übertragen werden kann. Um eine offene Arbeitsatmosphäre zu ermöglichen, vereinbarten die TeilnehmerInnen untereinander Vertraulichkeit. Die Mitschnitte auf Band dienten lediglich als Gedächtnisstütze für eine nicht personenbezogene Auswertung.

¹ Die Expertise wurde von der Enquête Kommission „Zukunft einer frauengerechten Gesundheitsversorgung in NRW“ an Prof. Dr. Carol Hagemann-White und Dipl. Päd. Sabine Bohne in Auftrag gegeben und 2003 in Auftrag gegeben.

² Die Dokumentation dieses Implementationsworkshop kann von der BKF angefordert werden und ist im Internet unter www.bkfrauengesundheit.de zu beziehen.

Die Tagung gliederte sich in ein Eingangsreferat und drei Impulsreferate zu Beginn, vertieften Diskussionen im Plenum, Arbeitsgruppenarbeit und einem abschließenden Rollenspiel.

Das Eingangsreferat thematisierte die Sicht der Betroffenen und die sich daraus ergebenden Aufgaben und Handlungsempfehlungen für Professionelle im Gesundheitswesen.

Das erste Impulsreferat lieferte neueste Daten, Fakten und Erkenntnisse zur Gewaltproblematik.

Das zweite Referat beschäftigte sich mit dem Verfassen gerichtsfester Dokumentationen zur Aufklärung von Gewalttaten und warb für eine bessere Einbindung der Rechtsmedizin in das Netzwerk „Gewalt gegen Frauen“.

In den Plenen wurden die Impulsreferate zur Diskussion gestellt und bewertet.

Die anschließende Arbeit in den Arbeitsgruppen befasste sich mit

- Qualitätsanforderungen in der psychotherapeutischen Versorgung
- Der Implementierung der Problematik in Fort- und Weiterbildung
- Schnittstellenmanagement

In einem abschließenden Rollenspiel erprobten zehn TeilnehmerInnen den Aufbau einer interdisziplinären Arbeitsgruppe. Sie stellten zehn unterschiedliche Professionen dar, die gemeinsam Ziele und erste Handlungsschritte zur Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung erarbeiten sollten. In der abschließenden Reflexion im Plenum wurden die Schwierigkeiten, aber auch Chancen der Netzwerkarbeit deutlich.

Die TeilnehmerInnen bewerteten den Workshop insgesamt positiv. Der Gewinn bestand hauptsächlich darin, die professionelle Vielfalt der AkteurInnen erlebt, neue Kontakte geschlossen und neue Erkenntnisse gewonnen zu haben. Alle TeilnehmerInnen nahmen konkrete Vorhaben für ihre Arbeit vor Ort aus dem Workshop mit.

1.1 Was brauchen Frauen, die von häuslicher Gewalt betroffen sind?

Anforderungen an Professionelle im Gesundheitswesen aus Sicht der Frauenhäuser

Marion Steffens, Frauenberatung Witten

Bevor ich die gesundheitlichen Folgen geschlechtsspezifischer Gewalterfahrungen erörtere, möchte ich einige einführende Anmerkungen vorausschicken.

Im Frauenhausalltag wird deutlich, dass erlebte Gewalt eine Reihe von Krankheitssymptomen auslösen kann, aber nicht muss. Mit den gesundheitlichen

Folgen gehen Frauen zudem sehr unterschiedlich um. Manche Frauen verbergen die Symptome, die eindeutig auf Gewalt hinweisen, vor allen anderen Menschen verbergen, indem sie beispielsweise erst dann eine ärztliche Praxis aufsuchen, wenn die sichtbaren Verletzungsfolgen bereits abgeklungen sind. Andere wiederum bieten alternative Erklärungen als Verletzungsursache an, etwa den häufig genannten „Treppensturz“.

In meiner Beratungsarbeit habe ich Frauen erlebt, die sehr viel Kraft darauf verwandten, psychosomatische oder psychische Erkrankungen vor ihrer Umwelt - auch vor ihrer Familie - zu verbergen. Dabei war den Frauen bewusst, dass die Ursache für ihre Erkrankungen in der Gewalt durch ihren Partner lag. Andere Symptome wiederum sind sowohl von den Betroffenen selbst als auch von ärztlicher Seite nur mit Mühe mit der erlebten Gewalt in Verbindung zu bringen, weil der Zusammenhang nicht gleich offensichtlich ist. Dies gilt mit Sicherheit für eine ganze Reihe mehr oder weniger unspezifischer Symptomkomplexe im psychosomatischen Bereich.

Insgesamt lässt sich feststellen, dass ein eindeutiges Ursache-Wirkungsprinzip nicht existiert. Die gesundheitlichen Folgen von Gewalt sind vielfältig und die Reaktionen gewaltbetroffener Frauen auf diese Folgen sind sehr unterschiedlich.

Bezogen auf das Suchtverhalten gewaltbetroffener Frauen, konnten wir in der Frauenhausarbeit feststellen, dass überproportional viele Frauenhausbewohnerinnen sehr stark rauchen. Dennoch werden natürlich nicht alle Raucherinnen misshandelt und nicht alle misshandelten Frauen rauchen. Darüber hinaus haben überproportional viele Frauen, die suchtmittelabhängig sind, Gewalt im engeren sozialen Umfeld erlebt. Aber: nur ein geringer Teil aller Frauen, die im Frauenhaus Zuflucht suchen, sind alkohol- oder medikamentenabhängig. Eine Reihe von Frauenhäusern würde übrigens eine akut alkoholabhängige Frau auch gar nicht aufnehmen.

Unser Ziel in der Sensibilisierung der AkteurInnen im Gesundheitswesen ist es also nicht, die Diagnose „Gewalt“ mit einem dazugehörigen Symptomkomplex einzuführen. Im Gegenteil: Wir wenden uns entschieden gegen die pauschale Stigmatisierung gewaltbetroffener Frauen als „krank“ oder „traumatisiert“. Vielmehr soll Gewalt als eine Lebensrealität vieler Frauen wahrgenommen werden, die ihre Gesundheit tendenziell stark beeinträchtigt. Eine solche Sichtweise hat für viele Aspekte ärztlichen, therapeutischen und pflegerischen Handelns Konsequenzen, etwa für Anamnese, Diagnose, Behandlungskonzepte, medikamentöse Therapie, psychiatrische Diagnose- und Therapieangebote, Dokumentation.

Im vergangenen Jahr befragte die Zentrale Informationsstelle für Autonome Frauenhäuser (ZIF) rund 400 gewaltbetroffene Frauen in 60 Frauenhäusern nach ihren Erfahrungen und Erwartungen an das Gesundheitssystem. Die Ergebnisse möchte ich Ihnen kurz in Auszügen darstellen.

Frauen, die vor massiver Gewalt Zuflucht in einem Frauenhaus gesucht haben, berichteten über ihre Erfahrungen mit ÄrztInnen, KrankenpflegerInnen, Physio- und PsychotherapeutInnen:

- Es fehlt an Respekt im Umgang mit Frauen, die von Gewalt betroffen sind und sich mit ihren Verletzungen in ärztliche Behandlung begeben. Sie fühlen sich nicht ernst genommen.
- Teilweise ÄrztInnen ignorieren Berichte über erlebte Gewalt.
- Unsensible Untersuchungen bzw. Behandlungen nach einer Gewalttat (vor allem nach einer Vergewaltigung) erleben manche Frauen als weitere Gewaltausübung.
- Einige Frauen erlebten Übergriffe durch Ärzte, Therapeuten und Pflegepersonen sowohl im Krankenhaus als auch in der ärztlichen Praxis.
- Frauen berichten von Attesten, die sie selbst bezahlen mussten, mit denen sie aber vor Gericht nichts anfangen konnten, weil sie den gerichtlichen Anforderungen in keiner Weise genügten.
- Der Zeitmangel, unter dem viele ÄrztInnen leiden, hemmt einige Frauen, über die erlebte Gewalt zu sprechen.
- Frauen berichteten, dass ihnen Psychopharmaka verschrieben wurden, über deren Wirkungsweise sie sich zu wenig informiert fühlten. Andere Behandlungsmöglichkeiten wurden dabei kaum in Betracht gezogen.

Speziell Migrantinnen berichteten:

- Bei sprachlichen Verständigungsschwierigkeiten übersetzte zumeist ein Familienangehöriger, oft der Ehemann oder Sohn. So konnten die Frauen über die wahre Ursache ihrer Verletzungen nicht offen sprechen. Zudem wandten sich die ÄrztInnen, PflegerInnen etc. vor allem an die Begleitperson, so dass sich einige Frauen völlig ausgeliefert und hilflos fühlten.
- Häufig wurde genannt, dass gegenüber Frauen, die sich wegen ihrer körperlichen Verletzungen in ärztliche Behandlung oder in die Notfallambulanz eines Krankenhauses begaben, die erlebte Gewalt als kulturell bedingt verharmlost wurde
- Noch dramatischer ist die Situation gewaltbetroffener *Asylbewerberinnen*: Sie sind medizinisch absolut unterversorgt. Die Kostenübernahme ist nur für eine rudimentäre Basisversorgung vorgesehen. Viele ÄrztInnen stehen den teils massiven Traumafolgen, etwa von Flüchtlingsfrauen aus Bürgerkriegsgebieten oder von Frauen, die zur Prostitution gezwungen werden, hilflos gegenüber. Andererseits werden ÄrztInnen aber auch zur Hilflosigkeit verurteilt, wenn Behandlungsvorschläge vom Kostenträger abgelehnt werden. Im Übrigen geschieht dies zum Teil mit deutlich rassistischen Begründungen.

Frauen, die vor ihrem Frauenhausaufenthalt freiwillig oder unter Zwang in der Psychiatrie waren, gaben folgende Erfahrungen zu Protokoll:

- Viele Frauen berichteten, sie seien in der Anamnese und auch im weiteren Verlauf der Behandlung nicht nach ihren Gewalterlebnissen gefragt worden. Das geschah zum Teil auch dann nicht, wenn sich Frauen auf Grund der erlebten Gewalt freiwillig in die Psychiatrie einweisen ließen.
- Medikamente wurden oft ohne ausreichende Information, zum Teil auch ohne Einwilligung der Patientin verabreicht.
- Gesprächstherapien fanden oft in gemischtgeschlechtlichen Gruppen statt, was das Sprechen über die erlebte Gewalt für manche Frauen unmöglich machte.

- Einige Frauen berichteten von Übergriffe durch männliche Mitpatienten, vor denen sie die MitarbeiterInnen der Station nicht schützten.
- Der überwiegende Teil der Frauen, die Patientin einer Psychiatrie waren gibt an, dort in der ein oder anderen Weise Gewalt erlebt zu haben
- Manchmal kamen Frauen auf Anlass ihres misshandelnden Ehemannes in die Psychiatrie und mussten erleben, dass den Aussagen des Mannes mehr Glauben geschenkt wurde als ihren eigenen. Hieraus konnten manche Männer ein regelrechtes Bedrohungsszenario aufbauen, indem sie später immer wieder mit Zwangseinweisung drohten.

Diese Ergebnisse zeigen bereits den enormen Handlungsbedarf auf.

Auch wenn es in der Natur der Umfrage lag, dass vorwiegend negative Erfahrungen in der gesundheitlichen Versorgung zur Sprache kamen, so kann ich aus meiner beruflichen Praxiserfahrung sagen, dass ausdrücklich positive Erfahrungen tatsächlich eher die Ausnahme sind.

An einem Beispiel ließe sich das so veranschaulichen. Wenn eine Frau sich in gynäkologische Behandlung begibt, um untersucht zu lassen, ob sie nach wiederholten Vergewaltigungen durch den Ehemann schwanger ist und ob sie innere Verletzungen hat, kann dies für die Gynäkologin wie eine ganz normale, unauffällige Untersuchung wirken. Auch von der Patientin kann die ärztliche Tätigkeit als normale Untersuchung empfunden werden, während objektiv das Thema Gewalt nicht einmal erwähnt wurde. Der ganze Hintergrund, warum die Patientin die Gynäkologin aufsucht, ihre Ängste („Entspannen Sie sich“) und Befürchtungen bleiben der Ärztin verborgen und so wird zur Abklärung etwaiger Menstruationsbeschwerden – je nach Alter der Patientin – vielleicht ein Hormonspiegel gemacht.

Welche Anforderungen ergeben sich nun aus den Erfahrungsberichten gewaltbetroffener Frauen?

1. Gewalterfahrungen müssen als eine mögliche Ursache für Verletzungen, Krankheitssymptome und Auffälligkeiten bei Anamnese bzw. Diagnose ins Blickfeld genommen werden.
2. ÄrztInnen sollten Fortbildungen zum Thema wahrnehmen, um sich für die Gewaltproblematik zu sensibilisieren und dadurch ihre Diagnose- und Behandlungskompetenz im Hinblick auf gesundheitliche Folgen von Gewalt zu stärken.
3. Gerade in Psychiatrien dürfen gewaltbetroffene Frauen keine erneute Gewalt erfahren. Dies muss eine Grundanforderung an alle ärztlichen, therapeutischen und pflegerischen Maßnahmen werden. Auch Gewaltanwendung durch männliche Mitpatienten muss ausgeschlossen werden.
4. Körperliche und psychosomatische Auswirkungen von Gewalt müssen regelmäßig dokumentiert werden und gerichtlichen Anforderungen genügen. Diese Dokumentation sollte auf Wunsch der Patientin ausgehändigt werden und ansonsten in den Patientinnenunterlagen verbleiben.
5. Frauen sollten einen Anspruch auf Untersuchung durch eine Frau haben (z.B. nach einer Vergewaltigung)
6. Es sollten spezifische Angebote in Psychiatrien, Krankenhäusern, Kurkliniken für (gewaltbetroffene) Frauen eingerichtet werden.

Für die gesundheitliche Versorgung gewaltbetroffener Migrantinnen ergeben sich folgende Anforderungen:

1. Migrantinnen müssen unabhängig vom Aufenthaltsstatus Zugang zum Gesundheitssystem erhalten. Dies gilt ausdrücklich auch für illegalisierte Migrantinnen, Opfer von Zwangsprostitution etc.
2. Die interkulturelle Kompetenz von Gesundheitsanbietern sollte durch Fortbildungen, Leitlinien u.ä. gestärkt werden und zum selbstverständlichen Bestandteil der Qualitätsentwicklung in der gesundheitlichen Versorgung werden (z.B. auch als Thema in Aus-, Fort-, und Weiterbildung unterschiedlicher Berufsgruppen des Gesundheitsbereiches).
3. Migrantinnenselbsthilfeprojekte im Gesundheitsbereich sollten unterstützt und finanziell gefördert werden.

Über diese Anforderungen hinaus, die von Autonomen Frauenhäusern auf der Grundlage der Umfrage entwickelt wurden, lassen sich noch einige allgemeine Empfehlungen für die gesundheitliche Versorgung gewaltbetroffener Frauen formulieren.

- Professionelle im Gesundheitswesen müssen ein Basiswissen über Art, Ausmaß und Folgen von Gewalt gegen Frauen erhalten, um adäquate Handlungsstrategien und Behandlungskonzepte entwickeln zu können.
- ÄrztInnen, TherapeutInnen und Pflegende sollten ihre Bereitschaft signalisieren, sich dem Thema Gewalt im Geschlechterverhältnis zu öffnen. Sie sollten hinsehen, wahrnehmen und gesprächsbereit sein. Dies ist einerseits eine Frage der persönlichen Haltung. Andererseits können in den Praxen auch Informationsmaterialien, Fachartikel und Broschüren von Unterstützungseinrichtungen ausgelegt und themenspezifische Plakate in aufgehängt werden, um somit Offenheit und Kompetenz für die Gewaltproblematik zu signalisieren.

Handlungsleitend für den ärztlichen und pflegerischen Kontakt mit gewaltbetroffenen Frauen sollte sein:

- gewaltbetroffene Frauen in ihrer Situation ernst nehmen
- zuhören
- stabilisieren
- behutsames Fragen
- respektvoller Umgang
- dokumentieren
- weitervermitteln an örtliche, spezialisierte Unterstützungsangebote (z.B. Frauenberatungsstellen, Frauenhäuser, spezialisierte Angebote im Bereich sexualisierter Gewalt)

Was keinesfalls geschehen sollte:

- aufdecken: Es kann nicht darum gehen, Frauen zu nötigen, über Ihre Gewalterlebnisse zu berichten
- Frauen Gewalterfahrungen lediglich zu unterstellen
- Gewalterfahrungen verharmlosen im Sinne von: „So schlimm kann es doch nicht sein, ich kenn doch Ihren Mann auch ganz gut.“

- einmischen: „Sie sollten sich unbedingt von Ihrem Mann trennen“ oder „Vielleicht kann ich auch mal mit Ihrem Mann sprechen.“

Das Ziel ärztlichen, therapeutischen und pflegerischen Handelns sollte sein, gewaltbetroffene Frauen in ihrer gesundheitlichen und psychosozialen Situation zu stabilisieren. Hierzu gehört auch und unmittelbar, gewaltbetroffene Frauen gegebenenfalls an spezialisierte Unterstützungsangebote weiter zu vermitteln.

Professionelle im Gesundheitswesen können sich nicht aussuchen, ob sie gewaltbetroffene Frauen versorgen wollen. Etwa jede vierte Patientin hat gewalttätige Übergriffe erlebt, viele von ihnen in ihrem sozialen Nahraum. ÄrztInnen und andere AkteurInnen des Gesundheitssystems sollten in ihrer beruflichen Praxis allerdings so handeln, dass sie vielleicht nicht alles „richtig“, aber in jedem Fall nichts grundsätzlich falsch machen. Es geht also nicht darum, den Gewalthintergrund jeder betroffenen Frau aufzudecken. Vielmehr sollten Professionelle im Gesundheitswesen so (be-) handeln, dass der Patientin kein weiterer Schaden entsteht, selbst wenn der Gewalthintergrund im Verborgenen bleibt,

Diskussion im Plenum

Aus dem Plenum wurde die Frage der Finanzierung aufgeworfen. Für die Untersuchung und Behandlung von gewaltbetroffenen Frauen sei Zeit nötig. Doch viele Niedergelassene unterliegen starken wirtschaftlichen Zwängen. Angebote, die kostenlos zur Verfügung stehen, sind nur begrenzt vorhanden. Deshalb muss die Finanzierung in die Überlegungen miteinbezogen werden und geklärt werden.

Die Referentin stellte daraufhin die Frage, ob das Ansprechen von Gewalt im Rahmen der Anamnese oder das behutsame Nachfragen wirklich mehr Zeit kosten würde. Erfahrungsgemäß befürchten vielmehr viele ÄrztInnen, dass eine Einbeziehung der Ursache Gewalt in der Konsequenz ein Pulverfass öffnen könnte und Problematiken sichtbar werden, die viele Gespräche zur Folge hätten.

Hier wurde auf die vorhandene Infrastruktur der Beratung hingewiesen, an die weitervermittelt werden könnte. Frauen erwarteten nicht, dass Ärzte und Ärztinnen sozialarbeiterisch tätig werden; sie verstehen sehr gut, dass dies im Rahmen der alltäglichen Praxis nicht möglich sei. Erfahrungsberichte und Studien zeigen, dass betroffene Frauen auf Grund des Befundes medizinisch versorgt werden wollen. Eine Weiterleitung an spezifische Beratungseinrichtungen benötigt nicht mehr Zeit als eine Überweisung an andere medizinische Einrichtungen.

Als dringend notwendig wurde die Verbesserung der Schnittstellenarbeit eingeschätzt, da sonst der Mehraufwand für Ärzte und Ärztinnen höhere Kosten zur Folge hätte. Dies bestärkt das Argument, dass die GÖA überarbeitet werden müsste.

Ein weiteres Problem ist, dass es für ÄrztInnen sehr schwierig ist, fortdauernde Gewaltbeziehungen zu akzeptieren. Dies scheint ein sehr frustrierender Aspekt für Professionelle zu sein. Es wurde daher darauf hingewiesen, dass Ärzte und Ärztinnen betroffene Frauen begleiten sollten, die Entscheidungen aber immer von den Frauen selber getroffen werden müssen. Betont wurde, dass dieses Problem der Frustration in allen Berufsgruppen auftritt, die mit Betroffenen arbeiten. Ein wesentlicher Bestandteil der Fortbildungen für andere Professionen sei daher, die

Ursachen und Gründe darzulegen, warum Frauen sich nicht trennen. Ärzte und Ärztinnen sollten auch hierzu geschult und unterstützt werden.

Ergänzend wurde auf Ergebnisse einer Befragung von Frauen im Rahmen des S.I.G.N.A.L.-Interventionsprojektes hingewiesen. Die meisten betroffenen Frauen berichteten, dass sie in erster Linie niedergelassene MedizinerInnen und nicht spezifische Unterstützungseinrichtungen aufsuchten. Wichtig sei, dass in den Praxen Informationsmaterialien ausliegen und potenzielle Hilfe erkennbar wird. Erfahrungsbeispiele von Frauen zeigen, wie wichtig allein die Information ist: „Ich kann mich an jemanden wenden und bekomme Hilfe zu einem Zeitpunkt, sobald ich es brauche.“

2 Impulsreferate

2.1 Alltägliche Gewalt gegen Frauen – eine Herausforderung für die gesundheitliche Versorgung

Prof. Dr. Carol Hagemann-White, Universität Osnabrück

Gewalt im Geschlechterverhältnis gehört zu unserem Alltag, obwohl – vielleicht auch weil – wir sie oft nicht merken und nicht sehen. Über die letzten 25 Jahre haben wir über Gewalt gegen Frauen und über sexuelle Gewalt sehr viel gelernt. Es ist für Politik und Öffentlichkeit selbstverständlich geworden, dass auch solche Gewalthandlungen eine Angelegenheit des öffentlichen Interesses sind, die früher als Privatsache abgetan wurden. Die Bundesregierung verfolgt seit 1999 einen umfassenden Aktionsplan zur Bekämpfung von Gewalt gegen Frauen, der gerade fortgeschrieben wurde. Bei dieser aktiven Haltung verschiedenster Institutionen ist jedoch das Gesundheitswesen bislang zu wenig in Erscheinung getreten.

In unserem Gutachten für die Enquêtekommission des Landtags NRW im November 2002 haben wir auf der Grundlage der internationalen Literatur die Verbreitung verschiedener Formen von Gewalt gegen Frauen und Mädchen geschätzt, die allgemeinen und besonderen Auswirkungen von Gewalt auf die Gesundheit von Frauen überschaubar dargestellt und Standards für angemessene gesundheitliche Versorgung herausgearbeitet. Ferner wurden 29 besonders ausgewiesene Fachkräfte aus unterschiedlichen Professionen zu Defiziten in der Versorgung und Modellen guter Praxis befragt. Die gesammelten Anregungen wurden mit AkteurInnen des Gesundheitswesens unter dem Leitgedanken der Umsetzbarkeit bearbeitet. Abschließend haben wir Empfehlungen für das politische Handeln auf Landesebene vorgelegt.

Was wissen wir über das Ausmaß, die Häufigkeit, die Formen und Begleitumstände dieser Gewalt? Im Gutachten haben wir Ergebnisse von Repräsentativerhebungen aus den Niederlanden und Schweden herangezogen, weil beide methodologische Vorzüge haben, die sich ergänzen, und weil die Verhältnisse in diesen beiden Ländern eher denen in der Bundesrepublik ähneln, als die in den USA oder etwa Finnland. Zusätzlich haben wir die Überschneidungsmengen berücksichtigt: Misshandlung geht oft mit sexueller Gewalt einher; das Erleiden von Gewalt in der

Kindheit erhöht das Risiko späterer Übergriffe. Auf verschiedene Studien konnten wir zurückgreifen, um diese Überschneidungen zu schätzen.

Zudem war es unser Anliegen, die Häufigkeit solcher Gewalt zu erfassen, die für das Gesundheitswesen von Bedeutung ist. So wollten wir nicht alle Schläge in Beziehungen zählen – manche Frauen beenden eine solche Beziehungen oder aber setzen erfolgreich den Übergriffen eine Grenze – sondern die Misshandlungssituationen. Oder: Nicht jeder Übergriff in der Kindheit hinterlässt bleibende Schäden, vor allem dann nicht, wenn unterstützende Erwachsene da sind, denen sich das Kind anvertrauen kann.

Insgesamt schätze ich an Hand der vorliegenden Studien, dass etwa 10% aller mit einem Mann zusammenlebenden Frauen zumindest zeitweise misshandelt werden; etwa 10% bis 12% aller Frauen erleben mindestens einmal in ihrem Leben eine massive sexuelle Nötigung oder Vergewaltigung und zwischen 10% und 15% aller Mädchen sind intensivem sexuellen Missbrauch oder körperlicher Misshandlung ausgesetzt, wobei nicht selten beide Gewaltformen in der Familie zusammen vorkommen. Zur Zeit werden die Daten aus der ersten repräsentativen Erhebung in der Bundesrepublik zu diesem Thema zusammengetragen, und es zeichnet sich ab, dass wir mit unserer Schätzung nicht falsch lagen.

Insgesamt ergab sich, dass über 20% aller Frauen im Verlaufe ihres Lebens, als Kind oder als Erwachsene geschlechtsbezogene Gewalt in einer Ausprägung erleiden, die ihre Gesundheit beeinträchtigt.

Wir neigen oft dazu, Gewalt juristisch zu verstehen, und die Schwere der Tat objektiv zu bewerten. Die Forschung zu den Auswirkungen von Gewalt lehrt uns aber, dass es ein Fehler wäre, nur „schwere“ Gewalt – in der Blut fließt – als gesundheitliches Risiko zu sehen. In Misshandlungsbeziehungen kann die Drohung an Stelle von Schlägen treten, ständige Angst zermürbt und macht krank. Gesundheitlich wirkt sich der Verlust der sexuellen Selbstbestimmung belastend und schädigend aus. Wird eine Frau oder ein Mädchen dazu gebracht, sexuelles Eindringen zuzulassen oder sexuelle Handlungen auszuführen, die sie nicht will, sind die Folgen für ihr Selbstwertgefühl, ihre Sexualität und ihr Wohlbefinden im eigenen Körper oft nachhaltig, auch wenn keine physische Gewalt angewendet wurde, um das Ziel zu erreichen – ja, vielleicht gerade dann, da sie in diesem Falle meist nicht umhin kann, nach der eigenen Schuld zu fragen. Sie hat ja „mitgemacht“.

Gerade sexualisierte Gewalt besteht nicht in vereinzelt Handlungen, deren Bedeutung und Wirkung sich aus einer „Tatbeschreibung“ ergeben. Es hängt von vielen Faktoren ab, welche Folgen eine mit Nötigung verbundene Handlung, eine bedrängende Kette von Übergriffen oder eine ausbeuterische Beziehung haben wird: Art und Ausmaß der Übergriffe, Ausmaß des erlebten Kontrollverlustes, Art und Dauer der Beziehung, Reaktion der Umwelt und vieles mehr. Wichtig ist, welche sozialen Ressourcen verfügbar sind: Vertrauensvolle Beziehungen, z.B., in denen über das Geschehene mit allen begleitenden Gefühlen gesprochen und Solidarität erfahren wird, erschließen ganz andere Möglichkeiten, eine Verletzung einzuordnen und zu bewältigen, als dies unter Bedingungen der Isolation bzw. der Abhängigkeit vom Täter und einem damit erzwungenen Schweigen der Fall ist.

Die gesundheitlichen **Auswirkungen** von Gewalt können individuell sehr verschieden sein. Auch sind die unterschiedlichen Gewaltformen nicht trennscharf

als Ursachen fest umrissener Symptomkomplexe festzulegen: Die Fachliteratur beschreibt ganz ähnliche schädliche Folgen bei ganz verschiedenen traumatischen Erlebnisse. Das macht es schwierig, von den Beschwerden her darauf zu kommen, dass sich dahinter Gewalt verbergen könnte. Bei **allen Gewaltformen** kommen gehäuft vor

- (1) längerfristige Angst- und Schlafstörungen,
- (2) Beziehungs- und Sexualitätsstörungen;
- (3) Elemente des „posttraumatisches Belastungssyndrom“ wie plötzlich sich aufdrängende Vorstellungen oder Gefühle;
- (4) Depressionen und Suizidalität;
- (5) Suchtgefährdung, insbesondere Alkohol und Medikamente, und
- (6) chronische Schmerzen.

Unsere Sichtung der internationalen Fachliteratur ergab auch Hinweise auf differenzielle Auswirkungen je nach Gewaltform.

Sexueller Missbrauch in der Kindheit stellt in der Regel ein Mehrfachtrauma dar. Als längerfristige Gesundheitsschäden werden beschrieben: Chronische Unterleibsschmerzen, Ess-Störungen, insbesondere Bulimie; Atemstörungen; komplexe posttraumatische Belastungsstörungen; dissoziative Störungen und Borderline-Störungen mit Selbstverletzungen. Außerdem senken frühe Verletzungen die Schwelle für spätere Übergriffe.

Nach einer **Vergewaltigung** sind in der unmittelbaren Folgezeit oft typische Körperverletzungen und Verletzungen im genitalen Bereich feststellbar sowie traumatische Reaktionen. Längere Zeit danach können anhaltende Ängste die Folge sein sowie komplexe posttraumatische Störungen. Schwangerschaftskonflikte können als Spätfolge auftreten.

Bei **Misshandlung** durch den Partner sind häufige Folgeschäden: Typische Verletzungen (am Kopf und am Körper), insbesondere Mehrfachverletzungen und solche, die in der Notfallstation zur Behandlung kommen; gynäkologische Störungen; chronische reizbare Magen-Darm-Störungen; Schwangerschaftsrisiken; Kopf-, Nacken- und Rückenschmerzen und der längerfristiger Gebrauch psychotroper Medikamente.

In der Bundesrepublik haben wir Erkenntnisse über Gewalt vor allem aus den praktisch arbeitenden Projekten sowie aus Untersuchungen, die an dieser Praxis anknüpfen. Sie geben uns Auskunft über diejenigen Frauen, die sich als von Gewalt unmittelbar betroffen zu erkennen gegeben haben. Der umgekehrte Weg der Erkenntnis wird in der Bundesrepublik erst in den letzten Jahren beschritten: Wer denkt bei Störungen im Verlauf von Schwangerschaft und Geburt an die Möglichkeit, dass eine vor Jahren erlittene Vergewaltigung den Hintergrund bilden könnte? Befragungen der Bevölkerung belegen, dass Frauen wesentlich häufiger als Männer über „Befindlichkeitsstörungen“ klagen; selten wird aber daran gedacht, dass Frauen sich häufiger in von Gewalt bedrohten Lebenslagen *befinden*. Dieses Befinden könnte durchaus die markantesten Befunde erklären: Frauen leiden erheblich häufiger als Männer an Depressionen. Psychoaktive Medikamente werden wesentlich häufiger Frauen als Männern verschrieben.

Defizite in der gesundheitlichen Versorgung

Die befragten Fachkräfte konnten spezifische Defizite benennen sowie konkrete und praktikable Verbesserungen anregen. Übereinstimmend wird als größtes Problem in allen Bereichen des Gesundheitswesens beschrieben, dass Gewalt nicht als Ursache von Symptomen und Störungen erkannt wird.

Die Professionellen **wissen** zu wenig über Gewalt und deren Auswirkungen. Sie haben in der Ausbildung nichts darüber erfahren, kommen gar nicht erst darauf, danach zu fragen.

Sie halten sich in der Regel nicht für **zuständig**: Sie sind gewohnt, Gewalt als ein soziales Problem anzusehen.

Sie **fürchten** sich davor, darüber zu sprechen und die Schleusen zu öffnen, weil sie keine Idee haben, was sie dann tun könnten;

Sie verfügen nicht über angemessene **Handlungskompetenzen** und damit die Fähigkeit, eigene Möglichkeiten und Grenzen abzuschätzen. Oft fehlt die Zeit und zum Teil auch die Sensibilität für einfühlsame Gespräche;

Sie kennen meist die **Ressourcen** und Hilfsangebote nicht, die in der Region vorhanden sind, auf die sie verweisen oder bei denen sie selbst Rat holen könnten.

Aber auch bei den gewaltbetroffenen Frauen bestehen Barrieren;

Sie **zögern** lange, peinliche und private Erlebnisse anzusprechen, auch bei einer Ärztin ihres Vertrauens;

Sie haben oft **Angst**, mit ihren Mitteilungen Handlungsketten auszulösen, die sie nicht mehr kontrollieren, und dass alles noch schlimmer wird, wenn der Mann davon erfährt oder das Jugendamt oder die Polizei oder die Krankenkasse;

Sie spüren, dass die Professionellen für ihre Erlebnisse **keine Zeit** haben; oder

Sie wollen selbst **nicht glauben**, dass die Gewalt so schlimm ist, weil sie dann handeln müssten, dies aber nicht können.

Und schließlich gibt es Hindernisse in der Struktur des Gesundheitswesens selbst: die apparative Medizin wird wesentlich üppiger **honoriert** als die sprechende Medizin; die traditionellen **Denkmodelle** der Medizin: 'Symptom – Krankheitsdiagnose – Behandlung' und die ärztliche Anordnung – compliance – Heilung „passen“ nicht auf die Gewaltproblematik; die Organisation der Versorgung ist nicht auf interdisziplinäre **Kooperation** angelegt, sondern erschwert sie.

Dadurch kommt es zu Unter-, Über- und Fehlversorgung, es können sekundäre Erkrankungen entstehen oder Leiden chronisch werden. Hohe Kosten sind die Folge. Auch wenn Gewalt erkannt oder benannt wird, mangelt es an ausgebildeter Traumatherapie, an die überwiesen werden könnte. Aber auch die Möglichkeiten der nicht-ärztlichen Gesundheitsberufe werden in Deutschland, verglichen mit dem Ausland, zu wenig ausgeschöpft.

Die gesundheitliche Versorgung muss einerseits erfahrene Fachkräfte mit spezifischer Aus- und Weiterbildung in ausreichender Zahl und Verbreitung bereitstellen, damit eine kompetente Diagnose und Therapie möglich ist, wenn eine Patientin die Gewaltproblematik anspricht oder dies von dem Symptombild und der Lebenslage her zu vermuten ist. In dieser Hinsicht ist die Versorgung in ihrer Tiefe entwicklungsbedürftig. Andererseits muss sie in der Breite verbessert werden, damit

in allen Gesundheitsberufen ein Bewusstsein und eine selbstverständliche Aufmerksamkeit dafür entsteht, dass Gewalt immer eine Krankheitsursache sein kann. Dazu gehört die Fähigkeit, zu ertragen, dass die Frau sich nicht mitteilt, noch nicht und vielleicht auch nie. Und dennoch sollte ärztliches ebenso wie beispielsweise pflegerisches oder physiotherapeutisches Handeln von dem Bewusstsein geleitet werden, in der Praxis jeden Tag mindestens eine Frau zu sehen, deren Leben nachhaltig durch Gewalt beeinträchtigt wurde.

Gewalterfahrungen können traumatisch sein, sind es aber keineswegs immer; es gibt auch lebensweltbezogene Bewältigungsstrategien. Die Sensibilisierung für Gewalt in der gesundheitlichen Versorgung muss beide Möglichkeiten berücksichtigen. Auf der einen Seite müssen medizinische, pflegerische und andere behandelnde Fachkräfte lernen, durch eigenes, ruhiges Ansprechen des Gewaltthemas ihre Offenheit für Mitteilungen von Opfererfahrungen zu signalisieren. Zugleich ist aber davon auszugehen, dass bei aller Sensibilität Gewalterfahrungen unausgesprochen bleiben können. Im Umgang mit dem Trauma gilt das Prinzip: Stabilisierung geht vor Aufdeckung, (Hilsenbeck, 1997; Reddemann, 2001). Die Schlussfolgerung kann nur sein, jede Patientin und jeden Patienten so zu behandeln, dass kein Schaden geschieht, wenn unerkannte Gewalterfahrungen den Hintergrund der aktuellen gesundheitlichen Probleme bilden.

Eine gesundheitliche Versorgung, die sich des Problems nicht annimmt, wird die Erfahrungen der Gewaltbeziehung wiederholen und verstärken. Indem darüber nicht gesprochen wird, wiederholen die Professionellen die Botschaft, dass die Gewalt etwas Beschämendes ist, worüber man nicht spricht. Indem für die Symptome Pillen verschrieben werden, wird die Botschaft des Täters wiederholt: Du bist krank. Und wenn schließlich stationäre Behandlung angewiesen wird, wird die Abwertung bestätigt: Du bist verrückt, Du bist nicht normal. Um wirkungsvoll gegen Gewalt vorzugehen, müssen hingegen Wertschätzung und Respekt an die Stelle dieser Botschaften treten.

2.2 Rechtsmedizinische Kompetenz im Netzwerk gegen häusliche Gewalt³

Dr. med. Hildegard Graß, Institut für Rechtsmedizin, Klinikum der Universität zu Köln

Viele Institutionen befassen sich mit der Betreuung von Gewaltopfern. Regional spezifisch haben sich vor dem Hintergrund des Gewaltschutzgesetzes insbesondere frauenspezifische Angebote etabliert. Hier sind beispielsweise die Kriseninterventionsstellen zu nennen, die oft in Vermittlung der vor Ort tätig gewordenen Polizei eingeschaltet werden. Da die Auswirkungen von Gewalterfahrungen sowohl generell als auch individuell sehr unterschiedlich sein können - die Spannbreite erfasst alle Formen der psychischen und physischen sowie sozioökonomischen Folgen – müssen sich die Versorgungskonzepte mit einer gleichermaßen breiten Problempalette befassen. Hier sind zur Optimierung der Opferbetreuung schon verschiedene Verknüpfungen zwischen Hilfsangeboten erfolgt, eine aktuelle Reflexion weist aber aus, dass insbesondere die Einbindung der

³ Manuskript in Anlehnung an eine Dokumentation anlässlich des 5. Fachforums Frauenhausarbeit – Forum „Gesundheitliche Auswirkungen von Gewalt – Kooperation mit dem Gesundheitsbereich; Berlin, 7. Mai 2003

gesundheitlichen Versorgung auf einer breiten Basis der Kooperationen in den Netzwerken gegen häusliche Gewalt noch zu füllende Lücken aufweist. Eingedenk der Tatsache, dass Gewalt akute oder chronische gesundheitliche Schäden verursachen kann, ist aber eine entsprechende Wahrnehmung, Betreuung und Weiterleitung von Gewaltopfern in der medizinischen Versorgung eine wichtige Ergänzung im Netzwerk der Hilfen.

Um diese Integration und Vernetzung generell zu unterstützen und regional funktionsfähige Strukturen aufzubauen sind aus unserer Sicht drei wesentliche Aspekte zu berücksichtigen:

- Information des medizinischen Hilfesystems zum Thema Gewalt
 - o mit dem Ziel einer Sensibilisierung zur Verbesserung der Wahrnehmung von Gewaltopfern.
- Schulung und Beratung der Akteure im medizinischen Hilfesystem für die sinnvolle Betreuung eines Gewaltopfers
 - o mit dem Ziel, aussagekräftige Dokumentation der Gewaltfolgen zu unterstützen.
- Interdisziplinärer Austausch zwischen den verschiedenen Akteuren im Hilfesystem
 - o mit dem Ziel, sich gegenseitig Kenntnisse zu den jeweils vertretenen Kompetenzen im Netzwerk zu vermitteln.

Folgende Inhalte sollten vermittelt werden:

- Definition des Begriffs „Häusliche Gewalt“,
- Kenntnis über die möglichen Erscheinungsformen und Folgen von häuslicher Gewalt,
- Praxisorientierte Anleitungen zur Gewaltdokumentation und Opferbetreuung bzw. Weiterleitung im Hilfesystem,
- Kenntnis der jeweils anderen Institutionen der Opferbetreuung und Wissen um deren Arbeitsweisen und Kompetenzen.

Das grundlegende Modell eines Netzwerkes umfasst die Bereiche des Gesundheitswesens, der psychosozialen Betreuung und die Organe der Justiz. Idealerweise sollte ein Netzwerk der Kompetenzen angestrebt werden, in dem die Zusammenarbeit unter den zuvor dargelegten Stichworten sowohl institutionell als auch individuell abgestimmt werden kann.

Die grundlegende medizinische Kompetenz basiert auf der allgemeinen, niedrigschwelligen Zugänglichkeit, dem im Arzt-Patienten-Kontakt bestehenden Schutz der Intimsphäre (ärztliche Schweigepflicht), dem breiten Angebot von medizinischer Diagnostik und Therapie von gesundheitlichen Störungen und einem oft schon anzutreffenden Verbund zu Hilfeangeboten aus den psychosozialen Versorgungsangeboten.

Es besteht in Deutschland keine Meldepflicht für Gesundheitsstörungen, die durch Gewalteinwirkung hervorgerufen wurden. Alle Dokumentationen und Erkenntnisse werden nur mit Erlaubnis der betroffenen Person Dritten gegenüber offenbart. Das heißt, das Gewaltopfer bestimmt den weiteren Verlauf des Geschehens. Diese Sicherheit ist gerade für Personen, die sich in der Gewaltsituation ausgeliefert und nicht sicher gefühlt haben, von besonderer Wichtigkeit.

Auf der medizinischen Ebene ist es daher wegen dieser besonderen Rolle der Ärztin bzw. des Arztes von Bedeutung, die Aufmerksamkeit auf das Thema „häusliche Gewalt“ zu lenken.

Denn *gesehen* heißt noch nicht *erkannt*,
erkannt bedeutet noch nicht verwertbar *dokumentiert*,
und *dokumentiert* bedeutet noch nicht *richtig bewertet*
und an Hilfeangebote *weitergeleitet*.

Um diese negativ formulierte Kaskade in eine optimierte Opferbetreuung zu überführen, ist es ein besonderes Anliegen der Rechtsmedizin die Wahrnehmung und Dokumentation von Verletzungen als Folge von Gewalteinwirkungen im medizinischen Bereich zu verbessern. Darüber hinaus soll in allen beteiligten Institutionen der Stellenwert einer aussagekräftigen ärztlichen Befunddokumentation und die Möglichkeit einer rechtsmedizinischen Beratung (Stichwort „Konil“) bekannt gemacht werden.

Dieses Anliegen der Rechtsmedizin kann in Analogie zur Ableitung der allgemeinen medizinischen Kompetenzen bei der Betreuung von Gewaltopfern wie folgte dargelegt werden:

Im Fachgebiet der Rechtsmedizin sind spezifische Erfahrungen in der Feststellung und Beurteilung von Gewalt am menschlichen Körper (Traumatologie) subsummiert. Über den universitären Verbund ist sie mit anderen medizinischen Fachgebiete stark vernetzt. Durch die vielfältigen Kooperationen mit den Ermittlungsbehörden im Kontext der dort notwendigen Aufgaben zur Aufklärung von Straftaten sind der Rechtsmedizin die Anforderungen an medizinischen Befunddokumentationen oder Gutachten bekannt. Auch unter Hinweis auf den historischen Namen des Fachgebietes als „Gerichtliche und Soziale Medizin“ bestehen unterschiedliche Vernetzungen mit (psycho)sozialen Organisationen und der Rechtsmedizin.

Vor diesem Hintergrund sieht sich die Rechtsmedizin in ihrer Schnittstellenposition zwischen den Institutionen dazu verpflichtet, ihre Kompetenzen im Netzwerk gegen häusliche Gewalt anzubieten. Die drei wesentlichsten Angebote sind unter den Begriffen

- Information/Schulung,
- Beratung und
- Einzelfallbegutachtung zusammenzufassen.

Neben der Vermittlung von Kenntnissen zur Epidemiologie und Phänomenologie der Gewalt, speziell der häuslichen Gewalt, der Gewalt gegen Kinder oder Senioren, wird in Fortbildungsveranstaltungen auf die anderen Partner, deren Angebote und Zugangswege, im Verbund der Hilfeangebote einzugehen sein. Aus rechtsmedizinischer Sicht ergibt sich fernerhin ein weiterer Schwerpunkt in der Vermittlung von Kenntnissen zur Erstellung einer aussagekräftigen ärztlichen Befunddokumentation. Diese Dokumentation ist die Grundlage dafür, dass erlittene Gewalt gerichtsverwertbar wird und somit bei einem Rechtsstreit einen juristisch tragfähigen Beweiswert erhält. Durch ein vorgelegtes Dokument, in der Regel ein ärztliches Attest oder Gutachten, wird ein Befund, beispielsweise eine Verletzung, rekonstruiert und in ihrer zeitlichen und gegenständlichen Verursachung nachvollzogen. Die in diesem Kontext häufig vorgelegten ärztliche Atteste mit einer zusammenfassenden, teilweise bereits interpretierenden Befunddokumentation (Beispiel: „multiple Hämatome im Gesicht und Prellung des Brustkorbes“) erfüllen diese Kriterien nicht. Neben der Weitergabe dieser Informationen im medizinischen Hilfesystem erscheint es sinnvoll, auch die anderen Partner, speziell die in der Krisenintervention tätigen Organisationen ebenfalls mit diesen rechtsmedizinischen

Aspekten der Gewaltopferbetreuung vertraut zu machen. Denn Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der anderen angesprochenen Institutionen (siehe Schaubild 1) können durch ebensolches Wissen als Multiplikatoren wirken. Sie können Ärztinnen und Ärzte auf die relevanten Kriterien einer Befunddokumentation aufmerksam machen und auch die Betroffenen selbst über die Notwendigkeit einer fachgerechten Befunddokumentation besser informieren.

Die aus rechtsmedizinischer Sicht relevanten Aspekte für eine gerichtsverwertbare Attestierung sind in Abb. 2 zusammengefasst. Wichtig ist die Betonung der Beschreibung von Befunden, da oft eine spezifische Bewertung einem nicht rechtsmedizinisch tätigen Untersucher (bzw. einer Untersucherin) nicht möglich sein wird. Formularvorlagen mit Einbindung der besonderen Obliegenheiten der Befunddokumentation bei Gewalt können Hilfestellung geben und die Befunderhebung strukturieren bzw. vereinheitlichen. Bei der Erstellung solcher Vorlagen sollte aber darauf geachtet werden, dass juristisch belegte Begriffe, wie Opfer, Täter, Beweis, keine Verwendung finden, um die Objektivität der Befunderhebung außerhalb jedes Zweifels zu halten. Auch sollte eine Vorgabe von Begriffen zur Befundinterpretationen, z.B. Würgemal, Bisswunde, nicht getroffen werden, um Fehlinterpretationen zu vermeiden. Sollen Körperschemata eingebunden werden, so ist darauf zu achten, dass diese eine ausreichende Größe aufweisen, unsere Erfahrung spricht für DIN A4-Vorlagen mit Abbildungen des ganzen Körpers von vorne und hinten sowie separate Darstellungen der Kopfhalsregion von 3 Seiten.

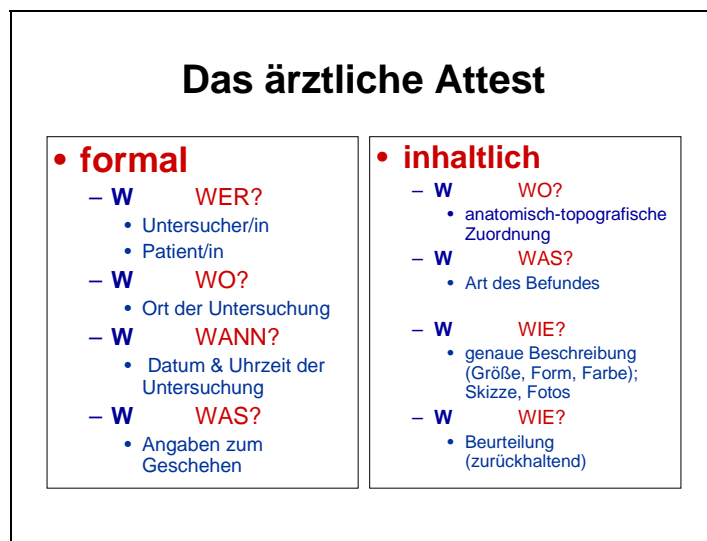


Abb. 2

Aus diesen Ausführungen leitet sich das Votum ab, rechtsmedizinische Angebote vermehrt in die Betreuungskonzepte für Gewaltopfer einzubinden. Fernerhin geht der Appell an alle beteiligten Institutionen, sich gegenseitig zu fördern und auch zu fordern. Auf der Grundlage eines funktionierenden Netzwerkes, in dem sich die beteiligten Institutionen mit ihren jeweiligen Kompetenzen kennen, können tragfähige Betreuungskonzepte erarbeitet und in die Tat umgesetzt werden. Die medizinischen und speziell die rechtsmedizinischen Fachkompetenzen sind nicht zu unterschätzen und dürfen nicht unberücksichtigt bleiben, wenn eine optimiertere Opferbetreuung erreicht werden soll.⁴

⁴ Für weitere Informationen wenden Sie sich an: Dr. med. Hildegard Graß, Fachärztin für Rechtsmedizin, Institut für Rechtsmedizin, Klinikum der Universität zu Köln,

Diskussion im Plenum

In der Diskussionsrunde im Plenum wurde angemerkt, dass es nur wenige Kenntnisse zur Phänomenologie und Epidemiologie der gesundheitlichen Folgen von Gewalt gibt. Umso wichtiger ist die Einbindung rechtsmedizinischer Kompetenz in das Netzwerk. Wesentliches Element zur Sicherstellung gerichtsfest dokumentierter Verletzungen ist die strikte Trennung zwischen Dokumentation, Befund und Interpretation. Eine Dokumentation muss durch das primäre ärztliche Handeln gewährleistet werden, nicht aber ein Befund und eine Interpretation.

Die Referentin regte einheitliche Dokumentationsvorlagen auf Bundesebene an, die in der Diskussion kurz in Frage gestellt wurden, da in den Bundesländern unterschiedliche Rechtssysteme gelten. Aus Sicht der Expertin sind diese rechtssystematischen Unterschiede in der medizinischen Realität aber irrelevant. Mit einer rein deskriptiven Dokumentation ist ein Opfer in der Regel auf der sicheren Seite. Die Fachkompetenz, eine Interpretation der Verletzungen vorzunehmen, ist bei Mediziner*innen in der Regel nicht vorhanden und auch nicht notwendig für eine Dokumentation. Hierfür sollte die Kooperation mit rechtsmedizinischen Kompetenzen genutzt werden.

Aus der Runde wurde angemahnt und von der Referentin bestätigt, dass in der Dokumentationsvorlage ein ausreichend großes Körperschema nötig sei. Wünschenswert sind ein DIN A 4 Extrablatt für die Vorder- und Rückseite des ganzen Körpers, sowie Extrablätter für die Kopfregion.

Es wurde darauf hingewiesen, dass die Mehrzahl der Frauen von einer Anzeigenerstattung absehen und es zu keiner Gerichtsverhandlung kommt. Dennoch ist die Dokumentation für die Einrichtungen der sozialen Dienste zur Einschätzung der Gewalttat wichtig. In vielen Fällen werden Ärzt*innen oder andere Professionelle die Rechtsmedizin nicht einbeziehen können und viele betroffene Frauen wollen dies auch nicht. Es stellte sich die Frage, wie dieser Bereich der „Alltäglichkeit“ von Gewalt eingeschätzt wird. Bei welchen Gewaltereignissen muss die forensische Medizin einbezogen werden? Kann die Kompetenz zur Einschätzung durch Fortbildungen vermittelt werden? Nach Meinung der Referentin wäre ein duales System sinnvoll, in dem einerseits grundsätzlich die rechtsmedizinischen Kompetenzen weiter ausgebaut werden müssen und andererseits regional die Institute für Rechtsmedizin in ihren Angeboten für andere zugänglich sein sollten. Sie betonte, dass es auf Grund der territorialen Strukturen in jeder Region eine andere Akzeptanz und andere Zugangswege geben wird. Daher erscheint es zwingend notwendig, den (nicht rechts-)medizinischen Bereich durch Informationen und Schulungen zu sensibilisieren. Ärzt*innen sollten auf jeden Fall aussagekräftig dokumentieren. Für die Dokumentierenden darf es dabei keine Rolle spielen, ob die Dokumentation für die Sozialberatung oder für das Gericht erstellt wird.

Zu dem Thema der Finanzierung des ärztlichen Mehraufwandes gibt es unterschiedliche Konstrukte, beispielsweise können im universitären Verbund Rechtsmediziner konsiliarisch hinzu gezogen werden. Oftmals reicht aber auch eine Beratung aus, die in jedem Fall von Instituten der Rechtsmedizin gewährleistet werden sollte.

ExpertInnen wiesen darauf hin, dass in einigen Instituten der Rechtsmedizin für forensische Untersuchungen von betroffenen Personen keine Gebühren erhoben werden. Dies wird als hoheitliche Aufgabe betrachtet. Gelegentlich werden etwa 50 Euro verlangt, die relativ problemlos z.B. vom Weißen Ring zurück erstattet werden könnten. Nach Meinung der ExpertInnen müssen letztendlich Interessenvertreter auf die Verabschiedung von Abrechnungsmodi hinarbeiten, die den zusätzlichen ärztlichen Aufwand nach der Gebührenordnung vergüten. Beispielsweise sollten intensivere und längere Patientinnen- und Beratungsgespräche öfter als einmal im Quartal abgerechnet werden können. Dies wäre allerdings eine Frage der Konsensbildung auf einer anderen politischen Ebene. Nach Meinung der Referentin könne eine Lösung gefunden werden sobald die Notwendigkeit belegt ist. Aus dem Plenum wird noch auf die chronischen Folgen von Gewalt hingewiesen, die es auch zu dokumentieren gilt.

3 Ergebnisse der Arbeitsforen

Die Zusammensetzung der TeilnehmerInnen in den Foren wurde im Vorfeld festgelegt und die VertreterInnen der Verbände und Institutionen gebeten, ihre Fachkompetenzen in den spezifischen Arbeitsforen zur Verfügung zu stellen.

3.1 Arbeitsforum: Qualitätsanforderungen an die psychotherapeutische Versorgung

In diesem Arbeitsforum wurden die ExpertInnen gebeten, folgende Fragestellungen zu erarbeiten:

1. Welche Qualitätsstandards wurden bereits entwickelt?
2. Wie können Sie abgestimmt und zugänglich gemacht werden?
3. Welche Schritte sind notwendig, um Qualitätsstandards von den Psychotherapeuten- und Ärztekammern anerkennen zu lassen?
4. Wie kann eine problembezogene Lockerung der Zulassungs- und Abrechnungsregelung für die therapeutische Arbeit mit gewaltbetroffenen Frauen und Mädchen erreicht werden?
5. Wer sind die einzubeziehenden AkteurlInnen?

Die ExpertInnen wiesen auf die Notwendigkeit hin, dass alle Psychotherapien auf fundierte theoretische Kenntnisse wie z.B. Grundlagenwissen in der Psychotraumatologie beruhen müssen. Dieses Grundlagenwissen sollte dem neuesten wissenschaftlichen Standard entsprechen. Weiterhin benannten die ExpertInnen spezifische Interventionen, die für die Therapie traumatisierter Frauen im Unterschied zu anderen Therapien wichtig sind: Empowerment, stabilisierende Arbeit und Stärkung der betroffenen Frauen. Wichtig sind vor allem Schutz und Ressourcenherstellung. ExpertInnen betonten, dass die angewandten Interventionsstrategien sich entsprechend den psychotraumatologischen Grundlagen am Verlauf der traumatischen Geschichte orientieren sollten. „Trauma ist nicht gleich Trauma und häusliche Gewalt nicht gleich häusliche Gewalt.“

In dem Arbeitsforum wurde diskutiert, dass es sehr unterschiedliche Situationen gibt, in denen betroffene Frauen eine Therapie aufsuchen und die Therapie sehr unterschiedlich verläuft. Eine TherapeutIn sollte daher die unterschiedlichen Verläufe

einschätzen können, um eine Frau adäquat zu behandeln. Jeder Fall ist individuell zu behandeln. Voraussetzung ist, dass ein spezifisch psychotraumatologisches Wissen vorhanden sein muss, das in Schulungen vermittelt werden sollte.

Die Expertinnen überlegten, wie Qualitätsanforderungen zugänglich und nutzbar gemacht werden können. Es wurde auf regionale ExpertInnen-Kommissionen hingewiesen und über die Richtlinienverfahren für TherapeutInnen und ÄrztInnen diskutiert. An diesen Stellen könnte strategisch eingehakt werden. Auch durch Entwicklung von Leitlinien der wissenschaftlichen Fachgesellschaften könnte diese Problematik in alle anerkannten Verfahren dezidiert Eingang finden und zwar verfahrensspezifisch und fundiert.

Die Expertinnen waren sich einig, dass die Weiterbildungsordnung für Ärzte und Ärztinnen erweitert werden sollte. Des Weiteren wurde diskutiert, wie die verschiedenen therapeutischen Fachrichtungen miteinander ins Gespräch kommen könnten. Es wurde ein Kongress vorgeschlagen, der übergreifend alle Psychotherapieschulen erreichen soll. Dort bestünde die Möglichkeit, zu beleuchten, welche Ansätze und Strategien von den spezifischen Therapierichtungen besonders gut in der Traumatherapie wirken und welche eher Risiken bergen und schädigen könnten. Dies müsste dezidiert und klar erarbeitet werden. Mit diesen Ergebnissen könnten dann auf einem Psychotherapiegipfel zu Gewalt gegen Frauen und Männern (Gender-Perspektive) politische Forderungen erörtert werden. Basis hierfür wäre eine entsprechende Begleitforschung in Form von fundierten Therapieevaluationen, um einen Outcome belegen zu können und spezifische Interventionsstrategien empirisch zu verfolgen. Dies müsste mit entsprechenden Verlaufs- und katamnestischen Untersuchungen erfolgen. Es wurde darauf hingewiesen, dass entsprechende Untersuchungen schon für einzelne therapeutische Ansätze durchgeführt wurden, doch ExpertInnen waren sich dahingehend einig, dass noch viel Forschungsbedarf besteht.

Auf Grund der komplexen und umfassenden 4. Fragestellung wurde diese nur in Ausschnitten beleuchtet. Die ExpertInnen wiesen darauf hin, dass in der Beratung und therapeutischen Arbeit mit gewaltbetroffenen Frauen und Mädchen Strukturen bestehen, die von der gesetzlichen Krankenkasse nicht finanziert werden. Dies sind vor allem Frauen- und Mädchenprojekte sowie Interventionsstellen. Es stellte sich die Frage, wie diese Beraterischen und therapeutischen Strukturen mit ihrer hohen Kompetenz und langjährigen Erfahrungen erhalten werden bzw. in andere Finanzierungssysteme überführt werden könnten. Es kam die Idee auf, im Rahmen eines Modellprojektes, direkt mit den Krankenkassen in Verbindung zu treten und approbierte Therapeuten und Therapeutinnen, die nicht die KV-Zulassung haben, über Sonderbedarfszulassung in die Versorgung gewaltbetroffener Frauen und Mädchen mit einzubeziehen. In einem Forschungsprojekt könnten die langfristigen fördernden Auswirkungen einer frühzeitigen und schnellen psychotherapeutischen Begleitung betroffener Frauen und Mädchen untersucht werden. Hierzu müsste die therapeutische Versorgung mit einer entsprechenden Kontrollgruppe verglichen werden. ExpertInnen unterstrichen hierbei den präventiven Ansatz. Hintergrund dieser Idee ist, dass die Wartezeiten für eine psychotherapeutische Versorgung bei Bedarf viel zu lang sind. Das Forschungsprojekt könnte belegen, dass die zeitnahe Versorgung langfristig massiv Kosten für das gesamte Gesundheitssystem spart, wenn frühzeitig Interventions- und Therapiemöglichkeiten angeboten werden. Um

Bedarfsschätzungen und neue Bedarfsanalysen anzuregen, sollte dieses Vorhaben im Rahmen eines Modellprojektes durchgeführt werden.

ExpertInnen betonten, dass dies jedoch ein komplizierter politischer Prozess sei und diskutierten im Weiteren, welche Strategien derzeit zur Finanzierung des Beratungsbereichs und der Interventionsstellen möglich sind. Sie überlegten, bestehende Stiftungen anzusprechen und eine neue Stiftung zu „Frau und Gesundheit“ anzuregen. Ein Teil der Gelder könnte zur Finanzierung von Anti-Gewalt-Projekten zur Verfügung stehen. Eine weitere Möglichkeit der Finanzierung wäre es, nach dem „Verursacherprinzip“ vorzugehen. Wer und was in dieser Gesellschaft verursacht Aggression und Gewalt? Die ExpertInnen benannten Alkohol als einen Aspekt und stellten die Forderung auf, einen Teil der Alkoholsteuer für die Arbeit mit gewaltbetroffenen Frauen und Mädchen bereit zu stellen. Zum anderen könnte gefordert werden, dass Teile der Beiträge für die Privatsender in diesen Bereich fließen.

Darüber hinaus sollten schon bestehende Strukturen stärker in die Versorgung traumatisierter Frauen und Mädchen einbezogen und für sie geöffnet werden. Zum Beispiel könnten Klinikambulanzen mehr auf interdisziplinäre Versorgung in schon bestehenden Netzwerken ausgerichtet werden. Für eine gute Vernetzung in schon bestehenden Strukturen gibt es punktuell gute Beispiele.

Als weitere Finanzierungsmöglichkeiten wurden Krankenkassen, Versorgungsämter, Rentenversicherungsträger etc. benannt. Abschließend regten die ExpertInnen an, über unterschiedliche Behandlungspfade und verschiedene Möglichkeiten der Sekundärprävention nachzudenken. Dies konnte in dem begrenzten Zeitrahmen nicht weiter vertieft werden.

Ergänzungen und Diskussionen im Plenum

Im Plenum wurde ergänzend darauf hingewiesen, dass Sonderbedarfszulassungen sehr schwierig umzusetzen sind. Die restriktive Zulassung führt zu Versorgungslücken, die nur über politische Strategien oder „Druck von außen“ geschlossen werden können. Es wurde erneut angemerkt, dass TherapeutInnen, die auf Traumatherapie spezialisiert sind, häufig lange Wartezeiten haben und dass es starke regionale Unterschiede in Großstädten und eher ländlichen Regionen gibt.

Als Anregung aus der beraterischen Praxistätigkeit mit betroffenen Frauen kam ein Hinweis zu Qualitätsanforderungen an Therapien mit gewalttätigen Männern. Entsprechende TherapeutInnen müssten dahingehend geschult werden, die Folgen von Gewalt für die Frauen in den Blick zu nehmen, um eine retraumatisierende Einbeziehung zu vermeiden. Als Beispiel wurde angeführt, dass oftmals schon nach der dritten therapeutischen Sitzung mit dem misshandelnden Mann die betroffene Frau zu einem gemeinsamen Gespräch eingeladen wird. Betont wird der dringende Vernetzungsbereich auf diesem Gebiet.

Eine weitere Frage beschäftigte sich mit den Qualitätsanforderungen und der momentanen fachlichen Besetzung in Frauenhäusern. Die Mitarbeiterinnen verfügen in der Regel über keine psychotraumatologische Grundkenntnisse. Braucht es mehr psychotraumatologischer Kompetenz in Kriseninterventionen oder beschränken sich die Anforderungen an die Psychotherapie? Die ExpertInnen machten deutlich, dass

die psychotraumatologische Kompetenz für Therapien notwendig sei, nicht aber für Kriseninterventionen wie sie in Frauenhäusern geleistet würde. In dem begrenzten Zeitrahmen des Arbeitsforums konnte allerdings die Abgrenzung und Qualitätsanforderungen an Kriseninterventionen nicht diskutiert werden.

Aus dem Plenum wurde die Frage nach Finanzierungsmöglichkeiten für die psychotraumatologische Versorgung bei häuslicher Gewalt über Berufsgenossenschaften gestellt. Diese spielen beispielsweise bei Überfällen eine große Rolle. Der Aspekt wurde in dem Arbeitsforum kurz diskutiert und angemerkt, dass es sinnvoll wäre, eine Berufsgenossenschaft für häusliche Arbeit zu gründen und diese in Verantwortung zu nehmen.

Ergänzend wurde ein Kompetenzmangel bei der Behandlung von Depressionen angemerkt. Auch in dem bundesweiten Kompetenznetz „Depression“ wird Gewalt als mögliche Ursache von Depressionen nicht aufgegriffen und die Genderkompetenz ist unterentwickelt. ExpertInnen des Arbeitsforums ergänzten, dass es Überlegungen im BMFSJ zur Förderung dieses Forschungsschwerpunktes gäbe. Für eine Etablierung von Psychotraumatologie in das Psychotherapieverfahren werden Studien in Form von Versorgungs- und Begleitforschung benötigt.

Zusammenfassung von „Standards“ und Forderungen

- Therapieverfahren mit gewaltbetroffenen Frauen müssen auf den neuesten Erkenntnissen und Grundlagen der Psychotraumatologie beruhen
- Spezifische Interventionen in der Therapie traumatisierter Frauen sind in Abgrenzung zu anderen Therapien notwendig
- Angewandte Interventionen müssen sich entsprechend der psychotraumatologischen Grundkenntnisse am Verlauf der traumatischen Geschichte orientieren
- TherapeutInnen müssen im Bereich der Psychotraumatologie geschult werden
- Qualitätsanforderungen über regionale ExpertInnen-Kommissionen zugänglich machen und Richtlinienverfahren diskutieren
- Entwicklung von Leitlinien der wissenschaftlichen Fachgesellschaften
- Erweiterung der Weiterbildungsordnung für ÄrztInnen
- Vergleich der verschiedenen Therapierichtungen und Interventionen im Hinblick auf adäquate Therapie traumatisierter Frauen
- Psychotherapiegipfel mit politischen Forderungen
- Sonderbedarfszulassungen, um Versorgungslücken zu schließen
- Versorgungs- und Begleitforschung
- Verbesserung der Vernetzung in bestehenden Strukturen
- Finanzierungsmöglichkeiten für den Beratungsbereich
- Qualitätsanforderungen an Therapien mit gewalttätigen Männern
- Berufsgenossenschaft für häusliche Arbeit

3.2 Arbeitsforum: Implementierung von berufsspezifischen / interdisziplinären Fort- und Weiterbildungsmodulen

In dem Arbeitsforum wurden die unterschiedlichen Zugriffsmöglichkeiten für die Aus-, Fort- und Weiterbildung aufgezeigt. Aus Sicht der ExpertInnen erscheint es notwendig, Aus-, Fort- und Weiterbildung zu strukturieren und zu trennen, da die Zuständigkeiten für diese Bereiche unterschiedlich sind. In die medizinische

Ausbildung im Universitätsstudium könnte die Thematik pflichtmäßig in die Curricula der verschiedenen Disziplinen (Allgemeinmedizin) implementiert werden.

In die Musterweiterbildungsordnung, die endgültig im Mai 2004 verabschiedet wird, ist das Wort „Gewalt“ zwar vorhanden, doch laut ExpertInnen ist damit noch keine inhaltliche Umsetzung gewährleistet. Für die Allgemeinmedizin werden 80 Stunden Weiterbildung in der Psychosomatik vorgeschrieben. Die für die Ausgestaltung dieses Teiles der Weiterbildung Verantwortlichen könnten hier das Thema Gewalt in den Katalog integrieren. Wünschenswert wären Fortbildung in Theorie und Interaktion. Es sind AkteurInnen einzubeziehen, die an verantwortlicher Stelle Einfluss nehmen und die Thematik nachhaltig implementieren können. Für die Umsetzung der Musterweiterbildungsordnung ist die Landesebene zuständig. Hier könnten die Landesministerien Einfluss ausüben.

Um das Thema in der psychosomatischen Weiterbildung zu berücksichtigen, sollte über die „ständigen Konferenzen“ in den Fachgesellschaften strategisch Einfluss genommen werden.

Grundsätzlich ist bei der Ärzteausbildung folgende Unterscheidungen zu treffen:

Ausbildung = Universitätsstudium (Pflicht)

Weiterbildung = Facharztabschluss (Pflicht)

Fortbildung = Freiwillige Qualitätssicherungsmaßnahmen

Eine Verankerung des Themas „Gewalt gegen Frauen und Mädchen und die gesundheitlichen Folgen“ ginge strukturell nur in der Aus- und Weiterbildung. Mit Fortbildungsmodulen werden nach Meinung der ExpertInnen sowieso nur bereits Interessierte erreicht.

Expertinnen machten darauf aufmerksam, dass in den USA regelmäßig Fortbildungen zum Thema Gewalt erforderlich sind, um die Wiederezulassung zu erhalten. Im Gesundheitsmodernisierungsgesetz ist ebenfalls angedacht, dass ÄrztInnen Fortbildungspunkte sammeln und alle fünf Jahre ihre Teilnahme nachweisen müssen. Fehlt dieser Nachweis, erhalten sie eine Mahnung und eventuell Honorarabzüge bis zu 10 %. Innerhalb von zwei Jahren müssten dann Fortbildungspunkte gesammelt werden. Allerdings sind die Themen der Fortbildungen nicht festgelegt. In diesem Zusammenhang regten ExpertInnen an, die Fortbildung zur Gewalt in einer Tandemveranstaltung an ein fiskalisches Thema zu koppeln, um Interesse zu wecken.

Zusammenfassend wurde festgehalten, dass eine flächendeckende Verankerung der Thematik in den Curricula der Ausbildung aller Fächer erfolgen müsse und die Integration in die Approbationsordnung für die Weiterbildung notwendig sei.

Die Integration der Thematik in die Pflichtweiterbildung wurde als übergeordnetes Ziel benannt. Hierfür wären Gespräche mit den entsprechenden AkteurInnen notwendig.

Darüber hinaus ist es wichtig, vorhandene Strukturen wie beispielsweise Qualitätszirkel zu nutzen.

Um berufsübergreifendes Grundwissen zu streuen, wurde es als notwendig erachtet, das Thema als Querschnittsthema zu behandeln und Fallbeispiele in den verschiedenen Aus- und Weiterbildungsseminaren zu platzieren.

Des Weiteren müsse verstärkt Öffentlichkeitsarbeit betrieben werden und eine allgemeine Sensibilisierung für die Thematik stattfinden. Dies sei eine Aufgabe für den Bund, der den bereits bestehenden Aktionsplan zu Gewalt unter Einbeziehung des Bereiches Gesundheit weiter fortschreibt. Im April 2004 werden Ergebnisse der ersten bundesweiten Prävalenzstudie (Befragung von 10.000 Frauen) vorliegen. Diese Zahlen und Fakten zum Ausmaß von Gewalt werden als sehr hilfreich für Öffentlichkeitsarbeit erachtet.

Weiterhin wurde auf schon bestehende Broschüren⁵ wie z.B. „Hinsehen“ aus Sachsen-Anhalt aufmerksam gemacht, die Handlungsanweisungen für Ärztinnen und Ärzte im Umgang mit gewaltbetroffenen Frauen, Möglichkeiten der Ansprache und Dokumentationsanleitungen sowie Adressen der spezifischen Unterstützungseinrichtungen beinhalten. Deren wesentlicher Vorteil ist, dass sie handlungsorientiert aufgebaut sind und Interesse am Thema wecken.

Die ExpertInnen betonten weiterhin die Notwendigkeit der Veröffentlichung spezifischer Artikel in Fachzeitschriften.

Als einzubeziehende Akteure benannten ExpertInnen die Bundesärztekammer. Die ständige Konferenz der Weiterbildung ist das entscheidende Gremium, in das die Thematik eingebracht werden muss. Die von der BÄK festgelegte Musterweiterbildung wird durch die Landesärztekammern umgesetzt. Als weitere Akteure werden die wissenschaftlichen Fachgesellschaften und Berufsverbände benannt. Die Gesundheitskonferenz auf kommunaler Ebene wäre eventuell ein weiterer Ansprechpartner. Auch erschien es den ExpertInnen sinnvoll, Verbündete in medizinischen Fakultäten zu suchen. Die psychologische Psychotherapeutenkammer sollte hinzugezogen werden.

Ergänzend wurde auf die Verantwortlichkeiten und das Mitspracherecht bei Veränderungen der Weiterbildungsordnung auf politischer Ebene hingewiesen. Auf politischer Ebene könnten Ziele formuliert werden, die in der Weiterbildungsordnung umgesetzt werden müssen. Die Weiterbildungsordnung wiederum muss vom Ministerium genehmigt werden, so dass auf die politisch Verantwortlichen zugegangen werden sollte.

Zur Frage, wie eine Qualitätssicherung gewährleistet werden kann, wurde noch einmal auf die Zuständigkeiten der Ärztekammer bei der Durchführung der Weiterbildung und deren Qualitätssicherung hingewiesen. Die Ärztekammern zertifizieren auch die Fortbildung. Die Kassenärztliche Vereinigung muss die Gewähr gegenüber den Krankenkassen übernehmen und überprüfen, ob Anwendungen, die eingereicht werden, qualitätsgestützt sind. Eine Qualitätssicherung kann also nur von der Ärztekammer und der Kassenärztlichen Vereinigung gewährleistet werden.

Diskussion im Plenum

Ergänzend wurde im Plenum auf die Schlüsselrolle der Weiterbildung hingewiesen, da in diesem Rahmen Ärzte und Ärztinnen am Beginn des Werdegangs mit der Thematik konfrontiert werden könnten. Im begrenzten Zeitrahmen konnten in dem

⁵ Leitfaden, Dokumentationsbogen „Häusliche Gewalt“ für Ärztinnen und Ärzte, sowie Informationsmaterialien: www.aekn.de; „Hinsehen“: www1.ms.sachsen-anhalt.de/frauenimpulse/files/broschueres_hinsehen.pdf

Arbeitsforum keine strategischen Möglichkeiten entwickelt werden, wie die Inhalte in den verschiedenen Bereichen der ärztlichen Weiterbildung als Querschnittsthema verankert werden können. Hier müssten Überlegungen in Kooperation mit der Ärztekammer und Kassenärztlichen Vereinigung angestellt werden, die dann auch als Standard eingespeist werden könnte. In diesem Zusammenhang wurde angemerkt, dass es in der Allgemeinmedizin z.B. bei den Gynäkologen durchaus schon Ansätze zur Integration der Thematik in Curricula gibt, die absolviert werden müssen.

Weiterhin wurde erneut auf die Verantwortlichkeit auf politischer Ebene hingewiesen. Damit Maßnahmen auch auf fruchtbaren Boden stoßen, wäre eine Sensibilisierung durch eine breite Öffentlichkeitskampagne sinnvoll. Hierfür werden Zahlen und Fakten zum Ausmaß von Gewalt benötigt, die den Stellenwert für die Gesundheit verdeutlichen.

ExpertInnen wiesen darauf hin, dass mit der neuen Approbationsordnung die Curricula neu aufgebaut werden und die einzelnen Fächer stärker übergreifend arbeiten. Hier bestünde gegebenenfalls die Möglichkeit, die Thematik nicht getrennt in einzelnen Fächern zu behandeln, sondern übergreifend zu implementieren.

Im Plenum tauchte die Frage auf, wie die Einbeziehung des Themas als Prozess gesteuert werden kann. Ist eine Top-down Strategie sinnvoll? Müssen die relevanten Gremien erst überzeugt werden? Diese Frage konnte nicht abschließend beantwortet werden. Es wurde aber unterstrichen, dass es entscheidend sei, den Vorstand der Bundesärztekammer davon zu überzeugen, die Thematik dezidiert in die Weiterbildungsordnung aufzunehmen. Erst dann ist es möglich, Inhalte zu integrieren.

Forderungen

- flächendeckende Implementierung der Thematik in die Curricula aller Fächer in der Ausbildung
- Integration in die Approbationsordnung der Weiterbildung
- Tandemveranstaltungen, um Interesse zu wecken
- Problematik als Querschnittsthema aufgreifen
- Qualitätssicherung durch Ärztekammern und Kassenärztliche Vereinigungen
- Veröffentlichungen in Fachzeitschriften
- Öffentlichkeitsarbeit
- Verantwortlichkeiten auf politischer Ebene in den Blick nehmen

3.3 Arbeitsforum : Schnittstellenmanagement – interdisziplinärer Pathway

Bei der Präsentation der Ergebnisse dieses Arbeitsforums wurde festgehalten, dass deutliche Schnittstellen zu den anderen Arbeitsforen aufgetreten sind.

In dem Arbeitsforum sollte zunächst an folgendem Fallbeispiel eine Versorgungskette im Sinne von „best case“ erarbeitet werden:

Frau R. kommt mit Schmerzen im Kopf- und Nackenbereich zu ihrer Hausärztin / zu ihrem Hausarzt. Sie macht einen verstörten und unsicheren Eindruck. Bei der Untersuchung stellt die Ärztin / der Arzt schon verblasste Hämatome im Oberkörperbereich und ein Würgemal am Hals fest.

Zunächst wurden in der Gruppe Aspekte zusammengetragen, die schon in den Fachvorträgen und in Diskussionsrunden thematisiert wurden: Der/die behandelnde ÄrztIn sollte Symptome erkennen und im Zusammenhang möglicher Gewalteinwirkung sehen. Wichtig sei, dass Offenheit für die Thematik signalisiert wird und die betroffene Frau sensibel auf Gewalt angesprochen wird.

Die ExpertInnen unterstrichen, dass gerade Ärzte und Ärztinnen die große Anzahl von Frauen im Dunkelfeld erreichen können, die nicht in Kontakt mit Polizei oder spezifischen Unterstützungseinrichtungen treten. Oftmals sind die Behandelnden die einzigen Ansprechpersonen und Frauen erwarten oftmals eine Thematisierung von Behandelnden ihres Vertrauens.

Indem die Patientin in dem Fallbeispiel die Frage nach Gewalt bejaht und deutlich macht, dass sie Hilfe benötigt, wird die erste Schnittstelle sichtbar. ExpertInnen machten deutlich, dass der/die ÄrztIn keine beraterische Tätigkeit leisten kann und auch nicht sollte. Als erste Lösung könnte die Patientin in die psychosoziale Infrastruktur weiter vermittelt werden. In der Gruppe wurde an dieser Stelle diskutiert, dass diese Lösung allerdings bestimmter Voraussetzungen bedarf: Zum einen muss die psychosoziale Infrastruktur mit den verschiedenen Beratungsstellen in unterschiedlichen Trägerschaften darauf vorbereitet sein, gewaltbetroffene Frauen adäquat zu beraten. Spezialisierte Beratungsstellen in Trägerschaft von Frauenprojekten haben oftmals zu wenige Kapazitäten. Die Infrastruktur der Beratungsstellen aus dem Gemeinwesen muss inhaltlich auf diese „neue“ Herausforderung vorbereitet sein. Zum zweiten sollten auch Ärzte und Ärztinnen auf die Problematik vorbereitet sein und über Informationen zu Einrichtungen vor Ort verfügen. Sie sollten Wissen über die Standards dieser Einrichtung haben, um sich möglichst sicher zu sein, an wen sie die Patientin vertrauensvoll weitervermitteln können und welche Beratungsstellen Erfahrungen in der Begleitung gewaltbetroffener Frauen und Mädchen haben. Von den ExpertInnen wurden Standards in diesem Bereich gefordert.

In dem Arbeitsforum wurde die Möglichkeit einer „Agenturlösung“ kontrovers diskutiert. Vor Ort sollte es beispielsweise ein oder zwei Einrichtungen geben, an die betroffene Frauen verwiesen werden können. In diesen Einrichtungen könnte dann in einem ersten Gespräch mit den Frauen herausgefunden werden, wo sie mit ihren Bedürfnissen und Problemen „gut aufgehoben“ wären.

In dem Arbeitsforum beschäftigten sich die ExpertInnen weiterhin damit, wo die Schnittstellen liegen und welche Aufgaben sie erfüllen müssen. Es wurde angemerkt, dass eine spezifisch psychosoziale Betreuung gewaltbetroffener Frauen in den Beratungsstellen stark von einzelnen engagierten Personen abhängt. Festgestellt wurde auch, dass ein „Motor“ für Vernetzungsarbeit dringend erforderlich ist. Derzeit wird Vernetzung überwiegend von engagierten Einzelpersonen vorangetrieben. Die ExpertInnen betonten, dass Vernetzungsarbeit erfahrungsgemäß gepflegt und koordiniert werden muss, sowohl auf kommunaler als auch auf Länder-Ebene. Nach Meinung der ExpertInnen muss dieser „Motor“ institutionalisiert sein. In dem Arbeitsforum wurden unterschiedliche Möglichkeiten der Institutionalisierung diskutiert und zusammengetragen. Zum Teil übernehmen die Gleichstellungsstellen die Koordination, was allerdings kommunal sehr unterschiedlich ist. Notwendig sei eine stärkere Kooperation mit der Rechtsmedizin, der Kassenärztlichen Vereinigung und möglicherweise mit den Ärztekammern, um die Vernetzung zu verbessern. Die Ärztekammer wurde sehr deutlich als eine wichtige Institution im Vernetzungsprozess

benannt, vor allem mit dem Instrument der Fortbildungen. Mit ihren Funktionen ist sie die einzige Institution, die ÄrztInnen erreichen kann und über das Disseminieren von Materialien breit informieren kann. Die psychosoziale Infrastruktur muss entsprechend eingebunden werden. Nach Meinung der ExpertInnen können aber beide Institutionen - Gleichstellungsstellen und Ärztekammer - für sich nicht als Motor ausreichen.

Entscheidend erschien den ExpertInnen die Frage, wie die verschiedenen Professionellen aktiviert werden können, um sich im Hinblick auf „Interventionsstellen“ gegenseitig zu vernetzen. Die notwendigen Informationen sollten alle erreichen, die an der gesundheitlichen Versorgung beteiligt sind. So sollten einem Vertragsarzt, einer Vertragsärztin, bei der eine betroffene Patientin in Behandlung ist, entsprechende Informationen vorliegen. Im Sinne von „best case“ würde einer Patientin nicht nur eine Adressenliste verschiedener Beratungsstellen ausgehändigt, da es sie gegebenenfalls überfordert. Vielmehr sollte der oder die Behandelnde auf spezifische Beratungsstellen verweisen können, die gewaltbetroffene Frauen beraten können und mit denen Absprachen bestehen.

Weiterhin wurden in dem Arbeitsforum Wege und Möglichkeiten überlegt, wie das Wissen und die Informationen an Ärzte und Ärztinnen vermittelt werden können. Die Expertinnen zeigten verschiedene Ebenen auf. So könnte die Thematik in der universitären Ausbildung in die Prüfungsordnung integriert werden, etwa im Fach Rechtsmedizin. In diesem Zusammenhang wurde angemerkt, dass in der Ausbildung meist nur die prüfungsrelevanten Themen intensiver gelernt werden.

Die Bundesärztekammer könnte Entscheidungen treffen, entsprechende Inhalte in die Ausbildung zu integrieren. Weiterhin könnten vermehrt Fortbildungen für die Vertragsärzte angeboten werden und Inhalte sollten in die Curricula der Facharztausbildung integriert werden, wie es in Niedersachsen bereits der Fall ist. ExpertInnen unterstrichen die Notwendigkeit, Inhalte in die Ausbildung von HausärztInnen zur psychosomatischen Grundversorgung zu integrieren. Gerade in diesem Bereich müsse der Blick für Gewaltfolgen geschärft werden.

In dem Arbeitsforum wurden abschließend eventuelle Aktivitäten auf Bundesebene diskutiert. Auch hier wurde die Verbreitung von Informationsmaterial benannt, wobei betont wurde, dass die bestehenden Strukturen, wie die Ärztekammern, Berufsverbände etc., zu nutzen sind. In den Quartalsversendungen von Fachzeitschriften könnten z.B. aufbereitete Informationsmaterialien flächendeckend disseminiert werden, die alle VertragsärztInnen erreichen.

Expertinnen des Arbeitsforums regten ein Modellprojekt zur „best practise“ für regionale Vernetzung an. Es bestand Konsens, dass weitreichende Ziele wie etwa die Einführung von Beratungsziffern derzeit nicht umsetzbar sind. Zunächst sollten die bestehenden Strukturen besser miteinander vernetzt werden, um Effizienzen zu nutzen, die möglicherweise noch im System schlummern. Regionale Vernetzung könnte möglicherweise zum Thema eines Forschungsprojektes werden, was auch eine Aufwertung dieses Bereiches bedeuten würde. Denkbar wären auch Öffentlichkeitskampagnen und eine Internetpräsenz von möglichst allen durchgeführten Aktionen. Auffallend erschien es den ExpertInnen, dass eigentlich „alles vorhanden“, aber extrem partialisiert ist. Notwendig sei eine Bündelung der verschiedenen Bestandteile, Informationen und Aktivitäten, die dann zugänglich gemacht werden sollten.

Die Expertinnen betonten, dass langfristig in der Gebührenordnung die Beratung eine eigene Ziffer bekommen sollte. Allerdings wird darauf hingewiesen, dass der Lösungsansatz zurzeit eher in der Förderung von Vernetzung gesehen wird

Diskussion im Plenum

Im Plenum wurde aus der Gruppe unterstrichen, dass die Idee einer Agenturlösung keineswegs Konsens war. Schwerpunkt der Gruppendiskussion war eher die Notwendigkeit, dass ÄrztInnen gut informiert sein sollten und Materialien so auskunftsfähig sein müssen, dass betroffene Frauen an die richtigen Angebote gelangen können. Nach Meinung der ExpertInnen gilt es zu verhindern, dass Frauen mehrere Institutionen aufsuchen und ihre Geschichte schlimmstenfalls mehrmals erzählen müssen. Als zweiter Punkt wurde ergänzt, dass es bei den Diskussionen über Vernetzungsstrukturen auch unterschiedliche Debatten gab. So sind sie nicht nur bei den Gleichstellungsstellen angesiedelt. Vielmehr bestehen verschiedene Strukturen, die unterschiedlich arbeiten. Daher gibt es auch sehr unterschiedliche Motoren. Konsens war, dass entsprechende Gremien gebildet oder genutzt werden sollten, die diese Vernetzung koordinieren.

Ergänzend wurde von den ExpertInnen angemerkt, dass der offensichtliche Widerspruch zwischen der Sensibilisierung der ärztlichen Professionen und den mangelnden Ressourcen im spezifischen psychosozialen Bereich nicht erörtert werden konnte.

Als ein gutes Kooperationsbeispiel wurde auf die Zusammenarbeit der Frauenklinik Charité Berlin mit Beratungsstellen hingewiesen. In der Frauenklinik wurde ein so genannter „schlauer Nachmittag“ veranstaltet, zu dem eine Vertreterin einer Frauenberatungsstelle eingeladen wurde. Seither ist sie einmal in der Woche für Beratungen ansprechbar. Im Gegenzug referierte eine Ärztin der Frauenklinik in der Beratungsstelle. Dies wurde als gute praktikable Lösung erachtet.

Aus dem Plenum wurde weiterhin ergänzt, dass die Kassenärztliche Vereinigung als Organisation eher für Vernetzung zuständig sei als die Ärztekammer.

Als weiterer Aspekt wurde auf die bestehenden „Runden Tische“ zu Gewalt hingewiesen. Diese setzen sich vermehrt mit den gesundheitlichen Folgen von Gewalt auseinander und versuchen, Kooperationen mit dem Gesundheitswesen aufzubauen. Ärzte und Ärztinnen werden zu entsprechenden Veranstaltungen eingeladen. Diese „Runden Tische“ fungieren bereits jetzt als Motor.

Abschließend konnte festgestellt werden, dass die Themenvielfalt der Arbeitsforen sehr komplex war und in dem begrenzten Zeitrahmen nicht alle Aspekte in aller Ausführlichkeit diskutiert und erörtert werden konnten. Vielmehr ging es um die Erarbeitung von Ideen zu strategischen Umsetzungsmöglichkeiten.

Aus dem Plenum wurde noch einmal auf die wichtige Funktion der Bundesärztekammer hingewiesen, da sie für die Weiterbildungsordnung zuständig ist. Eine Expertin regte an, als Ergebnis des Workshops einen Brief oder eine Resolution an den Vorstand zu verfassen mit der Bitte um Implementierung der Thematik in die Weiterbildungsordnung. In diesem Zusammenhang wurde auf den Antrag des Deutschen Ärztetages in Rostock zur Integration entsprechender Inhalte

in die Weiterbildungsordnung hingewiesen, der zurzeit noch im Vorstand der BÄK vorliegt. Es wurde vorgeschlagen, Frau Dr. Auerswald, direkt zum Stand der Dinge anzusprechen.

Zusammenfassung von „Standards“ und Forderungen

- Erkennen und Einordnung von Symptomen in einen möglichen Gewaltkontext
- Weitervermittlung an die beraterische Fraueninfrastruktur durch ÄrztInnen
- Standards im Umgang mit gewaltbetroffenen Frauen für Beratungsstellen formulieren
- Vernetzung institutionalisieren („Motor“)
- Gut aufbereitetes Informationsmaterial bereitstellen und disseminieren
- Wissen an Professionelle bringen (Aus- Fort- und Weiterbildung)
- Verstärkung der Vernetzung in bestehenden Strukturen
- Langfristig Beratungsziffern einrichten
- Öffentlichkeitsarbeit und Internetpräsenz
- Modellprojekt zu „best practise“ der regionalen Vernetzung

4 Planspiel: Aufbau eines interdisziplinären Arbeitskreises

Um die Schwierigkeiten und Chancen der interdisziplinären Zusammenarbeit zu veranschaulichen, wurden die ExpertInnen gebeten, an einem Planspiel teilzunehmen. Die Interaktion in einem Planspiel kommt der Realität grundsätzlich sehr nahe. In ihm werden Konflikte und Lösungsansätze direkt erlebbar und veranschaulicht.

Hintergrund des Planspiels sollte die Einladung einer Bezirksärztekammer sein, die einen interdisziplinären Arbeitskreis zur Optimierung der gesundheitlichen Versorgung gewaltbetroffener Frauen und Mädchen gründen will. Hierzu werden VertreterInnen verschiedener Institutionen eingeladen. Sie sollen sich auf dem ersten Treffen kennen lernen und erste Arbeitsschritte verabreden.

Ein Teil der TeilnehmerInnen wurde daraufhin gebeten, vorgegebene Rollen⁶ (siehe Anlage 2) zu übernehmen. Das Spektrum reichte von der Gleichstellungsbeauftragten und ärztlichen Leitung eines Krankenhauses über die Psychologin, Sozialarbeiterin und Krankenschwester bis hin zum Polizisten und Leiter der Akademie für ärztliche Fortbildung der Ärztekammer.

Ziel des Planspiels war es,

- ein Gefühl für die jeweils unterschiedlichen Interessen und Funktionen der einzelnen Beteiligten zu entwickeln
- den Spielraum zu erkennen, der den einzelnen Beteiligten zur Verfügung steht
- komplexe Interaktionszusammenhänge zu erleben und zu lösen.

Darüber hinaus sollte verdeutlicht werden

- welche AkteurInnen fehlten, welche hinzugezogen werden müssen
- wo potenzielle Widerstände liegen und wie sie gelöst werden können.

⁶ Die Rollenbeschreibungen wurden von S. Bohne entwickelt.

Den BeobachterInnen wurde ein vorbereiteter Fragenkatalog (siehe Anlage 4) ausgehändigt, den sie im Verlauf des Planspiels ausfüllen sollten.

4.1 Verlauf des Planspiels⁷

Die zehn PlanspielerInnen versuchten in einer zeitlich befristeten, von einer Teilnehmerin moderierten Diskussion, einander kennen zu lernen und Ziele und Handlungsschritte zu formulieren. Dabei wurden grundsätzlich folgende Probleme deutlich:

- die TeilnehmerInnen fühlten sich häufig missverstanden bzw. in ihrer Arbeit nicht wertgeschätzt
- die TeilnehmerInnen argumentierten aus ihrer spezifischen Sicht und aus ihrem persönlichen Hintergrund heraus. Das führte zu Missverständnissen und Empfindlichkeiten.
- Manche TeilnehmerInnen verstanden nicht, warum sie an der Gruppe partizipieren sollen und welchen Beitrag sie leisten könnten
- Das Arbeitsergebnis entsprach nicht den Erwartungen, da die sachliche Arbeit immer wieder von persönlichen Befindlichkeiten zwischen den TeilnehmerInnen unterbrochen wurde.

4.2 Einschätzungen der SpielerInnen

Im Anschluss sollten zunächst die SpielerInnen berichten, wie sie sich in ihren jeweiligen Rollen gefühlt haben. Die Moderatorin Frau Dr. Praxis wirkte sichtlich erschöpft von dieser sehr anstrengenden Diskussion und hätte den letzten Arbeitsschritt gerne noch durchgeführt.

Herr Buch, Vertreter der Ärztlichen Fortbildungsakademie, fühlte sich „ziemlich außen vor und weiß gar nicht, was hier abgeht“.

Auch der Polizist Herr Stier fand sich außen vor, da er sich nicht direkt als Betroffener bzw. als Angesprochener empfand. Auch wenn er die Gesprächsleitung lobte, regte er doch an, sie eher einer neutralen Person zu übertragen.

Frau Salome spürte richtige Wut auf Dr. Pille und machte auch deutlich, dass die Umsetzung ihrer Rolle als nicht gebürtige Deutschsprachige schwer war. Sie konnte nicht auf professionelle Begriffe zurückgreifen und hätte mehr Redezeit gebraucht. Ihr Eindruck war, dass ihr nicht richtig zugehört wurde, da ihrer Meinung nach ihre Beiträge eher laienhaft klangen.

Frau Gleich fiel es als Leiterin des vorausgegangenen Runden Tisches schwer, die Moderatorin zu akzeptieren. Ihr tat es leid, dass sie sich im Vorfeld nicht mehr mit Dr. Praxis abgesprochen hat und dass sie nicht richtig zusammen gearbeitet haben. Sie spürte noch viel Distanz.

⁷ Die in Anführungszeichen gesetzten Aussagen wurden der Transkription des Planspiels entnommen.

Frau Hütte fand es schade, dass in dieser Runde furchtbar viel geredet, aber der Bezug zur Praxis nicht hergestellt wurde. Ihrer Meinung nach konnte sie ihre Belange nicht mitteilen und die Erfahrungen in ihrem Arbeitsfeld mit betroffenen Frauen trafen auf keinen fruchtbaren Boden.

Dr. Pille fühlte sich in seiner Situation überhaupt nicht wahrgenommen, etwa dass er sich intensiv mit seinen Patientinnen befasst. Ihm wurde überhaupt nicht klar, wie er Gespräche über Gewalt mit seinen Patientinnen abrechnen könnte.

Frau Alice war sehr wütend auf Dr. Röntgen. Sie fand es unglaublich, dass sie seit Jahren versuche, eine Zusammenarbeit aufzubauen und Dr. Röntgen so täte, als ob das alles gar kein Problem wäre und er selbstverständlich offen für dieses Thema sei. Von Dr. Pille hatte sie nichts anderes erwartet und sie empfand sich in dieser Situation, als bekomme sie „keinen Fuß in die Tür“. Ihrer Meinung nach habe Frau Dr. Praxis während der Gesprächsleitung Themen einfach „weggebügelt“ und auch Frau Salome nicht ernst genug genommen. Sie würde sich sehr genau überlegen, ob sie an so einer Runde noch einmal teilnehmen würde.

Frau Weiter, Mitarbeiterin des Institutes für Psychotraumatologie, war eigentlich eingeladen, um Fortbildungskonzepte vorzustellen. Sie wollte in dieser Runde Informationen weitergeben, wurde dann aber mit einer Diskussion konfrontiert, die inhaltlich zwar wenig fundiert war, aber dafür mit großer Vehemenz und mit sehr viel Emotionen und „Ständegerankel“ geführt wurde. Diese Impulsivität ging ihrer Meinung nach eindeutig zu Lasten von wirklichen Inhalten und sie hatte keine Möglichkeit, ihr Wissen weiterzugeben. Sie fühlte sich außen vor in der Diskussion darüber, wer welche Gelder für welche Zwecke gibt und wer sich zu wenig verstanden oder beachtet fühlt.

Abschließend äußerte sich die Frau Praxis, dass sie sich sehr miserabel gefühlt hätte, wäre diese Diskussionsrunde in der Realität so verlaufen.

4.3 Auswertung durch die BeobachterInnen

Die Beobachterinnen kamen an Hand des Fragebogens zu folgenden Schlüssen: Grundsätzlich bedarf es einer guten Vorbereitung für ein solches Treffen. Ein gezielter und konkreter Arbeitsauftrag wie auch persönliche Gespräche im Vorfeld wären aus Sicht der BeobachterInnen sinnvoll, um die Interessen zu klären und ggf. Vorbereitungen in Auftrag zu geben. Mit der schriftlichen Einladung hätten auch neutrale Grundlageninformationen zur einheitlichen Vorbereitung und ein präziser Verlauf mit Zeitangaben sowie eine TeilnehmerInnenliste versandt werden können. Vorgesprochen wurde, im Vorfeld zu Tagungspunkten auch Fragestellungen zu formulieren, so dass sich die Teilnehmenden vorbereiten können.

Weiterhin wurde angeregt, zunächst ein gemeinsames Anliegen zu formulieren und diesem mehr Raum zur Diskussion zu geben. Eine Zieldefinition fehlte.

Zu Bedenken sei, dass sehr unterschiedliche Kulturen aufeinander treffen und damit ein hohes Konfliktpotenzial vorhanden sei. Es wurde diskutiert, ob durch persönliche Gespräche der Moderatorin im Vorfeld eine freundliche Grundstruktur geschaffen werden kann und die Vermittlung besser gelingt. Ergänzend wurde angemerkt, dass

in persönlichen vorbereitenden Gesprächen der Benefit und die Interessenlagen der einzelnen Beteiligten erfragt werden könnten, um Interessenkonflikte besser managen zu können.

Im Vorfeld sollte auch geklärt werden, wer von den Teilnehmenden wofür Experte oder Expertin ist. So könnten in einem fünfminütigen Statement diese Qualitäten gebündelt dargestellt werden, um darauf aufbauend über die eigentliche Thematik zu diskutieren. Es wurde auch vorgeschlagen, dass die Moderatorin in einer Einleitung kurz die verschiedenen vertretenen Positionen vorstellen und verdeutlichen könnte.

Als weiteren Vorbereitungsschritt wurde die Aufstellung einer Sitzordnung benannt, da bestimmte Sitzkonstellationen auch gewisse Auswirkungen haben.

Des Weiteren wurde darauf hingewiesen, dass paritätisch eingeladen werden sollte und alle Personen zu berücksichtigen seien, die für dieses Thema relevant sind. Ansonsten könnte eine politische Einladung als Lobbyarbeit verstanden werden.

Grundsätzlich muss die Moderation gründlich geplant werden.

In diesem Zusammenhang wurde angezweifelt, ob eine Institution tatsächlich eine derart qualifizierte und engagierte Vorbereitung leisten würde. Fraglich ist, ob sich eine Bezirksärztekammer tatsächlich Gedanken um Moderation, Differenzüberbrückung und Zuhören machen würde. Zumal es eine Institution ist, von der nicht angenommen werden kann, dass sie seit Jahren Vernetzungsarbeit macht und vor allem darin engagiert ist. Diese Vorbereitungsgespräche könnten eher von engagierten Teilnehmenden initiiert werden.

Wünschenswert wäre auch, dass die Rollen (Zugehörigkeit zu einem Berufsverband oder Institution, Selbstverständnis) der Teilnehmenden transparent gemacht werden, damit in eskalierenden Diskussionen nicht die persönliche Betroffenheit im Vordergrund steht. Auch in der Realität finden immer „Rollenspiele“ statt.

Ergänzend wurde unterstrichen, dass die Moderatorin eine freundliche Atmosphäre der gegenseitigen Achtung und Wertschätzung ermöglichen sollte. Denkbar wäre auch eine „Lockerungsphase“ ohne Protokollierung zu Beginn des Treffens.

Auf die Frage, wer an diesem Treffen gefehlt habe, wurde eine Wissenschaftlerin für einen neutralen Input genannt. Auch hätte die „Bank“ der psychosozialen Infrastruktur eventuell durch eine Funktionärin verstärkt werden können, um eine Struktur von gleichwertigen Partnern zu haben. Auch der Bereich des öffentlichen Gesundheitsdienstes sollte vertreten sein.

Diskutiert wurde, ob ein/e JuristIn hinzu gezogen werden sollte oder aber eher eine/n neutrale/n Rechtskundige/n, der oder die grundlegende Rechtsinformationen vermitteln kann. Aus Erfahrungen mit JuristInnen wurde angemerkt, dass diese eher instrumentalisierend wirken können.

Politische Vertreter sollten gegebenenfalls zu einem späteren Zeitpunkt involviert werden.

Es stellte sich die Frage, wie die Besetzung von den hierarchischen Strukturen her optimiert werden könnte. Wie kann ein Gleichgewicht geschaffen werden zwischen der „Macht“ auf Seiten der Ärzteschaft und der „Ohnmacht“ auf Seiten der sozialen Einrichtungen? Auffällig war auch, dass die Krankenschwester sehr isoliert war. Diese Frage konnte nicht geklärt werden. Kontrovers wurde diskutiert, ob die Hierarchiefrage in der Gruppe offen angesprochen werden sollte. Es wurde zu bedenken gegeben, dass die Fraueninfrastruktur oftmals nicht in Hierarchien eingebunden ist. Der Umgang mit nicht vermeidbaren Hierarchieunterschieden sollte gut bedacht werden.

Die Fragestellung, an welchen Stellen die Beteiligten voraussichtlich Widerstände zeigen würden und wie diesen Widerständen begegnet werden können, wurden gemeinsam bearbeitet.

Wichtig sei die Erkenntnis, dass der größte Widerstand sei, die Veranstaltung zu ignorieren und gar nicht erst zu erscheinen. Ein weiterer Widerstand besteht darin, keine eigene Verantwortung für die Problematik zu übernehmen. In dem Planspiel hatten die ÄrztInnen die Erwartungshaltung, dass ihnen „zugeliefert“ wird, während die Vertreterinnen der Beratungseinrichtungen deutlich machten, dass sie trotz mangelnder Ressourcen seit Jahren engagiert sind und jetzt die Ärzte am Zuge wären. Diese unterschiedlichen Erwartungshaltungen könnten durch mehr Transparenz über Interessen und Kompetenzen aufgelöst werden: Was haben wir schon gemacht? Was können wir für die zu definierende gemeinsame Sache leisten? Wenn im Vorfeld diesen Fragen Raum gegeben wird, kann die Dynamik von Schuldzuweisungen und Vorwürfen vermutlich unterbrochen werden.

Mehrfach wurde betont, dass eine wertschätzende Atmosphäre und Anerkennung der jeweiligen Kompetenzen wesentlich für das Gelingen von Kooperationen sind. Um auftretende Phasen von Aggressionen zu überwinden, sollte der Fokus eher auf den kleinsten gemeinsamen Konsens gerichtet werden.

Es wurde ergänzt und bedauert, dass in dem kurzen Zeitrahmen dieses Planspieles die anstehende Frage der längerfristig gemeinsamen Arbeit nicht mehr thematisiert werden konnte.

Weiterhin fiel den BeobachterInnen auf, dass die Bezirksärztekammer zwar die einladende Institution war, ihre Vertreterin aber keine Vorschläge, Ressourcenbereitstellung oder Ziele formulieren konnte. Hier hätte zu Beginn ein Standard gesetzt werden können und die Teilnehmenden kämen in „Zugzwang“, sich konstruktiv zu äußern. Auf einer positiven Austauschenebene des Geben und Nehmens wären viele Widerstände vermutlich nicht gar nicht erst aufgetaucht.

Weiterhin wurde zu bedenken gegeben, dass für eine erste Veranstaltung vermutlich mehr Zeit gebraucht wird, um nicht nur alle zu Wort kommen zu lassen, sondern auch wirklich neue Gedanken zu entwickeln. Es muss besser zugehört werden. Der Prozess des gegenseitigen Verstehens und der Reflektion von Überzeugungen kann viel Zeit in Anspruch nehmen. Auch die Kompetenzen der Frauenberatung sollten deutlich gemacht werden, etwa durch einen Input über die Geschichte der gesellschaftlichen Auseinandersetzung mit dem Thema Gewalt gegen Frauen. Dann würde sehr schnell deutlich werden, welchen Beitrag die Vertreterinnen der

Frauenprojekte für das Thema geleistet haben und welche Kompetenzen sie zur Verfügung stellen.

Abschließend wurde darauf hingewiesen, dass auch die Alltagsstruktur der Beteiligten beachtet werden muss. Bestenfalls sollten die Teilnehmenden von ihrem Standpunkt „abgeholt“ und nicht überfordert werden. Die jeweilige Motivation ist anzuerkennen.

Die BeobachterInnen-Fragen 5-8 (siehe Anlage 3) konnten aus Zeitmangel leider nicht bearbeitet werden.

5 Synopse zu Aus- Fort- und Weiterbildungsangeboten zum Thema „Häusliche Gewalt“ in verschiedenen Gesundheitsberufen

Dipl. päd. Hildegard Hellbernd MPH, wissenschaftliche Begleitung des S.I.G.N.A.L.-Interventionsprojektes, Berlin

Die BKF gab eine Synopse an die Referentin in Auftrag, um bereits durchgeführte Aus-, Fort- und Weiterbildungsangebote zum Thema „Häusliche Gewalt“ für Professionelle der Gesundheitsversorgung zu bündeln. Es sollte recherchiert werden, inwieweit die Gewaltproblematik innerhalb der Curricula in den verschiedenen Gesundheitsberufen berücksichtigt wird. Im Einzelnen soll ein Überblick geschaffen werden, welche Fortbildungsangebote es innerhalb der letzten fünf Jahre gegeben hat, wer die Anbieterinnen und Anbieter sind und in welchem Rahmen die Angebote stattfanden.

Die Synopse bezieht sich vorrangig auf den medizinischen Versorgungsbereich. Einbezogen wurden neben Ärztinnen und Ärzten die Berufsgruppen der Pflege, des Hebammenwesens sowie das medizinisch-technische Assistenzpersonal. Zur Recherche wurde ein Fragebogen entwickelt, bislang wurden über 300 Fragebögen versandt. Angeschrieben wurden im medizinischen Versorgungsbereich Landes- und Bezirksärztekammern, Dekane der medizinischen Fakultäten, Institute für Rechtsmedizin, die wissenschaftlichen medizinischen Fachgesellschaften, berufspolitische Verbände sowie einzelne Expertinnen und Experten in den Bereichen Medizin, Pflege und Hebammenwesen. Um zu erfahren, inwieweit die Thematik auch jenseits festgelegter Curricula in der Ausbildungspraxis berücksichtigt wird, wurden die rund 50 Hebammenschulen angeschrieben. Darüber hinaus wurde der Fragebogen an Expertinnen aus dem Frauen- und Anti-Gewalt-Bereich verschickt. Die Synopse wird in Kürze von der BKF veröffentlicht.

6 Begleitforschung des S.I.G.N.A.L.-Interventionsprojektes

Dipl. päd. Hildegard Hellbernd MPH

Im Weiteren stellte die Referentin kurz den Bericht der S.I.G.N.A.L. – Begleitforschung (siehe auch Fact Sheet in Anlage 4) vor. Das Modellprojekt „S.I.G.N.A.L. – Hilfe für Frauen“ am Universitätsklinikum Benjamin Franklin der Freien Universität (das mittlerweile nach der Klinikfusion in Berlin in „Charité Benjamin Franklin“ umbenannt wurde) hat bundesweit erstmalig zum Ziel, eine umfassende gesundheitliche Versorgung für gewaltbetroffene Patientinnen innerhalb eines Krankenhauses anzubieten (www.medizin.fu-berlin.de/SIGNAL). Mittels Fortbildungen und Schulungen wurden Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Klinikums zur Thematik „Häusliche Gewalt“ sensibilisiert und für Interventionsschritte qualifiziert. Innerhalb der dreijährigen wissenschaftlichen Begleitung des Projekts wurde das S.I.G.N.A.L. - Interventionsprogramm ausgestaltet und es wurden Strukturen geschaffen, um eine angemessene Versorgung der Patientinnen zu gewährleisten sowie Fortbildungskonzepte erarbeitet. Die Begleitforschung wurde von Frühjahr 2000 bis 2003 von dem Institut für Gesundheitswissenschaften in Berlin unter der Leitung von Prof. Dr. Maschewsky-Schneider durchgeführt und vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) finanziert.

Der nun vorliegende Abschlussbericht ist in zwei Teile gegliedert:

Teil A ist ein Handbuch zur Implementierung von Interventionsprojekten am Beispiel des S.I.G.N.A.L. – Programms. Teil B stellt in Auszügen die Ergebnisse der wissenschaftlichen Begleitung des S.I.G.N.A.L. – Modellprojektes am UKBF vor. Interessierten soll mit dem Handbuch Hilfestellung für die Initiierung, Entwicklung und den Aufbau von Interventionsprojekten in der gesundheitlichen und medizinischen Versorgung gegeben werden. Das Handbuch stellt das S.I.G.N.A.L. – Projekt vor, seine Phasen sowie Strukturen und Problembereiche. Es stellt den internationalen Forschungsstand zum Thema „Häusliche Gewalt“ und seine gesundheitlichen Folgen dar. Für Behandelnde und Pflegende werden die Grundprinzipien der Intervention verdeutlicht, wobei der Schwerpunkt bei der Beschreibung der einzelnen Interventionsschritte und in der konkreten Hilfestellung für die Praxis liegt. Weiter beinhaltet dieser Teil eine praktische Anleitung zur Organisationsentwicklung: Es werden die einzelnen Etappen der Einführung, Umsetzung und Verankerung eines Interventionsprojektes in medizinischen Versorgungseinrichtungen dargestellt, um Interventionsprogramme analog zum S.I.G.N.A.L. - Projekt in Krankenhäusern zu implementieren. Der erste Teil des Berichts schließt mit Empfehlungen der wissenschaftlichen Begleitforschung für die Gesundheitspolitik und den Forschungsbereich.

Der zweite Teil enthält eine ausführlichere Beschreibung der wissenschaftlichen Begleitung in ihren Fragestellungen, Methoden und Erhebungsschritten sowie ausgewählte Ergebnisse der Erhebungen. Der umfangreichste Teil betrifft eine Prävalenzstudie unter Patientinnen der Ersten Hilfe Einrichtung des UKBF. Im Rahmen des S.I.G.N.A.L. – Projekts wurden 806 Patientinnen befragt, die die Erste Hilfe/Notaufnahme des UKBF in Anspruch nahmen. Die Untersuchung betraf Fragen zur Akut-, Ein-Jahres und Lebenszeitprävalenz von häuslicher Gewalt und Versorgungswünsche der Patientinnen im Zusammenhang mit der

Gewaltproblematik. Angesichts der immer wieder geäußerten Unsicherheit von Pflegekräften, Ärztinnen und Ärzten, ob Patientinnen tatsächlich wünschen, nach erlittener Gewalt gefragt zu werden und ob diese Frage als Standard Eingang in die Behandlungssituation erfahren soll, zeigt die Erhebung ein klares Ergebnis: Über drei Viertel der befragten Frauen erachten es als wichtig, dass der Gewaltaspekt im Rahmen der Anamnese beachtet wird. Unter dem Gesichtspunkt, ob Frauen selbst von Gewalt betroffen waren oder nicht, gab es nur geringfügige Unterschiede bei den Antwortenden, die sich am ehesten im Zusammenhang mit sexuellen Misshandlungen zeigten.

Der Bericht enthält weiter die Auswertungsergebnisse von 136 während des S.I.G.N.A.L. – Projektes dokumentierten Fälle der akut gewaltbetroffenen Patientinnen des UKBF sowie Ergebnisse zu den Basisschulungen der Pflegekräfte und Fortbildungen der Ärzteschaft.

Es kann davon ausgegangen werden, dass der Bericht im Frühjahr 2004 veröffentlicht wird. Er ist über das BMFSFJ zu beziehen, ein Download wird über Internet möglich sein.

Vorweg verteilte die Referentin zwei Informationsblätter der Begleitforschung: Das eine betrifft Ergebnisse der Prävalenzstudie zu gesundheitlichen Folgen aus Sicht der Patientinnen und zu den Versorgungsbedürfnissen der befragten Frauen. Diese Ergebnisse wurden auf der Jahrestagung der deutschen Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention (DGSMP) im Herbst 2003 als Poster präsentiert und erhielten den ersten Preis für praxisnahe Forschung. Das Zweite ist ein sog. „Fact Sheet“ der wissenschaftlichen Begleitung (siehe Anlage 4), die hier kurz zusammengefassten Ergebnisse wurden vom BMFSFJ zum internationalen Tag gegen Gewalt gegen Frauen, dem 25. November der Presse vorgestellt.

Im Anschluss an die Begleitforschung arbeitet das Team derzeit an einer Kurzfassung des Handbuchs und einem Materialenteil sowie der Erstellung eines Curriculums zu den S.I.G.N.A.L. – Fortbildungen. Die Kollegin Petra Brzank, die für die Auswertung der Prävalenzstudie zuständig war, ist im Rahmen ihrer Magisterarbeit in Public Health mit einer detaillierteren Auswertung der Prävalenzstudie beschäftigt.

Zum Abschluss wies die Referentin darauf hin, dass sich S.I.G.N.A.L. mittlerweile als eigenständiger Verein etabliert hat. In ihm sind Frauen aus dem medizinischen, pflegerischen, gesundheitswissenschaftlichen sowie Anti-Gewalt-Bereich aktiv, die für Beratungen und Trainings zur Verfügung stehen. Weitere Informationen zu S.I.G.N.A.L. e.V. sind bald unter der Homepage des Vereins (www.signal-intervention.de) zu finden.⁸

⁸ Kontakt: S.I.G.N.A.L. – Begleitforschung, Hildegard Hellbernd, (Dipl. Päd, MPH), Petra Brzank (Dipl. Soz., MPH), Leitung: Prof. Dr. Maschewsky-Schneider, TU-Berlin, Institut für Gesundheitswissenschaften, Ernst-Reuter-Platz 7, 10587 Berlin, Email: hellbernd@ifg.tu-berlin.de, www.ifg-gs.tu-berlin.de

7 Auswertung des Implementationsworkshops

Für die Auswertung des gesamten Implementationsworkshops wurden die TeilnehmerInnen zu ihren neu gewonnenen Erkenntnissen befragt und zu den konkreten Schritten, die sie „Back at home“ unternehmen wollen.

Einige TeilnehmerInnen realisierten Gewalt als ein dringendes Gesundheitsthema.

TeilnehmerInnen unterstrichen mehrfach, dass der Vorbereitung von Sitzungen zum Aufbau von Kooperationen ein sehr hoher Stellenwert beigemessen werden muss und es notwendig sei, die bestehenden Strukturen transparent zu machen. Durch das Planspiel wurde deutlich gemacht habe, wie wichtig Konzept und Rolle der Moderation für den Aufbau von Bündnissen sei und Vernetzung einer guten Vorbereitung und Struktur bedürfe. Ziele der Kooperation sollten transparent gemacht werden. Durch das Planspiel konnte der Blick dafür geschärft werden, dass die AkteurInnen der psychosozialen Beratungsstruktur stärker mit den medizinischen Strukturen vernetzt werden müssen. Die vorhandenen Strukturen müssen immer wieder genau angeschaut und effizient genutzt werden.

Mehrere TeilnehmerInnen machten deutlich, dass sie auf dem Workshop neue KooperationspartnerInnen kennen gelernt haben bzw. Kontakte intensiviert wurden und der Stellenwert von Vernetzung gut heraus gearbeitet wurde.

Mehrfach wurde der vorher nicht so bewusste Stellenwert der Rechtsmedizin in Kooperationen und Vernetzung unterstrichen, und es konnten vor Ort Kontakte mit RechtsmedizinerInnen geknüpft werden.

Als persönlichen Gewinn bezeichnete eine Teilnehmerin den Wert des Themas im ärztlichen Anamnesegespräch.

Das neue Referat „Frauen und Gesundheit“ des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziales war bislang nicht allen Beteiligten bekannt. Es wird als wichtiger Ansprechpartner gesehen und könnte eine Verknüpfung der Strukturen ermöglichen. Die kurze Vorstellung der Ergebnisse der wissenschaftlichen Begleitung des S.I.G.N.A.L.-Interventionsprojektes und der Patientinnenbefragung im Benjamin-Franklin-Krankenhaus, die demnächst veröffentlicht werden, stießen auf großes Interesse.

Als neue Erkenntnis wurde auch die professionelle Vielfalt der Beteiligten benannt. Trotz auftauchender Differenzen überwiegen die Gemeinsamkeiten .

Die in der Abschlussrunde von den TeilnehmerInnen genannten Schritte „back at home“ waren in höchstem Maße ergebnisorientiert und konkret. Da in der Einführung in den Workshop den TeilnehmerInnen Vertraulichkeit zugesichert wurde, werden sie an dieser Stelle gebündelt dargestellt:

- a) Arbeit im Frauengesundheitsnetzwerk in Richtung „Runder Tisch“ mit Akteuren aus dem Gesundheitswesen voranbringen
- b) Sensibilisierungsmaßnahmen für das Thema entwickeln
- c) In der eigenen Tätigkeit Offenheit für das Thema signalisieren und es in die Anamnese einbinden

- d) Veröffentlichung eines kurzen Artikels über die Tagung im Internet www.bpm-ev.de
- e) Kontakt zur Rechtsmedizin herstellen für Fortbildungen und mögliche Untersuchungen
- f) Rolle der Rechtsmedizin stärken
- g) Bestehendes Psychotraumatologie-Curriculum erweitern und spezifische Angebote für niedergelassene Ärztinnen und Ärzte anbieten im Bereich „Häusliche Gewalt“
- h) Für Kriseninterventionen das nötige Know-how vermitteln
- i) Anbieter im Bereich Psychotraumatologie vernetzen
- j) Landesärztekammer ins Boot holen und in die Verantwortung für Weiterbildung zu der Thematik nehmen
- k) Netzwerkbildung und Kooperationsaufbau vor Ort vorantreiben
- l) Fortbildung für die hausärztliche Sektion auf den Weg bringen
- m) Sensibilisierung verstärken für institutionelle Aufträge von Gremiumsmitgliedern
- n) Thema in bestehende Curricula und in Strukturen der Fort- und Weiterbildung einbringen
- o) Ausführlich über den Workshop in den eigenen Strukturen berichten und Handlungsfelder identifizieren
- p) Öffentlichkeitsarbeit im Internet verstärken
- q) Thema z.B. im Präventionsgesetz verankern und so im Präventionsbereich entsprechend dem „gender mainstreaming“ etablieren.

Fazit: Auf dem Workshop gelang es, zentrale AkteurInnen des Gesundheitswesens und ExpertInnen der Anti-Gewalt-Arbeit darüber ins Gespräch zu bringen, wie die ambulante Versorgung strategisch optimiert werden kann und welche Umsetzungsmaßnahmen erforderlich sind. Erneut erwies sich die Methode einer multidisziplinären, ergebnisorientierten Arbeit als erfolgsversprechend für die Erschließung von Umsetzungsstrategien.

In dem Workshop auftauchende Fragestellungen, die in dem begrenzten Zeitrahmen nicht abschließend beantwortet werden konnten, sollten weiter verfolgt und Diskussionen in Fachkreisen anregen.

Die in der Abschlussrunde genannten Schritte „back at home“ waren konkret und praxisrelevant. Es wurde deutlich, dass sich in letzter Zeit auf Bundes-, Länder- und kommunaler Ebene eine breitere Öffnung bezüglich der Problematik „Gewalt gegen Frauen und gesundheitliche Versorgung“ vollzogen hat und Handlungsbedarf besteht.

Erfreulicherweise diente diese Veranstaltung auch dem Aufbau von Kooperationen und Bündnissen und hatte einen initialzündenden Charakter.

Auf einem von der BKF geplanten Follow-Up-Treffen wird es die Möglichkeit geben, Erfolge, Barrieren und Chancen der Umsetzungsmaßnahmen zu erörtern und den interdisziplinären Austausch zu vertiefen. An dieser Stelle möchten wir uns bei allen TeilnehmerInnen für die kompetente und engagierte Mitarbeit bedanken.

8 Anlagen

8.1 Anlage 1: TeilnehmerInnenliste

Sven Anders, Dr. med., Institut für Rechtsmedizin Universitätsklinikum Hamburg

Binder Barbara, Dr. med., Arbeitskreis Frauengesundheit in Medizin, Psychotherapie und Gesellschaft AKF e.V. , Fachgruppe ppp, Arbeitskreis Psychotraumatologie Bremen

Monika Becker-Fischer, Dr. Deutsches Institut für Psychotraumatologie

Sabine Bohne, Dipl. Päd., Universität Osnabrück, FB Erziehungs- und Kulturwissenschaften

Kirstin Borchers, Dr. med., Dt. Ärztinnenbund (kurzfristige Absage)

Astrid Büren, Dr. med., Bundesärztekammer (kurzfristige Absage)

Doris Dahl, Stadt Leverkusen - Frauenbüro

Angelika Diggins-Rösner, Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend

Nancy Gage-Lindner, Dr, Hessisches Sozialministerium, Referat II 2 B - NGL

Hildegard Graß, Dr. med. Institut für Rechtsmedizin, Klinikum der Universität zu Köln

Carol Hagemann-White, Prof. Dr., Universität Osnabrück, FB Erziehungs- und Kulturwissenschaften

Hildegard Hellbernd, Institut für Gesundheitswissenschaften der TU Berlin

Heike Herold, Interventionsprojekt CORA - Landeskoordinierungsstelle M.-V.

Ursula Hof, Dr. med., Landesärztekammer Rheinland-Pfalz

Regina Jürgens, Bundeskoordination Frauengesundheit

Mareike Koch, Bundeskoordination Frauengesundheit

Monika Konitzer, Bundespsychotherapeutenkammer

Jörn Linden, Dr. med., Berufsverband der Allgemeinärzte Deutschlands Hausärzterverband e.V.

Rüdiger Marquardt, Dr. med., Berufsverband der Frauenärzte e.V., Landesverband Schleswig-Holstein

Gretlies Mauer, Dr. med., Kassenärztliche Bundesvereinigung

Ulrike Michels-Vermeulen, Dipl.-Psych., Deutscher Psychotherapeutenverband e.V.
DPTV

Martina Rauchfuß, Dr. med., Dt. Gesellschaft für Psychosomatische
Frauenheilkunde und Geburtshilfe

Sigrid Reichert, Bundesministerium für Gesundheit und Soziales

Vera Ries, Bundesausschuss "Ärzte und Krankenkassen"

Babette Schneider, Dr. med., Landeshauptstadt München, Referat für Gesundheit
und Umwelt

Claudia Schädlich, Dr., Deutsches Institut für Psychotraumatologie

Kornelia Schönfeld, Dr., AKF e.V.

Dragana Seifert, Dr. med., Rechtsmedizinische Untersuchungsstelle für Opfer von
Gewalt, Universitätsklinikum Hamburg

Ute Sonntag, Dipl.-Psych., Landesvereinigung für Gesundheit Nds.e.V.

Marion Steffens, Frauenberatung Witten, LAG autonomer Frauenhäuser NRW

Christian Trabant, Dr. med., Berufsverband der Fachärzte für
Psychotherapeutische Medizin Deutschlands e.V.

Ilsemarie Voigt, Dr. med., Gesundheitsamt Hannover

Angelika Voß, Dipl. Päd., MHH, Institut Geschichte, Ethik und Philosophie der
Medizin, im Auftrag der Landesärztekammer Nds.

Michael Wüstenbecker, Dr., Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe

8.2 Anlage 2: Rollen des Planspieles

Hintergrund: Der Runde Tisch „Gewalt gegen Frauen und Mädchen“ in der Region Füchsingen initiierte vier Wochen zuvor eine Informationsveranstaltung zum Thema „Auswirkungen von häuslicher Gewalt – Anforderungen an Professionelle im Gesundheitswesen“ zu der interdisziplinär eingeladen wurde. Darauf aufbauend lädt nun die Bezirksärztekammer ein zum Thema „Aufbau einer interdisziplinären Kooperation zur Optimierung der gesundheitlichen Versorgung gewaltbetroffener Frauen und Mädchen.“

Frau Gleich, 37 Jahre, Gleichstellungsbeauftragte der Region Füchsingen

- leitet den runden Tisch zu häuslicher Gewalt
- sieht die Notwendigkeit, den Gesundheitsbereich mit einzubeziehen
- hat gute Kontakte im Bereich der ambulanten Versorgung aufgebaut
- kennt die Schnittstellenproblematik zwischen stationärer und ambulanter Versorgung
- unterstützt die Implementierung von Handlungsmodellen im Krankenhaus und Vernetzung im Bereich der ambulanten Versorgung

Dr. Röntgen, 54 Jahre, ärztliche Leitung des katholischen Krankenhauses St. Johann seit 20 Jahren

- ist schon sensibilisiert und offen für die Problematik
- hat sich zusammen mit der Pflegedienstleitung über ein Interventionsprogramm für Krankenhäuser informiert
- sieht zur Zeit noch keine Ressourcen ein umfangreiches Handlungsmodell zu implementieren
- sieht den größten Schulungsbedarf für die Notfallambulanz
- er hat die Schnittstellenproblematik mit der ambulanten Versorgung im Blick

Frau Alice, 33 Jahre, Psychologin, Mitarbeiterin einer Frauenberatungsstelle und Frauennotruf

- Schwerpunkt der Beratungsstelle: physische, psychische und sexualisierte Gewalterfahrung aktuell oder in der Vergangenheit, Ängste, Depressionen, Partnerprobleme, psychosoziale Begleitung bei Erkrankungen
- weiß um die gesundheitliche Fehl-, Über- und Unterversorgung von gewaltbetroffenen Frauen und Mädchen
- Ihre Arbeit mit den Klientinnen leidet unter der geringen Kooperationsbereitschaft der verschiedenen Institutionen des Gesundheitsbereiches
- Hat lange Wartelisten bei therapeutischen Angeboten
- Sehr engagiert

Frau Salome, 42 Jahre, gebürtig aus Indonesien, lebt seit 20 Jahren in Deutschland

- Sozialarbeiterin in der Familienhilfe
- Kennt die Problematik aus ihrer alltäglichen Berufspraxis
- Weist immer wieder darauf hin, dass im Gesundheitsbereich die Sprachmittlung von Familienangehörigen unakzeptabel ist
- Sieht wenig Einsicht im Gesundheitsbereich in die Vielfältigkeit der Probleme von gewaltbetroffenen Frauen, vor allem auch von Migrantinnen

- Vertritt die Meinung, dass im Gesundheitsbereich mehr Personal (ArzthelferInnen, Pflegende) mit besonderen Sprachkenntnissen eingestellt werden müssen
- Fühlt sich überlastet, hat kaum noch freie Kapazitäten

Herr Stier, 42 Jahre, Polizist, Sonderdezernat häusliche Gewalt

- hat kürzlich an der Fortbildungsmaßnahme zum neuen Gewaltschutzgesetz teilgenommen
- vertritt die Polizei beim Runden Tisch zu häuslicher Gewalt
- ist sich der hohen Dunkelziffer von Frauen, die in Misshandlungsbeziehungen leben bewusst
- verweist auf die Schlüsselposition von niedergelassenen ÄrztInnen im Bereich Prävention und Intervention von häuslicher Gewalt gegenüber Frauen
- betont mehrfach die Notwendigkeit einer guten ärztlichen Dokumentation zur Strafverfolgung
- ist erfreut über die Gründung dieses Arbeitskreises und hofft auf eine Optimierung der Versorgung betroffener Frauen

Frau Dr. Praxis, 35 Jahre, Vertreterin des Berufsverbandes der HausärztInnen

- Arbeitet in einer niedergelassenen Praxis als Internistin
- ist im Vorstand der Bezirksärztekammer
- hat das Informationsmaterial der Nds. Ärztekammer zu Gewalt gegen Frauen (Leitfaden zur Behandlung von Patientinnen, die misshandelt wurden, einen Dokumentationsbogen, Broschüren und Notfallkarten für betroffene Frauen) zugeschickt bekommen
- überlegt, ob sie die Broschüren und Notfallkarten für betroffene Frauen in ihrer Praxis auslegen sollte, da meistens die ganze Familie bei ihr in Behandlung ist
- ist ambivalent, ob sie es in ihrem Berufsalltag umsetzen kann

Herr Dr. Pille, 50 Jahre, wurde vom regionalen Qualitätszirkel der GynäkologInnen gebeten, an diesem Treffen teilzunehmen

- Mitglied der Kassenärztlichen Vereinigung
- arbeitet in niedergelassener Praxis
- ist ein eher väterlicher Typ
- arbeitet mit neuem technischem Standard
- ist interessiert, sieht die Problematik sehr individualisiert
- ist der Meinung, dass er ein gutes Vertrauensverhältnis zu seinen PatientInnen hat und sie sich mit Problemen an ihn wenden würden

Frau Hütte, 43 Jahre, Krankenschwester im ambulanten Pflegedienst

- hat in ihrem Berufsalltag häufig mit von häuslicher Gewalt betroffenen Frauen und Kindern zu tun
- fühlt sich nicht sicher im Umgang mit der Situation
- sieht weder in dem vorgegebenen Zeitrahmen noch im Pflegekonzept Möglichkeiten, zu intervenieren
- verweist aber betroffene Frauen an spezifische Unterstützungseinrichtungen
- fühlt sich mit der Problematik überfordert und isoliert
- sieht dringenden Handlungsbedarf

Herr Buch, 45 Jahre, Leiter der Akademie für ärztliche Fortbildung der Ärztekammer

- hat eine Anfrage von der Ärztekammer bekommen, Module zur Versorgung gewaltbetroffener Frauen in das Fort- und Weiterbildungskonzept zu integrieren
- hat sich vorher inhaltlich wenig mit der Problematik auseinander gesetzt und hat keine Kontakte zu spezifischen Einrichtungen und ReferentInnen
- sah bisher noch keinen Bedarf an Vernetzung

Frau Weiter, Mitarbeiterin in einem Fortbildungsinstitut für Psychotraumatologie

- bietet schon seit langem Fortbildungen im Bereich Psychotraumatologie für alle Professionen im Gesundheitswesen an
- wurde eingeladen, um Inhalte eines Fortbildungskonzeptes vorzustellen

8.3 Anlage 3: Fragen für BeobachterInnen im Planspiel

1. Welche Vorbereitungen brauchen Personen, die Sie für Ihr Projekt gewinnen wollen?
2. An welchen Stellen werden Beteiligte voraussichtlich Widerstände zeigen?
3. Wie können Sie diesen Widerständen begegnen?
4. Wer hat Ihrer Meinung nach am Tisch gefehlt und sollte mit dazu geholt werden?
5. An welchen Punkten sollte mehr Steuerung erfolgen?
6. Wo können mehr Ressourcen abgefragt werden?
7. Welche Problembereiche haben sich gezeigt, welche sind nicht vorgekommen?
8. Wie zufrieden sind Sie persönlich mit dem Gesprächsergebnis?

8.4 Anlage 4: Wissenschaftliche Begleitforschung zum S.I.G.N.A.L.- Interventionsprojekt - Fact Sheet

Gesundheitliche Folgen von Gewalt

Gewalt ist der WHO zufolge einer der zentralen Risikofaktoren für die Gesundheit von Frauen. Sie wirkt sich in vielfältiger Weise auf die Gesundheit, das Gesundheitshandeln und die Gesundheitschancen aus. Studien zeigen folgende gesundheitliche Auswirkungen:

- *Direkte körperliche Folgen:* Stich- und Hiebverletzungen, Schnitt-, Platz-, Riss- und Brandwunden, Prellungen, Hämatome, Würgemale, Frakturen, Verletzungen des Trommelfells, des Kiefers und der Zähne. Es können bleibende Behinderungen wie Einschränkungen der Seh-, Hör- und Bewegungsfähigkeit entstehen.
- *Somatische und psychosomatische Beschwerden:* Schmerzsyndrome, gastrointestinale Beschwerden, Atemnot und Essstörungen; chronische Anspannung; Angst und Verunsicherungen können sich als Stressreaktionen in psychosomatischen Beschwerdebildern manifestieren. Gewalt beeinträchtigt die reproduktive Gesundheit, nachgewiesen sind Schwangerschaftskomplikationen, Verletzungen beim Fötus und ein niedriges Geburtsgewicht von Neugeborenen sowie ein höheres Risiko von Fehl- und Frühgeburten.
- *Psychische Folgen:* insbesondere Depressionen, Angst- und Panikattacken, Nervosität, Schlafstörungen, Konzentrationsschwäche, Störungen des sexuellen Empfindens, Angst vor Nähe und Intimität, der Verlust von Selbstachtung und Selbstwertgefühl, selbstverletzendes Verhalten und Suizidversuch, posttraumatischen Belastungsstörungen (PTSD). Als dauernde Persönlichkeitsstörungen werden Borderline-Störungen und Multiple Persönlichkeiten (dissoziative Identitätsstörungen) genannt.
- *Gesundheitsgefährdende Überlebensstrategien:* Der Konsum von beruhigenden, berauschenden oder realitätsverändernden Substanzen wie Nikotin, Alkohol, Medikamente oder andere Drogen dient der inneren Flucht, dem Verdrängen und Vergessen.
- Als *tödliche Folge* von Gewalthandlungen sterben Frauen an den Folgen ihrer Verletzung, werden umgebracht oder begehen Suizid.

Versorgungsbedarf

Gewalt wird als Ursache von Verletzungen und Beschwerden häufig nicht berücksichtigt. Es erhöht sich somit die Gefahr von Unter-, Über- oder Fehlversorgung und einer Chronifizierung der Beschwerden. Die körperlichen Reaktionen gewaltbetroffener Patientinnen werden selten mit traumatisierenden Gewalterfahrungen in Beziehung gesetzt und in die Behandlung einbezogen. Erfahrungen zeigen:

- Ärzte/innen und Pflegekräfte können bei entsprechender Sensibilität und Handlungskompetenz einen entscheidenden Beitrag bei der Unterstützung der Frauen und in der Prävention häuslicher Gewalt leisten.
- Ärzte/innen und Pflegekräfte werden von gewaltbetroffenen Patientinnen als potentielle Gesprächspartner/innen betrachtet, wenn sie sich aktiv und zugewandt zeigen.
- Ärzte/innen und Pflegekräfte fühlen sich im Umgang mit der Gewaltproblematik vielfach überfordert, unzureichend über weitergehende

Unterstützungs- bzw. Hilfesysteme informiert oder sehen aufgrund gesellschaftlicher Mythen gegenüber gewaltbetroffenen Frauen keinen Handlungsbedarf.

Studien über die Folgekosten von Gewalt zeigen, dass ein frühes Erkennen von gewaltbedingten Beschwerden und eine adäquate Behandlung auf längere Sicht zu größeren Einsparungen im Gesundheitswesen führen können.

Das Modellprojekt S.I.G.N.A.L. am Berliner Universitätsklinikum Benjamin Franklin

Das S.I.G.N.A.L.-Interventionsprojekt gegen Gewalt an Frauen wurde 1999 in der Ersten Hilfe/Notfallambulanz des Universitätsklinikum des Benjamin Franklin der Freien Universität Berlin (UKBF) eröffnet. Es hat sich zum Ziel gesetzt, die in der medizinischen Versorgung vorhandenen Präventions- und Interventionsmöglichkeiten gegen Gewalt an Frauen zu nutzen und den Betroffenen eine zuverlässige und problemadäquate Unterstützung und Versorgung anzubieten.

Das S.I.G.N.A.L.-Programm basiert auf folgenden, grundlegenden Interventionsschritten:

- Erkennen und Ansprechen von Gewalt
- gerichtsverwertbares Dokumentieren der Verletzungen und Beschwerden
- Abklären der Gefährdungslage
- Informationsvermittlung über Beratungs- oder Zufluchtsangebote.

Der S.I.G.N.A.L.-Leitfaden beinhaltet konkrete Handlungsanweisungen für eine verbesserte Versorgung (<http://www.medizin.fu-berlin.de/SIGNAL/signal.htm>).

Ergebnisse der wissenschaftlichen Begleitung

Die Evaluation des Implementationsprozesses des Modellprojektes wurde für den Zeitraum März 2000 bis 2003 vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend finanziert und vom Institut für Gesundheitswissenschaften der TU-Berlin durchgeführt.

Im Rahmen der wissenschaftlichen Begleitung wurden für Deutschland erstmals Daten zum Versorgungsbedarf gewaltbetroffener Frauen erhoben und ausgewertet (<http://www.ifg-gs.tu-berlin.de/projekte/signal/phtml>).

Die Ergebnisse der Begleitforschung zeigen:

Die Beschäftigten des Klinikums sehen S.I.G.N.A.L. als notwendiges und sinnvolles Programm zur verbesserten Versorgung gewaltbetroffener Patientinnen.

Im S.I.G.N.A.L.-Projekt wurde ein tragfähiges, zielgruppenspezifisches Fortbildungskonzept entwickelt, mit dem unterschiedliche Berufsgruppen erfolgreich erreicht werden konnten.

Verlauf und Evaluation der Fortbildungen zeigen ihre positive Beurteilung durch die Teilnehmenden. Das Klinikpersonal konnte für die Thematik „häusliche Gewalt“ sensibilisiert werden. Es wurden Standards für eine angemessene Versorgung von gewaltbetroffenen Patientinnen und Handlungskompetenzen vermittelt. Grundlegende Informationen zur Problematik der Gewalt gegen Frauen, zu Interventions- und Unterstützungsmöglichkeiten sowie zu konkreten, weitergehenden Beratungsangeboten und Zufluchtseinrichtungen erachteten die Teilnehmenden für ihre berufliche Praxis als besonders hilfreich.

Daten zum Versorgungsbedarf Dokumentationsbögen

Um gewaltbetroffenen Patientinnen eine gerichtsverwertbare Dokumentation ihrer Verletzungen und Beschwerden anzubieten, wurde innerhalb von S.I.G.N.A.L. ein Dokumentationsbogen entwickelt. Die Auswertung der in der Ersten Hilfe/Notaufnahme dokumentierten 136 Fälle von häuslicher Gewalt (Okt. 1999 bis Dez.2002) zeigt folgendes:

- Die Mehrzahl der Dokumentationen erfolgte in der chirurgischen Ersten Hilfe-Station.
- Gewaltbetroffene Frauen suchten die Erste Hilfe an jedem Wochentag auf, insbesondere in den Zeiten, in denen niedergelassene Ärzte/innen i.d.R. nicht erreichbar sind (80%), wie z.B. am Wochenende (36%) oder in den Abend- und Nachtstunden (48%).
- Die Mehrheit der Gewaltbetroffenen erlitt körperliche Gewalt und zeigte das in der Literatur beschriebene Spektrum an Verletzungen. Knapp zwei Drittel der Frauen (57%) wiesen mehr als eine behandlungsbedürftige Verletzung auf. Am häufigsten lagen die Verletzungen im Bereich des Kopfes und/oder des Oberkörpers (mehr als 80%). Aufgrund der Schwere der Verletzungen wurden Frauen z.T. stationär aufgenommen.
- Das Alter der betroffenen Frauen reicht von 14 bis 80 Jahre, mehr als drei Viertel der Frauen waren unter 40 Jahren.
- Drei Viertel der Frauen gaben an, durch den derzeitigen Ehemann oder Lebenspartner verletzt worden zu sein.

Während des Projektverlaufs lässt sich eine Zunahme der Dokumentationen feststellen, die auf eine steigende Sensibilität hindeutet. Somit konnte ein wesentlicher Schritt des Interventionsprojektes verwirklicht werden.

Befragung der Ersten Hilfe-Patientinnen

Im Rahmen der S.I.G.N.A.L.-Begleitforschung wurde im Frühsommer 2002 erstmals in der BRD eine quantitative Befragung von Patientinnen (18–60 Jahre) der Ersten Hilfe durchgeführt. Der Auswertung liegen die Daten von 806 Frauen zugrunde, die Responserate beträgt 70,3%.

- 36,6% der Befragten waren nach dem 16. Lebensjahr mindestens einer häuslichen Gewalthandlung ausgesetzt, 4,6% berichteten von häuslicher Gewalt im vergangenen Jahr. 1,5% der Frauen suchten die Erste Hilfe wegen durch Gewalt verursachten Verletzungen auf.
- 57% der gewaltbetroffenen Frauen berichteten von gesundheitlichen Folgen aufgrund von häuslicher Gewalt: 32% nannten sowohl körperliche und psychische, 3% nur körperliche und 22% nur psychische Auswirkungen. Nach der Häufigkeit der Angaben dominierten unter den Verletzungen Hämatome/Prellungen (44%), Frakturen/Rupturen (10%) sowie Stich-/Schuss-/Brandverletzungen (10%), zu 60% lagen die Verletzungen im Kopfbereich (davon war zu 17% Mund/Kiefer/Zähne betroffen). Als Beschwerden wurden am häufigsten gastrointestinale (23%), Kopfschmerzen/Migräne (18%) und Herzkreislaufbeschwerden (14%) genannt. Unter den psychischen Folgen überwogen Angst/Panikattacken (33%) und Depressionen 15%. Selbstverletzendes Verhalten oder Suizidversuche wurden zu 5% genannt.
- Die Hälfte der Frauen, die von gesundheitlichen Folgen berichteten, ließ sich gesundheitlich versorgen: 22% suchte eine Notfallambulanz auf, 35% eine niedergelassene Praxis und jede zehnte Frau wurde stationär behandelt.
- Im Fall von erlittener Gewalt wären für mehr als zwei Drittel der Frauen (67%) Ärzte/innen Ansprechpersonen. Nur 8% der Befragten sind jedoch jemals von ihrem Arzt/ihrer Ärztin nach Gewalterfahrung gefragt worden. Ein Drittel aller

Frauen und etwa 45% der Gewaltbetroffenen hätte sich ein Fragen nach erlebter Gewalt gewünscht. Mehr als zwei Drittel der Befragten befürworten eine Frage nach Gewalterfahrung als Teil der allgemeinen Anamnese. Eine Routinebefragung nach vorausgegangener Gewalt im Rahmen der Erste Hilfe-Anamnese finden mehr als drei Viertel (76%) als „prinzipiell wichtig“ oder „unangenehm trotzdem wichtig“. Gefragt nach den favorisierten Kriterien einer Ansprechperson, wurde von mehr als der Hälfte der Patientinnen Verständnis genannt (51%), ein Drittel bevorzugt eine weibliche Person und jede zehnte einen Arzt oder eine Ärztin.

Fazit

Erste Hilfe Stationen sind wichtige Anlaufstellen für Frauen, die Gewalt erfahren haben. Die gravierenden gesundheitlichen Auswirkungen weisen auf die Notwendigkeit, Interventionsprogramme gegen häusliche Gewalt innerhalb der Gesundheitsversorgung zu verankern.

Eine adäquate Unterstützung im Interesse der Patientin bedarf der Kooperation und Vernetzung zwischen Einrichtungen der medizinischen Versorgung und der sozialen Unterstützung. Ein dichtes Netz von Beratungs- und Zufluchtsprojekten ist vonnöten. Das S.I.G.N.A.L. – Projekt hat wesentlich dazu beigetragen, den Versorgungsbedarf für gewaltbetroffene Frauen zu verdeutlichen.

Die Patientinnen-Befragung zeigte, dass sich Patientinnen wünschen, dass die Gewaltthematik in der Gesundheitsversorgung eine stärkere Beachtung findet, und sie einer sensiblen Befragung nach Gewalt im Rahmen der Anamnese positiv gegenüber stehen.

Erfahrungen zeigen den langen Weg hin zur Berücksichtigung der Gewaltthematik in der Gesundheitsversorgung. Kostenträger und Leistungserbringer beachten hierzulande kaum die Möglichkeiten von Prävention und Intervention in der medizinischen Versorgung. Eine veränderte Prioritätensetzung mit der Bereitstellung von entsprechenden Ressourcen zugunsten einer psychosozialen und adäquaten Gesundheitsversorgung für Opfer von physischer, psychischer und sexueller Gewalt ist nötig.

Die Ergebnisse der wissenschaftlichen Begleitung werden vom Bundesministerium in Form eines praxisorientierten Handbuchs und eines wissenschaftlichen Berichtes veröffentlicht.

Kontakt

Projektleitung: Prof. Dr. Ulrike Maschewsky-Schneider

Wissenschaftliche Mitarbeiterinnen:

Dipl. Päd. Hildegard Hellbernd MPH, Dipl. Soz. Petra Brzank, MPH

Institut für Gesundheitsforschung der TU-Berlin,

TEL11-2, Ernst-Reuter-Platz 7, 10587 Berlin, Tel: 030/314-21969, Fax: 030/314-73256

hellbernd@ifg.tu-berlin.de, brzank@ifg.tu-berlin.de