



**Gewalt gegen Frauen und Mädchen:
Interventions- und Präventionsmöglichkeiten des
Gesundheitswesens durch multi-professionelle Kooperation**

**Dissertation
zur Erlangung des Doktorgrades
des Fachbereichs Erziehungs- und Kulturwissenschaften
der Universität Osnabrück**

**vorgelegt
von**

Sabine Bohne

Osnabrück, Januar 2011

Inhalt der kumulativen Dissertation

Einführung in den Diskurs (incl. Kurzbeschreibungen der weiteren Beiträge)

Beitrag 1: Versorgungsbedarf und Anforderungen an Professionelle im Gesundheitswesen im Problembereich Gewalt gegen Frauen und Mädchen (Hagemann-White/Bohne 2003: Kapitel 6, 7 und 8)

Beitrag 2a: Analyse des Implementationsworkshop zu dem Thema „Gewalt gegen Frauen und Mädchen - Rolle der Pflegeprofessionen und Hebammen in der gesundheitlichen Versorgung“ (Bohne 2003)

Beitrag 2b: Analyse des Implementationsworkshop zu dem Thema „Optimierung der ambulanten Versorgung gewaltbetroffener Frauen“ (Bohne 2004)

Beitrag 3: Gesundheitliche Folgen von Gewalt unter besonderer Berücksichtigung häuslicher Gewalt gegen Frauen (Robert-Koch-Institut (Hg.) 2008: Kapitel 4, 5 und 6)

Beitrag 4: Domestic Violence and Health Care (Bohne 2010)

Beitrag 5: Multi-professionelles Fortbildungskonzept unter Einbeziehung des Gesundheitssektors zur Bekämpfung häuslicher und sexualisierter Gewalt (Bohne 2011)

Durch das Anklicken der Option „Lesezeichen“ besteht die Möglichkeit, direkt zu den einzelnen Beiträgen zu gelangen.

Einführung in den Diskurs

0 Einleitung

Gewalt gegen Frauen und Mädchen, insbesondere häusliche Gewalt, wird von internationalen Organisationen sowohl als Menschenrechtsverletzung deklariert¹ als auch als eines der größten Gesundheitsrisiken für Frauen und Kinder eingeschätzt (Krug/Mercy et al. 2002).

Studien zur Häufigkeit und Ausprägung häuslicher Gewalt waren lange Zeit nicht oder nur vereinzelt verfügbar und auch im Gesundheitswesen blieb die Gewaltproblematik als Ursache von Gesundheitsstörungen bis in die 1990er-Jahre hinein weitgehend unberücksichtigt. Impulse für eine stärkere Beachtung der Rolle des Gesundheitsbereichs bei der Bekämpfung von häuslicher Gewalt in Deutschland kamen vor allem aus dem internationalen Raum. Während der Weltgesundheitsversammlung im Jahr 1996 wurde erstmals eine Resolution verabschiedet, durch die die Gewaltprävention zu einer prioritären Aufgabe des öffentlichen Gesundheitswesens erklärt wurde (Resolution WHO 49.25). In der Resolution wurde herausgestellt, dass Gewalt ernsthafte kurz-, mittel- und langfristige gesundheitliche und psychosoziale Folgen für die Betroffenen hat, die eine besondere Herausforderung für Gesundheitsdienste und Gesundheitsberufe darstellen. Neben den individuellen und sozialen Folgen verursacht Gewalt auch erhebliche gesamtgesellschaftliche Kosten. Die Mitgliedsstaaten wurden aufgefordert, das Ausmaß des Problems in ihren eigenen Ländern zu analysieren, zu dokumentieren und Präventions- und Interventionsmaßnahmen gegen Gewalt zu unterstützen bzw. einzuleiten (Krug/Mercy et al. 2002). Im Zusammenhang mit der Ächtung häuslicher Gewalt als Menschenrechtsverletzung und staatlicher Verantwortungsübernahme wurde die zentrale Rolle von Professionen der Gesundheitsversorgung verdeutlicht (Heise/Pitanguy et al. 1994).

Vor allem im anglo-amerikanischen Raum wurden frühzeitig innovative Versorgungsmodelle entwickelt und Präventions- und Interventionsprogramme gegen häusliche Gewalt innerhalb des Gesundheitssystems implementiert. Diese neuen Kooperationsformen wurden in interdisziplinären Bündnissen zwischen Aktivistinnen der Anti-Gewalt-Projekte und engagierten Fachpersonen aus dem Gesundheitswesen entwickelt (Campbell 1998, FVPF 1998,

¹ Ein Überblick über internationale Empfehlungen und Beschlüsse der Thematik Menschenrechtsverletzung durch Gewalt gegen Frauen, der nicht für Vollständigkeit garantiert, befindet sich im Modul 1 des PRO TRAIN-Trainingprogramms (siehe <http://www.pro-train.uni-universität.de> - Trainingprogramm).

Department of Health 2000). Neue Interventionsprojekte, die auf einer multi-professionellen Kooperation beruhen, wurden vorzugsweise in Rettungsstellen der Krankenhäuser eingeführt (Warshaw 1997; FVPF 1998). Pflegeverbände und ärztliche Fachgesellschaften waren entscheidende Akteure bei der Thematisierung von Gewalt gegen Frauen und dem Aufzeigen von Präventions- und Interventionsmöglichkeiten.

Im Folgenden werden zentrale Entwicklungsschritte in Deutschland aufgezeigt, die die Relevanz der Thematik gesundheitliche Folgen von Gewalt und Anforderungen an das Gesundheitssystem unterstreichen. Des Weiteren werden die Beiträge in der vorliegenden Arbeit zusammengefasst dargestellt. Mit einem Ausblick wird der Überbauartikel abgeschlossen.

1 Entwicklung in Deutschland

Während bis Ende der 1990er Jahre in Deutschland vor allem Mitarbeiterinnen aus dem Frauenunterstützungsbereich wie z. B. aus Frauenhäusern, Zufluchtseinrichtungen, Frauennotrufen und -beratungsstellen die Alleinzuständigkeit für Intervention bei häuslicher Gewalt zugewiesen wurde, gründeten sich unter Bezugnahme auf US-amerikanische Vorbilder² seit Ende der 1990er Jahre bundesweit Interventionsprojekte, inter-institutionelle Kooperationsbündnisse unterschiedlicher Größe, Struktur und Reichweite gegen häusliche Gewalt (WIBIG 2004). Der Schwerpunkt des ersten Aktionsplans der Bundesregierung zur Bekämpfung von Gewalt gegen Frauen von 1999³ lag auf der Verbesserung der polizeilichen und juristischen Interventionen gegen häusliche Gewalt, und der Staat und seine Institutionen trugen zunehmend Verantwortung für Intervention, Schutz und Strafverfolgung. Bei dieser Entwicklung einer engen sozialen Infrastruktur zur Intervention bei häuslicher Gewalt waren Institutionen und Professionelle des Gesundheitswesens bis Anfang 2000 kaum einbezogen. Dies mag verwundern, da schon bereits in den 1980er Jahren vor allem US-amerikanische Studien die durch Gewalt bedingten Folgen für Gesundheit, Gesundheitshandeln und Gesundheitschancen von Frauen⁴ verdeutlichten. In Deutschland wurden mit der Entstehung des ersten Berliner Frauenhauses in Deutschland erstmals die enormen gesundheitlichen Folgen und die Bedeutung einer adäquaten gesundheitlichen Versorgung in dem Bericht der Begleit-

² DAIP - Domestic Abuse Intervention Project, Duluth, Minnesota (siehe <http://www.theduluthmodel.org/>)

³ siehe <http://www.bmfsfj.de/bmfsfj/generator/BMFSFJ/Service/Publikationen/publikationen,did=67514.html>

⁴ Ein Überblick über die nationalen und internationalen Studien zu den gesundheitlichen Folgen von Gewalt gegen Frauen befindet sich in der Expertise für die Enquetekommission Zukunft einer frauengerechten Gesundheitsversorgung NRW (Hagemann/Bohne 2003), der S.I.G.N.A.L.-Begleitforschung (Hellbernd/Brzank et al. 2004) und im RKI-Themenheft Gesundheitliche Folgen von Gewalt (Hornberger/Schröttle et al. 2008).

forschung dokumentiert. Die wissenschaftliche Begleitung formulierte eine Reihe konkreter Vorschläge für eine verbesserte medizinische Versorgung (Hagemann-White/Kavemann et al. 1981). Weitere Forschungsarbeiten und spezifische Versorgungskonzepte in Deutschland fokussierten vor allem auf die Auswirkungen von sexueller Gewalt in Kindheit und Jugend und Folgen sexualisierter Gewalt im Erwachsenenalter (Olbricht 1996; AKF 1997; Helfferich/Hendel-Kramer et al. 1997; Beckermann 1998).

Ende der 1990er Jahre waren es zunächst Mitarbeiterinnen der Frauenunterstützungseinrichtungen, die mangelnde Sensibilität in der medizinischen Versorgung der von häuslicher Gewalt betroffenen Frauen kritisierten und eine bessere Gesundheitsversorgung forderten (vgl. Gig-Net 2008). Gleichzeitig begann durch den ersten Frauengesundheitsbericht des Bundes eine Auseinandersetzung um eine gendergerechte Gesundheitsversorgung von Frauen, die von häuslicher und sexualisierter Gewalt betroffen waren (Verbundprojekt 2001). Offensichtlich wurden Versorgungsmängel festgestellt, die auf einem Nichterkennen der Ursachen von Gesundheitsstörungen als Folge von häuslicher Gewalt durch Ärzte/-innen basieren und damit ein verbundenes Risiko von Fehlversorgung zur Folge haben (Mark 1999).

Seit Anfang 2000 werden zunehmend die gesundheitlichen Folgen von Gewalt, insbesondere von häuslicher Gewalt gegen Frauen und der Mitbetroffenheit von Kindern, sowie der Gesundheitssektor als niedrigschwelliger Interventionsbereich in der bundesdeutschen Politik, Forschung und medizinischen wie psychosozialen Praxis thematisiert. Hierbei wird vor allem auf die Bedeutung von Einrichtungen des Gesundheitswesens als wichtige Schnittstelle zwischen von gewaltbetroffenen Patientinnen und spezifischen Hilfeeinrichtungen hingewiesen, da Professionelle des Gesundheitswesens häufig die ersten und mitunter die einzigen Fachpersonen sind, die körperliche und psychische Folgen von häuslichen Gewalttaten zu sehen bekommen (Hagemann-White/Bohne 2003; Hellbernd/Brzank et al. 2004). Professionelle in der Gesundheitsversorgung sind bei Erkennen der Ursachen von Gesundheitsstörungen durch Gewaltfolgen besonders gut in der Lage, betroffene Frauen an weiterführende und spezialisierte Unterstützungseinrichtungen weiterzuleiten.

Bundesweite Beachtung fanden die Ausführungen der Problematik in dem ersten Frauengesundheitsbericht des Bundes (Verbundprojekt 2001), in einer Expertise für die Enquêtekommission für eine frauengerechte Gesundheitsversorgung in NRW (Hagemann-

White/Bohne 2003) sowie in den Ergebnissen der wissenschaftlichen Begleitung des Interventionsprojektes S.I.G.N.A.L.⁵ (Hellbernd/Brzank et al. 2004).

Die Relevanz der Problematik für den Gesundheitssektor ergibt sich zunächst aus der hohen Verbreitung von Gewalt und deren gesundheitlichen Folgen. So war nach der ersten bundesdeutschen repräsentativen Prävalenzstudie *Lebenssituation, Sicherheit und Gesundheit von Frauen in Deutschland* bundesweit etwa jede vierte Frau in ihrem Erwachsenenleben Gewaltübergriffen durch Partner ausgesetzt. Jede zweite bis dritte in Deutschland lebende Frau war darüber hinaus im Laufe ihres Lebens mit sexueller und/oder körperlicher Gewalt in unterschiedlichen (häuslichen und außerhäuslichen) Lebenszusammenhängen konfrontiert worden; 64 % der Betroffenen trugen Verletzungsfolgen aus gewaltsamen Handlungen durch den Partner davon (Müller/Schrötle et al. 2004). Insgesamt hat jede fünfte in Deutschland lebende Frau in ihrem Erwachsenenleben mindestens einmal Verletzungsfolgen durch häusliche oder außerhäusliche Gewalt in unterschiedlichen Schweregraden erlebt (vgl. ebd.).

Aufgrund des hohen Ausmaßes von Gewalt und den vielfältigen Folgen für die Gesundheit von Frauen und Kindern, stellt ein differenziertes Wissen über Gesundheitsfolgen von Gewalt einen unverzichtbaren Bestandteil von Anamnese und Diagnostik in der Gesundheitsversorgung dar. Bisherige Analysen verweisen auch jetzt noch auf einen noch unzureichenden Kenntnisstand im gesamten Gesundheitssystem, der infolge des Nichterkennens von Gewalt als Ursache gesundheitlicher Probleme zur Über-, Unter- und Fehlversorgung beitragen kann (vgl. Hellbernd/Brzank 2004; Hornberg/Müller et al. 2008). Fachliches Wissen von Gesundheitsfachkräften über Ausmaße und Gesundheitsbeeinträchtigungen als Folge von Gewalt sind Voraussetzung, um Gewalt als Ursache von Gesundheitsproblemen frühzeitig zu erkennen, anzusprechen, zu dokumentieren und entsprechende Unterstützung und Hilfe zu leisten. Da jede Frau (mit ihren Kindern) Institutionen der Gesundheitsversorgung aufsucht, ist die Chance, dass Gewaltfolgen im Rahmen routinemäßiger ärztlicher Untersuchungen wahrgenommen werden, sehr groß (vgl. Hagemann-White/Bohne 2003; Hellbernd/Brzank et al. 2004; Hornberg/Müller et al. 2008). Sowohl die deutsche repräsentative Studie zu Gewalt an Frauen wie auch die im Rahmen der wissenschaftlichen Begleitforschung des S.I.G.N.A.L.-Interventionsprogramms durchgeführte Patientinnenumfrage ergaben, dass sich von Gewalt betroffene Frauen bei ihrer Suche nach Hilfe im professionellen System am

⁵ Das S.I.G.N.A.L.-Interventionsprojekt wurde von 1999 bis 2003 im Universitätsklinikum Benjamin-Franklin der Freien Universität Berlin umgesetzt und von 2000 bis 2003 wissenschaftlich begleitet. Siehe: <http://www.signal-intervention.de/index.php?link=butt52>

ehesten an eine Einrichtung im Gesundheitswesen wenden. Ärztinnen und Ärzte wurden als erste Ansprechpersonen benannt, Frauenberatungs- und Zufluchtseinrichtungen standen an zweiter und die Polizei an dritter Stelle (Müller/Schröttle 2004). Die S.I.G.N.A.L.-Patientinnenbefragung zeigte ebenfalls, dass 67 % der Befragten im Fall von Gewalt Ärztinnen und Ärzte als erste Ansprechpersonen betrachteten (Hellbernd/Branzk et al. 2004). In Deutschland wird in den letzten Jahren vermehrt daran gearbeitet, Professionelle des Gesundheitswesens zu sensibilisieren und in die interdisziplinäre Kooperation einzubeziehen (vgl. Hornberg/Müller et al. 2008; Gig-Net 2008; Steffens/Stolte 2007). Zahlreiche Praxisprojekte, (Vernetzungs-)Initiativen und Aktivitäten der Bundes- und Landesministerien sowie der Bundesärztekammer haben dazu beigetragen, die Thematik zunehmend im Gesundheitssystem zu implementieren. Darüber hinaus wurde sich der Thematik in Fachartikeln in deutschen medizinischen Fachzeitschriften angenommen.⁶

Einige Beispiele dieser Entwicklung können an dieser Stelle nur punktuell skizziert werden.⁷ So wurden in verschiedenen Bundesländern von interdisziplinären Arbeitsgruppen Leitfäden und Handlungsempfehlungen für den adäquaten Umgang mit von Gewalt betroffenen Frauen für das Gesundheitswesen erarbeitet und verbreitet. An deren Erstellung waren in den meisten Bundesländern Frauen-, Sozial- und Gesundheitsministerien sowie Ärztekammern beteiligt. Inwiefern diese Leitlinien und Empfehlungen tatsächlich Eingang in die alltägliche Praxis gefunden haben, wurde bislang nicht umfassend wissenschaftlich untersucht. Einzig in Hessen kann auf die Ergebnisse der Evaluation des Projektes *A.U.S.W.E.G. Ärztliche Dokumentation der Folgen häuslicher Gewalt, Sichtweisen der Gesundheitsversorgung* zurückgegriffen werden (Blättner/Krüger et al. 2009). In der Studie wird die Akzeptanz des hessischen Dokumentationsbogens bei häuslicher Gewalt untersucht. Dessen Ziel war es, den zivilgerichtlichen Schutz der von Partnergewalt betroffenen Frauen durch niedergelassene und stationär versorgende Ärztinnen und Ärzte zu verbessern. Es zeigte sich zunächst, dass trotz des Engagements aller Beteiligten eine umfassende Implementierung des hessischen Dokumentationsbogens nicht gelungen ist. Handlungsleitfaden und Dokumentationsbögen sind nach Ansicht der Autorinnen zur Verbesserung der gerichtsverwertbaren Dokumentation gut geeignet, entsprechen aber in ihrem Aufbau sowie in den Distributions- und Implemen-

⁶ Siehe z.B. www.springermedizin.de – Diagnose häusliche Gewalt.

⁷ siehe Ausführungen im RKI-Themenheft Nr.42 (Hornberg/Schröttle/Bohne et al. 2008) und weiterführende Links zu dem Thema Gewalt und gesundheitliche Folgen unter http://www.rki.de/DE/Content/GBE/Gesundheitsberichterstattung/Themenhefte/gewalt_inhalt.html - Linkliste.

tierungsstrategien noch nicht hinreichend der Logik der Gesundheitsversorgung (Blättner/Krüger et al. 2009).

Aktuell wird das Modellprojekt *Medizinische Intervention gegen Gewalt an Frauen MIGG* (2008–2011)⁸ durch den Bund gefördert, mit dem auch die Rechtsmedizin einbezogen wird. Die Bundesregierung reagierte mit dem Beschluss des zweiten Aktionsplans zur Bekämpfung von Gewalt gegen Frauen im Jahr 2007⁹ somit auf die dringende Fragestellung, wie die Berufsgruppe der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte in gelingende Intervention eingebunden werden kann. In diesem Projekt werden gemeinsam mit Modellpraxen Strategien für eine optimale und dennoch in der Praxis machbare Betreuung von Gewaltopfern entwickelt. Die Ergebnisse des Modellprojektes und der wissenschaftlichen Begleitung werden demnächst veröffentlicht.

Zu den neueren Kooperationsformen im Gesundheitsbereich auf kommunaler Ebene gehören interdisziplinäre Bündnisse wie Runde Tische gegen häusliche Gewalt, an denen in einigen Bundesländern Professionelle der Gesundheitsversorgung sowie Ärztekammern aktiv beteiligt sind. Auch innerhalb der Rechtsmedizin erhielt die Thematik häusliche Gewalt eine zunehmende Bedeutung, da sie wertvolle Hinweise in Bezug auf sachgerechte und gerichtsverwertbare Dokumentation von häuslicher Gewalt liefert. Es entstanden neue Unterstützungsangebote und interdisziplinäre Kooperationen (vgl. Gig-Net 2008). Ob diese Kooperationsformen und Bündnisse nachhaltig implementiert werden können, hängt wesentlich von personellen und finanziellen Ressourcen ab. Bislang sind in Bundesländern, in denen finanzielle Mittel für Kooperationsbündnisse zur Verfügung gestellt werden, vielfältige Aktivitäten zur Vernetzung zu verzeichnen.

2 Beiträge in der vorliegenden Arbeit

Im Folgenden werden die Studien und Aktivitäten zusammenfassend dargestellt, welche die vorliegende Arbeit begründen.

⁸ <http://www.migg-frauen.de/>

⁹ <http://www.bmfsfj.de/bmfsfj/generator/BMFSFJ/Service/Publikationen/publikationen,did=100962.html>

2.1 Expertise „Versorgungsbedarf und Anforderungen an Professionelle im Gesundheitswesen im Problembereich Gewalt gegen Frauen und Mädchen“ (Hagemann-White/Bohne 2003) – Beitrag 1 der vorliegenden Arbeit¹⁰

Eine umfangreiche Studie zur gesundheitlichen Versorgungssituation von Frauen und Mädchen, die von unterschiedlichen Formen von Gewalt betroffen sind, erfolgte im Rahmen einer Expertise für die Enquêtekommision „Zukunft einer frauengerechten Gesundheitsversorgung in Nordrhein-Westfalen“ (Hagemann-White/Bohne 2003). Ziel dieser Studie war es, Zusammenhänge zwischen Gewalterfahrungen und gesundheitlichen Problemen, Konsequenzen für die Behandelnden des Gesundheitswesens, identifizierbaren Defiziten sowie Bedarfe und Empfehlungen für eine verbesserte gesundheitliche Versorgung gewaltbetroffener Frauen und Mädchen aufzuzeigen. Hauptanliegen war es auch, Umsetzungsstrategien zu erarbeiten, wie Verbesserungen in der gesundheitlichen Regelversorgung praktisch in Gang gesetzt werden können.

Auf der Basis einer umfassenden Sichtung der deutschen und internationalen Literatur wurden die gesundheitlichen Folgen verschiedener Gewaltformen dargestellt und Beispiele guter Praxis sowie Standards für eine adäquate Versorgung identifiziert. Auf Grundlage einer Befragung von 29 Experten/-innen unterschiedlicher Professionen zur Versorgungssituation gewaltbetroffener Frauen und Mädchen konnten Defizite innerhalb des deutschen Gesundheitswesens benannt und Einschätzungen zu Verbesserungsmöglichkeiten erarbeitet werden. Befragt wurden Fachkräfte, die überwiegend selbst an der Versorgung von Mädchen und Frauen beteiligt sind und dort mit den gesundheitlichen Folgen von Gewalt zu tun haben¹¹. Diese Experten/-innen waren besonders gut in der Lage, spezifisch für das deutsche Gesundheitswesen Defizite und Hindernisse zu einer besseren Versorgung zu benennen. Gleichzeitig konnten sie Anregungen und Einschätzungen zu praktikablen und sinnvollen Empfehlungen für Standards nennen. Alle befragten Fachkräfte stimmten dahingehend überein, dass Gewalt gegen Frauen und Mädchen und deren Auswirkungen auf die Gesundheit bisher zu wenig im Gesundheitswesen thematisiert wurde. Sie vermissen eine gezielte Enttabuisierung und Sensibilisierung der Fachkräfte in allen Gesundheitsberufen. Vielen Behandelnden fehlt es an spezifischem Wissen über Ausmaß, Hintergründe und Dynamik von Gewalt im

¹⁰ Die Durchführung der Interviews, ihre Auswertung und die Erstellung von Kapitel 6, 7 und 8 wurden eigenständig von Sabine Bohne bearbeitet (siehe beiliegende Erklärung von Hagemann-White).

¹¹ Die befragten Expertinnen sind in folgenden Bereichen tätig: spezifische Beratungsstellen (z. B. Wildwasser, Zartbitter), Frauennotruf, Frauenhaus, psychotherapeutische Praxen, Traumatherapiestationen, Frauenheilkunde, Rechtsmedizin, Pflegewissenschaften, Schwangerenversorgung und Geburtshilfe, spezifische Einrichtungen für Migrantinnen und für Behinderte, wissenschaftliche Begleitung eines Modellprojektes, Frauentherapiezentrum, Trainerin in Fortbildungsseminaren, Lehrende.

Geschlechterverhältnis, und Vorurteile und Mythen sind weit verbreitet. Die befragten Experten/-innen wiesen auch darauf hin, dass in den spezialisierten Hilfeeinrichtungen (Frauenhaus, Frauen-Notruf, Frauenberatungsstelle etc.) eine kontinuierliche finanzielle Absicherung fehlt, die eine Grundvoraussetzung für die spezifische und präventive Arbeit mit von Gewalt betroffenen Frauen und Mädchen ist.

Die erarbeiteten Verbesserungsmöglichkeiten wurden auf einer Fachtagung der Universität Osnabrück in Kooperation mit der Bundeskoordination Frauengesundheit¹² mit Akteuren/-innen aus Institutionen des Gesundheitswesens, Vertreter/-innen von Berufsverbänden und Expertinnen der Frauenunterstützungsarbeit unter dem Leitgedanken der Umsetzbarkeit diskutiert.¹³

Folgende Handlungsfelder für eine verbesserte Versorgung der von Gewalt Betroffenen wurden als prioritäre Handlungsschritte identifiziert:

- Gewalt als Krankheitsursache abklären: Frage nach Gewalt im Rahmen der Anamnese oder im Behandlungs-Setting;
- Qualifiziertes Informationsmaterial bereitstellen und verbreiten
- Gewaltschutz im Krankenhaus
- Aufbau und Weiterentwicklung von Kooperationen und Netzwerken
- Integration der Thematik in die Aus-, Fort- und Weiterbildung aller Berufsgruppen des Gesundheitswesens
- Stärkung von Patienten/-innenrechten

Des Weiteren wurden im Rahmen der Expertise Standards für eine adäquate gesundheitliche Versorgung formuliert, die sich an der internationalen Fachwelt orientierten und bundesweit Beachtung erhielten. Die Ergebnisse der Expertise und die erarbeiteten Verbesserungs-

¹² Die Bundeskoordination Frauengesundheit (BKF) wurde im September 2001 mit der Zielsetzung gegründet, frauengesundheitliche Aktivitäten zu bündeln, zu vernetzen und zu unterstützen. Anlass war der im Mai 2001 veröffentlichte Gesundheitsbericht des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ), dessen Empfehlungen für eine frauengerechte Gesundheitsversorgung umgesetzt werden sollten. Die BKF war beim renommierten Arbeitskreis Frauengesundheit in Medizin, Psychotherapie und Gesellschaft (AKF) angesiedelt. Das Projekt war auf drei Jahre (bis Februar 2005) befristet und wurde vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend finanziert.

¹³ Ziel dieser Tagung war es, diesen Personenkreis, der sehr genaue Kenntnis der institutionellen Strukturen und ihrer Funktionsweise an ihrem jeweils konkreten Standort hat, untereinander ins Gespräch darüber zu bringen, was sie für machbar und effektiv halten würden. Sie erhielten die Aufgabe, in Arbeitsgruppen unter einer Fülle möglicher Aktivitäten prioritäre Handlungsschritte herauszuarbeiten, die für deutsche Verhältnisse realisierbar (verglichen mit ausländischer Erfahrung) und strategisch gut gewählt sind, um eine möglichst weitreichende Kette von Veränderungen in Gang zu setzen. Diese Konzeption eines Implementationsworkshops gilt als Prototyp für die Erarbeitung von Umsetzungsstrategien.

möglichkeiten der gesundheitlichen Versorgung gewaltbetroffener Frauen und Mädchen wurden in verschiedenen Informationsmaterialien und Handlungsempfehlungen aufgenommen.

2.2 Analyse der Implementationsworkshops der Bundeskoordination

Frauengesundheit BKF (Bohne 2003/2004) – Beitrag 2 der vorliegenden Arbeit

Die Bundeskoordinationsfrauengesundheit (BKF) hatte im Jahr 2003 das Thema gesundheitliche Folgen von Gewalt zum Schwerpunkt. Damit verband die BKF das Ziel, Kooperationen, Strukturen und Netzwerke zur Verbesserung der Versorgung gewaltbetroffener Frauen und Mädchen nachhaltig zu fördern. Aufbauend auf die erfolgversprechende Konzeption und Durchführung der Fachtagung im Rahmen der oben genannten Studie der Universität Osnabrück in Kooperation mit der BKF wurden zwei weitere bundesweite strategische Implementationsworkshops mit Professionellen und Akteuren/-innen des Gesundheitswesens sowie Experten/-innen durchgeführt.

Die bundesweiten Folgeveranstaltungen hatten zum einen den Fokus auf die Rolle der Pflegeprofessionen und Hebammen und zum anderen auf die Optimierung der ambulanten Versorgung gewaltbetroffener Frauen und Mädchen (Bohne 2003/2004)¹⁴. Für die Vorbereitung der Implementationsworkshops konnte auf die Erfahrungen und Methodik der ergebnisorientierten multidisziplinären Fachtagung zurückgegriffen werden, die sich als erfolgversprechend für die Erschließung von Umsetzungsstrategien erwies. Im Vorfeld wurden zur inhaltlichen Vorbereitung eigens Experten/-innen-Hearings durchgeführt und ausgewertet;¹⁵ des Weiteren erfolgte eine Recherche nach geeigneten Akteuren/-innen in den verschiedenen Professionen, die in ihrer Funktion an strategischen Umsetzungsmaßnahmen einbezogen werden konnten. Bei den zweitägigen Implementationsworkshops¹⁶ war nicht die Vertiefung der Problematik Gewalt gegen Frauen und Mädchen und die gesundheitliche Versorgung Zielsetzung. Vielmehr wurde je nach Fokus eine Vielzahl von fachkompetenten Vertreter/-innen aus der Medizin, Pflegeprofessionen, Hebammenverbänden sowie von potentiellen Implementeuren des Gesundheitswesens (wie z. B. Vertreter/-innen von Ärztekammern und

¹⁴ Die Dokumentationen können bei dem Arbeitskreis Frauengesundheit in Medizin, Psychotherapie und Gesellschaft (AKF) in Berlin angefordert werden.

¹⁵ Die Analyse der Experten/-innen-Hearings, inhaltliche Konzeptionen der Workshops und aktive Ansprache von potentiellen Akteuren/-innen wurde von Sabine Bohne in Kooperation mit der BKF durchgeführt und dokumentiert (Bohne 2003, unveröffentlichte Manuskripte).

¹⁶ Die Implementationsworkshops gliederten sich in Einführungs- und Impulsreferate zu Beginn, vertieften Diskussionen im Plenum, Arbeitsforen und einem Planspiel zum Aufbau einer interdisziplinären Arbeitsgruppe.

kassenärztlichen Vereinigungen, Vertreter/-innen der verschiedenen Fach- und Berufsverbände, von Krankenkassen, Fortbildungsinstituten, Lehrenden der Universitäten und Fachhochschulen, Politiker/-innen Klinikleitungen etc.) eingeladen. Experten/-innen der Frauenunterstützungsarbeit wurden gebeten, ihre Expertise in die Workshops einzubringen. Die von ihren Institutionen/Verbänden delegierten Teilnehmer/-innen sollten anhand ihrer genauen Kenntnis der jeweiligen institutionellen Strukturen und deren Funktionsweise sowie ihres bereichsspezifischen Fachwissens miteinander überlegen, was sie für notwendig, machbar und effektiv hielten. Dies wurde in themenspezifischen Foren zu folgenden Themen erarbeitet:

- Individuelle Kompetenzentwicklung im Pflegeberuf – strategische Wege zur Verankerung der Thematik in Aus-, Fort- und Weiterbildung
- Organisationsentwicklung in der Klinik – Implementierung institutioneller Handlungsmodelle
- Interdisziplinäre Kooperation – Möglichkeiten und Grenzen von Hebammen in Schwangerenversorgung, Geburtshilfe und Wochenbett
- Qualitätsanforderungen an die psychotherapeutische Versorgung
- Implementierung von berufsspezifischen/interdisziplinären Fort- und Weiterbildungsmodulen für die ambulante Versorgung
- Schnittstellenmanagement – interdisziplinärer „pathway“.

Des Weiteren wurde ein Planspiel als Simulation eines ersten Treffens zum Aufbau eines regionalen interdisziplinären Arbeitskreises durchgeführt und ausgewertet, das das Ziel hatte, Konflikte und Lösungsansätze direkt erlebbar zu machen.¹⁷

Die Teilnehmer/-innen bewerteten die Workshops insgesamt positiv. Der Gewinn bestand hauptsächlich darin, die professionelle Vielfalt der Akteure/-innen erlebt, neue Kontakte geschlossen und neue Erkenntnisse gewonnen zu haben. Die Planspiele wurden als sehr wertvoll erachtet, da sie den Aufbau von Kooperationsbündnissen und dessen Schwierigkeiten erlebbar machten. Am Ende jedes Workshops standen konkrete erste umsetzbare Maßnahmen und weitere Handlungsempfehlungen.¹⁸

Die Workshops waren eine neuartige Form, um verschiedene Akteure/-innen des Gesundheitssystems und der Anti-Gewaltarbeit miteinander in Kontakt und in einen gesell-

¹⁷ Die Rollenbeschreibungen für das Planspiel wurden von Sabine Bohne erarbeitet. Zur ausführlichen Analyse der Arbeitsforen und des Planspiels siehe Bohne 2003, 2004.

¹⁸ Für eine Darstellung der konkreten Vorhaben siehe Bohne 2003, 2004.

schaftlichen Veränderungsprozess zu bringen. Sie lebten vom intensiven interdisziplinären Austausch und dem gemeinsamen Ziel, aktiv für eine Optimierung der gesundheitlichen Versorgung von gewaltbetroffenen Frauen einzutreten.

Exkurs: Follow-up-Befragung

Um zu erfahren, wie und ob die Anregungen und erste Maßnahmen in dem jeweiligen Arbeitsalltag umgesetzt werden konnten, wie die Ziele angegangen wurden, wo die Hindernisse und Hürden lagen und welche Schritte als nächstes notwendig waren, erfolgte eine Fragebogenerhebung der BKF durch Claudia Igney, die auch vertiefende Experten/-innen-Interviews mit ausgewählten Teilnehmern/-innen durchführte.¹⁹

Wesentliche Ergebnisse dieser Follow-up-Befragung waren:

- Die Gründung formeller oder informeller Netzwerke wurde angeregt.
- Es wurden in verschiedenen Fachzeitschriften Artikel zu der Thematik veröffentlicht.
- Nach Aussagen der Teilnehmer/-innen wurde durch die Workshops die Motivation gesteigert, sich mit der Problematik auseinanderzusetzen. Die Erkenntnisse und Ergebnisse wurden in die eigenen Institutionen, Netzwerke oder Gremien transportiert.
- Auf dem zweiten Workshop wurde der Stellenwert der Rechtsmedizin verdeutlicht.
- Es wurden Informationsmaterialien erstellt und verbreitet.
- Die Rolle der Pflegeprofessionen und Hebammen wurde gestärkt und transparent gemacht.
- In einigen Regionen wurde der Kooperationsaufbau mit Professionellen des Gesundheitswesens verstärkt vorangetrieben.
- Es erfolgten Aktivitäten zur Integration der Thematik in bestehende Curricula und in Strukturen der Fort- und Weiterbildung
- Generell wurden Öffentlichkeits- und Sensibilisierungsmaßnahmen verstärkt und Vernetzung vorangetrieben.

Aufgrund der Fragebogenerhebung und der Interviews wurden jedoch auch vielfältige Barrieren und Einschränkungen sichtbar:

¹⁹ Die Auswertung der Befragung ist Teil der Masterarbeit von Claudia Igney (2005): „Optimierung der gesundheitlichen Versorgung gewaltbetroffener Frauen“. Eine Kurz- und Langfassung der Studie ist abrufbar unter www.bkfrauengesundheit.de

- Die Teilnehmer/-innen wurden als Delegierte ihrer Institutionen/Verbände eingeladen, aber sie hatten zumeist keinen klaren weitergehenden Arbeitsauftrag oder keine Entscheidungsbefugnis. Das persönliche Interesse und Engagement überwog.
- Es mangelt an ausreichenden Ressourcen und Legimitation durch übergeordnete Instanzen, um sich effektiv und langfristig an der Implementation von Maßnahmen zu beteiligen.
- Der Wissenstransfer in die Praxis ist noch nicht ausreichend gewährleistet.
- Es bedarf eines Anreizes zur strukturellen Verankerung von Maßnahmen zur Verbesserung der Regelversorgung.
- Bislang gibt es keinen klaren politischen Willen bzw. Auftrag an Akteuren/-innen des Gesundheitssystems.
- Eine strukturelle Verankerung des interdisziplinären Austausches und der vorgeschlagenen Maßnahmen hat noch nicht stattgefunden.
- Dies hat zur Folge, dass übergeordnete Handlungsempfehlungen, wie z. B. die Verankerung der Thematik in das Präventionsgesetz, oftmals nicht konsequent weiter verfolgt werden konnten.

Die Implementationsworkshops der BKF waren ein erster erfolgreicher Schritt auf Bundesebene, haben aber überwiegend noch nicht zur gemeinsamen Zieldefinition und Selbstverpflichtung der Akteure/-innen führen können. Die Workshops lebten vom Fachwissen der Experten/-innen und förderten ihre individuellen Kompetenzen als Multiplikatoren/-innen. Es zeigte sich, dass die Teilnehmer/-innen zwar als Delegierte ihrer Institutionen und Verbände an den Workshops teilnahmen, überwiegend aber noch ohne klaren Handlungsauftrag und ohne Entscheidungsbefugnisse verfügten. Demzufolge waren die in den Abschlussrunden der Workshops genannten Schritte „Back at home“ z. B. vor allem Aktivitäten, die sie selbst individuell verwirklichen können (Vorträge, Fortbildungsangebote, Transport der Ergebnisse in die eigene Institution etc.) und noch keine verbindliche Selbstverpflichtung der Institutionen und Verbände.

Igney (2005) formuliert in ihrer Studie eine Reihe von Handlungserfordernissen für den gesundheitspolitischen Bereich. Dazu gehören wirksame Anreizsysteme für die Implementeure und Zielgruppen zu schaffen sowie die Verbesserung des Umganges mit Gewalt(folgen) als verbindlichen Strukturauftrag in allen Einrichtungen/Institutionen der Versorgung, Prävention, Rehabilitation aufzunehmen. Hierzu bedarf es eines klaren politischen Willens,

der Etablierung neuer Kooperationsformen zwischen Interventionsprojekten und Akteuren/-innen des Gesundheitssystem sowie verstärkter personeller und finanzieller Investitionen. Eine stärkere Verzahnung der gesundheitspolitischen, frauenpolitischen und Anti-Gewalt-Diskurse ist nötig, um nachhaltige Maßnahmen zur Optimierung des Umgangs mit Gewaltfolgen zu verankern und um die Chancen im sich verändernden Gesundheitssystem durch effektive Lobbyarbeit intensiver zu nutzen (Igney 2005).

2.3 RKI Themenheft Nr. 42: „Gesundheitliche Folgen von Gewalt unter besonderer Berücksichtigung häuslicher Gewalt gegen Frauen“ (Hornberg/Schröttle/Bohne et al. 2008) – Beitrag 3 der vorliegenden Arbeit²⁰

Da die hohe Betroffenheit von Frauen und Kindern, aber auch von Männern durch Gewalt im privaten und öffentlichen Raum mit erheblichen gesundheitlichen Folgen verbunden ist, die in der ärztlichen Diagnostik und gesundheitlichen Prävention zunehmend Beachtung finden sollte, hat sich das Robert-Koch-Institut (RKI) der Thematik im Rahmen der Gesundheitsberichtserstattung des Bundes (GBE) angenommen und das Themenheft 42 *Gesundheitliche Folgen von Gewalt unter besonderer Berücksichtigung häuslicher Gewalt gegen Frauen* in Auftrag gegeben (Hornberg, Schröttle, Bohne et al. 2008). Die Gesundheitsberichtserstattung des Bundes hat das Ziel, zu spezifischen Themen eine fachliche und datengestützte Grundlage für politische Entscheidungen bereitzustellen und allen Interessierten eine fundierte Informationsgrundlage zu relevanten gesundheitlichen Themen zu bieten, die von ausgewiesenen Experten/-innen erarbeitet werden. Die Zielgruppen der GBE-Themenhefte sind Gesundheitspolitiker/-innen, Expert/-innen in wissenschaftlichen Forschungseinrichtungen und die Fachöffentlichkeit. Darüber hinaus gehören auch Bürger/-innen, Patienten/-innen sowie Verbraucher/-innen und ihre jeweiligen Verbände zu dem Leser/-innen- und Nutzer/-innenkreis.

In dem Themenheft werden nationale und internationale Forschungsergebnisse zu dem Ausmaß der Gewaltbetroffenheit von Frauen, Männern und Kindern präsentiert und gesundheitliche Folgen aufgezeigt. Des Weiteren werden vulnerable Personengruppen und risikoreiche Lebenssituationen thematisiert und die Gewalt im Kontext von Migration und Flucht sowie Gewalt gegen Menschen mit Behinderungen behandelt. Die gesundheitsökonomischen und gesellschaftlichen Folgekosten sind in einem Überblick zusammengefasst. In einem

²⁰ Die Kapitel 4, 5 und 6 wurden eigenständig von Sabine Bohne erarbeitet, darüber hinaus flossen Beiträge in weitere Kapitel mit ein (siehe beiliegende Erklärung von Hornberg und Schröttle).

weiteren Themenblock wird der Versorgungsbedarf gewaltbetroffener Frauen und die Anforderungen an Berufsgruppen des Gesundheitswesens analysiert und differenziert und Präventions- und Interventionsmaßnahmen des Gesundheitswesens aufgezeigt. Abschließend werden ausgewählte Best-Practice-Ansätze für den Umgang mit Gewaltbetroffenen vorgestellt und in einem Fazit Forschungs- und Handlungsfelder für die Optimierung der gesundheitlichen Versorgung von Gewaltopfern thematisiert.

Die Ergebnisse der Studie wurden erstmals auf dem internationalen Symposium *Gewalt macht krank – Herausforderungen an das europäische Gesundheitssystem* im Oktober 2008 in Bonn vorgestellt. Auf Einladung der Weltgesundheitsorganisation, der Bundesärztekammer und des Bundesministeriums für Gesundheit diskutierten Experten/-innen verschiedener europäischer Nationen aus dem Gesundheitssektor, der Selbsthilfe und der Politik Strategien und Lösungsansätze, um dem Gesundheitsrisiko Gewalt im Interesse jedes einzelnen gefährdeten und betroffenen Menschen gemeinsam zu begegnen. Ziel war es, die gesundheitliche Versorgung zu verbessern und Beispiele guter Praxis im Versorgungssystem zu verbreiten.

2.4 “Domestic Violence and Health Care” (Bohne 2010) In: Equity in Access to Health Promotion, Treatment and Care for all European Women (Eds.: Lasch/Sonntag/Maschewsky-Schneider. Kassel university press. Kassel) – Beitrag 4 der vorliegenden Arbeit

Die Artikel dieses Buches wurden von Mitgliedern aus sieben Ländern des “European Health Network (EWHNET)” verfasst. Die Autorinnen gehen den Fragen nach, ob Frauen im Zugang zu dem Gesundheitssystem und zur Gesundheitsförderung benachteiligt sind, wie Ungleichheiten verringert werden und geschlechtssensible Gesundheitsdienste implementiert werden können. Im Vergleich zu Männern haben Frauen unterschiedliche Gesundheitsbedarfe, z. B. in der reproduktiven Gesundheit und bei häuslicher Gewalt. Zudem unterscheidet sich das Gesundheitsverhalten zwischen den Geschlechtern. Fokus des Buches ist die Situation von Frauen in verschiedenen europäischen Ländern.

In dem englischsprachigen Kapitel “Domestic Violence and Health Care” (Bohne 2010) liegt der Fokus zunächst auf der Darstellung von internationalen Menschenrechtsinstrumenten. Hierbei wird die Verletzung von Menschenrechten durch häusliche Gewalt aufgezeigt. Professionelle, die adäquat mit Opfern von Partnergewalt umgehen, sollten ein wachsendes Bewusstsein für die Dimension der Menschenrechte entwickeln. In dem zweiten Abschnitt

des Kapitels werden verschiedene nationale und internationale Prävalenzstudien vorgestellt, die das hohe Ausmaß von Gewalt gegen Frauen in intimen Partnerschaften dokumentieren und die verschiedenen Formen von physischer, psychischer und sexueller Gewalt aufzeigen. Da Gewalt in intimen Partnerschaften ein ernstzunehmendes Gesundheitsrisiko für Frauen darstellt, werden die möglichen kurz- mittel- und langfristigen gesundheitlichen Folgen aufgezeigt, welche in verschiedenen Studien erfasst wurden. Das Gesundheitssystem hat eine Schlüsselposition in der multi-sektoralen Intervention und Prävention von Gewalt gegen Frauen in intimen Partnerschaften inne, da alle Frauen Einrichtungen des Gesundheitswesens aufsuchen auch wenn Symptome und Gesundheitsfolgen nicht sichtbar oder offensichtlich die Auswirkung von Gewalterfahrungen sind. In den letzten Jahren wurden vermehrt Anstrengungen unternommen, den Gesundheitssektor in Konzepte der multi-professionellen Intervention einzubeziehen. Verschiedene Studien zeigen sowohl Barrieren auf, die Professionelle des Gesundheitswesens überwinden müssen, um betroffene Frauen zu identifizieren, als auch psychologische Barrieren von betroffenen Frauen, eigene Missbrauchserfahrungen zuzugeben. Diese werden im Abschnitt 3 thematisiert. In Abschnitt 4 werden einige Empfehlungen für das Gesundheitswesen zusammengefasst, welche Professionelle helfen können, von Gewalt betroffenen Frauen adäquate Hilfe anzubieten. Des Weiteren werden prinzipielle Haltungen in der Intervention bei häuslicher Gewalt thematisiert. Im Rahmen des Kapitels können keine Strategien zur Umsetzung der Empfehlungen aufgezeigt werden. Es existieren aber gut dokumentierte Ansätze und Leitlinien zur Optimierung der gesundheitlichen Versorgung betroffener Frauen, welche zum großen Teil aber noch evaluiert werden müssen.

2.5 „Multi-professionelles Fortbildungskonzept unter Einbeziehung des Gesundheitssektors zur Bekämpfung häuslicher und sexualisierter Gewalt“ – Beitrag 5 der vorliegenden Arbeit

Die im Rahmen des EU-Projektes *Co-ordination Action on Human Rights Violations (CAHRV)*²¹ zu dem Thema häusliche und sexualisierte Gewalt gegründete *Expert group on health impact and training concepts for health professionals*²² hatte das Ziel, Kriterien für gute Trainingsprogramme für den Gesundheitssektor zu entwickeln und stellte einen Bedarf

²¹ Die *Coordination Action on Human Rights Violations CAHRV* wurde im Rahmen des 6. Rahmenprogramms der Europäischen Kommission mit einer Laufzeit von drei Jahren (2004–2007) gefördert und an der Universität Osnabrück von Carol Hagemann-White und Sabine Bohne koordiniert. CAHRV ist ein EU-Forschungsnetzwerk, in dem über hundert Forscherinnen und Forscher nationale und internationale Forschungsergebnisse zu interpersonaler Gewalt, Intervention und Prävention vernetzen, siehe auch www.cahrvi.uni-osnabrueck.de.

²² Die Expertinnengruppe wurde von Sabine Bohne koordiniert.

an Fortbildungskonzepten für das Gesundheitswesen in europäischen Ländern fest. Ein vielversprechender multi-professioneller Ansatz in Fortbildungen aus Finnland wurde von der Expertinnengruppe aufgenommen. Dort werden die für die Intervention und Prävention von häuslicher und sexualisierter Gewalt relevanten Berufsgruppen schon seit 2002 gemeinsam fortgebildet, einschließlich der Gesundheitsfachkräfte. Es wurde angenommen, dass ein multi-professioneller Ansatz in Fortbildungskonzepten den Fachkräften verschiedener Berufsgruppen helfen könne, ein gemeinsames Verständnis von interpersonaler und häuslicher Gewalt zu entwickeln. Die spezifischen Aufgaben und Beiträge verschiedener Akteure/-innen können transparent gemacht werden und es kann eine Verzahnung der Aktivitäten für eine gelingende Intervention bei häuslicher Gewalt erfolgen. Eine koordinierte Zusammenarbeit in Theorie und Praxis wird somit unterstützt und beschleunigt. Um diesen Ansatz weiter zu entwickeln und für andere europäische Länder zugänglich zu machen, beantragte die Expertinnengruppe erfolgreich das Projekt *PRO TRAIN: Improving multi-professional and health care training in Europe - building on good practice in violence prevention* (2007-2009)²³.

In dem letzten Beitrag der vorliegenden Arbeit *Multi-professionelles Fortbildungskonzept unter Einbeziehung des Gesundheitssektors zur Bekämpfung häuslicher und sexualisierter Gewalt* werden die für Deutschland relevanten theoretischen Hintergründe thematisiert, Ziele des europäischen Projektes *PRO TRAIN* aufgezeigt und Vorteile eines multi-sektoralen Ansatzes in Fortbildungskonzepten herausgearbeitet. Der Hauptfokus des Artikels liegt auf der Umsetzung des multi-professionellen Trainingkonzeptes in Deutschland. Hierbei fließen nicht nur wissenschaftliche Erkenntnisse, die in Fortbildungen zu häuslicher und sexualisierter Gewalt zu vermitteln sind, sondern vor allem auch didaktische Hinweise mit ein, wie relevante Theorien und Expertisen in die Praxis transferiert werden können. Ziel der Fortbildungen neben der Vermittlung von Wissen ist es, eine Überprüfung von eigenen Einstellungen bzw. Haltungen gegenüber gewaltbetroffenen Frauen zu ermöglichen und wesentliche Instrumente zur Optimierung des professionellen Umgangs mit von gewaltbetroffenen Frauen wie z. B. Gesprächsführung und ärztliche Dokumentation praxisnah einzuüben. Darüber hinaus sollen inter-institutionelle Kooperationen verstärkt werden.

²³ Das Projekt wurde in einer Laufzeit von zwei Jahren von der Europäischen Kommission finanziert und war Teil des Daphne-II-Programms. An diesem Projekt waren neun Partnerinstitutionen in sieben europäischen Ländern beteiligt, siehe: www.pro-train.uni-osnabrueck.de.- Partnerinstitutionen. Die Koordination und Projektleitung erfolgte durch die Universität Osnabrück (Sabine Bohne, Christine Freitag).

Der Artikel wird mit der Darstellung wichtiger Ergebnisse der Evaluation aller im Rahmen des europäischen Projektes durchgeführten Fortbildungen in den beteiligten Ländern und der Zusammenfassung des gesamten Trainingprogramms abgeschlossen. In einem Ausblick wird der weitere Handlungsbedarf aufgezeigt.

3 Resumee

Bislang gibt es in Deutschland kaum wissenschaftliche Erkenntnisse zu der Frage, inwiefern die durchgeführten Aktivitäten, Aufbau von Kooperationsbündnissen und Verbreitung von Studienergebnissen sowie Handlungsempfehlungen und Leitlinien tatsächlich zu einer Optimierung der gesundheitlichen Versorgung von gewaltbetroffenen Frauen beigetragen haben. Erkenntnisse der wissenschaftlichen Begleitung von Modellprojekten wie z. B. des *S.I.G.N.A.L.-Interventionsprojektes*, des *A.U.S.W.E.G.-Projektes* sowie Ergebnisse des derzeit durchgeführten *MIGG-Projektes* liefern wertvolle Hinweise für weitere Bemühungen, die Thematik häusliche Gewalt in den Gesundheitssektor zu implementieren.

Darüber hinaus sind im Wesentlichen auch Initiativen ohne staatliche Förderung im Rahmen eines Modellprojektes von wesentlicher Bedeutung für Präventions- und Interventionsmaßnahmen in Kooperation mit dem Gesundheitsbereich. Ein einstimmiger Beschluss der 16. Konferenz der Gleichstellungs- und Frauenminister/-innen und Senatoren/-innen der Länder 2006 war dementsprechend die Empfehlung und Aufforderung, eine Studie in Auftrag zu geben, die die unterschiedlichen Maßnahmen, Methoden und Aktivitäten in diesem Bereich vergleicht. In die Evaluation sollten sowohl Maßnahmen und Methoden zur Sensibilisierung und Fortbildung Professioneller des Gesundheitswesens im Hinblick auf Qualität und Akzeptanz bei den Zielgruppen sowie Erfahrungen und Strategien einer interdisziplinären und institutionsübergreifenden regionalen Kooperation zur Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung in diesem Problembereich einbezogen werden (vgl. Hornberg/Müller et al. 2008). Diese Forschungsfragen sind bislang nur punktuell und vor allem nur in Projekten mit Modellcharakter aufgegriffen worden.

Best-Practice-Ansätze in der Erprobung neuer Präventions- und Interventionsmodelle in einzelnen Bundesländern sind verstärkt aufzugreifen, um bestehende Barrieren und Defizite in der systematischen Implementierung gesundheitsbezogener Hilfen zu überwinden. Ein Transfer von Forschungsergebnissen in die Praxis ist unverzichtbar, um die in Bezug auf die Gewaltproblematik auf verschiedenen Ebenen des Gesundheitssystems bestehende Unter- und

Fehlversorgung zu verringern. Der Aufbau von Kooperationsbündnissen mit anderen relevanten Institutionen in der Intervention und Prävention sind auch weiterhin eine zu fördernde Aufgabe. Die in Deutschland vorhandenen Forschungs- und Datenlücken sind zu schließen und Instrumente einer kontinuierlichen Wirksamkeitsanalyse von Interventions- und Präventionsmaßnahmen in der Praxis zu entwickeln. Es gilt festzustellen, ob die Maßnahmen tatsächlich zielgerichtet und erfolgreich implementiert werden können und wo gegebenenfalls Weiterentwicklungen und Modifizierungen sinnvoll sind.²⁴

Auf internationaler Ebene unterstützt die WHO diese Aufgaben durch intensive Aktivitäten im Bereich Gewalt, gesundheitliche Folgen und Prävention.²⁵

²⁴ Für eine detaillierte Aufstellung des Forschungs- und Handlungsbedarf in Deutschland siehe RKI-Themenheft (Hornberg/Schröttle et al. 2008).

²⁵ siehe http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/en

Literatur:

- AKF – Arbeitskreis Frauengesundheit (Hrsg.) (1997): Wege aus Ohnmacht und Gewalt. Frauengesundheit zwischen Menschenrechten und Grenzverletzung. Dokumentation der 3. Jahrestagung des AKF. Bünde.
- Beckermann, M. (1998): Die gynäkologische Untersuchung und Begleitung von sexuell traumatisierten Frauen. Sexuelle Gewalt. Ursache für spezifische körperliche Beschwerden von Frauen und Mädchen. Fortbildung für Gynäkologinnen/Gynäkologen. Bremische Zentralstelle für die Verwirklichung der Gleichberechtigung der Frau (Hrsg.). Bremen.
- Blättner, B.; Krüger, K.; Grewe, A. (2009): A.U.S.W.E.G. Ärztliche Dokumentation der Folgen häuslicher Gewalt, Sichtweisen der Gesundheitsversorgung - eine Evaluationsstudie in Hessen. Forschungsberichte des gFFZ. Frankfurt a. M.
- Bohne, S. (2003): Gewalt gegen Frauen und Mädchen - Rolle der Pflegeprofessionen und Hebammen. Dokumentation des Implementationsworkshops der BKF im Juni 2003. Bremen.
- Bohne, S. (2004): Optimierung der ambulanten Versorgung gewaltbetroffener Frauen. Dokumentation des Implementationsworkshops der BKF im November 2003. Bremen.
- Bohne, S. (2010): Domestic Violence and Health Care. In: Lasch, V.; Sonntag, U.; Maschewsky-Schneider, U. (Hrsg.): Equity in Access to Health Promotion, Treatment and Care for all European Women. Kassel.
- Campbell, J. C. (Hrsg.) (1998): Empowering survivors of abuse. Health care for bettered women and their children. Thousand oaks.
- FVPPF – Family Violence Prevention Fund (1998): How to create your own domestic violence program in a health care setting. Improving the health care response to domestic violence. A resource manual for health care providers. San Francisco.
- Department of Health (Hrsg.) (2000): Domestic Violence: A Resource Manual for Health Care Professionals. London.
- Gig-net (Hrsg.) (2008): Gewalt im Geschlechterverhältnis. Erkenntnisse und Konsequenzen für Politik, Wissenschaft und soziale Praxis. Opladen.
- Hagemann-White, C.; Bohne, S. (2003): Versorgungsbedarf und Anforderungen an Professionelle im Gesundheitswesen im Problembereich Gewalt gegen Frauen und Mädchen. Expertise für die Enquetekommission "Zukunft einer frauengerechten Gesundheitsversorgung in Nordrhein-Westfalen". Osnabrück. Online: http://www.landtag.nrw.de/portal/WWW/GB_I/I.1/EK/EKALT/13_EK2/aktuelles.jsp - Gutachten (zuletzt abgerufen am 10.06.2011).
- Hagemann-White, C.; Kavemann, B.; Kootz, J.; Weinmann, U.; Wildt, C.; Burgard, R.; Scheu, U. (1981): Hilfen für mißhandelte Frauen. Abschlußbericht der wissenschaftlichen Begleitung des Modellprojekts Frauenhaus Berlin. Schriftenreihe des BMfJFG, Bd. 124. Stuttgart.
- Heise, L.; Pitanguy, J.; Germain, A.; World Bank (Hrsg.) (1994): Violence against Women. The Hidden Health Burden. World Bank Discussion Paper 225. Washington DC.
- Helfferrich, C.; Hendel-Kramer, A.; Klindworth H. (1997): Anlaufstelle für vergewaltigte Frauen. Abschlußbericht der wissenschaftlichen Begleitforschung. BMFSFJ (Hrsg.), Bd. 146. Stuttgart.
- Hellbernd, H.; Brzank, P.; Wieners, K.; Maschewsky-Schneider, U. (2004): Häusliche Gewalt gegen Frauen: gesundheitliche Versorgung. Das SIGNAL-Interventionsprogramm, BMFSFJ (Hrsg.). Berlin.
- Hornberg, C.; Schröttle, M.; Bohne, S.; Khelaifat, N.; Pauli, A. (2008): Gesundheitliche Folgen von Gewalt unter besonderer Berücksichtigung häuslicher Gewalt gegen Frauen. Robert Koch Institut (Hrsg.). Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft

42. Berlin. Online abrufbar unter:
http://www.rki.de/DE/Content/GBE/Gesundheitsberichterstattung/Themenhefte/gewalt_inhalt.html (zuletzt abgerufen am 10.06.2011)
- Igney, C. (2005): Optimierung der gesundheitlichen Versorgung gewaltbetroffener Frauen. Magisterarbeit. FernUniversität Hagen.
Online abrufbar unter: <http://www.bkfrauengesundheit.de> (zuletzt abgerufen am 10.06.2011)
- Krug, E.; Dahlenberg, I.; Mercy, J.; Zwi, A.; Lozano, R. (2002): World report on violence and health. WHO (Hrsg.). Genf.
- Lasch, V.; Sonntag, U.; Maschewsky-Schneider, U. (Hrsg.) (2010). Equity in Access to Health Promotion, Treatment and Care for all European Women. Kassel.
- Mark, H. (1999): Häusliche Gewalt. Umgang in ärztlichen Praxen mit Patientinnen, die Opfer von häuslicher Gewalt wurden. Befragung niedergelassener Ärztinnen und Ärzte in den Berliner Bezirken Hohenschönhausen und Lichtenberg. Public Health. Berlin.
- Müller, U.; Schröttle, M. (2004): Lebenssituation, Sicherheit und Gesundheit von Frauen in Deutschland. Eine repräsentative Untersuchung zu Gewalt gegen Frauen in Deutschland. BMFSFJ. Berlin.
- Olbricht, I. (1996): Folgen sexueller Traumatisierung für die seelische Entwicklung und das Körpergefühl von Frauen. In: AKF – Arbeitskreis Frauengesundheit (Hrsg.) (1997): Wege aus Ohnmacht und Gewalt. Frauengesundheit zwischen Menschenrechten und Grenzverletzung. Dokumentation der 3. Jahrestagung des AKF. Bünde.
- Steffens, M.; Stolte, A. (2007): Neue Wege zur Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung gewaltbetroffener Frauen. Infobroschüre GESINE-Netzwerk Gesundheit. EN. Witten.
- Verbundprojekt (Hrsg.) (2001): Bericht zur gesundheitlichen Lage von Frauen in Deutschland. Schriftenreihe des BMFSFJ. Stuttgart.
- Warshaw, C. (1997): Intimate partner abuse: developing a framework for change in medical education. In: Acad Med 72, 1, p. 26-37.
- WiBIG (2004): Neue Unterstützungspraxis bei häuslicher Gewalt - Wissenschaftliche Begleitung Interventionsprojekte gegen häusliche Gewalt. Abschlussbericht Band 1, BMFSFJ. Online abrufbar unter: <http://www.wibig.uni-osnabrueck.de> (zuletzt abgerufen am 10.06.2011)

Weitere Internetquellen (zuletzt abgerufen am 10.06.2011):

- Arbeitskreis Häusliche Gewalt der Ärztekammer Hamburg
http://www.aerztekammer-hamburg.de/diekammer/ausschuesse/haeusl_gewalt_arbeitskreis.htm
- Bundesministerium für Familie, Frauen, Senioren und Jugend (Hg.) 1999: Aktionsplan der Bundesregierung zur Bekämpfung von Gewalt gegen Frauen.
<http://www.bmfsfj.de/RedaktionBMFSFJ/Abteilung4/Pdf-Anlagen/gewalt-aktionsplan-gewalt-frauen-ohne-vorwort.property=pdf,bereich=bmfsfj,sprache=de,rwb=true.pdf>
- Bundesministerium für Familie, Frauen, Senioren und Jugend (Hg.) 2007: Aktionsplan II der Bundesregierung zur Bekämpfung von Gewalt gegen Frauen.
<http://www.bmfsfj.de/bmfsfj/generator/BMFSFJ/Service/Publikationen/publikationen,did=100962.html>
- Coordination Action on Human Rights Violations (CAHRV)
<http://www.cahrv.uni-osnabrueck.de>

DAIP - Domestic Abuse Intervention Project, Duluth, Minnesota.

<http://www.theduluthmodel.org/>

PRO TRAIN: Improving multi-professional and health care training in Europe - building on good practice in violence prevention (2007-2009)

<http://www.pro-train.uni-osnabrueck.de>

S.I.G.N.A.L.- Interventionsprojekt

<http://www.signal-intervention.de/index.php?link=butt52>

Medizinische Intervention gegen Gewalt gegen Frauen. Unterstützung von niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten für das Erkennen, die Dokumentation und den sachgerechten Umgang mit Gewaltbetroffenen Patientinnen.

<http://www.migg-frauen.de>

WHO Violence and Injury Prevention and Disability (VIP)

http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/en/

Beitrag 1:

Hagemann-White, C.; Bohne, S. (2003): **Versorgungsbedarf und Anforderungen an Professionelle im Gesundheitswesen im Problembereich Gewalt gegen Frauen und Mädchen.** Expertise für die Enquetekommission "Zukunft einer frauengerechten Gesundheitsversorgung in Nordrhein-Westfalen". Düsseldorf. Online:

Download unter:

http://www.landtag.nrw.de/portal/WWW/GB_I/I.1/EK/EKALT/13_EK2/Gutachten_der_Enquetekommission.jsp

Eigenständige Erarbeitung der Kapitel 6, 7 und 8 (siehe beiliegende Erklärung)

Ihr Zeichen, Ihre Nachricht vom

Mein Zeichen
chwDurchwahl (05 41) 9 69-4557(4549) Osnabrück 25.01.2011
Fax: 969-4561
e-mail: chageman@uos.de

Bescheinigung zur Urhebererschaft

Sabine Bohne hat von Juli bis November 2002 mit mir die Expertise für den Landtag Nordrhein-Westfalen über die gesundheitlichen Folgen von Gewalt und die notwendigen Verbesserungen der gesundheitlichen Versorgung bearbeitet. Sie hat selbständig eine umfassende internationale Literaturrecherche durchgeführt, um den Forschungsstand zu erfassen und Praxisansätze, Leitlinien und Standards zu sichten und zu bewerten. Um Strategien für die Bundesrepublik zu erforschen, führte Frau Bohne 29 Expertinneninterviews durch, nach deren Auswertung sie ferner einen Implementationsworkshop mit Akteuren des Gesundheitswesens und Expertinnen durchgeführt hat.

Auf dieser Grundlage hat Frau Bohne in der vorgelegten Expertise „Versorgungsbedarf und Anforderungen an Professionelle im Gesundheitswesen im Problembereich Gewalt gegen Frauen und Mädchen“ die Kapitel 6, 7 und 8 selbständig verfasst. Aufgrund der Vertragsgestaltung des Auftrags war eine Angabe der gesonderten Autorinschaft nicht möglich, sie war aber Alleinautorin dieser Kapitel.



Prof. Dr. Carol Hagemann-White



BKF

Bundeskoordination
Frauengesundheit
In Trägerschaft des AKF®

Implementationsworkshop zu dem Thema:

**Gewalt gegen Frauen und Mädchen –
Rolle der Pflegeprofessionen und Hebammen
In der gesundheitlichen Versorgung**

Bielefeld (Sennestadt), 13./14.06.2003
Dokumentation

**Vorgelegt von:
Dipl. Päd. Sabine Bohne
Juli 2003**

Inhaltsverzeichnis

I. Einführung

II. Impulsreferate

2.1 Gesundheitliche Folgen von Gewalt gegen Frauen -
eine Herausforderung für Pflege,
Schwangerenbegleitung und Geburtshilfe

Prof. Dr. Carol Hagemann-White, Universität Osnabrück

2.2 Chancen und Hürden bei der Umsetzung des
Modellprojektes S.I.G.N.A.L.

*Angelika May, S.I.G.N.A.L.-Intervention im Gesundheitsbereich
gegen Gewalt an Frauen, Berlin*

2.3 Erkenntnisse zur Rolle der Pflegenden bei der
Umsetzung des S.I.G.N.A.L. – Interventionsprojekts

Hildegard Hellbernd, MPH, Dipl. Päd., S.I.G.N.A.L. – Begleitforschung

2.4 Plenumsdiskussion

III. Ergebnisse der Arbeitsforen

3.1 Individuelle Kompetenzentwicklung im Pflegeberuf –
Strategische Wege zur Verankerung der Thematik in
Aus-, Fort- und Weiterbildung

3.2 Organisationsentwicklung in der Klinik –
Implementierung institutioneller Handlungsmodelle

3.3 Interdisziplinäre Kooperation – Möglichkeiten und
Grenzen von Hebammen in Schwangerenversorgung
Geburtshilfe und Wochenbett

VI. Planspiel: Aufbau eines regionalen Kooperationsmodells

4.1 Verlauf des Treffens

4.2 Einschätzung der SpielerInnen

4.3 Auswertung durch die BeobachterInnen

IV. Auswertung des Implementationsworkshops – back at home

I. Einführung

Die Bundeskoordination Frauengesundheit (BKF) hat im Jahr 2003 das Schwerpunktthema „gesundheitliche Folgen von Gewalt“ und unterstützt den Aufbau nachhaltiger Kooperationen, Strukturen und Netzwerke zur Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung von Frauen und Mädchen. Ein Ziel der BKF auf diesem Implementationsworkshop war das Anregen von Projekten und Umsetzungsschritten, die in Form von Zielpatenschaften (siehe Anlage 1) weiterverfolgt und begleitet werden können.

Für die Vorbereitung des Implementationsworkshops konnte auf die Erfahrungen einer im Rahmen der Expertise „Versorgungsbedarf und Anforderungen an Professionelle im Gesundheitswesen im Problembereich Gewalt gegen Frauen und Mädchen“¹ durchgeführten multidisziplinären Fachtagung zurückgegriffen werden, die in Kooperation mit der BKF im Herbst 2002 stattfand. Dort wurden mit AkteurInnen des Gesundheitswesens Implementationsstrategien zur Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung und sinnvolle Maßnahmen unter dem Leitgedanken der Umsetzbarkeit bearbeitet.

Die Methode einer multidisziplinären ergebnisorientierten Arbeit erwies sich als erfolgsversprechend für die Erschließung von Umsetzungsstrategien.

Zur inhaltlichen Vorbereitung des Implementationsworkshops „Gewalt gegen Frauen und Mädchen - Rolle der Pflegeprofessionen und Hebammen in der gesundheitlichen Versorgung“ wurde im April eigens ein ExpertInnen-Hearing durchgeführt und ausgewertet; des Weiteren erfolgte eine Recherche nach geeigneten AkteurInnen in diesen Professionen, die in ihrer Funktion an strategischen Umsetzungsmaßnahmen einbezogen werden können.

Auf dem zweitägigen Implementationsworkshop ging es nicht um die Vertiefung der Problematik Gewalt gegen Frauen und Mädchen und die gesundheitliche Versorgung. Vielmehr wurde eine Vielfalt an Sachverstand von MedizinerInnen, Pflegeprofessionen, Hebammen und AkteurInnen (siehe Anlage 1) eingeladen, um zu erarbeiten, wie und auf welchen Wegen Wissen in die Praxis transferiert werden kann und wo die Hebel sind, die umgelegt werden müssen, damit die Versorgung verbessert wird.

Um erfolgsversprechend und ergebnisorientiert arbeiten zu können, wurde den TeilnehmerInnen Vertraulichkeit zugesagt und die Mitschnitte auf Band dienten als reine Gedächtnisstütze für die Auswertung. Dies bewährte sich für die Schaffung einer offenen Arbeitsatmosphäre.

Der Implementationsworkshop stand unter dem Motto: „Wir verhandeln nicht über **den** richtigen Weg, sondern darüber, welche Wege gangbar sind, wenn man/frau die Sache richtig machen möchte.“

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 veröffentlicht.

III. Ergebnisse der Arbeitsforen

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

3.1. Arbeitsforum: Individuelle Kompetenzentwicklung im Pflegeberuf – strategische Wege zur Verankerung der Thematik in Aus-, Fort- und Weiterbildung

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

1. Was sollen Aus- bzw. Fortzubildende lernen – welche Inhalte sollen vermittelt werden?
2. Was fehlt bisher in der Grundausbildung / in Weiterbildungsangeboten bezüglich der Thematik?
3. Orte und Zeitpunkte, an dem Lerninhalte zur Thematik vermittelt werden sollen
4. Ideen zur methodischen Umsetzung: Wie sollen Inhalte bearbeitet werden?
5. Wer sind die Akteure, die mit einbezogen werden sollen?
6. Erste strategische Überlegungen zur Implementierung

In der Gruppe wurde zunächst die Zielsetzung präzisiert und formuliert: Gewalt ist zu thematisieren und in **allen** Berufsfeldern im Gesundheitsbereich zu enttabuisieren. Dazu sind Sensibilisierungsmaßnahmen der Pflegeprofessionen in Hinblick auf Ausmaß, Vorkommen und gesundheitliche Auswirkungen von Gewalt gegen Frauen notwendig. Die adäquate Versorgung betroffener Frauen ist hierbei als übergeordnetes Ziel zu sehen.

Betont wurde die Notwendigkeit der sekundären Prävention, was bedeutet, dass gewaltbetroffene Frauen in den Institutionen des Gesundheitswesens vor weiterer Gewalt geschützt werden müssen und Informationen über bestehende Hilfeeinrichtungen bekommen sollten. Pflegende sollten befähigt werden, durch eine sensible adäquate Ansprache Frauen zu ermutigen, über ihre Gewalterfahrung zu sprechen, d.h. Offenheit zu signalisieren und ggf. die betroffenen Frauen an Unterstützungseinrichtungen weiterzuvermitteln.

Des Weiteren wurde von ExpertInnen mehrfach die Notwendigkeit eines reflektierten Umgangs dahingehend betont, dass Pflegekräfte selbst sowohl Opfer als auch TäterInnen sein können. Bei Sensibilisierungsmaßnahmen sollte dies Berücksichtigung finden.

Für Migrantinnen gilt es, spezifische Ansätze unter Berücksichtigung kulturspezifischer Merkmale zu entwickeln.

In Aus-, Fort- und Weiterbildung sollte eine eigenständige Pflegekompetenz im interaktiven Bereich gefördert werden.

Aufgrund dieser Zielsetzung wurden in der Gruppe folgende Lerninhalte für die Aus- und Fortbildung abgeleitet:

- a) Vermittlung kommunikativer Fähigkeiten;
- b) Wissen um gesundheitliche Folgen von Gewalt;
- c) Grundwissen über Gewalt (Ausmaß, Häufigkeit, Dynamik) im Geschlechterverhältnis;
- d) Abbau von Mythen und Vorurteilen (z.B. dass Gewalt nur in ökonomisch schwachen Schichten oder marginalisierten Gruppen vorkommt, Provokation durch Frauen, Alkoholmissbrauch etc.);
- e) Rechtliche Aspekte;
- f) Pflegende sollen befähigt werden, bestehende Hilfsangebote zu kennen und auch zu vermitteln – Förderung der Vernetzungskompetenz und Kooperation mit diesen Unterstützungseinrichtungen;
- g) Vermeidung von Retraumatisierung: die Gefahr muss erkannt werden, dass es dazu kommen kann;
- h) Thematisieren von Gewaltprävention;
- i) Pflegeprozess, innerhalb dessen Rahmen Interventionen eingebunden werden können.

Die ExpertInnen waren sich dahingehend einig, dass die Thematik schon in der Ausbildung kontinuierlich verankert und dann in Fortbildungen vertieft werden sollte. SchülerInnen müssen mit Gewaltfolgen umgehen und Grundwissen zu Gewalt und Geschlecht, PTSB etc. erlangen. Denkbar ist die Einführung über den Pflegeprozess und ATL's (Aktivitäten des täglichen Lebens) in die Ausbildung.

Es wurde darauf hingewiesen, dass in Pflegewissenschaften der Bereich der Interaktion zwischen Pflegenden und PatientInnen intensiv erforscht wird und als Kern pflegerischer Arbeit definiert wird. In diesen Bereich könnte das Thema Gewalt ausgezeichnet eingebunden werden.

Eine Verknüpfung von Lern- und Handlungsfeldern wird in der Pflegeausbildung angestrebt; so sollen die Arbeitsabläufe handlungsleitend für das Curriculum im schulischen Bereich sein. Die TeilnehmerInnen betonen, dass hier die Thematik Raum finden müsse.

Die ExpertInnen diskutierten sowohl Chancen als auch Widerstände. Es erfolgte der Hinweis auf mögliche bestehende Ängste von Pflegekräften, das Thema überhaupt zuzulassen oder anzusprechen. Auch benötigt ein Gespräch sehr viel Zeit, die aufgrund der Arbeitsbelastung oftmals nicht im Arbeitsalltag vorhanden ist. Es wurde aber betont, dass Pflegekräfte dahingehend befähigt werden müssen, sich als VermittlerInnen von Hilfsangeboten mit klar umrissenen Aufträgen und mit klarer Haltung zu Gewalt zu sehen. Die psychosoziale Beratung von betroffenen Frauen sollten Expertinnen übernehmen.

Ein weiterer Widerstand könnte nach Meinung der ExpertInnen in einer Blockade der Ärzteschaft liegen, wenn es um eine Kompetenzerweiterung für die Pflege geht - Kompetenzen der Pflege stehen oft in Konflikt zu denen der Ärzteschaft. Allerdings wurde im Rahmen des S.I.G.N.A.L.-Interventionsprojektes die Erfahrung gemacht, dass ÄrztInnen es als sehr entlastend empfunden haben, wenn die Pflegenden die Verantwortung in diesem Bereich übernommen haben.

ExpertInnen betonten nachdrücklich, dass die Sorge um Gewaltfolgen ein Struktur-auftrag der Einrichtungen sein müsse, damit Pflegende einen Handlungsrahmen haben, um agieren zu können. Der Strukturauftrag muss als Klinikauftrag definiert werden.

Für die Umsetzung wurden Fallbesprechungen und interdisziplinäre Visiten als sehr nützlich angesehen. Auch die Forderungen nach guter Dokumentation werden selten abgelehnt.

Die ExpertInnen beleuchteten kurz Probleme in der alltäglichen Praxis. So erfolgt die Aufnahme in der Notfall- und 1. Hilfestation durch die Pflege. Doch oft besteht in den Einrichtungen keine räumliche Möglichkeit, eine gewaltbetroffene Frau im Vertrauen und ohne Beisein des Mannes zu sprechen, um z.B. das Schutzbedürfnis zu klären. Hierfür müssen Möglichkeiten geschaffen werden. Pflegedienstleitungen könnten diesen Auftrag von „oben“ fördern.

Außerdem wurde in der Gruppe auf bestehende Handlungsanweisungen für Pflegekräfte bei suizidgefährdeten Menschen hingewiesen und die Möglichkeit, vergleichbare Handlungsanweisungen bei gewaltbetroffenen PatientInnen bereitzustellen. Auf diese können Pflegende mit entsprechender Sensibilisierung und Aufmerksamkeit zurückgreifen.

Auf die Frage der einzubeziehenden AkteurlInnen konnte festgestellt werden, dass eigentlich alle „am Tisch“ sitzen. So konnten in der Arbeitsgruppe strategische Überlegungen angestellt werden, auf welchem Weg die Thematik verankert werden kann.

Festzuhalten ist, dass der derzeitige Moment sehr günstig ist, um Inhalte in die Ausbildung zu integrieren, da gerade das Krankenpflegegesetz geändert und das Curriculum noch festgeschrieben wird. Ausbildungs- und Prüfungsordnungen könnten dahingehend ergänzt werden, das nötige Wissen zu Gewalt einzubinden. Die verschiedenen Berufsverbände sollen aktuell Stellung zu einem vorliegenden Entwurf des Curriculums beziehen. Es wurde vorgeschlagen, die Arbeitsgemeinschaft „Prävention und gesundes Altern“ für die Implementierung einzubeziehen. Weiterhin könnte die Ethikkomitees der medizinischen Einrichtungen und Ausbildungsstätten das Thema mit aufgreifen.

Zur Vermittlung des fehlenden Wissens und inhaltliche Kompetenzerweiterung der Lehrenden bietet es sich an, externes Fachpersonal z.B. von Fachhochschulen, Hochschulen und Frauenunterstützungseinrichtungen hinzuzuziehen. Wenn die Thematik im Curriculum verankert wäre, könnten z.B. Kompaktkurse für Lehrkräfte von ExpertInnen der Hochschulen angeboten werden.

Denkbar wäre auch eine Fachtagung zu dem Thema, welche von der Bundesarbeitsgemeinschaft ausgerichtet werden könnte.

Da die Weiterbildung auf Länderebene geregelt ist, sollten die PflegereferentInnen in den Landesministerien angesprochen werden.

Diese strategischen Überlegungen konnten allerdings in dem knappen Zeitrahmen des Arbeitsforums nicht weiter verfolgt werden.

ExpertInnen regten an, dass adäquates und kompetentes Umgehen mit Gewaltfolgen als Merkmal im Qualitätsmanagement oder im Profil von Einrichtungen gelten könnte.

Für den Bereich der ambulanten Altenpflege wurde darauf hingewiesen, dass Begutachtungsbesuche ein guter Anlass sein könnte, Gewalt im häuslichen Bereich zu erkennen und ggf. zu intervenieren. Bei Begutachtungsbesuchen besteht die

Gelegenheit, zu überprüfen, ob die häusliche Pflege überhaupt gewährleistet ist und es bestünde die Möglichkeit, die häusliche Situation insgesamt einzuschätzen.

Die Arbeitsgruppe trug abschließend die AkteurInnen für die Umsetzung und Implementierung zusammen: Berufsverbände der Pflegeprofessionen, Curricula-Kommissionen, Ethik-Kommissionen, Hochschulen (zur Vermittlung der Inhalte), PflegereferentInnen der Länder und Pflegedienstleitungen.

Ergänzend zu diesen hervorragenden Arbeitsergebnissen des Forums wurde im Rahmen des Plenums vorgeschlagen, als strategische Umsetzungsmöglichkeit den Deutschen Pflegerat einzubeziehen. Er ist Teilhaber der KTQ Zertifizierung (Kooperation, Transparenz, Qualität), die in fast allen Krankenhäusern auf freiwilliger Basis durchgeführt werden soll. Hiermit bestünde die Möglichkeit, die Thematik der Gewalt und deren Folgen mit der Zertifizierung zu verknüpfen.

Des Weiteren wurde angemerkt, dass eine Differenzierung der Inhalte für die Grundausbildung und für die Fort- und Weiterbildung notwendig sei. Die methodische Aufbereitung wird unterschiedlich sein müssen.

Im Rahmen des S.I.G.N.A.L.-Projektes fanden zweitägige Fortbildungen für Pflegende und Fortbildungen in einzelnen Modulen in einigen Krankenpflegesschulen in Berlin statt. Geplant ist, dieses Fortbildungskonzept zur Verfügung zu stellen.

TeilnehmerInnen schlugen vor, schon bestehende Curricula und Konzepte zu recherchieren, zu bündeln und zugänglich zu machen. Dies ist auch ein Vorhaben der BKF im Bereich Pflege, Medizin, Psychologie und Geburtshilfe.

Abschließend wurde auf die Empfehlungen und Standards zur Aus-, Fort- und Weiterbildung zum Thema häusliche Gewalt der Bund-Länder-AG „häusliche Gewalt“ hingewiesen, die wichtige Aspekte enthalten und zur Diskussion in die Curriculum-Entwicklung hinzugezogen werden könnten.

3.2 Arbeitsforum: Organisationsentwicklung in der Klinik – Implementierung von Handlungsmodellen

In diesem Arbeitsforum trugen die ExpertInnen zunächst ihre Erwartungen an das Forum zusammen, die daraufhin zu einer gemeinsamen Zielsetzung abstrahiert werden konnten.

Als übergeordnetes Ziel wurde formuliert, nachhaltige Strukturen zur optimalen klinischen Versorgung von Frauen mit Gewalterfahrungen zu schaffen bzw. bestehende Strukturen dahingehend zu nutzen.

In der Gruppe wurde überlegt, wo derzeit Defizite und konkrete Probleme in den Kliniken auftauchen. Dabei wurden sehr unterschiedlichen Problemlagen sichtbar, weil unterschiedliche Größenordnungen von Kliniken (Unikliniken, Fachkliniken und Fortbildungsinstitute) vertreten waren. Die TeilnehmerInnen trugen Probleme und Defizite auf der Ebene des Personals, der Organisation und der Klientinnen zusammen.

Auf der Ebene des Personals wurden fehlende Anreizsysteme, unzureichend geschulte Kommunikationsfähigkeit und konkreter Personal- und Zeitmangel ebenso genannt wie mangelnde gezielte Sensibilisierung und Enttabuisierung bzgl. der Thematik. Auch die Angst vor eigener Betroffenheit kann eine wesentliche Rolle spielen.

Auf der Ebene der Organisation benannten ExpertInnen die derzeit bestehenden ökonomischen Engpässe und fehlende finanzielle Ressourcen als wesentliche Barrieren. Die Problematik wird häufig negiert und es mangelt an Akzeptanz auf der Leitungsebene, konkrete Handlungsmodelle zur Verbesserung der Versorgung einzuführen. Bestehender Personalmangel muss berücksichtigt werden. Es wurde festgehalten, dass Gewaltsensibilität derzeit noch kein Qualitätsmerkmal ist.

Auf der Ebene der Patientinnen wurde Angst (z.B. vor Aufdeckung von Gewalt, Verstrickungen und Abhängigkeitsverhältnisse) als wesentliches Problem hervorgehoben. Es kann davon ausgegangen werden, dass betroffene Patientinnen massive Unsicherheiten auf dem Weg durch die Klinik ausgesetzt sind, insbesondere was weitere formale Abläufe betrifft (z.B. Einschaltung der Polizei ohne das Einverständnis der betroffenen Frau, formale Diagnostik etc.). Des Weiteren können sie ein ausgeprägtes Schutzbedürfnis haben, welches von den Behandlenden nicht wahrgenommen wird. Es fehlt an der Hinzuziehung von ExpertInnen und eine Sicherung der Überleitungs- und Entlassungssituation.

Die ExpertInnen diskutierten die Frage nach den zu beteiligenden AkteurInnen, um nachhaltige Strukturen zu schaffen. Allerdings konnte nicht darauf eingegangen werden, wer zu welchem Zeitpunkt „ins Boot“ geholt werden sollte. Als AkteurInnen wurden Pflegedienstleitungen, Chefärzte, Mitarbeiterversammlung, Personal- und Betriebsrat, VertreterInnen aus den jeweiligen Berufsgruppen der Klinik (Pfleger, Sozialdienst, Psychologin, Gynäkologin und andere Fachärzte etc.) und engagierte Initiatorin(nen) ggf. mit Projekterfahrung identifiziert.

Es wurde überlegt, wie man zu konkreten Lösungsvorschlägen und Handlungskonzepten kommen kann, um die defizitäre Versorgungssituation zu verbessern. Ursprünglich war die Idee, einen clinic pathway (siehe Anlage 2) von der Einweisung der Patientin, Diagnostik und Therapie bis hin zur Entlassung und Überleitung in den ambulanten Sektor zu entwickeln und hier jeweils die Frage nach den einzubeziehenden AkteurInnen und Berufsgruppen zu stellen.

Von diesem Verfahren wurde nach kontroversen Diskussionen abgerückt, da die in der Gruppe vertretenen Kliniken äußerst unterschiedlich in der bislang angelegten Versorgungsstruktur sind. Die ExpertInnen entschieden sich dazu, einen konkreten **Stufenplan** zu entwickeln, um ein Handlungsmodell initiieren zu können:

- a) **Entscheidungen herbeiführen** (auf Leitungsebene, bei Personalräten, engagierte einzelne Akteurinnen hinzu ziehen, support für die einzelne engagierte Frau leisten);
- b) **Für Akzeptanz sorgen** (Motivationsarbeit, politische Arbeit);
- c) **Benennung einer Projekt-/Lenkungsgruppe zur Implementation**, wobei durchaus schon bestehende Gruppen wie z.B. Qualitätszirkel einbezogen werden sollten, um einen großen Mehraufwand entgegen zu treten;

- d) **Round Table Gespräche** in interdisziplinärer Besetzung initiieren, um konkrete Handlungsschritte zu erarbeiten;
- e) **Konkrete Ansätze:** Kurze interne Fortbildungsveranstaltungen für die MitarbeiterInnen von 20 Min. (Teamcoaching) anbieten, konkrete Formulare für den Aufnahmeprozess von betroffenen Frauen entwickeln, Dokumentationssysteme überarbeiten unter Berücksichtigung frauenspezifischer Bedürfnisse nach/bei Gewaltbetroffenheit, Informationsblätter für Frauen und Pflegende bereitstellen.

Zur Schaffung nachhaltiger Strukturen und Sicherung der Weiterentwicklung erster Handlungskonzepte wurden folgende Schritte angedacht:

- f) Regelmäßige Fortbildungen und Vorgaben von Pflichtveranstaltungen (z.B. für Pflegende, ÄrztInnen und im Sozialdienst) anbieten;
- g) Verhandlungen mit Kostenträgern und Kassen führen und für Akzeptanz sorgen;
- h) Routinehandlungen in Gang setzen (z.B. Standards zur Aufnahme, Versorgung und Therapie, Entlassungsvorbereitung entwickeln);
- i) Realistischen Zeitplan für die Einführung konkreter Handlungskonzepte entwickeln;
- j) Langfristig die Frage nach dem Entwicklungsbedarf spezieller übergreifender Leitlinien (Qualitätsmanagement, Leitbilder, Pflege- und Unternehmensphilosophie) stellen und äußere Rahmgebung im Sinne von Verpflichtung zur kontinuierlichen Qualitätssicherung in diesem Anwendungsfeld schaffen.

Die Vorgehensweise a) eine Organisationsanalyse vor Ort (was gibt es bereits an Strukturen, Ansätzen etc.) und b) dann einen Weg für einen optimalen Versorgungspfad, der interdisziplinär angelegt ist und den jeweiligen Bedürfnissen der Frau entsprechen soll, wurde später am Ende der Diskussion dankbar für mögliche eigene Pläne und Vorgehensweisen im Feedback von den TeilnehmerInnen aufgenommen.

Mögliche Orientierungen könnten sein:

- Entwicklung eines konkreten Zeitrahmens;
- Berücksichtigung der frauenspezifischen Themen in Qualitätsmanagement-Zirkeln;
- Berücksichtigung der frauenspezifischen Themen bei der Leitbildentwicklung bzw. in der Unternehmensphilosophie;
- Verbindlichkeiten für die Mitarbeit in Round-Table-Gesprächen schaffen.

ExpertInnen wiesen im Plenum nachdrücklich auf die Prozessentwicklung hin. So können durchaus schon bestehende Strukturen genutzt werden, um Handlungskonzepte zu implementieren. Kontrovers wurde die zusätzliche Einführung von neuen Projekten diskutiert und die Frage gestellt, welche Personen dies leisten können. Es erfolgte erneut der Hinweis auf Steuerungsgruppen von Kliniken mit Qualitätsmanagement, welche einbezogen könnten. Grundsätzlich ist darauf zu achten, dass angesichts der hohen Arbeitsbelastung die Implementierung nicht an einem zu großen Mehraufwand scheitert. Eine gute Koordination wird als unerlässlich erachtet. ExpertInnen unterstrichen den hohen Vernetzungsbedarf vor allem in dem Überleitungsprozess zur ambulanten Versorgung.

3.3 Arbeitsforum: Interdisziplinäre Kooperation – Möglichkeiten und Grenzen von Hebammen in Schwangerenversorgung, Geburtshilfe und Wochenbett

Die Gruppe diskutierte Möglichkeiten und Grenzen von Hebammen in der Schwangerenversorgung, Geburtshilfe und Wochenbett bei von Gewalt betroffenen Frauen. Der Aspekt der interdisziplinären Kooperation mit GynäkologInnen konnte auf Grund von mangelnder Teilnahme von ÄrztInnen bedauerlicherweise nicht näher beleuchtet werden.

Im Arbeitsbereich der Hebammen gibt es zur Frage der Gewaltbetroffenheit zwei unterschiedlich zu wertende Aspekte: zum einen können bei Frauen, die in der Vergangenheit von Gewalt betroffen waren, die Geburt an sich oder medizinisch notwendige Interventionen während der Geburt zur Reaktivierung (evtl. sogar nicht erinnertes) Trauma führen; zum anderen kann auch für nicht vorbelastete Frauen die Geburt(hilfe) als traumatische Erfahrung gewertet werden. Diese beiden Bereiche gilt es auseinander zu halten – in der Diskussion vermischten sie sich jedoch ab und zu.

Es wurde festgehalten, dass den Hebammen in beiden Bereichen - auch im Sinne der Prävention - eine hohe Verantwortung zukommt.

Grundsätzlich ist eine respektvolle, empathische und wertschätzende Einstellung der Hebamme besonders wichtig. Allerdings betonten die Expertinnen, dass in Kliniken oftmals die Rahmenbedingungen fehlen und Zeitmangel vorherrscht, um individuelle Achtsamkeit den Frauen gegenüber auszuführen. Hebammen bewegen sich überwiegend in einem hierarchischen System (98 % der Geburten finden in Kliniken statt), in dem sie oft starken Druck ausgesetzt sind. In dem außerklinischen Bereich scheint bzgl. der Thematik viel Bewegung zu sein.

In der Gruppe wurde auf die fehlende Forschung zum Thema Schwangerenversorgung, Geburtshilfe und Gewalterfahrung hingewiesen. Notwendig seien z.B. Untersuchungen zu den Auswirkungen von pränataler Diagnostik und vaginalem Ultraschall auf gewaltbetroffene Frauen.

Hebammen werden in der Ausbildung noch nicht dahingehend geschult, Anzeichen und Schwierigkeiten während der Schwangerschaft und Geburt zu erkennen, die auf Gewalteinwirkung hindeuten. Des Weiteren gibt es keine Korrelation dazu, wie schwerwiegend ein Eingriff objektiv (z.B. Zangengeburt) ist, zu dem wie eine Frau es subjektiv verarbeitet.

Betont wurde die Forderung des Berufsverbandes der Hebammen nach einer akademisierten Ausbildung, wobei die Ausbildung auch durch Hebammen statt durch ÄrztInnen erfolgen sollte.

Die ExpertInnen erörterten folgende strategische Wege zur Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung und Verankerung der Thematik:

- a) Es bedarf einer Kompetenzerweiterung von Hebammen, so dass ggf. Überweisungen zu PsychologInnen erfolgen oder Hebammensprechstunden bei Bedarf interdisziplinär mit PsychologInnen stattfinden können.
- b) Zur Aufklärung über Traumatisierung sollen auch weiterhin in den Hebammenfachzeitschriften regelmäßig Artikel zu der Thematik erscheinen und in Form

- von Vorträgen auf Mitgliederversammlungen sensibilisiert werden. Aufklärungsposter in Hebammenpraxen mit Verweis auf weiterführende Unterstützungsangebote kann eine weitere Präventionsstrategie sein.
- c) Bei der nächsten Delegiertenversammlung des BDH kann ein Antrag gestellt werden, diese Thematik in ein Curriculum der Grundausbildung, sowie in dem Curriculum, welches derzeit für die Fachhochschulausbildung entwickelt wird, zu verankern.
 - d) Eine Zusammenstellung von schon existierenden Fortbildungskonzepten für Hebammen wird angestrebt. Es wurden Überlegungen angestellt, die Thematik als Jahresthema vom BDH zu lancieren.
 - e) In der Gruppe wird als Fernziel eine interdisziplinäre „Rund-um-Betreuung“ durch Hebammen, GynäkologInnen, PsychologInnen und KinderärztInnen über einen Schwangerschafts-, Geburts- und Nachsorgezeitraum von einem Jahr erörtert.
 - f) Da Hebammen durchaus auch selber von Gewalt betroffen sind, erscheinen Supervisionsmodule in Bezug auf die Schaffung von Angeboten ohne Integritätsverletzung für Hebammen sinnvoll.

Zusammenfassend wurde darauf hingewiesen, dass Hebammen sich schon länger mit der Thematik befassen und Implementierungsmaßnahmen entwickeln. Seit geraumer Zeit gibt es eine interdisziplinäre Arbeitsgruppe zu „Auswirkung sexueller Gewalt auf Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett“, die vom Bund Deutscher Hebammen e.V. und AKF e.V. getragen wird. Die Arbeitsgruppe versucht das Thema voranzubringen und Vernetzungen zu stabilisieren.

Es wurde betont, dass durch die Teilnahme der Beirätin im Bildungsbereich BDH und der Bundesfortbildungsbeauftragten BDH an dem Arbeitsforum die Wege kurz seien, um die Thematik weiterzutransportieren und ggf. in Aus-, Fort- und Weiterbildung nachhaltig zu verankern.

IV. Planspiel: Aufbau eines regionalen Kooperationsmodells

Für das Planspiel „Aufbau eines regionalen Kooperationsmodells zur Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung gewaltbetroffener Frauen und Mädchen wurden charakteristische Rollenbeschreibungen für die TeilnehmerInnen (siehe Anlage 3) vorgegeben, die dann während des Spieles individuell ausgestaltet werden konnten.

Bei diesem offenen Planspiel ging es im wesentlichen um die Einsicht in die spezifischen Interessen und Funktionen der für dieses Kooperationstreffen relevanten Institutionen und Professionen, in den Spielraum, den sie gegeneinander haben, sowie in komplexe Interaktionszusammenhänge. Von einem Planspiel ist zu erwarten, dass in der Interaktion Dynamiken entstehen, wie sie auch in der Realität vorkommen und Lösungsansätze für evtl. entstehende Konflikte sichtbar werden.

Ziel des Planspieles war, anschaulich darzustellen, welche AkteurInnen hinzugezogen werden müssen, wer evtl. fehlt, wo potentielle Widerstände liegen können, sowie eine Auseinandersetzung unter den Beteiligten bezüglich der Problematik zu initiieren, um die Thematik gut verankern zu können.

Zwei Expertinnen wurden im Vorfeld gebeten, die Rolle der Pflegedienstleitung des Krankenhauses und der Gleichstellungsbeauftragten zu übernehmen, da diese Einladende waren und dieses Treffen moderieren sollten.

Die BeobachterInnen wurden gebeten, fokussiert auf vorbereitete Fragestellungen (siehe Anlage 4) das Planspiel zu verfolgen und an dessen Auswertung mitzuwirken.

Alle TeilnehmerInnen des Planspiels spielten ihre Rollen exzellent und sind spontan in die unterschiedlichen Charaktere geschlüpft. Es gelang ihnen sehr gut, die unterschiedlichen Einstellungen zu verdeutlichen und die berufsspezifischen Probleme zu beleuchten. Mit einer Ausnahme haben alle am Spiel Beteiligten eine Rolle übernommen, die sie in der Realität nicht innehaben und nicht ihrer eigenen Profession entspricht.

4.1 Verlauf des Treffens

In einer zehnminütigen Vorstellungsrunde mit Angaben zur Institution und den berufsspezifischen Erfahrungen mit gewaltbetroffenen Frauen und der gesundheitlichen Versorgung spiegeln die TeilnehmerInnen exakt die in den Rollen vorgegebenen Charaktere und berufsspezifischen Einstellungen wieder.

Schon in der Vorstellungsrunde kommt es zu einem verbalen Konflikt zwischen der Krankenschwester der Notfallaufnahme Frau Ambulant und dem ärztlichen Leiter des Krankenhauses Dr. Röntgen. Während Frau Ambulant ihre Unsicherheit und Hilflosigkeit im Umgang mit betroffenen Frauen in der Notfallaufnahme schildert, wird sie von Dr. Röntgen unterbrochen, der eine bestehende adäquate Versorgung in seinem Krankenhaus unterstreicht und keinerlei Kritik zulassen möchte. Er verweist auf die 24stündige Betreuung und die Qualität der Notfallambulanz mit gleichwertiger Behandlung von Männern und Frauen.

Die Pflegedienstleitung Frau Überleitung interveniert hier mit der Frage, welche Hilfsangebote neben der medizinischen Versorgung betroffenen Frauen bereitgestellt werden könnten.

Während Dr. Röntgen vehement auf die Regelversorgung in den Krankenhäusern verweist und jegliche therapeutische Zuständigkeiten negiert, erklärt die niedergelassene Ärztin Frau Dr. Praxis, dass die Problematik in der Ärztekammer schon diskutiert wurde und sie dringend weiteren Handlungsbedarf sieht.

In der Vorstellungsrunde wurde die Kompetenz der Hebamme Frau Kreis in der Betreuung traumatisierter Frauen während der Schwangerschaft und Geburt deutlich. Nach dem aufgetauchten Konflikt zwischen der Krankenschwester und ärztlicher Leitung, wird seitens des Gynäkologen Dr. Pille die Kompetenz und Qualifikation von Hebammen zur adäquaten Betreuung traumatisierter Frauen in Frage gestellt. Er betont die Notwendigkeit einer akademischen Qualifikation und ärztlichen Zuständigkeit in diesem Problemfeld.

Die Psychologin der Frauenberatungsstelle Frau Alice versucht zu vermitteln, indem sie die medizinische Versorgung positiv bewertet. Aus dem Hintergrund ihrer Beratungspraxis kann sie jedoch von Klientinnen berichten, bei denen eine Fehlversorgung aufgrund von nicht wahrgenommener Gewaltbetroffenheit vorhanden

war. Sie verweist auf das neue Gewaltschutzgesetz, bei dem für die Einleitung eines Strafverfahrens gegen den Täter eine gerichtsverwertbare Dokumentation der Verletzungen notwendig ist. Ihrer Meinung nach stellen Ärzte jedoch oftmals mit Hinweis auf Bagatellverletzungen keine ausreichenden Atteste aus.

Frau Überleitung versucht, eine ausufernde Grundsatzdebatte zu verhindern und die Diskussion auf die notwendigen Veränderungen hin zu lenken. Sie wirft die Frage auf, wo der berufsspezifische Bedarf der einzelnen TeilnehmerInnen liegt. Ihr Anliegen ist es, in dem Krankenhaus ein Handlungsmodell zu implementieren.

Die Hebamme Frau Kreis bekommt erst jetzt die Gelegenheit, auf die Attacke des Gynäkologen zu reagieren und verweist auf die hohe Kompetenz von Hebammen, die sich schon lange mit der Thematik beschäftigen. Sie bedauert es, dass sich Gynäkologen bisher nicht mit der Problematik befasst haben.

Dr. Röntgen äußert, dass es sich bei gewaltbetroffenen Frauen um Randgruppen handelt, mit deren spezielleren Behandlung sich ein Krankenhaus nicht profilieren kann und verweist auf den Konkurrenzdruck unter den Krankenhäusern. Er betont, dass in dem Krankenhausalltag eher „normale“ Frauen behandelt werden, bewertet aber die spezifischen Einrichtungen für diese „Randgruppen“ positiv.

In diesem Zusammenhang unterstreicht Frau Dr. Praxis, dass es sich bei gewaltbetroffenen Frauen um kein „Randgruppen-Phänomen“ handelt, sondern dass Frauen aller Schichten betroffen sind. Sie schildert die medizinische Behandlungs-Odyssee mancher Frauen, bei denen die Ursachen ihrer Beschwerden nicht erkannt werden. Beispielhaft führt sie gynäkologische Totaloperationen an. Aufgrund der spezialisierten Kompetenzen der Frauenberatungsstelle kooperiert Frau Praxis schon länger mit Frau Alice und lässt sich von ihr beraten.

Ihre Argumentationen beeindrucken den Gynäkologen Dr. Pille, so dass er sich einer interdisziplinären Auseinandersetzung unter den Ärztesprofessionen öffnen und sich mit dem Angebot der Frauenberatungsstelle befassen möchte.

Die Krankenschwester Frau Ambulant betont in diesem Zusammenhang, dass die Gewaltfolgen bei Frauen und Mädchen nicht nur ein ärztliches, sondern auch ein pflegerisches Problem ist. Ihr fehlten bisher Informationen über spezifische Unterstützungseinrichtungen und Ansprechmöglichkeiten von Ärzten in der Klinik. Sie fühlt sich mit der Problematik allein gelassen und hält Unterstützung und Schulungen für zwingend notwendig. Frau Überleitung bietet ein Treffen im Krankenhaus an, um die internen Probleme dort besprechen zu können.

Daraufhin macht Frau Alice das Angebot, dem Krankenhauspersonal die Arbeit der Frauenberatungsstelle vorzustellen, sowie dem Verband der Gynäkologen Informationsmaterial zur Verfügung zu stellen.

Frau Überleitung versucht, das Gespräch auf Wünsche und Erwartungen bzgl. Kooperationen der Beteiligten zu lenken. Doch Dr. Röntgen stellt in Frage, dass aufgrund der Überbelastung der Pflegenden dieses Thema überhaupt Raum haben kann und verweist darauf, dass in der letzten Zeit minderqualifiziertes Personal eingestellt werden musste. Frau Überleitung jedoch weist auf die Chance hin, durch

Verbesserung der Versorgung und Qualifizierung des Personals deren Zufriedenheit zu steigern. Sie kann sich Fortbildungen für das Pflegepersonal durch eine Frauenberatungsstelle durchaus vorstellen. Ergänzend verweist Frau Kreis auf Studien, die aufzeigen, dass durch Kompetenzerweiterungen der Berufsalltag der Pflegenden positiv beeinflusst wird.

Während Dr. Röntgen der Meinung ist, dass Pflegekräfte erfahrungsgemäß für Schulungen schwer zu motivieren sind, verweist Frau Überleitung auf die notwendige Freistellung der Pflegenden und ist bereit, im Krankenhaus Werbung für Schulungen zu übernehmen.

Die Gleichstellungsbeauftragte Frau Gleich, die während der Diskussion die Visualisierung übernimmt, wirft ein, dass die niedergelassenen Praxen nicht aus dem Blick verloren werden dürfen.

Daraufhin macht Frau Alice das Angebot, Fortbildungen auch Mittwochnachmittags für die Ärzteschaft durch zu führen.

Frau Dr. Praxis unterstreicht, dass sie Unterstützung für das Erkennen von psychischen Störungen braucht. Sie kann durchaus Verletzungen dokumentieren, sieht sich aber nicht in der Lage, die psychische Verfassung betroffener Frauen einzuordnen. Sie plädiert für eine Interaktion und Information unter ÄrztInnen.

Zu diesem Zeitpunkt meldet sich erstmals der Polizist Herr Stier zu Wort. Praktisch gesehen haben ÄrztInnen seiner Meinung nach nie Zeit, wenn er betroffene Frauen in das Krankenhaus begleiten muss und verweist auf lange Wartezeiten und fehlende Sensibilität. Er fände es hilfreicher, wenn Frauen direkt in eine gynäkologische Ambulanz gebracht werden könnten und betont, dass Atteste oft nicht lesbar sind und dass betroffenen Frauen nicht genug geholfen wird. Durch polizeiliche Einsätze bei häuslicher Gewalt ist im durchaus die Situation betroffener Frauen bewusst und er sieht zwingenden praktischen Handlungsbedarf zur Verbesserung der Versorgung und weiterführender Unterstützung und Hilfe.

Nach einem Vorschlag von Frau Kreis, gemeinsame Fortbildungen für GynäkologInnen und Hebammen durchzuführen, kommt es durch Dr. Pille noch einmal zu einem Kompetenzkonflikt über die Qualifikation dieser beiden Berufsgruppen.

Einen neuen Blickwinkel wirft jetzt die muslimische Sozialarbeiterin Frau Salome auf die Problematik, indem sie die Lebensrealitäten von Migrantinnen thematisiert. Als praktische Beispiele erwähnt sie die sprachlichen Schwierigkeiten und kulturell bedingte Hemmnisse von Frauen, Hilfe einzufordern.

Sie fühlt sich massiv überfordert, betroffene Frauen zu jeder Zeit zu begleiten und sprachlich zu unterstützen. Ihr Vorschlag ist, einen eigenen Arbeitskreis zur Problematik von gewaltbetroffenen Migrantinnen einzurichten.

Abschließend werden der benannte Bedarf und die gemachten Angebote zusammengefasst:

Bedarf:

- Fortbildungen für alle Professionen;
- Informationen über bereits entwickelte Fortbildungen;
- Transparenz;

- Informationen über Infrastruktur und Materialien;
- Gerichtsverwertbare Dokumentationen und Atteste;
- Klare Abläufe in der Ambulanz;
- Spezifische Situation von Migrantinnen einbeziehen;
- Sprachmittlung.

Angebote:

- Informationsweitergabe der Frauenberatungsstelle an die ärztlichen Praxen;
- Transfer des Praxiswissens der Frauenberatungsstelle in das Gesundheitssystem;
- Fortbildungen auch für niedergelassene ÄrztInnen durch die Frauenberatungsstelle und für GynäkologInnen in Kooperation mit Hebammen, die in diesem Bereich spezialisiert sind.

Es wird vereinbart, sich alle zwei Monate zu treffen und die Frage gestellt, welche Gremien mit einbezogen werden sollten. Bei der Frage, wie die Fortbildungen organisiert und finanziert werden können, schlägt Frau Gleich vor, einen Antrag auf Fördergelder des Landes Nordrhein-Westfalen zum Aufbau von Kooperationen zu stellen. Auch weiterhin können die Räumlichkeiten des Kreishauses genutzt werden.

4.2 Einschätzungen der SpielerInnen²

Den SpielerInnen wurde zunächst Raum gegeben, das Gesprächsergebnis aus Sicht ihrer Rollen zu bewerten und zu verdeutlichen, wie sie sich in ihren jeweiligen Rollen gefühlt haben. Die Einladenden äußerten sich zufrieden über das Gesprächsergebnis, da es zumindest die Verabredung gab, an einzelnen Ideen weiter zu arbeiten und konkrete Handlungsschritte zu entwickeln.

Frau Gleich hatte das Gefühl, etwas anzustoßen, war sich im Vorfeld aber nicht darüber bewusst, was für ein „Pulverfass sich dahinter verbirgt“. Sie war froh, das Treffen in Kooperation mit der Pflegedienstleitung durch zu führen und fühlte sich wohl damit, konkrete Ansätze zu visualisieren und fixieren.

Die Pflegedienstleitung empfand es irritierend, die Gesprächsführung zu übernehmen und gleichzeitig aus dem eigenen Krankenhaus in verschiedenen hierarchischen Verhältnissen KollegInnen in der Arbeitsgruppe zu haben.

Frau Dr. Praxis, niedergelassene Ärztin, hatte den Eindruck, um Ihre Position als Vorstand der Bezirksärztekammer kämpfen zu müssen, war aber zufrieden mit dem Ergebnis des Treffens.

Die Psychologin Frau Alice empfand eine gewisse Ambivalenz dahingehend, dass einerseits ein unglaubliches Wissen in der spezialisierten Einrichtung vorhanden ist und viel Fortbildungen oder Informationen angeboten werden könnten, allerdings im alltäglichen Arbeitsleben kaum Ressourcen vorhanden sind, um diese extern im Gesundheitsbereich umzusetzen. Sie erachtete es aber als notwendig, in dieser Runde konkrete Angebote zu machen.

² In Anführungsstriche gesetzte Aussagen sind Zitate aus den Transkriptionen

Der Gynäkologe Dr. Pille fühlte sich der Thematik gegenüber sensibilisierter und empfand weniger Widerstände, sich weiter hiermit auseinander zu setzen. Er würde den Kontakt mit den dort vertretenen ÄrztInnen ausweiten.

Der Polizist Herr Stier fand seine Rolle sehr realistisch. Er war eher Zuhörer und wurde bei diesem ersten Treffen nicht nach seinem Fachwissen gefragt. Ihm ging es vor allem um ganz praktische Lösungsansätze, wie z.B. zur Verbesserung der Aufnahmesituation in der Notfallambulanz.

Die Krankenschwester der Notfallambulanz Frau Ambulant fühlte sich von der Pflegedienstleitung im Stich gelassen und hatte wenig Möglichkeiten, konkret ihr Anliegen zu verdeutlichen. Sie empfand die Aussagen von Herrn Stier sehr hilfreich und unterstrich die Notwendigkeit der Anerkennung von Kompetenzen in den unterschiedlichen Bereichen und den Bedarf an gezielten Schulungen.

In dem Gespräch ist es nach Aussagen des chirurgischen Chefarzt Dr. Röntgen nicht gelungen, ihm die Problematik dahingehend zu verdeutlichen, dass er im Rahmen seiner Position Handlungsbedarf sieht und ihm Handlungsmöglichkeiten aufgezeigt werden. Er fühlte sich nicht richtig eingebunden und hatte von vornherein eine separatistische Position inne. Durch die Aussagen des Polizisten kam er erstmals zum Nachdenken, ob nicht eventuell doch ein Organisationsproblem (lange Wartezeiten in der Aufnahme etc.) in seiner Klinik besteht.

Die muslimische Sozialarbeiterin Frau Salome würde in Zukunft nur an Kooperationstreffen mit Verbündeten teilnehmen, wenn die drängenden Probleme der Migrantinnen besprochen werden. Sie empfand eine ärztliche Übermacht und möchte sich nicht mit dem „Systemklüngel“ auseinandersetzen müssen, da sie dringend für die praktischen Probleme gebraucht wird und wenig zeitliche Ressourcen hat.

Die Hebamme Frau Kreis benannte für sich das Problem, dass sie sich auf Grund ihrer realistischen Tätigkeit als Hebamme zu sehr mit der Rolle identifizierte und im Grunde sich selbst spielte.

Unter den RollenspielerInnen kam die Frage auf, ob es zu diesem Zeitpunkt schon sinnvoll war, den Chefarzt der Klinik einzuladen.

Von allen Beteiligten wurden Irritationen in dem Umgang mit den klinikinternen Interessenkonflikten und den auftauchenden Professionsproblemen geäußert. Eine deutliche Wende nahm das Gespräch, als konkrete Handlungsansätze erörtert wurden. Alle SpielerInnen äußerten sich auch dahingehend, dass sich das Rollenspiel anfühlte, als ob es tatsächlich der Realität entspräche. Dies wurde von den BeobachterInnen nachhaltig unterstrichen. Eine gemeinsame Einschätzung war, dass Dinge erlebbar wurden und Problembereiche auftauchten, wie sie auch in der Wirklichkeit vorkommen.

4.3. Auswertung durch die BeobachterInnen

Auf die Frage, welche Vorbereitungen die Personen brauchen, die für das Projekt gewonnen werden sollen, wurden gezielte Informationen im Vorfeld zur Klärung des Bedarfs und zur Sensibilisierung (Betroffenheit bewirken und Handlungsbedarf deutlich machen) genannt. Es bedarf einer klaren Zielsetzung des Gespräches und die Gesprächsleitung sollte nicht gewechselt werden.

Von den BeobachterInnen wurde vorgeschlagen, dass eine gezielte Sensibilisierung und das Bewirken von Betroffenheit durch z.B. konkrete Beispiele, Filme, Vorträge, evtl. Statistiken oder Fakten erreicht werden könnte. Der Motivation zur Kooperation und zum Austausch muss im Vorfeld ein hoher Stellenwert beigemessen werden.

Hilfreich wäre auch ein Überblick über das aktuelle Versorgungsangebot und Informationen über die konkreten KooperationspartnerInnen (wer vertritt welche Institution mit welchen Aufgabenbereichen und Funktionen etc.).

Im Vorfeld scheinen bilaterale Vorgespräche, z.B. innerhalb der Klinik oder unter den niedergelassenen ÄrztInnen sinnvoll, um ungeklärten Aspekte nicht in der gesamten Runde zu erörtern und eine gemeinsame Basis zu schaffen. Diese Vorgespräche könnten hilfreicher als Informationsmaterial sein, da der persönliche Kontakt erfahrungsgemäß wirkungsvoller ist.

Stellen, an denen Widerstände deutlich wurden, lagen offensichtlich an der interdisziplinären Zusammensetzung. Eine hierarchische traditionelle Position der Ärzteschaft sowie eine Rechtfertigungsposition der anderen Berufsfelder der Medizin gegenüber wurden deutlich. Die Gewaltproblematik rückte zunächst in den Hintergrund. BeobachterInnen wiesen darauf hin, dass die Rollen sehr charakteristisch waren, um traditionell reagieren und in alten Strukturen agieren zu können. Allerdings wurde angemerkt, dass mit einem neuen Thema oder einem neuen Problembewusstsein die Chance bestünde, dass traditionelle Rollenträger durchaus auch anders agieren könnten. Hierfür hätte das Gemeinsame zunächst herausgearbeitet werden und Betroffenheit erzeugt werden müssen. Realistisch gesehen ist immer mit unterschiedlichen Kooperationsbereitschaften und klassischen Hierarchien und Lobbyistum, insbesondere in der Ärzteschaft, zu rechnen. Durch die monoprofessionelle eingeeengte Sichtweise und auch durch den unterschiedlichen Sprachgebrauch der Berufsgruppen wurde wirkliche Verständigung erschwert.

Es wurde festgehalten, dass die Konkurrenz unter den Berufsgruppen zunächst das Geschehen dominierte. Die Sozialarbeiterin, Pflegekraft und der Polizist wurden mit ihrem Anliegen zunächst in den Hintergrund gedrängt.

Ein weiterer Widerstand ist auch immer in der Frage der Finanzierung von Handlungsmodellen zu finden.

Auch unter den BeobachterInnen wurde kontrovers diskutiert, ob es sinnvoll war, in dem Rahmen eines ersten Treffens die ärztliche Leitung des Krankenhauses einzuladen, da dieser zunächst noch keinen Handlungsbedarf sah. Einerseits wurde wenig auf die Probleme der Pflegenden eingegangen und die Krankenschwester fühlte sich weitgehendst ignoriert. Die internen Krankenhausprobleme wurden ansatzweise in dem externen Rahmen besprochen. Andererseits kann es durchaus

notwendig sein, einen hierarchischen Informationsfluss zu unterbinden und denjenigen, die an der Basis arbeiten und mit den Problemen konfrontiert sind, gleichberechtigt eine Stimme zu verleihen. So besteht die Möglichkeit, die verschiedenen Kompetenzen aufzuzeigen. Die Vertretung der Pflegenden sollte sich allerdings intensiv mit der Thematik beschäftigt haben und auch von einer Erfahrungsebene her berichten können. Grundsätzlich sollten die Interessengruppen gleich stark vertreten sein.

Von den BeobachterInnen wurde vorgeschlagen, zunächst innerhalb einer Profession einen Minimalkonsens herzustellen und eine Zielsetzung zu formulieren, um den aufgetretenen Widerständen im Vorfeld zu begegnen und den Subdialog zwischen den verschiedenen Professionen zu vermeiden. Um die Kooperationsbereitschaft zu fördern, könnte zu Beginn eines Treffens positiv gefragt werden, welche Ansätze schon in den einzelnen Institutionen bestehen, z.B. Präventionsmaßnahmen oder Anti-Gewalt-Konzepte, um weitere Ansatzpunkte zu identifizieren. Der nächste Schritt wäre dann die Formulierung eines kleinen gemeinsamen Zieles aller vertretenen Professionen. Somit würden bereits bestehende Strukturen anerkannt und wertgeschätzt.

Eine weitere Möglichkeit, den Widerständen zu begegnen, kann nach Einschätzung von BeobachterInnen das Aufzeigen eines Problemfeldes sein. So teilen z.B. Frauen häufig nicht mit, wenn sie von Gewalt betroffen sind, dass sie chronische Schmerzen oder aber über lange Zeit Verschlimmerungen haben, weil sie nicht darüber reden wollen und sich evtl. schämen oder aber weil es in dem Behandlungssetting im Krankenhaus nicht möglich ist. Als Ziel oder Konsens bestände dann die Möglichkeit, Wege einer sekundär präventiven verbesserten Versorgung ausfindig zu machen und gleichzeitig die jetzige Versorgung wertzuschätzen. Grundsätzlich erscheint es notwendig, ein Thema so zu definieren, dass die verschiedenen Professionen in ihrer Arbeit wertgeschätzt, in ihren Kompetenzen wahrgenommen und nicht in ein Defizit gesetzt werden. In einer positiven Grundhaltung könnten Möglichkeiten der Verbesserung aufgezeigt werden, ohne dass ein „Vorwurf“ des Nicht-Helfens mit-schwingt. Die Frage des Angriffs und der Verteidigung könnte so umgangen werden.

Festgehalten wurde, dass eine Stärkung der Position der Pflege durch eine gemeinsame Vertretung der Pflegeprofession durch die Pflegedienstleitung und der Krankenschwester erfolgen könnte. Die Pflegedienstleitung sollte nicht für die Moderation verantwortlich sein.

BeobachterInnen wiesen darauf hin, dass die Vertretung der Psychiatrie und der ambulanten Pflege fehlte, die leider aus terminlichen Gründen nicht teilnehmen konnten. Vorgeschlagen wurde, VertreterInnen der Krankenpflegeschule und des klinikinternen Fort- und Weiterbildungsinstituts, sowie eine VertreterIn der örtlichen Gesundheitskonferenz (falls vorhanden) hinzuzuziehen. Die BeobachterInnen diskutierten, ob VertreterInnen der behördlichen Ebene wie z.B. der soziale Dienst oder das Jugendamt, sowie KrankenkassenvertreterInnen zu diesem ersten Gespräch mit einbezogen werden sollten, damit eine Balance der vertretenen Berufe besser gegeben wäre.

Kontrovers wurde auch diskutiert, ob eine betroffene Frau oder eine VertreterIn einer Selbsthilfegruppe als Sprachrohr hinzugezogen werden sollte, wobei Beobachter-

Innen anmerkten, dass die Gefahr der Stigmatisierung besteht und im Vorfeld die Arbeitsstrukturen der Gruppe geklärt werden müsse. Ferner kann durchaus davon ausgegangen werden, dass unter den Professionellen selber Betroffene sind.

Abrufbare Ressourcen liegen nach Meinung von BeobachterInnen bei den Fortbildungseinrichtungen, die anstelle der Frauenberatungsstelle Fort- und Weiterbildungen anbieten könnten. Zur Erzeugung von Betroffenheit wäre im Vorfeld auch eine Öffentlichkeitsveranstaltung denkbar, die z.B. von einem Frauenhaus mit betroffenen Frauen gestaltet werden könnte.

Bestehende Netzwerke und schon interdisziplinär kooperierende Professionelle sollten möglichst hinzugezogen werden.

BeobachterInnen kritisierten, dass durch die Selbstdarstellung der verschiedenen Professionen die Problematik der Versorgung gewaltbetroffener Frauen an sich zu wenig im Vordergrund stand. Erfahrungsbeispiele zur Verdeutlichung des Problems wurden zwar von dem Polizisten, der Sozialarbeiterin und der Psychologin benannt, im Gespräch allerdings nicht weiter vertieft.

Weiterhin wurden die Versorgungsprobleme im ambulanten Sektor und die konkrete Schnittstellenproblematik wenig thematisiert.

BeobachterInnen verdeutlichten, dass bei dem reinen Fortbildungsangebot nicht stehen geblieben werden kann, sondern dass in den Strukturen Handlungsräume geschaffen werden müssen, in denen agiert werden kann. Dies wäre eine Frage der Organisationsentwicklung, in die die ärztliche Leitung einbezogen werden muss.

Aufgrund von Erfahrungen in anderen Projekten zeigten BeobachterInnen ergänzend auf, dass es in den ersten Sitzungen und Bemühungen zu Beginn eines Netzwerkaufbaus nicht selten weniger um die inhaltliche Diskussion und Optimierung der Versorgung geht, als um die Selbstdarstellung der Professionen und „Berufsrängelei“. Um dies zu verhindern bedarf es einer sehr guten Vorbereitung eines ersten Kooperationstreffens in der Realität.

Festgestellt wurde, dass mit Anwesenheit einer VertreterIn der ambulanten Pflege die Pflegeprofession von der Anzahl her sehr gut aufgestellt gewesen wäre. So war die Konstellation der TeilnehmerInnen zahlenmäßig ausgeglichen, aber hierarchisch gesehen nicht. Eine Expertin merkte an, dass es ähnliche hierarchische Probleme mit Juristen bei den Runden Tischen zu Gewalt in den Kommunen gab, wie hier mit der ärztlichen Vertretung. Traditionelle akademische Professionen scheinen sich nur in Bezug zueinander und nicht in Bezug zu den „niederen“ Professionen zu definieren und bringen sich häufig nur dann ein, wenn sie sagen können, was nicht geht. Das Problem mit der ärztlichen Leitung des Krankenhauses erschien daher sehr typisch zu sein.

In diesem Zusammenhang kann es hilfreich sein, die Methoden und Transfermöglichkeiten der Runden Tische mit Blick auf diese Problematik näher zu beleuchten. Dies will eine Expertin als Fragestellung in ihrem Berufsalltag weiter verfolgen.

Nach Ansicht von BeobachterInnen könnte einerseits die Gefahr bestehen, dass einige der AkteurInnen an dem nächsten Treffen nicht mehr teilnehmen werden.

Andererseits ist der Gynäkologe, welcher fest an seiner Rolle gehalten hat, sensibilisiert worden. Dies kann als Teilergebnis festgehalten werden. Es wird darauf hingewiesen, dass ein Aufweichen von festgefahrenen Strukturen und ein gegenseitiger Kennenlernprozess nur dann in Gang gesetzt werden kann, wenn die Institutionen und AkteurInnen, die traditionell strukturiert sind und in festumschriebenen Rollenbildern agieren, einbezogen werden.

Das Planspiel warf sehr deutlich die Frage auf, zu welchem Zeitpunkt eines Kooperationsaufbaus die unterschiedlichen AkteurInnen einbezogen werden sollten und wie die Vorbereitung optimiert werden kann. Die Charaktere der Rollenvorgabe und die Umsetzung im Verlauf des Planspiels, sowie die aufgetretenen Spannungen erschienen den BeobachterInnen sehr realistisch zu sein. Es bestand Konsens, dass eine erstes Treffen einer sehr guten Vorbereitung bedarf eine klare Struktur zwingend notwendig ist. Das Planspiel zeigte, wo die Missstände sind und wo Strukturen aufgebrochen werden müssen.

V. Auswertung des Implementationsworkshops – back at home

Für die Auswertung des gesamten Implementationsworkshops wurden die TeilnehmerInnen nach neu hinzugewonnenen Erkenntnissen befragt und was sie „back at home“ an konkreten Schritten unternehmen wollen.

TeilnehmerInnen unterstrichen mehrfach, dass sie viel über den Arbeitshintergrund und die Aufgabengebiete der verschiedenen Institutionen und Professionen gelernt, sowie Hintergrundwissen bzgl. der Thematik erhalten haben. Aus den Erfahrungen anderer Projekte und Herangehensweisen in anderen Institutionen konnten TeilnehmerInnen konkrete Ideen für die eigene Planung und Umsetzung von Handlungsmodellen gewinnen.

Mehrere TeilnehmerInnen berichteten, dass die Sichtweise anderer Berufsgruppen zu der Thematik und der hohe Stellenwert von Vernetzung und interdisziplinärer Kooperation sehr deutlich wurden. Darüber hinaus konnten neue AkteurInnen anderer Professionen kennen gelernt werden. Als neu wurde auch die Erkenntnis benannt, dass unter den Professionellen sowohl Opfer als auch Täter sein können.

Das Planspiel zeigte auf, wo Missstände liegen und welche Strukturen aufgebrochen werden müssen, um effektive Kooperationen aufbauen zu können. Die Vorbereitung eines Runden Tisches und Zusammensetzung der Teilnehmenden bei einem ersten Kooperationstreffen muss sehr gut überlegt werden. Außerdem sollte im Vorfeld die Frage gestellt werden, welche AkteurInnen zu welchem Zeitpunkt mit einbezogen werden sollten. Betont wurde die Notwendigkeit einer klaren Zieldefinition, ohne die ein Kooperationsmodell nicht gelingen kann. Im Rahmen der Auswertung des Planspiels konnten Anleitungen mit dem Umgang potentieller Widerstände herausgearbeitet werden. Es entstand eine Transparenz darüber, wie und auf welchen Wegen Veränderungsprozesse in Gang gesetzt werden können und welches strukturelle Vorgehen der Aufbau eines Kooperationsmodells bedarf.

Als eine neue Erkenntnis wird die Rolle der Pflegewissenschaften noch einmal aufgezeigt, die sich laut einer Expertin aus dieser Profession unbedingt intensiver mit der Thematik auseinandersetzen muss. Das interaktive Verhältnis zwischen

Pflegenden und PatientInnen und die Auseinandersetzung mit dem Erlebensprozess ist in dem wissenschaftlichen Bereich schon verankert. Mit dieser Parallele ist der Erlebensprozess von gewaltbetroffenen Frauen ein sehr guter Ansatz, um bestimmte Phänomene und Verhaltensweisen zu erklären und einen besseren Zugang zu den Frauen zu bekommen. Die Frage stellt sich, wie es in die Lehre der Pflegewissenschaften implementiert werden kann.

Als neue Erkenntnis wird auch die Tatsache benannt, dass durch das Inkrafttreten des neuen Krankenpflegegesetzes derzeit ein Curriculum für die Ausbildung erarbeitet wird und gute Chancen gesehen werden, die Thematik darin zu verankern. Dies wäre ein großer Meilenstein.

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 Implementationsworkshop den TeilnehmerInnen Vertraulichkeit zugesichert wurde, werden sie an dieser Stelle gebündelt dargestellt:

- a) Implementation der Thematik in den Bereich der Pflegewissenschaften und in schon bestehende frauenspezifische Projekte, Arbeitsgruppen oder aber auch in einen Forschungsschwerpunkt;
- b) Öffentlichkeits- und Sensibilisierungsmaßnahmen in Form von Vorträgen auf Veranstaltungen und Artikeln in Fachzeitschriften der Hebammen und Pflegeprofessionen;
- c) Transport der Inhalte und Ergebnisse des Implementationsworkshops in den vertretenen Berufsverbänden und Ausschüssen und Anregung von Diskussionen über weitere Schritte;
- d) Herantragen der Thematik an die PflegereferentIn eines Gesundheitsministeriums;
- e) Vernetzung vorantreiben;
- f) Klinikinterne Maßnahmen: Ist-Analyse zu der Thematik vornehmen, Runden Tisch zu Gewalt einrichten, Thematisieren der Problematik innerhalb der Klinik, ggf. Fortbildungen anbieten;
- g) Einbeziehung von Pflegenden und Hebammen in bestehende Arbeitskreise;
- h) Nutzen von interdisziplinären pathways, um AkteurInnen „ins Boot“ zu holen, sowie die gründliche Überlegung der Zusammensetzung einer Vorbereitungsgruppe innerhalb eines Projektvorhabens.

Fazit: Im begrenzten zeitlichen Rahmen des Implementationsworkshops wurde sich interdisziplinär intensiv der Thematik angenommen und wesentliche Ergebnisse erarbeitet, welche als richtungsweisend angesehen werden können. Es zeigte sich als sehr erfolgsversprechend, für die inhaltliche Gestaltung des Workshops ein ExpertInnen-Hearing durchzuführen und auf verschiedenen Ebenen AkteurInnen einzuladen, die sich bislang unterschiedlich mit der Thematik auseinander gesetzt haben. ExpertInnen aus der Anti-Gewalt-Arbeit sind hinzuzuziehen. Im Rahmen der Veranstaltung wurde auch sehr deutlich, dass durch die oftmals hierarchischen Strukturen es von wesentlicher Bedeutung ist, die Rolle der Pflegenden und Hebammen bei der Versorgung gewaltbetroffener Frauen im Blick zu haben und ihnen „eine Stimme“ zu verleihen.

Zum Aufbau einer integrativen Versorgung oder eines Kooperationsmodells zur Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung gewaltbetroffener Frauen und Mädchen ist eine interdisziplinäre Herangehensweise unabdingbar.

Anlage 1: TeilnehmerInnenliste

Karin Aquino, systemische Supervisorin, freie Trainerin und Organisationsberaterin,
Osnabrück

Agnes Balten, Dr., Westfälische Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie,
Psychosomatik und Neurologie Gütersloh

Viresha J. Bloemeke, Viva – Gesundheit im Wandelzeiten, Hebamme, Hamburg

Martina Böhmer, Altenpflegerin für geriatrische Rehabilitation, Köln

Sabine Bohne, wissenschaftliche Mitarbeiterin der Universität Osnabrück und BKF,
Osnabrück

Eva Maria Chrzonsz, Bund deutscher Hebammen e.V.,
Bundesfortbildungsbeauftragte, Fulda

Jule Friedrich, Bund deutscher Hebammen e.V., ICM-Beauftragte, Hamburg

Gabriele Fröhlich-Gildhoff, Dr. med., Wicker Klinik, Abt. Psychosomatik/
Psychotherapie, Bad Wildungen

Anja Gerlach, Institut für Pflegewissenschaften der Universität Witten/Herdecke,
Witten

Lutz P. Göbel, Verband Pflegemanagement NRW e.V., Leverkusen

Mechthild Groß, Dr., Medizinische Hochschule Hannover, Frauenklinik, Abt.
Geburtshilfe

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

Hildegard Hellbernd, TU Berlin, Institut für Gesundheitswissenschaften,
wissenschaftl. Begleitung des S.I.G.N.A.L.-Interventionprojektes, Berlin

Maria Kalthoff, Dipl. Pflegepädagogin, Universitätsklinikum Münster

Antje Kehrbach, Bund deutscher Hebammen e.V., Beirätin im Bildungsbereich,
Bremen

Mareike Koch, Bundeskoordination Frauengesundheit, Bremen

Hildegard Koppen, Gleichstellungsbeauftragte des Klinikums Nürnberg

Brigitte Lohff, Prof. Dr., Medizinische Hochschule Hannover, Arbeitskreis „häusliche
Gewalt“

Regine Lorenz-Krause, Prof. Dr., Fachhochschule Münster, FB Pflege

Angelika May, S.I.G.N.A.L.-Intervention im Gesundheitsbereich gg. Gewalt an Frauen e.V. i.Gr., Berlin

Barbara Mölbitz, Bundesausschuss für Lehrerinnen und Lehrer in der Pflege e.V., Gifhorn

Christiane Niehues, Dr. med., Klinikum für Rehabilitation, FB Gynäkologie, Bad Salzuflen

Kerstin Moldenhauer, Klinikum Osnabrück GmbH

Mechthild Mügge, Dt. Pflegerat, Landschaftsverband Westfalen Lippe, Abt. Krankenhäuser und Psychiatrie, Münster

Hanna Ojus, Bund freiberuflicher Hebammen Deutschland e.V., Quedlingburg

Sabine Reese, selbstständige Supervisorin und Organisationsberaterin, Odenthal

Susanne Schoppmann, Dr., Institut für Pflegewissenschaften der Universität Witten/Herdecke, familienorientierte und gemeindenahe Pflege

Christa F. Schrader, Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe e.V. (DBfK), Berlin

Bettina Shamsul, wissenschaftliche Assistentin der BKF, Osnabrück

Margot Sieger, Prof. Dr., Ev. Fachhochschule Bochum, FB Pflege

Eliane Silva-Zürcher, Dr. Phil., 1. Frauenklinik der Universität München, Psychosomatische Abteilung

Marion Steffens, LAG autonomer Frauenhäuser NRW, Witten

Marlis Tietze, Frauenklinik, ZKH Bremen

Angelika Voß, Medizinische Hochschule Hannover, Arbeitskreis „häusliche Gewalt“

Anlage 2: Clinic pathway

Zeichnung eines FLOW-CHARTS zur optimalen integrierten Versorgung von gewaltbetroffenen Frauen mit der Gruppe der TeilnehmerInnen

- Einweisung und Aufnahmeprozess
 - Behandlungs- und Therapieprozess
 - Entlassungsvorbereitung und Überleitungsprozess
1. Wie könnte entsprechend ein Aufnahmeprozess aussehen?
 2. Welche Berufsgruppen bräuchten sie hierbei?
 3. Welche Informationen bräuchten die genannten Health Professionals voneinander?
 4. Welche Daten müssten von den PatientInnen festgehalten werden?
 5. Wie könnte eine optimale Versorgung und Begleitung im stationären Bereich aussehen?
 6. Wie könnte eine Vorbereitung auf die Entlassung aussehen?
 7. Welche Kontakte sind zu sichern bzw. zu vermeiden?
 8. Welche Alternativ-/Komplementärversorgung gibt es im ambulanten Sektor?
 9. Zu welchen Institutionen und Berufsgruppen müssten Ihre Mitarbeiter im Vorfeld Kontakt aufnehmen?
 10. Wie müsste die Frau vor der Entlassung persönlich vorbereitet werden?

Anlage 3: Rollenbeschreibungen

Pflegedienstleitung des katholischen Krankenhauses St. Johann und die Gleichstellungsbeauftragte der Region Füchsingen lädt ein zum Thema: Aufbau eines Kooperationsmodells zur Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung gewaltbetroffener Frauen und Mädchen

Frau Überleitung, 43 Jahre, Krankenschwester und Diplom Pflegewirtin

- Pflegedienstleitung des katholischen St. Johann Krankenhauses
- kennt die Schwierigkeiten in der Pflegepraxis
- möchte wirksame und nachhaltige Interventionen in dem Krankenhaus implementieren und Fortbildungen für Pflegende und ÄrztInnen einführen
- ist überzeugt davon, dass ein Kooperationsmodell am Krankenhaus angesiedelt sein sollte und will die Leitung übernehmen
- gute Kooperation mit der Leiterin der IFWB
- sehr engagiert

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, hat aber auch das breite Feld der ambulanten Versorgung im Blick

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

- vertritt die rein schulmedizinische Sichtweise
- sieht keine Zuständigkeit für die Versorgung gewaltbetroffener Frauen und Mädchen über den medizinischen Aspekt hinaus
- bagatellisiert die Problematik, beruft sich auf die Eigenverantwortlichkeit der Frauen
- nimmt nur an dem Treffen teil, da die Pflegedienstleitung ihn überredet hat
- ist skeptisch, hat wirklich andere Probleme

Frau Ambulant, 29 Jahre, Krankenschwester in der Notfallaufnahme des St. Johann-Krankenhauses

- sieht großen Handlungsbedarf, da sie in ihrer Berufstätigkeit sehr oft mit von gewaltbetroffenen Frauen zu tun hat
- ist eher unsicher im Umgang mit diesen Frauen und möchte sich weiterqualifizieren in Bezug auf Ansprache, Weitervermittlung etc.
- kennt die spezifischen Unterstützungseinrichtungen nicht
- hat Bedarf nach Informationen und interdisziplinärem Austausch
- fühlt sich überfordert
- sieht die Problematik der Hierarchie im Krankenhaus und individuellen Kompetenz der Pflegenden

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, Muslimin, Sozialarbeiterin

- Mitarbeiterin eines Frauenhauses und Selbsthilfegruppe für MigrantInnen
- skeptisch den Ärzten gegenüber
- engagiert sich als Sprach- und Kulturmittlerin auch im Gesundheitsbereich
- vertritt die Meinung, dass in dem Krankenhaus eine Dolmetscherin angestellt werden müsste, da sie selber in ihren Tätigkeiten sehr eingebunden ist und nicht auf Abruf hinzugezogen werden kann.

Herr Stier, 54 Jahre, Polizist, Sonderdezernat häusliche Gewalt

- hat kürzlich an der Fortbildungsmaßnahme zum neuen Gewaltschutzgesetz teilgenommen
- vertritt die Polizei beim runden Tisch zu häuslicher Gewalt
- sieht die Notwendigkeit einer guten ärztlichen Dokumentation zur Strafverfolgung
- hat schon häufiger Frauen bei einem polizeilichen Einsatz in das Krankenhaus bringen müssen
- will, dass sich im Krankenhaus „gekümmert“ wird

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

- arbeitet in einer niedergelassenen Praxis als Internistin
- ist im Vorstand der Bezirksärztekammer
- ist sensibilisiert gegenüber der Problematik
- hat das Informationsmaterial der Nds. Ärztekammer zu Gewalt gegen Frauen und einen Leitfaden zur Behandlung von Patientinnen, die misshandelt wurden zugeschickt bekommen, ist aber ambivalent, ob sie es in ihrem Berufsalltag umsetzen kann

Herr Dr. Pille, 50 Jahre, wurde vom Vorstand des Berufsverbandes der GynäkologInnen gebeten, an diesem Treffen teilzunehmen

- Mitglied der Kassenärztlichen Vereinigung
- arbeitet in niedergelassener Praxis
- ist ein eher väterlicher Typ
- arbeitet mit neuestem technischem Standard
- steht einer interdisziplinären Zusammenarbeit mit Hebammen reserviert gegenüber
- ist interessiert, sieht die Problematik sehr individualisiert

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 in ihrem vorgegebenen Zeitrahmen keine Möglichkeit, zu intervenieren
- verweist aber betroffene Frauen an spezifische Unterstützungseinrichtungen
- fühlt sich mit der Problematik überfordert und isoliert
- sieht dringenden Handlungsbedarf

Frau Kreis, 29 Jahre, freiberufliche Hebamme, Mitglied im Bund deutscher Hebammen Deutschland

- arbeitet in enger Kooperation mit einer niedergelassenen Gynäkologin
- hat sich schon länger mit der Betreuung von traumatisierten Frauen auseinandergesetzt
- sieht einen großen Bedarf an interdisziplinärer Kooperation
- ist sehr euphorisch was die Möglichkeiten von Kooperationen angeht

Frau Zwang, 39 Jahre, Stationsleitung der Traumastation in einer psychiatrischen Klinik

- ist sich bewusst über den Dreh-Tür-Effekt der Psychiatrie bei gewaltbetroffenen Frauen und Mädchen
- weiß um die Häufigkeit von Fehldiagnosen und Fehlbehandlungen
- ist frustriert über den Abbau der ambulanten psychiatrischen, psychotherapeutischen Dienste und Drogenberatungsstellen
- favorisiert den Aufbau einer Krisenstation mit psychiatrischer Betreuung, so dass betroffene Frauen nicht sofort in die Psychiatrie eingewiesen werden müssen

Anlage 4: Fragen für BeobachterInnen im Planspiel

1. Welche Vorbereitungen brauchen die Personen, die Sie für das Projekt Gewinnen wollen?
2. An welchen Stellen zeigen Beteiligte voraussichtlich Widerstände?
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?



BKF

Bundeskoordination
Frauengesundheit
In Trägerschaft des AKF®

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**

Inhaltsverzeichnis¹

1 Einführung

1.1 Was brauchen Frauen, die von häuslicher Gewalt betroffen sind? Anforderungen an Professionelle im Gesundheitswesen aus Sicht der Frauenhäuser

Marion Steffens, Frauenberatung Witten

2 Impulsreferate

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

Prof. Dr. Carol Hagemann-White, Universität Osnabrück

2.2 Rechtsmedizinische Kompetenz im Netzwerk gegen häusliche Gewalt

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

3 Ergebnisse der Arbeitsforen

3.1 Arbeitsforum: Qualitätsanforderungen an die psychotherapeutische Versorgung

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

3.3 Arbeitsforum : Schnittstellenmanagement – interdisziplinärer pathway_

4 Planspiel: Aufbau eines interdisziplinären Arbeitskreises

4.1 Verlauf des Planspiels

4.2 Einschätzungen der SpielerInnen

4.3 Auswertung durch die BeobachterInnen

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*

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

7 Auswertung des Implementationsworkshops

8 Anlagen

8.1 Anlage 1: TeilnehmerInnenliste

8.2 Anlage 2: Rollen des Planspieles

8.3 Anlage 3: Fragen für BeobachterInnen im Planspiel

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

¹ In der vorliegenden Arbeit werden ausschließlich die Kapitel vorgestellt, die eigenständig von der Verfasserin erarbeitet wurden.

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“²;
- 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 wurden³.

Allen Veranstaltungen gemeinsam ist die Methode der multidisziplinären und intersektoralen Zusammenarbeit. Sie hat sich als Erfolgsstrategie bewährt, um 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-Hearing⁴ 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

² 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.

³ Die Dokumentation dieses Implementationsworkshop kann von der BKF angefordert werden und ist im Internet unter www.bkfrauengesundheit.de zu beziehen.

⁴ Die Durchführung und Auswertung des ExpertInnen-Hearings erfolgte durch Sabine Bohne in Kooperation mit der BKF, Bohne (2003) unveröffentlichtes Manuskript. Die Auswertung diente zur Vorbereitung der Arbeitsforen.

Band dienten lediglich als Gedächtnisstütze für eine nicht personenbezogene Auswertung.

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.

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 Therapien auch sehr unterschiedlich verlaufen. Eine TherapeutIn sollte daher die unterschiedlichen Verläufe einschätzen können, um eine Frau adäquat zu behandeln. Jeder Fall ist individuell zu betrachten. Voraussetzung ist, dass ein spezifisch psychotraumatologisches Wissen vorhanden sein muss, dass 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 dies verfahrenspezifisch und fundiert.

Die Expertinnen waren sich einig, dass die Weiterbildungsordnung für 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 Studien schon für einzelne therapeutische Ansätze durchgeführt wurden, doch waren ExpertInnen 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. Als 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 betroffener Frauen in das therapeutische Setting mit gewalttätigen Männern 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 psychotraumatologischen 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 tätig werden.

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 ÄrztInnenausbildung 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 Wiedertzulassung 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

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

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 ÄrztInnen am Beginn des Werdegangs mit der Thematik konfrontiert werden könnten. Im begrenzten Zeitrahmen konnten in dem 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 GynäkologInnen 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.

Zusammenfassung von 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 beratende 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 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 VertragsärztInnen 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 derzeit 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 zu 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 Rollenspektrum 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..

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

4.1 Verlauf des Planspiels

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

- Die TeilnehmerInnen fühlen sich häufig missverstanden bzw. in ihrer Arbeit nicht wertgeschätzt;

⁶ Die Rollenbeschreibungen wurden von S. Bohne entwickelt.

- Die TeilnehmerInnen argumentieren aus ihrer spezifischen Sicht und aus ihrem persönlichen Hintergrund heraus. Das führt zu Missverständnissen und Empfindlichkeiten;
- Manche TeilnehmerInnen verstanden nicht, warum sie an der Gruppe partizipieren sollten und welchen Beitrag sie leisten könnten;
- Das Arbeitsergebnis entspricht nicht den Erwartungen, da die sachliche Arbeit immer wieder von persönlichen Befindlichkeiten zwischen den TeilnehmerInnen unterbrochen wurde.

4.2 Einschätzungen der SpielerInnen⁷

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

Herr Buch (Leiter der Akademie für ärztliche Fortbildungen) 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 und nicht einer TeilnehmerIn des Arbeitskreises zu übertragen.

Frau Salome (Sozialarbeiterin mit Migrationshintergrund in der Familienhilfe) spürte richtige Wut auf Dr. Pille (niedergelassener Gynäkologe) 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 (Gleichstellungsbeauftragte) 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.

Frau Hütte (Krankenschwester im ambulanten Pflegedienst) fand es schade, dass in dieser Runde zwar 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 (Psychologin) war sehr wütend auf Dr. Röntgen (ärztliche Leitung des katholischen Krankenhauses). Sie fand es unglaublich, dass sie seit Jahren versuche,

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

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 „Ständegerangel“ 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 Spielerin von 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. Mit der schriftlichen Einladung hätten auch neutrale Grundlageninformationen zur einheitlichen Vorbereitung und ein präziser Verlauf mit Zeitangaben sowie eine TeilnehmerInnenliste versandt werden können. Vorgeschlagen 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 trafen und damit ein hohes Konfliktpotenzial vorhanden war. Es wurde diskutiert, ob durch persönliche Gespräche der Moderatorin im Vorfeld eine freundliche Grundstruktur geschaffen werden kann und die Vermittlung besser gelingen würde. 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 PartnerInnen 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 instrumentalisiert 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 Fragestellungen, an welchen Stellen Beteiligte voraussichtlich Widerstände zeigen würden und wie diesen Widerständen begegnet werden könne, wurden gemeinsam bearbeitet.

Wichtig sei die Erkenntnis, dass der größte Widerstand darin liegt, 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 ÄrztInnen „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, Ressourcenerbereitstellung 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 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 transparent 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.

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, 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 sollten 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) AnbieterInnen 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) Verstärkt sensibilisieren 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 angeregt werden.

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 Mecklenburg-Vorpommern

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?

Beitrag 3:

Hornberg, Claudia; Schrötle, Monika; Bohne, Sabine; Khelaifat, Nadja; Pauli, Andrea; Horch, Kerstin (2008). **Gesundheitliche Folgen von Gewalt unter besonderer Berücksichtigung von häuslicher Gewalt gegen Frauen.** Robert Koch Institut (Hg.). Gesundheitsberichtserstattung des Bundes, Heft 42, Berlin.

ISBN 978-3-89606-190-4

ISSN 1437-5478

http://www.rki.de/DE/Content/GBE/Gesundheitsberichtserstattung/Themenhefte/gewalt_inhalt.html

Eigenständige Erarbeitung der Kapitel 4, 5 und 6 (siehe beiliegende Erklärung).

Universität Bielefeld | Postfach 10 01 31 | 33501 Bielefeld

Universität Osnabrück
FB 03
Sabine Bohne
Heger-Tor-Wall 9
49069 Osnabrück

Prof. Dr. Claudia Hornberg
Dr. Monika Schröttle

Tel.: 0521.106-4365

Sekr. IFF: 0521.106-4574

Fax: 0521.106-2985

Claudia.Hornberg@uni-bielefeld.de

Monika.Schroettle@uni-bielefeld.de

www.uni-bielefeld.de/IFF

Bielefeld, 01.02.2011

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit bestätigen wir, dass Sabine Bohne, Mitarbeiterin der Universität Osnabrück, die Kapitel 4, 5 und 6 des RKI-Themenheftes „Gesundheitliche Folgen von Gewalt unter besonderer Berücksichtigung von häuslicher Gewalt gegen Frauen“ eigenständig erarbeitet hat. Darüber hinaus flossen ihre Beiträge bei der kritischen Überarbeitung des Gesamttextes in die weiteren Kapitel ein.

Es handelt sich um folgende Publikation:

Hornberg, Claudia; Schröttle, Monika; Bohne, Sabine; Khelaifat, Nadja; Pauli, Andrea; Horch, Kerstin (2008). Gesundheitliche Folgen von Gewalt unter besonderer Berücksichtigung von häuslicher Gewalt gegen Frauen. Robert Koch Institut (Hg.). Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 42, Berlin.

Mit freundlichen Grüßen



Prof. Dr. Claudia Hornberg

Equity in Access to Health Promotion, Treatment and Care for all European Women

Edited by

Vera Lasch, Ute Sonntag, Ulrike Maschewsky-Schneider

We would like to thank the following organisations for funding:
the Hessian Ministry of Higher Education, Research and the Arts
the German Federal Ministry for Family Affairs, Senior Citizens, Women and Youth

Bibliographic information published by Deutsche Nationalbibliothek
The Deutsche Nationalbibliothek lists this publication in the Deutsche Nationalbibliografie;
detailed bibliographic data is available in the Internet at <http://dnb.d-nb.de>.

ISBN (print): 978-3-89958-740-1
ISBN (online): 978-3-89958741-8
URN: <http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:0002-7414>

2010, kassel university press GmbH, Kassel
www.upress.uni-kassel.de

Cover pictures: www.digitalstock.de The ColorWorld, W. Bulgar, Piktogramme, J. Hausmann
Cover layout: Jörg Batschi Grafikdesign, Kassel
Layout: Marcin Czerwinski
Printed by: Unidruckerei der Universität Kassel

Domestic Violence and Health Care

Sabine Bohne

Introduction

Violence against women and especially intimate partner violence is a widespread global phenomenon and has serious social, health and economic consequences for the women who experience it. It impoverishes not only individual women suffering from the various consequences and pain, but also communities, societies and nations at many levels. As the prevalence and incidence of intimate partner violence is high and the health care consequences extensive, health care should be sensitised to gender issues and prepared to tackle the needs of women affected by gender violence – particularly intimate partner violence.

Since the 1990s international and supranational organisations have defined violence against women as a form of human rights violation. The United Nations General Assembly summarizes and highlights the ongoing discussion of the women's movement:

“Violence against women is a violation of women's human rights and prevents women from enjoying their human rights and fundamental freedoms, such as the rights to life and security of the person, to the highest attainable standard of physical and mental health, to education, work and housing and to participation in public life” (UN General Assembly 2006: 47).

“Such violence perpetuates the subordination of women and the unequal distribution of power between women and men. It has consequences for women's health and well-being, carries a heavy human and economic cost” (UN 2006: 47/48).¹

In section 1 the focus will be on international key instruments on human rights to explore and underline the dimension of human rights violations by intimate partner violence. There should be a growing awareness of all key professionals dealing with appropriate responses to the victims of intimate personal violence on the highlighted dimension of human rights.

Several international and national prevalence studies document the high rate of intimate partner violence and explore the extent of physical, psychological and sexual violence against women. Intimate partner violence has also been

¹ Analysing the costs of violence against women is useful for understanding the severity of the problem as it shows its economic impact on businesses, the State, community groups and individuals. It emphasizes the pervasiveness of such violence and confirms that it is a public concern, not a private issue. Such analysis can provide important information for specific budgetary allocations for programmes to prevent and redress violence against women and demonstrates that much more should be invested in early intervention and prevention strategies, rather than allowing such violence to continue unabated (UN General Assembly 2006: 50). For an overview on cost studies see Hagemann-White et al. (2006).

recognized as a serious public health issue. The health consequences for women have been well documented in several studies and shown to range from short- and middle- to long term effects (see section 2).

The health care sector has a unique role in a multi-sectoral response to intimate violence as all women visit health care providers for medical treatment even when the symptoms and health consequences are not visibly or obviously the result of a violent episode. In recent years major efforts have been made to integrate the health care sector in multi-professional intervention approaches in cases of intimate partner violence. Several studies have explored the barriers health care providers must overcome in order to identify women affected by intimate partner violence as well as the female patient psychological barriers to disclose abuse. This will be addressed in section 3. Some recommendations and challenges which the health care sector must meet to be able to provide appropriate responses to intimate partner violence will be summarized in section 4 and principle attitudes in intervention addressed. Within the scope of this chapter the pathway for implementation of the recommendations can not be addressed. But there are well documented approaches and guidelines for improving the health care response although most of the approaches have yet to be rigorously evaluated.

1. Violence against Women: a Form of Human Rights Violations

Categorizing violence against women as a matter of human rights because recognizing such violence as a violation of human rights is important for a number of reasons. It clarifies the binding obligations on member states of the United Nations and of human rights conventions specifically to prevent, eradicate and prosecute perpetrators of such violence. These obligations arise from the duty of government bodies to take steps to respect, protect, promote and fulfil human rights. Moreover, addressing violence against women as a human rights issue empowers women, positioning them not as passive recipients of discretionary benefits but as active legal subjects. Understanding violence against women as a human rights concern does not preclude other approaches to preventing and eliminating violence, such as education, health, development and criminal justice efforts.

“Rather, addressing violence against women as a human rights issue encourages an indivisible, holistic and multi-sectoral response that adds a human rights dimension to work in all sectors. It calls for strengthening and accelerating initiatives in all areas to prevent and eliminate violence against women, including in the criminal justice, health, development, humanitarian, peace-building and security sectors” (UN General Assembly 2006: 18).

During the early 1990s, efforts by the women’s movement to place women’s rights firmly on the agenda of international rights and to gain recognition of

violence against women as a human rights issue gained momentum. The World Conference on Human Rights in Vienna (1993) accepted that the rights of women and girls are “*an inalienable, integral and indivisible part of universal human rights*” (United Nations 1993a: 18). Gender-based violence and all forms of sexual harassment and exploitation, including those resulting from cultural prejudice and international trafficking, are incompatible with the dignity and worth of the human person, and must be eliminated. The United Nations General Assembly, in December 1993, adopted the Declaration on the Elimination of Violence against Women. It is the first international human rights instrument to deal exclusively with violence against women, a groundbreaking document that became the basis for many other parallel processes.

The Declaration defines violence against women as “*any act of gender-based violence that results in, or is likely to result in, physical, sexual or psychological harm or suffering to women, including threats of such acts, coercion or arbitrary deprivation of liberty, whether occurring in public or in private life.*” (General Assembly Resolution 48/104 of 20 December 1993).²

It broadens the definition of violence by including both the physical and psychological harm done towards women, and it includes acts in both private and public life.

Although this declaration is a policy statement without binding force, it carries significant international legitimacy as an expression of the collective body of member states of the UN.

Prior to this, the Committee on the Elimination of Discrimination against Women (CEDAW), established in 1982 to monitor implementation of the Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women (General Assembly Resolution 34/180), contributed significantly to the recognition of violence against women as a human rights issue. In its General recommendation No. 19 (1992), CEDAW asserted unequivocally that violence against women constitutes a form of gender-based discrimination and that discrimination is a major cause of such violence:

“Gender-based violence, which impairs or nullifies the enjoyment by women of human rights and fundamental freedoms under general international law or under human rights conventions, is discrimination within the meaning of article 1 of the Convention” (CEDAW General recommendation No. 19, para 7).³

Under the new Optional Protocol to CEDAW, which has been in force since 2000, ratifying states recognize the authority of the Committee to receive and consider complaints from individuals or groups within that state’s jurisdiction. The Optional Protocol authorises the Committee to receive and examine

² [http://www.unhchr.ch/huridocda/huridoca.nsf/\(Symbol\)/A.RES.48.104.En](http://www.unhchr.ch/huridocda/huridoca.nsf/(Symbol)/A.RES.48.104.En)

³ <http://www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/recommendations/recomm.htm>

communications from individuals claiming to be the victim of a breach of one of the provisions of the Convention by a party state.

An additional outcome of the Vienna conference was the appointment of a Special Rapporteur on violence against women by the Commission on Human Rights in 1994, entrusting her with the task of analyzing and documenting the phenomenon, and holding governments accountable for human rights violations against women.

Council of Europe

In 1993 the European Ministerial Conference on Equality between Women and Men adopted a declaration stating:

"Violence against women constitutes an infringement of the right to life, security, liberty and dignity of the victim and, consequently, a hindrance to the functioning of a democratic society, based on the rule of law".⁴

In Recommendation 1450 (2000) the Parliamentary Assembly of the Council of Europe "*condemns violence against women as being a general violation of their rights as human beings – the right to life, safety, dignity and physical and psychological well-being*". This Recommendation clearly states the widespread existence of oppression of women as manifested in domestic violence, rape and sexual mutilation. It also recognizes the important role played by NGOs and "*invites member states to fully support such NGO's in their national and international activities*" (Parliamentary Assembly 2000).⁵

In 2002 the Recommendation Rec(2002)5⁶ of the Committee of Ministers to Member States on the Protection of Women against Violence was adopted. This comprehensive recommendation recognises among other issues that member states of the Council of Europe "*have an obligation to exercise due diligence to prevent, investigate and punish acts of violence, whether those acts are perpetrated by the state or private persons, and provide protection to victims*" (Rec (2002) 5 article II). Member states should "*improve interactions between the scientific community, the NGOs in the field, political decision-makers and legislative, health, educational, social and police bodies in order to design coordinated actions against violence*" (Rec (2002) 5 article VII). The recommendation was the first international instrument to propose a global strategy to prevent violence and to protect the victims covering all forms of gender-based violence. It also calls on governments to inform the Council of Europe on the follow-up at the national level. Moreover, in 2006 the Council of

⁴ www.humanrights.coe.int/equality/Eng/EqualityCommittee/Conferences/ministerialconferences.htm

⁵ <http://assembly.coe.int/Mainf.asp?link=/Documents/AdoptedText/ta00/EREC1450.htm>

⁶ [http://www.coe.int/t/e/human_rights/equality/05._violence_against_women/003_Rec\(2002\)05.asp](http://www.coe.int/t/e/human_rights/equality/05._violence_against_women/003_Rec(2002)05.asp)

Europe launched the campaign ‘Stop violence against women, including domestic violence’.⁷

These developments at the international and European level highlights the policy decision to support co-ordinated action and multi-sectoral approaches including grass roots NGOs to combat violence against women, to show zero tolerance to violence against women and to implement appropriate measures on national and regional levels for intervention and prevention.

2. Prevalence and Consequences of Violence against Women

Defining Violence

In the previous section, several definitions of gender-based violence have been highlighted. With the focus placed on the health care sector, the definition by the World Health Organization (WHO) is useful because it reflects the challenges for the health care system to provide appropriate responses, recognizes a wide range of outcomes beyond injury or death and highlights the need to tackle the challenge of the immense burden violence poses to individuals, families, communities and the health care system. According to the WHO definition, violence is “*the intentional use of physical force or power, threatened or actual, against oneself, another person, or against a group of community, that either results in or has a high likelihood of resulting in injury, death, psychological harm, maldevelopment or deprivation*” (WHO 2002: 5).

The inclusion of the word ‘power’ expands the conventional understanding of violence to include those acts that result from a power relationship and includes threats and intimidation. The definition should be understood to include neglect and all types of physical, sexual and psychological violence, as well as suicide and other self-abusive acts (WHO 2002: 5).

The pervasiveness of different forms of violence against women within intimate relationships, commonly referred to as domestic violence or spousal abuse, is now well established. There is a growing body of research on intimate partner violence, which has expanded to capture the experience of women in intimate relationships beyond formal marriage.

For a better understanding of the complex phenomenon of intimate partner violence, it is important to recognize that intimate partner violence or domestic violence is more likely to show a pattern of abusive behaviour against the woman than to be a single event. It consists of a variety of abusive acts that occur in multiple episodes over the course of the relationship. All parts of this pattern interact with each other and can have profound physical and emotional

⁷ <http://www.coe.int/t/dg2/equality/DOMESTICVIOLENCECAMPAIGN/>

effects on women. Women suffering from intimate partner violence respond to the entire pattern of abuse rather than simply to one episode or one tactic (FVPPF 1998). Forms of intimate partner violence include physical, sexual, psychological and economic violence. Physical violence includes behaviours such as pushing, shoving, slapping, hitting, kicking, biting, choking, burning, the use of weapons, or other acts that are likely to result in injury or death.

The definition of sexual violence varies in many prevalence studies as it is difficult to define exactly where sexual violence by intimate partners begins and where pressure is perceived as an “unwelcome” sexual advance, but not a violation (Schrötte, Martinez et al. 2006: 17). Existing guidelines for field practice describe that acts of sexual violence involve non-consenting sexual encounters in which women either have been pressured, coerced or forced into sexualized contact. Sexual violence includes behaviours such as forcible penetration, vaginally, anally or orally by the offender. Women may be coerced or forced to perform a kind of sex they do not want (e.g., sex with third parties, physically painful sex, sexual activity they find offensive, verbal degradation during sex, viewing sexually violent material) or at a time they do not want it (e.g., when exhausted, when ill, in front of children, after a physical assault, when asleep) (FVPPF 1998).

Psychological or emotional violence against women has received less attention in research on intimate partner violence than physical and sexual violence. There is no common understanding of which acts or combination of acts, as well as frequency of acts constitutes psychological or emotional violence. The Commission Against Gender Violence of the National Health System’s Interterritorial Council of Spain uses a helpful comprehensive definition of psychological violence as follows:

“Deliberate and longstanding conduct that puts the woman’s psychological and emotional integrity and her personal dignity at jeopardy, with the purpose of imposing those behavioural rules the man considers his partner should abide by. It materialises in threats, verbal abuse, humiliations or debasing treatment, exigency of obedience, social isolation, attribution of blame, freedom deprivation, economic control, emotional blackmail, rejection or abandonment.” (Commission Against Gender Violence of the National Health System’s Interterritorial Council. Spain 2008: 18)

Psychological violence can be thought of as an ongoing process in which one individual systematically diminishes and destroys the inner self of another and is often used by an offender as a means of establishing control over the victim (Hermann 1992).

Scope and Extent of Intimate Partner Violence

Population-based surveys that interview women about their experiences with violence are considered the most reliable method for gathering information on violence against women in a general population. Population-based surveys are likely to give a more accurate picture of the extent of violence against women than data from administrative records because they include the experiences of women regardless of whether they have reported the violence to authorities or not. Such studies have been conducted in 71 countries around the world (UN General Assembly 2006).⁸

A review of 50 population-based studies in 36 countries before 1999 showed that the lifetime prevalence of physical violence by intimate partners ranged between 10% and over 50 % (Heise et al. 1999). At its most severe, intimate partner violence leads to death. Research studies on femicide from Australia, Canada, Israel, South Africa and the United States of America show that 40% to 70% of female murder victims were killed by their boyfriends or husbands. Murder was the second leading cause of death for girls aged 15 to 18 in a study in the United State, and 78% of homicide victims in the study were killed by an acquaintance or an intimate partner (Coyne-Beasley et al. 2003, UN General Assembly 2006: 38).

The WHO conducted a multi-country-study on Women's Health and Domestic Violence in mostly non-European Countries, including but not restricted to low- and middle-income countries. Over 24.000 women aged 15- to 49-years in 15 sites in 10 countries (Bangladesh, Brazil, Ethiopia, Japan, Namibia, Peru, Samoa, Serbia and Montenegro, Thailand and the United Republic of Tanzania) were interviewed using a common methodology. The results show that between one-third and three-quarters of women (35% to 76%) had been physically or sexually assaulted by someone since the age of 15 in 13 of the 15 sites studied. In almost all the settings the majority of this violence was perpetrated by a current or previous partner, rather than by other persons (Garcia-Moreno et al. 2005a).⁹

Violence can also pose a serious risk during pregnancy. The prevalence of intimate partner violence during pregnancy is estimated to be 5,3% during pregnancy and 8,7% around the time of pregnancy (Saltzman et al. 2003). A prevalence rate of 11,1% was found in a population-based survey of over 6000 women from South Carolina (Cokkides et. al 1999). Several studies across

⁸ For an overview see: UN General Assembly (2006); Martinez et al. (2006); Garcia-Moreno et al. (2005a)

⁹ According the study, overall, 15 to 71% of women who ever had a partner had been physically or sexually assaulted by an intimate partner. About a half of these women reported that the violence was currently ongoing (occurred in the past 12 months preceding the interview). In the majority of settings a greater proportion of women had experienced "severe" physical violence than those suffering "moderate" physical violence. More than one-fifth (21% to 66%) of women reporting physical violence in the study had never told anyone of their partner's violence before the study interview (Garcia-Moreno/Heise et al. 2005b: 1282).

different developing countries indicate that violence during pregnancy ranges from 4% to 32%, and that the prevalence of moderate to severe physical violence during pregnancy is about 13% (UN General Assembly 2006).

European Prevalence Studies

Since the 1990s, many European countries have conducted national prevalence studies on the extent of physical, sexual and psychological violence against women.¹⁰ Some of the surveys concentrated on violence by intimate partners; other surveys have also included other victim-perpetrator-relationships and violence outside of the homes. They showed that women experience violence predominantly by current or former partners and less often by known or unknown persons in other contexts (Martinez, Schröttle et al. 2006). A few prevalence studies have also obtained information about the health impact of different forms of interpersonal violence on victims, indicating that violence against women greatly affects all aspects of women's health, from immediate physical harm to the longer-term impairment of victims' mental, physical and social health.

“The lifetime prevalence of physical and/or sexual violence by current and/or former partners ranges in the European studies from 4% to over 30%; the lifetime prevalence of physical violence alone ranges from 6% to over 30%, and the lifetime prevalence of sexual violence by intimate partners from 4% to over 20%, depending on methodology and also on the broad or narrow definitions of violence. Psychological violence by intimate partners has been published in some studies as a separate category; the lifetime-rate is between 19% and 42%” (Martinez, Schröttle et al. 2006:13).

Because the methodology of the numerous European studies performed to date are not comparable with each other, the CAHRV¹¹ prevalence researcher group carried out a systematic and comparable reanalysis of data from five European countries (conducted in Finland, Sweden, Germany, Lithuania, France). It allows more accurate data comparisons between countries on the basis of harmonization of definitions of violence, of age-groups and calculation bases for prevalence rates.

The following results of the extent of violence in several countries relate to women in the central age group of 20-59.¹²

¹⁰ See overview on studies and methodology in: Martinez et al. (2006)

¹¹ Coordination Action on Human Rights Violations (CAHRV) see: www.cahrv.uni-osnabrueck.de

¹² They stem from the CAHRV-data reanalyses conducted by several prevalence researchers in 2006 (Schröttle et al 2006: 10ff.

Physical violence by intimate partners

The lifetime prevalence rates for physical violence by current and/or former partners documented in table 1 range from almost 21% to 33% for women who have ever had a partner. The detailed data re-analysis in the CAHRV expert groups finds lower rates of physical partner violence in Sweden and the highest rates in Lithuania (Schröttle, Martinez et al. 2006: 12). Between 9% and 23% of women in the central age groups has experienced at least one act of physical violence by current partner. Here again prevalence rates in Sweden are lowest and prevalence rates in Lithuania highest whereas Finnish and German rates fall in between.

The prevalence rates for violence by former partners are very similar and extremely high (32% to 42%) related to the prevalence rates by current partners (13% to 24%).

	Finland	Germany	Lithuania	Sweden
Physical violence by current and/or former partner (based on women who have ever had a partner)	27,5%	27,9%	32,7%	20,5%
Physical violence by current partner (based on women who currently have a partner)	17,0%	13,2%	23,4%	8,6%
Physical violence by former partner (based on women who have previously had a partner)	42,1%	39,5%	41,9%	31,8%

Table 1: Physical violence by intimate partners – lifetime-prevalence. Age-group: 20-59 (Schröttle, Martinez et al. 2006 : 12).

Sexual Violence by Intimate Partners

It is very difficult to define exactly where sexual violence by intimate partners begins and where pressure is perceived as an (unwelcome) sexual advance, but not a violation. In some studies a rather broad definition of unwanted sexual acts is used, other studies define it by forced acts that refer to legal definitions of rape and attempted rape. Some studies use very exact and clinical phrases to identify sexual violence in the questionnaires, others remain rather vague (Schröttle, Martinez et al. 2006: 17). In all studies there is a relative consensus on the contents and the categorisation of acts of sexual violence but the detailed description of the actions, the structuring of the questionnaires, the time frame, and above all the grouping together of events in the subdivision of private and public spheres differs. Thus the comparability of sexual violence between countries is limited. However, the CAHRV expert groups came to the conclusion that cautious comparisons between countries are possible because all five surveys that were included obtained information on forced sexual acts, and

did so in a similar way. All but the Finnish study differentiate between forced sexual acts and attempts to force acts (see table 2).

	Finland	Germany	Lithuania	Sweden
Sexual violence by current and/or former partner (based on women who have ever had a partner)	11,5%	6,5%	7,5%	6,2%
Sexual violence by current partner (based on women who currently have a partner)	5,0%	1,0%	2,9%	1,4%
Sexual violence by former partner (based on women who have previously had a partner before)	17,6%	12,1%	12,4%	11,1%

Table 2: Sexual violence by intimate partners – lifetime-prevalence. Age-group: 20-59, (Schröttle, Martinez et al. 2006: 18).

According to the CAHRV expert group the differences may to some extent be a consequence of methodology and wording, and might reflect differences in reporting or in the sensitivity of the topic (for which empirical evidence is lacking at present). It seems that in the Finnish study rates of sexual violence by partners are relatively high compared to the rates in the German, Lithuanian and Swedish studies. Furthermore, the Finnish and Swedish surveys were administered in the same way. Thus there may in fact be higher rates of sexual violence against women by current and former partners in Finland. It seems that they are extremely high with regard to sexual violence by former partners that was experienced by almost one in six women (18%) who had ever separated from a partner in Finland and by 11% to 12% of the women in the other countries (Schröttle, Martinez et al. 2006: 18f).

Psychological violence, threat and control by partners

It is still very difficult to define exactly what psychological violence in intimate partner relationships is, where it begins and when it is just one aspect of interpersonal conflict. In most prevalence studies several dimensions of dominance, humiliating behaviour, threat and control in order to measure psychological violence are used; sometimes indicators are developed in order to assess lower or higher levels of psychological violence (Schröttle, Martinez et al. 2006: 22). In the structured data reanalyses only questions on psychological violence were included that were similar in the surveys (see table 3).

Table 3 shows relatively high overall rates of psychological violence in the Lithuanian study, lower rates in the Finnish and German study and again lowest rates in the Swedish study. Between 12% of women in the Swedish and 29% of women in the Lithuanian study have reported at least one of these behaviours for

the current partner. This was the case for 14% of women in the German and almost 17% of women in the French study.

	France	Finland	Germany	Lithuania	Sweden
a) extreme jealousy	(4,4%)	8,2%	8,1%	24,4%	5,7%
b) restricting the woman from seeing friends or other relatives	3,2%	5,7%	8,1%	15,2%	0,5%
c) humiliating behaviour	(24,5%)	6,7%	(2,6%)	17,1%	5,9%
d) economic control	(1,2%)	3,8%	5,2%	(12,2%)	2,2%
e) threaten to harm the children	(1,1%)	0,2%	(0,6%)	8%	0,0%
f) threaten to commit suicide	(1,0%)	2,8%	1,3%	4,9%	1,0%
At least one of these ...	(24,3%)	16,5%	14,3%	28,6%	11,6%

Table 3: Psychological violence by current intimate partner – lifetime-prevalence. Age-group: 20-59, (Schröttle, Martinez et al. 2006: 24).

As the French data refers to annual rates only whereas the other surveys have not set time periods; in these questions refer to the ‘current’ partner, comparing the French data with the other surveys is limited. The figures that are not fully comparable are in parentheses ().

The overview on prevalence studies above document the high level of physical, sexual and psychological violence against women in intimate partnership that has serious consequences for the women’s well being. Future research should pay attention and monitor the development in order to learn more about political and societal framework conditions to lower the rates of intimate violence (Schröttle, Martinez et al. 2006).

Health Consequences of Intimate Partner Violence

The health consequences of intimate partner violence range from short- and middle term to long-term consequences and are far ‘broader’ than most health care providers are aware of. Beyond ‘visible’ injuries often seen in emergency departments, intimate partner violence can lead to serious psychosomatic and mental health problems that are not easily recognized as consequences of violence experienced.

It is well documented that women with a current or past experience of intimate partner violence use primary care and specialist outpatient services more frequently, are issued more prescription medication and admitted to hospital more often than non-abused women (Campbell et al. 2002).

Studies show that women who have experienced physical or sexual abuse in childhood and/or in adulthood experience ill health more frequently than other women with regard to physical health status, physical functioning, psychological

well-being and the adoption of further risk behaviours (Campbell et al. 2002, Plichta 2004, RKI 2008).

The consequences of interpersonal violence for women's health range from nonfatal outcomes such as physical injuries, gastrointestinal disorders, chronic health problems and consequences for reproductive health to fatal outcomes such as suicide and homicide.¹³ Physical, psychological and sexual violence also have consequences for women's mental health, such as depression, low self-esteem and posttraumatic stress disorder, as well as behavioural outcomes such as alcohol and drug abuse, sexual risk taking and self-injurious behaviour. It has become increasingly clear that injuries represent only the tip of the iceberg of negative health effects (Plichta 2004).

Physical and (psycho)somatic Consequences

Injuries sustained by abused vary from minor to life threatening. Studies reveal that minor injuries (scratches, bruises, welt) are the most common, while lacerations, knife wounds, broken bones, head injuries, sore muscles, broken teeth, internal injuries and bullet wounds occur with increasing frequency of violence (Tjaden & Thoennes 2000). Women affected by physical violence by intimate partner are more likely to be injured in the head, neck, face, thorax, adomen and breast than other women who are injured under other circumstances (Muellemann et al. 1996).

Population-based studies consistently report an increased risk for disability among victims of interpersonal violence (Plichta 2004). There are often long-term functional impairments caused by these injuries. Permanent handicaps such as hardness of hearing caused by injuries to the ear drum or visual impairment can arise (Muellemann et al. 1996, Fanslow et al. 1998, Hellbernd 2006).

Women who are victims of violence suffer from chronic tensions, fear and insecurities, which can result in psychosomatic symptoms and chronic illnesses and syndromes. In a review by Campbell et al. (2002) the analysed studies show a significant connection between experiencing violence and headaches, migrane, shoulder and neck pains and chronic back pain (Hellbernd 2006).

Women suffering from intimate partner violence also have significantly more than average self reported gastrointestinal symptoms, i.e. loss of appetite, eating disorders and diagnosed functional gastrointestinal symptoms (i.e. chronic irritable bowel syndrome) associated with chronic stress (Campbell et al. 2002). These disorders may begin during an acutely violent and thus stressful relationship, be related to child sexual abuse or both. The subsequent functional damage to the bowel can last far longer than the violent relationship.

¹³ For an overview see: Campbell 2002; Hellbernd 2006, WHO 2002, Plichta 2004; RKI 2008

Furthermore, the injuries, fear and stress associated with intimate partner violence can result in chronic health problems such as chronic pain (i.e. headaches, back pain) or recurring central nervous system symptoms (Campbell et al. 2002). A greater prevalence of chronic pain among women suffering interpersonal violence is documented in several large studies (Pflichta 2004). Greater pain levels are also found in abused women in patient populations with specific disorders such as fibromyalgia, gastroinsintestinal orders and facial pain. Chronic pain syndromes are more common in women who have experienced domestic violence and child abuse (Kendall-Tacket et al 1993).

Mental Health Outcomes

International studies document several psychological symptoms that are associated with a history of interpersonal violence in childhood and in adult life. Psychological outcomes especially associated with violence against women are depression, stress symptoms, panic attacks, post traumatic stress disorder (PTSD), eating disorders and suicidal thoughts and behaviours (Campbell et al. 2002; Hagemann-White & Bohne 2003; Hellbernd 2006; RKI 2008).

A review of mental health problems among women with a history of interpersonal violence in the United States (Golding 1999) reported that victims had a three to five times greater likelihood of depression, suicidal thoughts and behaviours, posttraumatic stress disorder (PTSD) and substance abuse than non-victims. Frequency and greater severity of physical violence including life threatening experiences have been shown to relate to the development of PTSD. Multiple experiences of victimization throughout childhood and adulthood have been found to be associated with greater PTSD (Dutton et al. 2006). The degree of depression is significantly related to the frequency and severity of the abuse. According to Golding (1999), the risk of depression and post-traumatic stress disorder is associated with intimate partner violence even higher than that resulting from childhood sexual assault. Depression has also been associated with other life stressors that often accompany domestic violence such as child abuse, daily stressors, forced sex with an intimate partner, negative life events etc. (Campbell et al. 2002).

Research on trauma has greatly increased over the past two decades, one result being that there is no simple picture or definition of PTSD, its cause or its treatment. Unlike most other psychiatric disorders, the criteria for PTSD include an anchor event or mental construct of a fearful event. The importance of this criterion is to place emphasis on an environmental trigger for the disorder.

According to Jordan et al. (2004), patients may describe fear and terror, flashbacks during which prior episodes of violence are relived, marked expressions of denial and avoidance, constricted affect, loss of memory for aspects of the traumatic incident, sleeping difficulties and nightmares, chronic

anxiety and hypervigilance, and marked physiological reactivity. “Extreme traumatic stressors” which are included in the criteria defining PTSD are characteristic of the experience of women victimized by intimate partner violence. Stressors inflicted by a known person are particularly likely to cause acute psychological distress (Jordan et al. 2004). The construct of posttraumatic stress encourages a focus on the cause of the stress (the outside coercion of a violent partner) rather than on an attributed ‘weakness’ of the abused woman. This approach emphasises that many of the psychological experiences of the affected women are normal human responses to a traumatic event, a message that can be very re-assuring for victims (Jordan et al. 2004).

According to Jordan et al. (2004) it is important for clinicians to identify those factors related to a client and her experience that will impact the likelihood of her suffering post trauma and other types of abuse-related reactions.

Intimate partner violence is also a significant risk factor for suicidal behaviour among women (Abott et al. 1995; Bergmann & Brismar 1991; Stark & Flitcraft 1996). Golding (1999) found a mean rate of 23,7% of battered women had attempted suicide, compared to 0,1% to 4,3% in the general adult female population. Across studies included in the review, the highest attempted suicide rates occurred among psychiatric patients.

Health behaviours

Abused women are more likely to have risky health behaviours than non-abused women. Several studies have found that women affected by interpersonal violence are more likely to consume alcohol and drugs, have a high tobacco consumption or have a significant higher use of pain medications than other women (Campbell 1992; Cokkinides & Coker 1998; Müller & Schröttle 2004; Pflichta 2004).

The question arises whether women try to blunt their reactions to trauma by dulling their senses with alcohol and drugs or whether women who use alcohol and drugs are more likely to live in ways that put them at greater risk of being abused by men. In the United States, a study conducted over the course of two two-years periods found that women who used illicit drugs, but not those who used alcohol, were at increased risk of being abused over the next two years of follow-up. As expected, any past or recent history of abuse was associated with increased rates of alcohol and drug use, even after controlling for prior use and other factors. These findings suggest that increased alcohol use is more an after-the-fact coping response to victimization, whereas drug use increases risk of being victimized at the same time that victimization increases the likelihood of using drugs (Heise et al. 1999: 22).

Reproductive and Maternal Health Consequences

Gynaecological problems are the most consistent, longest lasting and largest physical health difference between abused and non-abused women. Differential symptoms and conditions include sexually transmitted diseases, vaginal bleeding or infection, fibroids, genital infections, chronic pelvic pain and urinary-tract infection (Campbell et al. 2002). In one of the best-sampled US population-based studies of self-reported data, the odds of having a gynaecological problem were three times greater than average for victims of interpersonal violence. The combination of physical and sexual violence that characterises the experience of most abused women puts these women at an even higher risk for health problems than women only physically assaulted (Campbell et al. 2002).

Violence can also pose a serious risk during pregnancy. In Plichta's (2004) review of the research literature clear association emerged between violence around the time of a pregnancy and harmful maternal health behaviour. The main health effect specific to abuse during pregnancy is the threat to health and risk of death of the mother, fetus, or both from trauma. Physical abuse in pregnancy is associated with health problems during pregnancy such as sexually transmitted diseases, urinary tract infections, substance abuse, depression and other mental health problems¹⁴.

There is also more likely to be a delay in obtaining maternal health care (Plichta 2004; Hamberger et al. 2004). An average delay of 6,5 weeks is reported in one study with another study reporting women who are abused being twice as likely not to receive care until the third trimester (Mc Faarlane & Parker et al. 1996)

Pregnancy outcomes are negatively associated with violence exposure. Pre-term labour is found to be significantly related to violence, as is low birth weight, spontaneous abortion, hospitalization because of injuries and vaginal infections (Hamberger et al. 2004, Plichta 2004).

Health Impact Summary

Intimate partner violence has long-term negative outcomes even after the abuse has ended. The physical and emotional effects of intimate partner violence and threatened abuse may improve once the victim is no longer in the dangerous relationship. In a study of abused women, most perceived their physical and emotional health as deteriorating from the initial stages of the relationship, worsening during the time of abuse, and improving once the relationship ended

¹⁴ For an overview on existing studies see: Hamberger & Phelan 2004: 41f

(Jordan et al. 2004). These effects can manifest themselves in poor health status, poor quality of life and a comparatively greater use of health services.

As the studies above show, violence in intimate partnership is a significant direct and indirect risk factor for various physical health problems frequently seen in the health care settings. Intimate partner violence is one of the most common causes of injury in women (Campbell et al. 2002; WHO 2002; Garcia-Moreno et al. 2005a).

Women who have been targeted for intimate partner violence can be identified in a health-care setting where they seek treatment, care and support. However, health care providers need to be aware that women often do not disclose abuse, even when it is the underlying cause of their health-care visit.

3. Barriers for Appropriate Health Care

Health care provider barriers

Health care providers play an important role in impeding or facilitating appropriate assessment, diagnosis and treatment. An important component of the assessment and diagnostic process involves interviewing techniques and strategies as well as clinical observation. A number of factors can support health care providers' efforts to gather information as well as patients' efforts to provide information and receive the help they want and need (Hamberger et al. 2004).

However, studies show that health care providers have a number of barriers that obstruct a conscious effort to explore for interpersonal violence; the most typically identified barrier is lack of education and knowledge (Hamberger et al. 2004).¹⁵ It appears the most basic educational and knowledge deficits include lack of overall knowledge about domestic violence, such as a working definition of what domestic violence is, the dynamic of violence and the prevalence of victims in typical specialised health care settings. For untrained health care providers domestic violence is 'not on the radar screen' (Hamberger et al 2004: 166) and they may assume that their patients do not have such problems. Related to this knowledge deficit is a lack of understanding and skill to screen for intimate partner violence in the health care setting. Health professionals might have some knowledge about intimate partner violence but less understanding of how to ask women in a way that put victims at ease and facilitate valid responses. They also might not know how to respond appropriately when a woman disclose violence. Moreover, there is often a lack of information about specialised support services for female victims of violence in the community to which a provider could refer (Hamberger et al. 2004; Rönnerberg et al. 2000).

¹⁵ for an overview of studies see Rönnerberg et al. (2000) and Hamberger et al. (2004)

Another frequently mentioned barrier to routine screening in a medical setting is the fear of health professionals that women will be offended if asked about domestic abuse, the fear of overstepping boundaries and intruding into private family matters (Hamberger et al. 2004). But several studies show that most of the women in fact approve of being asked about domestic violence in health care settings (Gloor et al. 2004; Hamberger et al. 1998; Hellbernd et al. 2004; Westmarland et al. 2004). Studies suggest that certain forms of questioning in an empathic way may facilitate the comfort of the woman and help to disclose intimate partner violence.

A major barrier to screening and responding appropriately to intimate partner violence victims is time pressure. One result of a study conducted by Minsky et al. (2005) is that many health care providers discussed feeling overworked and overwhelmed by their current staffing responsibilities. They viewed adding intimate partner violence screening and intervention as a major impediment to performing their other duties in a professional and positive manner. Health care professionals also feared they might open ‘Pandora’s box’ upon identifying victims of intimate partner violence. Included in this box are strong emotional responses of the patient, time spent in crisis management, loss of control over the rest of schedule, fear of reprisal by the abusive partner, fear of litigation and inability to control the outcome for the woman etc (Hamberger et al. 2004; Rönnerberg et al. 2000). Health care providers are accustomed to following protocols and treatment guidelines and are trained to assess, diagnose and prescribe treatment. Intimate partner violence does not lend itself so neatly to such a model. The problem of time pressures could be also considered as a health system barrier (Hamberger et al. 2004).

Furthermore, provider attitudes and accountability can be a barrier for screening and appropriate response on disclosure. Several studies found that health care professionals hold attitudes and beliefs/myths about intimate partner violence that blame the victim. Frustration has also been identified in response to the female victim’s lack of ‘willpower’ to change her circumstances, once she has been identified as a victim, and with patients returning to abusive partners several times (Hamberger et al. 2004).

Another barrier is lacking inner-institutional support such as standard descriptions and protocols on dealing with victims of intimate partner.¹⁶ There is also a considerable debate about whether health care professionals who identify victims of intimate partner violence should be obliged to report cases to the criminal justice system (mandatory reporting).¹⁷ Many health care providers believe that this is a breach of confidentiality and can result in lower disclosure and increased risk for women (UN General Assembly 2006: 63).

¹⁶ For institutional barriers see the article by Hellbernd & Brzank in this book.

¹⁷ In many European countries with a national health care system financed by the state, doctors are obliged to report cases of domestic violence. Whereas in countries with an insurance paid system, this is not the case.

As experiences with intervention in medical facilities show, individual and institutional barriers can be overcome. The reason that violence is rarely made an issue in the health care setting is largely based on the fact that health care providers are not trained to face violence phenomena. In most of the curricula for health professionals training, intimate partner violence is not an issue (Surprenant 2002; Hellbernd et al. 2004).

Psychological Barriers to Disclose Violence

Female patients who struggle with intimate partner violence rarely volunteer or discuss such information with their health care providers. Although health care providers themselves create many barriers to screening and identification, female patients also create barriers to their own identification as a victim of interpersonal violence. This can be a logical survival mechanism designed to avoid further harm. Major barriers which female patients experience include lack of trust, fear of retribution and fear of loss of control over decision-making, concern that the health care provider might ‘take over’.

According to Hellbernd (2006), a principal reason women are reluctant to volunteer information about violent experiences are feelings of shame and guilt, and a sense that they are responsible for the violence. Most women hope that they can stop a partner’s abusive behaviour by doing everything he wishes. Most women fear that health care providers might take action without their consent, i.e. that the police or child protection services will be informed or the perpetrator approached. Another serious reason for women not to disclose abuse is the fear of an escalation of the abuse and threats when the abuse is disclosed and thus becomes ‘public knowledge’. As the mental health consequences show, long term abuse can damage women's self-confidence and self-esteem to such an extent that looking for and acceptance of help and support in and of itself becomes difficult or – seemingly – next to impossible (Dutton 2002).

Results of the German prevalence study show that a significant number of the women interviewed had not previously ever told anyone about the violence. In the case of physical violence, 63% of the women had previously confided in a third person. In the case of sexual violence, only 53% had done so (Müller & Schröttle 2004).

However, studies verify that in the course of health treatment, female patients want their exposure to violence and its effect on their health conditions taken into account in the treatment setting (Hamberger et al. 2004). If abused women seek professional help, health care providers are the first contact person they would trust, followed by the police and specialised support services (Müller & Schröttle 2004).

4. Improving Health Care Responses

What Women Value most

The review of several studies by Hamberger et al. (2004) shows that abused women have fairly clear ideas about what constitutes helpful and effective health care interventions. Specifically, women suffering intimate partner violence value respect of their autonomy and decision-making abilities. They most value emotional support and validation of their experiences and want careful examinations of the violence history and consequential injuries (Hamberger et al. 2004: 235). Furthermore, women suffering intimate partner violence are concerned about the safety of children in the home and the medical record of child abuse.

Principles of Intervention in Cases of Intimate Partner Violence

The first principle of care for intervention in cases of intimate partner violence is patterned after the Hippocratic oath, admonishing physicians ‘to help – at least to do no harm’¹⁸. Physicians should be trained to attain a basic level of competence to identify victims of intimate partner, to conduct preliminary risk assessments and refer women to specialised services for further support. *“Inappropriate care or careless approaches to treatments should never result in injury or loss of life to any of the parties involved”* (Jordan et al. 2004:102). Furthermore, appropriate responses to women suffering from the consequences of intimate partner violence should not be a model of pathologising their reactions but a model of empowerment. The reactions to life-threatening trauma should be seen as reasonable in their context rather than as symptoms of illness or disorder. In practice this principle ensures an environment which accepts the victim and avoids blaming her. Providing safety for women and children must have priority and should be the foundation on which all treatment decisions are based (Jordan et al. 2004).

A debate in recent years has emerged over the benefits and risks of having health care provider routinely screen women for intimate partner violence. In resource-poor settings, routine screening can harm women if health care providers are not prepared to respond appropriately. This is the case if privacy and confidentiality cannot be assured or if a referral to specialised supporting system is lacking (Morrison et al. 2007). A number of experts recommend selective screening – asking only women with certain conditions that may raise the suspicion of intimate violence, so-called ‘red flags’:

¹⁸ www.geocities.com/everwild7/noharm.html

- Chronic, vague complaints that have no obvious physical cause,
- Injuries that do not match the explanation of how they occurred,
- A male partner who is overly attentive, controlling, or unwilling to leave the woman's side,
- Physical injury during pregnancy,
- Late entry into prenatal care,
- A history of attempted suicide or suicidal thoughts,
- Delays between injuries and seeking treatment,
- Urinary tract infection,
- Chronic irritable bowel syndrome,
- Chronic pelvic pain (Heise et al. 1999: 24).

But women have a very different view. In an evaluation research review on good practice (Hanmer, Gloor et al. 2006), a CAHRV group summarized the evaluation results of studies that explored the standpoint of women:

“By a considerable majority, patients are positive about initiatives that routinely ask about victimisation experiences” (Hanmer, Gloor et al 2006: 49).

Some research exists on screening projects demonstrating the effectiveness for early identification, support and referral (Hellbernd et al. 2004; Regan 2004; Romito et al. 2004; Westmarland et al. 2004).

Many programs have tried to strengthen the health service response to intimate partner violence in the past decades. The central lesson is that improving health service responses requires a system-wide approach (Heise et al 1999, WHO 2002). Examples include strengthening policies, protocols and norms, upgrading the infrastructure of clinics to ensure privacy and adequate supplies. It is recommended that all health professionals and health care administration management be trained and thus enabled to respond appropriately to intimate partner violence. It must be ensured that only trained staff screen women for violence histories and that a referral network exists or, failing that, that a cohesive network be established. Health care professionals should be competent to provide emotional, non-judgemental support, assess a woman's level of danger, provide crisis intervention, document the cases and make referrals to specialised women's support services.

Following recommendations from a WHO study aim at strengthening the health care sector response to violence against women:

1. Develop a comprehensive health sector response to the effects of violence against women by:

- identifying roles for health professionals in advocating for prevention of violence and in providing services for women
- coordinating and working with other health professionals and with other actors that care for abused women (for example, by creating formal referral processes and protocols)
- integrating appropriate not-stigmatising, non-blaming, respectful, secure, and confidential responses to violence against women in: all aspects of care (such as emergency services, reproductive health services, mental health services, HIV related services)
- sensitising and training of health professionals.

2. Use reproductive health services as entry points for identifying and supporting women in abusive relationships, and for delivering referral or support services:

- Establish protocols and referral systems to enable trained reproductive health providers to recognise and respond appropriately to violence, ensuring confidentiality, and making women's safety a priority.
- Add an anti-violence component to antenatal services, parenting classes, and other services that involve men (Garcia-Moreno et al. 2005b).

The WHO also published a handbook on interpersonal violence prevention programmes which aims to present a framework and methodology for the identification, classification and documentation of such programmes (WHO 2004). The handbook includes an overview of the public health approach to understand and prevent violence. The public health approach is science-based and promotes a multidisciplinary response system in which multiple professions and policy areas contribute to violence prevention, including educators, health care workers, the police, NGOs and government ministries responsible for social policy – the focus and not exclusively on public health professionals (WHO 2004: 10).

5. Conclusion

During the past several years much effort has been made to raise awareness on violence against women as a form of human right violation and on the unique role of the health care sector in a multi-sectoral approach to combat violence against women. Right now there is growing effort to strengthen policies and system-wide approaches to integrate the health care sector in existing multi-agency strategies for intervention. Guidelines and protocols have been developed in many countries and recommendations formulated by the WHO and national and international organisations. In some countries guidelines, protocols and training units on the topic are well established and systematically implemented. In other countries, there has been no effort to strengthen

healthcare intervention in cases of intimate partner violence. In many European countries, removing barriers to appropriate health care responses is very challenging as the health care sector is not a hierarchical system where decisions, if made by stake-holders, can be nationally implemented top-down. Therefore it is necessary that there be a clear policy decision at the national level (reinforced through binding guidelines and protocols), as well as at the relevant management levels decisive for the implementation of appropriate measures and programmes. For example, in the clinical context a clear decision on the part of management and administration is needed if measures intended to improve health care responses and in order to care adequately for victims of violence are to be implemented in reality. Investment in appropriate programmes and measures for intervention and prevention in cases of intimate partner violence can reduce the immense burden for society, but moreover may reduce the pain and suffering of individuals when the needs of victims are tackled appropriately. Much more effort should be also made in conducting research on the effectiveness of measures, whether recently developed guidelines and protocols are in fact being used in the field and to what effect. Models of promising and good practice should be rigorously evaluated and – where validated – be replicated. Science-based health care and health care setting violence intervention research should highlight the question what is really helpful for women who suffer from intimate partner violence.

References

- Abott, J.; Johnson, R.; Koziol-McLain, J.; Lowenstein, S.R. (1995): Domestic violence against women. Incidence and prevalence in an emergency department population. In: *Jama* 273 (22): 1763-7.
- Bergman, B; Brismar, B. (1991): Suicide attempts by battered wives. In: *Acta Psychiatr Scand* 83 (5): 380-4.
- Campbell, J. (1992): Prevention of Wife Battering: Insights from Cultural Analysis. In: *Response to the Victimization of Women and Children* 14 (3): 18-24.
- Campbell, J.; Jones, A.S.; Dienemann, J.; Kub, J.; Schollenberger, J et al. (2002): Intimate partner violence and physical health consequences. In: *Arch Intern Med* 162 (10): 1157-63.
- Cokkinides, V.E.; Coker, A.L.; Sanderson, M.; Addy, C.; Bethea, L. (1999): Physical violence during pregnancy: maternal complications and birth outcomes. In: *Obstet Gynecol* 93 (5 Pt 1): 661-6.
- Commission Against Gender Violence of the National Health System's Interterritorial Council (2008): Common protocol for a healthcare response to gender violence. Ministry of health and consumers affairs. Spain

www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/commonProtocol.pdf

Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women (CEDAW)
www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/

Council of Europe (2002): Recommendation Rec (2002)5 of the Committee of Ministers to member States on the protection of women against violence adopted on 30 April 2002
www.coe.int/t/e/human_rights/equality/05._violence_against_women/

Council of Europe Parliamentary Assembly Recommendation 1450 (2000): Violence against women in Europe.
<http://assembly.coe.int/Mainf.asp?link=/Documents/AdoptedText/ta00/EREC1450.htm>

Coney-Beasley, T.; Moracco, K.E.; Casteel, M.J. (2003): Adolescent femicide: a population-based study. In: Archives of Pediatric and Adolescent Medicine 157 (4): 355-360.

Dutton, M.A. (2002): Empowering and healing the battered woman. A model for assessment & intervention. New York : Springer Publishing Company.

Dutton, M.A.; Green, B.L.; Stacey, I.K.; Darren, M.R.; Zeffiro, T.A.; Krause, E.D. (2006): Intimate partner violence, PTSD, and adverse health outcomes. In: Journal of interpersonal violence 21 (7) Sage publications: 958-968.
www.jiv.sagepub.com/cgi/content/abstract/21/7/955

Family Violence Prevention Fund FVPF (1998): Improving the Health Care Response to Domestic Violence: A Resource Manual for Health Care Providers. San Francisco .
www.endabuse.org

Fanslow, J., Norton, R.N. and Spinola, C.G. (1998): Indicators of assault-related injuries among women presenting to the ED emergency department. In: Ann Emerg Med. 32: 1-8.

García-Moreno, C.; Jansen, H.; Ellsberg, M.; Heise, L. and Watts, C. (2005a): WHO Multi-country Study on Women's Health and Domestic Violence against Women.
www.who.int/gender/violence/who_multicountry_study/en/

Garcia-Moreno, C.; Heise, L.; Jansen, H.; Ellsberg, M. and Watts, C. (2005b): Public Health: violence against women. In: Science 310 (5752): 1282 – 1283.
DOI: 10.1126/science.1121400

Gloor, D. and Meier, H. (2004): Frauen, Gesundheit und Gewalt im sozialen Nahraum. Repräsentativbefragung bei Patientinnen der Maternité Inselhof Triemli, Klinik für Geburtshilfe und Gynäkologie. Hrsg. von dem Büro für die Gleichstellung von Frau und Mann der Stadt Zürich und der Klinik Maternité Inselhof Triemli. HuberZürich.

Golding, J.M. (1999): Intimate partner violence as a risk factor for mental disorders: a meta-analysis. In: Journal of Family Violence 14 (1): 1-17.

Hagemann-White, C. and Bohne, S. (2003): Versorgungsbedarf und Anforderungen an Professionelle im Gesundheitswesen im Problembereich Gewalt gegen Frauen. Expertise für die Enquêtekommission. Zukunft einer frauengerechten Gesundheitsversorgung in Nordrhein-Westfalen. Osnabrück.

- Hagemann-White, C.; Katenbrink, J. and Rabe, H. (2006): Combating violence against women. Stocktaking study on the measures and actions taken in Council of Europe member States. Directorate General of Human Rights, Strasbourg.
www.coe.int/equality
- Hamberger, L.K. and Phelan, M. B. (2004): Domestic violence screening and intervention in medical and mental healthcare settings. New York: Springer publishing company.
- Hanmer, J.; Gloor, D. et al. (2006): Agencies and evaluation of good practice: domestic violence, rape and sexual assault. www.uni-osnabrueck.de - publications
- Heise, L.; Ellsberg, M. and Goettemoeller, M. (1999): Ending Violence Against Women. Baltimore. Centre for Health and Gender Equity – CHANGE. John Hopkins University: School of Public Health.
- Hellbernd, H.; Brzank, P.; Wieners, K. and Maschewsky-Schneider, U. (2004): Häusliche Gewalt gegen Frauen: gesundheitliche Versorgung. In: Das S.I.G.N.A.L.-Interventionsprogramm. Handbuch für die Praxis, Wissenschaftlicher Bericht. Gefördert mit Mitteln des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Berlin.
www.bmfsfj.de/Kategorien/Forschungsnetz/forschungsberichte,did=18204.html
- Hellbernd, H. (2006): Häusliche Gewalt gegen Frauen: gesundheitliche Versorgung. In: Das S.I.G.N.A.L.-Interventionsprogramm. Curriculum. Gefördert mit Mitteln des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. BMFSFJ. Berlin.
- Herman, J.L. (1992): Trauma and Recovery: The Aftermath of Violence – From Domestic Abuse to Political Terror. New York.
- Jordan, C. E.; Nietzel, M.T.; Walker, R. and Logan, T.K. (2004): Intimate Partner Violence: A Clinical Training Guide for Mental Health Professionals. New York
- Kendall-Tackett, K. A.; Williams, L. M. and Finkelhor, D. (1993): Impact of sexual abuse on children: A review and synthesis of recent empirical studies. In: Psychol. Bull., Jg. 113: 164-180.
- Martinez, M.; Schröttle, M.; Condon, S. et al. (2006): State of European research on the prevalence of interpersonal violence and its impact on health and human rights. In: CAHRV – Report 2006. Co-ordination Action on Human Rights Violations funded through the European Commission, 6th Framework Programme, Project No. 506348.
<http://www.cahrv.uni-osnabrueck.de> - publication
- McFarlane, J.; Parker, B. and Soeken, K. (1996): Abuse during pregnancy: associations with maternal health and infant birth weight. In: Nurs Res 45 (1): 37-42.
- Minsky-Kelly, D.; Hamberger, L.K.; Pape, D. and Wolff, M. (2005): We've had training, now what?: Qualitative Analysis of barriers to domestic violence screening and referral in a health care setting. In: Journal of Interpersonal Violence, Sage publications (20): 1288.
- Morrison, A.; Ellsberg, M. and Bott, S. (2007): Addressing Gender-Based Violence: A critical review of Interventions. Published by Oxford University Press on behalf of the

International Bank for Reconstruction and Development (THE WORLD BANK Research Observer Advance Access).

- Muelleman, R.L.; Lenaghan, P.A. and Pakieser, R.A. (1996): Battered women: injury locations and types. In: *Ann Emerg Med* 28 (5): 486-492.
- Muelleman, R.L.; Lenaghan, P.A. and Pakieser, R.A. (1998): Nonbattering presentations to the ED of women in physically abusive relationships. In: *Am J Emerg Med* 16 (2): 128-131.
- Müller, U. and Schröttle, M. (2004): Lebenssituation, Sicherheit und Gesundheit von Frauen in Deutschland. Eine repräsentative Untersuchung zu Gewalt gegen Frauen in Deutschland. Im Auftrag des Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend.
Download der Kurz- und Langfassungen dieser und der folgenden Dokumentationen unter: www.bmfsfj.de Stichwort→Forschungsnetz→Forschungsberichte)
- Pflichta, S.B. (2004): Intimate partner violence and physical health consequences. Policy and practice implications. In: *Journal of interpersonal violence*, Sage Publications 19 (11): 1296-1323.
- Surprenant, Z. (2002): The Abuse Assessment Response Course by Physicians for a Violence-free Society (PVS). Physicians for a Violence-free Society (PVS).
- Regan, L. (2004): Final Report on the Portsmouth Domestic Violence Early Intervention Project (EIP) Evaluation. London Metropolitan University.
- Robert Koch Institut RKI (Hg.) (2008): Gesundheitliche Folgen von Gewalt unter besonderer Berücksichtigung von häuslicher Gewalt gegen Frauen. Editor: Hornberg, C.; Schröttle, M.; Bohne, S.: RKI Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 42.
- Rönnerberg, A. K. and Hammarström, A. (2000): Barriers within the health care system to dealing with sexualized violence: a literature review. In: *Scand. J. Public Health* 28: 222-229.
- Romito, P.; De Marchi, M.; Molzan T.; Ciociano Bottaretto R. and Tavi, M. (2004): Identifying violence among women patients attending family practices: The role of research in community change. In: *Journal of Community and Applied Social Psychology* 14: 1-16.
- Saltzman, L.E.; Johnson, C.H.; Gilbert, B.C. and Goodwin, M.M. (2003): Physical abuse around the time of pregnancy: An examination of prevalence and risk factors in 16 states. *Matern Child Health J.* 7: 31-43.
- Schröttle, M.; Martinez, M.; Condon, S. et al. (2006): Comparative reanalysis of prevalence of violence against women and health impact data in Europe – obstacles and possible solutions. Testing a comparative approach on selected studies. In: CAHRV – Report 2007. Co-ordination Action on Human Rights Violations funded through the European Commission, 6th Framework Programme, Project No. 506348. www.cahrvi.uni-osnabrueck.de

Stark, E.; Flitcraft, A. (1996): *Women at Risk: Domestic Violence and Women's Health*. Thousand Oaks

Tjaden, P. and Thoennes, N. (2000): Prevalence and consequences of male-to-female and female-to-male intimate partner violence as measured by the National Violence Against Women Survey. In: *Violence Against Women*, 6. Jg. (2): 142-161.

UN General Assembly (2006): 61st session: In-depth study on all forms of violence against women. Report of the Secretary-General. A/61/122/Add.1.

United Nations Declaration on the Elimination of Violence against Women, General Assembly Resolution, December 1993.
[www.unhcr.ch/huridocda/huridoca.nsf/\(Symbol\)/A.RES.48.104.En](http://www.unhcr.ch/huridocda/huridoca.nsf/(Symbol)/A.RES.48.104.En)

Westmarland, N.; Hester, M. and Reid, P. (2004): *Routine Enquiry about Domestic Violence in General Practices: a Pilot Project*. Bristol: School for Policy Studies, University of Bristol.

WHO (2004): *Handbook for the documentation of interpersonal violence prevention programmes*. Geneva

WHO (2002): *World report on violence and health*, D.L. Krug, E.; Mercy, J.A.; Zwi, A.B.; Lozano, R.; Editor. World Health Organization: Geneva.

Multi-professionelles Fortbildungskonzept unter Einbeziehung des Gesundheitssektors zur Bekämpfung Häuslicher und sexualisierter Gewalt

SabineBohne

1 Theoretischer Hintergrund

Ausgehend von der Erfahrung, dass Häusliche Gewalt durch Einzelmaßnahmen nicht effektiv bekämpft werden kann sondern ein koordiniertes Zusammenwirken unterschiedlicher Akteure erfordert, wurden in den USA bereits in den 70er Jahren sogenannte Interventionsprojekte wie z.B. das *Domestic Abuse Intervention Project (DAIP)*¹ und andere Formen inter-institutioneller Zusammenarbeit gegründet.

Das Kooperationsmodell wurde in einigen europäischen Ländern aufgegriffen und modifiziert erprobt und ausgebaut. Zunehmend wird auf internationaler Ebene eine systematische inter-institutionelle Kooperation der verschiedenen Institutionen und NGOs als unerlässlich für gelingende Intervention bei und Prävention von Häuslicher Gewalt erachtet. Evaluationsergebnisse verschiedener Kooperationsmodelle zeigen, dass eine multi-professionelle Herangehensweise stark dazu beitragen kann, Veränderungen innerhalb der beteiligten Institutionen zur nachhaltigen Verbesserung der adäquaten Unterstützung gewaltbetroffener Frauen zu leisten und spezifische Angebote zu verbessern. Wissenslücken und Lücken in der Interventionskette der verschiedenen Institutionen und Organisationen können erkannt und bestehende Vorurteile innerhalb der Institutionen reduziert werden (Gloor, Meier, Baeriswyl, & Büchler, 2000; Humphreys & Stanley, 2006; Kelly, et al., 1999; WIBIG, 2004).

„By establishing a problem-oriented exchange, multi-agency initiatives are able to encourage agency cooperation and new solutions in addressing gender-based violence” (Hanmer, et al. 2006, p. 25).

Während sich auf Länder-Ebene ‚gute Praxis‘ durch einen Nationalen Aktionsplan zur Bekämpfung von Gewalt gegen Frauen mit entsprechenden Verpflichtungen und finanziellen Ressourcen auszeichnet, ist eine effektive Umsetzung und Implementierung einer multi-professionellen, bzw. inter-institutionellen Kooperation auf regionaler und lokaler Ebene unabdingbar. In einigen europäischen Ländern hat die strategische Implementierung der inter-institutionellen Kooperation höchste Priorität in der Bekämpfung von Gewalt gegen Frauen (Hagemann-White & Bohne, 2007). Eine wichtige Grundlage für alle an der Kooperation beteiligten Professionellen, bzw. Berufsgruppen, die mit der Problematik Gewalt gegen Frauen konfrontiert werden, ist die Sensibilisierung für die Thematik durch Aus-, Fort- und Weiterbildung (BMFSFJ, 2002; Hagemann-White & Bohne, 2003, 2007; Hanmer, Gloor, & Meier, 2006).

In Deutschland hat insbesondere der 1999 vorgelegte Aktionsplan der Bundesregierung zur Bekämpfung von Gewalt gegen Frauen² dazu geführt, dass multi-professionelle Kooperationsgremien auch in Deutschland eine weitere Verbreitung fanden.

In vielen Kommunen arbeiten Vertreterinnen und Vertreter verschiedener Institutionen in Form eines ‚Runden Tisches‘ an der nachhaltigen effektiven Kooperation in der Prävention von und Intervention bei Häuslicher Gewalt. In einigen Regionen wurden Modelle der Kooperation zwischen Institutionen in den Kommunen entwickelt sowie Ansätze zur früheren und effektiveren Intervention mit dem Ziel der Gewaltverringerung erfolgreich erprobt (WIBIG, 2004). Die Grundidee der Kooperationsgremien ist, dass durch eine bessere Vernetzung relevanter Institutionen mit dem Frauenunterstützungsbereich die von Gewalt betroffenen Frauen schneller und gezielt eine auf ihre Bedürfnisse zugeschnittene, qualifizierte Unterstüt-

¹ Siehe <http://www.duluth-model.org/>

² Siehe <http://www.bmfsfj.de/bmfsfj/generator/BMFSFJ/Service/Publikationen/publikationen,did=67514.html>

zung erfahren. Folgende Institutionen sind regelmäßig in die regionale multiprofessionelle Kooperation einbezogen:

- Polizei
 - Frauenunterstützungseinrichtungen
 - Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe
 - Gleichstellungsbeauftragte
 - Opferhilfe (Weißer Ring)
 - Rechtsanwält/e/-innen
 - Justiz
 - Täterberatungsstellen
- (vgl. WiBIG, 2004, Buskotte, 2002)

Im Ausland etablierte Programme zur Sensibilisierung von Ärztinnen/Ärzte und Pflegekräften für Gewalt als Gesundheitsrisiko belegen eindrücklich eine deutlich höhere Erreichbarkeit der betroffenen Frauen durch die Gesundheitsversorgung und deren Vermittlung an spezialisierte Beratungs- und Unterstützungseinrichtungen. Da jede Frau Institutionen der Gesundheitsversorgung aufsucht, ist die Chance, dass Gewaltfolgen im Rahmen routinemäßiger ärztlicher Untersuchungen wahrgenommen werden, sehr groß. Ergebnisse verschiedener nationaler und internationaler Studien verdeutlichen die Schlüsselposition des Gesundheitswesens beim Erkennen von Gewaltfolgen und bei der Weitervermittlung z.B. zu spezialisierten Unterstützungseinrichtungen (Hagemann-White & Bohne, 2003; Hellbernd, 2006; Hellbernd, Brzank, Wieners, & Maschewsky-Schneider, 2004; Hornberg, Müller, & Bohne, et al., 2008; Krug, Mercy, Dahlberg, & Zwi, 2002). Die institutionellen Voraussetzungen und das Interesse langwierige, kostenintensive Behandlungen zu vermeiden, befähigen das Gesundheitswesen für die Wahrnehmung präventiver Aufgaben und die kompetente Intervention zur Bewältigung von Gewaltauswirkungen im Rahmen der medizinischen Behandlung (Hagemann-White & Bohne, 2003; Hellbernd, et al., 2004). Ärztinnen und Ärzte sowie Pflegekräfte und andere Gesundheitsfachberufe sind oft die ersten, die mit den Folgen Häuslicher Gewalt konfrontiert werden und bleiben vielfach auch die einzigen Ansprechpartner für gewaltbetroffene Frauen.

Sowohl die deutsche repräsentative Studie zu Gewalt an Frauen wie auch die im Rahmen der wissenschaftlichen Begleitforschung des S.I.G.N.A.L.-Interventionsprogramms³ durchgeführte Patientinnenumfrage ergaben, dass sich Frauen bei ihrer Suche nach Hilfe im professionellen System am ehesten an eine Einrichtung im Gesundheitswesen wenden. Ärzte und Ärztinnen wurden als erste Ansprechpersonen benannt, Frauenberatungs- und Zufluchtseinrichtungen standen an zweiter und die Polizei an dritter Stelle (Müller, Schröttle, Glammeier, & Oppenheimer, 2004; Hellbernd, et al., 2004). Die S.I.G.N.A.L. Patientinnenbefragung (n=806) zeigte ebenfalls, dass 67% der Befragten im Fall von Gewalt Ärztinnen und Ärzte als erste Ansprechpersonen betrachteten (Hellbernd et al., 2004). Daher ist es von großer Bedeutung, Professionelle des Gesundheitswesens für die Problematik Häusliche Gewalt und der adäquaten gesundheitlichen Versorgung zu sensibilisieren und fortzubilden. Das Thema Häusliche Gewalt ist bislang noch nicht in den Curricular für die Ausbildung von Gesundheitsfachkräften implementiert.

In Deutschland wird in den letzten Jahren vermehrt daran gearbeitet, Professionelle des Gesundheitswesens zu sensibilisieren und in die multi-professionelle Kooperation einzubeziehen (Hornberg, et al., 2008; Krug, et al., 2002; Steffens & Stolte, 2007). Die Bundesregierung reagierte mit dem Beschluss des zweiten Aktionsplans zur Bekämpfung von Gewalt ge-

³ Das S.I.G.N.A.L.- Interventionsprojekt wurde von 1999 bis 2003 im Universitätsklinikum Benjamin-Franklin der Freien Universität Berlin umgesetzt und von 2000 bis 2003 wissenschaftlich begleitet. Siehe: <http://www.signal-intervention.de/index.php?link=butt52>

gen Frauen im Jahr 2007⁴ auf die dringende Fragestellung, wie die Berufsgruppe der niedergelassenen Ärzte und Ärztinnen in gelingende Intervention eingebunden werden kann und fördert das Modellprojekt *Medizinische Intervention gegen Gewalt an Frauen MIGG (2008–2011)*⁵. In diesem Projekt sollen gemeinsam mit Modellpraxen Strategien für eine optimale und dennoch in der Praxis machbare Betreuung von Gewaltopfern entwickelt werden.

2 Vorteile des multi-sektoralen Ansatzes in Trainingkonzepten

Trotz der oben genannten nationalen und internationalen normativen Leitlinien über den Bedarf an umfangreichen multi-professionellen und multi-sektoralen Strategien, werden in den meisten Fortbildungen relevante Berufsgruppen getrennt von einander geschult. So gibt es in Deutschland verschiedene veröffentlichte Fortbildungsmaterialien z. B. für Mitarbeiterinnen im Frauenhaus (Sellach, 2000), umfangreiche Materialien zur Umsetzung des Gewaltschutzgesetzes für Polizei und Justiz sowie Standards und Empfehlungen für die Aus- und Fortbildung zum Thema häusliche Gewalt für die verschiedenen betroffenen Berufsgruppen (BMFSFJ, 2002)⁶. Für Mitarbeiterinnen von Frauenberatungsstellen und Frauenhäusern findet jährlich eine Fachtagung des Bundesverbandes der Frauenberatungsstellen und Frauennotrufe sowie der Frauenhauskoordinierung statt⁷. In den letzten Jahren wurden in den verschiedenen Bundesländern vermehrt Arbeitshilfen und Praxisleitfäden zum Umgang mit Häuslicher Gewalt im Gesundheitswesen erstellt und verbreitet, die sich vornehmlich an Ärzte und Ärztinnen richten. Jedoch besteht Einigkeit unter Expertinnen und Experten, dass Leitfäden für die Ärzteschaft zwar hilfreich und notwendig, aber als alleinige Maßnahme jedoch nicht ausreichend sind. Die Inhalte der Leitfäden müssen in Fortbildungsseminaren vermittelt und eingeübt werden. Sowohl auf nationaler als auch auf internationaler Ebene wird der wichtige Aspekt der Implementierung von Fortbildungsmaßnahmen für alle beteiligten Berufsgruppen unterstrichen (BMFSFJ, 2002; Hagemann-White & Bohne, 2003, 2007; Hanmer, et al., 2006).

Des Weiteren existieren in Deutschland zahlreiche Broschüren und Materialien, die betroffene Frauen und Kinder über Rechte und Unterstützungsmöglichkeiten informieren⁸. Zudem wurden seit 2003 diverse interdisziplinäre Fachtagungen zum Thema Häusliche Gewalt und Einbindung des Gesundheitswesens durchgeführt und teilweise dokumentiert. Diese hatten jedoch eher Informations- und Sensibilisierungscharakter, da Vorträge zu verschiedenen Themen im Vordergrund standen.

In Deutschland wurden im Jahr 2005 und 2006 eine Reihe von „Train-the-Trainer“ Seminare zum Thema Gewalt gegen Frauen und Gesundheit durchgeführt, die sich an Multiplikatoren richtete. Diese stehen in Verbindung mit einem Curriculum zum Thema *Häusliche Gewalt gegen Frauen: gesundheitliche Versorgung* (Hellbernd, 2006)⁹. Dieses Curriculum wurde den Multiplikatoren nach der Teilnahme an dem Seminar ausgehändigt.

Es kann festgehalten werden, dass in Deutschland kaum veröffentlichte Fortbildungskonzepte zu dem Thema Häusliche und sexualisierte Gewalt zugänglich sind und ein multi-professioneller Ansatz in Fortbildungskonzepten bislang nicht existierte.

⁴ <http://www.bmfsfj.de/bmfsfj/generator/BMFSFJ/Service/Publikationen/publikationen,did=100962.html>

⁵ <http://www.migg-frauen.de/>

⁶ <http://www.bmfsfj.de/bmfsfj/generator/RedaktionBMFSFJ/Abteilung4/Pdf-Anlagen/gewalt-standards-aus-und-fortbildung-haesusliche,property=pdf,bereich=bmfsfj,sprache=de,rwb=true.pdf>

⁷ Siehe bff: <http://www.frauen-gegen-gewalt.de/> und Frauenhauskoordinierung: <http://www.frauenhauskoordinierung.de/>

⁸ Siehe z.B. Berliner Interventionszentrale bei häuslicher Gewalt – BIG www.big-interventionszentrale.de, Gesine Netzwerk Gesundheit. EN: <http://www.gesine-net.info/>

⁹ An dieser Stelle möchte ich einen herzlichen Dank an Hildegard Hellbernd aussprechen, die das Curriculum für das Projekt zur Verfügung stellte.

2.1 Initiative PRO TRAIN

Die im Rahmen des EU-Projektes *Co-ordination Action on Human Rights Violations (CAHRV)*¹⁰ gegründete *Expert group on health impact and training concepts for health professionals* zu dem Thema Häusliche und sexualisierte Gewalt hatte das Ziel, Kriterien für gute Trainingprogramme für den Gesundheitssektor zu entwickeln und stellte einen Bedarf an Fortbildungskonzepten für das Gesundheitswesen auch in anderen europäischen Ländern fest. Ein viel versprechender multi-professioneller Ansatz in Fortbildungen aus Finnland wurde von der Expertinnengruppe aufgenommen. Dort werden für die Intervention und Prävention von Häuslicher und sexualisierter Gewalt relevante Berufsgruppen schon seit 2002 gemeinsam fortgebildet einschließlich der Gesundheitsfachkräfte. Es wurde angenommen, dass ein multi-professioneller Ansatz in Fortbildungskonzepten den Fachkräften verschiedener Berufsgruppen helfen kann, ein gemeinsames Verständnis von interpersonaler und Häuslicher Gewalt zu entwickeln. Die spezifischen Aufgaben und Beiträge verschiedener Akteure können deutlich werden und es kann eine Verzahnung der Aktivitäten für eine gelingende Intervention bei Häuslicher Gewalt erfolgen. Eine koordinierte Zusammenarbeit in Theorie und Praxis wird somit unterstützt und beschleunigt. Um diesen Ansatz weiter zu entwickeln und für andere europäische Länder zugänglich zu machen beantragte die Expertinnengruppe erfolgreich das Projekt *PRO TRAIN: Improving multi-professional and health care training in Europe - building on good practice in violence prevention (2007-2009)*¹¹.

Die Expertinnengruppe nahm an, dass ein multi-professionelles Training auch als Initialzündung für den Aufbau von Kooperationsbündnissen im Kommunen dienen kann in, in denen noch kein Netzwerk gegen Häusliche Gewalt existiert. Einerseits kann das Training ein gemeinsames Basiswissen der Teilnehmenden über Gewalt im Geschlechterverhältnis sicherstellen, andererseits können die Aufgaben der verschiedenen Berufsgruppen in der Interventionskette sichtbar gemacht werden. Zudem dient es der Verstärkung der Weitervermittlungsressourcen und auch der Kooperationsfähigkeit der verschiedenen Akteure, da sich die Fachkräfte untereinander und in ihre spezifischen Rollen kennen lernen. In schon bestehenden Kooperationsbündnissen zur Bekämpfung Häuslicher Gewalt kann ein multi-professionelles Training der Überprüfung und Modifizierung von Vereinbarungen und Protokollen sowie der Vertiefung von Inhalten dienen.

PRO TRAIN will Gewaltprävention stärken, indem auf Grundlage viel versprechender Praxis ein multi-professionelles Trainingskonzept entwickelt wurde. Die Fortbildungsmodule sind an zentrale Professionen adressiert, die an der Prävention von und Intervention bei Häuslicher Gewalt beteiligt sind. Darüber hinaus wurden vertiefende Module für den Gesundheitssektor erarbeitet. Zu Beginn des Projekts (2007) erfasste die Expertinnengruppe mit Hilfe eines Fragebogens zunächst bereits bestehende Trainingskonzepte und Materialien für den Gesundheitssektor, sowie Train-the-Trainer- und multi-professionelle Schulungskonzepte in den jeweiligen Ländern. In allen beteiligten Partnerländern (Deutschland, Österreich, Finnland, Italien, Tschechische Republik, Frankreich und Ungarn) konnten allerdings kaum veröffentlichte Trainingsmaterialien und -konzepte aufgefunden werden. Deshalb wurde für den euro-

¹⁰Die Coordination Action on Human Rights Violations CAHRV wurde im Rahmen des 6. Rahmenprogramms der Europäischen Kommission mit einer Laufzeit von drei Jahren (2004 – 2007) gefördert und an der Universität Osnabrück koordiniert. CAHRV ist ein EU-Forschungsnetzwerk, in dem über hundert Forscherinnen und Forscher nationale und internationale Forschungsergebnisse zu interpersonaler Gewalt, Intervention und Prävention vernetzen, siehe auch www.cahrv.uni-osnabrueck.de

¹¹ Das Projekt wurde in einer Laufzeit von zwei Jahren von der Europäischen Kommission finanziert und war Teil des Daphne II Programms (http://ec.europa.eu/justice_home/funding/2004_2007/daphne/funding_daphne_en.htm). An diesem Projekt waren neun Partnerinstitutionen in sieben europäischen Ländern beteiligt, siehe: www.pro-train.uni-osnabrueck.de- Partnerinstitutionen. Die Koordination und Projektleitung erfolgte durch die Universität Osnabrück (Dipl. päd. Sabine Bohne, Prof. Dr. Christine Freitag).

päischen Kontext auf englischsprachiges Trainingsmaterial zurückgegriffen, welches auf Webseiten entsprechender Institutionen und Organisationen in Großbritannien und den Vereinigten Staaten zur Verfügung steht. Die Expertinnengruppe prüfte und analysierte die Materialien und identifizierte einige vielversprechende ‚good practice‘ Beispiele. Basierend auf den in den Materialien identifizierbaren Kriterien gelingender Maßnahmen entwickelten die Projektpartnerinnen ein umfangreiches multi-professionelles Trainingskonzept sowie spezifische Fortbildungsmodulare für den Gesundheitsbereich.

Während der Projektlaufzeit wurden ausgewählte Teile des bislang entwickelten Fortbildungsprogramms in allen beteiligten Ländern in einem zweitägigen Pilot-Training für Teilnehmende aus den vorhandenen kommunalen Netzwerken getestet¹². Alle Pilot-Trainings wurden extern evaluiert und die Ergebnisse wurden in die Endversion des Trainingsprogramms eingearbeitet.

Das geplante Konzept des Projektes für die ‚Pilot-Trainings‘ sah vor, eine zusammenhängende zweitägige Fortbildung in allen beteiligten Ländern durchzuführen, wobei der erste Tag multi-professionell konzipiert und der zweite sich auf die spezifischen Anforderungen von Gesundheitsfachkräften ausrichten sollte. Durch die erste Kontaktaufnahme mit Expertinnen und Experten sowie potentiellen Teilnehmenden zeigte es sich aber sehr schnell, dass die verschiedenen Berufsgruppen nicht für eine zweitägige Fortbildung gewonnen, bzw. auch nicht freigestellt werden konnten. Dies gilt im Besonderen für die Professionellen, die in ihrem beruflichen Alltag häufiger mit dem Problem der Häuslichen Gewalt konfrontiert werden. Daher wurden in Deutschland, Finnland, Ungarn und der Tschechischen Republik die Fortbildungen an zwei nicht zusammenhängenden Tagen durchgeführt. Alle Fortbildungen wurden quantitativ per Fragebogen evaluiert. Die multi-professionelle Fortbildung in Deutschland wurde zusätzlich qualitativ durch teilnehmende Beobachtung ausgewertet¹³.

2.2 Rahmenbedingungen für die Umsetzung des Pilot Tests in Deutschland

Das Konzept des ‚Pilot-Trainings‘ beruht auf Erfahrungen einer ganzen Reihe von Fachtagungen, an der die Verfasserin aktiv mit Beiträgen beteiligt war und auf der Expertise zu Fortbildungen von Expertinnen aus spezifischen Frauenunterstützungseinrichtungen.

Neben dem Vermitteln wissenschaftlich fundierter Kenntnisse, die für alle Berufsgruppen eine Basis bilden, sind didaktische Fähigkeiten und eine gute Organisation der Veranstaltung ausschlaggebend für einen erfolgreichen Verlauf von Fortbildungen. Bei der Planung und Durchführung von Fortbildungen zu dem sensiblen Thema der Häuslichen Gewalt sollten immer allgemeine Erkenntnisse aus der Erwachsenenbildung berücksichtigt werden (Döring & Ritter-Mamczek, 2001; Hellbernd, 2006):

1. Erfahrungsbezug: Fortbildungen sollten berücksichtigen, dass das Lernen von Erwachsenen stark auf Erfahrungswerte und Alltagssituationen bezogen ist und daher erfahrungsbezogen orientiert sein muss. Es bietet sich an, die vielseitigen Erfahrungen gewinnbringend einzubeziehen und den TeilnehmerInnen Zeit zu lassen, Beispiele aus dem Arbeitsalltag zu schildern.
2. Unmittelbare Anwendung des Erlernten: Das auf einer Fortbildung Gelernte sollte möglichst direkt in der alltäglichen Berufsarbeit angewendet werden können. Konkrete Handlungsanweisungen können helfen, einen direkten Praxisbezug herzustellen. Hilfreich ist auch das ‚Durchspielen‘ konkreter Situationen.
3. Lernatmosphäre: Für den Erfolg von Fortbildungen ist ein positives Klima in der Gruppe ausschlaggebend, damit die angebotenen Inhalte akzeptiert werden. Dies beinhaltet eine

¹²Das gesamte Trainingprogramm ist sehr umfangreich, so dass es mehrere Fortbildungstage bräuchte, um es insgesamt zu testen. Es ist aber so konzipiert, dass einzelne Module flexibel und der Zielgruppe angemessen für Fortbildungstage zusammen gestellt werden können.

¹³ Freitag, Christine (2008): Über den Mehrwert multi-professioneller Interaktion. Bremen (unveröffentlichtes Manuskript)

gute Differenzierung der Fortbildung mit einerseits wissenschaftlichen Vorträgen und andererseits interaktiven Übungen und genügend Zeit für Diskussionen. Hierfür sind die Verständlichkeit der Inhalte, eine offene Arbeitsatmosphäre, die Motivierung, sowie das „Vermeiden einer ständig Personen-orientierten dozierenden Vermittlungsstrategie“ (Hellbernd 2006, Didaktik und Methodik, S. 1) notwendig. Für eine Fortbildung sollte ein flexibles und didaktisches Konzept entwickelt werden und dieses sollte interaktiv und dynamisch gestaltet sein. Teilnehmende sollten aktiv mit einbezogen werden.

Ziel der Fortbildung zu dem sensiblen Thema Gewalt ist vor allem, den Professionellen Wissen zu der Problematik zu vermitteln, Handlungsinstrumente wie z.B. Gesprächsführungsmöglichkeiten an die Hand zu geben sowie innere individuelle Einstellungen bzw. Haltungen zu reflektieren, um eventuell bestehende Mythen und Stereotypen zu dem Thema aufzudecken. Darüber hinaus werden Weitervermittlungsressourcen verstärkt.

2.3 Anforderungen an Trainerinnen und Trainer

Es wird empfohlen ein Fortbildungsstammbau zu bilden, bei dem mindestens ein/e Trainer/in Expertenwissen zum Thema Häusliche Gewalt vorweisen kann und Kenntnisse über lokal bzw. regional relevante spezielle Hilfsangebote für Frauen oder Gewaltinterventionsprojekte hat (BMFSFJ, 2002).

Der/die Trainer/in sollte mit allen Fragen bezüglich Häuslicher Gewalt vertraut sein und Erfahrung mit Fortbildungsmaßnahmen haben. Weiterhin wird empfohlen, zusätzliche Expertinnen und Experten zu speziellen Themen, wie z. B. zu Fragen gesetzlicher Regelungen für theoretische Kurzvorträge hinzuzuziehen. Für die Fortbildung im Gesundheitswesen sollte ein/e mit gerichtsverwertbaren Dokumentationsfragen¹⁴ vertraute/r Arzt/Ärztin oder aber ein/e Rechtsmediziner/in hinzugezogen werden¹⁵.

Trainer/innen sollten umgehen können mit:

- Konfliktmanagement im Falle von Konflikten zwischen den anwesenden Teilnehmenden
 - Teilnehmenden Personen, die selbst unter häuslicher Gewalt leiden oder gelitten haben
 - Teilnehmenden Personen, die bestimmte Ideen oder Methoden ablehnen
 - Möglichen Hierarchie-Problemen bzw. existierenden Machtgefällen unter den verschiedenen Berufsgruppen
 - Möglichen Hierarchien innerhalb einer Berufsgruppe
 - Unterschiedlichen institutionellen Hintergründen und ‚Kulturen‘
 - Verschiedenen Werten und Haltungen der Teilnehmenden
 - Emotionaler Betroffenheit
 - Eventuell auftretenden Stereotypen und Mythen wie z. B.:
Häusliche Gewalt
 - ist ein Problem von Familien mit geringem Sozialstatus
 - tritt im Zusammenhang mit Alkohol oder Drogenmissbrauch auf
 - ist hauptsächlich ein Problem von Migrantinnen
 - ist eine Privatangelegenheit
 - können Frauen leicht bewältigen, indem sie ihren misshandelnden Partner verlassen
 - ist eine dysfunktionale Art der Konfliktlösung
- (PRO TRAIN Einführung in das Trainingsprogramm 2009¹⁶)

¹⁴Gerichtsverwertbare Dokumentationen haben einen großen Stellenwert in Strafverfahren, da sie meist das einzige Beweismittel sind. Übliche von Ärztinnen und Ärzten ausgestellte Atteste reichen nicht aus.

¹⁵In einigen europäischen Ländern sind auch speziell ausgebildete Pflegekräfte (forensic nursing) für die Dokumentation zuständig. Dieser Ansatz hat sich aber bislang in Deutschland nicht durchgesetzt.

¹⁶ Siehe <http://www.pro-train.uni-osnabrueck.de> - Fortbildungsmodul

2.4 Theoretische Inhalte – Einsatz interaktiver Übungen

Damit die Teilnehmenden einer multi-professionellen Fortbildung ein gemeinsames Basiswissen zu den wissenschaftlichen Erkenntnissen erhalten, bieten sich Themen für theoretische Kurzvorträge auf Grundlage von Forschungsergebnissen und Expertenwissen an, für den Gesundheitssektor sind zusätzlich spezifische Impulsreferate notwendig¹⁷. Andere Themen bzw. Fragestellungen eignen sich wiederum hervorragend, um sie in interaktiven Übungen zu erarbeiten. Teilnehmenden wird es so ermöglicht, eigene Kompetenzen zu stärken und Handlungsmöglichkeiten einzuüben:

Themen für multi-professionelle Fortbildungen:	Zusätzliche Themen für Gesundheitsfachkräfte:
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Definitionen und Formen von Gewalt gegen Frauen ▪ Gewalt als Frage von Menschenrechtsverletzung ▪ Prävalenz von Gewalt gegen Frauen ▪ Gesundheitliche, soziale und ökonomische Folgen von Gewalt ▪ Konzept „Empowerment“ ▪ Rechtliche Rahmenbedingungen ▪ Dynamik in Misshandlungsbeziehungen und Trennungsbarrrieren ▪ Prinzipien einer respektvollen Kommunikation ▪ Folgen von elterlicher Partnergewalt auf Kinder ▪ Situation von Migrantinnen ▪ Prinzipien einer multi-professionellen Kooperation (Stärkung von Weitervermittlungssressourcen) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Differenzierung zwischen körperlichen, psychosomatischen, psychischen Folgen, gesundheitsgefährdende (Überlebens-) Strategien, Folgen für die reproduktive Gesundheit ▪ Prävalenz in verschiedenen Gesundheitseinrichtungen ▪ Warnzeichen „red flags“ ▪ Handlungsleitfaden ▪ Rechtsmedizinische Aspekte in der Dokumentation ▪ Multi-professionelle Kooperation in der gesundheitlichen Versorgung
Themen und Fragestellungen für interaktive Übungen	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Welche Menschenrechte werden durch häusliche Gewalt verletzt? ▪ Warum bleiben Frauen in Misshandlungsbeziehungen? ▪ Mit welchen gesundheitlichen Folgen kommen Frauen in die Praxis/Klinik? ▪ Gesprächsführung ▪ Anwendung eines Dokumentationsbogens ▪ Rolle der verschiedenen Professionen in der Intervention 	

3. Durchführung des Pilot Tests in Deutschland

In Deutschland wurden Teile der bis zu diesem Zeitpunkt im Rahmen des Projektes entwickelten Fortbildungsmaterialien auf einer multi-professionellen Fortbildung und auf einer interdisziplinären Fortbildung für Gesundheitsfachkräfte getestet. Zusammen mit Expertinnen der Anti-Gewalt-Arbeit hat die Verfasserin das Fortbildungsprogramm erarbeitet und durchgeführt, sowie wissenschaftliche Erkenntnisse für die Praxis aufbereitet. Es wurde darauf ge-

¹⁷Es ist zu beachten, dass bestimmte Berufsgruppen wie z. B. Ärzte Inhalte oftmals nur akzeptieren, wenn sie mit wissenschaftlichen Daten und Fakten belegt sind.

achtet, nationale Studienergebnisse zu verwenden und vor allem interaktive Übungen auf ihre Relevanz und Wirksamkeit hin zu prüfen. Das inhaltliche Programm und die interaktiven Übungen für die in Deutschland durchgeführten Fortbildungen wurden anschließend von den Partnerorganisationen übernommen und auf die jeweilige Zielgruppe ausgerichtet modifiziert.

3.1 Multi-professionelle Fortbildung

Da der multi-professionelle Ansatz in Fortbildungskonzepten innovativ war, wurden in Deutschland die jeweiligen Vertreterinnen und Vertreter von Institutionen und Berufsgruppen in einem regionalen Kontext aktiv angesprochen und eingeladen. Das Konzept sah vor, Expertinnen und Experten in einem schon bestehenden Kooperationsbündnis gegen Häusliche Gewalt einzuladen, die wiederum Kolleginnen und Kollegen aus den jeweiligen Institutionen mit Schulungsbedarf ansprachen und zur Teilnahme aufforderten. Dieses Konzept konnte in Deutschland erfolgreich umgesetzt werden. Der Vorteil war, dass die jeweiligen Professionen aktiv ihre Rolle in der Intervention bei häuslicher Gewalt verdeutlichen und ihre Expertise in die Fortbildung einbringen konnten. Es gelang auf regionaler Ebene Vertreterinnen und Vertreter folgender Berufsgruppen zu erreichen: Präventionsteam der Polizei, Justiz (Staatsanwaltschaft, Amtsgericht und Rechtsanwältin), sozialer Dienst des Jugendamtes, Frauenberatungsstelle und Frauenhaus, Gleichstellungsbüro, Kinderschutzbund, Ärzte, Therapeutinnen, Pro Familia, Bewährungshilfe, Fachstelle für Sucht der Diakonie. Insgesamt nahmen 30 Personen an der Fortbildung teil. Die Fortbildung wurde von der Niedersächsischen Akademie für Ärztliche Fortbildung mit 7 Fortbildungspunkten anerkannt.

Der Auswertung des Vorab-Fragebogens¹⁸ der Evaluation konnte entnommen werden, dass die Teilnehmenden sehr unterschiedlich in ihrem Berufsalltag mit dem Thema Gewalt gegen Frauen sowie den unterschiedlichen Formen der Gewalt konfrontiert werden. Auch das Interesse an der Fortbildung variierte von Informationsgewinn zu der Problematik, Verbesserung der Unterstützung von betroffenen Frauen bis hin zum Interesse an Gewinn von Kooperationspartnern und Teilnahme an unterstützenden Netzwerken. Für alle Teilnehmenden war es eine freiwillige und keine Pflichtfortbildung und alle wurden für die Fortbildung aus dem Arbeitsalltag frei gestellt.

Da von einem unterschiedlichen Wissensstand zum Thema Häusliche und sexualisierte Gewalt der Teilnehmenden auszugehen war, wurde zu Beginn der Fortbildung mit einem Forschungsüberblick zu Formen, Ausmaß und Folgen von Gewalt gegen Frauen in das Thema eingeführt. Folgende Definitionen von internationalen Organisationen zu Gewalt gegen Frauen wie der Weltgesundheitsorganisation und der United Nations wurden zu Grunde gelegt:

„Gewalt ist der angedrohte oder tatsächliche Einsatz von physischem Zwang oder von Macht, ob gegen sich selbst, gegen andere Menschen oder gegen eine Gruppe oder eine Gemeinschaft, welche Verletzungen, Tod, psychologische Schäden, Fehlentwicklungen oder Entbehrungen zur Folge hat – oder mit hoher Wahrscheinlichkeit haben kann“ (Krug, et al., 2002, S. 6).

“Gewalt gegen Frauen ist Ausdruck der historischen ungleichen Machtverhältnisse zwischen Männern und Frauen, welche zu einer Dominanz über und eine Diskriminierung von Frauen durch Männer geführt hat und die volle Teilhabe von Frauen verhindert” (United Nations Declaration on the Elimination of Violence against Women, General Assembly Resolution, December 1993).

Für den Begriff Häusliche Gewalt wurde die von der Berliner Interventionszentrale gegen häusliche Gewalt (BIG)¹⁹ entwickelte Definition verwendet:

Der Begriff ‚Häusliche Gewalt‘ beschreibt Gewalt zwischen Erwachsenen, die in engen sozialen Beziehungen zueinander stehen oder standen (Partnerbeziehung). Er benennt ein komplexes Misshandlungssystem, dass die verschiedenen

¹⁸Die Evaluationsinstrumente sind auf der PRO TRAIN Homepage abrufbar.

¹⁹ Siehe <http://big-interventionszentrale.de/home/>

Formen von Gewalt umfasst und auf Macht und Kontrolle in einer Beziehung zielt (Berliner Interventionszentrale gegen Gewalt BIG).

Um das Ausmaß von Gewalt gegen Frauen, insbesondere Partnergewalt zu verdeutlichen, wurden die wichtigsten Ergebnisse der deutschen Prävalenzstudie *Lebenssituation, Sicherheit und Gesundheit von Frauen in Deutschland* vorgestellt, die Bestandteil des nationalen Aktionsplans der Bundesregierung zur Bekämpfung von Gewalt gegen Frauen von 1999 war. Ziel der Studie war es, Wissenslücken über das Ausmaß von Gewalt gegen Frauen und konkrete Handlungs- und Hilfebedarfe zu schließen. Als ein wichtiges Ergebnis wurde betont, dass kein signifikanter Zusammenhang zwischen Gewalthäufigkeit, Bildung und Einkommen gefunden wurde und Frauen, die Gewalt durch den Beziehungspartner erlitten, doppelt so oft als Kinder Gewalt erlebt hatten oder Zeuge von Gewalt zwischen den Eltern waren als Nichtbetroffene (Müller, et al., 2004)

Laut der Prävalenzstudie haben rund 25% der Frauen körperliche und/oder sexuelle Übergriffe durch aktuelle oder frühere Beziehungspartner erlebt. Bei der Hälfte war es der aktuelle Partner. Zwischen 13% und 14% aller Frauen in einer aktuellen oder beendeten Partnerschaft erlebten wiederholte mittlere oder schwere Gewalt (ca. 9%). Knapp ein Drittel (31%) der betroffenen Frauen erlebten Übergriffe ein- oder zweimal, ohne physische Verletzungen. Bei 36% war dies wiederholt und teilweise mit Verletzungen vorgekommen. 33% wurden mehr als 10mal oder regelmäßig geschlagen, mindestens einmal mit Verletzungsfolgen und großer Angst (Müller, et al., 2004). Des Weiteren wurde auf Ansprechpersonen für betroffene Frauen im Hilfesystem eingegangen, demzufolge sprechen viele Frauen, die Gewalt erlebt haben mit niemandem darüber. Laut der deutschen Prävalenzstudie gaben 40% -50% der gewalt-betroffenen Frauen an, noch nie über erlittene Gewalt gesprochen zu haben. Wenden sich Frauen an das Hilfe- und Interventionssystem, stehen Ärztinnen und Ärzte an erster Stelle, Frauenberatungs- und Zufluchtseinrichtungen an zweiter und die Polizei an dritter Stelle (Müller, et al., 2004).

Im Vergleich zwischen Frauen und Männern in der Betroffenheit von Häuslicher Gewalt wurde kurz auf ein wesentliches Ergebnis einer britischen (Walby & Allen, 2004) und irischen (Watson & Parsons, 2005) Prävalenzstudie eingegangen, in der Frauen und Männer befragt wurden. Ergebnisse dieser Studien sagen aus, dass ca. gleich viele Frauen und Männer Übergriffe in der Partnerschaft mindestens einmal erlebt hatten, aber wiederholte Angriffe, Verletzungen und andere Folgen kamen zwei bis dreimal so häufig bei Frauen vor (Walby & Allen, 2004; Watson & Parsons, 2005).

Die gesundheitlichen Folgen von Häuslicher Gewalt wurden kurz benannt, wie z. B. typische Verletzungen (Hämatome, Brüche etc.), insbesondere Mehrfachverletzungen und solche, die in der Notfallstation zur Behandlung kommen. Weitere gesundheitliche Folgen können gynäkologische Störungen und Erkrankungen, chronische reizbare Magen-Darm-Störungen, Schwangerschaftsrisiken, sowie Kopf-, Nacken- und Rückenschmerzen sein. Mögliche psychische Folgen umfassen z. B. Depression, Angst- und Panikattacken, Schlafstörungen, Verlust von Selbstachtung und Selbstwertgefühl und Posttraumatische Belastungsstörung, sowie der längerfristige Gebrauch psychotroper Medikamente (Brzank, Hellbernd, & Maschewsky-Schneider, 2004; Hagemann-White & Bohne, 2003; Hornberg et al., 2008).

Als soziale und ökonomische Folgen wurden der Verzicht auf eine gemeinsame Wohnung, Möbel oder gemeinsames Eigentum und sozialer Abstieg benannt. Es wurde darauf hingewiesen, dass Frauen aus Angst vor Eskalation häufig auf Unterhalts-, Schadenersatz-, und Schmerzensgeldzahlungen verzichten. Häufig sind betroffene Frauen einer Isolation im Freundes- und Verwandtenkreis ausgesetzt. Migrantinnen sehen sich oftmals in ihrer Aufenthaltserlaubnis bedroht und müssen ihre ‚community‘ aufgeben (Lehmann, 2008).

Als weiterer Punkt wurde auf die Kosten von Gewalt eingegangen, die unterschieden werden können zwischen direkte Behandlungskosten für die Gesundheit (ärztliche, zahnärztliche, psychotherapeutische Dienstleistungen) und indirekten Kosten, wie z.B. Arbeitsunfä-

higkeit, Arbeitslosigkeit und Frühberentung. Gesamtgesellschaftliche Kosten entstehen z. B. durch polizeiliche Einsätze, Gerichtsverfahren, Strafvollzug, Sozialhilfe, Opferhilfe und die Finanzierung von Zufluchtseinrichtungen. Für Deutschland liegt bislang keine systematische Studie zur Errechnung der Kosten von Gewalt vor, ein Überblick über internationale Studien befindet sich in der *Stocktaking study* des Europarates (Hagemann-White, 2006).

In diesem Einführungsvortrag wurden abschließend grundlegende Haltungen bzw. Einstellungen vermittelt, die zur Unterstützung betroffener Frauen beitragen können. Wichtige Punkte sind hier u.a. Einhaltung der Vertraulichkeit, Benennung des Unrechts, Beachtung des Rechts auf Selbstbestimmung, die Erfahrung als glaubhaft bestätigen, Vermittlung des Zugangs zu Beratung und Hilfe und Unterstützung bei der Sicherheitsplanung (Hagemann-White & Bohne, 2003). Abschließend wurde betont, wie wichtig es sei, Frauen mit Respekt zu begegnen:

„Selten erleben gewaltbetroffene Frauen, dass ihnen mit Respekt begegnet wird. Daher ist es unbedingte Anforderung an AnsprechpartnerInnen, die vorhandenen Ressourcen wahrzunehmen und der Gesprächspartnerin mit Respekt zu begegnen“ (Steffens, 2005, S. 6).

Im Anschluss an einer Diskussion und der Möglichkeit von Verständnisfragen folgte eine interaktive Übung, die den Bezug von Gewalt gegen Frauen als eine Frage von Menschenrechtsverletzung thematisierte. Den Teilnehmenden wurden hierzu Auszüge von allgemeinen Menschenrechten der UN Menschenrechtserklärung (General Assembly 1948) zusammen mit einem Fallbeispiel zu einer von häuslicher Gewalt betroffenen Frau mit Kind (siehe Fallbeispiel Frau Schmidt, S. 15) ausgehändigt. In sogenannten Flüstergruppen wurde darüber diskutiert, welche Menschenrechte in diesem Fallbeispiel verletzt wurden. Die Ergebnisse wurden anschließend im Plenum zusammengetragen und visualisiert. Diese interaktive Übung eignete sich hervorragend, um ein Bewusstsein dafür zu schaffen, dass fast alle der aufgelisteten Menschenrechte in dem Fallbeispiel zu Häuslicher Gewalt verletzt wurden. Anschließend wurden internationale Aktivitäten und Empfehlungen vorgestellt, die an dieser Stelle nur kurz benannt werden²⁰:

*The United Nations Declaration on the Elimination of Violence against Women, General Assembly Resolution, December 1993*²¹

Auf der UN-Weltmensenrechtskonferenz 1993 in Wien wurde anerkannt, dass die Rechte von Frauen und Mädchen ‚ein unveräußerlicher, integraler und unteilbarer Bestandteil der universellen Menschenrechte‘ sind.

„Geschlechtsspezifische Gewalt und jede Form sexueller Belästigung und Ausbeutung, einschließlich solcher die auf kulturelle Vorurteile und den internationalen Menschenhandel zurückzuführen sind, sind mit der Würde und dem Wert eines Menschen unvereinbar und müssen abgeschafft werden“ (United Nations 1993a, 18).

Im Dezember 1993 verabschiedete die UN-Generalversammlung die Erklärung zur Beseitigung von Gewalt gegen Frauen. Es ist das erste internationale Menschenrechtsinstrument, das sich exklusiv mit Gewalt gegen Frauen beschäftigt; ein höchst bedeutsames Dokument, welches zur Grundlage vieler anderer Parallelprozesse wurde.

*Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination Against Women*²² (CEDAW)

1979 verabschiedete die UNO Generalversammlung das Übereinkommen zur Beseitigung jeder Form von Diskriminierung der Frau (CEDAW), welches häufig als internationaler Grundrechtekatalog für Frauen beschrieben wird. Das Übereinkommen definiert den Tatbe-

²⁰ Eine ausführliche Darstellung der internationalen Aktivitäten und Empfehlungen befindet sich in PRO TRAIN Modul 1 für multi-professionelle Fortbildungen auf der PRO TRAIN Homepage

²¹[http://unhchr.ch/huridocda/huridoca.nsf/\(Symbol\)/A.RES.48.104.En](http://unhchr.ch/huridocda/huridoca.nsf/(Symbol)/A.RES.48.104.En)
http://humanrights.ch/home/upload/pdf/050330_erklärung_gg_gewalt.pdf

²² <http://un.org/womenwatch/daw/cedaw/text/econvention.htm>

stand der Diskriminierung von Frauen und formuliert einen Aktionsplan, um diese Diskriminierungen zu beenden. Das Übereinkommen trat 1981 in Kraft.

Recommendation Rec(2002)5²³ of the Committee of Ministers to Council of Europe member States on the Protection of Women against Violence:

2002 wurde die Empfehlung Rec(2002)5 des Ministerkomitees des Europarats an die Mitgliedsstaaten über den Schutz von Frauen vor Gewalt verabschiedet. Es war das erste internationale Instrument, das eine globale Strategie zur Gewaltprävention und zum Schutz der Opfer, die alle Formen geschlechtsspezifischer Gewalt umfasst, zum Ziel hat. Zudem werden die Regierungen der Mitgliedsstaaten aufgefordert, den Europarat über die Folgemaßnahmen auf nationaler Ebene zu informieren. 2006 startete der Europarat die Kampagne *Stop Domestic Violence against Women*²⁴.

In der anschließenden Diskussion wurde sehr deutlich, dass das Herausheben des Themas Gewalt gegen Frauen aus dem jeweiligen Berufsethos und das Einbetten in den Menschenrechtsrahmen für die Teilnehmenden äußerst interessant und innovativ war. Auch die Bedeutung der internationalen Aktivitäten stieß auf großes Interesse.

Im weiteren Verlauf der multi-professionellen Fortbildung referierte eine erfahrene Fachanwältin für Familienrecht zu den nationalen rechtlichen Rahmenbedingungen, wie das 2002 in Kraft getretene Gewaltschutzgesetz (GewSchG)²⁵ und das seit 2007 im Strafrecht verankerte Gesetz zur Nachstellung (Stalking)²⁶. Die Teilnehmenden stellten im Anschluss Fragen zur Umsetzung dieser Gesetze, die dann auch von Vertreter/innen anderer Berufsgruppen wie z. B. Polizei oder Justiz beantwortet wurden und es entstand eine rege Diskussion über den Umgang mit dem Gewaltschutzgesetz, in der deutlich wurde, dass sich die zivilrechtliche Gesetzesgrundlage offenbar anders darstellt als die strafrechtliche.

„Eine Rechtsanwältin und eine Richterin konnten sehr deutlich machen, dass ihre jeweiligen Sichtweisen funktions- und rollenbedingt sehr voneinander abweichen müssen. Gemeinsam waren Sie darum bemüht, rechtliche Grundlagen plausibel zu definieren und die Frage zu klären, was passieren müsse, wenn ein Verstoß gegen angeordnete Gewaltschutzmaßnahmen vorliege. Die Diskussion mündete in eine Klärung der Frage, wie hier Stalking und häusliche Gewalt zu unterscheiden seien“ (Freitag, 2008, S. 3).

In diesem Klärungsprozess waren dann zusätzlich Vertreter/innen der Gerichtshilfe und der Polizei eingebunden. Hierbei wurde deutlich, dass in einem multi-professionellen Kontext unterschiedliche Professionen an gemeinsamen Problemlagen arbeiten können, vor allem wenn es ‚benachbarte Berufsgruppen‘ sind (Freitag, 2008).

Der zweite Block der Fortbildung thematisierte die oft gestellte Frage: Warum bleiben Frauen in Misshandlungsbeziehungen? Hier wurden zunächst die Trennungsbarrieren anhand einer interaktiven Übung erarbeitet. Die Teilnehmenden bekamen folgende Arbeitsplatzbeschreibung²⁷ ausgehändigt:

Bitte stellen Sie sich folgende Situation an Ihrem Arbeitsplatz vor: Ihr/e Chef/in lobt abwechselnd Ihre Arbeit und verspricht Ihnen Gehaltserhöhungen, um Sie als nächstes heftig zu kritisieren. Er/sie bringt Sie bei Personalversammlungen vor Ihren Kolleg(en)/innen in Verlegenheit, erzählt Ihnen aber anschließend, dass er/sie es nicht böse gemeint habe. Sie sollten nicht so empfindlich sein. Außerdem spricht er/sie hinter Ihrem Rücken schlecht über Sie und erwartet aber

²³<http://wcd.coe.int/ViewDoc.jsp?id=280915&BackColorInternet=9999CC&BackColorIntranet=FFBB55&BackColorLogged=FFAC75>

²⁴http://www.coe.int/t/dc/campaign/stopviolence/default_en.asp

http://www.haltdergewalt.at/europarat/uploads/files/Blue_Print_deutsche_Version.pdf

²⁵<http://bundesrecht.juris.de/bundesrecht/gewschg/gesamt.pdf>

²⁶<http://dejure.org/gesetze/StGB/238.html>

²⁷Diese interaktive Übung wurde von Marion Steffens (gesineNet) konzipiert.

im Gegenzug hundertprozentige Loyalität von Ihnen. Manchmal ist er/sie sehr nett und lädt alle Kolleg(en)/innen nach der Arbeit zu einem Kaffee oder einem Glas Wein ein.

Ihre Arbeit ist interessant und macht Ihnen wirklich Freude. Sie wollen keinesfalls Ihren Job verlieren, denn Sie sind über 40 und es wäre nicht so leicht, einen anderen Job auf diesem Fachgebiet mit dem gleichen Gehalt zu bekommen. Außerdem müssen Sie für die Kinder sorgen und den Kredit für Ihr Auto abbezahlen.

Die Hälfte der Teilnehmenden wurde gebeten, sich in Gesprächen zu zweit über Argumente auszutauschen, die für eine Kündigung, die andere Hälfte der Gruppe über Argumente, die gegen eine Kündigung sprechen. Im Plenum wurden die pro und contra Argumente aufgezeigt und visualisiert und es stellte sich heraus, dass die Teilnehmenden ähnlich viele Argumente für als auch gegen eine Kündigung nannten. Ziel dieser Übung war es, zu verdeutlichen, dass auch von Gewalt betroffene Frauen sehr ambivalente Gründe haben, sich für oder gegen eine Trennung zu entscheiden. Indem diese Ambivalenz mit Hilfe von einer Arbeitsplatzbeschreibung, in die sich alle hinein versetzen konnten, erarbeitet wurde, konnte ein besseres Verständnis für die Situation der von häuslicher Gewalt betroffenen Frauen erweckt werden.

Anschließend wurde von einer Mitarbeiterin der Frauenberatungsstelle zusammengefasst, welches die Trennungsbarrieren betroffener Frauen sind, wie z. B. das Verhaftet sein in der traditionellen Frauenrolle, sowie ökonomische und soziale Abhängigkeiten. Emotionale Ursachen wie Angst, Liebe, ‚er ist auch Vater der Kinder‘ etc. wurden aufgezeigt. Zudem wurde auf die spezifische Situation von Migrantinnen eingegangen. Des Weiteren wurde explizit darauf hingewiesen, dass eine Trennung das Risiko der Frau erhöht, von dem Ex-Partner getötet zu werden. Die Trennungsphase stellt somit eine erhöhte Gefährdung dar. Die Teilnehmenden stellten gerade zu diesem Phänomen Fragen nach geführten polizeilichen Statistiken, die in dieser Form noch nicht in Deutschland existieren, aber in Spanien geführt und veröffentlicht werden:

“According to government figures for the period 1999-2007, the number of women killed by their partners or former partners increased from 58 women in 2005, 68 in 2006, up to 71 women in the year 2007. An official report on the characteristics of those who were killed revealed that 30 per cent of the victims had made at least one complaint to police about the man who killed her” (Amnesty International, 2008, p. 5).

Um die Teilnehmenden für die Situation betroffener Frauen zu sensibilisieren und die Dynamik in Gewaltbeziehungen zu verdeutlichen, wurde eine weitere interaktive Übung angeschlossen (siehe Anlage 1). Ziel dieser Übung war es, Verständnis für die isolierte Situation von betroffenen Frauen zu schaffen und die Schwierigkeiten in der Hilfesuche aufzuzeigen.

Der dritte Block der Fortbildung widmete sich dem Thema Was brauchen Frauen, die von häuslicher Gewalt betroffen sind? und fokussierte auf Gesprächsführung. Auch hierfür wurde eine interaktive Übung eingesetzt. Die Teilnehmenden wurden gebeten, sich in Vierer-Gruppen zusammen zu setzen und jeweils zwei Personen als Spieler bzw. Spielerinnen und zwei Personen als Beobachtende zu bestimmen. Die Hälfte der Gruppe bekam die Rollenbeschreibung des Arztes/der Ärztin und der Patientin, die andere die Rollenbeschreibung der Polizei und der betroffene Frau²⁸:

Rollenbeschreibung 1

Arzt/ÄrztIn

Sie haben einen vollen Terminplan.

Die Patientin kommt bereits zum dritten Mal in diesem Quartal mit Verletzungen, die auf Gewaltanwendungen hinweisen.

Sie wirkt verstört und verschlossen.

Sie fragen sich, warum sich die Frau nicht trennt.

²⁸ Die Rollenbeschreibung wurde von der Verfasserin erarbeitet.

Sie stehen unter Zeitdruck und haben die Befürchtung, dass Sie mit der Situation überfordert sind.
Sie beginnen das Gespräch.

Patientin

Sie sind bereits das dritte Mal in diesem Quartal bei Ihrer Hausärztin/Ihrem Hausarzt.

Sie schämen sich, dass Ihr Partner Sie erneut verletzt hat.

Sie geben sich zum Teil selbst die Schuld daran, weil Sie ihn immer noch nicht verlassen haben.

Sie erzählen, dass Sie gestürzt sind. Spricht Sie die Ärztin/der Arzt auf Gewaltanwendungen an, reagieren Sie zunächst empört und aufgebracht oder verschlossen und abweisend.

Die Ärzt/der Arzt beginnt das Gespräch.

Rollenbeschreibung 2

Polizei

Sie haben Wochenenddienst.

Sie sind zum dritten Mal in der Familie, weil die Nachbarn die Polizei gerufen haben.

Der Partner der Frau hat beim letzten Mal erzählt, dass es in der Wohnung so chaotisch aussieht, weil die Frau psychisch krank ist und er alles selber machen muss.

Sie wissen nicht, wem Sie glauben sollen und sprechen die Frau an, da sie offensichtlich verletzt ist.

Frau

Ihr Partner hat sie zum wiederholten Mal misshandelt und sie sind am Arm verletzt.

Die Polizei ist bereits zum dritten Mal von den Nachbarn gerufen worden, da diese ihre Hilferufe und den lauten Streit mitbekommen haben.

Sie schämen sich, dass Ihr Partner Sie erneut verletzt hat.

Sie geben sich zum Teil selbst die Schuld daran, weil Sie ihn immer noch nicht verlassen haben.

Ihr Partner hat beim letzten Einsatz versucht, Sie als psychisch krank darzustellen.

Sie haben Angst um ihre Kinder.

Der Arzt/die Ärztin und der/die Polizist/in wurden dann gebeten ein fünfminütiges ‚worst case‘ Gespräch mit der Frau zu führen, d. h. möglichst viel in der Kommunikation falsch zu machen. Die Beobachtenden wurden aufgefordert, sich zu folgenden Fragen Notizen zu machen: Was hat Hilfe verhindert? Was war offensichtlich eher schädigend für die Frau? Nach dem Rollenspiel wurde in der Kleingruppe diskutiert, was gute Praxis bzw. hilfreich in dem Gespräch gewesen wäre. Die Ergebnisse wurden dann im Plenum gesammelt und diskutiert.

Ziel dieser Übung war es, die Haltung gegenüber gewaltbetroffener Frauen zu überprüfen. Abschließend erfolgte ein Input einer Mitarbeiterin der Frauenberatungsstelle zu den Grundsätzen in der Gesprächsführung mit von Gewalt betroffenen Frauen.

Der letzte Block der Fortbildung fokussierte auf multi-professionelle Kooperation in der Intervention bei und Prävention von Häuslicher Gewalt. In einem wissenschaftlichen Input wurden zunächst die Folgen elterlicher Partnergewalt für Mädchen und Jungen thematisiert. Forschungsergebnisse zeigen auf, dass das Miterleben häuslicher Gewalt zu psychischen, körperlichen und entwicklungsbezogenen Belastungen in der Kindheit führt (Kindler, 2006), sowie Folgen für die Gesundheit und Lebensqualität im Erwachsenenalter hat (Felitti, 2002). Zudem wurde der Zusammenhang zwischen Gewalt gegen Frauen und Gewalt gegen Kinder verdeutlicht. Nach Kavemann erhöht häusliche Gewalt die Wahrscheinlichkeit von Kindesmisshandlung, sexuellem Missbrauch und Vernachlässigung erheblich. Auch erhöht Partnergewalt ge-

gen die Frau die Wahrscheinlichkeit, dass Kindesmisshandlung durch den Vater ausgeübt wird (Kavemann, 2006).

Darüber hinaus wurde auf die langfristigen Folgen von miterlebter häuslicher Gewalt im Kindesalter hingewiesen, nämlich dass für erwachsene Frauen ein doppelt so hohes Risiko besteht, selbst in Beziehungen misshandelt zu werden und für Männer eine zehnfach höhere Wahrscheinlichkeit, selbst gewalttätig gegenüber der Partnerin zu werden (Steffens & Stolte, 2007). Abschließend wurde betont, dass effektive und wirksame Prävention zielgerichtete und koordinierte Vorgehensweisen und eine engere Verknüpfung von Frauen- und Kinderschutz, sowie eine dauerhafte multi-professionelle Kooperation erfordert.

Ein weiterer Input fokussierte auf die multi-professionelle Kooperation in der gesundheitlichen Versorgung bei Häuslicher Gewalt. Es wurden Wege zur Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung aufgezeigt, wie z.B. die Vernetzung der schon vorhandenen Angebote, die Sensibilisierung der Anbietenden der gesundheitlichen und psychosozialen Versorgung, die Identifizierung von Versorgungslücken und die Ermöglichung des gezielten Zugangs zu vorhandenen Angeboten.

Angelehnt an die Erfahrungen des *Gesine Netzwerkes Gesundheit.EN – Intervention gegen häusliche Gewalt*²⁹, welches erfolgreich den Gesundheitssektor in ein schon bestehendes Kooperationsbündnis gegen Häusliche Gewalt einbinden konnte, wurden die Vorteile der Kooperationspartner/innen aufgezeigt, wie z.B. der Informationsgewinn und das Kennen lernen neuer Handlungsoptionen und Weitervermittlungsmöglichkeiten sowie eine damit einhergehende steigende Arbeitszufriedenheit etc.. Betont wurde, dass für alle Beteiligten eine win-win-Situation im Rahmen der Kooperation hergestellt werden sollte und die Angebote verlässlich, transparent und erreichbar sein müssten.

In dem *Gesine Netzwerk* sind verschiedene Berufsgruppen des Gesundheitssektors wie Ärzt/innen unterschiedlicher Fachrichtungen, Assistenzpersonal, Pflegende (auch ambulante Versorgung), Therapeutinnen und Therapeuten, Mitarbeiter/innen der psychosozialen Versorgung mit Häuslicher Gewalt relevanten Angeboten sowie Hebammen eingebunden³⁰. Als Voraussetzung für gelingende Kooperation wurden folgende Aspekte aufgezeigt:

- Verlässliche Koordinierung mit entsprechenden Ressourcen
- Handlungsrelevanz und Ergebnisorientiertheit
- Verbindlichkeit der Angebote
- Win-win Situation für alle Beteiligten
- Vernetzung der Vernetzung.

Um eine regionale multi-professionelle Kooperation lebendig darzustellen, wurde zum Abschluss der Fortbildung ein Panel mit Diskussionen im Plenum zur Rolle der verschiedenen Professionen in der Intervention bei Häuslicher Gewalt durchgeführt.

Eingeladene Vertreterinnen der Polizei, der Rechtsanwaltschaft, des Jugendamtes, der Interventionsstelle gegen häusliche Gewalt (Frauenberatungsstelle) und eine Ärztin wurden im Vorfeld gebeten, anhand des folgenden Fallbeispiels die jeweilige Rolle der Profession bzw. Institution zu verdeutlichen:

Fallbeispiel Frau Schmidt

Frau Schmidt geht von ihrer Arbeitsstelle nach Hause und holt auf dem Weg ihren Sohn vom Kindergarten ab. Dort gibt es eine Adventsaktion mit Weihnachtsmann und Geschenken für Kinder, weshalb die beiden noch etwas länger bleiben. Ein wenig später als sonst kommt Frau Schmidt

²⁹<http://www.gesine-net.info>

³⁰siehe Infobroschüre *Gesine netzwerk gesundheit.EN: Neue Wege zur Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung gewaltbetroffener Frauen*

nun nach Hause, wo ihr Ehemann schon völlig geladen auf sie wartet. Frau Schmidt ist seit zwei Monaten erneut schwanger und seitdem schimpft er ständig, beleidigt sie und ist sehr gereizt. Außerdem will er über jede Minute, die sie ohne ihn verbringt, Bescheid wissen. Kürzlich hat er sie auch geschlagen, sich aber dann zerknirscht entschuldigt und ihr seine Liebe geschworen. Diesmal packt er sie am Arm, schüttelt sie und brüllt sie an: Sie brauche gar nicht zu leugnen, dass sie einen Liebhaber habe und das Kind nicht vom ihm sei, aber jetzt werde sie etwas erleben. Frau Schmidt versucht sich zu befreien und zu verteidigen, doch ihr Mann wird immer wütender. Er stößt sie gegen den Schrank, schlägt auf sie ein und tritt ihr in den Bauch. Schließlich verlässt er die Wohnung mit der Drohung: „Wenn du irgend jemanden auch nur ein Wort sagst, bring ich dich um.“

Frau Schmidt ist fassungslos und kann kaum glauben, dass es ihr eigener Ehemann ist, der sich so verhält. Dieser hatte sie in der Vergangenheit zwar auch schon mal geschlagen, aber so heftig war es noch nie gewesen. Und schließlich haben sie ja auch schöne Zeiten miteinander verbracht. Deshalb glaubt sie, dass ihre Schwangerschaft ihren Mann völlig aus der Bahn wirft. Sie wendet sich an

Die Expertinnen wurden gebeten zu folgenden Fragen ein Statement zu geben:

1. Was ist die Rolle/Aufgabe Ihrer Profession wenn Frau Schmidt sich an Sie wendet und was sind die Grenzen Ihrer Verantwortlichkeit?
2. Mit welchen Professionen/Institutionen kooperieren Sie in Ihrem Arbeitsalltag wenn Sie mit Opfern häuslicher Gewalt in Kontakt kommen?

Die Expertinnen hatten die Möglichkeit, das Fallbeispiel je nach Profession zu modifizieren, wie z.B. hinzuzufügen, dass bei der nächsten Gewalttat ein Polizeieinsatz erfolgt oder ähnliches. Nach jedem Statement gab es Zeit für Nachfragen und Diskussionen im Plenum. Dieses Panel eignete sich hervorragend, die verschiedenen Herangehensweisen der jeweiligen Institutionen und Professionen transparent werden zu lassen und Möglichkeiten aber auch Grenzen der jeweiligen Profession aufzuzeigen. Es wurde sowohl gelingende Kooperation als auch Schwierigkeiten im Aufbau von Kooperationsbündnissen thematisiert. Der Bezug zu dem allen vorliegenden Fallbeispiel ließ einerseits die unterschiedlichen Zugänge zu einem insgesamt runden Bild werden, andererseits waren auch die Zuhörenden schnell in der Lage, anhand des Falles und seiner Besonderheiten in einen interprofessionellen Dialog einzutreten. Die Diskussion im Plenum war sehr lebendig und fruchtbar.

In der mündlichen Feedback-Runde am Ende des Fortbildungstages wurden die Teilnehmenden aufgefordert, generelle Einschätzungen zu der Fortbildung zu geben. Hier gab es ausschließlich positive Rückmeldungen. Die teilnehmende Beobachterin benennt in ihrem Manuskript nur solche, welche das multi-professionelle als besonderes Element der Fortbildung herausstellen:

„• Horzionterweiterung

Ein Gerichtshelfer und ein Mitarbeiter der Diakonie betonten, dass sie, als ausschließlich in der Täterarbeit tätige, viele neue und wichtige Perspektiven aufgezeigt bekommen hätten, die sie auch an ihre Kollegen weitergeben wollten.

• Vielperspektivität

Eine Mitarbeiterin des Kinderschutzbundes fand es „total interessant“. „Man könnte noch 'ne Woche reden.“ Dabei fand sie besonders die „unterschiedliche(n) Sichtweisen wichtig.“ Und eine Kunsttherapeutin fand es wichtig zu erfahren, „dass es eigentlich schon alles gibt, aber die Umsetzung fehlt“. Eine Sozialarbeiterin und eine Rechtsanwältin teilten die Auffassung, dass das gemeinsame Erleben von Frustrationen die Berufsgruppen verbinde, etwa darüber, dass Frauen wieder zu den Gewalttätern zurückkehrten, und dass der Austausch darüber auch weiterhin wünschenswert sei.

• Motivation

Mehrere Teilnehmende schöpften aus der Fortbildung Motivation, „mehr Öffentlichkeit zu schaffen“ (Sozialdienst) oder regten an, den Kreis der Teilnehmenden um neue Berufsgruppen zu erweitern: ‚Schade, dass keine Lehrer anwesend waren. An Schulen muss was passieren!‘ (Kunstpädagogin)“ (Freitag 2008, S. 5).

Abschließend wurden die Teilnehmenden gebeten, den Evaluationsbogen auszufüllen.

Der überwiegende Anteil der Teilnehmenden gab in den Evaluationsbögen an, sich nach Abschluss der Fortbildung kompetenter und gut informiert zu fühlen, sowie gut vorbereitet, die eigene Praxis zu verbessern. Die Fortbildung weckte Motivation für multi-professionelle Kooperation und eröffnete neue Perspektiven. Auf die offene Frage hin, was im Verlauf der Fortbildung besonders wichtig war, wurden verschiedene Aspekte benannt, wie z.B. Kooperationspartner/innen kennen zu lernen, den Wechsel an interaktiven Übungen, Vorträgen und Diskussionen zu erleben, sowie den Austausch mit den anderen Professionen zu ermöglichen. Mehrfach wurde betont, wie wichtig es sei, die Sichtweisen der anderen Professionen und ihre Rolle in der Intervention bei Häuslicher Gewalt kennen zu lernen und die Personen auch ‚sichtbar‘ zu erleben. Auch die Multi-Professionalität der Fortbildung wurde mehrfach als besonders wichtig erachtet. Auf die Frage hin, was den Teilnehmenden gefehlt habe, wurde der Umgang mit Tätern bzw. Täterprogrammen formuliert.

Da schon in der mündlichen Feedback-Runde der multi-professionellen Fortbildung der Aspekt Täterarbeit angesprochen wurde und in der Region kein spezifisches Täterprogramm existiert, wurde von den Expertinnen des schon bestehenden Kooperationsbündnisses beschlossen, in der nächsten Gremiumssitzung mögliche Maßnahmen zu diskutieren.

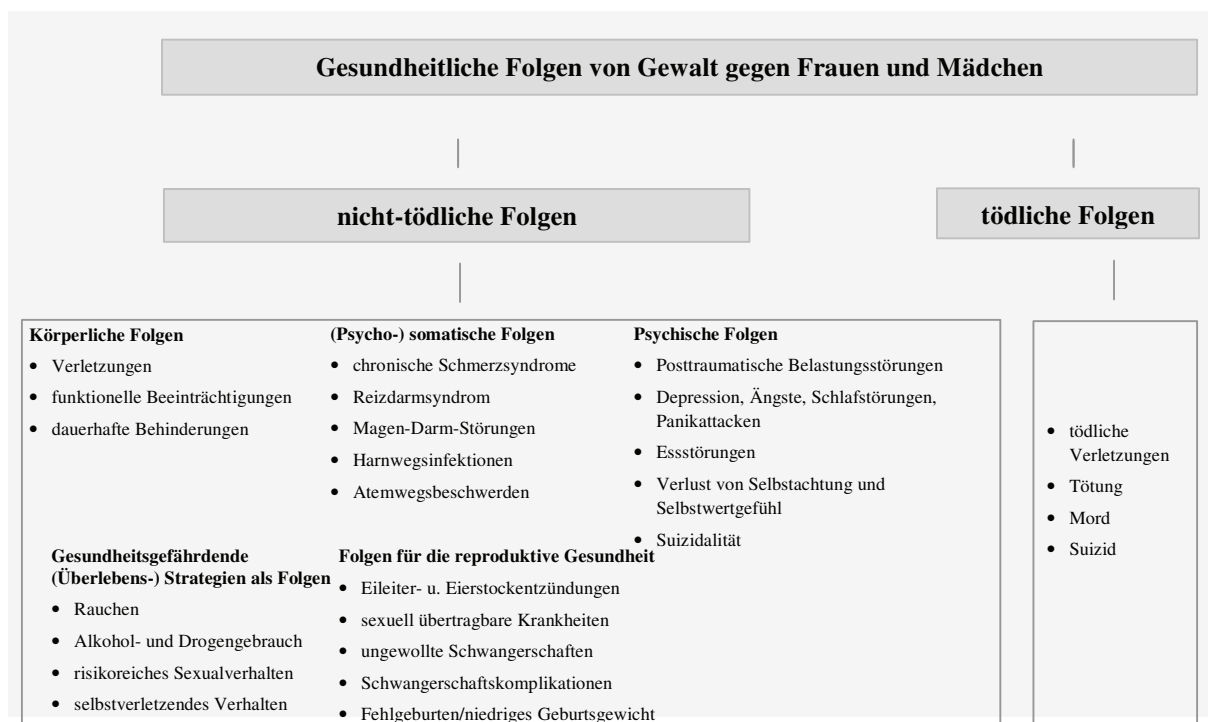
3.2 Fortbildung von Gesundheitsfachkräften

Die Fortbildung von Gesundheitsfachkräften im Rahmen von PRO TRAIN fand in einem Klinikum statt und richtete sich an alle Professionen des Gesundheitswesens, auch an diejenige, welche nicht in diesem Klinikum tätig waren. Für diese Fortbildung wurde aktiv daran gearbeitet, verschiedene Professionen des Gesundheitswesens zu erreichen. Aufgrund der sehr positiven Erfahrung und Rückmeldung der multi-professionellen Fortbildung wurden schon im Vorfeld Expertinnen aus dem schon bestehenden Kooperationsbündnis eingeladen und gebeten, wiederholt an einem Panel teilzunehmen. Diese Expertinnen nahmen ganztägig an der Fortbildung teil. Folgende Berufsgruppen waren vertreten: Pflegekräfte der Notfallaufnahme des Klinikums, Ärzte/Ärztinnen (diese Berufsgruppe war erheblich unterrepräsentiert), Hebammen, Physiotherapeutinnen, Vertreterin eines Gesundheitsamtes, eine Mitarbeiterin eines Interventionsprojektes, Fachanwältin für Familienrecht, Mitarbeiterin der Frauenberatungsstelle, Sozialarbeiterin, Polizeipräventionsteam sowie eine wissenschaftliche Mitarbeiterin einer Universität. Die Fortbildung wurde wieder von der Niedersächsischen Akademie für Ärztliche Fortbildung mit 7 Fortbildungspunkten anerkannt.

Der grundlegende Einführungsvortrag in das Thema wurde wiederholt. An Stelle der interaktiven Übung zu Menschenrechtsverletzungen wurde aus didaktischen Gründen eine interaktive Übung eingesetzt, die den Teilnehmenden aus dem Gesundheitssektor ermöglichen sollte, die eigenen Erfahrungen aus dem beruflichen Alltag einzubringen. Daher wurden sie gebeten, in Kleingruppen ein Brainstorming zum Thema zu machen, mit welchen Erkrankungen betroffene Frauen in die Klinik, bzw. Praxis kommen. Die Ergebnisse wurden im Plenum von einer medizinischen Expertin gesammelt und folgenden Kategorien zugeordnet:

- Körperliche Folgen,
- Psychosomatische Folgen,
- Psychische Folgen,
- Gesundheitsgefährdende (Überlebens-) Strategien,
- Reproduktive Gesundheit.

In einem wissenschaftlichen Input zu nationalen und internationalen Studienergebnissen zu dem Thema ‚Was interessiert wen? Beispiel ÄrztInnen‘ wurde anschließend thematisiert, dass 22% aller Frauen im Laufe ihres Lebens Gewalt in einer Ausprägung erleiden, die Folgen für ihre Gesundheit hat (Hagemann-White & Bohne, 2003). Des Weiteren führt sexualisierte Gewalt bei 80% der Betroffenen zu psychischen und psychosomatischen Folgebeschwerden (Müller, et al., 2004). Jedoch werden nach Aussage der wissenschaftlichen Begleitung des S.I.G.N.A.L.-Interventionsprojektes bei nur 7% der Betroffenen der Gewalthintergrund durch ärztliches Nachfragen erkannt (Brzank, et al., 2004). Der wissenschaftliche Input wurde mit einem Forschungsüberblick zu gesundheitlichen Folgen von Gewalt abgeschlossen, der die in der aktiven Übung erarbeiteten Ergebnisse ergänzte. An dieser Stelle soll die folgende Grafik einen Überblick bieten:



Quelle: Hellbernd et al. 2004, zit. n. GiG-net 2008 (adaptiert, modifiziert und übersetzt aus: CHANGE 1999)

Da Diskussionen auf Fachtagungen in der Vergangenheit gezeigt haben, dass das Ausmaß von Häuslicher Gewalt von Gesundheitsfachkräften oft unterschätzt wird, wurden Ergebnisse internationaler wie auch nationaler Prävalenzstudien vorgestellt, die darüber aufklären, in welchem Ausmaß Patientinnen von physischer, sexueller und psychischer Gewalt betroffen sind.

Internationalen Studien zufolge beträgt der Anteil von Patientinnen in Rettungswachen, die im Laufe ihres Lebens körperliche und/oder sexuelle Gewalt und psychische Gewalt durch einen derzeitigen oder ehemaligen (Ehe-) Partner erlitten haben zwischen 37% und 54% (Abbott & Johnson et al., 1995; Dearwater & Coben et al., 1998).

In einer Untersuchung in elf US-amerikanischen Erste Hilfe-Einrichtungen berichteten 14,4% der Frauen von Misshandlungen in den vergangenen zwölf Monaten (Dearwater & Coben et al., 1998).

Mehreren Studien zufolge suchen 2%-4% aller Frauen die Notaufnahme/Rettungsambulanz aufgrund akuter körperlicher Gewaltverletzungen auf (Abbott & Johnson et al., 1995; Dearwater & Coben et al., 1998). Die beobachtete Akutprävalenz Häuslicher Gewalt unter Patientinnen in Notfalleinrichtungen reicht bis zu 26% (Muelleman & Lenaghan et al., 1996). Der Anteil der Frauen, die mit körperlichen Verletzungen die Erste Hilfe aufsuchen, ist

dabei geringer als der von Patientinnen, die sich mit Beschwerdebildern wie Angstattacken, Schmerzsyndromen, Depressionen und Suizidversuchen an die Notaufnahme wenden (Abbott & Johnson et al., 1995).

Häusliche Gewalt beginnt häufig während der Schwangerschaft oder kurz nach der Geburt des Kindes. Internationalen Studien zufolge liegt die Prävalenzrate von Gewalt während der Schwangerschaft zwischen 1% und 19% (Bacchus, Mezey, & Bewley, 2004). Die Mehrzahl der Studien geht von einer Prävalenz zwischen 4% und 8% aus. Die Raten erhöhen sich in einem fortgeschrittenen Stadium der Schwangerschaft (Bacchus, et al., 2004; Hellbernd & Brzank, 2006).

In einer Übersicht für den internationalen Gebrauch (Population Reports) haben Lori Heise und Kolleginnen Warnzeichen, sog. „red flags“ für Häusliche Gewalt formuliert, die der erhöhten Aufmerksamkeit dienen sollen (Heise, Ellsberg, & Gottemoeller, 1999):

- Chronische Beschwerden, die keine offensichtliche physische Ursachen haben
- Verletzungen, die nicht mit der Erklärung, wie sie entstanden sind, übereinstimmen
- Verschiedene Verletzungen in unterschiedlichem Heilungsstadium
- Partner, der übermäßig aufmerksam ist, kontrolliert und nicht von der Seite der Frau weichen will
- Physische Verletzungen während der Schwangerschaft
- Spätes Beginnen der Schwangerschaftsvorsorge
- Häufige Fehlgeburten
- Häufige Suizidversuche und -gedanken
- Verzögerungen zwischen Zeitpunkt der Verletzung und Aufsuchen der Behandlung
- Chronische reizbare Darmstörungen
- chronische Beckenschmerzen.

Auf drei Ergebnisse des Berichts zu Gewalt und Gesundheit der Weltgesundheitsorganisation wurde eingegangen, nämlich dass die Auswirkung der Misshandlung länger andauern kann, auch wenn die Misshandlungen selbst beendet sind. Des Weiteren verstärkt sich die Wirkung auf die physische und mentale Gesundheit der Frauen mit der Schwere der Misshandlung. Verschiedene Gewaltformen und multiple Gewaltepisoden wirken im zeitlichen Verlauf kumulativ (Krug, et al., 2002). Als Konsequenz wurde abschließend festgehalten, dass es keinen Bereich von Gesundheitsproblemen gibt, für den eine relevante Vorgeschichte von Gewalt ausgeschlossen werden kann (Hagemann-White & Bohne, 2003). Es ist nicht die Frage, OB Ärzte Kontakt zu gewaltbetroffenen Frauen haben, es ist lediglich die Frage, WIE dieser Kontakt gestaltet wird (Steffens & Stolte, 2007).

Es folgte eine anregende Diskussion im Plenum, so haben z.B. die Pflegekräfte der Notfallaufnahmen von ihren Erfahrungen und Schwierigkeiten berichtet und auch die Physiotherapeutinnen aus einer niedergelassenen Praxis drückten die oftmals aufkommende Hilflosigkeit aus, wenn der Verdacht auf Häusliche Gewalt besteht. Es wurde darauf hingewiesen, dass es an ‚Handwerkszeug‘ im adäquaten Umgang mit von Gewalt betroffenen Frauen fehlt und auch das Sprachproblem in der Unterhaltung mit Migrantinnen eine wesentliche Rolle spielt.

Der nächste Block fokussierte auf das Thema von gewaltbetroffenen Frauen in der gesundheitlichen Versorgung und widmete sich zunächst der ‚Gesprächsführung: Darüber reden können – Von Gewalt betroffene Frauen in der ärztlichen Sprechstunde bzw. in der Klinik‘. Es wurde eine Filmszene in einer Notfallaufnahme eines Klinikums gezeigt, die den Namen ‚Das alte Theater‘³¹ trägt. In dieser fünfminütigen Filmsequenz wurde eine von Häuslicher

³¹AVA 2 Häusliche Gewalt: Fortbildung und Sensibilisierung. Herausgeberin: Prof. Dr. Cillie Rentmeister, Berlin 2003. Bezugsadresse ist der Publikationsversand des BMFSFJ

Gewalt betroffene Frau mit einem gebrochenen Arm von ihrem Ehemann in die Notfallaufnahme gebracht. Im Verlauf wurde deutlich, welche Fehler in einem Ärztin/Arzt-Patientin Gespräch häufig gemacht werden, wie z.B. die Tatsache, dass der Täter zunächst mit in das Behandlungszimmer ging und für die Frau auf Fragen des Arztes antwortete. Nachdem der Arzt den Mann aus dem Behandlungszimmer verwiesen hat, war seine Aussage ‚Sie müssen diesen Mann anzeigen‘. Die Frau verließ nach der Behandlung ihres Armes gemeinsam mit dem Täter das Klinikum, ohne weitere Unterstützung bzw. Informationen zu bekommen.

Nach einer Diskussionsrunde folgte ein Input zu den Anforderungen an Professionelle des Gesundheitswesens. Betont wurde, dass erste Hilfe/Notfallambulanzen und niedergelassene Praxen eine niedrigschwellige Hilfeeinrichtungen darstellen und Ärztinnen und Ärzte häufig der erste und einzige Kontakt für betroffene Frauen sind. In ihnen werden wichtige Gesprächspartner gesehen. Zudem genießen Ärzte und Ärztinnen ein hohes Maß an Vertrauen aufgrund der Schweigepflicht.

Um den Teilnehmenden konkrete Handlungsmöglichkeiten vorzustellen wurde der S.I.G.N.A.L.-Handlungsleitfaden ausführlich angesprochen und an dieser Stelle in Kürze dargestellt³²:

- S Sprechen Sie die Patientin an
- I Interviewen Sie mit konkreten einfachen Fragen
- G Gründliche Untersuchung alter und neuer Verletzungen
- N Notieren und dokumentieren Sie alle Befunde und Angaben, so dass sie gerichtsverwertbar sind
- A Abklären des aktuellen Schutzbedürfnisses: Schutz und Sicherheit der Patientin sind Grund und Ziel jeder Intervention
- L Leitfaden mit Notrufnummern und Unterstützungsangeboten anbieten (Hellbernd, et al., 2004).

Insbesondere wurden die Rahmenbedingungen für ein Gespräch beleuchtet. So ist es von großer Bedeutung, Offenheit für das Thema zu signalisieren und auf eine gute, geschützte Atmosphäre zu achten. Bei Migrantinnen mit Sprachproblemen sollten unbedingt neutrale Sprachmittler hinzu gezogen werden. Es wurden Beispiele für die Gesprächsführung bzw. Eingangsfragen vorgestellt, welche einer betroffenen Frau helfen können, sich zu öffnen. Nachdrücklich wurde aber auch betont, dass Professionelle es respektieren müssen, wenn eine Frau kein Gespräch wünscht.

Auch nach diesem Input wurde lebendig diskutiert, am wichtigsten wurde der Aspekt der Weitervermittlungsmöglichkeit erachtet, der für die verschiedenen Berufsgruppen sehr entlastend sein kann. Da es für die in der Region durchgeführte Fortbildung spezifische Unterstützungsmöglichkeiten gibt und eine Mitarbeiterin persönlich anwesend war, wurde es als sehr hilfreich empfunden, dass konkrete Möglichkeiten transparent gemacht wurden.

Zur Anwendung des Dokumentationsbogens ‚Ärztliche Dokumentation bei häuslicher Gewalt – körperlicher Misshandlung‘³³ wurde eine interaktive Übung durchgeführt. Es wurde ein Gespräch in einer ärztlichen Praxis simuliert, wobei die Rolle der Ärztin von einer erfahrenen Ärztin, welche schon häufig Kontakt mit gewaltbetroffenen Frauen hatte, gespielt und die Rolle einer von Häuslicher Gewalt betroffenen Patientin von einer Mitarbeiterin einer Frauenberatungsstelle übernommen wurde. Die Patientin sollte viel und durcheinander sprechen.

³²Der ausführliche Leitfaden kann unter folgendem link abgerufen werden:

<http://www.signal-intervention.de/index.php?link=butt51>

³³<http://www.frauennotrufe-hessen.de/Aerztliche-Dokumentation-nach.71.0.html>

Ziel war es, eine möglichst ‚echte‘ Darstellung eines Gespräches aufzuzeigen. Die Teilnehmenden bekamen den Dokumentationsbogen ausgehändigt, den sie nach dem Gespräch ausfüllen sollten. Hierbei ging es nicht um die gerichtsverwertbare Dokumentation der Verletzungen, sondern um die Darstellung des Tatherganges mit den eigenen Worten der Patientin sowie Notizen zu ihrem psychischen Gesamteindruck zu machen. Nach dem Rollenspiel und der Zeit für das Ausfüllen des Bogens wurden die Teilnehmenden gebeten, sich in Vierer-Gruppen über ihre Notizen auszutauschen. Im Plenum wurden dann die Diskussionsergebnisse gesammelt.

Diese Übung eignet sich hervorragend, um zu verdeutlichen, wie unterschiedlich die Wahrnehmungen der Teilnehmenden sind und wie schwierig es ist, sich bei einer ausführlichen Schilderung auf die notwendigen Angaben zu konzentrieren. Abgeschlossen wurde die Übung mit einem Input einer Ärztin zu rechtsmedizinischen Aspekten in der gerichtsverwertbaren Dokumentation bei Häuslicher Gewalt.

Der nächste Block der Fortbildung fokussierte wie auch auf der multi-professionellen Fortbildung auf das Thema ‚Warum bleiben Frauen in Misshandlungsbeziehungen?‘. Auch hier wurden die oben beschriebenen interaktiven Übungen eingesetzt. Der Block wurde mit der Filmsequenz ‚Zweiter Versuch‘ der AVA 2 abgerundet, in der dieselbe Anfangssituation in der Notfallaufnahme dargestellt wurde, aber ein hilfreiches und unterstützendes Gespräch mit der gewaltbetroffenen Frau als ‚good practice‘-Beispiel geführt wurde. Sie wurde von dem Arzt sensibel und unterstützend angesprochen, ihre Verletzungen und psychischer Gesamtzustand wurde gerichtsverwertbar dokumentiert, sie bekam wichtige Informationen zur Unterstützung ihrer Person und wurde z.B. gefragt, ob sie zu ihrer Sicherheit direkt in ein Frauenhaus möchte. Die Notfallkarte mit den wichtigsten Telefonnummern der Unterstützungseinrichtungen wurde ihr ausgehändigt und ein Folgetermin vereinbart.

Diese beiden Videosequenzen wurden schon öfter auf Fachtagungen und spezifischen Fortbildungen für Ärzte und Ärztinnen eingesetzt und veranschaulichten sehr deutlich, wie adäquate gesundheitliche Versorgung betroffener Frauen gelingen kann.

Der letzte Block der Fortbildung thematisierte Kooperationsbündnisse und Netzwerke gegen Häusliche Gewalt. Nach dem wie auf der multi-professionellen Fortbildung gehaltenen Input zu ‚Multi-professioneller Kooperation in der gesundheitlichen Versorgung‘ wurde zum Abschluss der Fortbildung das Panel mit eingeladenen Expertinnen durchgeführt. Die Diskussion im Plenum war sehr konstruktiv. Die mündlichen Rückmeldungen zeigten auf, dass die Durchführung des Panels ein wesentlicher und hilfreicher Teil der Fortbildung war, der in der Zukunft aber noch mehr Zeit für Diskussionen bedarf.

3.3 Europäischer Kontext

Dieses erstmals in Deutschland durchgeführt inhaltliche Fortbildungskonzept wurde von den PRO TRAIN Partnerorganisationen in Italien, Ungarn, Tschechische Republik, Finnland und Österreich übernommen und auf die Bedarfe der jeweiligen Teilnehmenden modifiziert. Die interaktiven Übungen wurden in dieser Form in vier Ländern durchgeführt. Alle beteiligten Partnerorganisationen passten die wissenschaftlichen Inputs an die nationalen und institutionellen Rahmenbedingungen an. So wurden z.B. nationale Studienergebnisse wenn möglich präsentiert und die nationalen rechtlichen Rahmenbedingungen in der Intervention bei Häuslicher Gewalt erläutert. Die interaktiven Übungen wurden Bestandteil des gesamten Trainingsprogramms.

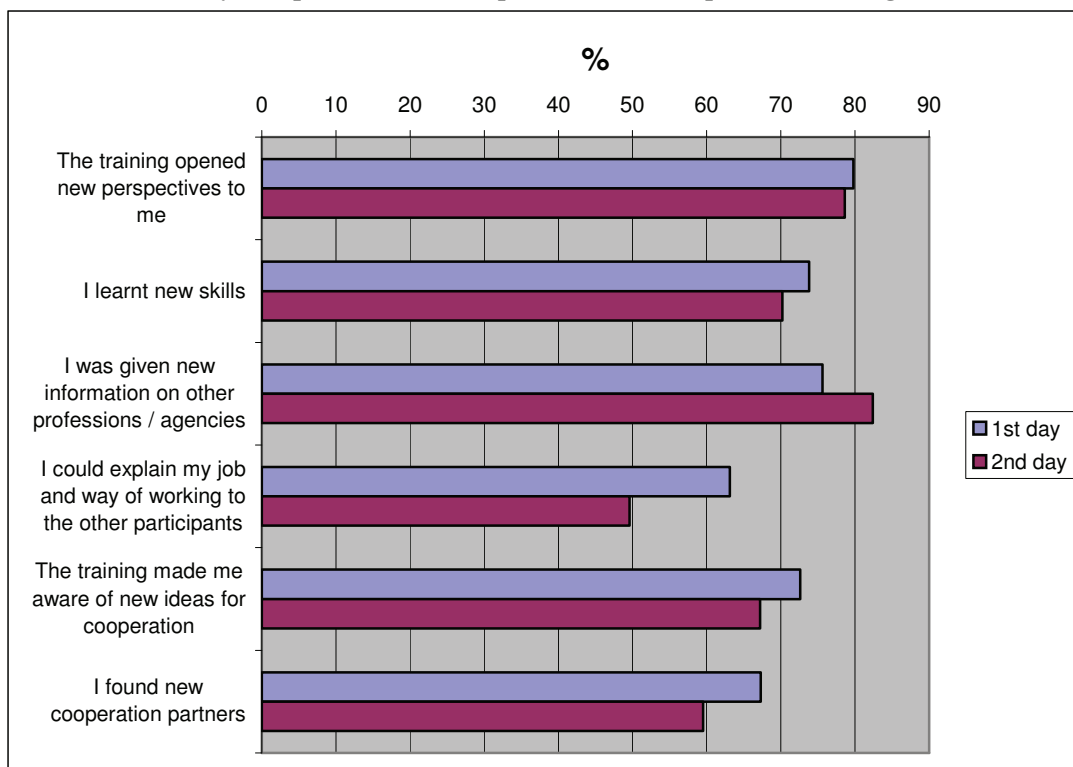
Die Erfahrungen mit den durchgeführten Fortbildungen in den verschiedenen Ländern wurden auf einem europäischen Partnertreffen analysiert. Es stellte sich heraus, dass in allen beteiligten Ländern die Berufsgruppen der Juristen und der Ärzteschaft sehr schwer oder aber auch gar nicht erreicht werden konnten.

4. Evaluation der Fortbildungen in sieben europäischen Ländern

Für die Evaluation der Pilot-Tests in den respektiven Ländern wurde von Prof. Dr. Kavemann in Kooperation mit den Projektpartnerinnen ein umfangreiches Evaluationsinstrument entwickelt. Alle Teilnehmenden der Fortbildungen erhielten einen Vorab-Fragebogen, Teilnehmende der multi-professionellen Fortbildung einen spezifisch hierfür entwickelten Evaluationsbogen und Teilnehmende an der Fortbildung von Gesundheitsfachkräften einen jeweils auf Bedarfe von Gesundheitsfachkräften zugeschnittenen Fragebogen³⁴.

Die Evaluationsbögen wurden für alle durchgeführten Fortbildungen zentral von Prof. Dr. Kavemann analysiert und für das gesamte Projekt (nicht länderspezifisch) ausgewertet. Die Ergebnisse sind in englischer Sprache auf der PRO TRAIN Homepage veröffentlicht³⁵. An dieser Stelle werden nur zwei Auszüge vorgestellt, die sich auf das Konzept der multi-professionellen Fortbildung und auf den Kompetenzzugewinn der Teilnehmenden beziehen. Der erste Tag bezieht sich auf die multi-professionelle Fortbildung, der zweite auf die Zielgruppe der Gesundheitsfachkräfte.

Tabelle 1: How did you experience the multiprofessional concept of the training? (N=168 / 131)³⁶



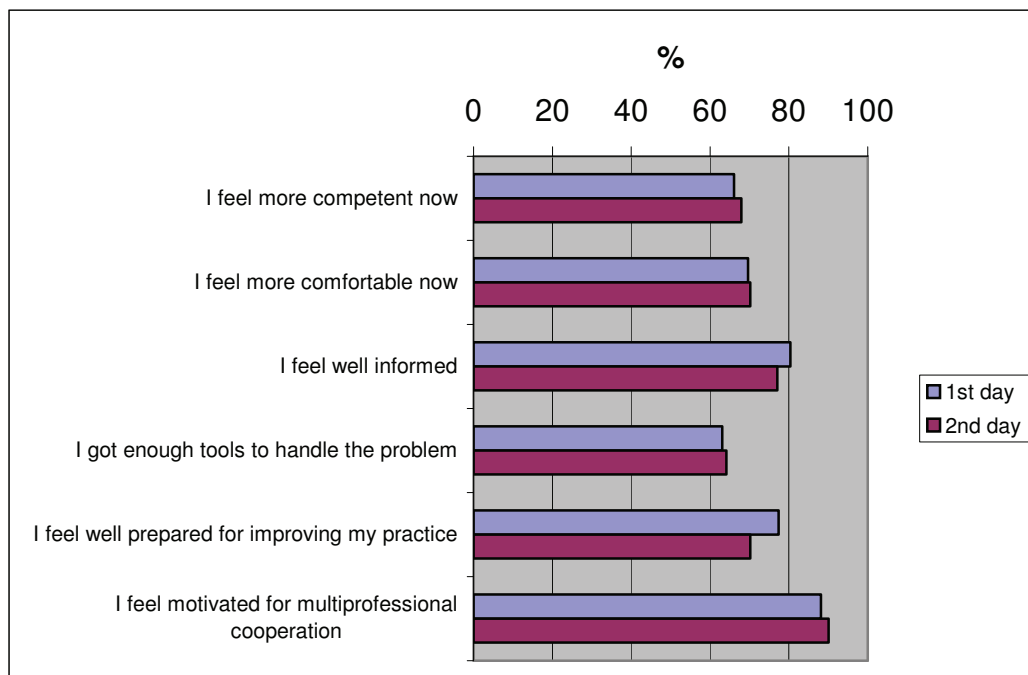
Quelle: Kavemann, 2009, S. 12

³⁴Die Evaluationsfragebögen sind in sechs Sprachen auf der Homepage von PRO TRAIN veröffentlicht: <http://pro-train.uni-osnabrueck.de> - Trainingprogramm

³⁵ Es nahmen insgesamt 255 Personen an den Fortbildungen teil, 181 füllten die Fragebögen aus. Die geringere N-Angabe der Tabellen zeigt auf, dass nicht alle Fragen gleichermaßen beantwortet wurden.

³⁶ N=168 bezieht sich auf den ersten Tag, N=131 auf den zweiten Tag der Fortbildung

Tabelle 2: Now that the training is over, do you feel more competent /comfortable dealing with intimate partner violence against women? (N= 168 / 131)



Quelle: Kavemann, 2009, S. 12

Kavemann kommt zu dem Schluss, dass die meisten Teilnehmenden neue Perspektiven gewonnen haben und viele neue Informationen über die Rolle anderer Berufsgruppen bekamen. Ein Viertel bis zu ein Drittel der Teilnehmenden allerdings vermissten die Gelegenheit, andere Professionen ausreichend über ihre Tätigkeiten im Umgang mit Häuslicher Gewalt zu informieren und gaben an, mehr Zeit für Austausch zu benötigen. Viele der Teilnehmenden bekamen neue Ideen für mögliche Kooperationen. Mehr als ein Drittel der Teilnehmenden gaben an, dass der Austausch mit anderen Professionen und die aufgezeigten Kooperationsmöglichkeiten besonders bedeutsam für sie waren. Das multi-professionelle Konzept wurde von allen sehr gut angenommen. Konkret wollen mehr als 40% der Teilnehmenden als nächste Schritte Kooperationen auf- bzw. ausbauen und sich an Netzwerken beteiligen:

- „I will inform my colleagues“
- „I will attend the next network meeting“
- „I will build up cooperation in my community“
- „I will intensify contact with our cooperation partners“
- „I will keep contact with the new partners“

(Kavemann, 2009, S. 15).

Leider konnte auf Grund der eingeschränkten Projektlaufzeit keine Follow-up Befragung der Teilnehmenden der Fortbildungen stattfinden. Inwiefern die Vorhaben auch tatsächlich umgesetzt wurden, bleibt daher unbeantwortet.

5. Trainingprogramm PRO TRAIN

Das Trainingprogramm wurde konzipiert, um erforderliche Informationen bereit zu stellen, die sowohl Veränderungen in der Praxis einzelner Fachkräfte, die mit von Häuslicher und sexualisierter Gewalt betroffenen Frauen und deren Kindern in Kontakt kommen, als auch institutionelle Veränderungen für eine verbesserte Versorgung von Betroffenen bewirken sollen. Das Programm ist unterteilt in Grundmodule für multi-professionelle Fortbildungen und spezifische Module, die auf Gesundheitsfachkräfte ausgerichtet sind. Das multi-professionelle

Trainingprogramm besteht aus fünf Modulen und das Programm für Professionelle des Gesundheitswesens beinhaltet vier Module. Das fünfte Modul der multi-professionellen Fortbildung und das vierte Modul für Gesundheitsfachkräfte konzentrieren sich auf institutionelle Ansätze (siehe unten).

Jedes Modul enthält die folgende Struktur: (1) Theoretisches Hintergrundwissen für die Trainer/innen einschließlich Literaturhinweisen, (2) Interaktive Übungen mit Hinweisen für Trainer/innen und (3) Handouts und/oder Powerpoint Präsentationen.

5.1 Module für eine multi-professionelle Fortbildung

Das erste Modul der multi-professionellen Fortbildung besteht aus einer Einführung, die Basisinformationen zu geschlechtsspezifischer Gewalt zur Verfügung stellt. In diesem Modul werden folgende Themen behandelt: (1) Gewalt gegen Frauen als Menschenrechtsverletzung – Formen und Prävalenz von Gewalt gegen Frauen, (2) Folgen Häuslicher Gewalt und (3) Auswirkungen Häuslicher Gewalt auf Kinder.

Das zweite Modul trägt den Titel Interpersonelle Gewalt: Dynamiken, Bedarfe von Frauen und Diversität. Es beinhaltet die folgenden vier Themenbereiche: (1) Dynamiken von Gewalt und Trennungsbarrieren, (2) Die Bedürfnisse von Frauen, (3) Das Erkennen von Opfern und Tätern und (4) Häusliche Gewalt und Diversität – Frauen mit spezifischen Bedürfnissen.

Im dritten Modul Gefahreinschätzung und Sicherheitsplanung, liegt der Schwerpunkt auf: (1) Gefahreinschätzung, (2) Sicherheitsplanung mit betroffenen Frauen und (3) Sicherheitsplanung für öffentliche Institutionen. Das vierte Modul beinhaltet (1) Kommunikationskompetenzen und (2) Leitlinien für adäquate Unterstützung betroffener Frauen.

Das letzte Modul der multiprofessionellen Fortbildung (Modul 5) konzentriert sich auf rechtliche Rahmenbedingungen, sowie Grundlagen multi-professioneller und interinstitutioneller Kooperationen.

5.2 Module für eine Fortbildung von Gesundheitsfachkräften

Der zweite Teil des Trainingprogramms ist auf Professionelle innerhalb des Gesundheitswesens ausgerichtet. Es werden hauptsächlich spezifische Kenntnisse, die Gesundheitsfachkräfte in ihrer täglichen Praxis benötigen, thematisiert. Professionelle des Gesundheitswesens sollen befähigt werden, von Gewalt betroffene Frauen zu erkennen und eine adäquate gesundheitliche Versorgung anzubieten.

Das erste Modul fokussiert Gesundheitsfolgen von Gewalt und die aktuelle Situation der Gesundheitsversorgung. Dieses Modul besteht aus den folgenden fünf Themen: (1) Gesundheitsfolgen von Gewalt, (2) Die Prävalenz von Gewalt bzw. ihren Opfern in Einrichtungen des Gesundheitswesens, (3) Gefahr der Fehlversorgung, (4) Barrieren einer nachhaltigen Versorgung und (5) Schlüsselrolle der Gesundheitsfachkräfte.

Im zweiten und dritten Modul mit dem Titel Häusliche Gewalt und adäquate Versorgung in Gesundheitseinrichtungen Interventions- und Präventionsmöglichkeiten, finden Trainer/innen Informationen zu den folgenden vier Bereichen: (1) Intervention und Prävention bei sexueller und häuslicher Gewalt, (2) Wahrnehmen von gewaltbedingten Verletzungen und Beschwerden, (3) Aktives Ansprechen, (4) Untersuchen und dokumentieren und (5) Sicherheit gewährleisten und informieren.

Das vierte Modul Qualitätsverbesserung und gute Praxis beinhaltet folgende Themen: (1) Förderung institutioneller Verantwortung und Verpflichtung durch Einführung bewährter Strategien und Richtlinien, (2) Gute Praktiken des ambulanten Dienstes, (3) Beispiele für gute klinische Praxis (Interventionsprogramme in Krankenhäusern) und (4) Bewertung von Programmen gegen Häusliche Gewalt.

5.3 Veröffentlichung in sieben Sprachen

Das gesamte Trainingprogramm ist in sieben Sprachen veröffentlicht und kann in europäischen Ländern, in denen es bislang noch keine Fortbildungsmaterialien gab, eingesetzt werden. Die Module wurden in englischer Sprache entwickelt und teilweise modifiziert in italienische, ungarische, französische, finnische, tschechische und deutsche Sprache zum Abschluss des Projektes übersetzt. Das gesamte Trainingprogramm ist auf der PRO TRAIN Website abrufbar³⁷ und auf CD erhältlich.

6 Resümée und Ausblick

Das PRO TRAIN Projekt war für die Expertinnen ein geeignetes interdisziplinäres Forum, um ihr Wissen und ihre Fachkompetenzen bezüglich Informationen und Forschung zum Thema Häusliche Gewalt, sowie zu Präventions- und Interventionsmaßnahmen in den verschiedenen Ländern zusammen zu bringen. Während der gesamten Projektlaufzeit wurde viel Kommunikationskompetenz (in englischer Sprache) gefordert, um die je nach Disziplin unterschiedliche Sichtweise auf das Phänomen Häusliche und sexualisierte Gewalt zu diskutieren und einen Konsens für die entwickelten Fortbildungsmodule zu erreichen.

Für die Entwicklung der Module für Professionelle des Gesundheitswesens war es sehr hilfreich, dass zwei der neun Projektpartnerinnen Ärztinnen sind und ihre Expertise aus dem Berufsalltag und die medizinische Sichtweise einbringen konnten. Für die Entwicklung der multi-professionellen Module wiederum war es unerlässlich, Expertinnen aus dem Frauenunterstützungsbereich mit langjährigen Erfahrungen in der Intervention bei Häuslicher Gewalt hinzuzuziehen. Die interdisziplinäre Zusammensetzung der Projektpartnerinnen erwies sich trotz Schwierigkeiten als sehr fruchtbar und die Partnerinnen waren sich einig, dass es gelungen ist, nicht nur ein umfangreiches Trainingprogramm zu entwickeln, sondern auch viel von den wissenschaftlichen und praxisnahen Diskursen gelernt zu haben. Das Ergebnis des Projekts ist das Trainingprogramm, welches Theorien und Methoden aus einer multi-professionellen Perspektive betrachtet und gleichzeitig auf die spezifischen Bedarfe im Gesundheitsbereich ausgerichtet ist.

Ein nächster Schritt zur weiteren Implementation von multi-professionellen Fortbildungen ist die Entwicklung von Train-the-Trainer Seminaren, die neben den inhaltlichen Themenbereichen einen starken Fokus auf didaktische Methoden zur Stärkung des multi-professionellen Ansatzes haben sollten.

Darüber hinaus ist es notwendig, die Berufsgruppe der Lehrkräfte in multi-professionelle Fortbildungen und Kooperationen mit einzubeziehen und sie zu befähigen, das Thema Häusliche Gewalt in Gewaltpräventionskonzepte in Schulen zu implementieren. Diese Problematik wird bislang nur unzureichend in Schulen berücksichtigt, obwohl in den letzten Jahren die Folgen für betroffene Kinder in wissenschaftlichen Diskursen vermehrt untersucht und Präventionskonzepte entwickelt und erprobt wurden³⁸.

Des Weiteren ist die Situation von gewaltbetroffenen Migrantinnen zu wenig erforscht, um in Fortbildungen spezifische Konzepte für adäquate Unterstützung vermitteln zu können. Eine interkulturelle Öffnung der Regeldienste erfolgte bislang in einigen Institutionen, jedoch ist der Bedarf von Migrantinnen in diesem Bereich noch zu ermitteln.

³⁷ Siehe www.pro-train.uni-osnabrueck.de - Trainingprogramm

³⁸ In Deutschland wurde erstmals ein Modellprojekt zu diesem Thema in Berliner Schulen durchgeführt und evaluiert: BIG Präventionsprojekt (Hrsg.) (2008): Kooperation zwischen Schulen und Jugendhilfe bei häuslicher Gewalt. Modellphase 2006-2008. Berlin

Literatur

- Abbott, J., Johnson, R., Koziol-McLain, J. & Lowenstein, S.R. (1995). Domestic violence against women. Incidence and prevalence in an emergency department population. *Jama* 273(22),1763-7.
- Bacchus, L., Mezey, G., & Bewley, S. (2004). Domestic violence: prevalence in pregnant women and associations with physical and psychological health. *European Journal of Obstetrics and Gynecology*, 113(1), 6-11.
- BMFSFJ (2002). Informationsmappe mit Materialien zum Gewaltschutzgesetz, abrufbar unter <http://www.bundespruefstelle.de/bmfsfj/generator/BMFSFJ/Service/Publikationen/publikationsliste,did=5550.html>
- BIG Präventionsprojekt (Hrsg.) (2008): Kooperation zwischen Schulen und Jugendhilfe bei häuslicher Gewalt. Modellphase 2006-2008. Berlin
- Brzank, P., Hellbernd, H., & Maschewsky-Schneider, U. (2004). Häusliche Gewalt gegen Frauen: Gesundheitsfolgen und Versorgungsbedarf–Ergebnisse einer Befragung von Erste-Hilfe-Patientinnen im Rahmen der SIGNAL-Begleitforschung. *Das Gesundheitswesen*, 66(3), 164-169.
- Döring, K., & Ritter-Mamczek, B. (2001). Lern- und Arbeitstechniken in der Weiterbildung: Deutscher Studienverlag, Weinheim.
- Felitti, V. (2002). The relation between adverse childhood experiences and adult health: turning gold into lead. Editor's Comments, 6(1), 44. *BMJ*, London.
- Freitag, C. (2008). Über den Mehrwert multi-professioneller Interaktion. Unveröffentlichtes Manuskript. Universität Bremen.
- Gloor, D., Meier, H., Baeriswyl, P., & Büchler, A. (2000). Interventionsprojekte gegen Gewalt in Ehe und Partnerschaft. Haupt Verlag, Bern.
- Hagemann-White, C. (2006). Combating violence against women: Stocktaking study on the measures and actions taken in Council of Europe member states. Council of Europe, Strasbourg.
- Hagemann-White, C., & Bohne, S. (2003). Versorgungsbedarf und Anforderungen an Professionelle im Gesundheitswesen im Problembereich Gewalt gegen Frauen und Mädchen. Expertise für die Enquetekommission "Zukunft einer frauengerechten Gesundheitsversorgung in Nordrhein-Westfalen". Osnabrück, abrufbar unter [http://www.landtag.nrw.de/portal/WWW/GB_I/I.1/EK/EKALT/13_EK2/aktuelles.jsp - Gutachten](http://www.landtag.nrw.de/portal/WWW/GB_I/I.1/EK/EKALT/13_EK2/aktuelles.jsp-Gutachten)
- Hagemann-White, C., & Bohne, S. (2007). Protecting women against violence: Analytical study on the effective implementation of Recommendation (2002) 5 on the protection of women against violence in the Council of Europe member states. Council of Europe, Strasbourg.
- Hanmer, J., Gloor, D., & Meier, H. (2006). Agencies and evaluation of good practice: domestic violence, rape and sexual assault. www.cahriv.uni-osnabrueck.de - publications.
- Heise, L., Ellsberg, M., & Gottemoeller, M. (1999). Ending violence against women. *Population Reports. Series L: Issues in World Health*, 11, 1-43. The Johns Hopkins School of Public Health, Baltimore, Maryland.
- Hellbernd, H. (2006). Häusliche Gewalt gegen Frauen: gesundheitliche Versorgung. Das S.I.G.N.A.L. Interventionsprogramm. Curriculum. BMFSFJ (Hrsg.), Berlin.
- Hellbernd, H., & Brzank, P. (2006). Häusliche Gewalt im Kontext von Schwangerschaft und Geburt: Interventions-und Präventionsmöglichkeiten für Gesundheitsfachkräfte. Kavemann, B., Kreyssig, U. (Hrsg.). *Handbuch Kinder und häusliche Gewalt*. Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden.
- Hellbernd, H., Brzank, P., Wieners, K., & Maschewsky-Schneider, U. (2004). Häusliche Gewalt gegen Frauen: gesundheitliche Versorgung. Das SIGNAL-Interventionsprogramm. BMFSFJ (Hrsg.), Broschürenstelle, Berlin.

- Hornberg, C., Schröttle, M., Bohne, S., Khelaifat, N., Pauli, A., & Horch, K. (2008). Gesundheitliche folgen von Gewalt unter besonderer Berücksichtigung von Gewalt gegen Frauen. Robert Koch Institut (Hrsg.). Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Berlin.
- Humphreys, C., & Stanley, N. (2006). Domestic violence and child protection: Directions for good practice. Jessica Kingsley Pub, London.
- Kavemann, B. (2006). Zusammenhang von häuslicher Gewalt gegen die Mutter mit Gewalt gegen Töchter und Söhne – Ergebnisse neuerer deutscher Untersuchungen. Kavemann, B. Kreyssig, U. (Hrsg.), Handbuch Kinder und häusliche Gewalt, 13-35. Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden.
- Kavemann, B., Kreyssig, U. (Hrsg.) (2006). Handbuch Kinder und häusliche Gewalt. Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden.
- Kavemann, B. (2009). First evaluation results, abrufbar unter: <http://www.pro-train.uni-osnabrueck.de> - Traingprogramme
- Kelly, L., Bindel, J., Burton, S., Butterworth, D., Cook, K., & Regan, L. (1999). Domestic Violence Matters: An evaluation of a development project (Home Office Research study 193). Home Office Research Development and Statistics Directorate, London.
- Kindler, H. (2006). Welcher Zusammenhang besteht zwischen Partnerschaftsgewalt und der Entwicklung von Kindern? Kindler, H., Lillig, S., Blüml, B., Meysen, T., Werner, A. (Hrsg.), Handbuch Kindeswohlgefährdung nach § 1666 und Allgemeiner Sozialer Dienst (ASD). Kapitel 29, Deutsches Jugendinstitut, München.
- Kindler, H., Lillig, S., Blüml, B., Meysen, T., Werner, A. (Hrsg.), Handbuch Kindeswohlgefährdung nach § 1666 und Allgemeiner Sozialer Dienst (ASD). Kapitel 29, Deutsches Jugendinstitut, München.
- Krug, E., Mercy, J., Dahlberg, L., & Zwi, A. (2002). The World Report on Violence and Health. WHO (Hrsg.), Genf.
- Lehmann, N. (2008). Migrantinnen im Frauenhaus. Biografische Perspektiven auf Gewalterfahrungen. Verlag Barbara Budrich, Opladen & Farmington.
- Müller, U., Schröttle, M., Glammeier, S., & Oppenheimer, C. (2004). Lebenssituation, Sicherheit und Gesundheit von Frauen in Deutschland. Eine repräsentative Untersuchung zu Gewalt gegen Frauen in Deutschland. Berlin, BMFSFJ (Hrsg.), Berlin.
- Sellach, B. (2000). Neue Fortbildungsmaßnahmen für Mitarbeiterinnen im Frauenhaus. Schriftenreihe des BMFSFJ, Bd.191. Kohlhammer, Stuttgart.
- Steffens, M., & Stolte, A. (2007). Neue Wege zur Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung gewaltbetroffener Frauen. Infobroschüre gesine netzwerk gesundheitEN. Witten
- Walby, S., & Allen, J. (2004). Domestic Violence, Sexual Assault and Stalking: Findings from the British Crime Survey (Home Office Research Study 276). Home Office Research Development and Statistics Directorate, London
- Watson, D., & Parsons, S. (2005). Domestic abuse of women and men in Ireland: report on the national study of domestic abuse. Stationery Office, Dublin.
- WIBIG (2004). Neue Unterstützungspraxis bei häuslicher Gewalt - Wissenschaftliche Begleitung Interventionsprojekte gegen häusliche Gewalt. Abschlussbericht Band 1, abrufbar unter: www.wibig.uni-osnabrueck.de

Internetquellen

(Stand Juni 2010)

Aktionsplan der Bundesregierung zur Bekämpfung von Gewalt gegen Frauen, Dezember 1999

<http://www.familien-wegweiser.de/bmfsfj/generator/RedaktionBMFSFJ/Abteilung4/Pdf-Anlagen/gewalt-aktionsplan-gewalt-frauen-ohne-vorwort,property=pdf,bereich=bmfsfj,sprache=de,rwb=true.pdf>

Aktionsplan II der Bundesregierung zur Bekämpfung von Gewalt gegen Frauen 2007

<http://www.bmfsfj.de/BMFSFJ/Service/Publikationen/publikationen.did=100962.html>

Amnesty International (2008). Spain: Briefing to the Human Rights Committee

http://www2.ohchr.org/english/bodies/hrc/docs/ngos/AI_Spain93.pdf

Berliner Interventionszentrale bei häuslicher Gewalt – BIG

<http://www.big-interventionszentrale.de>

BMFSFJ (Hg.) (2002): Informationsmappe mit Materialien zum Gewaltschutzgesetz Nr. 80 "Formulare für Frauen zur Beantragung zivilrechtlichen Schutzes nach dem Gewaltschutzgesetz", Nr. 90 "Sorge- und Umgangsrecht bei häuslicher Gewalt: aktuelle rechtliche Entwicklungen, wissenschaftliche Erkenntnisse und Empfehlungen; Nr. 91 "Rahmenbedingungen für polizeiliche/gerichtliche Schutzmaßnahmen bei häuslicher Gewalt", Nr. 92 "Standards und Empfehlungen für die Aus- und Fortbildung zum Thema häusliche Gewalt"

<http://www.bundespruefstelle.de/bmfsfj/generator/BMFSFJ/Service/Publikationen/publikationsliste.did=5550.html>

Bundesverband Frauenberatungsstellen und Frauennotrufe bff

<http://www.frauen-gegen-gewalt.de>

Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination Against Women ([CEDAW 1979](#))

www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/text/econvention.htm

Coordination Action against Human Rights Violations (CAHRV 2003 - 2007)

<http://www.cahrvi.uni-osnabrueck.de>

Council of Europe campaign: Stop domestic violence against women (2007 - 2008)

http://www.coe.int/t/dc/campaign/stopviolence/default_en.asp

DOKUMENTATIONSBOGEN bei häuslicher Gewalt - körperlicher Misshandlung zur Dokumentation von Verletzungsfolgen durch die Ärztin / den Arzt

<http://www.frauennotrufe-hessen.de/AErztliche-Dokumentation-nach.71.0.html>

Frauenhauskoordinierung e.V.

<http://www.frauenhauskoordinierung.de>

Gesetz zum zivilrechtlichen Schutz vor Gewalttaten und Nachstellungen (Gewaltschutzgesetz - GewSchG), in Kraft getreten 01.01.2002

<http://bundesrecht.juris.de/bundesrecht/gewschg/gesamt.pdf>

Gesetz zur Nachstellung (§ 238 StGB – 2007 in Kraft getreten)

<http://dejure.org/gesetze/StGB/238.html>

Gesine Netzwerk Gesundheit.EN

<http://www.gesine-net.info>

Modellprojekt „Medizinische Intervention gegen Gewalt an Frauen“ (2008 – 2011)

<http://www.migg-frauen.de>

PRO TRAIN: Improving multi-professional and health care training in Europe - building on good practice in violence prevention (2007-2009)

<http://www.pro-train.uni-osnabrueck.de>

Recommendation Rec(2002)5 of the Committee of Ministers to Council of Europe member States on the Protection of Women against Violence

<http://www.wcd.coe.int/ViewDoc.jsp?id=280915&BackColorInternet=9999CC&BackColorIntranet=FFBB55&BackColorLogged=FFAC75>

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

<http://www.signal-intervention.de/index.php?link=butt51>

United Nations Declaration on the Elimination of Violence against Women, General Assembly Resolution, December

[http://www.unhchr.ch/huridocda/huridoca.nsf/\(Symbol\)/A.RES.48.104.En](http://www.unhchr.ch/huridocda/huridoca.nsf/(Symbol)/A.RES.48.104.En)

Anlage 1: *Silkes Geschichte* (aus: Hellbernd 2006, Teil B Didaktik und Methodik, S. 26f)

Zeit: 20 Minuten

Ziel:

Verständnis für die Isolation von häuslicher Gewalt betroffenen Frauen schaffen, Schwierigkeit des Hilfesuchens verdeutlichen, Auseinandersetzung anregen über hilfreiche und weniger hilfreiche Reaktionen im Umfeld, Interventionsmöglichkeiten innerhalb des Gesundheitsbereichs verdeutlichen

Methode:

Die folgende kurze Szene beschreibt eine Situation, in der sich gewaltbetroffene Frauen häufig befinden können.

Hinweise zur Übung:

Für die Übung werden 10 Personen zum Mitspielen benötigt.

Folgende Rollen werden verteilt:

Silke ist die Hauptakteurin. Klaus, ihr Partner (der nichts sagt) und 8 weitere Personen aus ihrem Umfeld. Alle Mitspielenden erhalten eine Karte auf denen der Text steht bzw. eine Antwort, die sie vorlesen, wenn sie an der Reihe sind.

Alle Personen stellen sich im Kreis auf, außer Silke, die in der Mitte des Kreises steht. Die im Kreis stehenden Personen erhalten das Ende eines Bands (1- 1,5 m Geschenkband, dicker Faden oder ähnliches), das andere Ende des Bandes hält Silke. Sie hält 9 Bänder in ihrer Hand, die sie mit den anderen 9 Personen verbinden.

Die Spielleitung beginnt mit der Übung, wenn alle im Kreis stehen und mit Silke „verbunden“ sind.

Bitten Sie die Mitspielenden den Text auf ihrer Karte laut zu lesen, wenn sie an der Reihe sind. Nach ihrer Antwort werden sie gebeten das Band (bzw. Klopapier) hinzulegen und sich wieder auf ihren Platz zu setzen. Nur Silke behält das Ende in der Hand.

Nachdem alle geantwortet haben ist nur noch Klaus mit Silke „verbunden“ durch das Band.

Die Spielleitung beginnt mit einem einführenden Satz:

„Bei dieser Übung treffen wir auf Silke – ein Opfer häuslicher Gewalt. Während wir ihre Geschichte hören, achten Sie besonders darauf, wie sie Hilfe bei anderen Personen sucht. Wenn ich mich auf die Person beziehe, deren Karte Sie halten, lesen Sie bitte die Antwort laut vor.“

Text für die Mitspielenden:

Silke liest laut:

„Ich heiße Silke, bin 38 Jahre alt und seit 9 Jahren verheiratet. Mein Mann Klaus ist ein erfolgreicher Geschäftsmann. Wir haben zwei Kinder im Alter von 6 und 9 Jahren. Ich habe zurzeit einen Mini-Job d.h. 400 Euro Job in einem Büro.

Mein Mann ist allseits sehr beliebt und ich werde oft um meine Familie beneidet.“

Spielleitung: „Silke sagt zu ihrer Schwester ... “

Silke: „Klaus hat sich ziemlich verändert.“

Spielleitung: „Die Schwester antwortet ...“

Schwester: „Sei glücklich, dass du Klaus hast. Ich fühl mich oft allein nach meiner Scheidung.“

Nach gleichen Muster:

Silke sagt zu ihrer Freundin: „Klaus möchte nicht, dass ich abends allein ausgehe. Er will, dass ich da bin, wenn er von der Arbeit kommt.“

Freundin: „Du kannst doch froh sein, dass dein Mann sich abends noch auf dich freut.“

Silke sagt zu ihrem Nachbarn: „Sie sind ja schon wieder aus dem Urlaub zurück.“

Nachbar: „Es war letzte Nacht ganz schön laut bei Ihnen. Da kann ja kein Mensch schlafen.“

Silke sagt zu einer Kollegin: „Ich kann mich heute so schlecht auf meine Arbeit konzentrieren.“

Kollegin: „Du fährst ja bald mit deiner Familie in Urlaub. Da kannst du sicher richtig ausspannen.“

Silke sagt zu einer Rechtsanwältin: „Ich habe Angst vor meinem Ehemann.“

Rechtsanwältin: „Solange Sie nicht irgendeinen Beweis haben, können wir nichts machen.“

Silke sagt zur Lehrerin: „Mein Mann möchte nicht, dass mein Sohn an der Theater-AG teilnimmt.“

Lehrerin: „Schade. Das würde Ihrem Sohn sicher gut tun, weil er oft so zurückhaltend ist.“

Silke sagt zu einem Angestellten in ihrer Bank: „Ich brauche eine Bankkarte für unser Konto.“

Angestellten in ihrer Bank: „Die haben wir Ihnen schon vor einiger Zeit zugeschickt.“

Silke sagt zu ihrem Arzt: „Ich fühle mich in letzter Zeit oft so müde und kaputt.“

Arzt: „Ihr EKG ist völlig in Ordnung, aber Sie wirken etwas depressiv. Ich schlage vor, dass wir es mit einem leichten Medikament versuchen.“

Diskussion:

Fragen Sie die beobachtende Gruppe: „Was denken Sie, wie sich Silke fühlt?“

Lassen Sie zusammentragen, was in der Geschichte beeindruckt hat.

Nach der Diskussion, sollten die wichtigsten Erkenntnisse zusammengefasst werden.

(Typischen Reaktionen: Wegsehen, überspielen, verstecktes Hilfesuchen und Signale nicht wahrnehmen.)

Erklärung über die Eigenständigkeit der erbrachten wissenschaftlichen Leistung

Ich erkläre hiermit, dass ich die vorliegende Arbeit ohne unzulässige Hilfe Dritter und ohne Benutzung anderer als der angegebenen Hilfsmittel angefertigt habe.

Die Bescheinigungen zur Urheberschaft einzelner Kapitel in der Expertise und in dem RKI-Themenheft von Prof. Dr. Hagemann-White, Prof. Dr. Hornberg und Dr. Schröttle liegen der Arbeit bei.

Die aus anderen Quellen direkt oder indirekt übernommenen Daten und Konzepte sind unter Angabe der Quelle gekennzeichnet.

Weitere Personen waren an der inhaltlichen materiellen Erstellung der vorliegenden Arbeit nicht beteiligt. Insbesondere habe ich hierfür nicht die entgeltliche Hilfe von Vermittlungs- bzw. Beratungsdiensten (Promotionsberater oder andere Personen) in Anspruch genommen. Niemand hat von mir unmittelbar oder mittelbar geldwerte Leistungen für Arbeiten erhalten, die im Zusammenhang mit dem Inhalt der vorgelegten Dissertation stehen.

Die Arbeit wurde bisher weder im In- noch im Ausland in gleicher oder ähnlicher Form einer anderen Prüfungsbehörde vorgelegt.

Osnabrück, 31.01.2011

.....
(Ort, Datum) (Unterschrift)