



Themenspezifische Planungshilfen

Erläuterungen zu den themenspezifischen Planungshilfen	C1
Sozialkompensatorische Programme	C2
Psychiatrie	C3
Sucht	C4
Prävention von Kinderunfällen	C5
Hospize und Sterbebegleitung	C6
Sozialpharmazie	C7
Masern, Mumps, Röteln	C8
Organspende	C9
Nichtrauchen	C10
Häusliche Gewalt und Gesundheit	C11

Impressum

Herausgeber Landesinstitut für den Öffentlichen Gesundheitsdienst (lögD) NRW
33611 Bielefeld
Leiter: Dr. Helmut Brand, MSc
im Auftrag des
Ministeriums für Gesundheit, Soziales, Frauen und Familie NRW
40190 Düsseldorf

Autorinnen siehe Autorinnen der Planungshilfe Seite 81

*Bearbeitung und
Redaktion* Landesinstitut für den Öffentlichen Gesundheitsdienst (lögD) NRW
Westerfeldstr. 35-37
33611 Bielefeld
Telefon 0521.8007.239
Telefax 0521.8007.296

Gabriele Klärs
Koordinationsstelle Frauen und Gesundheit
NRW / FFGZ e.V.
Roonstr. 92
50674 Köln
E-Mail: koordinationffgz@frauengesundheit-nrw.de

*Gestaltung
Druck* Agentur Becker und Geisler, Bielefeld
lögD Bielefeld

Nachdruck, auch auszugsweise, nur mit Genehmigung des Herausgebers

Mai 2005



Inhaltsverzeichnis

Einführung

1	Häusliche Gewalt und ihre Auswirkungen auf die Gesundheit	5
1.1	Begriffserklärung: Was ist häusliche Gewalt?	5
1.2	Wer ist von Gewalt betroffen?	5
1.3	Formen von Gewalt gegen Frauen	7
1.4	Auswirkungen häuslicher Gewalt auf die Gesundheit	8
1.4.1	Psychische Störungen	10
1.4.2	Psychosomatische Beschwerden	12
1.4.3	Spezifische Folgen körperlicher Gewalt	13
1.4.4	Auswirkungen auf die reproduktive Gesundheit	13
1.4.5	Suchtverhalten und Suchtgefährdung	14
1.5	Standards für gesundheitsbezogene Intervention	15
1.6	Handlungsfelder für eine verbesserte Versorgung von Gewaltbetroffenen: Beispiele und Anregungen für die Praxis	21
2	Häusliche Gewalt: Die Empfehlungen der Landesgesundheitskonferenz NRW zum Thema	24
3	Häusliche Gewalt als Thema der kommunalen Gesundheitskonferenzen	26
3.1	Bestehende Kooperationsformen, Runde Tische Gewalt	26
3.2	Defizit: Systematische Mitwirkung des Gesundheitswesens	27
3.3	Zusammenarbeit zwischen Kommunalen Gesundheitskonferenzen und Runden Tischen: Motive für die Zusammenarbeit	28
3.4	Zusammenarbeit zwischen Kommunalen Gesundheitskonferenzen und Runden Tischen: Ziele und Inhalte	31
4	Umsetzungsbeispiele aus der kommunalen Praxis	33
4.1	“Gewalt und Gesundheit” als Thema in der Düsseldorfer Gesundheitskonferenz ..	33
4.2	Solingen: Der Runde Tisch gegen Gewalt als Arbeitsgruppe der KGK	36
4.3	Häusliche Gewalt und gesundheitliche Versorgung als Thema der Kommunalen Gesundheitskonferenz Mülheim an der Ruhr	42
4.4	Wege zur Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung gewaltbetroffener Frauen: das Netzwerk gesine	44
5	Häusliche Gewalt: Rechtliche Aspekte, ärztliche Schweigepflicht, gerichtsfeste Dokumentation	49
6	Kontakt und Unterstützung	53
6.1	Ansprechpartner auf der Landesebene	53
6.2	Fortbildung: Anbieterinnen, Anbieter und Inhalte	56
6.3	Die Materialien-CD: Hinweise zur Nutzung	67
6.4	Links	68
6.5	Literatur	74
7	Autorinnen der Planungshilfe	81

Einführung

Bei Häuslicher Gewalt handelt es sich um ein komplexes gesellschaftliches Problem und um eine der größten Gesundheitsgefährdungen für Frauen und Kinder weltweit. Schätzungen zufolge wird jede fünfte Frau in Deutschland Opfer Häuslicher Gewalt mit gesundheitlichen Auswirkungen, wobei die Dunkelziffer sehr hoch ist.

Mit dem ab 1. Januar 2002 gültigen Gewaltschutzgesetz des Bundes und der Ergänzung des Polizeigesetzes um den § 34a PolG NRW wurde in Nordrhein-Westfalen eine Rechtsgrundlage geschaffen, die es der Polizei ermöglicht, wirksamer als bisher Opfern häuslicher Gewalt Schutz zu gewähren. Es gilt der Grundsatz "Der Täter verlässt die Wohnung, das Opfer bleibt!"

Bei der Bekämpfung häuslicher Gewalt kommt aber auch dem Gesundheitswesen eine besondere Rolle zu. Betroffene wenden sich oft zuerst an Ärztinnen und Ärzte oder andere Vertreter von Gesundheitsberufen. Sie leisten erste Hilfe und haben die Möglichkeit, Fälle häuslicher Gewalt aufzudecken. Die Rolle des Gesundheitswesens gilt es zu stärken. Aus diesem Grund haben das Ministerium für Gesundheit, Soziales, Frauen und Familie des Landes NRW und die Landesgesundheitskonferenz im Juni 2004 gemeinsame Empfehlungen unter dem Titel "Häusliche Gewalt - Die Rolle des Gesundheitswesens" herausgegeben. An der Erarbeitung mitgewirkt haben Vertreterinnen und Vertreter der Landesgesundheitskonferenz und weitere Expertinnen und Experten des Gesundheitswesens. Die Empfehlungen sind auf Fragen fokussiert, die sich im Zusammenhang mit gesundheitlichen Folgen Häuslicher Gewalt und Handlungsmöglichkeiten der Gesundheitsberufe stellen. Auch die Enquete-Kommission "Zukunft einer frauengerechten Gesundheitsversorgung in NRW" hat sich mit dem Thema befasst und in ihrem Bericht im September 2004 eine Expertise "Versorgungsbedarf und Anforderungen an Professionelle im Gesundheitswesen im Problembereich Gewalt gegen Frauen und Mädchen" veröffentlicht.

Die vorliegende Planungshilfe "Häusliche Gewalt und Gesundheit" hat das Ziel, die kommunalen Gesundheitskonferenzen stärker in das Thema einzubinden. Sie fasst die aktuellen Erkenntnisse zusammen, zeigt Handlungsmöglichkeiten für die KGKs auf und benennt Kooperationsformen. In Praxisbeispielen wird aufgezeigt, wie dieses Thema bereits in Kommunalen Gesundheitskonferenzen in NRW behandelt wird. Hinweise auf Umsetzungspartner, Links sowie weiterführende Literatur erleichtern den Zugang und unterstützen die Umsetzung. Die beige-fügte CD enthält die Druckvorlagen für einen Leitfaden und einen Dokumentationsbogen zur "Diagnose: Häusliche Gewalt" für professionell Handelnde im Gesundheitswesen. Hier findet sich auch die reprofähige Vorlage für ein Informationskärtchen für Betroffene. Beides kann mit kommunalen Logos versehen und um örtliche Adressen und Ansprechpartner ergänzt werden und steht den kommunalen Aktionspartnern zur uneingeschränkten Nutzung zur Verfügung.

1 Häusliche Gewalt und ihre Auswirkungen auf die Gesundheit

Carol Hagemann-White
Sabine Bohne

Das Gesundheitswesen in Deutschland ist bislang in die Anstrengungen um Prävention, Intervention und Heilung bei Gewalt im Geschlechterverhältnis erst in Ansätzen eingebunden. Damit zusammenhängend ist der Wissensstand über Zusammenhänge zwischen Gewalt und Gesundheitsproblemen hierzulande unzulänglich und findet in Anamnese, Diagnostik und Behandlung der Professionellen im Gesundheitswesen immer noch zu wenig Beachtung. Neben den individuellen Folgen für Betroffene verursacht Gewalt gegen Frauen und Mädchen enorme Folgekosten, insbesondere für das Gesundheitssystem.

1.1 Begriffsklärung: Was ist häusliche Gewalt?

Im Zuge einer veränderten und kooperativen Interventionspraxis hat sich der Begriff "Häusliche Gewalt" etabliert. Er bezeichnet Gewalt zwischen erwachsenen Personen (unabhängig vom Tatort und auch ohne gemeinsamen Wohnsitz), die in einer gegenwärtigen oder ehemaligen intimen Beziehung oder Lebensgemeinschaft oder die in einem Angehörigenverhältnis zueinander stehen (vgl. WiBIG Band 4 2004). Der Runde Tisch zur Bekämpfung der Gewalt gegen Frauen beim Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit NRW definiert häusliche Gewalt als: „(...) jede Form von Beziehungsgewalt (...) Sie ist nur im Kontext gesellschaftlicher Strukturen und des Geschlechterverhältnisses verständlich. Opfer sind ganz überwiegend Frauen und Kinder; Täter sind – auch dort, wo Männer Opfer sind – ganz überwiegend Männer.“ (Runder Tisch zur Bekämpfung der Gewalt gegen Frauen beim MFJFG 2001, S. 2). Hauptschauplatz von Gewalt gegen Frauen ist der soziale Nahraum.

Diese Definitionen machen verschiedene, wichtige Punkte deutlich:
Formen von Gewalt gegen Frauen sind vielfältig;
Gewalt ist kein individuelles Problem, sondern ein gesellschaftliches und wird durch die Hierarchisierung im Geschlechterverhältnis gefördert;
Frauen widerfährt Gewalt hauptsächlich durch Männer.

1.2 Wer ist von Gewalt betroffen?

Für Deutschland wurden im Sommer 2004 zwei im Auftrag des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) erstellte Untersuchungen abgeschlossen. In einer nationalen repräsentativen Erhebung konnten das Ausmaß, die Formen und die gesundheitlichen Folgen von Gewalt gegen Frauen in allen Lebensbereichen erstmals mit zuverlässigen Zahlen beschrieben werden. In einer parallel erstellten Pilotstudie wurde erstmals untersucht, in welchen Formen und Lebensbereichen Männer Opfer von Gewalt werden. Bei diesen Untersuchungen hat sich bestätigt, dass Frauen Gewalt weitaus am häufigsten im häuslichen Bereich

Häusliche Gewalt = jede Form von Beziehungsgewalt

Opfer sind überwiegend Frauen

Repräsentative Studie "Gewalt gegen Frauen"

Die schwerste Gewalt erfahren Frauen in Paarbeziehungen

Psychische Gewalt ist eine eigenständige Form

und durch den männlichen Partner erleben, und dies in erheblichem Umfang. Demgegenüber berichten Männer von körperlicher Gewalt besonders im öffentlichen Raum und von psychischer Gewalt vor allem am Arbeitsplatz, wobei in beiden Lebensbereichen die Täter ganz überwiegend Männer sind. Es gibt jedoch auch alle Formen häuslicher Gewalt gegen Männer.

Im Rahmen der repräsentativen Studie wurden insgesamt 10.000 Frauen im Alter zwischen 16 und 85 Jahren zu ihrer Betroffenheit von körperlicher und sexueller Gewalt, sexueller Belästigung und psychischer Gewalt seit dem 16. Lebensjahr befragt. Die Hauptuntersuchung zeigt:

25% haben körperliche Übergriffe oder sexuelle Gewalt oder beides durch den Beziehungspartner (aktuellen oder frühere) erlebt.

Hauptschauplatz von Gewalt gegen Frauen ist der soziale Nahraum und die vermeintlich sicheren eigenen vier Wände.

Bei körperlicher Gewalt nennen 50% aller Betroffenen einen Beziehungspartner als Täter, am zweithäufigsten ein Familienmitglied.

Die schwerste Gewalt widerfährt Frauen in Paarbeziehungen sowohl hinsichtlich des Verletzungsgrades als auch der Intensität.

Gewalt in Paarbeziehungen ist meist kein einmaliges Erlebnis. Wenn sie über viele Jahre hinweg dauert, steigern sich oft deren Häufigkeit und Intensität.

In einer Zusatzbefragung wurden verschiedene Gruppen wie Migrantinnen, Flüchtlingsfrauen, Prostituierte und Inhaftierte befragt, um herauszufinden, in welcher Weise diese Gruppen von Gewalt betroffen sind. Migrantinnen – befragt wurden Frauen aus der Türkei und aus Osteuropa – sind nicht nur häufiger von körperlicher Gewalt in der Paarbeziehung betroffen, sie erleiden schwerere Gewaltformen und häufiger Verletzungen.

Psychische Gewalt muss als eigenständige Gewaltform betrachtet werden. Gemessen wurde sie mit international validierten Items, die von verbalen Aggressionen über extreme Eifersucht und Kontrolle bis hin zu Drohungen, ökonomischer Gewalt und Entmündigung reichen. Psychische Gewalt in mittlerer oder starker Ausprägung trifft Frauen in etwa jeder siebten Paarbeziehung auch ohne körperliche und sexuelle Gewalt.

Die Ergebnisse der oben erwähnten Pilotstudie liefern für Männer eher begründete Schätzungen. Sie berichten häufiger – zu etwa 40% – von psychischer Gewalt und Kontrolle in Partnerschaften. Rund ein Fünftel haben körperliche Angriffe von einer Partnerin erlebt, überwiegend jedoch ohne Verletzungsfolgen; von sexueller Gewalt in Lebensgemeinschaften berichten Männer kaum.

Die Forschung liefert deutliche Hinweise, dass erlittene Gewalt im sozialen Nahraum die Wahrscheinlichkeit erneuter Viktimisierung vergrößert (Messman, Long 1996; Wetzels 1997). In der Prävalenzstudie befragte Frauen, die in Kindheit

und Jugend Gewalt im Elternhaus miterlebt haben oder aber selbst geschlagen wurden, wurden doppelt bis dreifach so häufig wie andere Frauen später Opfer von Gewalt in der Partnerschaft. In der Umkehrung bedeutet dies, dass Frauen, die aktuell geschlagen oder sexuell genötigt worden sind, in vielen Fällen - aber keineswegs immer! - schon früher sexualisierte oder familiäre Gewalt erlitten haben. Die früheren Erlebnisse können durch die aktuelle Bedrohung oder Verletzung reaktiviert werden und sowohl die Abwehrkraft und die Ressourcen für Selbstschutz verringern, als auch die psychischen oder psychosomatischen Wirkungen verstärken bzw. sie in eine bestimmte Richtung leiten, etwa indem Schmerzen oder Beschwerden wiederkehren, die aus der früheren Gewaltsituation stammen.

Auch für schwangere Frauen besteht eine statistisch erhöhte Gefahr, Gewalt durch den Partner ausgesetzt zu sein. Entweder beginnt die Gewalt durch den Partner mit der Schwangerschaft oder bereits ausgeübte Gewalt eskaliert.

Wo in höherem Maße psychische Gewalt, Kontrolle und Dominanz in Partnerschaften durch Partner ausgeübt werden ist das Auftreten von körperlicher und sexueller Gewalt ebenfalls wahrscheinlich. Der Zusammenhang ist als hochsignifikant zu bezeichnen (BMFSFJ 2004).

1.3 Formen von Gewalt gegen Frauen

Gewalt meint nicht nur körperliche Misshandlung, sondern umfasst jede Form von Zwangsanzwendung und Ausübung von Macht und Kontrolle gegenüber einer anderen Person. Dabei wird im Allgemeinen zwischen den folgenden Formen unterschieden:

Körperliche Gewalt: alle körperlichen Angriffe wie Schlagen, Treten, Stoßen, Würgen, Fesseln, Schläge mit Fäusten oder mit Gegenständen, Schlafentzug, Essensentzug, tätliche Angriffe bis hin zu tödlichen Folgen;

Sexuelle oder sexualisierte Gewalt: alle Handlungen, die das sexuelle Selbstbestimmungsrecht verletzen wie sexuelle Nötigung, Missbrauch bis hin zu Vergewaltigung oder auch Zwang zur Prostitution. Sexualisierte Gewalt ist dann gegeben, wenn ein Täter seine Opfer gegen deren Willen und Selbstbestimmung zu sexualisierten Handlungen zwingt, nötigt oder überredet, oder wenn er ihnen die Beobachtung sexualisierter Handlungen aufzwingt oder sie mit sexualisierten Handlungen belästigt;

Psychische bzw. emotionale Gewalt: Drohungen, einer Frau oder ihren Kindern etwas anzutun, Demütigungen, Beschimpfungen, Beleidigungen, Kontrolle ihrer Handlungen und Kontakte, Erzeugen von Schuldgefühlen, Einschüchterungen;

Ökonomische Gewalt: die Schaffung und Aufrechterhaltung ökonomischer Abhängigkeit wie Arbeitsverbot oder den Zwang zur Arbeit, die alleinige Verfügungsmacht über finanzielle Ressourcen durch den Mann, Verweigern oder Zuteilen von Geld, Einkassieren des Lohnes;

Soziale Gewalt: alle Handlungen, die darauf abzielen, eine Frau sozial zu isolieren durch Verbot von Kontakten, Kontrolle ihrer Kontakte, Einsperren, im sozialen Umfeld herabwürdigen, terrorisieren am Arbeitsplatz.

Häufig treten verschiedene Formen von Gewalt gemeinsam auf.

Erhöhte Gefahr für Schwangere

Verschiedene Arten von Gewalt treten häufig gemeinsam auf

1.4 Auswirkungen häuslicher Gewalt auf die Gesundheit

Gewalt wird oft juristisch verstanden und die Schwere der Tat danach bewertet. Die Forschung zu den Auswirkungen von Gewalt lehrt aber, dass es ein Fehler wäre, nur schwerwiegende Körperverletzungen als gesundheitliches Risiko zu sehen. In Misshandlungsbeziehungen kann die Drohung an die Stelle von Schlägen treten. Ständige Angst und Stress zermürben und machen krank. Gesundheitlich wirkt sich der Verlust der sexuellen Selbstbestimmung belastend und schädigend aus. Wird eine Frau dazu gebracht, sexuelles Eindringen zuzulassen oder sexuelle Handlungen auszuführen, die sie nicht will, sind die Folgen für ihr Selbstwertgefühl, ihre Sexualität und ihr Wohlbefinden im eigenen Körper oft nachhaltig, auch wenn dabei keine physische Gewalt angewendet wurde.

Obwohl es Beschwerden und Störungen gibt, die besonders häufig mit Gewaltauswirkungen in Zusammenhang gebracht werden, gibt es keinen Bereich von Gesundheitsproblemen, für den eine mögliche relevante Vorgeschichte von Gewalt auszuschließen wäre. Darüber hinaus gibt es allgemeine, die konkrete Tat übergreifende Wirkungen von Gewalt, wie Angst oder Schock, die zur Folge haben, dass sehr unterschiedliche Grenzverletzungen ähnliche Folgen zeitigen. Solche unspezifische Folgewirkungen von Gewalt - d. h. unabhängig von Art, Beziehungskontext und Zeitpunkt - werden gehäuft bei schweren psychischen Störungen, Sucht (Swift 2002) und bei psychosomatischen Erkrankungen (Olbricht 2002) sowie bei gynäkologischen Erkrankungen (Plichta, Abraham 1996) gefunden.

Gewalt ist keine Krankheit. Sie ist keine „Erfahrung“, wie Jan Reemtsma (1998) betont hat, sondern ein Widerfahrnis. Sie verletzt, erniedrigt und schädigt, und es hängt nicht nur von der Art der verübten Gewalt, sondern auch von der persönlichen Geschichte und den Umständen ab, welche Spuren zurückbleiben. Die Folgen machen sich oft erst nach längerer Zeit bemerkbar. Eine mit Nötigung oder Gewalt verbundene Handlung, eine bedrängende Kette von Übergriffen, oder eine ausbeuterische oder repressive Beziehung wird sich unterschiedlich auswirken, je nach Art und Ausmaß der Übergriffe, Ausmaß des erlebten Kontrollverlustes, Art und Dauer der Beziehung, Reaktion der Umwelt. Alle Formen von Gewalt wirken sich jedoch messbar negativ auf die Gesundheit aus.

International liegen zahlreiche Untersuchungen der Prävalenz von Gewalterfahrungen unter denen, die medizinische oder therapeutische Hilfe aufsuchen, vor; hier seien nur einige Ergebnisse angeführt. So hatten Patientinnen in der stationären Psychiatrie zu einem hohen Anteil (70 - 80%) eine Vorgeschichte von - oft wiederholten - Gewalterlebnissen (Bryer u. a. 1987; Jacobson, Richardson 1987). Bergman und Ericsson (1996) fanden allein für häusliche Gewalt eine Prävalenz von 56% unter Patientinnen in der Psychiatrie. In einer Schmerzklinik waren 53% der Patientinnen von Gewalt in ihrer Lebensgeschichte betroffen (Haber, Roos 1985). Patientinnen, die mit gesundheitlichen Beschwerden zur Behandlung in der Inneren Medizin kamen, hatten in einer Studie zu 28% häusliche Gewalt (nur diese wurde erfragt) erlebt (Gin u. a. 1991), Patientinnen in einer familienmedizinischen Praxis berichteten zu 55% von Partnergewalt (Coker, Walls, Johnson 1998) und in verschiedenen Einrichtungen der gesundheitlichen Versorgung in Italien hatten allein

10,2% der Patientinnen innerhalb des vorangegangenen Jahres sexuelle oder körperliche Gewalt erlebt (Romito, Garin 2001).

In der repräsentativen deutschen Erhebung berichteten Frauen, die seit ihrem 16. Lebensjahr Gewalt erlitten hatten, deutlich mehr gesundheitliche Beschwerden in den letzten 12 Monaten als Frauen, die keine Gewalt erlebt haben. „Der Anteil der Frauen, die mehr als 11 Beschwerden genannt haben, war bei den Gewaltopfern in allen Kategorien fast doppelt so hoch wie bei den Frauen, die keine Gewalt erlebt haben.“ (Schrötte/Müller 2004: 141) Besonders ausgeprägt sind diese Zusammenhänge bei sexueller Gewalt, psychischer Gewalt und bei Gewalt in Partnerschaften. Bei den Opfern häuslicher Gewalt haben auffällig viele Frauen in den letzten 12 Monaten häufig unter Rückenschmerzen, zu hohem/niedrigem Blutdruck, Kopfschmerzen, Gelenk- oder Gliederschmerzen und Magen-Darm-Problemen gelitten. Nach Gewalt in einer Partnerschaft leiden Frauen auch relativ häufiger unter allen Formen von gynäkologischen Beschwerden, Ess-Störungen und Atemproblemen.

Misshandlungen haben häufig körperliche Verletzungen zur Folge. 64% der betroffenen Frauen berichten, dass die Angriffe des Partners mindestens einmal eine Verletzung nach sich zogen; mehrheitlich (59%) gingen die Verletzungen sogar über Prellungen und blaue Flecken (die ja bei heftigen Schlägen durchaus schon gravierend sein können) hinaus. Bei Frauen geht Gewalt in Partnerschaften auch häufiger mit Verletzungsfolgen einher als dies in anderen Täter-Opfer-Kontexten der Fall ist.

Die gesundheitlichen Auswirkungen reichen jedoch erheblich weiter. Alle erhobenen Formen von Gewalt (auch sexuelle Belästigung und Nachstellungen) können psychische und psychosomatische Folgebeschwerden auch über längere Zeit haben. Die jeweils schlimmste Situation körperlicher Gewalt hatte für fast zwei Drittel der Betroffenen psychische Folgen, aber bei 83% der Fälle psychischer Gewalt war dies der Fall: Dauerndes Grübeln, Niedergeschlagenheit, Depression und vermindertes Selbstwertgefühl wurden am häufigsten bei psychischer Gewalt genannt. Scham- und Schuldgefühle waren nach sexueller Gewalt mit 38% am häufigsten, wurden aber bei allen Gewaltformen bei mehr als 15% der Betroffenen angegeben. Schlafstörungen und Alpträume nannten zwischen 25% und 33% je nach Gewaltform, erhöhte Ängste nannten zwischen 18% und 28%; erhöhte Krankheitsanfälligkeit, Antriebslosigkeit, Schwierigkeiten in Beziehungen und bei der Arbeit nannten beträchtliche Anteile. Zu den Folgen zählen auch Selbstmordgedanken (5% bis 8%), Selbstverletzungen (2%-3%) und Ess-Störungen (7% bis 10%).

Über die gesundheitliche Lage von Frauen, die aktuell in einer Gewaltsituation leben, gibt es wenig eigenständige deutsche Literatur. Erstmals im Modellprojekt S.I.G.N.A.L. zur Intervention bei Gewalt gegen Frauen (vgl. S. 71) wurden in einer Klinik systematisch Misshandlungsverletzungen erhoben. Ausländische Studien verweisen darauf, dass misshandelte Frauen besonders häufig zur medizinischen Versorgung abends oder am Wochenende erscheinen, in der Notaufnahme, mit Verletzungen am Kopf, im Gesicht, oder am Ober- oder Unterleib; sie ziehen sich aus sozialen Beziehungen zurück, haben z.B. starke Ängste ohne erkennbaren Anlass. Die Dokumentation des Berliner Modellprojekts zeichnet ein ähnliches Bild und unterstreicht zudem, dass zwei Drittel der Frauen Mehrfachverletzungen aufweisen (Hellbernd, Wieners 2002). In allen Studien, so stellt Campbell (2002) in ihrem

**Gesundheitliche
Beschwerden bei Opfern
Häuslicher Gewalt weitaus
höher**

C11

Körperliche Verletzungen

**Folgebeschwerden reichen
noch viel weiter**

Modellprojekt S.I.G.N.A.L.

Überblick der englischsprachigen Forschung fest, fällt die Anzahl der gleichzeitigen körperlichen Symptome und Beschwerden signifikant höher bei misshandelten Frauen aus.

Die unterschiedlichen Gewaltformen sind nicht trennscharf als Ursachen unterschiedlicher Symptomkomplexe festzulegen, zumal Gewalt sich im Laufe des Lebens wiederholen und die Wirkung kumulieren kann. Neben der fehlenden Eindeutigkeit eines spezifischen Gewaltereignisses als Ursache gibt es also eine verhältnismäßig große Überschneidung der Auswirkungen verschiedener Gewaltarten. Als typische gesundheitliche Störungen gewaltbetroffener Frauen gelten Störungen und Erkrankungen in den folgenden Bereichen.

1.4.1 Psychische Störungen

Als psychische Folgen häuslicher Gewalt werden insbesondere Depression, Angst- und Panikattacken, Schlafstörungen, Nervosität, Störungen des sexuellen Empfindens und der Verlust von Selbstachtung und Selbstwertgefühl genannt (Schorstein 1997, Campbell 1999, Campbell 2002). Leiden in diesem Bereich sind vermutlich der Anlass dafür, dass Frauen psychotrope Medikamente verschrieben werden: Beruhigungsmittel, Stimmungsaufheller, Schlafmittel. Die französische Repräsentativerhebung zu Gewalt gegen Frauen (Jaspard u.a. 2003) im Jahr 2000 stellte fest, dass psychotrope Medikamente von knapp 10% aller Frauen eingenommen werden, die im vorangegangenen Jahr keine Gewalt erlebt hatten. 20% der Frauen, die einem körperlichen Angriff innerhalb der vergangenen 12 Monaten ausgesetzt gewesen waren, nahmen solche Medikamente und 30% derjenigen, die im letzten Jahre mehrere Male geschlagen worden waren. Von denen, die sowohl von körperlicher als auch sexueller Gewalt berichtet hatten, nahmen 40% Beruhigungsmittel, Anti-Depressiva oder hypnotisch wirkende Mittel. Wenngleich dies eine Überlebenshilfe für die betroffenen Frauen selbst sein kann, sprechen solche Zahlen für eine hohe Suchtgefährdung und eine verbreitete, als hilflos zu bezeichnende Praxis ärztlicher Fehlversorgung.

Anhaltende Angst- und Schlafstörungen

Gewaltbetroffene Frauen leiden häufig unter Angst- und Schlafstörungen verschiedenster Art (Stein u. a. 1996; Walker 1994). Dabei ist zu berücksichtigen, dass in vielen Fällen Realangst mit gegenwärtig bestehendem Anlass mit den Nachwirkungen vergangener Gewalterlebnisse vermischt sein kann. Misshandelnde (Ehe-) Männer verfolgen zumeist die Frau auch nach einer Trennung, nicht selten mit gesteigerter Brutalität, lauern ihr unerwartet auf und bedrohen sie. Geschlechtsbezogene Gewalt wird in aller Regel nicht durch wirksame Sanktionen, soziale Ächtung und allgemeine Schutzbereitschaft wirklich für das Opfer beendet und abgeschlossen. Es gehört zu den häufigsten Fehlern von Professionellen im sozialen wie im Gesundheitsbereich, die begründete Angst von Frauen vor ihren - wie es von außen scheint, ehemaligen - Peinigern zu verkennen.

Über die akute Angst und Anspannung hinaus entstehen je nach Intensität des Traumas oder aber Dauer der Belastungen eigenständige psychische Störungen. Angststörungen sind in der Allgemeinbevölkerung der Bundesrepublik Deutschland etwa doppelt so häufig bei Frauen wie bei Männern anzutreffen (Merbach, Springer, Brähler 2002); dies wird in internationalen Studien ähnlich beschrieben.

Die geschlechtsspezifisch höhere Betroffenheit von sexueller Gewalt in der Kindheit sowie im Erwachsenenalter und die Verbreitung von Misshandlung in Beziehungen werden als Erklärung hierfür vermutet (ebd.).

Clum, Nishith und Resick (2001) stellten bei Frauen, die vor mehr als drei Monaten eine Vergewaltigung erlitten hatten und deshalb Beratung aufsuchten, nicht nur Symptome des Posttraumatischen Belastungssyndroms (PTSD) und Depression fest. Die begleitenden Schlafstörungen hatten darüber hinaus eine eigenständige Bedeutung im Zusammenhang mit den körperlichen Beschwerden wie Kopf-, Rücken und Unterleibsschmerzen und Magen-Darm-Störungen. In der allgemeinmedizinischen Praxis sollten Schlafstörungen daher nicht von vornherein als „Befindlichkeitsstörung“ abgetan werden; sie können auf akute Gewaltbelastung, auf unbewältigtes, vergangenes Gewalterleiden oder auch ernste depressive Verstimmungen hinweisen, die ihrerseits eine Folge von Gewalt sein können.

Beziehungs- und Sexualitätsstörungen

Walker (1994) hat frühzeitig das zunächst schwer verständliche und misstrauische Verhalten von misshandelten Frauen als Auswirkung der extremen Erfahrungen von Bedrohung und Überwachung in der Gewaltbeziehung beschrieben. Je länger die Situation als ausweglos erlebt wird, desto schwieriger wird es, Beziehungen zu anderen Menschen als verlässlich wahrzunehmen.

Für misshandelte Frauen ist auch der Erfahrungsbereich Sexualität belastet, nicht allein deshalb, weil die gewalttätigen Männer vielfach auch vergewaltigen, sondern weil der Wechsel zwischen Schlägen und einer sexuellen „Versöhnung“ sich als besonders perfide Verwirrung auswirkt. Nach sexueller Gewalt, ob in der Kindheit oder im Erwachsenenalter, haben Frauen überdurchschnittlich häufig sexuelle Probleme: Abneigung gegen alles Sexuelle und Unlust, Störungen des Verlaufs sexueller Intimkontakte, Schmerzen und wiederkehrende Zwangsvorstellungen (Becker u.a. 1984, Westerlund 1992).

Posttraumatische Belastungsstörung

Das posttraumatische Belastungssyndrom (international: PTSD) umfasst nach den heutigen diagnostischen Kriterien des ICD-10 die „posttraumatische Belastungsstörung (PTB)“, die „akute Belastungsreaktion“ unmittelbar nach einer Gewalttat und die „andauernde Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung“. Für die allgemeine gesundheitliche Versorgung ist zunächst die posttraumatische Belastungsstörung von Bedeutung. Das Symptombild ist geprägt von

- sich aufdrängenden Erinnerungen oder Wiedererleben, sog. „flashbacks“ (Intrusionen),
- Übererregungszuständen (Hypervigilanz),
- Vermeidungsverhalten,
- emotionaler Taubheit, Erstarren (Konstriktionen).

Aus der internationalen Literatur ist belegt, dass eine PTB nach allen Formen der sexualisierten Gewalt und der Gewalt im sozialen Nahraum die Folge sein kann, aber nicht sein muss. Sie wurde nach Vergewaltigung häufig beschrieben (Koss, Harvey 1991; Feldmann 1991; Heynen 2000), ebenfalls bei Misshandlung im Zusammenleben mit einem Mann (Herman 1992/1994; Sampson 1992; Browne 1993; Woods, Campbell 1993; Saunders 1994; Walker 1994; Campbell 2000; Tee-

**Schlafstörungen
„keine
Befindlichkeitsstörung“**

Sexuelle Probleme

**Symptombild für das
Posttraumatische
Belastungs-
syndrom**

Hohe Prävalenz klinischer Depressionen

gen, Schliefer 2002). Von allen Folgewirkungen weist die PTB den eindeutigsten Zusammenhang mit Gewalt auf und stellt zugleich hohe Anforderungen an fachlich qualifizierten Umgang und ggf. Überweisung zur spezifischen Traumatherapie.

Aufgrund von sexuellen Gewalterfahrungen gilt für Frauen ein doppelt so hohes Risiko für Posttraumatische Belastungsstörungen wie für Männer. Die Gefahr eines chronischen Verlaufs wird bei Frauen als viermal höher eingeschätzt (Teegen 2000).

Depression und Suizidalität

Dass Frauen weitaus häufiger als Männer die Diagnose einer klinischen Depression erhalten und dass sie wesentlich häufiger einen Suizidversuch unternehmen, der den Charakter eines Hilferufs zu haben scheint, ist seit langem bekannt und wurde vom nationalen Gesundheitsbericht für die Bundesrepublik Deutschland (StBA 1998) zumindest für den Bereich stationäre Behandlung quantitativ belegt. Auch Gleason (1993) stellte bei misshandelten Frauen u.a. eine sehr hohe Prävalenz klinischer Depression fest: 63% der Frauen im Frauenhaus und 81% der Frauen in eigener Wohnung (mit oder ohne den Mann) litten unter Depressionen. Campbell (2002) sieht eine so hohe Korrelation zwischen Partnergewalt und Depression, dass sie die Vermutung ausspricht, die Verbreitung von Frauenmisshandlung reiche aus, um die generell höhere Morbidität von Frauen in diesem Symptombereich zu erklären. Eine These allerdings, die der empirischen Überprüfung harth.

Die Evidenz legt nahe, bei depressiver Symptomatik, auch wenn diese stark ausgeprägt ist, zunächst das Vorkommen von häuslicher Gewalt und insbesondere rezente Erlebnisse sexueller Gewalt abzuklären, um eine Fehldiagnose (etwa die vorschnelle Vermutung endogener Ursachen) zu vermeiden.

1.4.2 Psychosomatische Beschwerden

Zu wenig Beachtung findet in der deutschen Literatur die Rolle der Gewalt auch bei der Entstehung chronischer Schmerzen, insbesondere solcher ohne erkennbare organische Ursache. Die Befragung von Patientinnen in spezialisierten Schmerzkliniken in den USA oder Kanada ergab einen sehr hohen Anteil an Gewalt in der Lebensgeschichte. Haber und Roos (1985) entdeckten vor allem eine hohe Rate häuslicher Gewalt (53% der Patientinnen hatten Gewalt erlitten, davon die allermeisten - 90% - im Erwachsenenalter, meist durch einen Ehepartner und das über viele Jahre hinweg, mit einem Mittelwert von 12 Jahren). Bei den gewaltbetroffenen Frauen waren insbesondere Kopfschmerzen und Unterleibsschmerzen überaus häufig (vgl. auch Roy 1998). Chronische Unterleibsschmerzen werden auch als eine Folgewirkung von Vergewaltigung beschrieben (Koss, Harvey 1991; Koss, Heslet 1992; Walker 1994), insbesondere wenn sexuelle Übergriffe in der Kindheit stattfanden oder über längere Zeit im sozialen Nahraum fortgesetzt wurden.

Darüber hinaus gibt die Forschung Hinweise auf Zusammenhänge zwischen Fibromyalgia oder allgemeine Schmerzen des Muskel- und Skelettsystems mit einer Geschichte von Gewalterlebnissen im Lebenslauf oder auch einer aktuellen von Gewalt belasteten Lebenssituation (Hamberg, Johansson 1999; Farley, Keaney 1997).

Chronische Schmerzen als weitere Folgen

1.4.3 Spezifische Folgen körperlicher Gewalt

Direkte körperliche Folgen bilden Stich- und Hiebverletzungen, Schnitt- und Brandwunden, Prellungen, Hämatome, Würgemale. Häufig beschrieben werden Kopf-, Gesichts-, Nacken-, Brust-, Armverletzungen, Frakturen insbesondere des Nasenbeins, Arm- oder Rippenbrüche, Trommelfellverletzungen, Kiefer- und Zahnverletzungen (Browne 1993; Campbell u.a. 2002; Campbell 2002). Je nach Art der Verletzungen können bleibende Behinderungen entstehen, wie Einschränkungen der Seh- und Hörfähigkeit (Muelleman, Lenaghan, Pakieser 1996; Fanslow u.a. 1998; Goldmann u.a. 2000).

Weitere somatische Beschwerden sind Kopf-, Rücken-, Brust- und Unterleibschmerzen (Muelleman, Lenaghan, Pakieser 1998), Magen-Darm-Störungen (Droschmann u.a. 1995; McCauley u.a. 1995; Campbell u.a. 2002). Frauen, die häusliche Gewalt erlebt haben, berichten über chronische Anspannung, Angst und Verunsicherungen, die sich als Stressreaktionen in psychosomatischen Beschwerdebildern und chronischen Erkrankungen (z.B. Migräne und chronische Rückenschmerzen) ausdrücken können. So stellen die von Campbell (2002) zusammengefassten Studien einhellig fest, dass diese Frauen signifikant häufiger an Kopfschmerzen und Migräne sowie unter chronischen Nacken-Schulter-Schmerzen leiden.

Von häuslicher Gewalt betroffene Frauen berichten, so das Ergebnis mehrere Studien, auch signifikant häufiger über Magen-Darm-Probleme (z.B. Appetitverlust und Essstörungen) und diagnostizierten funktionalen Magenkrankheiten (z.B. chronisches irritiertes Magensyndrom), die mit chronischem Stress assoziiert werden (McCauley u.a. 1995; Chamberlain 2000; Campbell u.a. 2002). Diese Beschwerden können während einer akuten gewalttätigen und somit mit Stress verbundenen Beziehung beginnen, können aber auch mit erlebter sexualisierter Gewalt in der Kindheit zusammenhängen.

1.4.4 Auswirkungen auf die reproduktive Gesundheit

Geschlechtsbezogene Gewalt verletzt nicht allein die Grenzen der persönlichen Integrität, sondern zusätzlich - vielleicht sogar vorrangig - die Beziehung einer Frau zum eigenen weiblichen Körper und zum alltäglich erlebten Selbst. Sie stellt daher eine besondere Gefährdung der frauenspezifischen und insbesondere der reproduktiven Gesundheit im weitesten Sinne dar, da sie das Vertrauen in die Potenzen und die Achtungswürdigkeit des weiblichen Körpers beeinträchtigt. Unter der Wirkung von erlebter Gewalt können Frauen längere Zeit unfruchtbar oder im Gegenteil immer wieder in rascher Folge schwanger werden. Sie können spontane Fehlgeburten haben, Schwangerschafts- und Geburtskomplikationen durchlaufen oder außerstande sein, die Mutterschaft innerlich anzunehmen.

In der Schwangerschaft besteht eine statistisch erhöhte Gefahr, dass ein potenziell gewalttätiger Mann seine Frau schlägt oder die bereits zuvor ausgeübte Gewalt merklich steigert, und infolgedessen ein erhöhtes Risiko einer Fehl- oder Frühgeburt (Schmuel, Schenker 1998). Belegt sind zudem durch Gewalt verursachte Schwangerschaftskomplikationen, Verletzungen beim Fötus und ein niedriges Geburtsgewicht von Neugeborenen (Cokkinides u.a. 1999).

Die Folgen reichen bis zur Behinderung

Die Beziehung zum eigenen Körper und zum Selbst gehen verloren

Gynäkologische Leiden als Folge von Gewalt

C11

Die Wahrscheinlichkeit eines gynäkologischen Leidens war in einer großen repräsentativen US-Erhebung bei misshandelten Frauen dreimal höher als bei der Kontrollgruppe. Besonders belastet sind Frauen, die sowohl körperliche Misshandlung als auch sexuelle Gewalt in der Beziehung erleben. Zusammenfassend stellt Campbell (2002) fest: Gynäkologische Probleme bilden den am deutlichsten konsistenten, lang andauernden und im Ausmaß stark ausgeprägten Unterschied in der somatischen Gesundheit zwischen misshandelten und nicht misshandelten Frauen überhaupt.

1.4.5 Suchtverhalten und Suchtgefährdung

Bei unbewältigter oder als unentrinnbar erlebter Gewalt liegt der innere Fluchtversuch nahe. Alle Substanzen, die beruhigen, betäuben, berauschen oder auf andere Weise das Erleben verändern, bergen dann ein Suchtpotenzial in sich, auch wenn sie in normalem Gebrauch nicht physiologisch abhängig machen.

Biographische Forschung und retrospektive Befragungen im Bereich der Suchthilfe haben bei Frauen wiederholt eine Vorgeschichte von Gewalt aufgezeigt (zur Datenlage vgl. Kilpatrick u.a. 1997; Bischof, John 2002). Teegen und Zumbeck (2000) haben in einer Umfrage mit erfahrenen Suchttherapeutinnen in Norddeutschland Daten zu ihren derzeit behandelten Klientinnen und Klienten erbeten. Bei drei Viertel der Frauen und einem Drittel der Männer war ein Trauma aufgeklärt. 38,5% der Frauen hatten sexuellen Missbrauch in der Kindheit erfahren (demgegenüber traf dies für 4,2% der Männer zu), körperliche Misshandlung lag für beide Geschlechter bei 15%; 42% der in der Suchttherapie befindlichen Frauen hatten nach dem 15. Lebensjahr eine Vergewaltigung erlebt (Männer 5,2%). Fast die Hälfte der suchtkranken Frauen hatten Mehrfachtraumatisierung in ihrer Lebensgeschichte.

Umgekehrt legen Prävalenzstudien sowie zielgruppenbezogene Forschungen z. B. in Frauenhäusern oder in Krisen- und Beratungszentren dar, dass gewaltbetroffene Frauen und Mädchen einen durchschnittlich hohen Konsum von verschiedenen Drogen oder Psychodrogen bzw. Medikamenten aufweisen (vgl. Vogt 1993; McCauley u.a. 1995; Kilpatrick u.a. 1997).

Noch unzureichend untersucht, obwohl aus der Praxis der Frauenhausarbeit lange bekannt, ist die Gefahr der Medikamentenabhängigkeit bei Frauen in Misshandlungsbeziehungen (vgl. Walker 1994). In hohem Maße handelt es sich hier um verschreibungspflichtige Medikamente, die gegen Schlafstörungen, chronische Schmerzen (insbesondere Kopfschmerzen), Konzentrationsschwäche und depressive Symptomatik verschrieben werden. An dieser Stelle wird die doppelte Kostenbelastung des Gesundheitssystems bei doppelter Schädigung der betroffenen Frauen sichtbar: Da eine Diagnose der Ursachen der Beschwerden nicht gelingt, findet häufig eine Fehlbehandlung statt, die ihrerseits eine neue und gravierende Erkrankung hervorruft.

Hoher Konsum von Psychodrogen bei Gewaltbetroffenen**Fehlbehandlungen mit verschreibungspflichtigen Medikamenten führen zu neuen Erkrankungen**

Gesundheitliche Folgen können kurz-, mittel- und langfristig sein. Häufig ist kein klares Verhältnis von Ursache und Wirkung erkennbar. Erschwerend für die Professionellen im gesundheitlichen Versorgungssystem kommt hinzu, dass Verletzungen häufig nicht als frische Verletzungen in die gesundheitliche Versorgung eingebracht werden, so dass auch auf alte, häufig schlecht verheilte Verletzungen geachtet werden muss.

Es bedeutet in der Konsequenz, dass die im Gesundheitssystem Beschäftigten umdenken müssen und ihren Blick auf gesundheitliche Störungen insgesamt um den Aspekt „Gewalt“ als eine mögliche Ursache erweitern müssen.

Klares Verhältnis von Ursache und Wirkung sind häufig nicht erkennbar

C11

Wann sollten Professionelle aufmerksam werden?

Als Warnzeichen für häusliche Gewalt werden sogenannte „red flags“ formuliert (vgl. Heise u. a. 1999). Bei den Professionellen sollten die folgenden Anzeichen erhöhte Aufmerksamkeit auslösen:

1. chronische Beschwerden, die keine offensichtliche physische Ursache haben,
2. Verletzungen, die nicht mit der Erklärung ihres Entstehens übereinstimmen,
3. verschiedene Verletzungen in unterschiedlichen Heilungsstadien
4. Partner, der übermäßig aufmerksam ist, kontrolliert und nicht von der Seite der Frau weichen will,
5. physische Verletzungen während der Schwangerschaft,
6. spätes Beginnen der Schwangerschaftsvorsorge,
7. häufige Fehlgeburten,
8. häufige Suizidversuche und –gedanken,
9. Verzögerungen zwischen Zeitpunkt der Verletzung und Aufsuchen der Behandlung,
10. chronische reizbare Darmstörungen und
11. chronische Beckenschmerzen.

(vgl. Hagemann-White und Bohne 2003)

1.5 Standards für gesundheitsbezogene Intervention

Die Schlüsselfunktion des Gesundheitssystems ist zweifach begründet: Die aufmerksame, kompetente und wirksame Intervention zur Bewältigung und Heilung von Gewaltauswirkungen gehört essenziell zum Aufgabengebiet der Medizin und aller Heilbehandlungen. Sie sind zur Bemühung verpflichtet, Krankheitsursachen zu erkennen, um das, was in ihrer Macht steht, zur Heilung beizutragen.

Keine andere Institution hat eine so große Chance, präventiv zu wirken und ein so unmittelbares institutionelles Interesse daran, dies zu tun, schon um die Kosten und Anstrengungen einer langwierigen Behandlung der sekundären Erkrankungen zu vermeiden.

Das Gesundheitssystem: Chance zur präventiven Mitwirkung und institutionelles Interesse

Standards für die angemessene gesundheitliche Versorgung

Jede zusätzliche Schädigung verhindern

Kenntnisse über die Formen und Wirkungsweise von Gewalt müssen vorhanden sein

Insbesondere für Ärztinnen und Ärzte formuliert Schornstein (1997), warum sie sich - trotz der Schwierigkeiten und Hemmnisse - bei häuslicher Gewalt angesprochen fühlen sollten, allem voran: „It is good medicine“. Die Ethik des Berufsstandes, die ärztliche Sorgfaltspflicht und die Verantwortung, Heilung zu fördern und Schaden abzuwenden, bedeuten, dass das Gesundheitswesen aufgerufen ist, tätig zu werden.

In der internationalen Fachwelt haben sich auch Standards für die angemessene gesundheitliche Versorgung im Hinblick auf Gewaltfolgen herausgebildet. Diese Standards können gegenwärtig nirgends als gesicherte Selbstverständlichkeit im Sinne vollständiger Umsetzung angesehen werden, denn dafür ist die Entwicklung zu neu; auch im Ausland sind sie bestenfalls punktuell verwirklicht. Wir fassen die Standards für die Gewährleistung der gesundheitlichen Versorgung in den folgenden zwölf Punkten zusammen.

■ Gewalt ist gefährlich

Oberster Grundsatz der gesundheitlichen Versorgung in diesem Bereich muss es sein, jede weitere Schädigung zu vermeiden. Fachkräfte im Gesundheitswesen müssen sich der Gefahr bewusst sein, die für eine Frau entstehen kann, wenn sie die Gewalttätigkeit eines ihr nahe stehenden Mannes gegenüber Dritten offenbart. Schon bei dem Verdacht auf Gewalt ist daher erhöhte Aufmerksamkeit geboten. Die Sicherheit der gewaltbetroffenen Personen muss der vordringliche Gesichtspunkt bei jeder Entscheidung sein.

Die durchgängige Verantwortung der Versorgung für den Schutz vor weiterer Gewalt und die persönliche Sicherheit der Patientin erfordert bei stationärer Behandlung zusätzliche Vorkehrungen. Gewalttätige Ehemänner und Angehörige können Patientinnen im Krankenhaus aufsuchen und bedrohen. Bei einem längeren Aufenthalt in einer psychiatrischen oder psychosomatischen Klinik oder in der Rehabilitation müssen Patientinnen zudem hausintern in Sicherheit vor sexuellen Übergriffen - ob durch andere Patienten oder durch Personal - sein; dies ist nicht immer der Fall.

Die Sorge für die Sicherheit umfasst insbesondere die unbedingte Wahrung der Vertraulichkeiten, ebenso wie die selbstverständliche Bereitstellung von Informationen über Rechte und Beratungsmöglichkeiten, die Frauen zum eigenen Schutz in Anspruch nehmen könnten; das Thema sollte am Ende einer Behandlung angesprochen werden, ehe die Patientin die Praxis oder die Klinik verlässt.

■ Gewalt ist alltäglich

Die Kenntnisnahme und Berücksichtigung von Gewalt bzw. von schädigenden Übergriffen in ihrer geschlechtsbezogenen Ausprägung gehört zur Primärversorgung. Die ärztliche Verantwortung, gesundheitliche Störungen oder Gefährdungen von der Ursache her zu behandeln, verpflichtet dazu, sich über die Verbreitung, die Formen und die Wirkungsweisen von Gewalt zu informieren. Alle Gesundheits- und Heilberufe sollten Grundkenntnisse über das sexuelle Trauma, über die Anzeichen für Misshandlung und über die Dynamik von Gewaltbeziehungen besitzen; sie sollten fähig sein, das Problem angemessen anzusprechen und ggf. einschätzen.

können, wann sie an wen überweisen oder weitervermitteln müssen, damit Patientinnen richtig behandelt werden.

■ **Gewaltopfer brauchen Wertschätzung**

Frauen, die der Gewalt ausgesetzt waren, haben eine doppelte Missachtung erlitten: Die Missachtung ihrer Grundrechte als Person und die Verachtung ihrer Weiblichkeit. Der Umgang mit ihnen muss daher grundsätzlich und durchgängig von Wertschätzung für sie als Person und für sie als Frau gekennzeichnet sein. In der internationalen Literatur wird in der Regel eine Grundorientierung von „Empowerment“ gefordert. Dutton (2002) erläutert Empowerment als „eine Frau innerlich wieder aufzubauen“ und nennt dazu als Grundsatz: „Nicht wertende Akzeptanz und Bestätigung“ für die betroffene Frau und ihr Erleben. Helfferich u. a. (1997) betonen, dass bei den Ressourcen und den Stärken angesetzt wird, die eine Frau trotz Gewalt auch hat.

Alle Expertinnen und Experten betonen, dass keine Information ohne die Zustimmung der Frau weitergegeben werden sollte, dass sie zu keiner Entscheidung gedrängt wird und dass alles, was sie über die Gewalt oder über ihre Lebenssituation mitteilt, ernst genommen wird.

■ **Gewalt muss Gehör finden**

Wenn Symptome einen Verdacht auf Gewaltwirkungen geben oder wenn eine Frau in der Lage ist, über die Verletzungen und Übergriffe zu sprechen, so muss sie möglichst unverzüglich eine fachlich kompetente Untersuchung vornehmen lassen und eine in Gesprächsführung gebildeten Gesprächspartner oder eine Gesprächspartnerin zu diesem Themenfeld finden. Damit ist gewährleistet, dass die Bedeutung der Gewaltgeschichte oder der aktuellen Gewaltbetroffenheit für Beschwerden und Symptome zutreffend erkannt und die Behandlung darauf abgestimmt wird.

Es versteht sich, dass die hierfür erforderliche Qualifikation nicht gleichmäßig im gesamten Gesundheitswesen verteilt zu finden sein wird, auch nicht nach Jahren der Aufklärung und Fortbildung. In vielen Fällen werden, wie auch bei anderen schwierigen Gesundheitsproblemen, Ärztinnen und Ärzte, Pflegekräfte oder Hebammen fachkundige Angehörige ihres Berufes konsultieren oder zum abklärenden Gespräch weitervermitteln müssen und wollen. Für Gespräche über akute und aktuelle Gewaltsituationen, etwa wenn es um die Trennung von einem misshandelnden Mann geht oder um eine lebensweltorientierte Beratung, können sozialpädagogische Fachkräfte und Frauenprojekte den Problemhintergrund abklären und praktische Hilfe anbieten. In anderen Fällen wird eine psychologische Beratung oder Psychotherapie angebracht sein; auch die Schwangerschaftsbegleitung durch eine Hebamme kann den geschützten Rahmen des Vertrauens herstellen, um frühere sexuelle Gewalterfahrungen oder aktuelle Misshandlungen anzusprechen.

■ **Das Netz der Hilfsangebote muss dicht gewebt sein**

Die durch Aufklärung erreichbare Sensibilisierung der Primärversorgung, dies weiß man inzwischen, fördert Früherkennung und aktiviert die Hilfesuche. Es gibt Beispiele aus dem Ausland dafür, dass eine breit angelegte Information und Motivierung der Ärzteschaft, nach Gewalt zu fragen, dazu führen kann, dass die Anzahl der Hilfe suchenden Frauen bei den sozialen Einrichtungen und Frauenhäusern in

Das Opfer muss innerlich wieder aufgebaut werden

Fachlich kompetente Gesprächspartner müssen erreichbar sein

Hilfsangebote sind weiter auszubauen

Informationen und Ansprechstellen gezielt kommunizieren

Dokumentation von Gewalt hilft in vielen Bereichen

C11

die Höhe schnell. Das ist unbedingt als positives Signal und als mittelfristig wirksame Kostendämpfung anzusehen. Wenn das Gesundheitswesen aktiver und aufmerksamer als bislang Gewalt wahrnimmt und anspricht, muss das Netz der nichtmedizinischen Hilfsangebote dicht und zuverlässig sein. Generell ist die Verbesserung der Versorgung als eine spiralförmige Entwicklung zu sehen: Eine aufmerksam gewordene Primärversorgung steigert die Nachfrage nach nichtmedizinischen Einrichtungen von Schutz und Hilfe. Die Nutzung dieser Einrichtungen durch Frauen, die sonst in einer Gewaltbeziehung noch länger geblieben wären, senkt wiederum die Kosten für die Behandlung im Gesundheitswesen. Zudem erleichtern sie den nicht auf Gewalt spezialisierten Primärversorgern, ihrer Aufgabe, der Heilbehandlung bei Gewaltfolgen, besser gerecht zu werden.

■ Wissen muss verfügbar sein

Das notwendige Wissen, um den genannten Anforderungen entsprechen zu können, muss verfügbar gemacht werden. So sollte, um die einfachste Informationsebene anzusprechen, in jeder ärztlichen Praxis die Adresse und Telefonnummer des nächsten Frauenhauses oder der in der Region vorhandenen Beratungsstellen zu erfahren sein. Auch für das eigene Handeln der Professionellen können nützliche und hilfreiche Informationen in leicht zugänglicher Form bereitgestellt werden. Da Gewaltfolgen überall im Versorgungssystem zu Tage treten können, sollte jede Fachkraft ohne langes Suchen und Fragen die nötige Information finden können, um den bisher genannten Anforderungen gerecht zu werden.

■ Gewalt ist Unrecht und wiederholt sich

Gewalt ist sowohl ein Gesundheitsproblem als auch ein Problem der Grundrechte und der gesellschaftlichen Ordnung; sie ist nicht nur Ursache von Leiden, sondern auch Unrecht. Allerdings erlauben die Umstände und die Art der Gewaltübergriffe oft von vornherein nicht, dass Polizei oder Justiz tätig werden; und selbst wo dies möglich wäre, haben die betroffenen Frauen viele nachvollziehbare Gründe, vor einer Strafanzeige zurückzuschrecken. Aber dennoch ist die Dokumentation von Gewaltfolgen eine allgemeine Verpflichtung der guten ärztlichen Behandlung.

Auch wenn eine Frau heute nichts unternehmen will, kann sie dies im Wiederholungsfall anders sehen. Dokumentierte Übergriffe oder Verletzungen sind nicht allein für den Fall einer strafrechtlichen Verfolgung wichtig, sondern auch für viele andere rechtsförmige Vorgänge: Die Dokumentation kann einer Frau z.B. helfen, sich gegen eine Kündigung im Beruf zu wehren, familienrechtliche Maßnahmen zum Schutz von Kindern oder Geschwistern herbeizuführen, Fragen der Wohnung zu regeln oder Schutzanordnungen zu beantragen. Eine sachliche, korrekte und vollständige Dokumentation von frischen Verletzungen oder von älteren Verletzungsspuren sollte bei Gewalt selbstverständlich sein (vgl. Schornstein 1997; Clifford, Perry 2000; Department of Health 2000).

■ Heilbehandlung erfordert Spezialkenntnisse

Bekannt ist, dass ein Teil der gewaltbetroffenen Mädchen und Frauen aus eigener Kraft und mit Unterstützung ihrer sozialen Beziehungen das Gewalterleben überwinden und keine längerfristigen gesundheitlichen Belastungen davontragen. Heynen (2000) hat in Bezug auf Vergewaltigung gezeigt, dass lebensweltliche Ressourcen zur Bewältigung des Gewalterleidens beitragen, und ähnliches ist für die Los-

lösung aus Misshandlungsbeziehungen in der Literatur belegt. Piispa (2002) fand heraus, dass 40% der von Partnergewalt betroffenen Frauen dies als Episode in der Vergangenheit beschrieben.

Ein signifikanter Anteil der Betroffenen hat nicht die Möglichkeit zur Bewältigung und Überwindung, z.B. wegen der Schwere der Tat oder des Vertrauensbruches, und benötigt eine fachkundige Heilbehandlung. Insbesondere bei lang andauernder Verstrickung in Gewaltbeziehungen kann eine schwere Traumatisierung entstehen, die entsprechend spezialisierte fachliche Hilfe benötigt. Zwar hat sich das Arbeitsfeld der Traumatherapie mit spezieller Berücksichtigung der geschlechtsbezogenen Gewalt beträchtlich weiterentwickelt, dies ist jedoch noch in zu wenigen Kliniken und Praxen der Fall. Für eine bedarfsgerechte Versorgung müssen entsprechende ambulante und stationäre Angebote ohne überlange Wartezeiten zugänglich sein, die Kosten müssen entsprechend den fachlichen Standards guter Praxis übernommen werden können.

■ **Gemeinsam gegen Gewalt ist effektiv**

In den englischsprachigen Ländern und in Skandinavien hat man frühzeitig begonnen, Kooperationsnetzwerke im Gesundheitswesen anzusiedeln oder auf kommunaler Ebene unter Einbeziehung des Gesundheitswesens zu entfalten. In der Bundesrepublik Deutschland wurde die interdisziplinäre Kooperation zunächst in Form von einem „Runden Tisch“ und sodann in „Interventionsprojekten“ erfolgreich erprobt und wissenschaftlich begleitet (Kavemann u.a. 2001, WiBIG Abschlussbericht 2004). Schwerpunkt dieser Projekte ist bislang die Kooperation zwischen Polizei und Justiz, sozialen Diensten und Frauenschutzeinrichtungen sowie Projekten der Arbeit mit Tätern. In den letzten Jahren ist jedoch die verstärkte Einbeziehung des Gesundheitswesens zu beobachten.

Berufs- und einrichtungübergreifende Kooperationsnetze können dazu dienen, Versorgungslücken zu schließen, sinnvolle Vorgehensweisen abzustimmen, gut zugängliche Fortbildungsangebote sicherzustellen und aktuelle Erkenntnisse und Erfahrungswerte zu verbreiten.

■ **Alle Opfer sind gleichwertig**

Frauen aus ethnischen Minderheiten oder in relativer Armut nehmen die gesundheitliche Versorgung zögerlicher in Anspruch und sind dann weniger bereit über Gewalt zu sprechen (Plichta, Falik 2001); dies gilt in Deutschland für Migrantinnen. Wohnungslose Frauen und solche die Prostitution ausüben sind ebenfalls doppelt gefährdet: sie sind in erhöhtem Maße der Gewalt ausgesetzt und unzureichend medizinisch betreut (Verbundprojekt 2001; Schröttle, Müller 2004). Frauen in besonderen sozialen und gesundheitlichen Lebenslagen, wie Frauen mit Behinderungen oder Frauen mit riskantem Konsum von Alkohol oder Drogen machen Erfahrungen mit Diskriminierung, die ihnen eine Mitteilung von Gewalterfahrungen erschwert. Für alle Einrichtungen und Berufsgruppen des Gesundheitswesens gilt das Gebot, Anzeichen für Gewalt unabhängig von der Herkunft, der Lebensweise und dem Ausmaß der Anpassung an die Mehrheitsgesellschaft ernst zu nehmen und eine Versorgung anzubieten, die dieser Lebensrealität entspricht. Es gilt,

Bedarfsgerechte Versorgung sicherstellen

Netzwerke gegen Gewalt

Diskriminierung erschwert den Betroffenen Gewalt mitzuteilen

Das Thema in den Berufsalltag integrieren**Auf Anzeichen reagieren**

Barrieren abzubauen, die Frauen in schwierigen Lagen daran hindern, Hilfe zu suchen.

■ Engagierte Fachkräfte brauchen Rückendeckung

Als Standard für die Verbesserung der Versorgung gilt, dass die Bemühung um notwendige Verbesserungen nicht als individuelle Interessenrichtung eingestuft werden darf. In einer Klinik oder Abteilung ebenso wie in einer Ausbildungsinstitution bedarf es einer klaren Bekenntnis auf der Leitungsebene, diese Problematik ernst nehmen und ihr Priorität einräumen zu wollen. Für die niedergelassenen Berufsgruppen haben die jeweiligen Fachverbände, wissenschaftlichen Fachgesellschaften und die Institutionen der professionellen Selbstverwaltung (insbes. Ärztekammer, Psychotherapeutenkammer) einen vergleichbaren Stellenwert. In den USA war deutlich zu erkennen, wie sich die Richtungsentscheidungen der American Medical Association (AMA) sowie des nationalen Verbandes der Gynäkologie für die Praxis und auch in der Forschung ausgewirkt haben: Das Thema wird „hof-fähig“, es beginnt zum Selbstbild des gut informierten Arztes zu gehören, sich über diese Fragen auf dem Laufenden zu halten, Informationsmaterial wird eher gelesen, Mitteilungen von Patientinnen erhalten mehr Aufmerksamkeit, und Vorschläge zur Verbesserung haben mehr Chancen auf Umsetzung. All diese Mechanismen sind bei anderen „neu entdeckten“ Krankheitsbildern oder gesundheitlichen Störungen bekannt; sie haben aber bei Gewalt insofern eine besondere Bedeutung, als es in besonderem Maße mühsam, belastend und schwierig ist, sich der alltäglichen Gewalt, die meist diskret verborgen gehalten wird, zuzuwenden und darüber zu sprechen. Rückendeckung von der Organisation, dem Verband und auch der Politik helfen, diese Hemmnisse zu überwinden.

■ Vorbeugen ist besser als Heilen

Unter Prävention wird in der Regel verstanden, dass ein Schaden verhindert wird. Das ist zwar in Bezug auf Gewalt auch zu wünschen, für die gesundheitliche Versorgung geht es jedoch um mehr. Es geht vor allem darum, den Erkrankungen, Störungen und chronischen Leiden vorzubeugen, die regelmäßig zu entstehen drohen, wenn Gewalt sich ungehindert fortsetzen darf, wenn die gewaltbetroffenen Mädchen und Frauen sich ausgeliefert, preisgegeben und beschuldigt fühlen müssen. Und auch wenn auf die ersten Anzeichen von Gewaltfolgen keine angemessene Therapie folgt, sondern ihnen weitere Verdeckung, Verleugnung und Vermeidung begegnet.

Es gibt durchaus gute Gründe, von Primärprävention zu sprechen, wenn frühzeitig, hilfreich und eindeutig interveniert wird, um die Bewältigung eines Gewaltvorfalles ohne langfristige gesundheitliche Schäden zu ermöglichen. Beratungsstellen, Notrufe und Frauenhäuser, die rasche Ansprechbarkeit und praktische, lebensweltliche Ressourcen zur Überwindung der psychosozialen Verletzung anbieten, gehören zur gesundheitlichen Prävention. Darüber hinaus gehört es international zunehmend zum Standard, Aufmerksamkeit für Gewalt in der Schwangerenvorsorge zu üben; Hebammen und Pflegekräfte haben hierbei besondere Möglichkeiten und eine entsprechende Verantwortung.

1.6 Handlungsfelder für eine verbesserte Versorgung von Gewaltbetroffenen: Beispiele und Anregungen für die Praxis

Gewalt als Krankheitsursache abklären: Frage nach Gewalt im Rahmen der Anamnese oder im Behandlungs-Setting

Bei dieser Intervention werden Patientinnen danach gefragt, ob sie möglicherweise Gewalt erlebt haben. Erfahrungsberichte und Untersuchungen zeigen, dass viele Frauen nicht von sich aus über erlittene Gewalt reden, wobei Angst und Scham wesentliche Faktoren sind. Sie befürchten nicht ernst genommen zu werden, sie haben Schuldgefühle und es fällt ihnen schwer, Vertrauen aufzubauen. Frauen schweigen häufig oder geben falsche Erklärungen über die Ursache ihrer Verletzung ab. Sie haben Angst, sofort reagieren zu müssen, wenn sie Hilfe suchen, aber auch Angst vor einer Eskalation der Gewalt bei Offenlegung oder im Falle einer Trennung.

Doch Studien in verschiedenen Ländern haben wiederholt bestätigt, dass misshandelte Frauen direkt nach Gewalt gefragt werden wollen. Auch bei der Begleitforschung zum S.I.G.N.A.L. haben 80% der befragten Frauen (n=775) eine Routinebefragung über Gewalt befürwortet, wobei die Zustimmung bei denen, die selbst Gewalt erlebt haben, noch höher war (86%). Aber nicht jede Frage ist hilfreich. Frauen brauchen ein sensibles Vorgehen der Professionellen und ein Eingehen auf ihre Situation ohne Vorurteile, Verurteilung und Schuldzuweisung. Professionelle müssen auch mit der Frustration umgehen können, dass Frauen sich nicht sofort öffnen. Die Frage kann trotzdem hilfreich sein, denn Frauen registrieren die Gesprächsbereitschaft und das Verständnis für ihre Situation. Umgekehrt kann die fehlende Frage nach den Hintergründen der Verletzung misshandelten Frauen das Gefühl geben, dass Gewalt nicht als wichtig erachtet wird.

Berufsgruppen, in denen Sensibilisierung und regelmäßiges Fragen nach Gewalt erfolgen sollte:

- niedergelassene Ärzte und Ärztinnen aller Fachrichtungen,
- medizinisch und pflegerisch Tätige in der Psychiatrie,
- Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten,
- ärztliches Personal in Krankenhäusern, insbes. in der ersten Hilfe,
- Hebammen,
- Pflegekräfte,
- Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der psychosozialen Beratungsstellen,
- Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Suchtkrankenhilfe.

Ob es sich empfiehlt, Patientinnen grundsätzlich nach Gewalt zu fragen oder nur angesichts bestimmter Beschwerden und Symptome, wird unterschiedlich eingeschätzt. Eine Voraussetzung ist sicherlich, dass die Professionellen gut informiert sind und sensibel vorgehen.

Qualifiziertes Informationsmaterial bereitstellen und verbreiten

Befragungen in Deutschland (vgl. z.B. Igney 1999; Mark 2000; Wenzlaff, Goemann, Heine-Brügerhoff 2001) haben ergeben, dass viele Behandelnde einen Bedarf an Informationsmaterial sehen. Oft haben sie keine Kenntnis über kommu-

Von sich aus reden nur wenige Betroffene über das Erlebte

Sensibles Vorgehen bei den Fragen

Berufsgruppen die sensibilisiert werden müssen

Informationen über Hilfeeinrichtungen verbreiten

nale und regionale Hilfeangebote, wie z.B. Frauenhäuser, Frauenberatungsstellen, Frauennotruf, Krisennotdienste, psychosoziale Beratungsstellen, Interventionsstellen und anderen Einrichtungen für spezifische Zielgruppen, wie z.B. Migrantinnen und behinderte Frauen und Mädchen. Diese Ressourcen zu kennen ist aber Voraussetzung für einen hilfreichen Umgang mit gewaltbetroffenen Frauen (vgl. Department of Health 2000). Auch den Frauen selbst fehlt es oftmals an Informationen über Hilfeeinrichtungen. Diese können als "Notfallkarten", kurze Informationsbroschüren oder Merkblätter in den Wartezimmern von niedergelassenen Praxen, Krankenhäusern etc. ausgelegt werden, die Notfallkarten vorzugsweise auch in Waschräumen, Toiletten, Umkleidekabinen (vgl. z.B. Info-Card auf derbeiliegenden CD). Betroffenen Frauen wird es so ermöglicht, zum Zeitpunkt ihrer Wahl spezifische Hilfe in Anspruch zu nehmen. Auch ausgehängte Plakate können der Patientin signalisieren, dass Kenntnis und Erfahrung im Umgang mit dem Problem besteht. Dies kann die Frau ermutigen, von sich aus über ihre Situation zu sprechen.

Gewaltschutz im Krankenhaus

Schutz vor weiterer Gewalt während eines Aufenthalts in einem Krankenhaus oder einer psychiatrischen Klinik ist sowohl ein Grundrecht - die Patientin muss vor Nachstellungen, Bedrohungen oder erneuter Gewalt sicher sein - als auch eine Frage der Qualitätssicherung. Es gibt gute Beispiele aus dem Ausland, wie ein Gewaltschutzkonzept entwickelt und umgesetzt werden kann.

Aufbau und Weiterentwicklung von Kooperationen und Netzwerken

Interdisziplinäre Kooperation hat sich auch in der gesundheitlichen Versorgung gewaltbetroffener Frauen als wegweisend und zielführend erwiesen. Ein fachübergreifendes, inter-institutionelles regionales Kooperationsnetz kann als „Runder Tisch“ in Anlehnung oder Anbindung an ein schon bestehendes kommunales Interventionsprojekt eingerichtet werden (vgl. Department of Health 2000, Kave- mann u.a. 2001). Hierfür ist eine gute Koordination unerlässlich und es können mit wenig Ressourcen fachübergreifend Herangehensweisen und Ansätze für verbindliche Versorgungsstrukturen entwickelt werden. Eine Anbindung der Netzwerke oder Kooperationsgremien zum Thema Gewalt an die Kommunale Gesundheitskonferenz ist vorzusehen.

Mängel in der gegenwärtigen Versorgungssituation können auf diese Weise bearbeitet und behoben werden. Einrichtungen und Personen lernen sich kennen, die jeweiligen Möglichkeiten und Grenzen der anderen verstehen, und lernen von einander; dabei erweitert sich die Palette der eigenen Handlungsmöglichkeiten. Ein zentrales Netzwerk hat zudem sehr gute Möglichkeiten, Versorgungslücken in Bezug auf benachteiligte und gefährdete Gruppen zu erkennen und Ansätze zu deren Schließung zu erarbeiten.

Aus-, Fort- und Weiterbildung

Prävention und Intervention gegen Gewalt sollten als eine interdisziplinäre Aufgabe begriffen werden, an der alle Berufsgruppen des Gesundheitswesens beteiligt sind.

Aufbau von Kooperation und Netzwerken

Da jede Frau irgendwann in ihrem Leben eine Einrichtung des Gesundheitswesens aufsucht, sind die dort tätigen Professionellen oft die einzigen, mit denen von Gewalt betroffene Frauen in Kontakt kommen. Gesundheitseinrichtungen können eine wichtige Schnittstelle zwischen Patientinnen und spezifischen Hilfeinrichtungen sein. Dies ist aber im hohem Maße davon abhängig, dass Gewalttaten als Ursachen von Verletzungen und gesundheitlichen Problemen erkannt werden, was bislang noch nicht in die Praxis allgemein Eingang gefunden hat. In Aus-, Fort- und Weiterbildung sollte daher die Bedeutung der Gesundheitsversorgung für die Intervention und Prävention bei Gewalt verdeutlicht werden und die verschiedenen Professionellen für diese Thematik sensibilisiert werden (vgl. Bund-Länder-Arbeitsgruppe „Häusliche Gewalt“ 2002).

Das BMFSFJ hat zwei interaktive CD's zum AVA-Projekt Antigewaltbewusstsein (s. S. 72) entwickeln lassen, die bei der Fortbildung im Gesundheitswesen einzusetzen sind und kostenlos angefordert werden können.

C11

**Inhalt von Schulungen:
Bedeutung der Gesundheitsversorgung für die Intervention und Prävention bei Gewalt**

2 Häusliche Gewalt: Die Empfehlungen der Landesgesundheitskonferenz NRW zum Thema

Wie in der Einführung beschrieben, hat die Landesgesundheitskonferenz 2004 Empfehlungen zur Häuslichen Gewalt verabschiedet, die Fragen und Handlungsmöglichkeiten im Zusammenwirken mit der Rolle des Gesundheitswesens behandeln.

Im Folgenden werden die Handlungsansätze aus der im Juni letzten Jahres veröffentlichten Broschüre wiedergegeben. Die beiliegende CD enthält die vollständige Fassung als pdf-Datei.

Ziel ist, die gesundheitliche Versorgung von Opfern häuslicher Gewalt im Gesundheitswesen zu optimieren. Dies kann nur gemeinsam mit den im Gesundheitswesen Verantwortlichen in NRW auf den Weg gebracht werden und ist als laufender Prozess angelegt. Dabei sind die hier etablierten und bewährten Koordinations- und Kooperationsstrukturen zu nutzen. Das Land übernimmt die Moderation des Gesamtprozesses.

Folgende Schritte sind sinnvoll (federführende Akteure in Klammern):

1. Aufbauend auf bestehenden Curricula gezielte Vermittlung von Wissen zum Thema "Häusliche Gewalt gegen Frauen und Kinder" in der Ausbildung der Medizinerinnen und Mediziner sowie in weiteren Gesundheitsberufen und in der beruflichen Fort- und Weiterbildung, auch in der differenzierten Betrachtung zwischen ambulantem und stationärem Bereich (Ärzttekammern, Kassenärztliche Vereinigungen, Psychotherapeutenkammer, Hochschulen, Fachhochschulen und andere Bildungseinrichtungen).
2. Bereitstellung von qualifizierten Informationsmaterialien wie Leitfäden für die Diagnostik und Behandlung von Betroffenen, von vorstrukturierten Erhebungsbögen für die Dokumentation der Folgen der Gewaltanwendung, von Hinweisen zur Rechtslage sowie Informationsmaterial über vorhandene regionale Netzwerke und Kooperationsstrukturen (MGSFF, BÄK, BPtK, Rechtsmedizin).
3. Organisation von Fortbildungsangeboten für Ärztinnen und Ärzte, Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie Personen in medizinischen Fachberufen zur Vermittlung von Wissen über eine dem Problem angemessene Gesprächsführung (Ärzttekammern, Psychotherapeutenkammer, Kassenärztliche Vereinigungen).
4. Implementierung des Themas "Häusliche Gewalt" in klinikinterne berufsgruppenübergreifende Fortbildungen (Krankenhausgesellschaft NW, Psychotherapeutenkammer).
5. Prüfung einer angemessenen Honorierung notwendiger ärztlicher und psychotherapeutischer Leistungen in der Versorgung betroffener Frauen und Kinder einschließlich der Dokumentation der Folgen von Gewaltanwendungen.

Versorgung der Opfer optimieren

Wissen

Informationen

Fortbildung

Honorierung



6. Weitere qualifizierte Fortentwicklung des stationären und ambulanten psychotherapeutischen Angebots (Psychotherapeutenkammer, Ärztekammern).
7. Erstellung bzw. Zusammenstellung von Infoblättern, die in Praxen bzw. Kliniken ausgelegt werden, die allgemeine sowie insbesondere regionale Hinweise enthalten, an wen sich von Gewalt Betroffene wenden können, z.B. "Checkkarten", etc. (MGSFF, lögd).
8. Stärkere Verzahnung der regionalen Runden Tische gegen häusliche Gewalt mit den Einrichtungen des Gesundheitswesens, insbesondere im Rahmen der kommunalen Gesundheitskonferenzen, unter Einbeziehung weiterer Einrichtungen/Akteure (z.B. Opferambulanzen, Kriminalpräventive Räte).
9. Erarbeitung und Bereitstellung einer Arbeits- und Planungshilfe zum Thema "Häusliche Gewalt und Gesundheit" für die kommunalen Gesundheitskonferenzen (MGSFF, lögd).
10. Berücksichtigung des Themas in Workshops für Geschäftstellenleiterinnen und -leiter der kommunalen Gesundheitskonferenzen, kommunale Gleichstellungsbeauftragte und ggf. weitere Beteiligte (MGSFF, lögd).
11. In 2004 Durchführung einer breit angelegten Fachtagung insbesondere auch zu Fragen der präventiven und früherkennenden Hilfe, die auch Erfahrungen aus dem internationalen Raum einbezieht (MGSFF, LGK, kommunale Kooperationspartner).
12. Verbesserung der Datengrundlagen durch Zusammenführung vorhandener Daten und Prüfung, inwieweit ergänzende Daten, z.B. aus Studien, aufbereitet werden können (MGSFF).

Verzahnung**Arbeits- und Planungshilfe****Information/
Workshop****Fachtagung****Daten**

3 Häusliche Gewalt als Thema der kommunalen Gesundheitskonferenzen

Gaby Schütte

3.1 Bestehende Kooperationsformen, Runde Tische Gewalt

Die gesellschaftliche Auseinandersetzung mit dem Thema Häusliche Gewalt ist durch die Einführung des Gewaltschutzgesetzes und die gleichzeitige Novellierung des Polizeigesetzes in NRW vorangeschritten. Die landesweit aktiven Runden Tische, Interventionsprojekte und Arbeitsgruppen zum Thema Häusliche Gewalt haben durch die thematische Fokussierung mit finanzieller Unterstützung des Landes NRW in den Jahren 2003 und 2004 einen großen Beitrag zur gesellschaftlichen Sensibilisierung mit vielen Maßnahmen und Öffentlichkeitskampagnen geleistet. Alle Arbeitsformen zum Abbau Häuslicher Gewalt verfolgen die gleichen Ziele, nämlich die Sensibilisierung der Öffentlichkeit für die Thematik, die Gewährung von Schutz und Hilfe für die Opfer sowie die gesellschaftliche Ächtung von Gewalttätern im sozialen Nahbereich und deren konsequente Strafverfolgung.

2002 existierten in NRW insgesamt 44 Runde Tische und 13 befanden sich in Gründung. Seit 2002 ist die Zahl der Arbeitsbündnisse weiter angestiegen. Die Initiierung der Netzwerke ging überwiegend von den kommunalen Gleichstellungsbeauftragten aus, dicht gefolgt von Vertreterinnen der Frauenhilfeprojekte und den Opferschutzbeauftragten der Polizei. In die Arbeit einbezogen sind auch Vertreterinnen und Vertreter aus verschiedenen Ämtern der Kommunalverwaltung und vereinzelt auch aus der Kommunalpolitik sowie in geringer Zahl auch aus dem Justizbereich. (Eichler u.a. 2003). Der Gesundheitsbereich wurde bislang kaum in die Netzwerke integriert.

Im Sinne einer Intervention für die Veränderung von Lebensbedingungen und für eine bessere Versorgung der Opfer von Häuslicher Gewalt werden die Auswirkungen und Folgen sowohl für die Betroffenen als auch für die involvierten Organisationen, Institutionen und einzelnen Akteurinnen und Akteure kritisch diskutiert und analysiert. Darüber hinaus wird der Umgang mit den Opfern und die Zusammenarbeit der Beteiligten zum Thema Häusliche Gewalt auch praktisch bearbeitet, indem die Zugangsvoraussetzungen für Opfer in Hilfeeinrichtungen überprüft und niedrigschwellige Angebote für Frauen in verschiedenen Lebenssituationen auf- und ausgebaut werden. Neben den Infrastruktureinrichtungen wie Frauenhäuser und Beratungsstellen haben sich über die Zusammenarbeit am Runden Tisch oder in den Interventionsprojekten, je nach lokalem oder regionalem Engagement der Beteiligten, Kooperationen etabliert, die sich als trag- und ausbaufähig auch für die Zusammenarbeit anderer Institutionen und Organisationen erwiesen haben. So kann die Zusammenarbeit insbesondere zwischen Polizei und Frauenhilfeeinrichtungen inzwischen als ideologisch entlastet und fruchtbar für beide Seiten bezeichnet werden. Darauf konnten vielerorts neue Bündnisse zum Abbau Häuslicher Gewalt aufgebaut und eine hierarchie- und berufsgruppenübergreifende Zusammenarbeit ermöglicht werden.

In der Arbeit der Runden Tische steht der Informations- und Fachaustausch im Vordergrund. Die Treffen finden in der Regel zwei- bis viermal im Jahr im Rahmen

von Plenarveranstaltungen statt. In diesen Veranstaltungen wird sowohl über die kommunale bzw. regionale Arbeit als auch mit Fachvorträgen und thematischen Inputs über aktuelle Entwicklungen und Erfahrungen zu bestimmten Detailthemen im Themenfeld Häusliche Gewalt informiert. In fast allen Runden Tischen und Arbeitsbündnissen sind Projekt- und Arbeitsgruppen installiert, in denen anhand von Fällen oder Abläufen ein gegenseitiger Austausch über Arbeitsweisen, -anforderungen und -erfordernissen stattfindet. Ziel der lokalen und regionalen Arbeit ist es, Unterstützungsangebote für möglichst viele Opfer zu entwickeln, anzubieten und auf vorhandene Angebote hinzuweisen. Außerdem sollen die Strukturen, die Hilfe für die Opfer anbieten, noch weiter verbessert und insgesamt eine allgemein verlässliche, akzeptierte und von möglichst vielen Institutionen unterstützte Infrastruktur für Opfer bereitgestellt werden. Zum Themen- und Leistungsspektrum gehört die Prävention von häuslicher Gewalt, z.B. durch die aktive Einbindung von Kitas und Schulen sowie an einigen Runden Tischen auch die Täterarbeit. Die Organisation und Koordination der meisten Runden Tische erfolgt durch Koordinationsgremien unter Federführung von Gleichstellungsbeauftragten, die in ihrer Arbeit von Mitarbeiterinnen aus den Frauenhilfeeinrichtungen und den Opfer-schutzbeauftragten unterstützt werden (Eichler u.a. 2003).

3.2 Defizit: Systematische Mitwirkung des Gesundheitswesens

Der Bedarf für eine Thematisierung der gesundheitlichen Folgen und die Bearbeitung im Sinne der Opfer von Häuslicher Gewalt sind international schon länger nachgewiesen. Aber auch für die Bundesrepublik Deutschland können durch die wissenschaftliche Begleitforschung zum S.I.G.N.A.L Projekt (Hellbernd u.a. 2004) folgende Ergebnisse festgehalten werden:

Ärztinnen/Ärzte und Pflegekräfte können bei entsprechender Sensibilität und Handlungskompetenz einen entscheidenden Beitrag bei der Unterstützung der Frauen und in der Prävention Häuslicher Gewalt leisten.

Ärztinnen/Ärzte und Pflegekräfte werden von gewaltbetroffenen Patientinnen als potenzielle Gesprächspartnerinnen und Gesprächspartner betrachtet, wenn sie sich aktiv und zugewandt zeigen.

Ärzte, Ärztinnen und Pflegekräfte fühlen sich im Umgang mit der Gewaltproblematik vielfach überfordert, unzureichend über weitergehende Unterstützungs- bzw. Hilfesysteme informiert oder sehen aufgrund gesellschaftlicher Mythen, die z.B. den gewaltbetroffenen Frauen Schuldanteile zuweisen, diesen Frauen gegenüber keinen Handlungsbedarf.

Nach Einschätzung vieler Netzwerkakteurinnen und -akteure fehlen an den Runden Tischen Mitglieder aus der Justiz und aus dem Gesundheitswesen. Während sich Richterinnen und Richter auf ihre Neutralität in Fällen von Häuslicher Gewalt berufen, sind es bei Medizinerinnen und Medizinern oftmals eine unzureichende Einschätzung von Dimensionen und Konsequenzen sowohl für die betroffene Frau als auch für die eigene Tätigkeit. Dazu kommt eine gewisse Unsicherheit im Umgang mit Opfern und fehlende Kenntnisse in der über die medizinische Versorgung hinausgehenden, begleitenden und weiterführenden Hilfe.

Unterstützungsangebote für Opfer anbieten, Infrastruktur verbessern

Professionelle im Gesundheitswesen sind Gesprächspartner

Aktive Einbindung des Gesundheitswesens

Durch die Bereitstellung von Fördermitteln des Ministeriums für Gesundheit, Soziales, Frauen und Familie des Landes NRW in 2004 wurde die Basis geschaffen, um das Gesundheitswesen aktiver in die Arbeit der Runden Tische einzubinden. Durch eine Vielzahl von Fach- und Informationsveranstaltungen wurden insbesondere Medizinerinnen und Mediziner angesprochen. Inhalte dieser Veranstaltungen waren neben der Thematisierung von Häuslicher Gewalt im ärztlichen Alltag die gerichts-feste Dokumentation von Verletzungen, die Zusammenarbeit z.B. mit gerichtsmedizinischen Instituten und auch die Möglichkeiten begleitender und nachsorgender Unterstützungsangebote.

Gemessen an der Zahl, dass ca. 22% aller Frauen, die eine Ärztin oder einen Arzt konsultieren, Häusliche Gewalt erlebt haben, wurden insgesamt noch zu wenig Medizinerinnen und Mediziner erreicht. Auch andere Professionen aus dem Gesundheitswesen wurden bislang noch nicht ausreichend angesprochen und einbezogen.

Zur aktiven Mitarbeit im Rahmen der Vernetzungsarbeit an den Runden Tischen konnten bislang nur vereinzelte Akteurinnen und Akteure gewonnen werden. Dies ergab eine Telefonerhebung bei allen Runden Tischen in NRW durch die Koordinationsstelle Frauen und Gesundheit. Danach ist „die Einbindung des Gesundheitssystems in die vorhandenen Strukturen erst in Ansätzen vorhanden“: In zehn Runden Tischen - hier als Oberbegriff für Interventionsstrukturen - sind Vertreterinnen und Vertreter des Gesundheitssystems wie z.B. das Gesundheitsamt, einzelne Ärztinnen und Ärzte oder die Ärztekammer und die KV vertreten. Sechs weitere Runde Tische planen die gezielte Ansprache von Institutionen und Akteuren aus dem Gesundheitswesen (Klärs, G. 2004).

Die Kooperation zwischen den Runden Tischen und den Kommunalen Gesundheitskonferenzen ist ein weiterer wichtiger Schritt zur systematischen Zusammenarbeit mit dem Gesundheitswesen.

3.3 Zusammenarbeit zwischen Kommunalen Gesundheitskonferenzen und Runden Tischen: Motive

Die Art und Weise der Kooperation zwischen den Runden Tischen Gewalt und den Gesundheitskonferenzen kann auf verschiedene Art und Weise organisiert werden. Die in Kapitel 4 beschriebenen kommunalen Beispiele zeigen hierzu Wege auf. Fest steht in jedem Fall, dass sich die Zusammenarbeit lohnt, für die Runden Tische und ihre Akteure ebenso wie für die Gesundheitskonferenzen und ihre Mitglieder und damit für das Hilfesystem und die besonders betroffenen Frauen, die von den Synergien profitieren können.

Gesundheitsthemen mit Kooperationsbedarf sind Themen der KGK

Kommunale Maßnahmen sollten, um alle für ein Thema relevanten Institutionen und Multiplikatoren anzusprechen, abgestimmt und als Gemeinschaftsaktion initiiert werden. Dies trifft auch und wie im Vorangegangenen dargestellt, auf das Thema „Häusliche Gewalt und Gesundheit“ zu. Auf Ärztinnen und Ärzten, die in ihren Praxen häufig als erste mit den Symptomen häuslicher Gewalt konfrontiert werden und damit die ersten in einer (Be-)Handlungskette sind, kommt hier eine besondere Aufgabe und Verantwortung zu. Ihre Vertreter sitzen ebenso in der kom-

Zusammenarbeit mit den KGK'en

Besondere Verantwortung



munalen Gesundheitskonferenz vertreten wie auch die Delegierten anderer für das Thema wichtiger Institutionen und Berufsgruppen: Einrichtungen der Gesundheitsvorsorge und des Patientenschutzes, Wohlfahrtsverbände, Krankenkassen und Selbsthilfegruppen sind einige der Pflichtmitglieder der Gesundheitskonferenzen, die auch für dieses Thema wichtige Kooperationspartner sind.

Die in den meisten Gesundheitskonferenzen vertretenen kommunalen Gleichstellungsbeauftragten sind überdies ein wichtiges Bindeglied zwischen den Konferenzen und den Runden Tischen „Gewalt“.

Nach anfänglichen „Berührungängsten“ erfährt sowohl die Thematik als solche sowie die interdisziplinäre und multiprofessionelle Zusammenarbeit in der Kommunalen Gesundheitskonferenz eine höhere Akzeptanz. Darüber hinaus stellt der Austausch mit anderen kommunalen Arbeitskreisen auf überregionaler Ebene einen wichtigen Faktor dar, um Ziele zu konkretisieren und möglicherweise ein gemeinsames Vorgehen zu planen.

Thematische Verknüpfungen herstellen

Aus der Erfahrung von Praktikerinnen und Praktikern ist bekannt und durch wissenschaftliche Ergebnisse (Hagemann-White u.a. 2003) belegt, dass bei vielen anderen Krankheiten Gewalt als Ursache mit bedacht und berücksichtigt werden sollte. Neuere Forschungsergebnisse stellen z.B. mögliche Zusammenhänge zwischen Adipositas und Gewalterlebnissen bei Kindern her (<http://www.acestudy.org/>). Über die vorhandenen Kompetenzen der Mitglieder und durch die thematische Breite auf der Agenda der Kommunalen Gesundheitskonferenzen können weitere Verbindungen zu gesundheitsrelevanten Themen hergestellt werden.

Zusammenarbeit spart Ressourcen

Die Arbeit in den Kommunalen Gesundheitskonferenzen ist ebenso wie an den Runden Tischen bzw. Arbeits- und Projektgruppen geprägt durch das Engagement Einzelner. Dadurch kommt es häufig zu Arbeitsbelastungen z.B. von Mitgliedern wie Gleichstellungsbeauftragten, die durch ihre Funktion auch in die Arbeit der Kommunalen Gesundheitskonferenzen eingebunden sind. Durch die aktive Zusammenarbeit zwischen den Runden Tischen und Kommunalen Gesundheitskonferenzen können inhaltliche Überschneidungen vermieden, Synergien ausgenutzt und Schwerpunkte der Arbeit beibehalten werden.

Vorhandene Kontakte und Strukturen nutzen

Die Kommunalen Gesundheitskonferenzen können von den spezifischen Kooperationsstrukturen und -erfahrungen der Mitglieder in den Arbeits- und Projektgruppen und der Runden Tische profitieren. Viele Netzwerkakteurinnen und -akteure nutzen die Kontakte zu einzelnen Personen, die Kenntnisse von Arbeitsweisen und das Verständnis für Herangehensweisen auch für die Bearbeitung anderer Inhalte und Arbeitszusammenhänge. Dies sind quasi kurze Wege, die den Arbeitsalltag erleichtern. Durch eine enge Verzahnung z.B. über die regelmäßige Versendung von Protokollen könnten auch die Mitglieder der Kommunalen Gesundheitskonferenz diese Erfahrungen nutzen.

Verknüpfung mit anderen Themenfeldern

Arbeitsbelastungen reduzieren

„Kurze Wege“ nutzen

Regelmäßiger Austausch**Entlastung****Beschleunigung durch KGK****Erfahrungen austauschen****Wechselseitig von Erfahrungen profitieren**

Über die Arbeits- und Projektgruppen der Runden Tische besteht eine kontinuierliche inhaltliche Arbeit zu Detailthemen im Themenfeld Häusliche Gewalt, über deren Ergebnisse im Rahmen der Runden Tische regelmäßig berichtet wird. Darüber hinaus werden über die Runden Tische vielerorts neue Arbeitsaufträge in die Gruppen hineingegeben, so dass eine qualitativ hochwertige inhaltliche Arbeit, die kommunal und regional spezifische Strukturen berücksichtigt, gewährleistet ist. Durch die enge Verzahnung und einen regelmäßigen Austausch mit den Runden Tischen können Mitglieder der Kommunalen Gesundheitskonferenz an den Arbeits- und Projektgruppen teilnehmen. Damit kommt es zu einer inhaltlichen Schwerpunktbildung, die für beide Seiten gewinnbringend ist. Die Kommunale Gesundheitskonferenz wird in der Bearbeitung konkreter Sachthemen entlastet, indem auf Arbeitsergebnisse, die zusammen mit den Arbeits- und Projektgruppen erstellt wurden, zurückgegriffen werden kann. Die Arbeits- und Projektgruppen profitieren durch die Expertise der Mitglieder der kommunalen Gesundheitskonferenz. Darüber hinaus können Mitglieder der Kommunalen Gesundheitskonferenz auch themenübergreifend Kooperationsstrukturen mit Professionen etablieren, die außerhalb des Gesundheitswesens liegen. Damit intensiviert sich mittel und langfristig die Zusammenarbeit mit nicht-medizinischen Hilfeeinrichtungen und der alltägliche Umgang mit Opfern wird durch die Kenntnis von Arbeitsweisen kooperierender Institutionen und Unterstützungsangebote erleichtert.

Von der institutionalisierten Form der KGK profitieren

Durch die strukturelle Verankerung in der Kommune und der damit ausgestatteten politischen Legitimation verfügen die Kommunalen Gesundheitskonferenzen über eine Akzeptanz, die bei vielen insbesondere "jungen Runden Tischen" noch nicht vorhanden ist. Es gibt für die Runden Tische keine gesetzlichen Bestimmungen sondern lediglich Empfehlungen zur Zusammensetzung. Darüber hinaus werden in der Kommunalen Gesundheitskonferenz auch verschiedene Ebenen in Organisationen und Institutionen über die Teilnahme von Entscheidungsträgerinnen und -trägern erreicht, die bei den Runden Tischen häufig noch fehlen. Damit können im Rahmen der Kommunalen Gesundheitskonferenz Entscheidungen vorbereitet und die Verabschiedung von Handlungsempfehlungen beschleunigt werden.

Erfahrungen überregional austauschen

Die Arbeit in den Kommunalen Gesundheitskonferenzen und Erfahrungen mit dem Thema Häusliche Gewalt sollten dokumentiert werden. Auch sollte ein überregionaler Austausch zwischen den Kommunalen Gesundheitskonferenzen hinsichtlich der Bearbeitung des Themas initiiert werden. Der überregionale Austausch ist bei den Runden Tischen bislang nur vereinzelt über Vertreterinnen, die auch in anderen Arbeitsgemeinschaften zusammen kommen, z.B. LAG Frauenhäuser oder Gleichstellung, möglich. Auch fehlt den Runden Tischen eine landesweite Informationsplattform, wie sie der Informationsserver der Kommunalen Gesundheitskonferenzen darstellt. Über den Informationsserver könnte ein Forum entstehen, in dem Ergebnisse verbreitet und dann an die Runden Tische rückgekoppelt werden könnten.

3.4 Zusammenarbeit zwischen Kommunalen Gesundheitskonferenzen und Runden Tischen: Ziele und Inhalte

Durch Kooperation mehr Prävention

Runde Tische streben neben der gesellschaftlichen Sensibilisierung für das Thema eine Verbesserung der Versorgung und eine Betreuung der Opfer in einem ganzheitlichen Sinne an. Die Vernetzungsarbeit ist auf die kontinuierliche Verbesserung von Abläufen zwischen allen beteiligten Institutionen und Organisationen und die Verbesserung der Versorgung ausgerichtet, die mittel- und langfristig auch zum Abbau von Häuslicher Gewalt beitragen soll.

In der eher kurativ ausgerichteten medizinischen Versorgung bleibt häufig für die Prävention von Häuslicher Gewalt keine Zeit. Die Erstversorgung von Opfern in Notfallambulanzen, Krankenhäusern und auch ambulanten Praxen steht im Vordergrund. Für die Vernetzungsarbeit an den Runden Tischen, in den Arbeitsgruppen und Interventionsprojekten ist es deshalb wichtig, dass die Arbeit von den Akteurinnen und Akteuren aus dem Gesundheitswesen wahrgenommen, anerkannt und mit der eigenen Alltagsroutine verknüpft wird. So sollten die Opfer sensibel auf die erlebte Gewalt angesprochen, vorliegende Verletzungen dokumentiert und die Opfer gleichzeitig über weitergehende begleitende Hilfen, wie sie flächendeckend von Frauenhilfeeinrichtungen angeboten werden, informiert werden.

Erarbeitete Standards nutzen und übertragen

In einigen Kommunen sind durch die Arbeit am Runden Tisch bzw. in den Interventionsprojekten Standards für die Zusammenarbeit und Versorgung von Opfern erarbeitet worden (Bochum, Oberhausen). Diese Standards beziehen sich auf konkrete Verfahrens- und Handlungsabläufe, wie zwischen Polizei und Frauenhilfeeinrichtungen, Frauenhilfeeinrichtungen und Justiz oder Jugend- und Sozialamt. Sie können als Vorlage dienen, um Beteiligten in der Kommunalen Gesundheitskonferenz konkrete Ansatzpunkte für ihre eigene Arbeit mit den Opfern zu liefern bzw. Zusammenarbeit mit anderen Akteurinnen und Akteuren zu ermöglichen.

Veranstaltungen durchführen, Erfahrungsaustausch organisieren

Gegenstand der gemeinsamen Arbeit von Kommunalen Gesundheitskonferenzen und Runden Tischen ist auch die Organisation und Durchführung von Schulungen und Fortbildungen sowie die Rückkopplung von Erfahrungen aus diesen Maßnahmen an die Runden Tische und Kommunalen Gesundheitskonferenzen. Ergebnisse aus Interviews mit Medizinerinnen und Medizinern haben gezeigt, dass diese Bedarf an einen Erfahrungsaustausch haben: Dies bezieht sich z.B. auf die Gespräche mit Opfern wie auch auf Fragen der Dokumentation von Verletzungen.

C11

Prävention

Sensible Ansprache

Standards übertragen

Erfahrungsaustausch

**Gemeinsam komplexes
Hilfenetz aufbauen**

Darüber hinaus haben gelungene Kooperationen gezeigt, dass für die aktive Mitarbeit eine persönliche Ansprache und zur Gewinnung weiterer Akteurinnen und Akteure gewohnte Strukturen von Medizinerinnen und Medizinern wie Qualitätszirkel und Stammtische genutzt werden sollten (Schütte, G. 2004).

Mit der gemeinsamen Trägerschaft von Schulungen und Fortbildungen wird ein wichtiger Beitrag zur Sensibilisierung allgemein und zur Bearbeitung des Themas für verschiedene Berufsgruppen innerhalb wie außerhalb des Gesundheitsbereichs geleistet. Flankierende Fortbildungen bei der Polizei, die parallel zur Einführung des Gewaltschutzgesetzes durchgeführt wurden, sind ein gelungenes Beispiel für Kooperation. Sowohl als Lernprozess für die Beteiligten als auch im Sinne eines kontinuierlichen Verbesserungsprozesses konnte dem hohen Fortbildungsbedarf und auch den Umsetzungsanforderungen durch das neue Gesetz entsprochen werden.

Gemeinsam Interventionsketten aufbauen

Ein weiteres wichtiges Ziel der Kooperation ist die aktive Bearbeitung von Schnittstellen. Ärzte und Ärztinnen sind oftmals die ersten, die mit den Opfern in Kontakt kommen. Oftmals sind die Opfer aber zu diesem Zeitpunkt noch nicht in der Lage, auch wenn sie auf ihre Gewalterlebnisse angesprochen werden würden, sich aus der Gewaltbeziehung zu lösen. Da es sich bei Häuslicher Gewalt selten um ein singuläres Ereignis sondern vielmehr um ein komplexes Misshandlungssystem handelt, (Hellbernd u.a. 2004) ist die Arbeit am Runden Tisch deshalb im Sinne einer funktionierenden Interventionskette langfristig angelegt und darauf angewiesen, zum Abbau Häuslicher Gewalt verlässliche Partnerinnen und Partner und Hilfestrukturen für die Opfer aufzubauen.

Mit den Mitgliedern der Kommunalen Gesundheitskonferenz können Lücken im Hilfenetz geschlossen werden, in dem die Koordination und Ausweitung der Zusammenarbeit für den gesamten Gesundheitsbereich koordiniert und aufeinander abgestimmt erfolgt. Damit werden Ressourcen für die Bearbeitung des Themas optimal eingesetzt.

4 Umsetzungsbeispiele aus der kommunalen Praxis

4.1 „Gewalt und Gesundheit“ als Thema in der Düsseldorfer Gesundheitskonferenz

Renate Hoop

Einführung

Wie bei vielen Themen, so sind auch im Bereich Gewalt und Gesundheit die vorhandenen örtlichen Strukturen zu berücksichtigen und in die Themenbearbeitung einzubeziehen.

Dieser Beitrag dient als Orientierungsrahmen und Hilfestellung zur Bearbeitung dieses Themas in kommunalen Gesundheitskonferenzen. Die Konzipierung und konkrete Umsetzung sollte auf der Grundlage der jeweils örtlichen Gegebenheiten und Strukturen erfolgen. Im Nachfolgenden wird dargestellt, wie die Düsseldorfer Gesundheitskonferenz dieses Thema aufgegriffen und bisher bearbeitet hat.

Relevanz des Themas „Gewalt und Gesundheit“ für Gesundheitskonferenzen

Neben den bereits zuvor geschilderten individuellen gesundheitlichen Folgen für die Betroffenen werden häufig auch hohe Folgekosten im Gesundheitssystem verursacht, die sich durch rechtzeitige Hilfen und geeignete Maßnahmen verringern ließen.

Unabhängig von ihrem Geschlecht brauchen Opfer von Gewalttaten schnelle und qualifizierte medizinische/therapeutische Betreuung und Versorgung sowie begleitende Hilfen.

Viele Opfer wenden sich zunächst nicht an eine Beratungseinrichtung und rufen auch keine Polizei zu Hilfe, sondern suchen aufgrund von Verletzungen und gesundheitlichen Beschwerden eine Ärztin oder einen Arzt auf. Aufgesucht werden insbesondere hausärztliche, gynäkologische, chirurgische und pädiatrische Praxen, aber auch Notfallambulanzen und Kliniken, manchmal auch psychotherapeutische Praxen. Oftmals verdrängen Patienten und insbesondere Patientinnen, die Opfer häuslicher Gewalt wurden, aus Angst und Anspannung die erlebte Gewalt oder scheuen sich, diese offen mitzuteilen. Kompetenz und Sensibilität der in der gesundheitlichen Versorgung tätigen Berufsgruppen spielen deshalb bei der Erkennung von Gewalt und der Vermittlung geeigneter Hilfen eine entscheidende Rolle. Neben ihren Aufgaben der medizinischen Diagnostik und Behandlung können Ärztinnen und Ärzte für die Opfer weitergehende Unterstützung anbieten, indem sie

C11

Folgekosten verringern

Ärztin und Arzt als erste Anlaufstelle

Alle Bereiche von Gewalt als Thema

beispielsweise mit den vorhandenen Beratungs- und Hilfeeinrichtungen kooperieren. Der Ausbau dieser Kooperation zwischen den verschiedenen Berufsgruppen und Beteiligten im Interesse einer bestmöglichen Hilfe für Gewaltopfer ist eine Aufgabe, für die die kommunalen Gesundheitskonferenzen das geeignete Gremium sind, da hier bereits viele der an der Versorgung von Gewaltopfern beteiligten Institutionen und Organisationen zusammenarbeiten.

Themenwahl und Gründung der Arbeitsgruppe

Die Düsseldorfer Gesundheitskonferenz hat in ihrer Sitzung am 24.03.2004 beschlossen, eine Arbeitsgruppe zum Thema „Gewalt und Gesundheit“ zu gründen. Initiiert wurde diese Arbeitsgruppe sowohl vom Gesundheitsamt, das seit Dezember 2003 eine vom Versorgungsamt anerkannte Gewaltopferambulanz vorhält und an einer Vernetzung aller im Bereich Gewaltopferversorgung Tätigen interessiert ist, als auch von der Gleichstellungsbeauftragten, die den Vorschlag zur Gründung der Arbeitsgruppe in die Gesundheitskonferenz zur Beschlussfassung eingebracht hat und die Arbeitsgruppe moderiert.

Der thematische Schwerpunkt „Gewalt und Gesundheit“ bezieht sich nicht nur auf den Bereich Häusliche Gewalt, sondern auf alle Formen von Gewalt und ihre gesundheitlichen Auswirkungen für die Betroffenen beiderlei Geschlechts. Dabei sollen Gender Aspekte durchaus mit berücksichtigt werden. Gewalt ist ein vielschichtiges gesellschaftliches Problem, das sowohl Frauen als auch Männer betrifft, jedoch je nach Geschlecht unterschiedlich ausgeprägt ist.

Während Opfer im Bereich der Häuslichen Gewalt, die im sozialen Nahraum stattfindet, überwiegend Frauen und Kinder sind, werden im Gegensatz dazu überwiegend Männer Opfer von Gewalt im öffentlichen Raum. Die Arbeitsgruppe konzentriert sich bewusst auf die Fragen, die sich im Zusammenhang mit den gesundheitlichen Folgen für erwachsene Opfer von Gewalt und den Handlungsmöglichkeiten des Gesundheitswesens stellen.

Ziele und inhaltliche Schwerpunkte der Arbeitsgruppe „Gewalt und Gesundheit“

Zielsetzung der Arbeitsgruppe „Gewalt und Gesundheit“ der Düsseldorfer Gesundheitskonferenz ist es, die Qualität der medizinischen und therapeutischen Versorgung von Gewaltopfern in Düsseldorf zu verbessern, dem Bedarf und der Situation der Betroffenen angemessene Hilfen zu schaffen und ein aufeinander abgestimmtes Versorgungskonzept unter Beteiligung aller Akteure und Einrichtungen, in denen Gewaltopfer Hilfe suchen, aufzubauen.

Dies soll unter anderem erreicht werden durch

- gemeinsame Formulierung von Strategien und Handlungsempfehlungen zur Qualitätssicherung und Verbesserung der Versorgung,
- aufeinander abgestimmte Versorgungs- und Hilfsangebote im medizinischen und therapeutischen Bereich,
- verstärkte Öffentlichkeitsarbeit über die vorhandenen Angebote,
- Fortbildung und Informationsvermittlung aller im Bereich der medizinischen und therapeutischen Versorgung tätigen Berufsgruppen.

Qualität der Versorgung

Die Arbeitsgruppe bearbeitet diese Themen teilweise in kleinen Unterarbeitsgruppen und bereitet zu diesen Fragestellungen eine Fachtagung vor, die voraussichtlich Ende 2005 stattfinden soll.

Mitglieder in der Arbeitsgruppe „Gewalt und Gesundheit“

Folgende Institutionen und Organisationen sind Mitglied der Arbeitsgruppe:

- die Ärztekammer,
- die Kassenärztliche Vereinigung,
- die Apothekerkammer,
- Vertreter und Vertreterinnen der Düsseldorfer Krankenhäuser einschließlich Psychiatrischer Kliniken,
- das rechtsmedizinische Institut der Heinrich-Heine-Universität,
- Vertreter und Vertreterinnen der niedergelassenen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten,
- die Notfallseelsorge,
- die Gewaltopferambulanz des Gesundheitsamtes,
- das Frauenbüro,
- die Frauenberatungsstelle sowie
- jeweils eine Vertreterin der Fachgruppen „Opferschutz“ und „Häusliche Gewalt“ des Kriminalpräventiven Rates.

Abstimmung mit anderen Gremien

In vielen Kommunen gibt es weitere Gremien (z.B. die Kriminalpräventiven Räte), die das Thema Gewalt unter anderen Fragestellungen und Aspekten bearbeiten (z.B. Gewalt an Schulen, Gewaltprävention, Opferschutz, Täterarbeit). Wenn solche Gremien in einer Kommune existieren, ist es sinnvoll eine Abstimmung bezüglich der inhaltlichen Schwerpunkte zwischen den Gremien herbeizuführen.

In Düsseldorf ist diese Abstimmung in der Gründungsphase der Arbeitsgruppe „Gewalt und Gesundheit“ mit dem Ergebnis erfolgt, dass sich die Arbeitsgruppe der Düsseldorfer Gesundheitskonferenz mit Fragen der medizinischen und therapeutischen Versorgung von Gewaltopfern befasst, während sich die dem Kriminalpräventiven Rat angegliederten Arbeitsgruppen z.B. mit Fragen der Gewaltprävention, des Opferschutzes sowie polizeilichen und rechtlichen Aspekten im Kontakt mit Opfern und Tätern auseinandersetzen.

Durch diese Abstimmung soll unnötige Doppelbearbeitung in unterschiedlichen Gremien vermieden und die notwendige Transparenz und Klärung herbeigeführt werden.

Mitglieder der KGK

Weiterführende Gremien

Abstimmungsarbeit

Sonstige Hinweise

Das Thema „Gewalt und Gesundheit“ ist ein sensibler Bereich und in seiner Bearbeitung nicht immer einfach. Hilfreich ist es deshalb, wenn mit vielen Beteiligten bereits eine gute Zusammenarbeit auch in anderen Themenbereichen in der Gesundheitskonferenz besteht.

In Düsseldorf gibt es z.B. eine sehr gute Zusammenarbeit u.a. mit der Ärztekammer und der Kassenärztlichen Vereinigung. Die Vertreter beider Institutionen engagieren sich in der Gesundheitskonferenz und in vielen Arbeitsgruppen, auch im Bereich „Gewalt und Gesundheit“. So initiiert die Ärztekammer zur Zeit eine Unterarbeitsgruppe zur akutärztlichen Versorgung von Gewaltopfern, zu der die Ärztekammer die unfallchirurgischen Ambulanzen, die gynäkologischen Ambulanzen sowie die psychiatrischen Aufnahmestationen eingeladen hat. Durch dieses Engagement der Ärztekammer ist davon auszugehen, dass das Thema „Gewalt und Gesundheit“ auch im Bereich der klinischen Akutversorgung vertiefend bearbeitet und die Ärzteschaft auch in die geplante Fachtagung aktiv einbezogen wird.

Solche guten Kooperationsbeziehungen innerhalb der Gesundheitskonferenz sind sehr hilfreich und äußerst wichtig, um alle Beteiligten einbeziehen zu können, damit die Versorgung und Hilfe für Gewaltopfer weiter verbessert werden kann.

4.2 Solingen: Der Runde Tisch gegen Gewalt als Arbeitsgruppe der KGK

Christiane Tobis

Wie kam das Thema in die kommunale Gesundheitskonferenz?

In der konstituierenden Sitzung der kommunalen Gesundheitskonferenz am 13.09.2000 wurden die in Arbeitsgruppen zu bearbeitenden Themen für das folgende Jahr festgelegt.

Ein Thema war die Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung sozial benachteiligter Frauen, eingebracht durch den Moderator der KGK, den Ressortleiter für Gesundheit, Soziales und Wohnungswesen. In der ersten Arbeitsgruppensitzung, in der der Ressortleiter und Vertreter der politischen Fraktionen anwesend waren, konnte das weitere Vorgehen abgestimmt werden. In einem ersten Schritt wurden alle Institutionen und Einrichtungen, bei denen Frauen Hilfe und Beratung suchen, zu einem „Fachgespräch Frauengesundheit“ eingeladen.

Als Ergebnis zeigte sich, dass über alle Einrichtungen hinweg das Thema mit dem größten Handlungs- und Koordinationsbedarf, das Thema Häusliche Gewalt darstellt, dies aber nicht sozial benachteiligte Frauen allein betrifft, sondern sich durch alle gesellschaftlichen Schichten gleich verteilt. Von Seiten der Gleichstellungsbeauftragten kam die Idee des Aufbaus eines Runden Tisches gegen Häusliche

Gewalt, wie er zu der Zeit auch in anderen Kommunen gegründet wurde. In der Kommunalen Gesundheitskonferenz wurde die Bearbeitung des Themas "Häusliche Gewalt" vorgeschlagen. Ihre Mitglieder stimmten der Einrichtung des "Runden Tisches gegen Gewalt" als Arbeitsgruppe der KGK zu. (vgl. Abbildung 1)

Wie wurde die Zusammenarbeit mit den anderen Institutionen, Gremien initiiert und organisiert?

Zur Planung der ersten Sitzung des Runden Tisches gegen Häusliche Gewalt traf sich eine kleine Gruppe bestehend aus Politik (Vorsitzende des Ausschusses für Gesundheit und Soziales), Frauenhaus, Frauenberatungsstelle, Gleichstellungsbeauftragte und Geschäftsstelle Kommunale Gesundheitskonferenz. Gemeinsam wurde der Verteiler aufgestellt und die Tagesordnung der ersten Sitzung festgelegt. Da zum 01.01.2002 das Gewaltschutzgesetz in Kraft treten sollte, fand der erste Termin im November 2001 statt. Von der Planungsgruppe war gewünscht und festgelegt worden, dass möglichst alle Einrichtungen/Institutionen, die zu Frauen mit Gewalterfahrungen Kontakt haben, am Runden Tisch vertreten sein sollen.

Der Verteiler enthielt entsprechend folgende Einrichtungen und Institutionen: Politische Fraktionen, Beigeordneter, Frauenhaus, Frauenberatungsstelle, Gleichstellungsbeauftragte, Polizei, vertreten durch den Polizeidirektor, Caritasverband, Pro Familia, Klinikärzte der Bereiche Gynäkologie und Kinderheilkunde, Niederelassene Kinderärzte, Ausländerbeauftragte, ASD, AWO, Diakonisches Werk, Jugend- und Drogenberatung, Jugendgerichtshilfe, Familiengericht, Staatsanwaltschaft, Familienanwälte, Bewährungshilfe, Weißer Ring, Opferschutzbeauftragte, Psychosozialer Trägerverein und Jugendhilfe.

Der Verteiler umfasst 50 Personen, an den Sitzungen nehmen regelmäßig ca. 30 Personen teil.

Primäre Aufgabe und Zielsetzung des Runden Tisches

- Umsetzung des Gewaltschutzgesetzes
 - Verbesserung der Kooperation und Kommunikation der beteiligten Einrichtungen
 - Sensibilisierung der Öffentlichkeit
- Vereinbart wurden vier Sitzungen pro Jahr.

Schnell wurde deutlich, dass am Runden Tisch nicht alle Themen bearbeitet werden können, so dass Unterarbeitsgruppen eingerichtet wurden:

- Kinder und Jugendliche mit Gewalterfahrungen
- Öffentlichkeitsarbeit
- Optimierung, Verbesserung der Koordination der Beteiligten anhand konkreter Fälle

Erste Aktivitäten des Runden Tisches waren:

- Flyer für Polizei, mit Hilfen und Beratungsangeboten für Betroffene
- Opferschutzbroschüre auf deutsch, Vorwort in acht Sprachen, mit Hilfestellungen, Adressen und Ansprechpartnern

Die Beteiligten

Ziele

Unterarbeitsgruppen

Aktivitäten

Einbeziehung der Öffentlichkeit**Koordination****Aktivitäten 2004****Maßnahmen und Aktivitäten 2003**

Im Jahr 2003 wurden vom Land NRW Fördermittel für Maßnahmen der Runden Tische zur Verfügung gestellt. Der Runde Tisch Solingen hat über das Frauenhaus einen Antrag auf Fördermittel gestellt, die bewilligt wurden. Mit Hilfe der Fördermittel konnte der Runde Tisch 2003 folgende Aktivitäten durchführen:

- Fachtagung „Gewalt an Frauen und die gesundheitlichen Folgen“
- Öffentlichkeitskampagne „Gewalt ist nie privat“:
 - Plakataktion in allen SG Bussen
 - Kinospot im CinemaxX
 - Visitenkarten
 - Flyer
- Übersetzung und Druck der Opferschutzbrochüre in Englisch, Türkisch, Russisch, Französisch (vgl. Anhang 1)

Durch die verschiedenen Aktivitäten, insbesondere die Öffentlichkeitskampagne, konnte eine stärkere Sensibilisierung der Öffentlichkeit für das Thema erreicht werden, besonders eindringlich war der Kinospot (so die Rückmeldungen), ebenso die Plakate in allen Solinger Bussen.

Ein weiterer Effekt war die Verbesserung der Zusammenarbeit der Mitglieder des Runden Tisches.

Zur Koordination aller Maßnahmen entstand eine Koordinierungsgruppe, bestehend aus Frauenhaus, Frauenberatungsstelle, Gleichstellungsbeauftragte, Opferschutzbeauftragte, Polizei, Vorsitzende des RT (Politik) und Geschäftsführung der KGK.

Der Runde Tisch stimmte zu, dass diese Gruppe - mit Ergänzung je eines Vertreters aus allen Unterarbeitsgruppen des Runden Tisches - die Sitzungen des Runden Tisches und alle weiteren Maßnahmen vorbereiten und koordinieren soll.

Schwachpunkt des Jahres 2003 war, dass der Gesundheitsbereich nicht in dem Maße eingebunden werden konnte wie geplant und erwünscht.

Aktivitäten und Maßnahmen 2004

Auch im Jahr 2004 konnte der Runde Tisch auf Fördermittel des Landes zugreifen, die thematisch auf die Ergebnisse des Jahres 2003 aufbauten. Die Fördermittel wurden für Maßnahmen zur Verbesserung der Zusammenarbeit mit dem Gesundheitsbereich vergeben.

Maßnahmen 2004:

- Fachtagung Kinder und Jugendliche mit Gewalterfahrungen
- Seminar Täterarbeit
- „Gesundheitliche Auswirkungen von Häuslicher Gewalt“, Vortrag für die KGK
- Zertifizierte Ärztefortbildung, „Häusliche Gewalt – ein ärztlicherseits unterschätztes Problem“
- Handreichung, Leitfaden und Dokumentationsbogen für Ärzte
- 2. Plakataktion in Bussen und Einrichtungen
- Neuauflage der Opferschutzbrochüre auf deutsch
- Übersetzung und Druck der Opferschutzbrochüre auf arabisch

Die Ärztefortbildung fand am 14.12.2004 als zertifizierte Fortbildung der Ärztekammer Nordrhein, Kreisstelle Solingen statt. Inwieweit die Einbindung der Ärzte erfolgreich sein wird, kann zum jetzigen Zeitpunkt noch nicht gesagt werden.

Von Seiten der KV-Vorsitzenden wurde Unterstützung für das Thema in allen Gremien und Veranstaltungen zugesagt.

Im Sommer 2004 wurde eine Unterarbeitsgruppe zum Thema Gewalt gegen ältere, behinderte und pflegebedürftige Menschen eingerichtet.

Schwierig gestaltet sich der Punkt Täterarbeit. Der Psychosoziale Trägerverein hat ein Konzept zur Einzel- und Gruppenarbeit erarbeitet, Möglichkeiten der GKV-Abrechnung sind abgeklärt. Zur Motivation der Täter sich therapieren zu lassen, fehlt die Unterstützung der Justiz bzw. der Staatsanwaltschaft.

Schwerpunktthema für das Jahr 2005 wird die Verbesserung der Zusammenarbeit mit der Justiz und das Thema Täterarbeit sein.

Resümee zur bisherigen Arbeit des Runden Tisches

Die positive Arbeit des Runden Tisches begründet sich in dem hohen Engagement einiger Institutionen und Einrichtungen: Gleichstellungsbeauftragte, Frauenhaus, Frauenberatungsstelle, Polizei, Opferschutzbeauftragte, Vertreter Politik, Sozialdezernent.

Ohne die Fördermittel des Landes in den Jahren 2003 und 2004 wäre ein Großteil der Maßnahmen und Aktivitäten nicht durchführbar gewesen, was auch Auswirkungen auf die Motivation der Mitglieder des Runden Tisches zur Mitarbeit gehabt hätte.

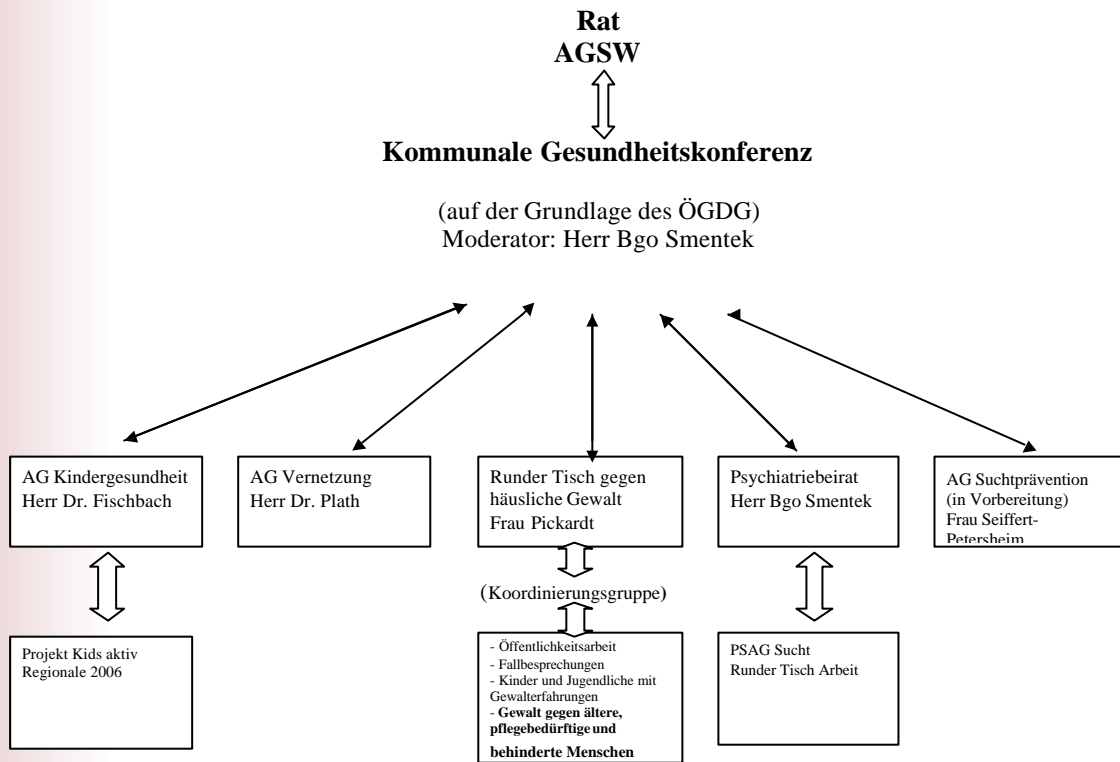
Als sehr hilfreich hat sich die Einrichtung der Koordinierungsgruppe erwiesen, um Maßnahmen und auch Sitzungen vorzubereiten, abzustimmen und zu koordinieren.

Die Unterstützung durch die Geschäftsstelle der KGK als Koordinationsstelle und die Anbindung an die Gesundheitskonferenz wird als positiv bewertet.

Täterarbeit

Koordinierung als wichtiges Element

Abbildung 1
Kommunale Gesundheitskonferenz Solingen: Struktur und Vernetzung



Anhang 1

Resümee der durch das Ministerium für Gesundheit, Soziales, Frauen und Familie in 2003 geförderten örtlichen und regionalen Kooperationen gegen häusliche Gewalt

Fachtagung "Gewalt an Frauen und die gesundheitlichen Folgen - Eine Herausforderung für das Gesundheitssystem"

Unter der o.g. Überschrift fand eine Fachtagung am 1.10.2003 im Veranstaltungszentrum Klosterkirche in Remscheid statt. Sie wurde in regionaler Kooperation der Runden Tische der Städte Remscheid, Solingen und Wuppertal durchgeführt. Frau Prof. Dr. Hagemann-White präsentierte die Ergebnisse der Expertise, die die nordrhein-westfälische Enquête-Kommission beauftragt hatte. Das Berliner Modellprojekt S.I.G.N.A.L. wurde ebenfalls exemplarisch vorgestellt, um weitere praxisnahe Schritte für die Arbeit in den drei Städten zu entwickeln.

Die sich anschließende Debatte der Fachleute betonte die Notwendigkeit einer fundierten Kooperation aller beteiligten Institutionen. Die konstruktive Zusammenarbeit mit der Polizei wurde dabei als zielführendes positives Beispiel herausgestellt. Deutlich wurde, dass insbesondere die Kooperation und der inhaltliche Austausch mit dem Gesundheitsbereich weiterhin zu fördern sind. Notwendig sind weitere fachliche Diskussionen, um gemeinsame Zielsetzungen und Herangehensweisen im Sinne der Betroffenen innerhalb und außerhalb des Gesundheitswesens zu implementieren. Zur Schaffung einer gemeinsamen Grundlage wurde ein erheblicher Fortbildungs- und Qualifizierungsbedarf für Beschäftigte des Gesundheitsbereichs festgestellt. Die durchgeführte Fachtagung bildet eine Basis, um Fachleute aus dem Gesundheitswesen verstärkt in die Arbeit der Runden Tische einzubeziehen.

Öffentlichkeitskampagne "Gewalt ist nie privat."

Unter diesem Titel wurden Plakate, Faltblätter und Informationskärtchen in Visitenkartengröße erstellt, denen wesentliche Anlaufstellen zu entnehmen sind. Aufgrund der Zusammenarbeit mit dem Verkehrsbetrieb der Stadtwerke Solingen war es möglich, die Plakate in allen Solinger Bussen auszuhängen. Durch die Kooperation mit der Stadtparkasse Solingen konnten sie in allen Solinger Zweigstellen ebenfalls öffentlich wirksam plakatiert werden. Die übrigen Informationsmaterialien liegen sowohl in Beratungsstellen und öffentlichen Institutionen als auch in Arztpraxen aus.

Im CinemaxX, dem größten Solinger Kinokomplex, wird im Vorprogramm der Hauptfilme ein Spot gezeigt, der die Zuschauenden in Bezug auf die Thematik der Häuslichen Gewalt sensibilisiert. Gleichzeitig machen die auffallend platzierten Plakate und ausgelegten Informationsmaterialien auf hilfreiche und weiterführende Anlaufstellen aufmerksam.

Die genannten Beratungsinstitutionen konnten anhand einer deutlich gestiegenen Resonanz die Wirksamkeit der Kampagne feststellen.

Übersetzung der Opferschutzbroschüre

Eine bereits in deutscher Sprache erstellte Broschüre für Opfer Häuslicher Gewalt, die sowohl über gesetzliche Grundlagen und Möglichkeiten als auch über Hilfsangebote und Anlaufstellen in Solingen informiert, konnte in vier Sprachen (türkisch, russisch, englisch und französisch) übersetzt und in einer Auflage von 500 Exemplaren pro Übersetzung veröffentlicht werden. Die Herausgabe wurde ebenfalls vom Solinger Ausschuss für Zuwanderung und Integration unterstützt und konnte Beratungsstellen zur Verfügung gestellt und in publikumsintensiven öffentlichen Einrichtungen - wie beispielsweise den Bürgerbüros - ausgelegt werden.

Fachtagung "Multiprofessionelle Kooperation bei Gewalt gegen Kinder"

Aus organisatorischen Gründen wurde die anvisierte Fachtagung auf den 16.6.04 verschoben.

Gegenstand waren verschiedene Fachreferate, z.B. von Frau Dr. Heinen, der Leiterin des Kinderbüros Karlsruhe, die als Grundlage dienen, um die örtliche Vernetzung zur Zusammenarbeit weiterhin zu fördern. In einer weiterführenden Diskussion wurden praktische Ansätze diskutiert.

Ziel war, wesentliche Personen und Institutionen, die im bestehenden Hilfenetz noch nicht verankert sind, anzusprechen und zu beteiligen, dies galt insbesondere auch für den Gesundheitsbereich.

4.3 Häusliche Gewalt und gesundheitliche Versorgung als Thema der Kommunalen Gesundheitskonferenz Mülheim an der Ruhr

Dagmar Starke

Antje Buck

Das Thema Häusliche Gewalt und gesundheitliche Versorgung wird in Mülheim an der Ruhr seit Februar 2003 im Arbeitskreis Frauen und Gesundheit der Kommunalen Gesundheitskonferenz behandelt. Anlass für die Auseinandersetzung mit dieser Thematik war auf der einen Seite das sogenannte "Gewaltschutzgesetz" (Gesetz zur Verbesserung des zivilrechtlichen Schutzes bei Gewalttaten und Nachstellungen sowie Erleichterung der Überlassung der Ehewohnung bei Trennung, Bundesgesetzblatt 2001, Teil I, Nr. 67, 17.12.2001) sowie die Expertise von Hagemann-White und Bohne "Versorgungsbedarf und Anforderungen an Professionelle im Gesundheitswesen im Problembereich Gewalt gegen Frauen und Mädchen" für die Enquêtekommission des Landtages "Zukunft einer frauengerechten Gesundheitsversorgung im Nordrhein-Westfalen".

Zu diesem Zeitpunkt existierte der Runde Tisch gegen häusliche Gewalt in Mülheim an der Ruhr noch nicht, so dass das Thema zwar einzelne Institutionen

beschäftigte jedoch darüber hinausgehend keine Vernetzung bestand.

Nach der Gründung des Runden Tisches gegen Häusliche Gewalt im Juli 2003 fand ein regelmäßiger Austausch zwischen den beiden Gremien statt.

Auf der Grundlage einer intensiven Auseinandersetzung mit der Thematik einerseits mittels Literaturrecherchen auf nationaler und internationaler Ebene sowie der Diskussion in überregionalen Gremien wie z.B. dem Netzwerk Frauen und Gesundheit NRW und der Vernetzung der kommunalen Arbeitskreise Frauen und Gesundheit der Kommunen in NRW, kristallisierten sich wesentliche Aspekte für die Handlungsempfehlung heraus. Diese beinhaltet neben einer klaren Definition der Begriffe "Häusliche Gewalt" und "Gewalt" sowie der Bezugnahme auf gesundheitspolitische Zielsetzungen auf Landesebene drei konkrete Ziele für Mülheim an der Ruhr:

1. Eine Anregung und Bitte an die Ärztekammer Nordrhein über bestehende Projekte zu informieren, respektive aktuelle Erkenntnisse, z.B. über gerichtsverwertbare Dokumentation und das Wissen über erreichbare Hilfesysteme in Fortbildungen zum Thema "Häusliche Gewalt" zu vermitteln. Hierbei ist es ein wesentliches Anliegen, die Ärzteschaft auf kommunaler Ebene zu vernetzen sowie die Fortbildung multidisziplinär und multiprofessionell zu gestalten. Im Vordergrund sollte neben der Wissensvermittlung auch das Ziel stehen, der vorhandenen Verunsicherung der Ärztinnen und Ärzte hinsichtlich dessen, was sie tun können und was nicht ihre Aufgabe ist, entgegen zu treten. Aus Verunsicherung darüber, welche Fragen und ob Fragen überhaupt die richtige Vorgehensweise in der Kommunikation mit von Gewalt betroffenen Frauen darstellen, wird manchmal vermieden, beispielsweise auf die Ursache von offenkundigen Verletzungen näher einzugehen. Gegenstand der ärztlichen Fortbildung sollte deshalb auch sein, über die bestehende Fraueninfrastruktur zu informieren, Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartner klar zu benennen und damit den Ärztinnen und Ärzten die Sicherheit zu geben, wohin sie Frauen weitervermitteln können. Es ist wesentlich, auf die gerichtsverwertbare Dokumentation von Verletzungen einzugehen, selbst wenn Frauen zunächst keine Anzeige gegen den Täter erstatten möchten. Die gerichtsverwertbare Dokumentation stellt die Grundlage dafür dar, dass Frauen auch im Nachhinein noch rechtliche Schritte einleiten können.
2. Ein weiteres Ziel der Handlungsempfehlung ist die Zusammenstellung einer Liste erreichbarer Hilfsangebote in der Stadt Mülheim an der Ruhr. Hier ist zunächst anvisiert, auf Ergebnisse des Runden Tisches gegen Häusliche Gewalt zurückzugreifen. Die Übersicht stellt ein wesentliches Hilfsmittel für Ärztinnen und Ärzte aber auch andere Institutionen dar, die mit von Gewalt betroffenen Frauen zu tun haben.
3. Darüber hinaus spielt die sich verändernde Struktur des Gesundheitswesens eine wichtige Rolle. Von Gewalt betroffene Frauen tauchen nicht nur in klassischen Bereichen des Gesundheitswesens auf, sondern ebenso in angrenzenden Disziplinen wie beispielsweise der Physiotherapie, Chiropraxis und dem Wellnessbereich. Hierbei zielt die Handlungsempfehlung darauf ab, dass das Thema "Häusliche Gewalt" auch Gegenstand der Aus- und Fortbildungskataloge dieser Nachbargebiete der klassischen Medizin wird. Im Vordergrund steht dabei die Auffassung, dass Häusliche Gewalt kein schichtspezifisches Problem darstellt, sondern in allen gesellschaftlichen Schichten auftritt. Deshalb ist es von eminenter Bedeutung auch die o.g. Disziplinen zu berücksichtigen, die möglicherweise eher von sozial besser Gestellten frequentiert, aber nichtsdestotrotz mit

C11

Ziele für Mülheim an der Ruhr

Fortbildungen organisieren

Hilfeangebote visualisieren

Angrenzende Disziplinen einbinden

Flyer

Höhere Akzeptanz erreicht

den Folgen von Gewalt konfrontiert werden.

Die Handlungsempfehlung wurde im April 2004 von der Kommunalen Gesundheitskonferenz Mülheim an der Ruhr einstimmig verabschiedet. Wesentlich beteiligt an der Umsetzung der Handlungsempfehlung sind die Kreisstelle Mülheim an der Ruhr der Ärztekammer Nordrhein, die Gleichstellungsstelle, der Runde Tisch gegen Häusliche Gewalt sowie das Gesundheitsamt. Gemeinsam mit der Kreisstelle Mülheim an der Ruhr der Ärztekammer Nordrhein ist eine Veranstaltung im Rahmen der ärztlichen Fortbildung geplant, in der einerseits Inhalte zur gerichtsverwertbaren Dokumentation vermittelt werden sollen und andererseits die regionalen Hilfesysteme und deren Vernetzung Gegenstand sein werden. Die Fortbildung ist auf Anfang 2005 terminiert.

Ein Flyer über die vorhandenen Hilfeangebote in Mülheim an der Ruhr wurde vom Runden Tisch gegen Häusliche Gewalt erarbeitet und mit Fördermitteln des Landes Nordrhein-Westfalen veröffentlicht.

Die Kontaktaufnahme mit Nachbardisziplinen wird Ende des Jahres erfolgen.

Nach anfänglichen "Berührungängsten" erfährt sowohl die Thematik als solche sowie die interdisziplinäre und multiprofessionelle Zusammenarbeit in der Kommunalen Gesundheitskonferenz eine höhere Akzeptanz. Darüber hinaus stellt der Austausch mit anderen kommunalen Arbeitskreisen auf überregionaler Ebene einen wichtigen Faktor dar, um Ziele zu konkretisieren und möglicherweise ein gemeinsames Vorgehen zu planen. Es wäre wünschenswert, wenn die vorhandenen Erfahrungen, Erkenntnisse und Materialien häufiger in landesweiten Planungen - wie im Rahmen dieser Planungshilfe erfreulicherweise erfolgt - Berücksichtigung finden würden.

Für Rückfragen und Beratung bei der Erstellung einer Handlungsempfehlung zum Thema "Häusliche Gewalt und gesundheitliche Versorgung" stehen die Autorinnen gerne zur Verfügung.

Dr. Dagmar Starke
Gesundheitsamt
Heinrich-Melzer-Str. 3
45468 Mülheim an der Ruhr
Tel.: 0208 / 455 5361
dagmar.starke@stadt-mh.de

Antje Buck
Gleichstellungsstelle
Ruhrstr. 32-34
45468 Mülheim an der Ruhr
Tel.: 0208 / 455 1540
antje.buck@stadt-mh.de

Das Original der Handlungsempfehlung zum Thema "Häusliche Gewalt und gesundheitliche Versorgung" der Kommunalen Gesundheitskonferenz Mülheim an der Ruhr vom 28.04.2004 kann bei der Geschäftsstelle der KGK oder bei den Autorinnen angefordert werden.

4.4 Wege zur Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung gewaltbetroffener Frauen: das Netzwerk "gesine"

Marion Steffens
Andrea Stolte

In jüngerer Zeit ist Gewalt gegen Frauen auch ein Thema für die Gesundheitsbe-

rufe geworden. So hat der 105. Deutsche Ärztetag 2002 beschlossen, sich der Deklaration gegen Gewalt European Women's Health Network (EWHNET) anzuschließen und sich aktiv für eine frauenorientierte und gewaltsensible Gesundheitsversorgung einzusetzen. Bisher fehlt es aber an praxisorientierten Umsetzungsstrategien, in denen die unterschiedlichen Gesundheitsanbieter (also neben Ärztinnen und Ärzten auch Pflegende, Therapeutinnen, Assistenzberufe etc.) ebenso wie die auf Gewalt gegen Frauen spezialisierte Infrastruktur einbezogen wird.

Das Netzwerk Gesundheit - gesine - hat nunmehr ein Modell entwickelt, das die unterschiedlichsten Gesundheitsakteure gemeinsam mit der Fraueninfrastruktur in ein Netzwerk einbindet und praxisnahe, effektive Wege für eine gewaltsensible Gesundheitsversorgung anbietet.

Diagnose Gewalt - als Thema im Gesundheitswesen

Schlüsselrolle der Gesundheits- und Heilberufe

So schwerwiegend die Folgen von Gewalt für Frauen und ihre Kinder sind, so ratlos stehen viele ärztlich und pflegerisch Tätige diesem Problem gegenüber.

Jede Frau, die Gewalt erleiden musste, sucht irgendwann in ihrem Leben eine ärztliche Praxis oder ein Krankenhaus auf. Die erlebte Gewalt hat, wie oben benannt wurde, nicht nur offensichtliche Verletzungen zur Folge, sondern verursacht auch eine ganze Reihe unterschiedlicher Erkrankungen und psychosomatischer Folgebeschwerden. Nicht immer scheinen behandelnde Ärztinnen und Ärzte aber die Relevanz der Gewaltproblematik hinter den Symptomen zu erkennen.

Einerseits sprechen viele Frauen die erlebte Gewalt als mögliche Ursache von Verletzungen und Krankheitssymptomen aus Angst, Scham oder auch Unwissenheit nicht an. Andererseits werden nur 7% der Frauen während der ärztlichen Konsultation nach etwaigen Gewalterfahrungen befragt. (Hellbernd 2004) Das Tabu besteht also offensichtlich auf beiden Seiten. Aber auch wenn betroffene Frauen den Zusammenhang offen legen, reagieren offenbar nicht alle Ärzte immer in wünschenswertem Umfang angemessen

Demgegenüber belegt die genannte Prävalenzstudie eindrücklich den zentralen Stellenwert von Ärztinnen und Ärzten als häufig erste Anlaufstelle von gewaltbetroffenen Frauen und beleuchtet zusätzlich die Schlüsselrolle, die dieser Berufsgruppe für den weiteren Verlauf der Biographie einer gewaltbelasteten Frau zukommen kann. (Schröttle, 2004 S. 18)

Gleichzeitig ist das Gesundheitswesen in Deutschland bislang in die Anstrengungen um Prävention, Intervention und Heilung bei Gewalt im Geschlechterverhältnis zu wenig eingebunden. "Damit zusammenhängend ist der Wissensstand über Zusammenhänge zwischen Gewalt und Gesundheitsproblemen hierzulande bruchstückhaft und findet in Anamnese, Diagnostik und Behandlung der Professionellen im Gesundheitswesen immer noch wenig Beachtung" so die Expertise der Enquêtekommission des Landes NRW.

Das Netzwerk gesine

Hier setzt das Netzwerk Gesundheit.EN: gesine - Intervention gegen Gewalt an Frauen - an. Das Netzwerk geht von dem Leitgedanken aus:

Es ist nicht die Frage, **ob** Professionelle im Gesundheitswesen Kontakt zu gewaltbetroffenen Frauen in ihrem Berufsalltag haben, sondern lediglich **wie** sie diesen Kontakt gestalten.

**Umsetzungsstrategien
fehlen**

**Relevanz des Themas oft
nicht deutlich**

Tabuthema

**Ärztinnen und Ärzte mit
einer Schlüsselfunktion**

Ansatz für gesine

Strategien des Netzwerks

Das Ziel des Netzwerkes gesine ist die Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung gewaltbetroffener Frauen im Ennepe-Ruhr-Kreis.

Dies geschieht durch:

- Die Sensibilisierung der Professionellen im Gesundheitswesen für Art, Ausmaß und Folgen von Gewalt gegen Frauen
- Die Umsetzung grundlegender Standards in der Versorgung gewaltbetroffener Frauen
- Stärkung der Weitervermittlungsressourcen

Aus bisher vereinzelt Angeboten soll ein Unterstützungsnetz für gewaltbetroffene Frauen und ihre Kinder geknüpft werden. Hierzu sind verschiedene Schritte erforderlich.

Verknüpfungen herstellen

1. Die unterschiedlichen Professionen des Gesundheitswesens und der psychosozialen Versorgung müssen voneinander wissen und die jeweiligen speziellen Angebote für gewaltbetroffene Frauen kennen. Diese speziellen Angebote reichen von Frauenschutz- und unterstützungsangeboten, über gewaltsensible Therapeutinnen und Therapeuten und auf Traumabehandlung spezialisierte Kliniken oder klinikinterne Abteilungen bis hin zu speziellen Angeboten einzelner Praxen. Erst hierdurch kann eine sinnvolle Weitervermittlung über "kurze Wege" für die Opfer von Gewalt gewährleistet werden.

2. Eine einzelne Einrichtung, Praxis oder Person ist mit den Handlungsanforderungen zur gesundheitlichen Versorgung und psychosozialen Unterstützung gewaltbetroffener Frauen häufig überfordert - eine Vernetzung dient somit auch der gegenseitigen Entlastung. Deshalb sind die einzelnen Akteure des Gesundheitswesens und der psychosozialen Versorgung aufgefordert, sich dem Netzwerk als Partnerinnen und Partner zu assoziieren. Angesprochen sind Ärztinnen und Ärzte unterschiedlicher Fachrichtungen, Kliniken, Pflegeberufe, Therapeutinnen und Therapeuten, Beraterinnen und Berater, medizinische Assistenzberufe etc..

Minimalkonzept

3. Die Netzwerkpartnerinnen und Netzwerkpartner verpflichten sich zur Einhaltung grundlegender Standards in der Versorgung gewaltbetroffener Frauen, die sich kurz auf folgende Kernaussagen zusammenfassen lassen:

Offenheit für das Thema signalisieren - Wahrnehmen - Ansprechen - Adäquat reagieren - Informieren.

Durch die Enttabuisierung von Gewalt (Wahrnehmen und Ansprechen) und adäquates Reagieren in der beruflichen Praxis (Informieren und Weitervermitteln) werden die Möglichkeiten für Frauen und ihre Kinder verbessert, die (gesundheitlichen) Folgen der Gewalterfahrungen zu mindern und der Schutz vor weiterer Gewalt wird erhöht. Die Standards werden für die unterschiedlichen Berufsgruppen spezifiziert und beinhalten für Ärztinnen und Ärzte zusätzlich die Einführung eines standardisierten Vordrucks zur Dokumentation von Verletzungsfolgen.

Dokumentation

4. Die Netzwerkassoziation geschieht auf der Grundlage einer Vereinbarung. Diese beinhaltet eine Selbstverpflichtung zur Einhaltung der Standards. Erst die verbindliche Zusage, die grundlegenden Standards in der Behandlung gewaltbetroffener Frauen einzuhalten, ermöglicht es allen Netzwerkpartnerinnen und

Netzwerkpartnern, Patientinnen und Patienten bei Bedarf gezielt an gewaltsensibel handelnde Kliniken, Praxen oder Beratungsstellen weiter zu vermitteln. Darüber hinaus beteiligen sich die Netzwerkpartnerinnen und -partner an der gesundheitlichen Aufklärung gewaltbetroffener Frauen z.B. durch das Aufhängen von Plakaten und Auslegen von Informationsmaterial zum Thema Gewalt gegen Frauen.

- Den Netzwerkpartnerinnen und Netzwerkpartnern wird entsprechendes Informationsmaterial zur Verfügung gestellt. Sie erhalten überdies Angebote für Fortbildungen rund um das Thema Gewalt gegen Frauen und deren Auswirkungen auf die mitbetroffenen Kinder. Darüber hinaus sorgt die Koordinierungsstelle des Netzwerkes für eine Kommunikationsplattform, die Raum für Austausch, Information, Kritik und Anregungen bietet.

Handlungsleitlinien des Netzwerkes gesine

Niederschwelligkeit als oberstes Prinzip

Zentrales Anliegen ist, dass der Zugang zu einer gewaltsensiblen Gesundheitsversorgung und zu spezialisierten Unterstützungsangeboten für gewaltbetroffene Frauen erleichtert wird.

Verbindung zwischen mainstreaming und Spezialisierung

Wichtig ist, dass sich gewaltbetroffene Frauen ebenso wie Kolleginnen und Kollegen aus dem Gesundheits- und Unterstützungsbereichen darauf verlassen können, dass die vereinbarten Standards auch tatsächlich eingehalten werden. Dies geschieht aus unserer Sicht am ehesten auf der Grundlage einer freiwillig abgeschlossenen Vereinbarung, denn diese setzt die Entscheidung, sich des Themas anzunehmen, voraus. Das Gießkannenprinzip, mit dem zum Beispiel Standards oder Dokumentationsvordrucke an alle Ärztinnen und Ärzte verschickt werden, verspricht Frauen wenig Verlässlichkeit. Andererseits ist die Einrichtung etwa eines Kompetenzzentrums im Bereich der gesundheitlichen Versorgung gewaltbetroffener Frauen, eine zu hohe Hürde, da sie die Überwindung der Tabu- und Schamgrenzen sozusagen als Zugangsvoraussetzung hat.

Win-win-Situation für alle Beteiligten

Gerade die Professionellen der Gesundheits- und Heilberufe, wie auch der Berufe der psychosozialen Versorgung sind in ihrer täglichen Arbeit sehr hohen Anforderungen und Belastungen ausgesetzt. Zeitnot und Überforderung kennzeichnen vielerorts den Berufsalltag. Hier darf Engagement für einen zusätzlichen Themenbereich nur erwartet werden, wenn er positive Effekte für den eigenen Berufsalltag hat. Zugewinn an Sicherheit im Umgang mit einem Tabuthema, die Vorteile plausibler Erklärungsansätze für unerklärliche Verhaltensweisen oder Symptome sowie die Verlässlichkeit einer funktionierenden Weitervermittlungspraxis bieten solche positiven Effekte.

Aufklärung

Kommunikation

Verbindungen schaffen

Zugewinn für die Akteurinnen und Akteure

Dynamisches Netzwerk**Serviceangebot**

Eine verlässliche Netzwerkarbeit kann nur auf der Grundlage einer verantwortlichen Koordinierung der Aktivitäten gelingen. Hier kann sich das Netzwerk die Erkenntnisse der Forschung zu bisherigen Kooperationsgremien im Bereich Häusliche Gewalt zunutze machen.

Darüber hinaus ist das Serviceangebot von Materialien, Information, Fortbildungen, Erfahrungsaustausch etc. notwendiger Bestandteil der Sensibilisierung der genannten Berufsgruppen und des für eine adäquate Versorgung notwendigen Wissenszuwachses bei allen Professionen.

Prozessualer Charakter des Konzeptes

Das Netzwerkkonzept ist dynamisch gestaltet. So sind neue Assoziationen jederzeit möglich und eine Eingliederung in das bestehende Netzwerk strukturell verankert. Des Weiteren misst sich der Erfolg des Konzeptes an der Praxis. Das bedeutet, dass die Rückmeldungen sowohl der Netzwerkpartnerinnen und Netzwerkpartner als auch der gewaltbetroffenen Frauen nicht nur konzeptionellen Raum erhalten, sondern auch zur Optimierung der Netzwerkpraxis beitragen.

Anbindung an bestehende Kooperationsgremien

Das Netzwerk bindet sich in die bestehende Infrastruktur ein und ist Mitglied des Runden Tisches zur Bekämpfung von Gewalt gegen Frauen im Ennepe-Ruhr-Kreis. Des Weiteren hat durch diese Anbindung die Möglichkeit, andere relevante Berufsgruppen wie Polizei, Justiz oder Sozialverwaltung über die Angebote zu informieren und andererseits Rückmeldungen zu den praktischen Effekten des Netzwerkes zu erhalten. Hiermit wird die in der o.g. Expertise der Enquête Kommission des Landtages NRW angemahnte Einbindung des Gesundheitswesens in die vorhandenen Kooperationsgremien zur Bekämpfung Häuslicher Gewalt umgesetzt.

5 Häusliche Gewalt: Rechtliche Aspekte, ärztliche Schweigepflicht, gerichtsfeste Dokumentation¹

Marlies Hampel

Häusliche Gewalt und Strafverfolgung

Der strafrechtlichen Sanktionierung von Gewalt im sozialen Nahraum durch die Justiz stand lange Jahre die Auffassung entgegen, es handele sich um Auseinandersetzungen im privaten Raum, in dem der Staat nichts zu suchen habe. Nicht selten führte auch das Verhalten von Opfern, die keine Aussage (mehr) zum Tathergang machen wollten oder die einen unmittelbar nach der Tat gestellten Strafantrag wenige Tage später zurücknahmen, zu einer umgehenden Einstellung eines Ermittlungsverfahrens oder zu einer Verweisung auf den Privatklageweg.

Ich kann heute feststellen, dass die Bagatellisierung von Häuslicher Gewalt Vergangenheit ist. Durch eine stetige Verbesserung der Strukturen und der Zusammenarbeit zwischen allen mit dem Problem der Häuslichen Gewalt konfrontierten Institutionen ist es zunehmend gelungen, Licht in ein Kriminalitätsfeld zu bringen, das lange Zeit als Privatangelegenheit tabuisiert worden ist. Heute tragen die Strafverfolgungsbehörden verstärkt dazu bei, dass Häusliche Gewalt nachhaltig geächtet und sanktioniert wird.

Ein wesentliches Instrument, mit dem die Staatsanwaltschaften des Landes die Strafverfolgung optimiert haben, ist die Schaffung von Sonderdezernaten zur Bekämpfung der Häuslichen Gewalt. Ich habe während meiner Tätigkeit als Leiterin der Staatsanwaltschaft Krefeld bereits vor einigen Jahren eine Oberamtsanwältin mit der Bearbeitung der Verfahren betraut, die Häusliche Gewalt zum Gegenstand hatten. Folge der Einrichtung des Sonderdezernats war eine Intensivierung der Ermittlungen in enger Zusammenarbeit zwischen Polizei, Justiz und Institutionen, die sich für Opfer Häuslicher Gewalt engagieren. Angesichts steigender Zahlen der Fälle Häuslicher Gewalt im Zuständigkeitsbereich der Staatsanwaltschaft Essen – wir erwarten in diesem Jahr ca. 1.000 Verfahren – wird es auch in Essen ab Januar 2005 Sonderdezernate sowohl im staatsanwaltlichen als auch im amtsanwaltlichen Bereich geben. Damit werden in NRW - soweit mir bekannt - in 10 von 19 Staatsanwaltschaften Sonderdezernate eingerichtet sein. Ich verspreche mir von der Einrichtung der Sonderdezernate neben der Verbesserung der Zusammenarbeit mit der Polizei, die nun konkrete Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartner haben wird, eine gleichmäßige, einheitliche Sachbehandlung und eine verbesserte Erfassung aller einschlägigen Fälle, was für die Planung des Personaleinsatzes bedeutsam ist. Darüber hinaus wird eine gezielte Auswertung der Verfahren ermöglicht, um verlässliche Erkenntnisse z.B. über die Gründe für Verfahrenseinstellungen zu erlangen.

¹ Für die Veröffentlichung in der Planungshilfe redaktionell bearbeitetes Manuskript des gleichlautenden Vortrags anl. der Fachtagung „Häusliche Gewalt - Die Rolle des Gesundheitswesens“ am 01. Dezember 2004 in Dortmund

**Lange Jahre:
Häufige
Verfahrenseinstellungen
oder Privatklagen**

Heute Enttabuisierung

**Sonderdezernate zur
Forderung der
Zusammenarbeit**

Neben einer Effektivierung der Strafverfolgung hat die Schaffung der Sonderdezernate nach meiner Auffassung auch eine nicht zu unterschätzende Signalwirkung nach außen. Damit bekommt nämlich dieser sensible Verfahrensstoff einen deutlich hervorgehobenen Stellenwert im Aufgabenkatalog der Staatsanwaltschaften. Häusliche Gewalt steht nicht mehr auf einer Stufe mit Beförderungerschleichungen, Ladendiebstählen und anderen Bagatelldelikten. Gerade den Opfern Häuslicher Gewalt und den Menschen, die davon - wie auch immer - als Nachbarn, Freunde, Bekannte, Ärzte, Krankenschwestern erfahren, soll dadurch Mut gemacht werden, der Gewalt ein Ende zu setzen und sich den Stellen zu offenbaren, die das Verhalten des Täters sanktionieren können.

Häuslicher Gewalt kann aber nur dann wirkungsvoll begegnet werden, wenn die für eine Überführung des Täters erforderlichen Beweise vorliegen.

Ärztliche Schweigepflicht

Eine Ärztin, ein Arzt untersucht eine Patientin oder ein Kind und stellt ausgeschlagene Zähne, Druckstellen, Schürfwunden oder Hämatome fest. Die Patientin erklärt, sie selbst oder das Kind sei gestürzt. Bei näherem Befragen wird deutlich, dass sich die Verletzungen nicht mit den Angaben der Patientin in Einklang bringen lassen. Der Verdacht der Häuslichen Gewalt, der Kindesmisshandlung steht im Raum. Wie andere Berufsgruppen auch, geraten Angehörige von Heilberufen in dieser Situation in einen Entscheidungskonflikt. Sie sind nämlich, was die im Rahmen der Untersuchung gewonnenen Erkenntnisse anbelangt, an die ärztliche Schweigepflicht und an den Datenschutz gebunden. Wenn Sie Polizei, Staatsanwaltschaft oder andere Einrichtungen über ihre Feststellungen informieren, verletzen Sie Ihre Schweigepflicht und setzen sich der Gefahr eines Ermittlungsverfahrens wegen eines Verstoßes gegen § 203 StGB aus.

Keinen Konflikt gibt es, wenn Patienten die Ärztin oder den Arzt von der Schweigepflicht entbinden. Dann ist eine Offenbarung von ärztlichen Untersuchungserkenntnissen gerechtfertigt und damit straffrei. Allerdings wird es nur selten zu einer Entbindungserklärung der Patienten kommen. Meistens wollen die - in der Regel weiblichen - Opfer nur ärztliche Hilfe. Aus Angst vor dem Täter oder aus Scham sind sie in der Regel nicht bereit, sich jemandem anzuvertrauen. Nur in wenigen Fällen wird es mit viel Sensibilität gelingen, die Patientin davon zu überzeugen, dass die Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht in ihrem eigenen Interesse liegt.

Bitte versuchen Sie es, auch wenn es schwierig ist!

Wenn die Patientin bereit ist, Sie von der Schweigepflicht zu entbinden, lassen Sie sich diese Entbindung zur eigenen Absicherung schriftlich bestätigen und dokumentieren Sie in einem solchen Fall das Vorgehen sowie die Gründe hierfür sehr genau.

Wenn eine Einwilligung nicht vorliegt - und das ist sehr häufig der Fall - stellt sich für die Medizinerin oder den Mediziner die Frage: bin ich verpflichtet, eine Strafanzeige zu erstatten? Die Antwort lautet: grundsätzlich nicht!

Was aber ist, wenn nach den Gesamtumständen (zum Beispiel aus der Vielfalt alter und frischer Verletzungen) zu befürchten ist, dass das Opfer alsbald erneut gequält oder geschlagen wird? Auch in diesem Fall sind Sie nicht zu einer Offenbarung der bei der Untersuchung gewonnenen Erkenntnisse verpflichtet. Körperver-

Datenschutzaspekte

Entbindung von der Schweigepflicht

Dokumentation ist wichtig

letzung, Bedrohung, Nötigung – das sind die Delikte, die am häufigsten bei Gewalthandlungen im sozialen Nahraum begangen werden - gehören nicht zu den Straftaten, die gemäß § 138 StGB zwingend zur Anzeige gebracht werden müssen, selbst wenn ihre erneute Begehung droht. Es gab zwar Überlegungen des Gesetzgebers, eine solche Anzeigepflicht z.B. im Falle eines drohenden sexuellen Missbrauchs von Kindern einzuführen. Nach einer sehr kontrovers geführten Diskussion wurde davon letztlich abgesehen.

In der oben beschriebenen Situation setzt nun eine besondere Verantwortung der Ärztin und des Arztes ein. Sie müssen sich entscheiden, ob die im Rahmen der Untersuchung gewonnenen Erkenntnisse auch ohne Einwilligung der Patientin an eine Hilfeeinrichtung oder an die Polizei bzw. Staatsanwaltschaft weitergegeben werden sollen. Ein derartiges Handeln ist nicht strafbar, wenn ein Fall des sogenannten rechtfertigenden Notstandes gemäß § 34 StGB vorliegt. Danach handelt eine Ärztin, ein Arzt im Falle der Offenbarung von Patientendaten nicht rechtswidrig, wenn die Gefahr für die Gesundheit und das Leben der Patientin so groß ist, dass einer Abwendung dieser Gefahr der Vorrang vor der Einhaltung der Schweigepflicht einzuräumen ist. Das bedeutet, dass im konkreten Einzelfall eine Güterabwägung vorzunehmen ist. Auf der einen Seite stehen die Persönlichkeitsrechte der Patienten, auf der anderen Seite das Recht auf physische und psychische Unversehrtheit. Eine Offenbarungspflicht besteht auch in diesen Kollisionsfällen nicht. Entscheidet man sich für einen Bruch der beruflichen Schweigepflicht, nimmt man das Risiko eines Ermittlungsverfahrens auf sich, falls die Patientin einen Strafantrag stellt. Auch muss man den Vertrauensverlust der Patientin befürchten. Auf der anderen Seite kann man entscheidend dazu beitragen, weitere und möglicherweise noch stärkere Gewalt zu verhindern.

Ich werbe nicht für den Bruch der Schweigepflicht. Ich meine aber, dass es immer wieder Fälle gibt, in denen es zum Schutz der Opfer erforderlich ist, die Zusammenarbeit mit Hilfeeinrichtungen bzw. Polizei und Staatsanwaltschaft zu suchen. Bei Zweifeln kann ich den Betroffenen nur den Rat geben, den Fall in anonymisierter Form einem kompetenten Ansprechpartner bei der Polizei oder der Staatsanwaltschaft vorzutragen, um die Möglichkeit einer straflosen Mitteilung der Untersuchungsergebnisse auszuloten. Ich bin sicher, dass Sie auf eine verständnisvolle Justiz treffen werden.

Nicht immer werden Sie völlig sicher sein, ob die festgestellten Verletzungen tatsächlich durch Gewalthandlungen eines Dritten entstanden sind. Was passiert, wenn sich im Zuge der vom Arzt oder Ärztin ausgelösten Ermittlungen ergibt, dass die beobachteten und sodann offenbarten Verletzungen doch eine andere Ursache hatten, also nicht auf vorsätzlicher Gewalteinwirkung beruhten? Auch in einem solchen Fall ist eine Strafverfolgung nicht zu befürchten. Es liegt ein Irrtum über die tatsächlichen Voraussetzungen eines anerkannten Rechtfertigungsgrundes, nämlich des § 34 StGB, vor, der eine Bestrafung wegen einer vorsätzlichen Verletzung der ärztlichen Schweigepflicht ausschließt.

Das Risiko einer Strafverfolgung lässt sich angesichts dieser rechtlichen Rahmenbedingungen doch eingrenzen.

Anzeigepflicht?

Besondere Verantwortung der Professionellen

Folgen bei Irrtum

Beweise sichern**Sensible Befragung****Fotodokumentation****Gerichtsfeste Dokumentation**

Damit die bei einer Untersuchung festgestellten Erkenntnisse als Hilfe für die Strafverfolgungsbehörden dienen können, ist es gerade im Interesse der Patientin wichtig, die für eine Überführung des mutmaßlichen Täters erforderlichen Beweise so zu sichern, dass sie in einem späteren Ermittlungs- und Strafverfahren nicht angreifbar sind und zur Überführung des Täters genutzt werden können. Dazu möchte ich Ihnen noch kurz einige Anregungen geben.

Liegt ein Verdacht auf Häusliche Gewalt vor, sollte die Ärztin oder der Arzt versuchen, durch eine vorsichtige Befragung der Patientin die näheren Umstände der Tat oder Taten in Erfahrung zu bringen und diese möglichst mit den Worten der Patientin schriftlich zu fixieren. Dokumentiert werden sollten insbesondere die Angaben der Patientin zur Verletzungsursache. Sehr wichtig ist es auch, weitere Tatzeugen (z.B. Verwandte, Freunde, Nachbarn) namentlich zu erfragen und zu notieren. Für die Strafverfolgungsbehörden ist eine detaillierte und leserliche Dokumentation der Anamnese, der körperlichen und psychischen Symptome und der erhobenen Befunde wichtig. Die Untersuchung der Patientin sollte darauf gerichtet sein, möglichst differenziert alte und frische Verletzungen aufzudecken. Sofern die Patientin freiwillig und nicht erst nach längerem Drängen bereit ist, sich einer Ganzkörperuntersuchung zu unterziehen, besteht die Möglichkeit, auch Gewaltspuren an sonst bedeckten Körperzonen festzustellen. Ich sage Ihnen nichts Neues, dass sich vor allem intelligente Täter gerade auf diese Zonen konzentrieren, um nach außen nicht in Erklärungsnot zu geraten. Prüfen Sie - wenn möglich -, ob die Angaben der Patientin die Verletzungen erklären können. Behalten Sie aber auch andere Ursachen im Auge und versuchen Sie, diese auszuschließen. Sehr hilfreich ist die Anfertigung einer Körperskizze, in der die Verletzungen lokalisiert werden. Von hohem Beweiswert sind zudem Polaroid- oder Digitalfotos mit eingeblendetem Datum, die Ärztinnen und Ärzte im Einvernehmen mit der Patientin anfertigen können. Die Bilder sollten die Verletzungen möglichst aus zwei unterschiedlichen Blickwinkeln dokumentieren. Auf einem sollte zur eindeutigen Zuordnung auch das Gesicht des Opfers zu erkennen sein. Mit einem Lineal, das man beim Fotografieren neben eine sichtbare Verletzung hält, lässt sich auch gut eine Größenvorstellung vermitteln. Ich kann aus meiner beruflichen Erfahrung sagen, dass Lichtbildmappen mit dokumentierten Verletzungen im Prozess eine hohe Überzeugungskraft entwickeln und die Schwere der Tathandlung nachhaltig belegen. Letztendlich sollte die Ärztin und der Arzt vermerken, wer bei der Untersuchung anwesend war und den Hergang sowie die Befunde bestätigen kann (z.B. eine Sprechstundenhilfe oder Krankenschwester). Durch eine derartige Dokumentation können auch Sie dazu beitragen, dass Gewalttätern Schranken gesetzt und die Einstellung eines Ermittlungsverfahrens oder der Freispruch eines Täters verhindert werden. Glauben Sie mir, gerade im Bereich der Häuslichen Gewalt ist nichts für engagierte Dezernenten und Dezernentinnen bei der Staatsanwaltschaft oder für Richterinnen und Richter frustrierender, als feststellen zu müssen, dass eine Gewalthandlung nicht sanktioniert werden kann, weil die Beweise, z.B. die erforderlichen ärztlichen Feststellungen, fehlen.

6 Kontakt und Unterstützung

6.1 Ansprechpartner auf Landesebene

Ärzttekammer Nordrhein
Tersteegenstr. 9
40474 Düsseldorf
Tel.: 0211 - 430 20
Fax: 0211 - 43 02 12 00
E-Mail: aerztekammer@aeckno.de
www.aeckno.de

Ärzttekammer Westfalen-Lippe
Gartenstraße 210-214
48147 Münster
Tel.: 0251 - 929-0
Fax: 0251 - 929-2999
E-Mail: posteingang@aeckwl.de

Dachverband der autonomen Frauenberatungsstellen
Hochstr. 28
45964 Gladbeck
Tel.: 02043 - 68 16 60
Fax: 02043 - 92 97 95
frauenberatungnw@aol.com
www.frauenberatungsstellen-nrw.de

Die Homepage enthält Adressen und Selbstdarstellungen der kommunalen Frauenberatungsstellen und ihrer Angebote.

Institute für Rechtsmedizin:

Institut für Rechtsmedizin des Universitätsklinikums Bonn
Direktor: Prof. Dr. med. B. Madea
Stiftsplatz 12
53111 Bonn
Tel.: 0228 - 73 83 10
Fax.: 0228 - 73 83 39
E-Mail: B.Madea@uni-bonn.de
<http://www.meb.uni-bonn.de/rechtsmedizin>

Institut für Rechtsmedizin an der Universitätsklinik Düsseldorf
Direktorin: Prof. Dr. Stefanie Ritz-Timme
Moorenstr. 5
40225 Düsseldorf
Tel.: 0211 - 811 93 86
Fax: 0211 - 811 93 66
E-Mail: Ritz-Timme@med.uni-duesseldorf.de
www.uni-duesseldorf.de

Institut für Rechtsmedizin Universitätsklinikum Essen
Direktor: PD Dr. med. Th. Bajanowski
Hufelandstr. 55
45122 Essen
Tel.: 0201 - 723-3600
Fax: 0201 - 723-5940
E-Mail: rechtsmedizin@medizin.uni-essen.de
<http://www.uni-essen.de/rechtsmedizin/>

Institut für Rechtsmedizin Universität zu Köln
Direktor: Univ.-Prof. Dr. med. M. A. Rothschild
Melatengürtel 60-62
50823 Köln
Tel.: 0221 - 478-4251 / -4252
Fax: 0221 - 478-3496
E-Mail: rechtsmedizin@uk-koeln.de
www.medicin.uni.koeln.de/institute/rechtsmedizin/

Institut für Rechtsmedizin am Universitätsklinikum Münster (UKM)
Direktor: Prof. Dr. med. Dr. h.c. Bernd Brinkmann
Röntgenstr. 23
48149 Münster
Tel.: 0251 - 83-551 60 / 53534
Fax: 0251 - 83-551 58
E-Mail: brinkma@uni-muenster.de
<http://medweb.uni-muenster.de/institute/remed/>

Koordinationsstelle Frauen und Gesundheit NRW
c/o FFGZ
Roonstr. 92
50674 Köln
Tel. 0221 - 801 77 78
koordinationFFGZ@frauengesundheit-nrw.de
www.frauengesundheit-nrw.de

c/o IZFG
Alte Vlothoer Str. 47-49
32105 Bad Salzuflen
Tel. 05222 - 63 62 94
koordinationIZFG@frauengesundheit-nrw.de

Angebot:

- Fachberatung für Akteure im Gesundheitssystem zum Thema "Gewalt",
 - Fachberatung für die Kommunalen Gesundheitskonferenzen,
 - Vorträge,
 - Online-Materialsammlung "Gewalt und gesundheitliche Versorgung"
- Ansprechpartnerin für den Arbeitsschwerpunkt Gewalt und gesundheitliche Versorgung: Gabriele Klärs, Köln

LAG kommunaler Frauenbeauftragter
Kasernenstr. 6
40213 Düsseldorf
Tel. 0211 - 892 15 41, 0211 - 892 15 40
Fax 0211 - 892 92 81
E-Mail: info@frauenbueros-nrw.de
www.frauenbueros-nrw.de

Auf der Homepage der LAG sind die Adressen der kommunalen Gleichstellungs- und Frauenbeauftragten zu finden, die vielfach auch die Koordinatorinnen und Ansprechpartnerinnen für die Runden Tische gegen Gewalt sind.

LAG autonomer Frauenhäuser

Sattlerstr. 26

42105 Wuppertal

Tel.: 0202 - 257 43 03

Fax: 0202 - 265 58 18

E-Mail: lag.frauenhaeuser-nrw@gmx.de

<http://www.frauen-info-netz.de>

Das Frauennetz gegen Gewalt ist ein Projekt der Landesarbeitsgemeinschaft
Autonomer Frauenhäuser NRW.

Auf der Homepage sind die Telefonnummern der Frauenhäuser und eine
Information über jeweils freie Plätze zu finden.

Darüberhinaus enthält eine umfangreiche Datenbank Adressen von örtlichen
Beratungsstellen und Hilfeeinrichtungen, Opferschutzbeauftragten und
Versorgungsämtern.

LAG autonomer Frauen-Notrufe in NRW

c/o frauenberatungsstelle Düsseldorf e.V.

Ackerstr. 144

40233 Düsseldorf

Tel.: 0211 - 68 68 54

Fax: 0211 - 67 61 61

info@frauenberatungsstelle.de

Die Adressen der Frauennotrufe in NRW sind zu finden unter:

<http://www.notruf-koeln.de/lag.html>Landesfachstelle autonomer Frauen- und Mädcheneinrichtungen gegen Gewalt
NRW

Westenhellweg 112, 44137 Dortmund

Tel.: 0231 - 950 59 44

Fax: 0231 - 95 90 97 89

info@landesfachstelle-gegen-gewalt.de

Ansprechpartnerinnen:

Regine Derr, Christine Ehret

Opferschutz und Opferhilfe der Polizei NRW

Die Opferschutzbeauftragten sind Anlaufstelle für allgemeine und spezielle
Opferfragen, -betreuung und -hilfe. Einen besonderen Aspekt des Opferschutzes
stellt der Schutz von Opfern häuslicher Gewalt dar. Liste der Beauftragten für den
Opferschutz der Kreispolizeibehörden unter:

<http://www.polizei.nrw.de/im/notfall/opfer.html>

Versorgungsverwaltung NRW

Abteilung 10 "Soziales und Arbeit, "Landesversorgungsamt"

Bezirksregierung Münster

Domplatz 1-3

48143 Münster

Tel.: 0251 - 411-0

Fax: 0251 - 411-2525

poststelle@bezreg-muenster.nrw.de

Entschädigung für Opfer von Gewalttaten und ihre Angehörigen nach
Opferentschädigungsgesetz (OEG)
Adressen der 11 Versorgungsämter unter:
<http://www.versorgungsverwaltung.nrw.de/versorgungsaeemter/index.php>

Weißer Ring

Rheinland
Josef-Schregel-Str. 44
52349 Düren
Tel.: 02421 - 1 66 22
Fax: 02421 - 1 02 99

Westfalen-Lippe
Caldenhofer Weg 138
59063 Hamm
Tel.: 02381 - 69 45
Fax: 02381 - 69 46

lbnrwrheinland@weisser-ring.de lbnrwlippe@weisser-ring.de

Verein zur Unterstützung von Kriminalitätsoptionen und Verhütung von Straftaten

6.2 Fortbildung: Anbieterinnen, Anbieter und Inhalte

Inhalte und Zielgruppen von Fortbildungsmaßnahmen

Die im folgenden dargestellten Empfehlungen für Fortbildungsmodul sowie die Zusammenstellung von Berufsgruppen und Institutionen, die mit dem Problem konfrontiert werden, wurden erarbeitet und zusammengestellt von der Koordinationsstelle Frauen und Gesundheit NRW in Zusammenarbeit mit der Arbeitsgruppe "Gewalt und gesundheitliche Versorgung des Netzwerkes Frauen und Gesundheit NRW"

1. Fortbildungsmodul

Modul 1:
**Gewalt und ihre Relevanz für
gesundheitliche Versorgung**

Ziele: Wissen über Ausmaß und Formen von Gewalt; Verstehen, warum Frauen in Gewaltbeziehungen bleiben; Korrektur von Vorurteilen über Gewalt; Stand der Bearbeitung des Themas in der BRD; Erkennen der Schlüsselfunktion des Gesundheitssystems

Inhalte: Formen von Gewalt; Prävalenz; Gewaltdynamik in Beziehungen (Power-and-Control-Wheel des Domestic Abuse Intervention Projects, USA); gesellschaftliche Rollenzuschreibungen; Reflektion allgemeiner und eigener Vorstellungen und Mythen über Gewalt; Gewaltschutzgesetz, gewaltbetroffene Frauen und ihre Kontakte zum Gesundheitssystem; mögliche Rolle und Aufgaben von Ärztinnen/Ärzte und Pflegepersonal

Mögliche Referentinnen und Referenten: Ärztinnen und Ärzte, Frauengesundheits-/Frauenforscherinnen, Mitarbeiterinnen aus Frauenhäusern und Frauenberatungsstellen

Modul 2:

Erkennen und Ansprechen von Gewalt als Ursache von Gesundheitsstörungen und Erkrankungen

Ziele: Erkennen von Gewalt als Ursache gesundheitlicher Störungen und Erkrankungen; erweiterte Handlungskompetenz und Sicherheit im Umgang mit gewaltbetroffenen Frauen; Umgang mit dem Täter z.B. als Patient in der Praxis oder Begleiter der Frau

Inhalte: Gesundheitliche (körperliche und psychische) Folgen von Gewalt; sog. Red Flags (Alarmzeichen: "Wann sollten ein/e Ärzt/in, medizinisches Personal, Pflegekräfte aufmerksam werden?"); Leitlinien und Standards für die Versorgung gewaltbetroffener Frauen; ärztlicher Hilfeauftrag; Gesprächsführung; Psychohygiene für Professionelle; sekundäre Traumatisierung

Mögliche Referentinnen und Referenten: Ärztinnen und Ärzte, GynäkologInnen, Frauengesundheits-/Frauenforscherinnen, Mitarbeiterinnen aus Frauenhäusern und Frauenberatungsstellen

Modul 3:

- **Gerichtsverwertbare Dokumentation**
- **Rechtliche Situation von ÄrztInnen**

Ziele: Sicherstellung der gerichtsverwertbaren Dokumentation von Verletzungen; mehr Handlungssicherheit für Ärztinnen und Ärzte

Inhalte: Wichtigkeit der gerichtsverwertbaren Dokumentation; Möglichkeiten und Grenzen in der hausärztlichen Praxis, gynäkologischen Praxen, Notfallambulanzen etc.; Schweigepflicht

Mögliche Referentinnen und Referenten: Ärztinnen und Ärzte, RechtsmedizinerInnen, Frauengesundheits-/Frauenforscherinnen

Modul 4:

- **Weiterleitung an regionale Hilfeinrichtungen**
- **Regionale Kooperationen und Vernetzung**

Ziele: bessere Wahrnehmung der Weiterleitungsfunktion; Kenntnis von regionalen und kommunalen Hilfeinrichtungen; Förderung der regionalen Kooperation und Vernetzung

Inhalte: "Runde Tische gegen häusliche Gewalt" - Entwicklungsstand, Arbeitsweise und Aktivitäten; andere Kooperationsformen, regionale Projekte für eine verbesserte gesundheitliche Versorgung gewaltbetroffener Frau

Mögliche Referentinnen und Referenten: Mitarbeiterinnen aus Frauenunterstützungsinrichtungen und anderen regionalen Hilfeinrichtungen, Vertreterinnen und Vertreter der regionalen Vernetzungsstrukturen (Runde Tische, Kriminalpräventive Räte, Arbeitskreise Frauen und Gesundheit, Kommunale Gesundheitskonferenzen, Gesundheitsämter etc.)

Modul 5:**Ergänzende Aspekte**

Kinder (Inhalte: Gewalt gegen Kinder, Kinder als Zeugen und Mitbetroffene häuslicher Gewalt, Hilfen für Kinder)

- Schwangerschaft und Mutterschaft
- Gewalt in der Pflege
- Juristische Fragen
- Traumaarbeit
- Täterarbeit

2. Zielgruppen

**Wo erscheinen Frauen mit Gewalterlebnissen
im
gesundheitlichen Versorgungssystem?**

Gesundheitliche Folgen von Gewalt sind vielfältig!

Die Folgen von Gewalt können kurz-, mittel- und langfristig sein. Sie können auf die körperliche und psychische Gesundheit wirken, können mehr im psychosomatischen und reproduktiven Bereich liegen und das Lebensgefühl und die Lebensqualität dauerhaft in so hohem Maße beeinträchtigen, dass Betroffene auf gesundheitsschädliche Bewältigungsstrategien zurückgreifen. Neben typischen gesundheitlichen Folgen ist ein eindeutiges Ursache-Wirkungs-Prinzip nicht erkennbar, so dass im Grunde jede gesundheitliche Beeinträchtigung im Zusammenhang mit Gewalterlebnissen stehen kann.

Welche Berufsgruppen und Versorgungseinrichtungen sind in welcher Weise mit dem Problem konfrontiert?

- Patientinnen im Gesundheitssystem sind sowohl Frauen, die in akuter Gewaltsituation leben als auch Frauen, die Gewalterlebnisse in ihrer Biografie haben.
- Gesundheitliche Beeinträchtigungen können sowohl frische Verletzungen durch akute Gewalteinwirkung als auch langfristige Folgen von Gewalt sein.
- Gewaltbetroffene Frauen bringen nicht nur die primären Verletzungen ein, sondern Behandlung kann zurückliegende Traumata reaktivieren.

Ausgewählte Berufsgruppen Gesundheitliche Störungen und Beschwerden der Frauen, mögliche Schwierigkeiten in der Behandlung

Allgemeinarzt/-innen, hausärztliche Internisten/-innen

- Akute Verletzungen durch Gewalt (Brüche, Schnittwunden, Hämatome...)
- Alle unspezifischen gesundheitlichen Folgen von Gewalt wie Schlafstörungen, Angst- und Panikattacken, Essstörungen etc.
- Psychosomatische Erkrankungen: chronische Schmerzsyndrome insb. Unterleibschmerzen, das Reizdarmsyndrom und Magen-Darm-Störungen. Aber auch Kreislaufbeschwerden, Hyperventilation und Asthma
- Suchtproblematiken (Alkohol, Nikotin, Medikamente)

Arzthelferinnen
Haben Kontakt zu den Frauen (Rezeption, Durchführung begleitender Untersuchungen wie Blutabnahme etc.) - Hemmschwelle der Frauen könnte hier u.U. geringer als gegenüber der/dem Ärztin sein.

Psychiater/-innen, Psychotherapeuten/-innen, Nervenärzte/-innen

- Psychische Störungen und Erkrankungen allgemein
- Posttraumatisches Belastungssyndrom (PTBS)

Betriebsärzte/-innen, Amtsärzte/-innen

- spezifische und unspezifische Folgen von Gewalt, die zu einer Einschränkung der Dienstfähigkeit bzw. zu Dienstunfähigkeit führen, z.B. Depressionen, Schmerzsyndrome, Migräne, Ängste, Phobien, Rückenschmerzen etc.

Zahnärzte/-innen

- Akute Verletzungen durch Gewalt
- Fehlende Zähne
- Oral verewaltigte Frauen haben oftmals Schwierigkeiten, die Interventionen im Mund- und Gesichtsbereich im Rahmen der zahnärztlichen Behandlung zuzulassen.

Gynäkologen/-innen

- Akute vaginale Verletzungen
- Länger zurückliegende Verletzungen
- Langzeitfolgen: Schmerzsyndrome, gynäkologische Erkrankungen
- Schwangerschaftskomplikationen
- Ungeplante Schwangerschaft
- Sexuell traumatisierte Frauen haben oftmals Schwierigkeiten, die gynäkologische Untersuchung zuzulassen, brauchen vielleicht eine andere Art der Untersuchung oder mehr Zeit, mehr Erklärungen und Ansprache durch die Frauenärztin/den Frauenarzt als andere Frauen.

HNO-Ärztel/-innen

- Durch Kopfverletzungen eingeschränkte Hör- und Sehfähigkeit
- Folgen oraler Verewaltungen

Orthopäden/-innen

- Schlecht verheilte Frakturen
- Einschränkung der Gelenkbeweglichkeit
- Funktionelle Beeinträchtigungen

Hebammen

- Gebärende mit Schwangerschafts- und Komplikationen während der Geburt
- Starke Ängste vor der Geburt
- Starke Emotionen während und nach der Geburt
- Geburt kann zurückliegende Traumata reaktivieren

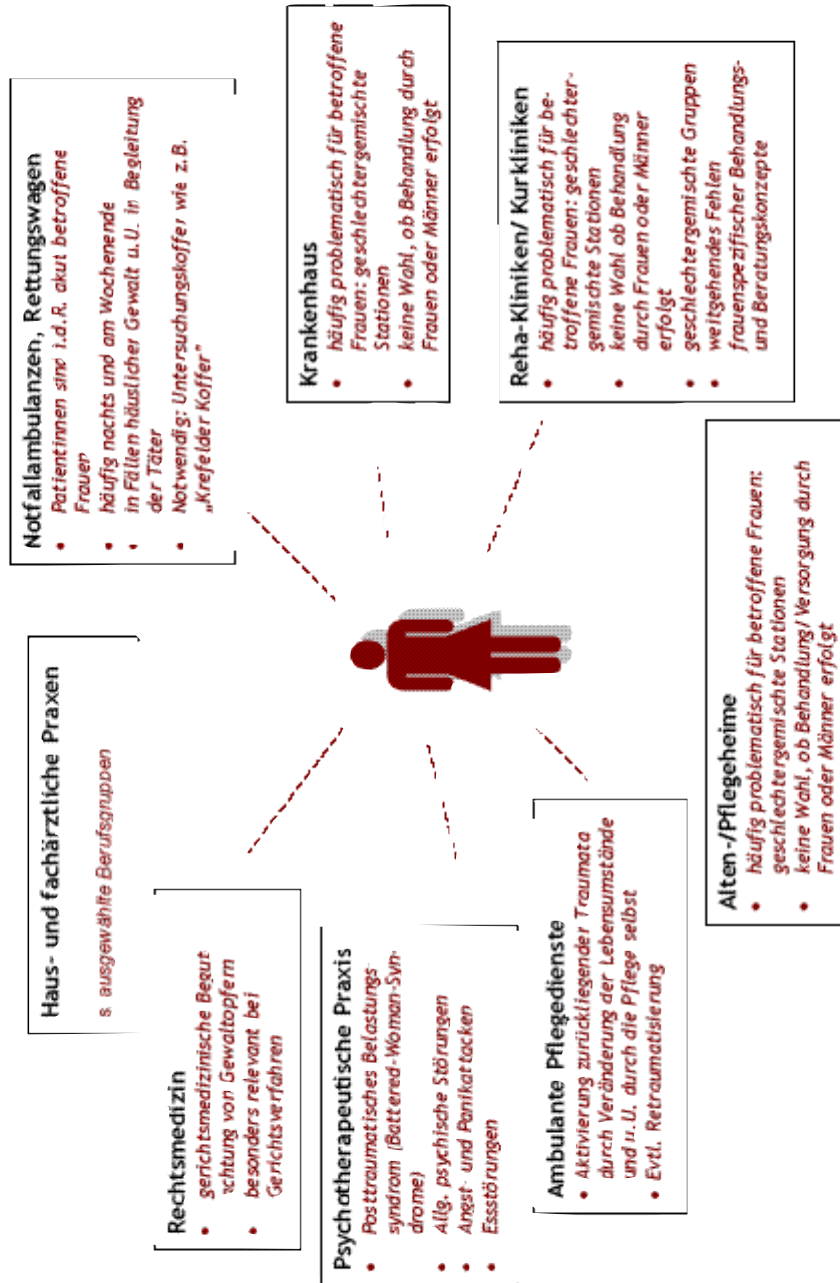
Altenpfleger/-innen

- Aktivierung zurückliegender Traumata durch Veränderung der Lebensumstände und u.U. durch die Pflege selbst
- Evtl. Retraumatisierung

Koordinationsstelle Frauen und Gesundheit NRW



Versorgungseinrichtungen
Gesundheitliche Störungen und Beschwerden der Frauen, mögliche Schwierigkeiten in der Behandlung



Koordinationsstelle Frauen und Gesundheit/ NIPW

3. Weitergehende Fachberatung

Die Koordinationsstelle Frauen und Gesundheit NRW bietet im Rahmen ihrer Fachberatung Unterstützung bei der konkreten Planung und Durchführung von Fortbildungsveranstaltungen.

Ansprechpartnerin ist Gabriele Klärs (Köln)
 Koordinationsstelle Frauen und Gesundheit NRW
 Tel.: 0221/801 7778
 mail: koordinationFFGZ@frauengesundheit-nrw.de

Fortbildungsveranstaltungen und Anbieterinnen/Anbieter in NRW

In 2003 und 2004 fanden zahlreiche Fachtagungen, Einzelveranstaltungen und Fortbildungen statt, deren Ziel es war, die verschiedenen Berufsgruppen im Gesundheitssystem für die Bedeutung der Gewalt gegen Frauen für die gesundheitliche Versorgung zu sensibilisieren und Unterstützung im Umgang mit gewaltbetroffenen Frauen zu geben.

Die im folgenden aufgeführten Angebote sind ausgewählte Beispiele für Themen und Umsetzungsformen, über die genannten Kontaktpersonen sind weitere Informationen abrufbar.

Stadt Aachen	Runder Tisch gegen häusliche Gewalt in Aachen
	Ansprechperson: Gleichstellungsbeauftragte Roswitha Westphal
	Katschhof, 52058 Aachen, Tel.: 02 41 / 4 32 - 74 57
	roswitha.westphal@mail.aachen.de
Thema	Häusliche Gewalt und gesundheitliche Versorgung
Zielgruppe	HausärztInnen, ÄrztInnen, Krankenhauspersonal
Zielsetzung	Sensibilisierung bzgl. Gewalt gegen Frauen, Erkennen und Handeln
Art des Angebots	Einmalige Fachveranstaltung
Zeitl. Umfang	3 Stunden
Jahr	2004
Inhalt/Titel	"Der Verletzung die Macht nehmen - Vom Umgang mit häuslicher Gewalt in der ärztlichen Praxis"
Ergänzungen	Es wurden Materialien für die Zielgruppe bzw. Betroffene entwickelt und verteilt:

- a) Leitfaden für Ärztinnen und Ärzte
- b) Plakat
- c) Visitenkarte mit Anschriften von Hilfsangeboten für Betroffene

Bottrop Runder Tisch gegen häusliche Gewalt
 Ansprechperson: Wiltrud Evers, Frauenzentrum Courage
 Essener Str. 13, 46236 Bottrop, Tel.: 02041 - 635 93
 Frauenzentrum.courage@t-online.de
 Thema Häusliche Gewalt und gesundheitliche Versorgung
 Zielgruppe Krankenhauspersonal, Ärzte/innen und Pflegekräfte
 Zielsetzung Sensibilisierung bzgl. Gewalt gegen Frauen, Verbesserung der Versorgung
 Art des Angebots Fortbildung
 Zeitl. Umfang 2 Termine
 Jahr 2004
 Inhalt/Titel 1) Erkennen von häuslicher Gewalt im medizinischen Alltag
 2) Möglichkeiten des Opferentschädigungsgesetzes
 Ergänzungen

Kreis Düren Runder Tisch gegen häusliche Gewalt im Kreis Düren
 Ansprechperson: Elke Ricken-Melchert
 Bismarckstr. 16, 52351 Düren, Tel.: 02421-22 22 60
 e.ricken-melchert@kreis-dueren.de
 Thema Häusliche Gewalt und gesundheitliche Versorgung
 Zielgruppe Krankenhauspersonal, Ärzte/innen und Pflegekräfte
 Zielsetzung Sensibilisierung bzgl. Gewalt gegen Frauen, Verbesserung der Versorgung
 Art des Angebots Mehrteilige Fortbildungsmodule in der Klinik
 Zeitl. Umfang 3 jeweils 1stündige Termine
 Jahr Nov. 2004 - Jan. 2005
 Inhalt/Titel Modul 1: "Häusliche Gewalt: Diagnostik, Dokumentation und rechtliche Aspekte"
 Modul 2: "Gestaltung des Erstgespräches mit Frauen nach Gewalterfahrung"
 Modul 3: "Psychosoziale Aspekte - regionale Hilfesysteme im Kreis Düren"
 Ergänzungen Im Vorlauf erfolgte eine Befragung bei niedergelassenen und Ärztinnen/Ärzten in Kliniken hinsichtlich Fortbildungsbedarf

Ennepe-Ruhr-Kreis

Gesine.netzwerk gesundheit.EN - intervention gegen häusliche gewalt

Koordinatorinnen: Andrea Stolte u. Marion Steffens

Frauenberatung.wittEN, Luisenstraße 4, 58452 Witten,

Tel.: 02302 - 5 25 96, Fax: 02302 - 5 25 06

frauenberatung.witten@t-online.de

Thema Neue Wege in der gesundheitlichen Versorgung gewaltbetroffener Frauen

Zielgruppe Gesundheitsakteure/Innen unterschiedlicher Fachrichtungen je nach Bedarf (Ärzte/innen, Pflegende, psychosoziale Dienste etc.)

Zielsetzung Informationen zum Thema Häusliche Gewalt, Sensibilisierung im Umgang mit gewaltbetroffenen Frauen, Verbesserung der Weitervermittlungskompetenzen vor Ort

Art des Angebots Unterschiedliche Angebote:

Kurzveranstaltungen; Tagesveranstaltungen und mehrtägige Veranstaltungen

Methoden:

Vorträge, Austausch im Plenum, Kleingruppenarbeit, Medieneinsatz,

Filmpräsentationen, Rollenspiele, Übungen

Zeitl. Umfang Von 1,5 Std. bis zu dreitägigen Veranstaltungen

Jahr Ab 2004

Inhalt/

Vortragstitel Art, Ausmaß und gesundheitliche Folgen von Gewalt gegen Frauen; Warum bleiben Frauen in Misshandlungsbeziehungen; Anforderungen an die gesundheitliche Versorgung gewaltbetroffener Frauen;

Gestaltungsmöglichkeiten für einen gewaltsensiblen Umgang mit betroffenen Frauen; An wen können gewaltbetroffene Frauen vor Ort vermittelt werden

Ergänzungen Die Fortbildungsangebote können auf die jew. Berufsgruppe zugeschnitten und variiert werden. Die Fortbildungen werden von Frau Steffens und Frau Stolte durchgeführt, je nach Themenschwerpunkt wird eine Ärztin als Co-Referentin hinzugezogen. Fortbildung kann auch als Modul angeboten werden.

Kreis Minden-Lübbecke Bündnis gegen häusliche Gewalt: Prävention - Intervention - Opferschutz (PRIO)

Ansprechperson: Andrea Strulik

Gleichstellungsstelle des Kreises Minden-Lübbecke

Portastr. 13, 32423 Minden, Tel.: 0571 - 807-21 09

a.strulik@minden-luebbecke.de

Thema Häusliche Gewalt und gesundheitliche Versorgung

Zielgruppe Krankenhauspersonal, Ärzte/innen und Pflegekräfte, ArzthelferInnen, medizinisches Fachpersonal

Zielsetzung Sensibilisierung bzgl. Gewalt gegen Frauen, Verbesserung der Versorgung

Art des Angebots Fachveranstaltungen, innerklinische Fortbildungen
 Zeitl. Umfang
 Jahr 2003 und 2004
 Inhalt/Titel "Häusliche Gewalt: erkennen - handeln - behandeln"
 "Umgang mit sexuell traumatisierten alten Frauen in der Altenpflege"
 Ergänzungen

Stadt Oberhausen Arbeitskreis gegen Gewalt

Ansprechperson: Ingeborg Josting
 Gleichstellungsstelle Oberhausen
 Ebertplatz 4 , 46045 Oberhausen, Tel: 0208 - 825 20 50
 gleichstellungsstelle@oberhausen.de
 Thema Häusliche Gewalt und gesundheitliche Versorgung
 Zielgruppe Krankenhauspersonal, Ärzte/innen, Pflegekräfte und Multiplikatoren
 Zielsetzung Sensibilisierung bzgl. häuslicher Gewalt gegen Frauen und Vorstellung des Oberhausener Ansatzes
 Art des Angebots 1tägige Fortbildung
 Zeitl. Umfang 4 Stunden
 Jahr 2004
 Inhalt/Titel Häusliche Gewalt - wahrnehmen - intervenieren
 Ergänzungen Zur Zeit wird die Dokumentation der Ergebnisse erstellt
 - Herausgabe Sommer 2005

Rhein-Erft-Kreis Runder Tisch gegen häusliche Gewalt an Frauen und deren Kinder im Rhein-Erft-Kreis

Ansprechperson: Marion Groß
 Willy-Brandt-Platz 1, 50126 Bergheim, Tel.: 02271 - 83 19 00
 marion.gross@rhein-erft-kreis.de
 Thema Häusliche Gewalt macht krank!
 Zielgruppe Fachkräfte im Gesundheitswesen: Ärzt/innen, Gynäkolog/innen, Kinderärzt/innen, Therapeut/innen, Hebammen, etc...
 Zielsetzung Sensibilisierung bzgl. Gewalt gegen Frauen, verstärkte Öffentlichkeitsarbeit und Ausbau der vernetzten Arbeit.
 Art des Angebots Mehrteilige Fortbildungsmodule in verschiedenen Kliniken
 Zeitl. Umfang 3 Module jeweils 1,5 Stunden
 Jahr Oktober/November 2004
 Inhalt/Titel Modul 1: "Die Verknüpfung zwischen Gewalt & psychosozialer Gesundheit von Frauen, einhergehend mit der Notwendigkeit der Befunddokumentation bei häuslicher Gewalt"
 Modul 2: "Folgen früherer Gewalt in der Gynäkologie & Geburtshilfe - Vorstellung von Forschungsergebnissen & Handlungsempfehlungen auf NRW-Ebene"

Modul 3: "Schädigung von Kindern & deren Bezugspersonen durch grenzverletzendes Verhalten."

Ergänzungen Zur Abrundung der Module gab es einen Themenabend zu häuslicher Gewalt. Um die Zusammenhänge zwischen häuslicher Gewalt und gesundheitlichen Problemen aufzuzeigen, wurden mit Politiker/innen, Vertreter/innen des Gesundheitssystems und den örtlichen Hilfeeinrichtungen folgende Fragen diskutiert:

- Welchen Anforderungen muss eine präventive Arbeit gerecht werden?
- Wie können die Aufgaben von Fachkräften im Umgang mit häuslicher Gewalt aussehen?
- Welchen Anspruch haben Frauen mit Gewalterfahrung im medizinischen System?
- Was kostet (Männer)-Gewalt das Gesundheitssystem?

Kreis Soest Gleichstellungsbeauftragte Kreis Soest

Ansprechperson: Frau Odenthal

Tel.: 02921 - 30 23 02

Thema Häusliche Gewalt und gesundheitliche Versorgung

Zielgruppe Ärzteschaft, Arzthelferinnen

Zielsetzung Sensibilisierung bzgl. Gewalt gegen Frauen, Verbesserung der Versorgung

Art des Angebots Fortbildung

Zeitl. Umfang 2 Std.

Jahr März 2005

Inhalt/Titel "Praxispersonalschulung zum Thema Häusliche Gewalt"

Ergänzungen Im Vorlauf der Veranstaltung Verteilung von Informationsmappen an alle niedergelassenen Ärzt/inn/en

6.3 Die Materialien-CD: Hinweise zur Nutzung

Zum Materialienset “Häusliche Gewalt und Gesundheit” gehört auch eine CD, die die wichtigsten Medien auch in reprofähiger Form enthält.

Inhalt der CD

1. Leitfaden
2. Dokumentationsbogen mit PHQ-D-Kurzbogen
3. MED-DOC-CARD
4. Info-Card
5. Planungshilfe
6. Empfehlung des MGSFF und der Landesgesundheitskonferenz

Produkte

1. Leitfaden Achtseitige DIN-A-4 Informationsbroschüre »Diagnose: Häusliche Gewalt«. Der Leitfaden liefert wichtige Basisinformationen, listet die körperliche und psychische Symptomatik und gibt praktische Tipps zum Erkennen und dem sensiblen Umgang mit Patientinnen oder Patienten, die von Gewalt betroffen sein könnten.
2. Dokumentationsbogen Achseitiger DIN-A-4 Bogen bietet Raum für allgemeine Angaben, medizinische Diagnosen, labortechnische Ergebnisse und Befunde, Angaben zur traumatischen Situation und einen »Ergänzenden Dokumentationsbogen bei Verdacht auf Sexualstraftaten«. Der PHQ-D-Kurzbogen ist Bestandteil des Dokumentationsbogens. Er wird von der Patientin oder dem Patienten selbst ausgefüllt. Anhand einer einfachen, mitgelieferten Kodierung können die Angaben sofort bewertet und die Ergebnisse in den Dokumentationsbogen übertragen werden.
3. Die MED-DOC-CARD ist eine Checkliste für den Arzt oder die Ärztin mit allen relevanten Aspekten. (105 x 148 mm)
4. Die InfoCard für betroffene Frauen ist ein kompaktes Informationsmaterial für betroffene Frauen. Es ist checkkartengroß.

Die Planungshilfe und die Empfehlungen gibt es im Gegensatz zu 1-4 nur als print oder online.pdf.

1. Planungshilfe
2. Empfehlung des MGSFF und der LandesgesundheitskonferenzProdukte

Produktion

Verschiedene Nutzer benötigen unterschiedlich viele Exemplare der Printmedien oder sie wollen nicht alle vier Medien einsetzen. Unterschiedliche finanzielle Ressourcen erlauben ebenfalls verschiedene Herangehensweisen. Aus diesen Gründen wurden die Medien sowohl für den kostenintensiven Vierfarbdruck A. Original Grafik-Dokumente und B. Druckfähige PDFs, als auch für den günstigen schwarz-weiß Printer am Arbeitsplatz C. PDFs mittlere Qualität und für die online-Darstellung erstellt D. PDFs online.

- A** Die Original Grafik-Dokumente - erstellt mit dem Programm Adobe InDesign - können verändert, um kommunale Informationen erweitert werden. Anpassungen sind möglich beim Leitfaden: auf dem Titel kann der kommunale Herausgeber mit Logo platziert werden; auf Seite 7 unten kann die Liste »Hilfsangebote für :« um kommunale Adressen erweitert werden. Bei der Info-Card können ebenfalls kommunale Adressen eingegeben werden. Benötigt wird das Programm Adobe InDesign und die Schriften Myriad Pro, Warnock Pro und ITC Zapf Dingbats für Macintosh OS-X. Die Anforderungen sind für Design-Agenturen, Grafiker oder Druckereien zwar Standard, es sollte aber immer vor Auftragsvergabe geklärt werden.
- B** Druckfähige PDFs zeichnen sich durch eine hohe Qualität und eine hohe Datenmenge aus. Sie werden in der Druckvorstufe verarbeitet. Wollen Sie eines

der Medien drucken lassen, z.B. die MED-DOC-CARD, können Sie einfach das PDF an eine Druckerei weiterleiten.

Hier sind in der Regel keine kommunalen Anpassungen möglich.

C PDFs mit mittlerer Qualität, zum Ausdrucken am Arbeitsplatzrechner in schwarz/weiß. Beispielsweise kann der Dokumentationsbogen, je nach Bedarf, direkt ausgedruckt werden.

D PDFs mit geringem Datenvolumen, z.B. für die Darstellung im Rahmen einer Homepage oder anderen online-Medien

6.4 Links *

Forschungsergebnisse

BMFSFJ (2004): Lebenssituation, Sicherheit und Gesundheit von Frauen in Deutschland

Das BMFSFJ hat mit seiner repräsentativen Studie "Lebenssituation, Sicherheit und Gesundheit von Frauen in Deutschland" erstmals Prävalenzzahlen für Deutschland vorgelegt. Die Ergebnisse bestätigen das seit langem vermutete Ausmaß von Gewalt: 37% der befragten Frauen sind nach ihrem 16. Lebensjahr Opfer körperlicher Gewalt geworden und 40% haben sexuelle oder körperliche Gewalt oder beides erlebt. Das größte Gewaltrisiko geht für Frauen von Männern aus, mit denen sie zusammenleben, verpartnert oder verheiratet sind (50% der Betroffenen erleben Gewalt durch ihren Partner). Tatort ist in 70% aller Fälle die eigene Wohnung. Die schwerste Gewalt widerfährt Frauen in Partnerschaften, sowohl was den Verletzungsgrad als auch die Häufigkeit angeht.

Die Kurzfassung der Studie steht zum Download bereit unter:

<http://www.bmfsfj.de/Kategorien/Publikationen/Publikationen,did=20530.html>

BMFSFJ (2004): Gemeinsam gegen häusliche Gewalt - Kooperation, Intervention, Begleitforschung

Ergebnisse der wissenschaftlichen Begleitung von zehn verschiedenen interdisziplinären Interventions- und Kooperationsprojekten gegen häusliche Gewalt (WiBIG)

Zum Download unter:

<http://www.bmfsfj.de/Kategorien/Publikationen/Publikationen,did=20534.html>

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend 2001: Bericht zur gesundheitlichen Situation von Frauen in Deutschland. Berlin

der Frauengesundheitsbericht der Bundesregierung enthält ein Kapitel zu Gewalt im Geschlechterverhältnis

Kurz- und Langfassung zum Download im Internet unter:

http://www.bmfsfj.de/top/dokumente/Struktur/ix_42501.htm?template=single&id=42501&script=1&ixepf=_42501

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.): Gewalt im Leben von Frauen und Männern. Forschungszugänge, Prävalenz, Folgen, Intervention.

Bericht des Europäischen Kongresses am 23. September 2004 in Osnabrück.

Als pdf erhältlich beim BMFSFJ, Servicetelefon: 01801/90 70 50 oder auf der Homepage: www.bmfsfj.de

* die aufgeführten Hinweise entstammen der Materialsammlung "Gewalt und gesundheitliche Versorgung" der Koordinationsstelle Frauen und Gesundheit NRW

Oder auf der Homepage der Koordinationsstelle: www.frauengesundheit-nrw.de, Button: Gesundheitsthemen, Gewalt

frauen helfen frauen e.V.

Frauenberatungsstelle Oberhausen: Wenn Patientinnen von Gewalt betroffen sind
Als PDF-Datei zum runterladen

<http://www.frauenhelfenfrauen-oberhausen.de>

Hagemann-White, Carol, Sabine Bohne 2003: Versorgungsbedarf und Anforderungen an Professionelle im Gesundheitswesen im Problembereich Gewalt gegen Frauen. Expertise für die Enquetekommission "Zukunft einer frauengerechten Gesundheitsversorgung in NRW". Osnabrück/Düsseldorf

enthält den derzeit aktuellsten Überblick über aktuelle Forschungsergebnisse zur Prävalenz von Gewalt gegen Frauen, zu den gesundheitlichen Folgen und zum Versorgungsbedarf im Gesundheitswesen, der in konkrete Handlungsempfehlungen für NRW mündet

zum Download im Internet unter <http://www.landtag.nrw.de> >Parlament > Enquetekommissionen >Zukunft einer frauengerechten Gesundheitsversorgung in NRW > Aktuelles, Stichwort Gewalt gegen Frauen

Heise, Lori L., Jacqueline Pitanguy u. a. 1994: Violence against women. The hidden health burdens.

zum Download im Internet unter

http://www-wds.worldbank.org/servlet/WDS_Ibank_Servlet?pcont=details&eid=000009265_3970716144635

Wenzlaff, Paul, Cornelia Goesmann, W. Heine-Brüggerhoff 2001: Häusliche Gewalt: Bedeutung im ärztlichen Berufsalltag und Fortbildungsbedarf. In: Niedersächsisches Ärzteblatt, Heft 12-01, S. 11ff.

Ergebnisse einer Umfrage unter Ärztinnen und Ärzten zum Thema

http://www.haeverlag.de/archiv/index.html?http://www.haeverlag.de/archiv/n1201_06.htm

Politische Dokumente und Grundlagen

Ministerium für Gesundheit, Soziales, Frauen und Familie und Landesgesundheitskonferenz (2004): "Häusliche Gewalt - die Rolle des Gesundheitswesens" - gemeinsame Empfehlungen

Das Papier wurde gemeinsam mit Vertreterinnen und Vertretern des Vorbereitenden Ausschusses der Landesgesundheitskonferenz und weiteren Expertinnen und Experten des Gesundheitswesens erarbeitet und von der Landesgesundheitskonferenz verabschiedet. Es enthält Handlungsansätze für die tägliche Praxis und den Ausbau regionaler Kooperationen. Die Empfehlungen betonen v.a. die Notwendigkeit der Kompetenzerweiterung und Sensibilisierung der Professionellen im Gesundheitswesen und der Stärkung interdisziplinärer, regionaler Zusammenarbeit und Verzahnung der Einrichtungen der Gesundheitsversorgung mit den bestehenden regionalen Kooperationen zur Bekämpfung häuslicher Gewalt.

kostenloser Bezug: Broschürenstelle des Ministeriums für Gesundheit, Soziales, Frauen und Familie des Landes NRW, 40190 Düsseldorf bzw. über das Internet (www.mgsff.nrw.de)

Pressemitteilung: <http://www.mgsff.nrw.de/aktuelles/index.htm>

Runder Tisch zur Bekämpfung der Gewalt gegen Frauen in NRW (Hg.) 2001:

Häusliche Gewalt. Thesenpapier. Düsseldorf

der Einbezug des Gesundheitsbereichs in die kommunalen Runden Tische wird als sehr bedeutsam erwähnt und die Fortbildung von MitarbeiterInnen der Gesundheitsämter - insbesondere vor dem neuen Hintergrund des Gewaltschutzgesetzes - betont

zum Download im Internet unter

http://www.mfjfg.nrw.de/service/publikationen/material/haeusliche_gewalt.pdf

Hessisches Sozialministerium (Hg.) 2002f.: Gewaltintervention im Gesundheitswesen bei Gewalt gegen Frauen und Kinder. Synopse der Aktivitäten in den einzelnen Bundesländern

fortlaufend aktualisierter Überblick über Aktivitäten, AnsprechpartnerInnen, Projekte und Materialien aus den einzelnen Bundesländern

Ansprechpartnerin: Nancy Gage-Lindner, Hessisches Sozialministerium, n.gage-lindner@hsm.hessen.de, Fon 06 11-817 24 73, Fax 06 11 890

Informationsmaterial für Ärztinnen und Ärzte und Professionelle im Gesundheitssystem

Allgemeine Sachinformationen

Einführungen ins Thema aus ärztlicher Sicht

Netzwerk Frauen und Gesundheit bei der Koordinationsstelle Frauen und Gesundheit 2004:

Wo erscheinen Frauen mit Gewalterlebnissen im gesundheitlichen Versorgungssystem? Exemplarische Übersicht welche Berufsgruppen und Versorgungseinrichtungen mit welchen gesundheitlichen Problemen und Anliegen von gewaltbetroffenen konfrontiert sind.

Zu bestellen bei der Koordinationsstelle Frauen und Gesundheit Köln oder zum Download unter: www.frauengesundheit-nrw.de, Gesundheitsthemen, Gewalt

Netzwerk Frauen und Gesundheit bei der Koordinationsstelle Frauen und Gesundheit 2004:

"Erkennen und Handeln" - Fortbildung für Professionelle im Gesundheitssystem

Beschreibung von Fortbildungsmodulen, ihren Zielen und Inhalten und Hinweisen aus welchen Berufsgruppen die Referentinnen und Referenten stammen sollten.

Zu bestellen bei der Koordinationsstelle Frauen und Gesundheit Köln oder zum Download unter: www.frauengesundheit-nrw.de, Gesundheitsthemen, Gewalt

Brünger, Bärbel; Starke, Dagmar; Weber, Monika 2003: Häusliche Gewalt macht krank! Was können Ärztinnen und Ärzte tun?

In: Westfälisches Ärzteblatt 10-03, S. 16.-18

http://www.aekwl.de/waeb_archiv/waeb1003.pdf

In: Rheinisches Ärzteblatt 02-04

<http://www.aekno.de/htmljava/frameset.asp?typ=i&seite=navi.asp>

Bühning, Petra 2003: Umgang mit sexuellem Missbrauch: Große Unsicherheit.

In: Deutsches Ärzteblatt 100, Ausgabe 30 vom 25.07.2003, Seite A-1984

<http://www.aerzteblatt.de/v4/archiv/pdf.asp?id=37796>

Berendes, Lydia 2003: Häusliche Gewalt erkennen. In: Westfälisches Ärzteblatt 5-03. S. 10, http://www.aekwl.de/waeb_archiv/waeb0503.pdf

Goesmann, Cornelia 2002: Häusliche Gewalt gegen Frauen - ein gravierendes, dennoch ignoriertes soziales, juristisches und medizinisches Problemfeld. In: Niedersächsisches Ärzteblatt 10-2002, http://www.haeverlag.de/archiv/index.html?http://www.haeverlag.de/archiv/n1002_04.htm

Janke-Hoppe, Karola 2002: Ärztliche Hilfe bei häuslicher Gewalt. Informationen für Ärztinnen und Ärzte, die mit Opfern häuslicher Gewalt in Kliniken und Praxen konfrontiert sind. In: Rheinisches Ärzteblatt 8-02, S. 8, <http://www.aekno.de/archiv/2002/08/011.pdf>

Mark, Heike und Hildegard Hellbernd: Häusliche Gewalt gegen Frauen . Was können Ärztinnen und Ärzte tun? (Fachbeitrag auf einer Fortbildungsveranstaltung zum Thema, incl. einer Auflistung typischer Symptome nach Gewalterfahrungen), http://www.aerztekammer-berlin.de/20_Aerztl_Fb/03_Fachbeitraege/HaeuslGewalt_ggFrauen/

BIG - Berliner Interventionszentrale gegen häusliche Gewalt
BIG Berlin (Hg.) 2001: Wenn Patientinnen von Gewalt betroffen sind. Informationen für Ärztinnen und Ärzte über Gewalt gegen Frauen. Berlin <http://www.big-interventionszentrale.de/veroeffentlichungen/infomaterial/pdfs/patientinnen.pdf>

Handlungsorientierte Praxisleitfäden

Arbeitskreis Häusliche Gewalt bei der Ärztekammer Niedersachsen (Hrsg.) (2004):
Betrifft: Häusliche Gewalt. Informationen und Arbeitshilfen für Ärztinnen und Ärzte.

Bezug: Arbeitskreis Häusliche Gewalt bei der Ärztekammer Niedersachsen.
Berliner Allee 20, 30175 Hannover

BMFSFJ 2004: Handbuch zur Implementierung von Interventionsprojekten gegen häusliche Gewalt an Frauen: das S.I.G.N.A.L.-Programm. Enthält die Darstellung von Geschichte, Struktur und Konzept des Signal-Projekts am Benjamin-Franklin-Klinikum Berlin. Der Bericht über die Umsetzung des Konzeptes mündet in Handlungsempfehlungen zu Interventionsschritten für Professionelle im Gesundheitswesen sowohl hinsichtlich des Erkennens von Gewalt als Ursache von gesundheitlichen Störungen als auch für den Umgang mit betroffenen Frauen. Im letzten Teil werden aus den Erfahrungen des Projektes Schritte für die Planung und Entwicklung von Projekten analog zu Signal entwickelt. Das Handbuch soll Orientierungshilfen für die Einführung von Interventionsprojekten in der gesundheitlichen Versorgung bieten und richtet sich in erster Linie an Erste-Hilfe-Stationen in Krankenhäusern und Ambulanzen.

kostenlos zu beziehen über die Broschürenstelle des BMFSFJ, Tel.: 0180-56329328 oder zum Download unter:
<http://www.bmfsfj.de/RedaktionBMFSFJ/Abteilung4/Pdf-Anlagen/signal-handbuch.property=pdf.pdf>

BMFSFJ 2003: AVA 1: Häusliche Gewalt: Informationen für Betroffene - mit gesprochenen Übersetzungen auf türkisch, russisch, polnisch, serbisch, englisch, französisch und spanisch. Entwickelt von Christina Perincioli/SphinxMedien im Auftrag des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Berlin

BMFSFJ 2003: AVA 2: Häusliche Gewalt: Fortbildung und Sensibilisierung für Polizei, Gesundheits- und Sozialwesen, Betriebsrätinnen, Frauenbeauftragte - mit Videos, Interviews, Checklisten und Tests. Entwickelt von Christina Perincioli/SphinxMedien im Auftrag des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Berlin

neu entwickelte Lernsoftware im Auftrage des BMFSFJ, die einerseits zur Information betroffener Frauen und andererseits zur Fortbildung u.a. Professioneller im Gesundheitswesen eingesetzt werden kann. Die CD enthält Demonstrationen von Positiv- und Negativbeispielen, Checklisten u.a. zur qualifizierten Gesprächsführung, medizinischen Behandlung und Weitervermittlung betroffener Frauen.

kostenlos zu beziehen über die Broschürenstelle des BMFSFJ, Tel.: 0180-56329328 oder

<http://www.bmfsfj.de/Kategorien/Publikationen/Publikationen,did=18482.html>

Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Frauenheilkunde und Geburtshilfe (Hg.) 2003: Leitlinien der DGPF: Häusliche Gewalt gegen Frauen (Entwurf). im Abstimmungsprozess befindlicher Leitlinienentwurf mit Klassifikationshinweisen, Grundlageninformationen (Definition, Formen, Epidemiologie, Risikofaktoren, Dynamik) und Empfehlungen zur Identifikation (körperliche Symptome, Verhaltensauffälligkeiten, bei Schwangeren) und Intervention (Ziel, Grundsätze)

<http://www.dgpgg.de/Default.asp?menu=Leitlinien&chapter=Gewalt>

Fortbildung

Hellbernd, Hildegard (2004): Synopse zur Aus-, Fort- und Weiterbildung "Häusliche Gewalt - Erkennen, Sensibilisieren und Erlernen des Umgangs"

Die im Auftrag der Bundeskoordination Frauengesundheit erstellte Synopse besteht aus zwei Teilen: Teil 1 gibt eine Einführung in das Thema Gewalt, einen Überblick über Akteurinnen und Akteure von Bildungsangeboten und beschreibt Fortbildungskonzepte.

In Teil II sind die Bildungsangebote der verschiedenen Gesundheitsprofessionen mit Schwerpunkt medizinische Versorgung auf Ebene des Bundes und der Bundesländer innerhalb der letzten fünf Jahre in Bezug auf häusliche Gewalt zusammengefasst worden.

Bezug: in Kürze als Druckversion bei der BKF, Knochenhauerstr. 20-25, 28195 Bremen oder zum Download auf der Homepage der BKF:

www.bkfrauengesundheit.de oder auf der Seite der Koordinationsstelle:

www.frauengesundheit-nrw.de

Bremische Zentralstelle für die Verwirklichung der Gleichberechtigung der Frau (Hg.) 1998: Sexuelle Gewalt. Ursache für spezifische körperliche Beschwerden von Frauen und Mädchen. Dokumentation einer Fortbildung für Gynäkologinnen und Gynäkologen im Herbst 1996 in Bremen. Bremen
Entwicklung eines Curriculums für niedergelassene ÄrztInnen
Bezug: ZGF, Knochenhauerstr. 20-25, 28195 Bremen

Vernetzung

Eichler, Susanne u. a. 2003: Kooperationsformen und -strukturen von Runden Tischen/ Arbeitskreisen zum Abbau häuslicher Gewalt in NRW. Ergebnisse einer Bestandsaufnahme . Hg. vom Ministerium für Gesundheit, Soziales, Frauen und Familie des Landes Nordrhein-Westfalen. Düsseldorf.

Die Studie erhebt und analysiert die Erfahrungen, die die Runden Tische in den Regionen gemacht haben und gibt zudem praxisbezogene Handlungsempfehlungen. Sie kann kostenlos über das Ministerium für Gesundheit, Soziales, Familie und Frauen,
<http://www.mgsff.nrw.de/service/publikationen/index.htm> online bestellt werden.

Rheinland-Pfälzisches Interventionsprojekt gegen Gewalt in engen sozialen Beziehungen (Hg.) 2002: Ablaufdiagramm der Interventionsprozesse. Mainz
das von RIGG entwickelte Ablaufdiagramm zeigt modellhaft, wie eine gute Kooperation und Koordination zwischen allen Beteiligten im Einzelfall aussehen kann,

<http://www.sozialplanung.de/riggdownloads/2%20Ablaufdiagramm.doc>

6.5 Literatur

Becker, Judith V.; Skinner, Linda J.; Abel, Gene G.; Axelrod, Roz und Cichon, Joan (1984): Sexual problems of sexual assault survivors. In: *Women & Health*, Vol 9(4).

Bergman, Bo; Brismar, B. (1991): Suicide attempts by battered wives. *Acta Psychiatr. Scand.* 83, S. 380-384.

Bergman, Bo; Ericsson, E. (1996): Family violence among psychiatric in-patients as measured by the Conflict Tactics Scale (CTS). In: *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 1996 Jg. H. 94. S. 168-174.

Bischof, Gallus; John, Ulrich (2002): Suchtmittelabhängigkeit bei Männern und Frauen. In: Hurrelmann, Klaus; Kolip, Petra (Hg.): *Geschlecht, Gesundheit und Krankheit. Männer und Frauen im Vergleich*. Bern, S. 342-358.

Browne, Angela (1993): Violence against women by male partners- prevalence, outcomes, and policy implication. In: *American Psychologist*, University of Massachusetts, S. 1077-1087.

Bryer, Jeffrey B.; Krol, Pamela A.; Miller Jean B.; Nelson, Bernadette A. (1987) : Childhood sexual and physical abuse as factors in adult psychiatric illness. *Amer. J. Psychiatry* 144, S. 1426-1430.

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hg.) (2002): *Materialien zur Gleichstellungspolitik Nr. 92. Standards und Empfehlungen für die Aus- und Fortbildung zum Thema häusliche Gewalt - insbesondere zu Einführung und Umsetzung des neuen Gewaltschutzgesetzes*. Erstellt von der Bund-Länder-Arbeitsgruppe "Häusliche Gewalt", Berlin.

Campbell, Jacqueline; Grining, Patricia L; Raja Sheela (1999): Training mental health professionals on violence against women. In: *Journal of interpersonal violence*. USA. Vol. 14, No. 10, Baltimore, S. 1002-1013

Campbell, Jacquelynne. C. (2000). Promise and perils of surveillance in addressing violence against women. In: *Violence Against Women* 6: 705-727.

Campbell, Jacquelyn C. (2002): Health consequences of intimate partner violence. In: *The Lancet* Vol. 359, Baltimore, S. 1331-1335.

Campbell, Jacquelyn; Carlson, Andrea Gielen; Clifford, Wynne; Dienemann, Jaqueline; Jones, Alison Snow; Kub, Joan; O'Campo, Patricia; Schollenberger, Janet; (2002): Intimate partner violence and physical health consequences. In: *Archives of International Medicine* Vol. 162, No. 10, Baltimore, S. 1157-1163.

Cascardi, Michele; O'Leary, K. Daniel (1992): Depressive symptomatology, self-esteem, and self-blame in battered women. In: *Journal of Family Violence*, 7. Jg., H. 4, S. 249-259

Chamberlain, Linda (2000): Your words make a difference: Broader implications for screening. In: *Family violence prevention fund* Vol. 7, No. 1, San Francisco, S. 1-5.

Clifford, A.; Parry, S. (2000): Domestic violence intervention. A guide for health care professionals. In: New York State. Office for the prevention of domestic violence. New York.

Clum, Gretchen A.; Nishith, Pallavi und Resick, Patricia A. (2001): Trauma-related sleep disturbance and self-reported physical health symptoms in treatment-seeking female rape victims. In: The Journal of Nervous and Mental Disease.. Vol. 189. No. 9. S. 618-622.

Coker, Ann L.; Walls, Lucille G.; Johnson, Joseph E. (1998): Risk factors for traumatic physical injury during sexual assault for male and female victims. In: Journal of Interpersonal Violence, 13. Jg.; H. 5. S. 605-620.

Cokkinides, V. E.; Coker, A. L.; Sanderson, M.; Addy, C.; Bethea, L. (1999): Physical violence during pregnancy: maternal complications and birth outcomes. In: Obstetrics & Gynecology. Vol. 93. No. 5, S. 661-666.

Department of Health (Hg.) (2000): Domestic Violence: A Resource Manual for Health Care Professionals. London.
www.doh.gov.uk/domestic.htm

Draucker, Claire Burke (2002): Domestic violence: the challenge for nursing. In: Journal of Issues in Nursing, January 31st (Vol. 7, No. 1), S. 1-24.

Drossmann, D. A.; Barreiro, M.; Lesermann, J.; Olden, K.; Talley N. J.; (1995): Sexual and physical abuse and gastrointestinal illness. In: Ann Intern Med. Vol. 123. No. 10. S. 782-194.

Dutton, Mary Ann (1992/2002): Gewalt gegen Frauen. Diagnostik und Intervention. (Org.: Empowering and Healing the Battered Women). Bern.

Eichler, S./Metz-Göckel, S./Schütte, G./Grefer, A. (2003): Kooperationsformen und -strukturen von Runden Tischen/Arbeitskreisen zum Abbau häuslicher Gewalt in NRW. Ergebnisse einer Bestandsaufnahme im Auftrag des Ministeriums für Gesundheit, Soziales, Frauen und Familie des Landes NRW

Fanslow, J.; Norton, R. N.; Spinola, C. G. (1998): Indicators of assault-related injuries among women presenting to the emergency departments. In: Annals of Emergency Medicine. Vol. 32. No. 3; S. 341-348.

Farley, Melissa; Keaney, Joanne C. (1997): Physical symptoms, somatization, and dissociation in women survivors of childhood sexual assault. In: Women & Health, Vol. 25 (3), S. 33-45.

Feldmann, Harald (1991): Vergewaltigung und ihre psychischen Folgen. Ein Beitrag zur posttraumatischen Belastungsreaktion. Stuttgart.

Forschungsverbund "Gewalt gegen Männer" (2004): Gewalt gegen Männer. Personale Gewaltwiderfahrnisse von Männern in Deutschland. Abschlußbericht der Pilotstudie
www.bmfsfj.de-Forschungsnetz-Forschungsberichte

Gin, Nancy E.; Cygan, Palph; Hubbell, Allan; Frayne, Susan; Rucker, Lloyd (1991): Prevalence of domestic violence among patients in three ambulatory care internal medicine clinics. *Journal of General Internal Medicine* 6, S. 316-322.

Gleason, Walter J. (1993): Mental disorders in battered women: an empirical study. In: *Violence and Victims* 8, S. 53-67.

Goldmann, Janlori; Rodney, Rodney M.; Hudson, Zoe and Sawires, Peter (2000): Health privacy principles for protecting victims of domestic violence. The Family Violence Prevention Fund, USA.

Griffin, Michael P.; Koss, Mary P. (2002): Clinical screening and intervention in cases of partner violence. In: *Journal of Issues in Nursing* Vol. 7, No. 1, S. 1-12.

Grimes, Kerry M.; Stratigos, Susan M.; Webster, Joan (2001): Women's responses to screening for domestic violence in a health-care setting. In: *Midwifery - an international journal* Vol. 17, No. 4, S. 289-294.

Haber, Joel; Roos, Cindy (1985): Effects of spouse abuse and/ or sexual abuse in the development and maintenance of chronic pain in women. In: *Advances in Pain Research and Therapy* Vol. 9, New York.

Hagemann-White, C./Bohne, S. (2003): Versorgungsbedarf und Anforderungen an Professionelle im Gesundheitswesen im Problembereich Gewalt gegen Frauen. Expertise für die Enquetekommission Zukunft einer frauengerechten Gesundheitsversorgung in NRW im Auftrag des Ministeriums für Gesundheit, Soziales, Frauen und Familie des Landes NRW

Hamberg, Katarina; Johansson, Eva E.; Lindgren, Gerd (1999): "I was always on guard" - an exploration of women abuse in a group of women with musculoskeletal pain. In: *Family Practice*, 16. Jg., H. 3, S. 238-244.

Heise, Lori L.; Ellsberg, M.; Gottemoeller, M. (Centre for Health and Gender Equity (CHANGE)) (Hsg.) (1999): *Ending Violence Against Women. Population Reports, Series L, No.11.* Baltimore.

Helfferich, Cornelia; Hendel-Kramer, Anneliese; Tov, Eva; Troschke, Jürgen von (1997): *Anlaufstelle für vergewaltigte Frauen. Abschlußbericht der wissenschaftlichen Begleitforschung.* (Schriftenreihe des BMFSFJ, Bd. 146). Stuttgart.

Hellbernd, H./Brzank, P. et al. (2004): *Häusliche Gewalt gegen Frauen: gesundheitliche Versorgung. Das S.I.G.N.A.L.-Interventionsprogramm, BMFSFJ (Hrsg.), Broschürenstelle*

Hellbernd, Hildegard; Wieners, Karin (2002): *Gewalt gegen Frauen im häuslichen Bereich. Gesundheitliche Folgen, Versorgungssituation und Versorgungsbedarf.* In: *Jahrbuch Kritische Medizin* 36, S. 135-148. Hamburg.

Herman, Judith L. (1992): *Trauma and recovery.* New York (deutsch 1994: *Die Narben der Gewalt. Traumatische Erfahrungen verstehen und überwinden.* München).

Heynen, Susanne (2000): Vergewaltigt. Weinheim: Juventa-Verlag

Igney, Claudia (Hg.) (1999): Gewalt verRückt die Seele. Eine Untersuchung zu Hilfsangeboten im psychosozialen und medizinischen Bereich für sexuell traumatisierte Frauen in Mecklenburg-Vorpommern. Dolgen: Selbsthilfe- und Therapiezentrum (i.G.) "Dolgener See"

Jacobson, Andrea; Richardson, Bonnie (1987): Assault experiences of 100 psychiatric inpatients: evidence of the need for routine inquiry. *American Journal of Psychiatry* 144, S. 908-913.

Jaspard, Maryse ; Brown, Elizabeth ; Condon, Stephanie. et al. (2003): Les violences envers les femmes en France. Une enquete nationale. Paris: Documentation francaise

Kavemann, Barbara ; Leopold, Beate; Schirmacher, Gesa; Hagemann-White, Carol (2001): Modelle der Kooperation gegen häusliche Gewalt. Ergebnisse der wissenschaftlichen Begleitung des Berliner Interventionsprojektes gegen häusliche Gewalt (BIG). Band 193 der Schriftenreihe des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Stuttgart.

Kilpatrick, Dean G.; Acierno, Ron; Resnick, Heidi S.; Saunders, Benjamin E.; Best, Connie L. (1997): A 2-year longitudinal analysis of the relationship between violent assault and substance use in women. In: *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65. Jg., H. 5, S. 834-847.

Klärs, G. (2004): Telefonerhebung der Koordinationsstelle Frauen und Gesundheit NRW zum Thema "Einbindung des Gesundheitssystems in der Arbeit der Runden Tischen/Interventionsprojekte", unveröffentlichtes Manuskript

Koss, Mary P.; Harvey, Mary R. (1991): *The Rape Victim. Clinical and Community Interventions*. Newbury Park/ London/ New Delhi (2. Aufl.).

Koss, Mary P.; Heslet, Lynette (1992): Somatic consequences of violence against women. In: *Arch fam med*, 1. Jg. S. 53.59.

Koss, Mary P.; Mukai, Takayo (1993): Recovering ourselves: the frequency, effects, and resolution of rape. In: Denmark, F.L.; Paludi, M.A. (Hrsg.): *Psychology of Women, A Handbook of Issues and Theories*. Westport CT, S. 477-512.

Krug, Etienne G.; Dahlberg, Linda L.; Lozano, Rafael; Mery, James A.; Zwi, Anthony B. (2002): *World report on violence and health*. WHO, Geneva.

Landtag Nordrhein-Westfalen (Hrsg.) (2004): *Zukunft einer frauengerechten Gesundheitsversorgung in NRW. Bericht der Enquetekommission des Landtags Nordrhein-Westfalen*. Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden

Lundgren, Eva; Heimer, Gun; Westerstrand, Jenny; Kalliokoski, Anne-Marie (2001): Captured Queen. Men's violence against women in "equal" Sweden - a prevalence study. Umeå. Fritzes

McCauley, Jeanne; Kern, David E. ; Kolodner, Ken; Dill, Laurie; Schroeder, Arther F.; DeChant, Hallie K.; Ryden, Janice; Bass, Eric B. und Derogatis, Len R. (1995): The "battering syndrome": prevalence and clinical characteristics of domestic violence in primary care internal medicine practice. In: Annals of Internal Medicine, Vol. 123, No. 10, S. 737-746.

Mark, Heike (2000): Häusliche Gewalt gegen Frauen. In: Gesundheitsjournal der Plan- und Leitstelle Gesundheit Hohenschönhausen. Sonderausgabe.

Merbach, Martin; Singer, Susanne; Brähler, Elmar (2002): Psychische Störungen bei Männern und Frauen. In: Hurrelmann, Klaus; Kolip, Petra (Hg.): Geschlecht, Gesundheit und Krankheit. Männer und Frauen im Vergleich. Bern, S. 258-272.

Messman, Terri L.; Long, Patricia J. (1996): Child sexual abuse and its relationship to revictimization in adult women: a review. In: Clinical Psychology Review, 16. Jg., H. 5, S. 397-420.

Muelleman, Robert L.; Lenaghan, Patricia A.; Pakieser, Ruth A. (1996): Battered women: injury locations and types. In: Ann. Emergency Medicine, Vol. 28, S. 486-492

Muelleman, Robert L.; Lenaghan, Patricia A.; Pakieser, Ruth A. (1998): Nonbattering presentations to the ED of women in physically abusive relationships. In: American Journal of Emergency Medicine, Vol. 16, No. 2, S. 128-131.

Olbricht, Ingrid (2002): Was Frauen krank macht. Zur Psychosomatik der Frau, München (3. Aufl.).

Piispa, Minna (2002): Complexity of patterns of violence against women in heterosexual partnerships. In: Violence Against Women, Vol. 8, No. 7, S. 873-900.

Plichta, Stacy B, Abraham C. (1996): Violence and gynecologic health in women < 50 years old. American Journal of Obstetrics and Gynecology. 174(3):903-7

Plichta, Stacey B.; Falik, Marilyn (2001): Prevalence of violence and its implications for women's health. In: Women's Health Issues, 11. Jg., H. 3, S. 244-258.

Posse, Barbara; Heimer, Gun (1999): The multiple traumas of sexual violence: educating staff working in the medical services. In: Women's Studies Quarterly, H. 1+2, S. 133-139.

- Reddemann, Luise (2001): Imagination als heilsame Kraft. Zur Behandlung von Traumafolgen mit ressourcenorientierten Verfahren. Stuttgart.
- Reemtsma, Jan Philipp: Im Keller. Hamburg 1998
- Rodriguez, M. A.; Quiroga, S. S. ; Bauer, H. M. (1996) : Breaking the silence - battered Wwomen's perspectives on medical care, Arch Fam Med, Vol. 1996, No. 5, S. 153-158.
- Romito, Patrizia; Garin, Daniela (2001): Asking patients about violence: a survey of 510 women attending social and health services in Trieste, Italy. Social Science & Medicine, H. 0, S. 1-12.
- Römkens, René (1997): Prevalence of wife abuse in the Netherlands: combining quantitative and qualitative methods in survey research. In: Journal of Interpersonal Violence, 12, S. 99-125.
- Rönnberg, Ann-Kristin M.; Hammarström, Anne (2000): Barriers within the health care system to dealing with sexualized violence: a literature review. Scand. J. Public Health 28, S. 222-229.
- Roy, Ranjan (1998): Childhood abuse and chronic pain, a curious relationship? Toronto.
- Runder Tisch zur Bekämpfung der Gewalt gegen Frauen beim Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit des Landes Nordrhein-Westfalen (Hrsg.) (2001): Häusliche Gewalt - Thesenpapier
- Sampelle, Carolyn M. (1992): Violence Against Women: Nursing Research, Education, and Practice Issues. Hemisphere Publishing Corporation, New York.
- Saunders, Daniel G. (1994): Posttraumatic stress symptom. profiles of battered women: a comparison of survivors in two settings. In: Violence and Victims Vol. 9, No. 1, S. 31-44.
- Schmuel, E.; Schenker, J. G. (1998): Violence against women. The physicians role. In: European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology. Vol. 80. S. 239-145.
- Schorstein, Sherri L. (1997): Domestic Violence and Health Care. What Every Professional Needs to Know. Thousand Oaks etc.
- Schrötle, Monika; Müller, Ursula (2004): "Lebenssituation, Sicherheit und Gesundheit von Frauen in Deutschland. Eine repräsentative Untersuchung zu Gewalt gegen Frauen in Deutschland. Bielefeld.
www.bmfsfj.de-Forschungsnetz-Forschungsberichte
- Schütte, G. (2004): Kooperations- und Vernetzungszusammenhänge zum Abbau häuslicher Gewalt. Möglichkeiten und Wege der Beteiligung von Gesundheitsprofessionellen. Diplomarbeit an der Fakultät für Gesundheitswissenschaften, Universität Bielefeld

Shepard, Melanie F.; Elliott, Barbara A.; Falk, Dennis R.; Regal, Ronald (2002): Public health nurses' responses to domestic violence: a report from the enhanced domestic abuse intervention project. In: Public Health Nursing, Vol. 16, No. 5, S. 359-366.

Stark, Evan; Flitcraft, Ann (1996): Women at Risk: Domestic Violence and Women's Health. Thousand Oaks etc.

StBA- Statistisches Bundesamt (1998): Gesundheitsbericht für Deutschland. Gesundheitsberichterstattung für Deutschland. Stuttgart.

Stein, Murray B.; Anderson, Geri; Eldridge, Gloria; Forde, David R.; Hazen, Andrea L.; Ross; Colin A.; Walker, John. R.; (1996): Childhood physical and sexual abuse in patients with anxiety disorders and in a community sample. In: AMJ Psychiatry, 153, USA, S. 275-277.

Streeck-Fischer, Annette; Özkan, Ibrahim; Sachsse, Ulrich; (Hrsg.) (2001): Körper, Seele, Trauma. Biologie, Klinik und Praxis. Göttingen.

Strube, Michael J. (1988): The decision to leave an abusive relationship: empirical evidence and theoretical issues. In: Psychological Bulletin, 104. Jg., H. 2, S. 236-250.

Swift, Wendy (1996): Characteristics of women with alcohol and other drug problems: findings of an Australian national survey. In: Carfax Publishing Company, part of the Taylor & Francis Group. Vol 91. No. 8. S. 1141-1150.

Teegen, Frauke (2000): Psychotherapie der Posttraumatischen Belastungsstörungen. In: Psychotherapeut. Vol. 45. S. 341-349.

Teegen, Frauke; Schliefer, J. (2002): Beziehungsgewalt. Posttraumatische Belastungsstörungen misshandelter Frauen. In: Psychotherapeut, Vol. 47, 2, S. 90-97

Teegen, Frauke; Zumbeck, Sybille (2000): Prävalenz traumatischer Erfahrungen und Posttraumatischer Belastungsstörung bei substanzabhängigen Personen. Eine explorative Studie. In: Psychotherapeut, 1, S. 44-49. .

Tjaden, Patricia; Thoennes, Nancy (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., H. 2, S. 142-161.

Verbundprojekt Frauengesundheit in Deutschland (2001): Bericht zur gesundheitlichen Situation von Frauen in Deutschland. Eine Bestandsaufnahme unter Berücksichtigung der unterschiedlichen Entwicklung in West- und Ostdeutschland. Schriftenreihe des BMFSFJ Band 209, Stuttgart.

Vogt, Irmgard (1993): Gewaltsame Erfahrungen, "Gewalt gegen Frauen" als Thema in der Suchtkrankenhilfe, Bielefeld.

Walker, Lenore E.A. (1994): *Abused Women and Survivor Therapy. A Practical Guide for the Psychotherapist*, Washington DC.

Walton-Moss, Benita J.; Campbell, Jacquelyn (2002): Intimate partner violence: implications for nursing. In: *Journal of Issues in Nursing*, January 31st (Vol. 7, No.1), S. 1-16.

Warshaw, Carole (1993): Domestic violence: challenges to medical practice. In: *Journal of Womens Health*, 2. Jg., H. 1, S. 15-17.

Wenzlaff, R.; Goesmann, C.; Heine-Brüggerhoff, W. (2001): Häusliche Gewalt: Bedeutung im ärztlichen Berufsalltag und Fortbildungsbedarf. In: *Niedersächsisches Ärzteblatt*, Jg. 2001, H. 12, S. 16-18.

Westerlund, Elaine (1992): *Women and Sexuality After Childhood Abuse*. New York/ WW Norton.

Wetzels, Peter (1997): *Gewalterfahrungen in der Kindheit. Sexueller Mißbrauch, körperliche Mißhandlung und deren langfristige Konsequenzen*, Baden-Baden.

Wissenschaftliche Begleitung Interventionsprojekte gegen häusliche Gewalt (WiBIG) (2004): Abschlussbericht, 4 Bände www.bmfsfj.de-Forschungsnetz-Forschungsberichte

Woods, Stephanie J.; Campbell, Jacquelyn; (1993): Posttraumatic stress in battered women: Does the diagnosis fit? In: *Issues in Mental Health Nursing* 14, Ohio & Michigan, S. 173-186.

7 Autorinnen der Planungshilfe

Prof. Dr. Carol Hagemann-White
Allgemeine Pädagogik / Frauenforschung
Universität Osnabrück
Heger-Tor-Wall 9
D-49069 Osnabrück
Tel. +49 (0) 541 969-4557
Fax +49 (0) 541 969-4561
E-Mail: chageman@uos.de

Dipl.-Pädagogin Sabine Bohne
Universität Osnabrück,
Fachbereich Erziehungs- und Kulturwissenschaften
Projekt CAHRV
Kolpingstr. 7
D- 49069 Osnabrück,
Tel. +49 541 969-4927
Fax +49 541 969-4561
E-Mail: sbohne@uni-osnabrueck.de

Gaby Schütte
Vernetzungsberatung
Schopenhauerstr. 3
59063 Hamm
Tel.: 02381/598908
E-Mail: hamktgs@aol.com

Renate Hoop
Geschäftsführung der Düsseldorfer Gesundheitskonferenz
Gesundheitsamt
Kölner Str. 180
40 227 Düsseldorf
Tel. 0211 / 89 9 69 50
Fax. 0211/ 89 2 93 84
E-Mail gesundheitskonferenz@stadt.duesseldorf.de

Dr. Christiane Tobis
Stadt Solingen
Geschäftsstelle der Gesundheitskonferenz
Schlagbaumerstr. 126-128
42651 Solingen
Tel.: 0212 / 290-2523
E-Mail: c.tobis@solingen.de

Dr. Dagmar Starke
Gesundheitsamt
Heinrich-Melzer-Str. 3
45468 Mülheim an der Ruhr
Tel.: 0208 / 455 5361
E-Mail: dagmar.starke@stadt-mh.de

Antje Buck
Gleichstellungsstelle
Ruhrstr. 32-34
45468 Mülheim an der Ruhr
Tel.: 0208 / 455 1540
E-Mail: antje.buck@stadt-mh.de

Dipl. Soz. päd. Marion Steffens
Dipl. Soz. wiss. Andrea Stolte
Frauenberatung wittEN
Luisenstrasse 4
58452 Witten
Tel : 02302 / 5 25 96
E-Mail: frauenberatung.witten@t-online.de
www.gesine-net.info

Marlies Hampel
Leitende Oberstaatsanwältin
Staatsanwaltschaft Essen
Zweigertstraße 36-50
45117 Essen

