

S.I.G.N.A.L. e.V.
Charité-Universitätsmedizin Berlin

Dokumentation zur Fachtagung

anlässlich 10 Jahre S.I.G.N.A.L.-Interventionsprogramm

„Erwünscht und integriert?“ Interventionsprojekte in der gesundheitlichen Versorgung gegen Gewalt an Frauen

Freitag, 19.02.2010
Samstag, 20.02.2010

Tagungsort: Charité Berlin
Rudolf-Virchow-Klinikum, Augustenburger Platz 1, 13347 Berlin
Auf dem Campus: Forum 3, Lehrgebäude

Inhaltsverzeichnis

Begrüßung

Grußwort des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend Seite 4

Vorträge

*Intervention im Krankenhaus bei Gewalt an Frauen –
Entwicklungen und Herausforderungen* Seite 8

Das S.I.G.N.A.L-Interventionsprogramm an der Charité Berlin..... Seite 16

Wirksamkeit von Intervention in Kliniken: MOZAIC-Projekt, London Seite 19

„Keiner fällt durchs Netz“ – Wie man hochbelastete Familien unterstützen kann Seite 25

Workshops 19.02.2010

Workshop 1

Nachhaltigkeit von Interventionsprojekten gegen Gewalterfahrungen in Hessen Seite 49

Protokoll Seite 59

Workshop 2

Fragen nach Gewalt – unabdingbar in der Gesundheitsversorgung? Seite 63

Protokoll Seite 75

Workshop 3

Häusliche Gewalt und Kinderschutz – Welche Netze tragen? Seite 78

Protokoll Seite 87

Podiumsdiskussion

Bestmögliche Versorgung bei sexualisierter und häuslicher Gewalt.

Wie ist sie umsetzbar?.....Seite 90

Workshop 20.02.2010

Workshop 4

„Stand und aktuelle Entwicklung der Interventionsprojekte“. Fachlicher Bedarf und organisatorisch-strukturelle Anforderungen an eine kontinuierliche Vernetzung Seite 97

Vorstellung der Interventionsprojekte

Vorstellung Interventionsprojekt 1

„Hinsehen-Erkennen-Handeln“: Modellprojekt zur Sensibilisierung und Qualifizierung medizinischer Fachkräfte für das Thema häusliche Gewalt und Gewalt in der Familie in Dresden Seite 101

Vorstellung Interventionsprojekt 2

Interventionsprogramm Häusliche Gewalt im Klinikum Nürnberg Seite 105

Vorstellung Interventionsprojekt 3

Projektbeschreibung S.I.G.N.A.L. an den SLK-Kliniken Heilbronn Seite 107

Vorstellung Interventionsprojekt 4

Einführung des S.I.G.N.A.L.-Projekts am Uniklinikum Heidelberg (him.med) Seite 110

Vorstellung Interventionsprojekt 5

Diagnose: Gewalt! Interventionsmöglichkeiten gegen häusliche Gewalt im Gesundheitswesen: Förderprogramm Interreg IV Seite 113

Vorstellung Interventionsprojekt 6

„Gewalt gegen Frauen – die Bedeutung des Gesundheitswesens“. Zehn Jahre Fortbildung für medizinische Berufsgruppen in Niederösterreich Seite 116

Anhang

Kontaktadressen Seite 122

Tagungsprogramm Seite 124

Begrüßung

Grußwort des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend

Angelika Diggins-Rösner, BMFSFJ

Es gibt einen sehr erfreulichen Anlass für diesen Fachtag: Das *S.I.G.N.A.L.* Interventionsprojekt wird 2010 zehn Jahre alt.

Ich freue mich sehr, dass ich dieses Ereignis heute mit Ihnen gemeinsam feiern darf und gratuliere Ihnen ganz herzlich zu diesem Jubiläum.

So ein Jubiläum ist immer eine gute Gelegenheit um mit Stolz auf das Erreichte sowohl zurück aber auch nach vorn zu blicken.

10 Jahre *S.I.G.N.A.L.*, das bedeutet ein Jahrzehnt unermüdlicher und engagierter Einsatz für eine bessere gesundheitliche Versorgung von gewaltbetroffenen Frauen. Dafür möchte ich allen danken, durch deren Mitwirkung das *S.I.G.N.A.L.*-Projekt zu dem geworden ist, was es heute ist. Und auch dafür, dass Sie in schwierigen Phasen weitergemacht haben.

Es ist viel passiert in diesen 10 Jahren. Die Erkenntnis, dass Gewalt ein zentrales Gesundheitsrisiko für Frauen ist, hat sich – nicht zuletzt durch das *S.I.G.N.A.L.* Interventionsprogramm - mehr und mehr durchgesetzt. Auch der Gesundheitssektor konnte zunehmend sensibilisiert werden.

Bereits von Beginn an verbindet das Bundesfrauenministerium und *S.I.G.N.A.L.* eine enge und vertrauensvolle Zusammenarbeit. Im Februar 2000 (fast auf den Tag genau vor 10 Jahren) hat das Ministerium die wissenschaftliche Begleitung für das kurz zuvor gestartete *S.I.G.N.A.L.*-Interventionsprojekt am Universitätsklinikum Benjamin Franklin der Freien Universität Berlin an das Institut für Gesundheitswissenschaften der Technischen Universität Berlin unter der Leitung von Frau Prof. Maschewsky-Schneider vergeben. Vor allem die hohe Fachkompetenz war damals ausschlaggebend für die Vergabeentscheidung. Und es war eine gute Entscheidung!

Ein Ziel dieser Evaluation war die Entwicklung eines Handbuchs, das dazu beitragen sollte, dieses damals für Deutschland einzigartige systematische Programm zur besseren Versorgung von gewaltbetroffenen Frauen in der Klinik in anderen Krankenhäusern auch außerhalb von Berlin zu etablieren. Ergänzt wurde das Handbuch später durch praxisnahe

Implementierungsmaterialien und ein Curriculum für „train-the-trainer“-Seminare. Mittlerweile gibt es vergleichbare Projekte an vielen Kliniken, auch über die Grenzen von Berlin hinaus im In- und Ausland. Der Erfolg dieser Maßnahmen zeigt sich an der heutigen Tagung und an den vielen Teilnehmerinnen und Teilnehmern, die in diesem Bereich tätig sind. So bietet die Tagung wie erwünscht einen Raum für Austausch und Vernetzung zwischen verschiedenen Interventionsprojekten.

Aktuell ist *S.I.G.N.A.L.* e.V. als Berliner Standort an unserem Modellprojekt *Medizinische Intervention gegen Gewalt* – kurz *MIGG* beteiligt. Dieses Projekt hat die gesundheitliche Versorgung von Gewaltopfern in der ambulanten Versorgung im Visier. Beabsichtigt ist die Entwicklung und Erprobung eines praxisorientierten Konzeptes zur optimalen Schulung und Begleitung niedergelassener Ärztinnen und Ärzte.

S.I.G.N.A.L. und unser Ministerium blicken also auf eine lange gemeinsame Zusammenarbeit zurück. Es ist eine Erfolgsgeschichte.

Im Vordergrund steht ohne Frage der Nutzen für die vielen gewaltbetroffenen Patientinnen. Hier ist wirklich viel erreicht worden.

Aber die Zusammenarbeit mit *S.I.G.N.A.L.* war zweifellos auch ein Erfolg für unser Ministerium. Projekte, die in der Fachwelt und in der Öffentlichkeit gleichermaßen anerkannt und gelobt werden, die nachhaltig wirken und wirklich etwas bewegen, das sind Projekte, wie wir sie uns wünschen. Es ist durchaus keine Selbstverständlichkeit, dass Modellprojekte ihr 10-jähriges Bestehen feiern können. Und dabei feststellen, dass die Arbeit Bestand hat und vor allem von vielen Seiten aufgegriffen wurde.

Damit komme ich zu dem Erfolg für den Verein *S.I.G.N.A.L.* Ich freue mich von ganzem Herzen, dass es gelungen ist, für die Arbeit des Vereins *S.I.G.N.A.L.* eine finanzielle Basis durch die Berliner Senatsverwaltung für Gesundheit zu sichern. Das ist eine verdiente Anerkennung für Ihre Arbeit.

Einen herzlichen Glückwunsch von mir und von allen Kolleginnen und Kollegen aus unserem Haus, die mit *S.I.G.N.A.L.* in irgendeiner Weise in den letzten 10 Jahren verbunden waren. Wir wünschen uns: Bleiben Sie so engagiert für die Sache und für die Patientinnen. Bleiben Sie auch zukünftig der verlässliche und kooperative Partner, auf den wir nicht verzichten möchten.

Denn trotz der erwähnten Erfolge: Es bleibt noch viel zu tun.

CDU, CSU und FDP haben im Koalitionsvertrag für die neue Legislaturperiode ein zentrales Vorhaben für die Verbesserung des Hilfesystems für gewaltbetroffene Frauen und deren Kinder verankert: die Einrichtung einer zentralen bundesweiten Notrufnummer für betroffene Frauen. Das ist ein Angebot, das direkt und unbürokratisch helfen und den Schutz von Frauen und mit betroffenen Kindern rund um die Uhr deutlich verbessern soll. Derzeit leisten rund 360 Frauenhäuser, 240 lokale und regionale Frauennotrufe und Frauenberatungsstellen in Deutschland und viele weitere Unterstützungseinrichtungen Beratung und Hilfe für weibliche Opfer psychischer, körperlicher und sexualisierter Gewalt. Ziel der geplanten bundesweiten, anonymen Notrufnummer ist es, auch außerhalb der üblichen Bürozeiten telefonische (Erst-)Beratung für Frauen in allen Gewaltsituationen zu leisten und eine kompetente Weitervermittlung an die Unterstützungseinrichtungen vor Ort zu ermöglichen. Das Telefon soll auch für die im Themenfeld arbeitenden Berufsgruppen, den Gesundheitsbereich eingeschlossen, sowie die interessierte Öffentlichkeit Informationen bereitstellen. Die bundesweite Notrufnummer soll eine bestehende Lücke im Hilfesystem schließen und Lotsenfunktion bei der Vermittlung in die Unterstützungsangebote vor Ort übernehmen. Mit dem Angebot sollen auch die Frauen erreicht werden, die den Weg ins Hilfesystem zurzeit aus unterschiedlichen Gründen nicht finden. Die Konzeption der bundesweiten Notrufnummer wird derzeit im BMFSFJ erarbeitet.

Der Schutz von Kindern vor Gewalt ist ein weiterer Schwerpunkt der Arbeit der Bundesregierung. Um Risiken für Kinder im Zusammenhang mit häuslicher Gewalt frühzeitig zu erkennen und damit einer Kindeswohlgefährdung vorzubeugen, hat das BMFSFJ das Programm "Frühe Hilfen für Eltern und Kinder und soziale Frühwarnsysteme" entwickelt. Ziel ist es, den Schutz von Kindern vor Vernachlässigung und Misshandlung, insbesondere durch die Stärkung der Erziehungskompetenz ihrer Eltern, zu verbessern. Dabei richtet sich der Blick besonders auf die Kinder in den ersten drei Lebensjahren. Gewalt gegen Frauen und Mütter geht immer auch zu Lasten der Kinder, selbst wenn diese nicht unmittelbar Opfer sind. Zeuge von Gewalt an einer geliebten Bezugsperson zu sein, traumatisiert Kinder oft stärker als selbst erfahrene Gewalt. Sie leiden darunter, die eigene Mutter hilflos und ohnmächtig zu erleben und sind in ihrer Identitätsentwicklung stark beeinträchtigt, auch weil Modelle für eine konstruktive Bewältigung von Konflikten fehlen. Ein Elternbrief soll dazu beitragen, das Tabu um das Thema "Häusliche Gewalt" zu durchbrechen, die Verantwortung und Selbstachtung der Mütter stärken, Mütter ermutigen,

sich mit ihrer Situation und den Ängsten auseinander zu setzen und Hilfe zu suchen. Darüber hinaus informiert der Elternbrief über rechtliche Rahmenbedingungen, die die Situation misshandelter Frauen und ihrer Kinder stärken, und andere Unterstützungsangebote. Der Brief, vom Arbeitskreis Neue Erziehung herausgegeben und vom BMFSFJ gefördert, ist in den Sprachen deutsch, türkisch, arabisch und russisch erschienen und ist ein Beispiel für die zahlreichen Maßnahmen der Öffentlichkeitsarbeit zum Thema häusliche Gewalt.

Meine Damen und Herren, gemeinsam haben wir in den letzten Jahren allerhand erreicht, um den Schutz und die Hilfen für gewaltbetroffene Frauen und Kindern zu verstärken.

Und gemeinsam werden wir Schritt für Schritt weiterkommen.

In diesem Sinne wünsche der Tagung einen guten Verlauf und allen Teilnehmenden einen regen gegenseitigen Austausch mit vielen guten Erkenntnissen für die weitere Arbeit.

Vielen Dank!

Vortrag 1

Intervention im Krankenhaus bei Gewalt an Frauen – Entwicklungen und Herausforderungen

Hilde Hellbernd, Karin Wieners, S.I.G.N.A.L. e.V.



Hilde Hellbernd

Ich freue mich, dass wir auf dieser Fachtagung die Gelegenheit haben, uns anzuschauen, welche erfolgreichen Entwicklungen es in den letzten 10 Jahren gegeben hat, welche Beachtung die gesundheitlichen Folgen von häuslicher und sexualisierter Gewalt mittlerweile in Krankenhäuser erfahren und welche Erkenntnisse zu Interventionschancen innerhalb der Gesundheitsversorgung beziehungsweise in Krankenhäusern bei Gewalt an Frauen vorliegen. Lassen Sie mich eines vorwegnehmen: Es hat bedeutende Entwicklungen gegeben, aber es gibt weiterhin viele Herausforderungen, bis Interventionsprogramme nachhaltig in Krankenhäusern verankert sind.

Bei der Vorbereitung der heutigen Tagung habe ich mich an ein Gespräch mit der Politikerin Ingrid Lottenburger erinnert, die vor 10 Jahren zu den Wegbereiterinnen für das *S.I.G.N.A.L.*-Projekt gehörte. Ich hatte gerade mit meiner Kollegin Karin Wieners die Bewerbung für die wissenschaftliche Begleitung abgegeben und merkte an, dass ich nicht so begeistert sei, mich wieder auf eine nur befristete Stelle zu bewerben. Frau Lottenburger antwortete: „Darüber würde ich mir keine Sorgen machen, bei einem solchen Projekt gibt es im Anschluss noch viel zu tun ...“. Ich habe damals nicht damit gerechnet, dass sie Recht haben und mich das Thema

für so viele Jahre begleiten würde.

Beginnen möchte ich mit einem Blick zurück: Wie sah es vor gut 10 Jahren aus, als das *S.I.G.N.A.L.*-Interventionsprojekt am damaligen Universitätsklinikum *Benjamin Franklin (UKBF)* und heutigen Campus BF der *Charité Berlin (CBF)* startete? Bis Ende der 90er Jahre wurden die Folgen sexualisierter Gewalt am ehesten im Gesundheitsbereich wahrgenommen. Organisationen wie der *Arbeitskreis Frauengesundheit in Medizin, Psychotherapie und Gesellschaft (AKF)* und Frauengesundheitszentren hatten bereits seit vielen Jahren die Notwendigkeit einer besseren Gesundheitsversorgung bei sexualisierter Gewalt thematisiert. Von 1991 bis 1995 wurden im Modellprojekt „Anlaufstelle für vergewaltigte Frauen“ an der Universitäts-Frauenklinik Freiburg neue Wege erprobt, um Frauen nach sexualisierter Gewalt Unterstützung anzubieten.

Die gesundheitliche Versorgungssituation bei häuslicher Gewalt beziehungsweise Gewalt in Partnerschaften rückte Ende der 90er Jahre verstärkt in die Diskussion. Dank des hohen persönlichen und fachlichen Engagements Einzelner und mit politischer Unterstützung gelang es im Jahr 1999, das *S.I.G.N.A.L.*-Interventionsprojekt am *UKBF* zu initiieren.

Es waren vor allem Angelika May vom Zufluchtsprojekt *Frauenzimmer e.V.*, die stellvertretende Frauenbeauftragte des Klinikums, der Dekan und Mitarbeiterinnen des Dekanats sowie eine engagierte Leitungskraft in der Rettungsstelle, die die intensive Vorarbeit zum Start des Projektes leisteten. In diesem Prozess trafen ganz verschiedene Bereiche zusammen, nämlich Mitarbeiterinnen basisdemokratisch organisierter, anti-gewaltpolitischer NGO einerseits und StellvertreterInnen eines in mehrfacher Hinsicht hierarchisch strukturierten Klinikbetriebs andererseits. Mit dieser Begegnung wurde der Grundstein gelegt für eine oft herausfordernde, aber produktive und langjährige Zusammenarbeit, die heute in dieser interdisziplinären Tagung ihren Ausdruck findet.

Sie alle wissen, dass das *S.I.G.N.A.L.*-Interventionsprojekt gegen häusliche Gewalt Modellcharakter im Gesundheitsbereich hatte und die Erkenntnisse dank der vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend geförderten wissenschaftlichen Begleitung bundesweite Verbreitung fand. Die vor mehr als zehn Jahren formulierten Ziele des Programms sind bis heute aktuell und prägen auch die Arbeit der Initiativen und Projekte, die zwischenzeitlich im gesamten Bundesgebiet entstanden sind:

- Angemessene Versorgung und Unterstützung für gewaltbetroffene Patientinnen entwickeln

- Ärztliche und pflegerische Mitarbeiter/innen sensibilisieren, Handlungskompetenzen stärken
- In- und externe Vernetzungs- und Kooperationsstrukturen aufbauen
- Gewalt als Thema dauerhaft in der Gesundheitsversorgung verankern
- Den Versorgungsbedarf erhellten

Innerhalb des ersten Modellprojekts waren folgende Maßnahmen und Aktivitäten zentral:

- Die Entwicklung eines Handlungsleitfadens, um aufzuzeigen über welche Interventionsmöglichkeiten Gesundheitsfachkräfte verfügen.
- Die Entwicklung und Erprobung eines Fortbildungskonzepts, mit dem verschiedene Berufsgruppen im Gesundheitsbereich erreicht werden können.
- Die Erarbeitung eines speziellen Dokumentationsbogens bei häuslicher Gewalt, mit dem gewaltbetroffene Frauen rechtlich gestärkt werden.
- Die Entwicklung von Informations- und Aufklärungsmaterialien, damit Pflegekräfte, Ärztinnen und Ärzte gewaltbetroffenen Patientinnen Unterstützung anbieten und als Schnittstelle in die psychosoziale Versorgung wirken können.

Durch die wissenschaftliche Begleitung des Modellprojekts konnten nicht nur wichtige Impulse und Anregungen für die Übertragung des Interventionsprojekts auf andere Krankenhäuser gegeben werden. Erstmals konnten auch Daten zum Ausmaß von Gewalt, den gesundheitlichen Folgen und zum Versorgungsbedarf gewaltbetroffener Frauen erhoben werden.

Heute erblicken wir eine Fülle von Maßnahmen und Aktivitäten, die in allen Regionen des Landes die Versorgungslandschaft veränderten. Einige der zahlreichen Akteurinnen möchte ich stellvertretend nennen und vor Augen führen, welche Meilensteine erreicht wurden.

Bedeutsam war hier zunächst die Einführung neuer Rahmenbedingungen durch die Bundesaktionspläne – der Bundesaktionsplan I von 1999 und II von 2007 – gegen Gewalt an Frauen des BMFSFJ. Die Forderung nach einer genderspezifischen Gesundheitsversorgung führte im Jahr 2001 zum ersten Frauengesundheitsbericht. Zur Umsetzung der Erkenntnisse leistete die *Bundeskoordination Frauengesundheit (BKF)* wichtige Arbeit mit ihren Implementierungs-Workshops (Bohne 2002, 2003).

Des Weiteren wurden in vielen Städten interdisziplinäre Runde Tische gegen häusliche Gewalt gegründet und Interventionsstellen eingerichtet, in die AkteurInnen aus dem Gesundheitsbereich einbezogen waren. Erinnern möchte ich dabei besonders an die Arbeit des *Rheinland-Pfälzischen Interventionsprojekts gegen Gewalt (RIGG)*, *CORA* in Rostock und *KIK* in Kiel.

Auch rechtsmedizinische Institute wie etwa der Hamburger Opferschutz am UKE, in Frankfurt am Main und in Köln/Düsseldorf fokussierten sich im Rahmen bundesweiter und regionaler Veranstaltungen auf die Thematik Gewalt gegen Frauen.

In den Ärztekammern engagierten sich Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in Bund und Ländern in interdisziplinären Arbeitskreisen, so zum Beispiel die Ärztekammer Niedersachsen in der *AG Häusliche Gewalt* im Jahr 2001. Auf dem 105. Deutschen Ärztetag 2002 in Rostock wurden mehrere Anträge eingebracht zur stärkeren Integration des Themas häusliche Gewalt in die ärztliche Aus-, Fort- und Weiterbildung und in die Forschung.

Die 75. Konferenz der für das Gesundheitswesen zuständigen Ministerinnen und Minister, Senatorinnen und Senatoren der Länder am 20./21. Juni 2002 bat die Arbeitsgemeinschaft der wissenschaftlichen medizinischen Fachgesellschaften, einen Leitfaden und qualitätssichernde Standards für die Diagnostik und Versorgung für von häuslicher Gewalt betroffene Frauen und Kinder zu erarbeiten. Die Ärztekammern wurden aufgefordert, das Thema im Rahmen der Überarbeitung der Weiterbildungsordnung zu berücksichtigen.

Darüber hinaus sorgten Veröffentlichungen in Zeitungen und medizinischen Fachzeitschriften für eine neue Wahrnehmung der Gewaltthematik im Gesundheitsbereich.

Die Anfang 2000 herrschende Aufbruchstimmung veranschaulicht für mich eine Zusammenstellung des Arbeitskreises Niedersachsen. Mit dem Satz: „Häusliche Gewalt geht auch Sie an, wenn Sie in einem Gesundheitsberuf arbeiten“ erfolgte eine direkte Ansprache der vielfältigen AkteurInnen im Gesundheitsbereich und zugleich eine Darstellung der Komplexität des Themas. Alle wichtigen Aspekte und Fragen, angefangen bei gesundheitlichen Folgen von Gewalt, der Dokumentation, rechtlichen Fragen und dem Ansprechen von Gewalt über die Hilfesysteme bis hin zur Frage nach dem Benefit von Vernetzung wurden hier aufgeführt.



Wenn wir die Entwicklungen über die letzten zehn Jahre betrachten, ist zu erkennen, dass einiges erreicht und vieles publiziert wurde.

So liegen mittlerweile Leitfäden zum Umgang mit gewaltbetroffenen Patientinnen in fast allen Bundesländern vor. Sie wurden in der Regel in interdisziplinären Gremien erarbeitet und über Ärztekammern und Ministerien veröffentlicht und verbreitet. Ausserdem haben einige Fachgesellschaften wie die *Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG)* Leitlinien entwickelt, so etwa die „Leitlinie zum ärztlichen Umgang mit Frauen nach mutmaßlicher Anwendung sexueller Gewalt“ aus dem Jahr 2009.

Zahlreiche Fortbildungen, vor allem für Ärztinnen, Ärzte, Pflegekräfte und Hebammen wurden und werden angeboten, etwa von Ärztekammern und Pflegeschulen.

Zudem sind sind Fortbildungscurricula für den Gesundheitsbereich entstanden, wie das der Ärztekammer Niedersachsen, das S.I.G.N.A.L.-Curriculum sowie die interaktive Lernsoftware *AVA 1* (Häusliche Gewalt: Informationen für Betroffene, mehrsprachig) und *AVA 2* (Häusliche Gewalt: Fortbildung und Sensibilisierung). Dank der Förderung durch das BMFSFJ wurden *Train the Trainer*-Seminare zur Qualifizierung von Lehrkräften entwickelt und umgesetzt.

In vielen Städten und Regionen entstanden Kooperationen und Netzwerke, an denen Frauenberatungs- und Zufluchtsprojekte sowie Krankenhäuser, Arztpraxen und Hebammen

beteiligt sind, darunter zum Beispiel das erfolgreiche *Gesine-Netzwerk* im Eneppe-Ruhr-Kreis.

Landesweit existieren heute Projekte und Modelle mit unterschiedlichen Schwerpunkten zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung. Hier wären zunächst Interventionsprojekte in Krankenhäusern und Universitätskliniken wie zum Beispiel in Kassel, Karlsruhe, Berlin, Konstanz, Dresden, Heilbronn und Heidelberg zu nennen, sowie die Etablierung von Opferschutz-Ambulanzen und Trauma-Ambulanzen. In einigen Städten, beispielsweise in Bremen, sind krankenhausübergreifende Arbeitsgruppen entstanden.

Durch Projekte wie „Wieder Lachen“ und das an der Hochschule Fulda angesiedelte Projekt „ZuGang“ wurden weitere Versorgungsbereiche einbezogen – in Fulda etwa die zahnärztliche Versorgung.

Hohe Beachtung findet derzeit auch die niedergelassene ärztliche Versorgung – so wird im Rahmen des Bundesmodellprojekts *Medizinische Intervention gegen Gewalt (MIGG)* ein praktikables Handlungskonzept mit Arztpraxen entwickelt.

In mehreren EU-Projekten konnte ein gewinnbringender Austausch mit Nachbarländern erfolgen, so zum Beispiel durch *CAHRV*, *INTERREG Projekt „Diagnose Gewalt“*, *Pro Train* und *HEVI*.

Zudem wurde deutlich, wie viel mit politischer und finanzieller Förderung bewegt werden kann, so etwa in NRW durch die Enquetekommission und Finanzierung von Fortbildungen oder die Aktivitäten in Hessen.

Zurück zum Feld der Krankenhausversorgung. Was wissen wir über die Bedingungen, an die die Umsetzung von Interventionsprojekten geknüpft ist? Es bedarf Impulse von außen, beispielsweise durch regionale Interventionsprojekte oder Arbeitskreise gegen häusliche und sexualisierte Gewalt. Um konkrete praktische Bewegung zu initiieren, braucht es engagierte und multidisziplinäre Teams. Zur Information der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in Krankenhäusern haben sich Leitfäden oder Handlungsempfehlungen bewährt. Darüber hinaus sind konkrete Kooperationen und Vernetzungen mit der regionalen Infrastruktur zur Unterstützung gewaltbetroffener Frauen von entscheidender Bedeutung.

Es besteht derzeit das Problem, dass Fortbildungen vor allem Pflegende erreichen. Für die systematische Einbeziehung der Ärzteschaft bedarf es zukünftig spezifischer Konzepte.

Wenn wir uns die Bedingungen anschauen, unter denen viele Interventionsprojekte arbeiten, werden aber auch Grenzen deutlich.

So verfügen Interventionsprojekte meist über sehr geringe Ressourcen und bauen auf viel ehrenamtlichem Engagement auf.

Es mangelt häufig an einer strukturellen Einbindung und einem festen klinischen Management. Mehrheitlich entstanden die Projekte „Bottom-up“ durch engagierte MitarbeiterInnen, nur wenige starten „Top-down“ auf Initiative von Klinikleitungen. Zudem fehlt ein systematisches Monitoring oder eine Evaluation von Interventionsprojekten.

Die Fragen, die sich heute stellen, sind: Wie können die erfolgten Entwicklung weitergeführt und gefördert werden? Welche verantwortlichen Akteurinnen und Akteure müssen noch eingebunden werden und was sind erfolgreiche Zugangswege? Es gibt klare Bestimmungen zur Versorgungsqualität in Krankenhäusern. So heißt es etwa: „Leistungen der zugelassenen Krankenhäuser müssen dem jeweiligen Stand der Wissenschaft entsprechen und in der fachlich gebotenen Qualität erbracht werden“ (§135a Abs. 1 SGBV). Leider lässt sich hier jedoch wenig Bewegung feststellen. Internationale Erkenntnisse beziehungsweise Leitlinien wie zum Beispiel das „Management of the whole family when intimate partner violence is present: Guidelines for primary care physicians“¹ werden geradezu sträflich vernachlässigt. Offensichtlich bedarf es einer gezielten Aufklärung des Managements im gesundheitlichen Versorgungssektor, bis internationale Forschungserkenntnisse und vorliegende Leitlinien auch hier in die Versorgung einbezogen werden.

Wenig Entwicklung bei gleichzeitigem hohem Entwicklungsbedarf ist auch im Bereich der Gesundheitsforschung festzustellen. Bereits im Jahr 2002, auf der 75. Gesundheitsministerkonferenz², ist ein Beschluss an die Bundesministerin für Bildung und Forschung adressiert worden, mit der Bitte, die medizinische und psychosoziale Versorgung der von häuslicher Gewalt betroffenen Frauen und Kinder zu einem Forschungsschwerpunkt zu machen und entsprechende Forschungsaufträge zu vergeben. Leider lassen sich diesbezüglich weder Highlights noch systematische Aktivitäten entdecken, obwohl der Forschungsbedarf hoch ist. So fehlt es an Basisdaten zum Versorgungsbedarf³, wir verfügen über so gut wie keine Wirkungsforschung zum Interventionsgeschehen und es liegen keine Erkenntnisse aus Langzeituntersuchungen vor.

¹ Hrsg. Royal Australian College of General Practitioners, <http://www.clinicalguidelines.gov.au>

² http://www.gmkonline.de/?&nav=beschluesse_75&id=75_8.1

³ vgl. Bericht der NRW Enquetekommission, *S.I.G.N.A.L.* - Bericht, die RKI Veröffentlichung „Gesundheitliche Folgen von Gewalt, Heft 42

Das Fehlen von Forschungserkenntnissen hat in dem outcome- und evidenzorientierten Bereich der Gesundheitsforschung gravierende Folgen, kann doch ein Thema, zu dem Handlungsbedarf nicht evident ist, leicht ignoriert werden.

Abschließend ein Blick nach vorne: Wo besteht Handlungsbedarf und vor welchen Herausforderungen stehen wir? Es bedarf weiterer berufs- und zielgruppenspezifischer Aufklärung über Gewalt als Gesundheitsrisiko vor allem für Frauen und ihre Kinder, die Frage nach Gewalterfahrungen muss Eingang finden in die ärztliche Anamnese. Ärztinnen, Ärzte, Pflegende und Heilberufe müssen durch unterstützende und qualifizierende Maßnahmen gestärkt werden, aktiv mit dem Thema umzugehen und konkrete Fragen zu stellen. Wir müssen ausserdem weiter an geeigneten Strategien zur Etablierung und Verankerung von Interventionsprogrammen gegen Gewalt arbeiten. Wir brauchen Orte und Gelegenheit, uns auszutauschen, voneinander zu lernen, und einen gemeinsamen Aktionsplan zu entwickeln. Die Aspekte Evaluation, und Qualitätssicherung müssen verstärkte Beachtung finden. Hierfür ist die finanzielle Förderung von Wirkungsforschung eine wesentlich Grundlage. Schliesslich bedarf es verbindlich verfügbarer finanzieller und personeller Ressourcen, um konkrete Interventionsprojekte abzusichern und um das übergreifende Ziel zu erreichen, nämlich Intervention und Prävention bei häuslicher und sexualisierter Gewalt systematisch und langfristig in der Gesundheitsversorgung zu verankern.

Vortrag 2

Das S.I.G.N.A.L.-Interventionsprogramm an der Charité Berlin

Hedwig François-Kettner, Pflegedirektorin Charité Berlin



Hedwig François-Kettner

Die Mütter und Väter von S.I.G.N.A.L. haben vor 10 Jahren einen wichtigen Grundstein gelegt, um dem Thema „Häusliche Gewalt gegen Frauen“ entschieden entgegentreten zu können. Zur strukturellen Einführung des Modellprojekts an der Rettungsstelle des *Universitätsklinikums Benjamin Franklin* wurde eine multidisziplinäre Steuerungsgruppe gebildet, in der unter anderem die Frauenbeauftragte, die Stationsleitung, DekanatsmitarbeiterInnen, Frau Prof. Maschewski-Schneider, Frau Hellbernd, Frau Wieners und Frau Brzank unter der Flankierung des Dekans Herrn Prof. Paul und mir sehr intensiv gestartet sind. Das Projekt ist sowohl vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, aber auch von der Berliner Senatsverwaltung für Frauen, Jugend und Sport sehr gut begleitet worden. Die vorbildliche Implementierung des Interventionsprogramms wurde 2002 mit dem Margherita-von-Brentano-Preis der Freien Universität Berlin ausgezeichnet.

Nach der Fusion mit den Charité-Standorten im Jahre 2003 wurde von mir 2005 der Auftrag erteilt, das S.I.G.N.A.L.-Projekt an allen Rettungsstellen der *Charité* einzusetzen.

Dieses Projekt hat inzwischen einen strukturellen Rahmen erhalten, in dem sowohl die

Dekanin, der ärztliche Direktor wie auch die Pflegedirektorin als direkte Ansprechpartner des erweiterten Vorstands zuständig sind.

Die Projektleiterin Frau Jenner sowie die Centrums- und Stationsleitungen der Rettungsstellen werden durch eine koordinierende Vor-Ort-AG unterstützt, die das Interventionsprogramm in die Strukturen integrierten und den Prozess kontinuierlich begleiten. Die Evaluation ist durch das interne Qualitätsmanagement vorgesehen. Das Projekt beinhaltet verbindliche Basisschulungen nach zielgruppenspezifischen Konzepten. Während die Pflegekräfte zweitägige verbindliche Schulungen erhalten haben, sind die Ärzte bisher nur zu Kurzschulungen bereit gewesen – hier besteht also noch weiterer Handlungsbedarf.

Die Implementierung des Interventionsprogramms in die Routineabläufe der Rettungsstelle ist insbesondere hinsichtlich der Nachhaltigkeit mit großen Anstrengungen verbunden. Durch die Rotation der Ärzte in den Rettungsstellen sind die Stabilität und die Sicherheit des Programms immer wieder in Gefahr.

So wird von den ärztlichen Kollegen insbesondere darauf hingewiesen, dass speziell die erste Fragestellung in der Anamnese erst nach den Schulungen die Sicherheit im Umgang erhöht und damit die Hemmschwelle der direkten und unmittelbaren Ansprache erleichtert wird. Inzwischen besteht Einvernehmen darüber, dass die Anfrage und der Umgang mit der anamnestischen Erhebung eine andere dringende Verbindlichkeit erhalten müssen.

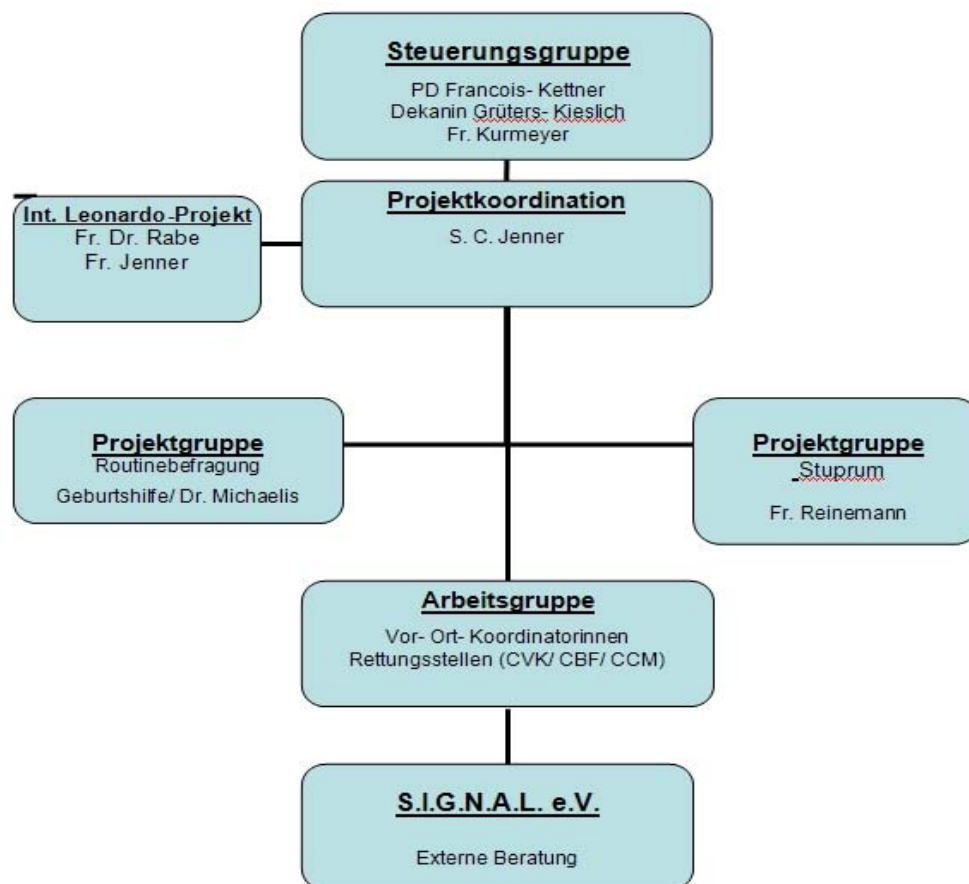
Folgende Implementierungsmaßnahmen sind inzwischen etabliert:

- Fortbildungsangebote zur Basis- und Aufbauschulung
- eintägige *S.I.G.N.A.L.*-Schulungen in der Ausbildung von Pflegekräften und Hebammen
- *S.I.G.N.A.L.*-Dokumentationsbogen
- Button „Häusliche Gewalt“ auf dem Ersten-Hilfe-Satz
- jährliches Symposium
- interdisziplinäre Fachgespräche
- kontinuierliche Meetings der Vor-Ort-AG zur Fallbesprechung
- Folgeprojekte (Stuprum, Geburtshilfe) und Kurzschulungen der ÄrztInnen

Aktuell konnten über die zentrale Frauen- und Gleichstellungsbeauftragte Frau Kurmeyer Projektgelder für verbindliche ÄrztInnenschulungen zum Thema häusliche Gewalt an den Rettungsstellen und der wissenschaftlichen Begleitforschung eingeworben werden. Dieses Projekt wird anteilig durch eine wissenschaftliche und strukturelle Koordinationsstelle zur Institutionalisierung begleitet.

Das Ziel des Projektes ist die nachhaltige Verankerung der Pflichtmodule aus der S.I.G.N.A.L.-Pilotphase in das Rotationsverfahren der Rettungsstellen. Somit finden Datenerhebung und Begleitforschung zu häuslicher Gewalt eine empirische Grundlage. Die Aufnahme der jeweiligen Schulungsmodule in das medizinische und pflegerische Curriculum stellt eine weitere wichtige Maßnahme dar.

Trotz vieler finanzieller Einschränkungen der *Charité* ist das Interventionsprogramm ein wichtiges Aufgabengebiet, was von der Vorstandsebene und von den Leitungsebenen aller zuständigen Bereiche sehr stark unterstützt wird. Die Verankerung des Projekts in der *Charité* ist hier noch einmal in einem Organigramm dargestellt:



Vortrag 3

Wirksamkeit von Intervention in Kliniken: MOZAIC-Projekt, London. Zur Evaluation und Durchführung von Routinebefragungen zu häuslicher Gewalt und Weitervermittlung an Unterstützungsangebote in der geburtsmedizinischen sowie venerologischen Ambulanz⁴ in einem britischen Krankenhaus

*Dr. Loraine Bacchus, London School of Hygiene & Tropical Medicine, England;
(Gill Aston; Carlos Torres Vitolas; Peter Jordan; Susan Fairley Murray)*



Dr. Loraine Bacchus

Der gesundheitspolitische Kontext in Großbritannien

Im Jahr 2006 veröffentlichte das britische Gesundheitsministerium das *Handbuch zu häuslicher Gewalt für Fachkräfte im Gesundheitswesen*. Es empfiehlt die Einführung von Routinebefragungen zu häuslicher Gewalt in allen staatlichen Gesundheitseinrichtungen und die Unterstützung von Frauen beim Zugang zu lokalen Hilfsangeboten.

Im Mai 2009 rief das britische Gesundheitsministerium eine Arbeitsgruppe ins Leben, die sich mit der Prävention von Gewalt gegen Frauen und Mädchen im Gesundheitswesen sowie mit der Bereitstellung effektiverer Verfahren zur Erkennung und Unterstützung der Opfer beschäftigt. Die Arbeitsgruppe unter der Leitung von Professor George Alberti ist in vier

⁴ Das britische Gesundheitssystem ist anders strukturiert als in Deutschland: "Sexual health clinics" betrifft den Versorgungsbereich Venerologie (Geschlechtskrankheiten) und ist mit ambulanten Angeboten wie Spezialsprechstunden für Geschlechtskrankheiten vergleichbar.

Untergruppen aufgeteilt, die zu häuslicher Gewalt einschließlich der Auswirkungen auf Kinder), sexueller Gewalt gegen Frauen, sexuellem Missbrauch von Kindern und gesundheitsschädigenden Ritualen wie etwa weibliche Genitalverstümmelung und Zwangsheirat arbeiten.

Die Arbeitsgruppe wird im Frühjahr 2010 einen Bericht veröffentlichen, zu dem die Regierung Stellung nehmen wird. Die Arbeitsgruppe spiegelt die Bemühungen der Regierung wider, dafür zu sorgen, dass die staatlichen Gesundheitsdienste das Problem von Gewalt gegen Frauen und Mädchen umfassend angehen.

(http://www.dh.gov.uk/en/Publichealth/ViolenceagainstWomenandChildren/DH_113753).

Das MOZAIC-Frauenberatungsprojekt

Im April 2005 wurde ein neues Unterstützungsangebot im Krankenhaus des *Guy's & St. Thomas' NHS Foundation Trust*, einem akademischen Lehrkrankenhaus in London, eingeführt. Neben der Entwicklung klinischer Richtlinien zu häuslicher Gewalt fand im Rahmen des Programmes eine eintägige Fortbildung zu Routinebefragungen zu häuslicher Gewalt, zur Dokumentation von Gewalt und zur Weitervermittlung an Unterstützungseinrichtungen statt. Bei den Teilnehmenden handelt es sich um Gesundheitsfachkräfte aus den Bereichen Geburtsmedizin und Venerologie. Darüber hinaus wurde Frauen, die häusliche Gewalterfahrung offenlegten, eine Vermittlung an den neuen, direkt im Krankenhaus befindlichen MOZAIC Beratungsdienst ermöglicht.

Evaluationsverfahren des MOZAIC-Frauenberatungprojektes

Das Verfahren bestand in der systematischen Prüfung der theoretischen Annahmen, auf denen das Interventionsmodell basiert. Zudem wurden vielfältige Datenquellen einbezogen. Die einzelnen Elemente des Verfahrens waren folgende:

- Fragebogen zum Stand vor und nach der Fortbildung für Gesundheitsfachkräfte (nach 6 Monaten)
- Fokusgruppen und Interviews mit Gesundheitsfachkräften
- Auswertung der Patientenaufzeichnungen der Ambulanz für Geburtsmedizin und der Venerologie
- Quantitative Befragung von Frauen (Baseline, 3 & 6 Monate nach der Intervention von MOZAIC)

- Qualitative Befragung von Frauen, die das *MOZAIC* Hilfsangebot in Anspruch genommen haben
- Kosten-Nutzen-Analyse
- Fallstudien zu negativen Vorfällen, die mit der Intervention in Zusammenhang stehen

Zentrale Ergebnisse der Evaluation

1. Fortbildung für Gesundheitsfachkräfte

Die Fortbildung kann als erfolgreich bezeichnet werden, da sie den Wissenstand, die Kompetenzen und die Praxis der Teilnehmenden verändert hat. Die Einbeziehung einer Hebamme in die Fortbildung zu häuslicher Gewalt funktionierte gut und hat zu einer verstärkten Kooperation innerhalb des Mitarbeiterteams der Geburtsklinik geführt.

Nichtsdestotrotz haben sich einige Elemente der Fortbildung als verbesserungswürdig erwiesen. So wäre eine stärkere Praxisausrichtung der Inhalte notwendig gewesen, etwa mit Blick auf die Routinebefragung, die situative Herstellung einer Vertrauensebene zur Betroffenen oder die Dokumentation von Gewalt. Zudem wurde deutlich, dass auf einer gemeinsamen Fortbildung aller Mitarbeiter aus dem Bereich Geburtsmedizin und Venerologie nicht ausreichend auf die unterschiedlichen Bedürfnisse und jeweiligen Kompetenz- und Verantwortungsbereiche der einzelnen Fachkräfte eingegangen werden konnte. Schließlich mangelte es dem Konzept an Informationen zu Routinebefragungen von Männern im Bereich der Venerologie, zu Männern als Opfer/Täter sowie zu homosexuellen, bisexuellen und transgender-PatientInnen.

2. Routinebefragungen

Hinsichtlich Umsetzung und Wirkung der Routinebefragungen ('Screenings') gelangt die Evaluation zu unterschiedlichen Schlüssen. Hierfür wurden 98 Prozent (n=487) der Unterlagen von PatientInnen in der Ambulanz für Geburtsmedizin und 96 Prozent der Unterlagen von PatientInnen der venerologischen Ambulanz ausgewertet. In beiden Bereichen nahm die Zahl der Routinebefragungen im untersuchten Zeitraum zu: In der Geburtsmedizin stieg die Quote von 15% im Januar 2006 auf 47% im Januar 2007, in der venerologischen Ambulanz auf 58 Prozent. Zudem wurde deutlich, dass Patientinnen in der venerologischen Ambulanz häufiger zu häuslicher Gewalt befragt wurden als Patienten, und zwar in einem Verhältnis von 68 Prozent (Frauen) zu 49 Prozent (Männer).

In Bezug auf die inhaltliche Umsetzung der Befragung durch die Gesundheitsfachkräfte

ergab sich, dass die Screenings nicht einheitlich und durchgängig durchgeführt wurden, trotz organisatorischer Unterstützung durch Leitlinien und Handlungsempfehlungen, Fortbildungen und Weitervermittlung von Betroffenen von häuslicher Gewalt an die Beratungsstelle im Krankenhaus. So fragten einige Fachkräfte etwa nach wie vor nur selektiv nach gewaltförmigen Übergriffen oder stellten keine direkten Fragen wie beispielsweise: „Ist bei Ihnen zuhause alles in Ordnung?“.

Auf die Notwendigkeit der adäquaten Durchführung der Befragungen weist auch das Evaluationsergebnis hin, dass die Offenlegung häuslicher Gewalt und Einbindung von Gesundheitsfachkräften und anderen Institutionen unter Umständen mit negativen Folgen verbunden sein, also der Betroffenen schaden kann. Zu derart schädigendem Fehlverhalten seitens der Fachkräfte zählt unter anderem Vertrauensbruch wie etwa das Besprechen häuslicher Gewalt vor anderen Familienmitgliedern oder die Weitergabe von Informationen an den misshandelnden Partner, inadäquate oder ganz unterlassene Dokumentation zu Gewalt oder Aufzeichnungen zur Gewalterfahrung in den Unterlagen, die den Frauen mitgegeben werden.

Die Quote der Offenlegung von häuslicher Gewalt durch die Betroffenen lag in der Schwangerenberatung bei 4,4%. Dies entspricht 269 von 6000 schwangeren Frauen, die die Klinik jährlich besuchen. In der Spezialsprechstunde für Geschlechtskrankheiten beläuft sich die Quote auf 2,7%, also 80 von 3000 Patienten/innen pro Jahr.

3. Allgemeines

In der Gesamtbeurteilung des *MOZAIC*-Frauenberatungsprojektes gelangt die Evaluation trotz der erwähnten Mängel zu einem positiven Ergebnis. *MOZAIC* bot ein unterstützendes Umfeld, in dem Frauen ihre Erfahrungen verarbeiten, sich mit verschiedenen Handlungsmöglichkeiten auseinandersetzen und den Weg für Veränderungen vorbereiten konnten. Laut einer Nachuntersuchung mit einer Auswahl von Frauen, sechs Monate nach ihrer Betreuung durch *MOZAIC*, erfolgte eine Verminderung der Verletzungen und des Grades von Gewalt- und Kontrollverhalten. Zudem ließ sich eine Verbesserung hinsichtlich des Selbstwertgefühls der Frauen, ihrer Angst und Depressionen sowie eine Stärkung ihrer Selbstheilungskräfte feststellen.

Bezüglich des wirtschaftlichen Nutzens der Intervention zeigen konservative Schätzungen, dass mehr als das Doppelte der entstandenen Kosten innerhalb eines Jahres zurückgezahlt

werden konnten, vor allem aufgrund einer Verminderung von Schmerz und Leid der Frauen. Die Auswertung eines Großteils der Evaluation erfolgte im Januar 2007.

Empfehlungen für Fortbildungen zu häuslicher Gewalt

In der Entwicklung von zukünftigen Fortbildungen ist zunächst zu überlegen, wie an die bereits vorhandenen Kompetenzen und Kenntnisse von Gesundheitsfachkräften angeknüpft werden kann. Ausserdem wäre ein stärkerer Einbezug von lösungs- und praxisbezogenen Ansätzen wünschenswert, wobei ein Schwerpunkt auf der Praxis der Befragung sowie der Identifizierung und Dokumentation von häuslicher Gewalt liegen sollte. Das potentielle Problem negativer Auswirkungen des Beratungsgesprächs für die Betroffene sollte angesprochen werden und Verfahren zur Überwachung schädigender Vorfälle eingesetzt werden. Desweiteren erscheint es notwendig, den Fachkräften in der Venerologie zusätzlich Fortbildungen zum Thema 'Männern als Opfer und als Täter' sowie zum Umgang mit Fällen von lesbischer, schwuler, bisexueller und transgender-Gewalt anzubieten.

Empfehlungen für Gesundheitsdienste und Leitungspersonal

Grundsätzlich ist die Entwicklung einer krankenhausweiten Strategie zum Umgang mit häuslicher Gewalt angeraten. In diesem Sinne ist es von zentraler Bedeutung, dass den Gesundheitsfachkräften die Teilnahme an Fortbildungen zu häuslicher Gewalt ermöglicht wird. Darüber hinaus sollten Gesundheitsfachkräfte in Leitungsfunktionen und strategisch wichtigen Positionen damit beauftragt werden, die Entwicklung von Interventionsverfahren zu häuslicher Gewalt anzuleiten. In diesen Zusammenhang gehört auch die Entwicklung von Unterstützungsangeboten für Fachkräfte in der Gesundheitsversorgung, die Betroffene oder Täter von häuslicher Gewalt sind.

Ein weiterer wichtiger Punkt ist der Aufbau und die Pflege enger Verbindungen zu regionalen Unterstützungsangeboten bei häuslicher Gewalt und zu staatlichen Einrichtungen, beispielsweise zur Polizei, zu Sozialämtern und Vereinen.

Es sollte außerdem gewährleistet werden, dass Materialien wie Flyer, Poster und Visitenkarten in den Krankenhäusern stets vorrätig sind.

Empfehlungen für die Forschung

Es besteht ein genereller Bedarf an Evaluationsmethoden, die die Komplexität von

Interventionen bei häuslicher Gewalt berücksichtigen, so etwa die Veränderung auf vielen verschiedenen Ebenen und die Unterschiedlichkeit der zusammenarbeitenden Organisationen. In dem Zusammenhang sollte auch geprüft werden, ob Frauen, die sich in unterschiedlichen Phasen von Gewalterfahrungen befinden, unterschiedliche Formen von Intervention benötigen.

Evaluationen sollten die Entwicklung theoretischer Modelle zum Ablauf (Gelingen/Scheitern) von Interventionen in Betracht ziehen und Indikatoren für die Einbeziehung negativer Folgen der Betroffenenberatung entwickeln. Zudem besteht ein Bedarf an Längsschnittstudien zu Frauen, die nach der Offenlegung von häuslicher Gewalt Interventionsangebote in Gesundheitseinrichtungen nutzen.

Weitere Forschung ist außerdem notwendig, um zu ermitteln, von welchen Interventionsangeboten im Bereich der Venerologie die PatientInnen am stärksten profitieren.

Danksagung

Diese Untersuchung wurde von einem Forschungsteam des Kings College London (2004 – 2007) durchgeführt und von der St. Thomas Charity finanziert. Wir möchten uns bei den Mitarbeitern des Guy's & St. Thomas NHS Foundation Trust, den Patienten/innen der Geburtsklinik und der Klinik für Venerologie (Geschlechtskrankheiten), dem *MOZAIC* Frauenberatungsprojekt sowie dem 170 Community Projekt für ihren Einsatz für das Unterstützungsangebot und die Evaluation bedanken.

Die vollständige Studie mit dem Titel „Evaluation of an innovative multi-agency domestic violence service“ ist im Internet zu finden, unter:

<http://www.umds.ac.uk/schools/nursing/research/themes/women/projects/maternal/domesticviolence.html>

Vortrag 4

„Keiner fällt durchs Netz“ – Wie man hochbelastete Familien unterstützen kann

Prof. Dr. Manfred Cierpka, Universitätsklinikum Heidelberg⁵

Zusammenfassung

In den letzten Jahren setzen sich in der psychosozial orientierten Prävention familienunterstützende Maßnahmen durch, um Kinder in ihrer Entwicklung vom Beginn ihres Lebens an zu fördern. Vorsorge ist insbesondere erforderlich, wenn ein Neugeborenes in eine Familie mit hohen Belastungen hinein geboren wird. Diese „hochbelasteten Familien“ müssen unterstützt werden, damit sie ihren Kindern angemessen gute Umgebungs- und Reifungsbedingungen zur Verfügung stellen können. In Familien mit angemessenen Ressourcen kommt es entsprechend weniger häufig zur Gefährdung des Kindeswohls. Strategien mit Gehstrukturen statt mit Kommstrukturen sind notwendig, um die „hochbelasteten Familien“ zu erreichen. Das Projekt „Keiner fällt durchs Netz“ wird gegenwärtig in neun Gebietskörperschaften (Landkreise, Städte) implementiert⁶. Der Ansatz sieht ein dreischrittiges Vorgehen vor, um die Familien zu erreichen, über ein Jahr zu begleiten und falls notwendig sie weiteren Hilfen zuzuführen. Dieser Interventionsansatz zeichnet sich dadurch aus, dass 1. Risikokonstellationen in einer Partnerschaft/Familie von niedergelassenen GynäkologInnen bei schwangeren Frauen bzw. Frauen nach der Geburt auf der Geburtshilfe-Station vom dortigen Team im Konsens anhand einer Risikocheckliste als belastet eingeschätzt werden und dann 2. Begleitungen durch Familienhebammen initiiert werden. 3. können zusätzliche Hilfen mit einbezogen werden. In den Regionen werden Koordinationsstellen und ein „Netzwerk für Eltern“ etabliert, in denen die Vertreter

⁵ Die MitarbeiterInnen im Projekt sind: Projektleitung: M. Cierpka, Projektkoordination: A. Eickhorst, Wiss.MitarbeiterInnen: M. Benz, S. Borchardt, H. Demant, B. Frey, K. Götzinger, J. Hinkel, D. Nakhla, K. Scholtes, P. Habash, Evaluationsteam: A.Sidor, H. Köhler, E. Kunz, D. Schweyer, M. Stasch, Sekretariat: P. Teutsch. (Artikel zuerst erschienen in: Familiendynamik 34. Jg., 2/2009)

⁶ Das Projekt „Keiner fällt durchs Netz“ wird finanziert von: der *Hessenstiftung Familie hat Zukunft*, dem *Bundesland Saarland (Bundesministerium für Bildung, Familie, Frauen und Kultur)*, der *Karl-Kübel-Stiftung Bensheim*, dem *Diakonisches Werk des Landkreises Offenbach*, dem *Verband der Krankenkassen in Südhessen*, der *Stadt Heidelberg* und allen teilnehmenden Landkreisen.

der frühen Hilfesysteme zusammenarbeiten.

Keywords: Psychosoziale Belastungen, Prävention, Präventionsprogramme, risikobelastete Familien, Familienunterstützung

Summary

Most recently family supportive programs have been widely used to enhance the development of children from the early beginning on. There is a very frequently need to intervene if a baby has to grow up in a high risk family. Those high risk families should be supported to care for the baby's adequate maturity and appropriate psychological development. In addition, it is assumed that in families with enriched resources there will be less maltreatment and neglect. However, high risk families often only can be reached applying home visitation programs. The German project „Keiner fällt durchs Netz“ will be implemented in several exemplary locations. To reach and to support high risk families family midwives are trained in order to be able to do the home visits. The three main steps of the project „Keiner fällt durchs Netz“ are: 1. Experts in the psychosocial field like e.g. social workers, gynecologists or the teams of the delivery wards in obstetric hospitals will use risk screenings in order to detect possible high risk families and then contact the project coordinator for getting into touch with the families, 2. The high risk families will get the offer of home visits by family midwives throughout the baby's first year of life. 3. in all cases where the family midwives detect more severe problems during their time in the families they will arrange additional support. In every location a network of members of distinct professions, who are all working with infants will be implemented and coordinated.

Keywords: Adverse childhood experiences, prevention, prevention programs, high risk families, family support.

Alle Eltern bemühen sich, ihren Kindern gute Eltern zu sein. Den meisten scheint es auch gut genug zu gelingen. Wenn es in den Familien jedoch erhebliche Belastungen gibt und die Ressourcen in Familien knapp sind, ist die ausreichend gute Zu- und Hinwendung zu den Kindern für Eltern manchmal sehr schwierig. Dies kann soweit gehen, dass das Kindeswohl gefährdet ist und die Jugendhilfe nach dem KJHG unterstützend tätig wird oder tätig werden muss. „Frühe Hilfen“ sind Präventions- und Interventionsansätze, um heranwachsenden Kindern schon im Mutterbuch und dann bis zum Alter von drei Jahren eine adäquate Umwelt zu ermöglichen und sie vor Gewalt zu schützen. Dabei steht die Entwicklungsförderung der Kinder im Mittelpunkt. Die familienzentrierte Prävention geht von der Annahme aus, dass

positive Veränderungen bei beiden Eltern, deren Partnerschaft und in den Familien zur Förderung der Entwicklung bei den Kindern führen. Die Schwerpunktsetzung auf „frühe Interventionen“ leitet sich aus den wissenschaftlichen Erkenntnissen über die Folgen von psychosozialen Belastungen für Kinder ab. Schwierigste Bedingungen in der frühen Kindheit können die Entwicklung eines Menschen in vielfältiger Weise einschränken. Weil die seelische Entwicklung und die damit korrespondierende Strukturierung des kindliche Gehirns gerade in den ersten Lebensjahren stark beeinflussbar ist, muss sich die primäre Prävention auf die Förderung der Reifungsbedingungen für die Kinder am Anfang ihres Lebens konzentrieren. Dies gilt insbesondere für diejenigen Kinder, die in sog. „Hoch-Risiko-Familien“ aufwachsen. Nach dem UNICEF-Report 2005 wachsen in den industrialisierten Ländern zwischen 7 und 10% der Kinder in risikobelasteten Familien auf.

Zunächst wird in diesem Artikel dargestellt, was unter psychosozialen Belastungen in der Kindheit verstanden wird. Der Wissensstand zu den Auswirkungen dieser psychosozialen Belastungen auf die seelische und gesundheitliche Entwicklung der Kinder wird zusammengefasst. Dann wird der Stand der internationalen und nationalen Präventionsforschung in der frühen Kindheit diskutiert. Im zweiten Teil wird das Frühe Hilfen-Projekt „Keiner fällt durchs Netz“ dargestellt.

Was sind psychosoziale Belastungen für Kinder und Eltern?

Vernachlässigung, Misshandlung, emotionaler und sexueller Missbrauch sind auch in Deutschland zu häufig auftretende Formen der Gewalt gegen Kinder (vgl. Egle et al. 2002). Unter Misshandlung und Missbrauch von Kindern versteht man gewaltsame physische oder psychische Beeinträchtigungen von Kindern durch Eltern bzw. Erziehungsberechtigte, teilweise jedoch auch durch andere Erwachsene in der Umgebung. Derartige Beeinträchtigungen können durch aktive Handlungen (z.B. körperliche Misshandlung, sexueller Missbrauch, verbale Beschimpfungen und Entwertungen), aber auch durch Unterlassungen (z.B. physische oder emotionale Vernachlässigung) bedingt sein (vgl. Engfer 2005). Sowohl die Erfassungen in amerikanischen Kinderschutzregistern als auch die Ergebnisse von epidemiologischen und klinischen Studien belegen erhebliche Überlappungen und zeitliche Verkettungen zwischen den verschiedenen Formen von Missbrauch, Misshandlung und Vernachlässigung bei den davon betroffenen Kindern und Jugendlichen (Drajer 1990, Wetzels 1997, Emery und Laumann-Billings 1998, Fergusson und Mullen 1999, Bender und Lösel (2000); Egle und Cierpka 2006). Die heute im Rahmen

prospektiver Longitudinalstudien sowie sorgfältiger retrospektiver Studien hinsichtlich gesundheitlicher Langzeitfolgen als gesichert geltenden frühen Stressfaktoren sind in Tab. 1 zusammengefasst (vgl. Egle et al. 2002). Bei der Frage der Belastung sind auch potenzielle kompensatorisch wirkende protektive Faktoren (vgl. Tab. 2) zu berücksichtigen.

Die von den Praktikern berichtete und in den Studien bestätigte Instabilität in den risikobelasteten Familien scheint durch die Häufigkeit von abrupten Wechseln in der Familienstruktur gekennzeichnet zu sein (Rutter und Giller 1983). So sind Scheidungen ein elementares Verlusterlebnis für das Kind aber auch für die Eltern. Der Wechsel zur Stiefelternfamilie oder zur Einelternfamilie bedarf einer erneuten Umstellung, die das Kind und die Eltern in seinen Bindungs- und Beziehungsmustern verunsichern. Erhebliche Partnerschaftskonflikte tragen ebenfalls dazu bei, dass Trennung und Verlust das affektive Familienklima stark beeinträchtigen. Schwierige Umgebungsbedingungen labilisieren diese Familien weiter. Häufiger Wohnortwechsel kann die soziale Desorganisation verstärken. Arbeitslosigkeit und keine Einbindung in die soziale Umgebung tragen dazu bei, dass keine neuen Ressourcen aus dem sozialen Unterstützungssystem geschöpft werden können. Die Eltern kommen häufiger aus den unteren sozialen Schichten, sie sind und fühlen sich auch sozial benachteiligt. Allerdings fördern erst die mangelnde soziale Integration und die Neigung zum sozialen Rückzug die Gewaltbereitschaft innerhalb der Familie (vgl. Schwindt et al. 1990, Wahl 1990). Die Eltern selbst stammen gehäuft aus sog. "instabilen" Herkunftsfamilien, von denen sie keine Unterstützung erfahren. Bei einer Verschärfung der Familiensituation wird der Überlebenskampf härter, die Aggression als Modell zur Konfliktlösung spiegelt die Auseinandersetzung der Familie mit der als feindlich erlebten Außenwelt.

Gerade bei häufigen abrupten Veränderungen in einer Familie leidet die elterliche Fürsorge und die Konsistenz im Erziehungsverhalten. Bei den betroffenen Eltern und Familien führen diese Stressfaktoren häufig dazu, dass sie in ihren Erziehungsfertigkeiten überfordert sind. Die mangelnde Erziehungskompetenz erhöht ihrerseits wiederum das Konfliktpotential in der Familie. Manchmal sind dann Misshandlung, Missbrauch und Vernachlässigung der Kinder die Folge. Die Entwicklung des aggressiven Verhaltens auf dem Hintergrund dieser individuellen und familiären Bedingungen wurde im sog. „Familien-Risiko-Modell“ beschrieben (Cierpka 1999).

Eine maladaptive Entwicklung hat nicht nur seelische sondern auch körperliche Folgen. Ein nicht adäquat erwidertes Bindungsbedürfnis eines Kindes kann neben verhaltensbezogenen

Konsequenzen auch zu psychobiologischen Folgen führen und dabei die individuelle Ausreifung des Stressverarbeitungssystems beeinträchtigen. Die experimentellen Untersuchungen belegen eine enge Verknüpfung zwischen frühen Bindungsstörungen einerseits und endokrinen Reaktionen auf das Stressverarbeitungssystem und körperliches Wachstum andererseits (Übersicht bei Egle et al. 2005; Cierpka et al. im Druck).

Möglichkeiten der Prävention

Die Ergebnisse der Studien zu den Langzeitfolgen von psychosozialen Belastungen weisen eindrucksvoll darauf hin, dass vorbeugende Maßnahmen zum Schutz der Kindheit indiziert sind, wenn man den Problemen nicht hinterher laufen will. Breitenwirksame Maßnahmen müssen strategisch gut überlegt werden, wenn sie als primäre Prävention alle Bevölkerungsschichten, damit insbesondere auch die hochbelasteten Familien, potentiell erreichen sollen.

Kinder haben recht unterschiedliche sensitive Phasen, in denen sie auf die Umgebung reagieren und durch entsprechende Interventionen beeinflussbar sind. Ohne Zweifel ist die Zeit zu Beginn des Lebens für die kindliche Reifung und Entwicklung besonders vulnerabel. Die angemessenen Umgebungsbedingungen werden von den Bezugspersonen, in der Regel den Eltern, gewährleistet. Ein umfassendes Präventionskonzept für die frühe Kindheit zielt deshalb auf die Stärkung der elterlichen Kompetenzen, andererseits ergänzt durch ökologische Interventionen (Bronfenbrenner 1979) zur Stärkung der Familienkohäsion und-konsistenz.

Frühe familienzentrierte Präventionsansätze

In den ersten drei Lebensjahren kann die Bindung des Kindes zur primären Bezugsperson (meist der Mutter) gefördert werden, indem Eltern lernen auf die Signale des Kindes feinfühlig, prompt und angemessen zu reagieren. Dabei wird zunehmend versucht, auch die Väter explizit in die Fördermaßnahmen mit einzubeziehen, da deren Wohlbefinden, Motivation und Engagement oftmals einen wichtigen Prädiktor für die Situation der Familie insgesamt darstellt (z.B. Borke et al. 2005). Die entwicklungspsychologische Forschung der letzten Jahrzehnte konnte die wichtige Rolle der Väter für die Kindesentwicklung insbesondere in der frühen Kindheit zeigen (Lamb, 2004; Nickel & Quaiser-Pohl, 2001).

Durch Programme, die die Eltern-Kind-Interaktion positiv beeinflussen und so zu

wechselseitig guten Beziehungen zwischen Kind und Eltern beitragen, werden die elterlichen Kompetenzen aber auch die sozial-emotionalen Kompetenzen der Kinder gefördert. Bereits werdende Eltern können auf ihre Erziehungsaufgaben vorbereitet werden.

In den deutschen Familienbildungsstätten werden Kurse für Eltern angeboten, in denen diese Fertigkeiten erwerben, um ein Baby zum Beispiel baden und wickeln zu können. Mit dem „Führerschein für Eltern“ ist eine umfassendere Elternschule gemeint. In diesen Kursen geht es um den zusätzlichen Erwerb von Beziehungskompetenzen, um dem Baby adäquate Beziehungsantworten anbieten zu können, die es für sein seelisches Wachstum braucht. Videographierte Mutter-Kind- und Vater-Kind-Interaktionen können z.B. als effektive Interventionen aufbereitet werden, um Eltern für die Signale ihres Kindes zu sensibilisieren (Gregor und Cierpka 2005a, b). Die Ziele von Elternschulen bestehen in der Vorbereitung von Paaren auf die Zeit der Elternschaft, und in der Sensibilisierung für die Signale des Säuglings sowie für eigene Wünsche und Gefühle. Die Förderung der Qualität der Eltern-Kind-Beziehung und eine Prävention von Beziehungsstörungen werden angestrebt. Diese „Elternkurse“ setzen jedoch ein Maß an Motivation voraus, das insbesondere belastete Familien oft nicht aufbringen. Die Schwelle einen Elternkurs zu besuchen ist für sie meistens zu hoch.

Präventionsmaßnahmen bei hochbelasteten Familien

Ramey und Ramey (1993) haben nach der Durchsicht der Interventionsansätze ein Rahmenprogramm für die Prävention im psychosozial schwierigen Umfeld vorgelegt. Sie definieren acht Bereiche, in denen sie versuchen, die Gesundheit zu fördern und negativen Auswirkungen vorzubeugen, die durch schwierige Familienbedingungen entstehen können:

- Unterstützung bezüglich des für das Überleben wichtigen Bereichs, der Unterkunft, Nahrung, Einkünfte, Sicherheit und Transportmöglichkeiten betrifft
- Vermittlung von Werten und Zielen für die Familie auch in Hinblick auf Schulbesuch und Arbeitsplatz
- Schaffung eines Gefühls für die physische, sozial-emotionale und finanzielle Sicherheit für Eltern und Kind
- Sicherstellung physischer und seelischer Gesundheit
- Verbesserung der sozialen Interaktionen zwischen den Familienmitgliedern, den Peers und den Nachbarn
- Steigerung des Selbstwertgefühls

- Förderung von sozialen Kompetenzen, von Kommunikationsfertigkeiten und der Motivation für Schulerfolg
- Training basaler intellektueller Fähigkeiten

Die Autoren fordern, dass Hausbesuchsprogramme dieses Spektrum durch entsprechende Maßnahmen umfassen sollten, wenn sie wirklich effektiv sein wollen. Die Frühinterventionsstudien weisen darauf hin, dass insbesondere bei hoher Risikokonstellation ein längerer Interventionszeitraum eingeplant werden muss. Eine dauerhafte Verbesserung von Bindungsqualitäten ist nicht so schnell zu erreichen.

Nationale und internationale Studien zu „frühe Hilfen“

In den USA wurde eine Reihe von Interventionsprogrammen für Risikofamilien in ganz unterschiedlichen psychosozialen Umfeldern überprüft, die sich an den o.g. Rahmenbedingungen orientieren. Die meisten Programme richten sich an Hochrisiko-Familien, die zumindest ein Kind haben, das jünger als zwei Jahre ist. Viele dieser Modelle sind aus der Praxis geboren und lassen eine theoretische Fundierung vermissen. Die verschiedenen Interventionen wirken auf sehr unterschiedlichen Ebenen. Eine eindrucksvolle Zusammenstellung der „Family Support Programs“ in den Vereinigten Staaten liefert der Schlussbericht der bundesweiten Evaluation von Layzer et al. (2001). In diese Zusammenstellung gingen alle Dienste und Hilfsprogramme ein, die sich zum Ziel setzten, Kindern und Familien in Krisen oder mit Risiken zu helfen (also auch z. B. Adoptions-, Pflegefamilien oder Familien mit behinderten und chronisch kranken Kindern). Die Autoren fanden in den USA insgesamt 665 Evaluationsstudien, die 260 dieser Programme repräsentierten. In einer Meta-Analyse über die kontrollierten Studien (randomisiert und quasi-experimentell) fanden sich zwar kleine, aber signifikante und bedeutsame Effekte im Hinblick auf das Ergebnis für Eltern und Kindern. Insbesondere konnten die emotionale und die kognitive Entwicklung der Kinder gefördert werden. Mit entscheidend für den Effekt der Programme war die professionelle Ausbildung derjenigen, die die Hilfestellung für die Familien leisteten. Die Effekte waren auch größer, wenn das Programm spezifisch für Familien mit einem besonderen Risiko zugeschnitten war. Die Effektstärken sind fast doppelt so hoch, wenn die Präventionsprogramme früh ansetzen. Nur 20 % der in dieser Meta-Analyse aufgenommenen Programme bezogen sich allerdings auf die frühe Kindheit. Auch in diesem Survey mangelte es an längeren Follow-up-Studien. Solche Follow-up-

Studien sind notwendig, um die Effekte der Interventionen im Kindesalter auf die Lebenssituation, die Stabilität der Gesundheit und die Beziehungsqualität im Erwachsenenalter zu dokumentieren. Es gibt einige Langzeituntersuchungen, in denen sich zeigte, dass den frühkindlichen Bindungsbeziehungen eine hohe Bedeutung für den weiteren Entwicklungsverlauf der Kinder zukommt (Übersicht bei Dornes 1999; Grossmann 2000). Eine nähere Darstellung der Studien findet sich bei Cierpka et al. 2006.

Um auch Hoch-Risiko-Familien zu unterstützen, verknüpfen die dargestellten Projekte die frühkindliche Prävention mit Hausbesuchen. Um nur ein Projekt ausführlicher zu nennen: Das „Nurse-Family Partnership Modell“ der Arbeitsgruppe um Olds begann in den 60iger Jahren in den USA und ist inzwischen weit verbreitet (Olds et al. 1998; 1999). Eine aktuelle Arbeit von Olds (2006) fasst das 27-jährige Forschungsprogramm zusammen. In diesem Projekt werden Frauen aus schwierigen sozialen Verhältnissen, die mit dem ersten Kind schwanger sind, von Krankenschwestern (mit einer speziellen Ausbildung für „home visitations“) im Rahmen von Hausbesuchen betreut. Das Hausbesuchsprogramm beginnt während der Schwangerschaft und begleitet die Familie über 2 Jahre. Nach der Geburt kommt die „Nurse“ die ersten 2 Monate wöchentlich ins Haus, dann bis zum 21. Monat 14-tägig und während der letzten drei Monate der Betreuung nur noch ein Mal monatlich. Die Krankenschwestern verfolgen bei den Hausbesuchen drei Ziele: Sie versuchen den Verlauf der Schwangerschaft zu verbessern, in dem sie die Gesundheit der Mütter pränatal unterstützen; sie versuchen die Gesundheit des Kindes und dessen Entwicklung zu verbessern, in dem sie den Eltern helfen eine feinfühligere und kompetentere Pflege des Kindes zu ermöglichen; und sie versuchen den Lebensweg der Eltern zu beeinflussen, indem sie ihnen helfen zukünftige Schwangerschaften zu planen, eine eventuelle Ausbildung abzuschließen und letzten Endes Arbeit zu finden. In einer Übersichtsarbeit dieser Hausbesuchsprogramme kommen Olds und Kitzmann (1993) zu dem Schluss, dass sowohl das elterliche Fürsorge- und Erziehungsverhalten als auch die kognitiven Bereiche der Kinder in den Vorschuljahren gefördert werden können. Eine Metaanalyse (Eckenrode et al. 2001) bestätigte ebenfalls die Langzeitwirkung dieses Präventionsansatzes.

Zeanah et al. (2006) untersuchten im Olds-Projekt inwiefern die „Nurses“ bei den Hausbesuchen auf Beziehungsinterventionen zurückgriffen. Es zeigte sich, dass die eigene Beziehungsgeschichte der Krankenschwester ihren Beziehungsstil beeinflusste.

Auch in Deutschland wurde in den Präventionsansätzen versucht, die Bindung der Kinder zu

einer relevanten Bezugsperson zu fördern. Ziegenhain et al. (1999) widmeten sich jugendlichen Müttern und ihren Säuglingen. In ihrem Förderprogramm versuchen sie videogestützt die Bindung zwischen Mutter und Kind zu festigen. Erste vorläufige Ergebnisse zeigten, dass Mütter mit entwicklungspsychologischer Beratung noch drei Monate nach Abschluss der Intervention gegenüber Kontrollgruppen mit ihrem sechs Monate alten Baby feinfühlicher umgehen konnten. Durch Fachkräfte bzw. Psychotherapeuten geleitete Gruppen sind allerdings teuer und die Teilnahmeschwelle für die Mütter ist relativ hoch.

Dieses Konzept wurde inzwischen ausgeweitet. „*Die entwicklungspsychologische Beratung für junge Eltern*“ nach Ziegenhain et al. (2004) versetzt trainierte FamilienhelferInnen und andere BeraterInnen in die Lage, die frühe Eltern-Kind-Beziehung bei risikobelasteten Familien positiv zu beeinflussen.

Einige Programme sind so konzipiert, dass unter Anleitung von ausgebildeten SozialarbeiterInnen, ErzieherInnen oder BeraterInnen Eltern im Spiel mit dem Kleinkind feinfühlicher und responsiver werden. Ein bewährtes Programm zur Verbesserung der Feinfühligkeit der Eltern ist *STEEP* (Erickson und Kurz-Riemer 1999; Egeland et al. 2000), das von Suess und Kißken (2005) auch in Deutschland eingeführt wird. In Potsdam, Hamburg, Frankfurt und weiteren Orten wird das Projekt zur Zeit durchgeführt, das junge Mütter in schwierigen psychosozialen Situationen bei der Bildung einer tragfähigen Mutter-Kind-Bindung unterstützen soll. Die *STEEP*-Beraterinnen sollen möglichst schon während der Schwangerschaft Kontakt zu den Frauen aufnehmen und diese bis zum Alter des Kindes von zwei Jahren durch Hausbesuche und Gruppentreffen begleiten.

Das niederländische Programm „*Opstapje*“ wurde vom Deutschen Jugendinstitut, München, übersetzt und im Nürnberger Raum implementiert und evaluiert. Auch in diesem Programm wurden MultiplikatorInnen unterschiedlicher Berufsgruppen darin geschult, die sozial schwächeren Familien in den ersten beiden Jahren durch regelmäßige Hausbesuche und Gruppentreffen zu begleiten. Bei der Evaluation erwies sich die Heterogenität des Ausbildungsniveaus bei den MultiplikatorInnen als Problem. Möglicherweise könnten durch professionelle Hilfeanbieter größere Effekte mit diesem Programm erzielt werden (vgl. Jurczyk et al. 2005).

"Pro Kind" basiert auf der Konzeption des Hausbesuchsprogramms "Nurse Family Partnership" von Olds und Mitarbeitern und wurde für den deutschsprachigen Raum adaptiert. Es wird zur Zeit in Niedersachsen und Sachsen durchgeführt. Die risikobelasteten

Familien werden im Rahmen eines Hausbesuchsprogramms von Familienbegleiterinnen – Hebammen und Sozialpädagoginnen – von der Schwangerschaft bis zum zweiten Geburtstag des Kindes kontinuierlich begleitet (www.stiftung-pro-kind.de).

Aktuell werden Konzepte erarbeitet, die versuchen, den Zugang vorwiegend über fortgebildete Familienhebammen zu den Familien zu finden. Die Bedeutsamkeit der Beziehung zwischen den Hebammen und den Müttern liegt darin, dass die werdende Mutter ein Vertrauensverhältnis zu ihrer Hebamme in der kritischen Zeit vor, während und nach der Geburt aufbaut. Wenn Hebammen zu Familienhebammen ausgebildet werden, verschiebt sich ihr Tätigkeitsschwerpunkt vom medizinisch-somatischen Modell zum psychosozialen Modell.

In Niedersachsen wurde von 2002 bis 2005 das von der Stiftung „Eine Chance für Kinder“ konzipierte Projekt *„Aufsuchende Familienhilfe für junge Mütter – Netzwerk Familienhebamme“* durchgeführt (Windorfer 2009). Familienhebammen (speziell geschulte freiberufliche Hebammen) und Sozialarbeiterinnen der Jugendämter begleiteten Schwangere und junge Frauen mit Kindern in schwierigen psychosozialen Lebenssituationen bis zum Ende des ersten Lebensjahres des Kindes. Der Modellversuch wurde wissenschaftlich vom Institut für Entwicklungsplanung und Strukturforschung (IES) begleitet und inzwischen liegen deskriptive Befunde vor (Zierau & Gonzáles, 2005). Sie belegen den Unterstützungsbedarf der Schwangeren und jungen Mütter und weisen darauf hin, dass ausgebildete Familienhebammen ein Hausbesuchsprogramm durchführen können.

In einer Kooperation zwischen der städtischen Jugendhilfe, dem Gesundheitsamt, der Kinderklinik und einer Reihe von Hebammen konnte ein vernetztes Projekt in der Stadt Düsseldorf *„Zukunft für Kinder in Düsseldorf“* entwickelt werden, um Mütter schon während der Schwangerschaft oder während ihres Aufenthalts auf den geburtshilflichen Stationen als „hochbelastet“ zu identifizieren. Eine von mehreren Trägern gemeinsam getragene Clearingstelle vermittelt die Mütter bzw. Eltern an eine Hebamme weiter, die dann einen bzw. mehrere Hausbesuche vereinbart. So wird ein Zugangsweg zur frühen Hilfestellung geschaffen, der nach den Erfahrungen des Projekts nur von ca. 15% der Eltern abgelehnt wird.

Durch eine Initiative der aktuellen Bundesregierung wurde 2007 das „Nationale Zentrum „Frühe Hilfen“ gegründet, um die Implementierung von „Frühen Hilfen“ in Deutschland voran zu treiben (www.fruehehilfen.de). Die übergeordneten Ziele sind: Kinder durch eine

möglichst wirksame Vernetzung von Hilfen des Gesundheitswesens und der Kinder- und Jugendhilfe früher und besser vor Gefährdungen zu schützen

- durch frühere Erkennung von Risiken
- durch Stärken der Elternkompetenzen
- durch eine bessere Vernetzung der Akteure

Gegenwärtig werden 10 Modellprojekte finanziell unterstützt, die in unterschiedlichen Bundesländern Ansätze zur Implementierung von frühen Hilfen ausprobieren und evaluieren.

„Keiner fällt durchs Netz“

Das im Jahr 2006 angelaufene Projekt „Keiner fällt durchs Netz“ (www.keinerfaelltdurchsnetz.de) basiert auf den theoretischen Grundlagen und praktischen Erfahrungen bereits erprobter und bewährter Bausteine der Frühförderung in Deutschland und im Ausland und ist eines der o.g. Modellprojekte des Nationalen Zentrums Frühe Hilfen. Ziel ist es, dass bestehende Hilfestellungen in der frühen Kindheit von belasteten Familien angenommen werden, noch bevor es zu einer möglichen Gefährdung des Kindeswohls kommt. Nach dem RE-AIM Programm zur Evaluation von Gesundheitsförderungsinterventionen aus den USA soll mit unserem Ansatz vor allem die "Reach"-Komponente (Reach into the target population) verbessert werden (Dzewaltowski et al., 2004). Um eine sozial stark belastete Familie zu erreichen und sie zu fördern, sind drei Schritte notwendig:

- Das Herstellen eines Zugangs zur Familie
- Die Identifizierung einer Risikokonstellation
- Eine Vermittlung zu einer angemessenen Intervention

Mit „Keiner fällt durchs Netz“ wird ein Konzept umgesetzt und erprobt, das die Kontaktaufnahme, die Identifikation, und die Vermittlung zu einem angemessenen Unterstützungsangebot in den bereits bestehenden Hilfestrukturen bei Familien mit einer Risikokonstellation erlaubt. Durch die Implementierung des Konzeptes in bestimmten Gebietskörperschaften erhält das Projekt Modellcharakter, um in andere Regionen Deutschlands transferiert werden zu können.

Zugang zur Familie

In der Zeit unmittelbar vor und nach der Geburt sind es die Hebammen, die Gynäkologen,

das Team auf der Entbindungsstation und die Kinderärzte, die im Kontakt mit (werdenden) Eltern stehen und Risiken erkennen können. Aufgrund des engen Kontaktes haben diese Personen die Chance, eine Risikokonstellation in der Familie in einem frühen Stadium zu identifizieren und sie entsprechenden Hilfsmaßnahmen zuzuführen.

Eine entscheidende Problematik potentieller Risikofamilien ergibt sich aus dem vorherrschenden Lebensgefühl von Resignation und Passivität. Oft haben sie jede Hoffnung auf Veränderung verloren und schützen sich vor äußeren Einflüssen und eigenen Scham- und Schuldgefühlen, indem sie sich zurückziehen und von der Umwelt isolieren. Frühzeitige Hilfsangebote werden daher schlecht angenommen. Das Aufsuchen von Hilfeeinrichtungen setzt das Empfinden voraus, dass dem Kind etwas fehlt – gerade daran mangelt es potentiell vernachlässigenden Eltern. Zudem werden Hilfeangebote schnell als Kontrolle und Bevormundung erlebt. Eltern befürchten, dass andere aufmerksam werden, Einfluss nehmen wollen oder gar eingreifend dafür sorgen, dass Kinder aus der Familie herausgenommen werden. Versuche, Familien durch Androhung von Sanktionen zur Annahme von Hilfe zu zwingen, laufen deshalb Gefahr, letztlich den Rückzug und die Isolation zu verschärfen.

Im ersten Schritt unseres Konzeptes ist vorgesehen, alle Familien an die Betreuung durch eine Hebamme anzubinden. Wenn sich die Eltern nicht im Rahmen von Geburtsvorbereitungskursen oder aufgrund von Empfehlungen durch Bekannte bereits während der Schwangerschaft selbst eine Hebamme ausgesucht haben, werden sie auf der Geburtsstation einer Hebamme vorgestellt. Die Hilfsperson bekommt mit deren Einverständnis die Adresse der Eltern und wird sich in den ersten Tagen nach der Geburt bei der Familie melden. Wenn alle Familien im Rahmen der Regelversorgung Unterstützung durch eine Hebamme bei der Pflege des Kindes und beim Stillen bekommen, werden die Hausbesuche von den Risikofamilien nicht als Diskriminierung oder Übergriff wahrgenommen.

Die Hebammen sind nicht nur in der Lage, Risiken bei Kind und Eltern in ihrem häuslichen Umfeld zu erkennen, sondern können auch äußerst wichtige Motivationsarbeit leisten, indem sie Angst- und Schamgefühle vor der Inanspruchnahme von weiteren Unterstützungsangeboten abschwächen.

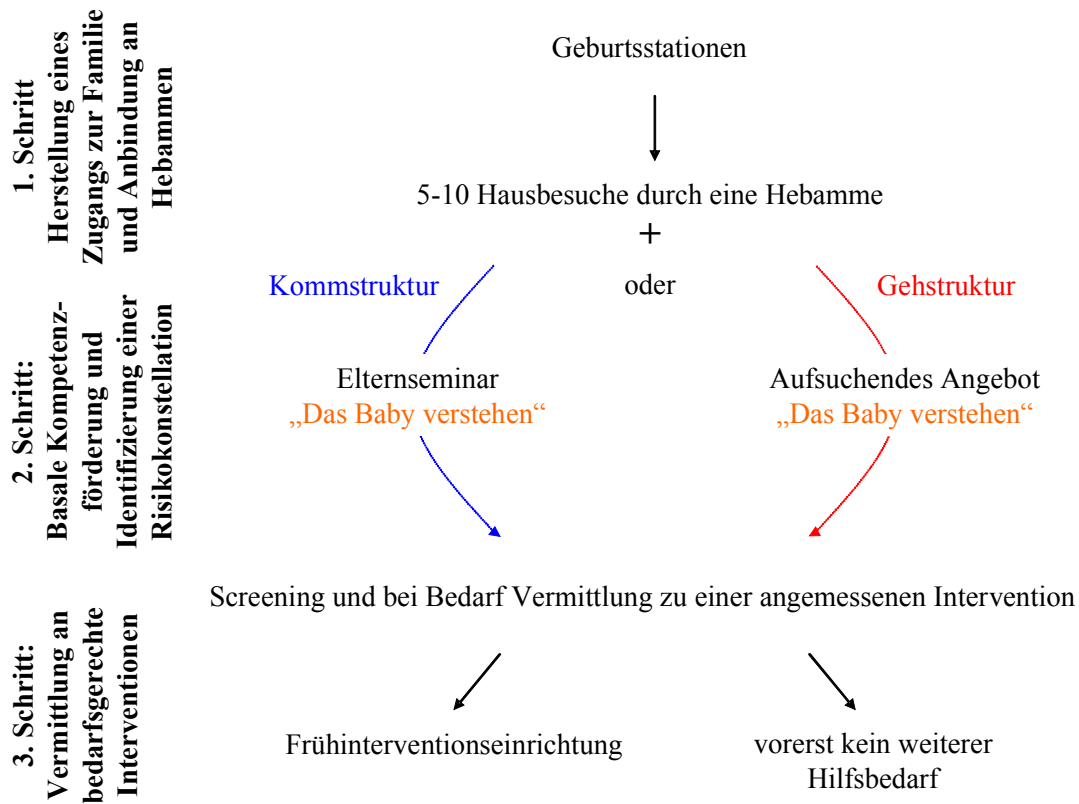


Abb. 1 „Der Zugang zu den Familien“

Basale Kompetenzförderung

Ein wichtiger Baustein im Konzept ist die basale Kompetenzförderung von Eltern mit dem Elternkurs „Das Baby verstehen“ (Cierpka 2004). werdende und „frischgebackene“ Eltern können für ihre (potentiellen) Schwierigkeiten im Umgang mit dem Kind sensibilisiert werden und erste konkrete Hilfestellung erfahren.

Als Expertinnen ausgebildet, können Hebammen die erste basale Präventionsmaßnahme anbieten und umsetzen – die Elternkurse „Das Baby verstehen“. Aber auch interessierte Angehörige anderer Berufsgruppen, die mit Eltern und Säuglingen bzw. Kleinkindern arbeiten, können zu ExpertInnen für die Durchführung von Elternseminaren oder aufsuchender Unterstützung ausgebildet werden (www.focus-familie.de).

Feinfühliges Verstehen der kindlichen Signale und das Fördern von intuitiven elterlichen Verhaltensbereitschaften wurden in mehreren Lektionen curricular aufbereitet. Die Titel der fünf Lektionen des Elternkurses „Das Baby verstehen“ sind:

- Ich Sorge für mich selbst
- Wie können Partner zusammenarbeiten?
- Das Baby sendet Signale aus
- Warum weint das Baby?
- Vertrauen in die eigene Kompetenz.

Die klassische Vorgehensweise bei der Vermittlung der Themen ist ein von Hebammen geleitetes Seminarangebot über fünf Abende, oft eingebettet in die Geburtsvorbereitungskurse. Die bisherigen Erfahrungen mit Elternseminaren zeigen jedoch, dass sozial stark belastete Familien oder Multiproblemfamilien kaum erreicht werden können.

Die Hebammen benötigen zusätzliche Kompetenzen, um nicht nur in den medizinischen sondern auch in den psychosozialen Problembereichen intervenieren zu können. Die im Projekt teilnehmenden Hebammen werden mit einem 168 Stunden Curriculum plus Supervision zu Familienhebammen fortgebildet. Den Familienhebammen werden Kompetenzen vermittelt

- in der Einschätzung der Mutter-Kind-Interaktionen und Vater-Kind-Interaktionen und dem Bindungsangebot,
- im Vermitteln von basalen Interaktionskompetenzen für Eltern und Kind,
- im behutsamen Einbezug der Väter und deren Sensibilisierung für frühe Familienprozesse
- in der Einschätzung von Partnerschafts- und Familienkrisen,
- in der Gesprächsführung mit dem Schwerpunkt auf Wertschätzung und Ressourcenorientierung,
- im Umgang mit Misstrauen und ambivalenten Gefühlen gegenüber dem Hilfsangebot,
- im Weiterleiten der hilfeschuchenden Mutter bzw. der Eltern an eine adäquate Stelle.

Ein entsprechendes Lehrbuch für die Familienhebammen wurde geschrieben (Nakhla et al., 2009). Für eine entsprechende Weiterbildung zur Familienhebamme wurde mit den Hebammenverbänden in Hessen und im Saarland ein Kooperationsvertrag geschlossen.

Während ihrer ersten Hausbesuche nach der Geburt des Kindes, die in allen Familien stattfinden sollen, können die Hebammen erfahren, ob die Familie an einem Elternkurs

teilnimmt und bei Schwierigkeiten zusätzlich Gehstrukturen wie zum Beispiel eine Eltern-Säuglings-Beratung in Anspruch nimmt. Ist dies nicht der Fall, wird die Zahl der Hausbesuche erhöht und die Familie während des ganzen ersten Lebensjahrs begleitet. Diese Leistung kann durch die bereits in der Familie tätige Hebamme erbracht werden, wenn diese zur Familienhebamme ausgebildet ist. Wenn nicht, ist ein Übergang zu einer anderen Familienhebamme fließend zu gestalten, d.h. dass die Person positiv von der Hebamme eingeführt wird und ein bis zwei Besuche gemeinsam stattfinden. Während der Begleitung über das erste Lebensjahr werden der Familie der Inhalt des Kurses „Das Baby verstehen“ individuell zu Hause vermittelt. Dieses Hausbesuchsprogramm wurde inzwischen als Manual erarbeitet und wird als Fortbildung angeboten (www.focus-familie.de).

Identifikation von Risikokonstellationen und Weitervermittlung

Instrumente sind notwendig, um Ressourcen und Belastungen von Kind und Familie erkennen zu können, das ist eine Voraussetzung für darauf folgende bedarfsgerechte Unterstützungsangebote. Die Frage nach der Quantifizierung von Belastung und entsprechenden Hilfsangeboten ist eng mit Überlegungen verbunden, was gesellschaftlich noch als angepasst bzw. wirklich dysfunktional gelten kann. Eine eindeutige Antwort auf diese Frage gibt es nach Bornewasser und Glitsch (2006) ebenso wenig wie es verlässliche Hinweise darauf gibt, ab wann die Suche nach Risiko schädlich ist.

Kindesvernachlässigung entsteht durch permanente Überlastung und durch Probleme, die die Eltern aus eigener Kraft nicht bewältigen können. Je mehr Belastungsfaktoren in den einzelnen Lebensbereichen vorliegen, desto größer ist das Risiko für Kindesvernachlässigung. Aber: Das Vorliegen von Risikofaktoren in Familien führt nicht automatisch zu Kindesvernachlässigung. Zusätzlich zu den genannten Schwierigkeiten ist in den Familien meist eine grundlegende Beeinträchtigung der Beziehung zwischen Eltern und Kind festzustellen (Deutscher Kinderschutzbund, 2000). Diese pathogenetisch so bedeutsame Beziehungsstörung gilt es im Rahmen der Betreuung durch Hebammen bzw. durch Familienhebammen zu identifizieren. Zur Beantwortung der Frage, welche Variablen in einem möglichen „Risiko-Screening“ realistischerweise zum Einsatz kommen könnten, ergibt sich für die oben genannten Belastungsbereiche die folgenden Kategorien für die Heidelberger Belastungsskala (Stasch et al. 2006):

1. *Persönliche Belastung des Kindes*

- Erhöhte Krankheitsanfälligkeit
- Behinderung
- Frühgeburtlichkeit
- Regulationsprobleme

2. *Persönliche Belastung der Eltern*

- Frühzeitige Familiengründung
- Geburt als schwere/traumatisierende Erfahrung
- Postpartale Depression der Mutter
- Chronische Überforderung der Mutter (Eltern), die sich auch bei der Untersuchung des Kindes zeigen (bspw. Gedeihstörung wegen inadäquater Ernährung, schlechter Pflegezustand wie rezidivierende Windeldermatitis, Fehlen altersangemessener Verhaltensweisen wie bspw. reaktives Lächeln, Vermeidung von Blickkontakt durch das Kind)
- Vorliegen einer Beziehungsstörung (Mutter vermeidet Körperkontakt bzw. symbiotische Beziehungsgestaltung, Mutter übergeht deutliche Signale des Kindes, offene Ablehnung, Sündenbockzuweisung)
- Schwere/chronische körperliche Erkrankung eines Elternteils
- Dissozialität

3. *Familiäre Belastung*

- Fehlende familiäre Unterstützung
- Einelternfamilie
- Altersabstand zwischen Kindern < 18 Monate
- Chronisch krankes/behindertes Geschwisterkind

4. *Soziale Belastung*

- Fehlende soziale Unterstützung
- Dissoziales Umfeld

5. *Materielle Belastung*

- Arbeitslosigkeit
- Armut
- Wohnungsenge

Die individuelle Risikobestimmung muss immer auch das Vorhandensein potentiell kompensatorischer Schutzfaktoren berücksichtigen. So können beispielsweise trotz deutlicher materieller Belastung die psychosoziale Integration und die familiäre Unterstützung sehr gut und förderlich ausgeprägt sein. Alle Kategorien sind in einem Manual erläutert und näher spezifiziert, sodass eine quantitative Einschätzung der Faktoren vorgenommen werden kann. Die Heidelberger Belastungsskala wird aktuell validiert.

Koordination der Hilfen vor Ort

Wenn Eltern für ihre Problematik sensibilisiert sind, können sie an eine hilfe anbietende Institution angebunden werden. Die Vermittlung an dieser Schnittstelle (Schritt 3 in unserem Stufenplan) ist ein entscheidender Prozess, für dessen Gelingen Kenntnisse über die hilfe anbietenden Institutionen vor Ort vorhanden sein müssen und die Vermittler über basale Gesprächsfertigkeiten verfügen müssen. Für die eigentliche frühe Hilfe hat der Gesetzgeber folgende Einrichtungen geschaffen:

- Eltern-Säuglings-/ Kleinkind-Beratung an Familienberatungsstellen, Kinderkliniken, Kinder- und Jugendpsychiatrien, Psychosomatischen Kliniken, Sozialpädiatrischen Zentren, Frühförderstellen etc.,
- vereinzelt auch stationäre Behandlungsangebote bei frühkindlichen Regulationsstörungen,
- Sozialpädagogische Familienhilfe,
- Betreutes Mutter-Kind-Wohnen und
- Mutter-Kind-Einheiten an psychiatrischen und psychosomatischen Kliniken bei postpartalen psychischen Erkrankungen der Mütter.

Zur Optimierung der Identifikation von Risikokonstellationen und Vermittlung von primären Präventions- und Interventionsmaßnahmen wird in jeder Gebietskörperschaft ein Arbeitskreis *Netzwerk für Eltern* eingerichtet. Dies ist ein Arbeitskreis mit Mitgliedern aller an der Prävention und Intervention in der frühen Kindheit beteiligten Institutionen und Berufsgruppen, der sich regelmäßig trifft. Dreh- und Angelpunkt des Netzwerks ist der Koordinator- bzw. die Koordinatorin, die von allen Mitgliedern angesprochen wird und so Informationen bündelt und geeignete Schritte in die Wege leitet. Die KoordinatorIn betreut auch die Familienhebammen und rechnet deren Leistungen ab.

Aktueller Stand des Projekts

Das Präventionskonzept „Keiner fällt durchs Netz“ ist gut angelaufen. Die Maßnahme findet inzwischen in 7 Gebietskörperschaften statt. Da alle saarländischen Landkreise und der Stadtkreis Saarbrücken integriert werden konnten, wurde eine landesweite Implementierung im Saarland möglich. Dazu kommen die Landkreise Offenbach und Bergstrasse in Hessen und die Stadt Heidelberg in Baden-Württemberg. In allen Gebieten wurde ein „Netzwerk für Eltern“ installiert und die KoordinatorInnen bestellt, die alle ihre anspruchsvolle Tätigkeit aufgenommen haben. Inzwischen arbeiten 39 Hebammen, die zu Familienhebammen fortgebildet wurden, in den verschiedenen Land- und Stadtkreisen an einem Tag ihrer Arbeitswoche für das Projekt. Ihre Betreuungsleistungen werden noch unterschiedlich abgerechnet. Vertragsverhandlungen wurden mit den Kommunen und den Verbänden der Krankenkassen aufgenommen.

In allen Gebieten wurden MultiplikatorInnen für den Elternkurs „Das Baby verstehen“ ausgebildet. Die Elternkurse werden allen „neuen“ (nicht belasteten) Eltern angeboten. Das Klinikpersonal in allen Kliniken der Gebiete und die niedergelassenen Ärzte wurden mit der Heidelberger Belastungs-Skala vertraut gemacht, um risikobelastete Familien noch besser erkennen zu können. Wenn die Familien als belastet angesehen werden, scheint die Zuweisung zu einer Familienhebamme zur Betreuung gut zu funktionieren. Das Angebot von Hausbesuchen wird von den Eltern zu einem hohen Prozentsatz angenommen. Insgesamt wurden in den ersten 9 Monaten der Laufzeit 100 hochbelastete Familien betreut und über 800 Hausbesuche abgerechnet. Die bisherige Prozessevaluation dokumentiert, dass in den Hausbesuchen zu 80% psychosoziale Themen vorherrschen, in lediglich 20% geht es um medizinische Versorgungsleistungen.

Durch Fördermittel des Nationalen Zentrums Frühe Hilfen (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend) ist es gelungen eine Begleitforschung zu diesem Projekt zu beginnen. In der Studie „Projekt Frühe Interventionen für Familien – PFIFF“ werden in einem quasiexperimentellen Design die Effekte unserer Interventionen in der Experimentalgruppe mit einer parallelisierten Kontrollgruppe verglichen.

Literatur

Bender, D. & Lösel, F. (2000): Risiko- und Schutzfaktoren in der Genese und Bewältigung von Missbrauch und Vernachlässigung. In: Egle, U.T., Hoffmann, S.O. & Joraschky, P. (Hg.): Sexueller Missbrauch, Misshandlung, Vernachlässigung, 40-56. Stuttgart (Schattauer).

- Borke, J., Werchan, A., Abels, M. & Kantrowitsch, V. (2005): Das Konzept der Babysprechstunde Osnabrück. In: Hawellek, C. & v. Schlippe, A. (Hg.): Entwicklung unterstützen – Unterstützung entwickeln: Systemisches Coaching für Eltern nach dem Marte Meo-Modell, 172-191. Göttingen (Vandenhoeck und Ruprecht).
- Bornwasser, M. & Glitsch, E. (2006): Erhöhte Risikobereitschaft und Risikosuche. In: Lohaus, A. Jerusalem, M. & Klein-Heßling, J. (Hg.): Gesundheitsförderung im Kindes- und Jugendalter, 273-300. Göttingen (Hogrefe).
- Cierpka, M. (1999) (Hg.): Kinder mit aggressivem Verhalten. Ein Praxismanual für Schulen, Kindergärten und Beratungsstellen. Göttingen (Hogrefe).
- Cierpka, M. (2005): Besser vorsorgen als nachsorgen. Möglichkeiten der psychosozialen Prävention. In: Cierpka, M (Hg.): Möglichkeiten der Gewaltprävention. Göttingen (Vandenhoeck & Ruprecht), 59-88.
- Cierpka, M. (Hg.) (2004): Das Baby verstehen – eine Elternschule. www.focus-familie.de
- Cierpka, M., Groß, S., Egle U.T. & Stasch, M. (2006): Prävention seelischer Störungen bei Kindern - Frühförderungsprogramme für risikobelastete Familien. *Psychotherapeut* 51, 433-439.
- Deutscher Kinderschutzbund NRW/Institut für Soziale Arbeit e.V (2000): Kindesvernachlässigung. Erkennen-Beurteilen-Handeln. Münster/Wuppertal.
- Cierpka, M., Franz, M.& Egle, U.T. (2009): Primäre Prävention und Früherkennung. In: von Uexkuell, Th (Hrsg.). *Psychosomatische Medizin*. München (Urban & Fischer), Neuauflage, im Druck.
- Drajer N (1990): Die Rolle von sexuellem Mißbrauch und körperlicher Mißhandlung in der Ätiologie psychischer Störungen bei Frauen. *System Familie* 3, 59-73.
- Dzewaltowski, D., Estabrooks, P., Glasgow, R. & Klesges L. (2004): www.re-aim.de
- Eckenrode, J., Zielinski, D., Smith, E., Marcynyszyn, L.A., Henderson, C.R., Kitzam, H., Cole, R., Powers, J. & Olds, D.L. (2001): Child maltreatment and the early onset of problem behaviors: Can a program of nurse home visitation break the link? *Development and Psychopathology*,13(4), 873-90.
- Egeland, B., Weinfield, N.S., Bosquet, M.& Cheng, V.K. (2000): Remembering, Repeating, and Working Through: Lessons from Attachment-Based Interventions. In: Osowsky, J.D. & Fitzgerald, H.E. (Hg.): *Infant Mental Health in Groups at High Risk* (Vol. 4). *WAIMH Handbook of Infant Mental Health*. N.Y. (J. Wiley & Sons, Inc.)
- Egle, U.T., Hardt, J., Nickel, R., Kappis, B. & Hoffmann, S.O. (2002): Früher Streß und

Langzeitfolgen für die Gesundheit – Wissenschaftlicher Erkenntnisstand und Forschungsdesiderate 48, 411-434.

Egle, U.T. & Cierpka, M. (2006): Missbrauch, Misshandlung, Vernachlässigung. In: A. Lohaus, M. Jerusalem, J. Klein-Heßling (Hrsg.) Gesundheitsförderung im Kindes- und Jugendalter. Göttingen (Hogrefe), 370-400.

Emery, R.E. & Laumann-Billings, L. (1998): An overview of the nature, causes, and consequences of abusive family relationships. Toward differentiating maltreatment and violence. *Am Psychol*, 53(2), 121-35.

Engfer A. (2005): Gewalt gegen Kinder in der Familie. In: Mißbrauch, Mißhandlung, Vernachlässigung (Hg.). Stuttgart (Schattauer), 3-19.

Erickson, M.F. & Kurz-Riemer, K. (1999): Infants, toddlers and their families. Guilford Press.
In: Fergusson, D.M. & Mullen, P.E. (1999): Childhood sexual abuse: An evidence based perspective. Thousand Oaks, California (Sage Publications).

Gregor, A. & Cierpka, M. (2005a): Frühe Hilfen für Eltern - Elternschule "Das Baby verstehen". *Psychotherapeut* 50, 144-147.

Gregor, A. & Cierpka M. (2005b): Elternseminare. In: Cierpka, M. (Hg.) Möglichkeiten der Gewaltprävention. Göttingen (Vandenhoeck und Ruprecht), 86-105.

Grossmann, K.E. (2000): Bindungsforschung im deutschsprachigen Raum und der Stand des bindungstheoretischen Denkens. *Psychologie in Erziehung und Unterricht* 47, 221-237.

Jurczyk, K., Sann, A. & Thrum, K. (2005): Opstapje – Schritt für Schritt. Abschlussbericht des Projekts, Deutsches Jugendinstitut, www.dji.de

Lamb, M. E. (Hg.) (2004): *The Role of the Father in Child Development* (Fourth Edition). Hoboken, New Jersey (Wiley).

Layzer, J.I., Goodson, B.B., Bernstein, L. & Price, C. (2001): National evaluation of family support programs. Volume A: The meta-analysis. Cambridge, MA (Abt Associates).

Nakhla, D., Eickhorst, A. & Cierpka, M. (2009): *Praxishandbuch für Familienhebammen*, Mabuse Verlag, Frankfurt.

Nickel R. & Egle U.T. (2001): Coping with conflict as a pathogenetic link between psychosocial adversities in childhood and psychic disorders in adulthood. *Z Psychosom Med Psychother* 47, 332-47.

Nickel, H. & Quaiser-Pohl, C. (2001): *Junge Eltern im kulturellen Wandel*. Weinheim (Juventa).

Olds, D. L., & Kitzman, H. (1993): Review of research on home visiting for pregnant women

and parents of young children. *Future of Children*, 3, 53-92.

Olds, D., Henderson, C.R., Cole, R., Eckenrode, J., Kitzman, H., Luckey, D., Pettitt, L., Sidora, K., Morris, P. & Powers, J. (1998): Long-term effects of Nurse Home Visitation on children's criminal and antisocial behavior. *The Journal of the American Medical Association* 280, 1238-1244.

Olds, D., Henderson, C.R., Kitzman, H.J., Eckenrode, J.J., Cole, R.E. & Tatelbaum, R.C. (1999): Prenatal and infancy home visitation by nurses: Recent findings. *The Future of Children* 9, 44-63.

Olds, D.L. (2006): The Nurse-Family Partnership: An Evidence-Based Preventive Intervention. *Infant Mental Health Journal* 27, 5-25.

Ramey, C.T. & Ramey, S.L. (1993): Home visiting programs and the health and development of young children. *Future of children* 3, 129-139.

Rutter, M. & Giller, H. (1983): *Juvenile delinquency: Trends and perspectives*. Middlesex, U.K. (Penguin).

Schwind, H., Baumann, J., Lösel, F. & et al. (1990): *Ursachen, Prävention, Kontrolle von Gewalt*. Berlin (Duncker & Humblot).

Stasch, M. (2006): *Die Heidelberger Belastungsskala*. Unveröffentlichtes Manuskript. Universitätsklinikum Heidelberg, Heidelberg.

Suess, K. & Kißken, R. (2005): Frühe Hilfen zur Förderung der Resilienz auf dem Hintergrund der Bindungstheorie: Das STEEP-Modell. In: Cierpka, M. (Hg.): *Möglichkeiten der Gewaltprävention*. Göttingen (Vandenhoeck und Ruprecht), 135-152.

UNICEF-Report: *Progress for Children (2005): A World Fit for Children*. Statistical Review, New York.

Wahl, K. (1990): *Studien über Gewalt in Familien*. Weinheim (DJI Verlag).

Wetzels, P. (1997): *Gewalterfahrungen in der Kindheit: Sexueller Missbrauch, körperliche Misshandlung und deren langfristige Konsequenzen*. Baden-Baden (Nomos).

Windorfer, A. (2009): *Prävention von Kindesvernachlässigung durch aufsuchende Arbeit von Familienhebammen*. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, im Druck.

Zeanah, P.D., Larrieu, J. A., Boris, N.W. & Nagle, G.A. (2006): Nurse Home Visiting: Perspectives From Nurses. *Infant Mental Health Journal* 27, 41-54.

Ziegenhain, U., Dreisörner, R. & Derksen, B. (1999): Intervention bei jugendlichen Müttern und ihren Säuglingen. In: Suess, G. & Pfeifer, W.-K. (Hg.): *Frühe Hilfen*. Gießen (Psychosozial-Verlag), 222-245.

Ziegenhain, U., Fries, M., Bütow, B. & Derksen, B. (2004): Entwicklungspsychologische Beratung für junge Eltern – Grundlagen und Handlungskonzepte für die Jugendhilfe. Weinheim (Juventa Verlag).

Zierau, J. & Gonzáles, I.-M. (2005): Modellprojekt Aufsuchende Familienhilfe für junge Mütter – Netzwerk Familienhebammen. Ergebnisse der Evaluation, Bericht 104.05. IES GmbH, Universität Hannover.

Anhang A: Risiko- und Schutzfaktoren

Risikofaktoren

- Niedriger sozioökonomischer Status
- Schlechte Schulbildung der Eltern
- Arbeitslosigkeit
- Große Familien und sehr wenig Wohnraum
- Kontakte mit Einrichtungen der “sozialen Kontrolle” (z.B. Jugendamt)
- Kriminalität oder Dissozialität eines Elternteils
- Chronische Disharmonie in der Primärfamilie
- Mütterliche Berufstätigkeit im ersten Lebensjahr
- Unsicheres Bindungsverhalten nach 12./18. Lebensmonat
- Psychische Störungen der Mutter/des Vaters
- Schwere körperliche Erkrankungen der Mutter/des Vaters
- Chronisch krankes Geschwister
- Alleinerziehende Mutter
- Autoritäres väterliches Verhalten
- Verlust der Mutter
- Längere Trennung von den Eltern in den ersten 7 Lebensjahren
- Anhaltende Auseinandersetzungen infolge Scheidung bzw. Trennung der Eltern
- Häufig wechselnde frühe Beziehungen
- Sexueller und/oder aggressiver Missbrauch
- Schlechte Kontakte zu Gleichaltrigen in der Schule
- Altersabstand zum nächsten Geschwister <18 Monate
- Hohe Risiko-Gesamtbelastung

- Jungen vulnerabler als Mädchen

Tab. 1: Empirisch gesicherte Risikofaktoren mit potentiellen Langzeitfolgen (Egle et al. 2002)

Schutzfaktoren

1. Dauerhafte gute Beziehung zu mindestens einer primären Bezugsperson
2. Sicheres Bindungsverhalten
3. Großfamilie, kompensatorische Elternbeziehungen
4. Entlastung der Mutter (v.a. wenn alleinerziehend)
5. Gutes Ersatzmilieu nach früherem Mutterverlust
6. Überdurchschnittliche Intelligenz
7. Robustes, aktives und kontaktfreudiges Temperament
8. Internale Kontrollüberzeugungen, "self-efficacy"
9. Soziale Förderung (z.B. Jugendgruppen, Schule, Kirche)
10. Verlässlich unterstützende Bezugsperson(en) im Erwachsenenalter
11. Lebenszeitlich spätere Familiengründung (i.S. von Verantwortungsübernahme)
12. Geringe Risiko-Gesamtbelastung
13. Geschlecht: Mädchen weniger vulnerabel

Tab. 2: Empirisch gesicherte kompensatorische Schutzfaktoren (Egle et al. 2002)

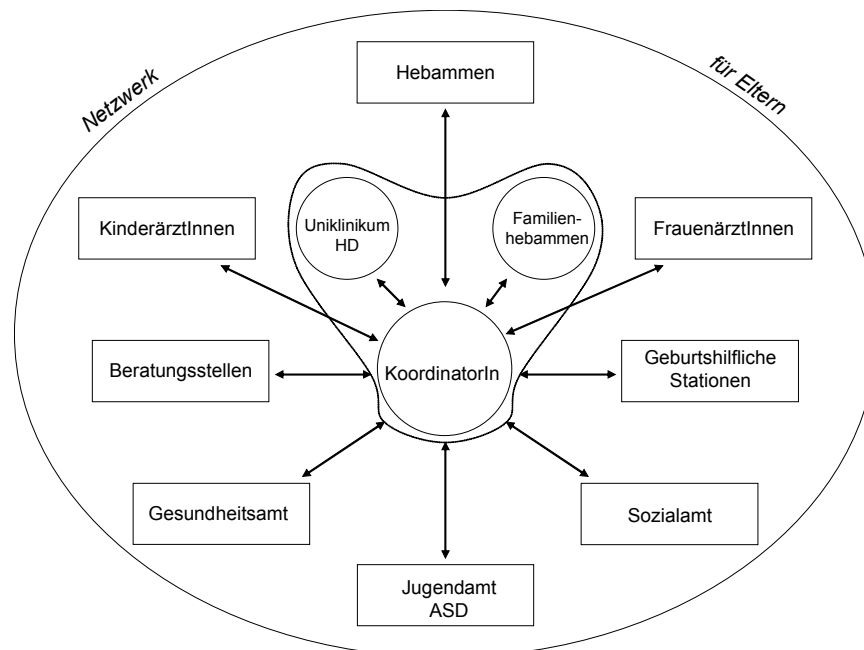


Abb. 2: „Das Netzwerk für Eltern“

Werkzeugkasten

Definition der Prävention

Das „Committee on Prevention of Mental Disorders“ des Nationalen Instituts für Medizin der USA schlug vor, die präventiven Interventionen für psychische Störungen und Familienprobleme in die folgenden Kategorien einzuteilen (vgl. Cierpka 2005):

Die *primäre Prävention* für alle Gruppen in einer Bevölkerung bezeichnet man als *universelle präventive Intervention*. Entscheidend ist, daß sie unabhängig von eventuell vorhandenen Risikofaktoren eingesetzt wird. Wenn Risikofaktoren identifiziert werden und das Risiko verringert werden soll, muß man genau genommen schon von *sekundärer Prävention* sprechen. Diese Unterscheidung fällt manchmal nicht leicht. Wenn Eltern z.B. mit ihrem exzessiv schreienden Baby in einer Sprechstunde um Rat nachsuchen, stellt sich die Frage, ob dies bereits eine Risikokonstellation darstellt. Immerhin sind ca 25% der Kinder in einer bestimmten Phase sog. „Schreibabys“. Nicht alle von ihnen können als Risikokinder bezeichnet werden. Im Sinne der universellen primären Prävention können aber alle Eltern darauf vorbereitet werden, sodaß das Risiko in Grenzen gehalten werden kann.

Beispiele für universelle primäre Prävention aus dem Gesundheitsbereich sind etwa die Vorsorgeuntersuchungen für Schwangere oder die zeitlich genau terminierten und inhaltlich vorgegebenen Untersuchungen der Kinder beim Kinderarzt. Im psychosozialen Bereich sind die Ehevorbereitungskurse für Paare oder die Elternschulen in den Familienbildungsstätten anzuführen.

Mit einer *selektiven präventiven Intervention* werden Subpopulationen wie z. B. die Alleinerziehenden, Verwitwete oder Scheidungskinder gefördert. Diese Maßnahmen zielen auf Individuen oder Bevölkerungsgruppen, die auf Grund verschiedener Faktoren im Vergleich zum Durchschnitt der Bevölkerung ein erhöhtes Risiko für die Entwicklung von Störungen haben oder schon erste Symptome aufweisen.

Indizierte präventive Interventionen zielen auf Personen, die bereits Symptome einer Störung aufweisen, aber noch nicht die Kriterien für eine Diagnose erfüllen. Mit *indikativer Prävention* meint man z. B. die Förderung von Kindern, die eine hyperkinetische Störung oder eine Lese-Rechtschreibstörung entwickeln könnten.

Workshop 1

Nachhaltigkeit von Interventionsprojekten gegen Gewalterfahrungen in Hessen

Prof. Dr. Beate Blättner, Hochschule Fulda



Prof. Dr. Beate Blättner

Vom Opfer zur Klägerin: Ziel der Interventionen

Das Ziel einer gerichtsverwertbaren, ärztlichen Dokumentation von häuslicher und sexualisierter Gewalt ist primär, den von Gewalt betroffenen Frauen zu ermöglichen, vom Opfer zur Klägerin zu werden. Die Frauen erhalten mit der Dokumentation die Chance, strafrechtliche oder zivilrechtliche Schritte zu unternehmen, eventuell auch nicht direkt nach der Gewalterfahrung, sondern erst zu einem späteren Zeitpunkt, wenn sie zu diesem Schritt bereit sind. Dieser Schritt kann die Betroffene darin unterstützen, sich aus einer Gewaltbeziehung zu lösen, sich vor weiterer Gewalt zu schützen und gesellschaftlich darin bestätigt zu werden, dass sie Unrecht erlitten hat .

Der Weg vom Opfer zu Klägerin kann ein Stück eines Empowerment-Prozesses (Rappaport 1981) sein, der einer mit der Gewalt beabsichtigten Demoralisierung (Frank 1961) und einer Einschränkung von Handlungsmacht (Helfferich, Kavemann 2004; Helfferich 2005) entgegenwirkt . Dies gilt selbst dann, wenn die von Gewalt betroffene Frau in der Beziehung bleibt – sie kann die Beziehung damit im Aushandlungsprozess auf eine andere Basis stellen. Die Voraussetzung dafür ist allerdings, dass die Frau selbst entscheiden kann, welche Schritte sie wann geht und damit tatsächlich Handlungsmacht zurückerhält.

Die gerichtsverwertbare Dokumentation erhöht die Erfolgchancen in Gerichtsverfahren. Von

Gewalt betroffene Frauen erhalten mit der Dokumentation zugleich die grundsätzliche Möglichkeit, Ansprüche nach dem Opferentschädigungsgesetz geltend zu machen und damit einen Teil der ökonomischen Folgen von Gewalt aufzufangen. In Ausnahmefällen kann ein Antrag auf Opferentschädigung sogar ohne eine polizeiliche Anzeige aussichtsreich sein, allerdings erfahrungsgemäß eher nicht, wenn die Gewaltbeziehung aufrechterhalten wird.

Die Gesundheitsversorgung übernimmt mit der gerichtsverwertbaren Dokumentation in erster Linie gesellschaftliche Aufgaben, vergleichbar mit der Dokumentation der gesundheitlichen Folgen eines Arbeitsunfalls, der Erstellung von Gutachten oder der Bescheinigung einer Arbeitsunfähigkeit. Es ist möglich und sogar wahrscheinlich, dass das Erkennen, Ansprechen und Dokumentieren, die Sicherung von Schutz und die Weiterleitung an das Hilfesystem durch die Gesundheitsversorgung zugleich auch die gesundheitlichen Folgen von Gewalterfahrungen lindern können. So werden etwa Gewaltkreisläufe durchbrochen, oder Frauen unternehmen mehr zu ihrem eigenen Schutz.

Die Beweislage zu gesundheitlichen Outcomes ist bisher allerdings noch sehr dünn, und zwar nicht aufgrund mangelnder Erfolge der Interventionen, sondern aufgrund der außerordentlich schlechten Studienlage (Feder et al. 2009). In Deutschland kommt hinzu, dass die Pflege zwar in der bisherigen Praxis viel Engagement zeigt, anders als international üblich (Lambe, Gage-Lindner 2007) allerdings kaum über von der Medizin unabhängige Befugnisse verfügt, vor allem nicht in der stationären Krankenpflege. Diese Rahmenbedingungen müssen berücksichtigt werden, wenn über Chancen und Hindernisse der Nachhaltigkeit von Interventionsprojekten nachgedacht wird. Die Übernahme gesellschaftlicher Aufgaben durch die Medizin erfordert andere Formen von Anreizen als dies der Fall wäre, wenn ein direkter gesundheitlicher Nutzen der ärztlichen Intervention evidenzbasiert nachweisbar wäre.

Engagement alleine reicht nicht: Hindernisse der Implementierung

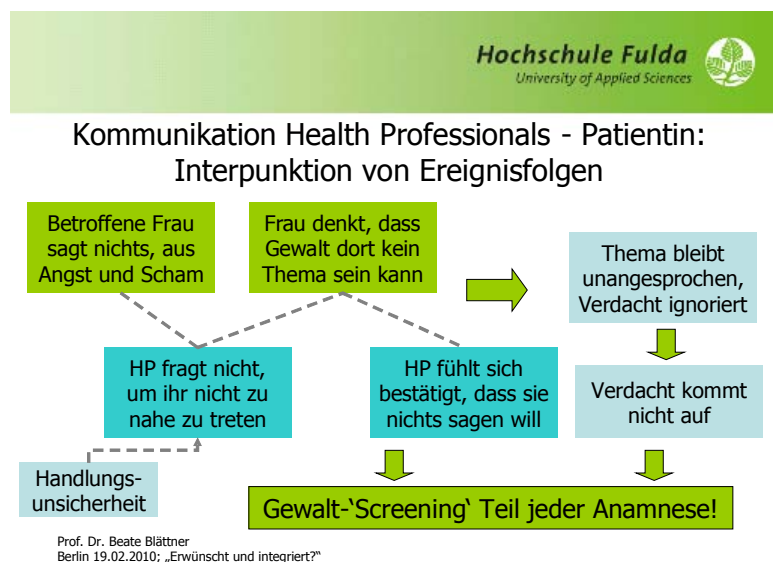
Die folgenden Überlegungen zur Nachhaltigkeit von Interventionsprojekten gegen Gewalterfahrungen sind ein vorläufiges Fazit aus mehreren Forschungsarbeiten, die die *Arbeitsgruppe Gesundheitsschutz bei interpersoneller Gewalt* an der Hochschule Fulda durchführt oder durchgeführt hat. Das hohe Engagement der Referatsleitung ‚Prävention und Schutz vor Gewalt, Hilfen zur Erziehung‘ im Hessischen Ministerium für Arbeit, Familie und Gesundheit sowie der Förderung durch das Hessische Ministerium für Wissenschaft und Kunst hat die Durchführung der Projekte ermöglicht. Durchgeführt wurde die Evaluation der

Implementierung des Hessischen Dokumentationsbogens bei häuslicher Gewalt in den Jahren 2007 bis 2008, die auch die Möglichkeit bot, das Projekt S.I.G.N.A.L.-Kassel zu evaluieren und speziell die Situation der Pflege zu betrachten (Blättner et al. 2009, Blättner et al 2008). Darüber hinaus erfolgte die Entwicklung eines Dokumentationssystems für die zahnärztliche Versorgung in den Jahren 2008 bis 2009 (Hahn et al 2009; Hahn 2009), die Evaluation der Implementierung des Hessischen Dokumentationsbogens bei sexualisierter Gewalt in den Jahren 2009 bis 2010, die wissenschaftliche Begleitung der Schutzambulanz Fulda von 2009 bis 2012 sowie die Durchführung eines Projekts zur Entschädigung von Opfern interpersoneller Gewalt in den Jahren 2009 und 2010.

Es konnten Hindernisse einer nachhaltigen Implementierung von Interventionsprojekten in der Gesundheitsversorgung identifiziert werden die sich auf drei Ebenen beschreiben lassen:

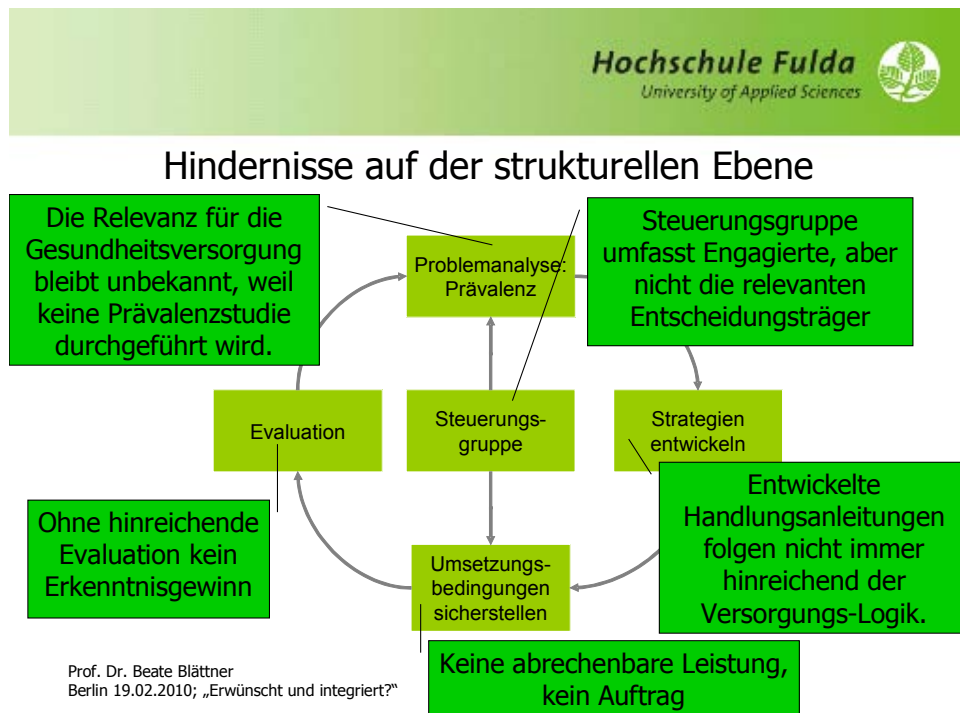
- die Ebene der direkte Interaktion zwischen medizinischen Fachkräften und den von Gewalt betroffenen Frauen
- die Ebene der Organisationsstruktur der Gesundheitsversorgung sowie der Projekte selbst
- die gesellschaftliche und politische Ebene.

Die behindernden Prozesse auf der Ebene der direkten Interaktion lassen sich mit dem dritten Kommunikationsaxiom vom Watzlawick et al. (1969) beschreiben, das besagt, dass die Natur einer Beziehung durch die Interpunktion der Kommunikationsabläufe seitens der Partner bedingt wird.



Die betroffene Frau sagt aus Angst oder Scham in der Interaktion mit den Fachkräften Gesundheitsversorgung (Health Professionals) nichts von ihren Gewalterfahrungen, eine Zurückhaltung, die einerseits aus der Gewalterfahrung selbst, andererseits aus gesellschaftlichen Prozessen der Schuldzuschreibung resultiert. Die behandelnde Fachkraft fragt zugleich, möglicherweise trotz wahrnehmbarer Anzeichen, nicht nach, um der Betroffenen nicht zu nahe zu treten. Die Ursache dafür sind die gleichen gesellschaftlichen Prozesse und zusätzlich die Handlungsunsicherheit, die teilweise trotz der Teilnahme an Schulungen besteht. Da die Health Professionals nicht fragen, fühlt sich die Frau bestätigt, dass dort kein Ort sein kann, um über Erfahrungen zu sprechen. Da ihr Schweigen anhält, fühlen sich die Health Professionals bestätigt, dass sie nichts darüber sagen will. Im Ergebnis bleibt das Thema unangesprochen. Beide einigen sich durch Schweigen in der Interaktion darauf, dass ein Verdacht kann nicht erst aufkommen soll. Dieser Kreislauf lässt sich erst durchbrechen, wenn die Frage nach möglichen Gewalterfahrungen Bestandteil der Anamnese wird, selbstverständlich nicht ohne Vorbereitung, d.h. Schulung des Personals, und selbstverständlich nicht ohne Konsequenzen.

Für die Darstellung der Hindernisse auf der strukturellen Ebene eignet sich die Orientierung am Public Health Action Cycle (Institute of Medicine 1998, Ruckstuhl et al. 1997), der sich als Planungszyklus für Interventionen in Gesundheitsförderung und Public Health bewährt hat.



Die Problematik der Projekte beginnt damit, dass die Relevanz von Gewalt gegen Frauen für die Gesundheitsversorgung letztendlich unbekannt bleibt, weil keine Studien zur Prävalenz in der Gesundheitsversorgung durchgeführt werden. Zwar ist die Lebenszeitprävalenz von Gewalterfahrungen bei Frauen inzwischen weitgehend bekannt (Müller, Schröttle 2004; Hornberg et al 2008), dies sagt aber noch nichts darüber aus, wie häufig die Gesundheitsversorgung in ihrem Alltag mit dem Problem konfrontiert wird. Die einzige Studie zur Relevanz in der Gesundheitsversorgung fand im Rahmen von *S.I.G.N.A.L.* statt (Brzank et al. 2004). Von den Ergebnissen einer Studie 2002 in der Rettungsstelle des Benjamin Franklin Krankenhaus in Berlin müssen Gesundheitsversorgungseinrichtungen aber nicht zwingend z.B. auf die Situation einer Notfallambulanz in der osthessischen Provinz des Jahres 2010 schließen. Sie können der Auffassung bleiben, Gewalt gegen Frauen sei ein Phänomen, das bei „ihren“ Patientinnen gar nicht vorkommt.

In den Steuerungsgruppen von Projekten lässt sich immer wieder feststellen, dass die im Thema engagierten Personen, aber nicht die relevanten Entscheidungsträger vertreten sind. Damit sind Umsetzungs- und Durchsetzungschancen von vorneherein begrenzt. Nachhaltige Implementierung setzt eine nachhaltige Verankerung in der Leitungsebene voraus. Die Steuerungsgruppe in einem Krankenhaus kann nicht wirksam arbeiten, wenn nicht auch die Gruppe der Ärztinnen und Ärzte angemessen vertreten ist, und zwar nicht nur z.B. mit einer Oberärztin aus der Gynäkologie, sondern zumindest mit der cheförztlichen Leitung der Notfallaufnahme, besser mit der ärztlichen Direktion des Krankenhauses. Zuviel wird in der Praxis auf die Pflege verlagert, die leichter erreichbar, aber weniger durchsetzungsfähig ist. Bisher entwickelte Handlungsanleitungen folgen nicht immer hinreichend genau der Versorgungslogik, allerdings zeichnet sich in diesem Punkt eine langsame Veränderung ab. Derzeit existiert eine erste Leitlinie einer Fachgesellschaft, die auf die in Hessen entwickelten Handlungsanleitungen bei sexualisierter Gewalt zurückgeht (Gage-Lindner 2008; Arbeitsgemeinschaft Medizinrecht 2009). Noch gibt es keine zur körperlichen Gewalt. Der höchsten Akzeptanzgrad wird allerdings auch erst dann erzielt, wenn die höchste Evidenzstufe erreicht ist und dies setzt Forschung voraus.

Die Umsetzungsbedingungen sind strukturell nicht sichergestellt, denn es gibt bisher keinen offiziellen Auftrag an die Gesundheitsversorgung, sich mit dem Thema zu befassen und damit auch keine abrechenbare Leistung und keine Legitimation für den damit verbundenen Zeitaufwand.

Ohne hinreichende wissenschaftliche Evaluation lässt sich nicht aus den Erfahrungen lernen,

Erkenntnisse können nicht gewonnen werden. Ohne Forschung zur Wirksamkeit ist auch kein Wirkungsnachweis der Interventionen möglich, damit dann auch keine Evidenz.

Welche Bedeutung die strukturelle Organisation hat, lässt sich am Unterschied der Implementierung des Dokumentationsbogens bei häuslicher Gewalt gegenüber dem bei sexualisierter Gewalt gut verdeutlichen:

- Der Dokumentationsbogen bei häuslicher Gewalt kann von allen Ärztinnen und Ärzten genutzt werden, sein Einsatz ist aber freiwillig. Die Dokumentation wird nicht finanziert. Nahezu jedes Bundesland hat inzwischen seinen eigenen Dokumentationsbogen, das macht seinen Einsatz in der Gesundheitsversorgung beliebig.
- Der in Hessen entwickelte Dokumentationsbogen bei sexualisierter Gewalt erfordert ein fachärztliches, gynäkologisches Gutachten. Sein Einsatz im Rahmen einer polizeilichen Ermittlung ist vom Innenministerium in Hessen per Erlass geregelt, die Dokumentation wird dann aus der Justizkasse finanziert. Die Dokumentation ist Bestandteil der Akten eines Strafverfahrens. Implementierungsschwierigkeiten gibt es auf diesem Wege nicht. Sie entstehen erst dann, wenn die Patientinnen nicht zuerst zur Polizei gehen wollen, sondern selbst die Dokumentation in Auftrag geben, um sich ggf. etwas später entscheiden zu können, ob sie zu einer Anzeige bereit sind.

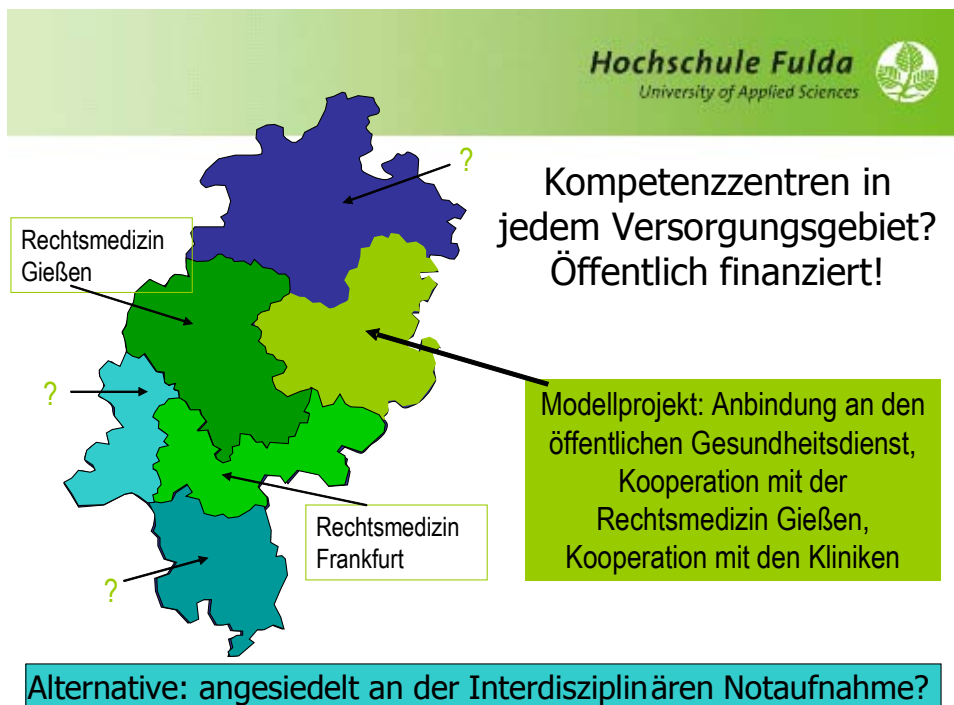
Auf der gesellschaftlichen Ebene zeichnet sich eine schneckenförmige Entwicklung ab: Gewalt gegenüber Frauen wird nach wie vor tabuisiert, marginalisiert und die Arbeit dagegen als ideologisch politisiert. In der Folge ist Gewalt gegenüber Frauen ein Nischenthema in der Versorgung und in der Finanzierung von Forschung. Ohne Forschung ist aber keine Generierung von Evidenz möglich und ohne Evidenzbasierung kein nachhaltiges Handeln der Gesundheitsversorgung.

Internationalen Beispielen folgen und Kompetenz aufbauen: Strategien

Problem 1: Ein Verdacht kommt in der Versorgung gar nicht erst auf. Die Lösung hierfür kann in der Implementierung eines generellen ‚Screenings‘ als Teil der Qualitätssicherung der Gesundheitsversorgung liegen, wie dies beispielsweise in den USA seit langem erforderlich ist. Dabei könnte aus den Studien zu den Schwierigkeiten, die mit einer solchen Forderung verbunden sind, für die Umsetzung in Deutschland gelernt werden.

Problem 2: In der Fläche existiert trotz Schulungsangeboten keine hinreichende Expertise. Ein

Weg zur Lösung in Hessen könnte eine flächendeckende Versorgung mit Kompetenzzentren für die Interventionen der Gesundheitsversorgung sein, je Versorgungsgebiet. Solche Kompetenzzentren gibt es in Europa an einigen rechtsmedizinischen Instituten, zum Beispiel in Hamburg, Lausanne oder Bordeaux. Hessen z.B. hat nach dem Krankenhausbedarfsplan sechs Versorgungsgebiete. In zweien davon liegt der Standort eines rechtsmedizinischen Institutes. In den anderen könnten dennoch Kompetenzzentren entstehen, unter Supervision der zuständigen rechtsmedizinischen Institute, angesiedelt an einem Klinikum der Maximalversorgung oder angesiedelt am öffentlichen Gesundheitsdienst. Ein erstes solches Kompetenzzentrum entsteht aktuell in Fulda, gefördert und geleitet vom Hessischen Ministerium für Arbeit, Familie und Gesundheit, unter dem Dach des Landkreises Fulda, Fachbereich Gesundheit. Die Ansiedlung am öffentlichen Gesundheitsdienst unterstreicht, dass es sich um eine öffentliche Aufgabe handelt, die zugleich Teil des Gesundheitswesens ist. Die Aufgabe dieser Schutzambulanz besteht einerseits in der konkreten Versorgung von Gewaltbetroffenen, andererseits in der Beratung und Schulung der regionalen Gesundheitsversorgung.



Problem 3: Der Mangel an Finanzierung einer patientinnenbeauftragten Dokumentation. Hier wäre zu diskutieren, ob Lösungsstrategien in einer Revision des

Opferentschädigungsgesetzes liegen könnten. Vorbild könnte etwa das Schweizer Opferhilfegesetz sein, das das Prinzip der schnellen Hilfe vor das der langfristigen Entschädigung stellt. Diese Strategie ist aber noch nicht hinreichend durchdacht, nach Abschluss des o.g. Projektes zum Opferentschädigungsgesetz werden jedoch weitere Erkenntnisse vorliegen.

Problem 4: Der Mangel an Forschung. Benötigt würde eine angemessene Forschungsausstattung zum Beispiel durch das Bundesministerium für Gesundheit oder das Bundesministerium für Bildung und Forschung. Forschung zur Intervention der Gesundheitsversorgung bei Gewalt könnte als Teil der Versorgungsforschung verstanden werden, allerdings sollte dann klar und ausdrücklich ausgewiesen sein, was gemeint ist. Besser wäre eine eigene Ausschreibung, da das Thema sonst in der allgemeinen Versorgungsproblematik untergehen könnte. Ein Beispiel für die Forschungsstärke wäre das Vereinigte Königreich Großbritannien und Nordirland.

Die vier Ebenen der Veränderung sind nicht hierarchisch zu sehen. Idealerweise würden sie gleichzeitig erfolgen, weil erst ihre Kombination die erforderlichen Synergieeffekte einer nachhaltigen Implementierung mit sich bringt. Die Notwendigkeit der Gleichzeitigkeit der Interventionsebenen ist in der Theorie des sozioökologischen Ansatzes der Intervention mit seinem Mehrebenenmodell beschrieben (Stokols 1995).

Die nachhaltige Implementierung erfolgreicher Interventionsprojekte ist insgesamt aber auch etwas, das Zeit benötigt. Zehn Jahre sind dafür eher ein kurzer Zeitraum. Insofern lässt sich sagen: es ist viel geschafft, aber es bleibt viel zu tun.

Literatur

Arbeitsgemeinschaft Medizinrecht (2009): S1-Leitlinie und Empfehlung der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e.V., Ärztliche Gesprächsführung, Untersuchung und Nachbetreuung von Frauen nach mutmaßlicher sexueller Gewaltanwendung. Kontakt D. Berg, Stand 06-2009; <http://leitlinien.net/>> AWMF-Leitlinien-Register Nr. 015/068, Entwicklungsstufe: 1.

Blättner B, Georgy S, Krüger K (2008): Forensic Nursing in Deutschland? Wahrnehmungen von Pflegekräften zu häuslicher Gewalt. *Pflegezeitschrift* 12/2008: 690-694.

Blättner B, Krüger K, Grewe, A (2009): A.U.S.W.E.G. Ärztliche Dokumentation der folgen

häuslicher Gewalt, Sichtweisen der Gesundheitsversorgung- eine Evaluationsstudie in Hessen. Forschungsberichte des gFFZ: Frankfurt a.M.

Brzank P, Hellbernd H, Maschewsky-Schneider U (2004) Häusliche Gewalt gegen Frauen: Gesundheitsfolgen und Versorgungsbedarf –Ergebnisse einer Befragung von Erste-Hilfe-Patientinnen im Rahmen der *S.I.G.N.A.L.*-Begleitforschung. *Gesundheitswesen* 2004; 66: 164-169

Feder G, Ramsay J, Dunne D, Rose M, Arsene C, Norman R, Kuntze S, Spencer A, Bacchus L, Hague G, Warburton A, Taket A (2009): How far does screening women for domestic (partner) violence in different health-care settings meet criteria for a screening programme? Systematic reviews of nine UK National Screening Committee criteria. *Health Technol Assess*, 13(16): p. iii-iv, xi-xiii, 1-113, 137-347

Frank DJ (1961): *Persuasion and healing. A comparative study of psychotherapy* Baltimore: John Hopkins University Pres

Gage-Lindner N (2008): Verdacht auf sexualisierte Gewalt – was dann? *djbZ* 2008: S. 74-76. <http://www.djb.de/publikationen/zeitschrift/djbZ-2008-2/>.

Hahn D, Blättner B, Fuchs U (2009): Die Übertragbarkeit internationaler Erfahrungen in der zahnärztlichen Versorgung gewaltbetroffener Frauen auf das deutsche Versorgungssystem. *Das Gesundheitswesen*, 71, 8/9, S. 517

Hahn D. (2009): Zwischen Zeitdruck und Versorgungsqualität. Interventionen bei häuslicher und sexualisierter Gewalt an Frauen. *Zm* 98/8:23-34

Helfferrich C (2005): Die Situation von Frauen und der Beratungsbedarf nach einem ‚Platzverweis‘ bei häuslicher Gewalt. Eine Untersuchung im Auftrag des Sozialministeriums Baden-Württemberg. In: Bannenber B, Coester M, Marks E (Hg.). *Kommunale Kriminalprävention. Ausgewählte Beiträge des 9. Deutschen Präventionstags*. Mönchengladbach: Forum Verlag Godesberg: 115-127.

Helfferrich C, Kavemann B (2004): *Wissenschaftliche Untersuchung zur Situation von Frauen und zum Beratungsbedarf nach einem Platzverweis bei häuslicher Gewalt*. Stuttgart. Sozialministerium Baden-Württemberg

Hornberg C, Schröttle M, Bohne S, Khelaifat N, Pauli A, Horch K (2008): *Gesundheitliche Folgen von Gewalt*. Robert Koch Institut. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Berlin.

Institute of Medicine (1998): *The Future of Public Health*. Washington, DC: National Academy Press

Lambe A, Gage-Lindner N (2007): Pushing the Limit – Forensic Nursing in Germany. *Journal*

of Fo-rensic Nursing: 117-125.

Müller U, Schröttle M. (2004):Lebenssituation, Sicherheit und Gesundheit von Frauen in Deutsch-land. Eine repräsentative Untersuchung zu Gewalt gegen Frauen in Deutschland. BMFSFJ, Bonn

Rappaport J (1981): In Praise of Paradox: A Social Policy of Empowerment over Prevention, Am J Community Psychology, 9:1

Ruckstuhl B, Somaini B, Twisselmann W (1997): Förderung der Qualität in Gesundheitsprojekten. Der Public Health Action Cycle als Arbeitsinstrument. Bern: Radix Gesundheitsförderung

Stokols D (1995): Translating Social Ecological Theory into Guidelines of Community Health Promotion. Californien: CA 92717-5150.

Watzlawick P, Beavin, JH, Jackson, DD (1969): Menschliche Kommunikation - Formen, Störungen, Paradoxien. Huber-Verlag, Bern

Protokoll zu Workshop 1

Nachhaltigkeit von Interventionsprojekten gegen Gewalt – welche Wege sind erfolgreich?

Moderation: Hilde Hellbernd, SIGNAL e.V.

Protokollantin: Girina Holland

Bei den 51 Teilnehmerinnen handelt es sich um in der Gesundheitsversorgung tätige Ärztinnen oder Pflegerinnen, Mitarbeiterinnen aus dem Frauenunterstützungsbereich, vor allem von Interventions-, Beratungsstellen und Zufluchtswohnungen, sowie Wissenschaftlerinnen.



Etwa zehn Personen sind in Steuerungsgruppen beziehungsweise Interventionsprojekten gegen Gewalt aktiv. Ungefähr 20 Teilnehmerinnen arbeiten in Frauenunterstützungseinrichtungen, von denen derzeit aber nur knapp die Hälfte mit Krankenhäusern zusammenarbeiten. Etwa zehn Teilnehmerinnen führen selbst Fortbildungen durch.

Die erfolgreiche Umsetzung von Interventionsprojekten in der gesundheitlichen Versorgung scheitert häufig am Fehlen nachhaltiger Strukturen. Intervention wird in den wenigsten Einrichtungen der Gesundheitsversorgung als Auftrag der Regelversorgung verstanden, sondern als eine Zusatzleistung. Kompetenzerweiterungen der Mitarbeiter/innen, Routinebefragungen sowie die Entwicklung von Standards und Qualitätssicherung für Interventionsprojekte sind nur selten Teil der Handlungskonzepte und Strategien von Krankenhäusern.

Der Workshop hat sich mit Fragen den Herausforderungen der Nachhaltigkeit von Interventionsprojekten beschäftigt und in der Diskussion vier Bereiche identifiziert, in denen Handlungsbedarf besteht: Vernetzung, Schulungskonzepte/Standards, Koordination und Politik.

Vernetzung

Bessere Kooperation und Vernetzungsstrukturen zwischen MitarbeiternInnen aus dem Anti-Gewaltbereich und Einrichtungen der medizinischen Versorgung sind eine wichtige Voraussetzung für die effektive Unterstützung von betroffenen Frauen.

Es sollte einen regelmäßigen Kontakt und Austausch zwischen Einrichtungen der medizinischen Versorgung und Mitarbeiterinnen von Frauenunterstützungsangeboten beziehungsweise dem Anti-Gewaltbereich geben. Notwendig ist zudem die Zusammenarbeit in interdisziplinären Arbeitskreisen und Steuerungsgruppen in Krankenhäusern. Dabei ist es wichtig, dass auch Vertreterinnen und Vertreter aus der Leitung teilnehmen, damit Entscheidungen umgesetzt werden können. Die Zuständigkeiten der MitarbeiterInnen in der medizinischen Versorgung sowie der Unterstützungsangebote sollten definiert und Schnittstellen effektiv genutzt werden.

Weitere wichtige Akteurinnen, die Vernetzung entscheidend fördern können, sind Gleichstellungsbeauftragte.

Im Hinblick auf die Weitervermittlung lässt sich feststellen, dass das Gesundheitspersonal über das regionale Beratungsnetzwerk informiert sein und Weitervermittlung als Aufgabe und ihren Auftrag verstehen sollte. Die Krankenhäuser müssen Informationsmaterialien zu regionalen Unterstützungsangeboten bereitstellen, und zwar auch an Orten, wo Frauen unbeobachtet Materialien mitnehmen können wie etwa in Frauentoiletten.

Des weiteren bedarf es eines aktiveren Einsatzes von ÄrztInnen in der direkten Vermittlung von betroffenen Frauen an Unterstützungsangebote. So wäre es zum Beispiel sinnvoll, den Befund von Anamnese und Dokumentation nach Zustimmung der Betroffenen direkt an ein entsprechendes Frauenunterstützungsangebot weiterzuleiten.

Fortbildungen / Schulungskonzepte/ Standards

Im Bereich der Weiterentwicklung von Schulungskonzepten sowie in der Erarbeitung von Standards für Schulungen, Befragungen und Dokumentation besteht ein großer

Austauschbedarf. Dies gilt insbesondere für den Austausch und die Weiterentwicklung von Schulungskonzepten, mit dem Ziel der Entwicklung von Standards für Schulungen, sowie für die Möglichkeit gemeinsamer Diskussion und Erarbeitung von Empfehlungen zu Routinebefragungen und Dokumentation.

Der Sinn von Routinebefragungen liegt unter anderem in der Vermittlung der Tatsache, dass Gewalterfahrung kein Tabuthema ist. So soll dem Problem von Schuld- und Schamgefühl der Betroffenen entgegen gewirkt werden. Es ist in diesen Routinebefragungen zudem entscheidend, dass die Umgangsweisen mit der Gewaltthematik gegenüber Patientinnen offen gelegt werden, um den betroffenen Frauen Angst und Sorge vor ungewollten Eingriffen von Außen zu nehmen.

Die Schulungen für das Gesundheitspersonal sollten als Maßnahmen und Ziele in den entsprechenden Abteilungen der Krankenhäusern formuliert und in Aktions- und/oder Strategiepläne integriert werden. Dabei sollte sichergestellt sein, dass nicht nur das Pflegepersonal, sondern auch die ÄrztInnen für Schulungen freigestellt werden. In diesem Zusammenhang stellt das E-learning zwar eine kostengünstige Schulungsvariante dar, es erscheint jedoch problematisch, wenn Inhalte nur über das Internet vermittelt werden.

Koordination der Umsetzung

Ohne die aktive Beteiligung von Entscheidungsträgern und Führungspersonal in den Einrichtungen der Gesundheitsversorgung ist die Nachhaltigkeit und Optimierung von Interventionsprojekten gefährdet. Deshalb müssen Strukturen implementiert werden, die die Umsetzung nicht mehr von dem Engagement einzelner Personen abhängig machen. Es besteht also ein Bedarf an effektiven Ansätzen und Strategien für die Einbindung von Führungspersonal und Entscheidungsträgern auf allen Ebenen der Umsetzung von Interventionsprojekten.

Hinsichtlich der organisatorischen Umsetzung in der gesundheitlichen Versorgung erscheint etwa die Ernennung von Personen insbesondere auch aus den Reihen der Führungsebene sinnvoll, die für die Umsetzung des Interventionsprojektes verantwortlich sind. Notwendig sind auch Empfehlungen zur Routinebefragungen innerhalb der einzelnen Abteilung beziehungsweise dem Krankenhaus sowie die Schaffung von angemessenen Rahmenbedingungen für die Befragungen – vor allem ausreichend Zeit und adäquate Räumlichkeiten. Des weiteren muss auf die Weiterentwicklung der Interventionsverfahren und die Qualitätssicherung geachtet werden.

Politik

Die Verbesserung der gesetzlichen Grundlagen und der politischen Rahmenbedingungen in Hinblick auf die Finanzierung sowie auf die Formulierung von Intervention können als faktischer Auftrag der gesundheitlichen Versorgung verstanden werden. Das bedeutet, dass Gesetze konkreter formuliert sein und sich klarer auf den Gesundheitsbereich beziehen müssen. Es muss eine klare und geeignete Bestimmung für den Abrechnungsrahmen und eine Abrechnungsziffer für Interventionsleistungen in der gesundheitlichen Versorgung geben. Auch die Dokumentation muss als Auftrag der Gesundheitsversorgung, als ärztliche Pflicht und nicht als extra Leistung etabliert werden und eingefordert werden können.

Um Entscheidungsträger von der Notwendigkeit der Intervention zu überzeugen – und zur Evaluierung von Interventionsansätzen – bedarf es einer vermehrten Durchführung von Prävalenzstudien und der Erstellung einer umfassenden Datenbasis.

Darüber hinaus sollte das Thema Intervention in die Lehrpläne und Ausbildungscurricula im Gesundheitsbereich integriert werden.

Eine ambivalente Rolle kommt schliesslich dem Opferentschädigungsgesetz zu. Zwar kann es als gutes Instrument für betroffene Frauen betrachtet werden, von Opfern zu Klägern zu werden und eine Entschädigung geltend machen zu können. Von der Systematik und den Rahmenbedingungen her könnte es das Gesetz sein, das dafür Sorge trägt, dass alle Formen von Gewalt entschädigt werden müssen. Auch die Dokumentation könnte im Rahmen der Entschädigung veranschlagt werden. Jedoch bedarf es einer breiteren Aufklärung zur Anwendung des Gesetzes und die diesbezüglich zu beachtenden Kriterien für die Dokumentation, wie etwa die Beschränkung auf den Nachweis der körperlichen Tat. In dem Sinne lassen sich ausgehend von der Praxis Vorbehalte gegen die Wirksamkeit des Opferentschädigungsgesetzes äussern: Es ist aufgrund der komplizierten Vorgehensweise schwierig, das Gesetz überhaupt zur Anwendung kommen zu lassen.

Workshop 2

Fragen nach Gewalt – unabdingbar in der Gesundheitsversorgung?

Petra Brzank, Hochschule Fulda, Fachbereich Pflege und Gesundheit



Petra Brzank, Karin Wieners

Partnergewalt gegen Frauen stellt weltweit ein schwerwiegendes gesellschaftliches Problem mit einer hohen Prävalenz sowie weitreichenden sozialen, gesundheitlichen und ökonomischen Folgen dar. Dies gilt sowohl für die Betroffenen selbst als auch für die Gesamtgesellschaft (Krug/Dahlberg et al. 2002).

Laut Repräsentativstudie hat jede vierte Frau in Deutschland mindestens einmal in ihrem Leben körperliche oder sexuelle Gewalt durch ihren Partner oder Ehemann erlitten (Müller/Schrötle 2004). Eine Befragung unter Patientinnen einer Berliner Rettungsstelle zeigte eine Prävalenz von 36,6 % für körperliche, sexuelle und psychische Gewalt durch den Partner nach dem 16. Lebensjahr (Hellbernd/Brzank et al. 2004). Die besondere Rolle, die der Gesundheitsversorgung bei der Identifizierung von Gewaltopfern, bei Prävention und Intervention zukommt, ist inzwischen hinreichend belegt (Krug/Dahlberg et al. 2002).

Die Prinzipien, die sich hinsichtlich einer solchen Intervention bewährt haben, sind „Erkennen“, „Ansprechen“, „Dokumentieren“, „Schützen“ und „Weiterleiten“. Dabei ist das Erkennen von Gewaltopfern die wesentliche Voraussetzung für eine Intervention und adäquate Versorgung.

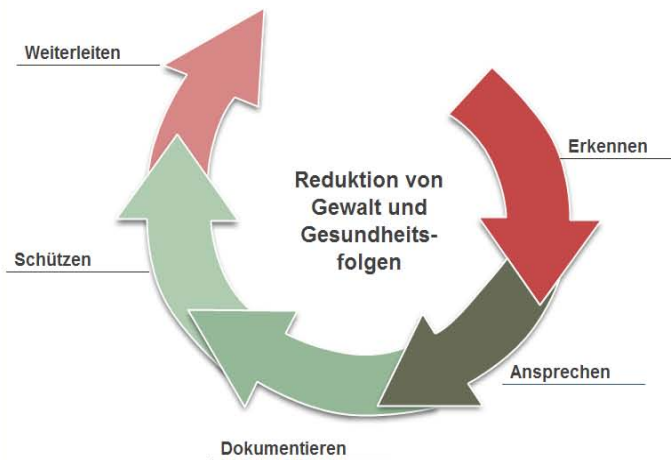


Abb. 1: Interventionsprinzipien

Erkennen durch Befragen

Partnergewalt kann jede Frau treffen, unabhängig von sozialen oder demografischen Faktoren (Schrötle/ Ansorge 2008). Die (Gesundheits-)Folgen von Gewalt sind vielfältig, weshalb ein Erkennen von Gewaltopfern, die sich nicht selber offenbaren, nicht einfach ist. Das zeigt sich in der Tatsache, dass die Aufdeckungsrate durch Gesundheitsfachkräfte nicht in einem adäquaten Verhältnis zur Prävalenz steht (Mark 2000).

Um Gewaltopfer als solche zu erkennen, können Patientinnen direkt befragt werden. Unterschieden werden kann hierbei zwischen einer Verdachts- und einer Routinebefragung (Screening). Eine Befragung auf Verdacht erfolgt nur dann, wenn bestimmte Merkmale oder Verhaltensweisen der Patientin oder ihrer Begleitung einen Verdacht aufkommen lassen. Es ist keine standardisierte Form der Befragung, was einen hohen Grad an Sensibilität und Qualifizierung der Gesundheitsfachkräfte voraussetzt.

Bei einer Routinebefragung hingegen werden alle Patientinnen einer Risikogruppe (wie etwa schwangere Frauen) mittels standardisierter Instrumente befragt. Ein standardisiertes Instrument sorgt dafür, dass unabhängig von persönlichen Einstellungen, Vorurteilen oder Kompetenzen alle Patientinnen gleichermaßen befragt werden. Eine derartiges Verfahren ist arbeits- und kostenintensiv, kann aber dazu beitragen, die gesundheitsökonomischen Folgen aufgrund von Über-, Unter- und Fehlversorgung zu reduzieren (Brzank 2009).

Stand der internationalen Diskussion

In jenen Ländern, in denen Screenings verbreitet sind, wie zum Beispiel in den USA, hat die

Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (ICAHO) bereits Anfang der 1990er Jahre Standard-Items zur Erfassung von Gewalthandlungen für die klinische Anamnese sowie Interventions-Richtlinien festgelegt (HHS 1993). Die Mehrzahl der großen medizinischen Fachgesellschaften in den USA empfehlen Screenings als Bestandteil der Standardversorgung, so etwa die *American Medical Association (AMA)*, die *American Academy of Pediatrics (AAP)*, die *American Academy of Family Physicians (AAFP)*, das *American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG)* sowie das *American College of Emergency Physicians (ACEP)* (Rabin/Jennings et al. 2009). Das US-amerikanische *Center for Disease Control and Prevention* publizierte im Jahr 2007 eine Sammlung von geeigneten und validierten Instrumenten zum Screening und zur gerichtsverwertbaren Dokumentation bei körperlicher und sexualisierter Gewalt gegen Frauen (Basile/Hertz et al. 2007). Auch in Spanien wurde 2006 vom *Observatorio de Salud de la Mujer* ein Kompendium über die international vorliegenden neunundvierzig bereits angewendeten Screening-Instrumente veröffentlicht (Ruiz-Perez/Jiménez Rodrigo et al. 2006).

Im Jahr 2004 kam jedoch die *U.S. Prevention Services Task Force (USPSTF)* bei der Bewertung von Partnergewaltscreenings anhand der US-amerikanischen Screeningkriterien zu dem Schluss, es liege keine direkte Evidenz vor, dass ein Screening zu einer Verminderung von Behinderung und frühzeitigem Tod führen würde. Bemängelt wurde desweiteren, dass keine Studien vorliegen, die die negativen Effekte von Screenings und Intervention untersucht haben. Anzumerken ist, dass diese Kriterien für Instrumente entwickelt worden sind, die auf einer bestimmten Diagnostik von eindeutigen Erkrankungen basieren. Beides trifft auf das Feld Partnergewalt nicht zu.

Voraussetzungen für ein Screening

Screenings werden bei klinisch unauffälligen Bevölkerungsgruppen mit dem Ziel durchgeführt, frühzeitig Personen mit einem spezifischen Gesundheitsrisiko zu identifizieren, um die Entstehung einer Erkrankung zu verhindern, die Heilungschancen zu verbessern oder gesundheitliche Folgen zu minimieren. Sie sind gerechtfertigt, wenn die Prävalenz hoch ist, die individuelle und gesellschaftliche Belastung durch das Screening in Relation zum Nutzen vertretbar ist und bei einem positiven Ergebnis sowie weiterer diagnostischer Abklärung eine Intervention anschließen kann, die den genannten Zielen dient.

Da Screenings mit gesellschaftlichen Kosten und individuellen Belastungen verbunden sein können, stehen zur Bewertung dieser Verfahren Kriterienkataloge zur Verfügung, die zum Beispiel in Kanada⁷, den USA⁸ oder dem Vereinigten Königreich (UK)⁹ entwickelt wurden. So enthalten etwa die vom britischen *National Screening Committee* (NSC) entwickelten Kriterien zur Bewertung von Realisierbarkeit, Wirksamkeit und Angemessenheit eines Screening-Verfahrens dreiundzwanzig Punkte, die im Idealfall alle erfüllt sein sollen, bevor ein Verfahren implementiert wird. Die Kriterien befassen sich mit der Beschaffenheit des Gesundheitsproblems, den zur Verfügung stehenden Tests, der möglichen Intervention und dem jeweiligen Screening-Programm selbst.

Health Technology Assessment (HTA) zum Partnergewaltscreening

Seit dem Jahr 2009 liegt ein HTA-Bericht aus dem Vereinigten Königreich zum Problemkomplex vor. Feder et al. (2009) haben in ihrem HTA geprüft, inwieweit die Kriterien des NSC für das Screening nach häuslicher Gewalt bei Patientinnen der Gesundheitsversorgung erfüllt sind. Dabei begründen sie dezidiert, welche der Kriterien auf den Gegenstand anwendbar und welche nicht anwendbar sein können. Für die zutreffenden neun Aspekte formulierten sie sieben Forschungsfragen:

1. Wie hoch ist die Prävalenz von Partnergewalt gegen Frauen und was sind die gesundheitlichen Folgen?
2. Sind Screening-Instrumente zu Partnergewalt valide und reliabel?
3. Ist Screening nach Partnergewalt für Frauen akzeptabel?
4. Sind Interventionen im Anschluss an ein positives Screening-Ergebnis in der Gesundheitsversorgung effektiv?
5. Kann Mortalität und Morbidität durch Screening gemindert werden?
6. Ist Partnergewalt-Screening für Gesundheitsfachkräfte und die Öffentlichkeit akzeptabel?
7. Ist Screening nach Partnergewalt kosteneffektiv?

⁷ Canadian Task Force on Preventive Health Care, www.ctfphc.org

⁸ US Preventive Task Force, www.ahrq.gov

⁹ UK National Screening Committee <http://www.screening.nhs.uk/criteria>

Für die Beantwortung dieser Forschungsfragen nach bestmöglicher Beweislage wurden systematische Reviews auf Basis von Studien aus insgesamt 14 elektronischen Datenbanken durchgeführt, darunter *MEDLINE*, *EMBASE*, *CINAHL*, *PsycINFO*, *SSCI* und die *Cochrane Library*. Berücksichtigt wurde Literatur bis zum Jahr 2006. Die Berichte kommen zu folgenden Ergebnissen:

1. Prävalenz und Gesundheitsfolgen

Basierend auf 16 Studien haben Feder et al. (2009) für UK eine Lebenszeitprävalenz von 13 bis 31 Prozent in der Allgemeinbevölkerung und von 13 bis 41 Prozent unter Patientinnen der Gesundheitsversorgung gefunden. Die Einjahresprävalenz lag bei 4 bis 6 Prozent bzw. 4 bis 20 Prozent. Anhand von dreizehn Reviews aus den Jahren 1995 bis 2006 beschreiben sie die gravierenden Folgen für die mentale und reproduktive Gesundheit sowie die Gesundheit von Kindern. Sie kommen zum Ergebnis, dass „partner violence against woman is a major public health problem and potentially appropriate for screening and intervention“.

2. Güte von Screening-Instrumenten

Ein zentrales Kriterium für ein Screening ist das Vorliegen eines ausreichend validierten Instrumentes mit einer hohen prognostischen Genauigkeit (Validität, Reliabilität, Sensitivität und Spezifität). Im HTA wurden Validierungsstudien für Screenings berücksichtigt, die ein Screening-Tool gegen ein anderes standardisiertes Vergleichsinstrument mit einer hohen Sensitivität und Spezifität geprüft haben (Feder/Ramsay et al. 2009). Um dem Zeitdruck des arbeitsverdichteten Alltags in der Gesundheitsversorgung gerecht zu werden, sollte das zu testende Instrument nicht mehr als zwölf Items umfassen. Es wurden achtzehn Instrumente in fünfzehn Studien identifiziert. Acht Instrumente mit 10 bis 30 Items wurden als Vergleich herangezogen, zwölf Instrumente mit 1 bis 10 Items sollten validiert werden, zwei wurden gegen sich selbst getestet. Allerdings enthielten nur zehn Studien, die sich mit den folgenden neun Instrumenten befassten¹⁰, hinreichend genaue Angaben, um diese Studien in die Bewertung mit einzubeziehen. Die HITS-Scale (Hurts-Insults-Threaten-Scream) erwies sich als das Instrument mit der besten Vorhersagekraft, Validität und Reliabilität. Alle Instrumente liegen in der englischen Version vor, wenige wurden auch in Spanisch oder Französisch erprobt.

¹⁰ Die Studien untersuchten die Instrumente AAS, Feeling Safe at Home, HITS, OVAT, PSAL, PVS, STaT, WAST und WEB.

3. Akzeptanz von Frauen zum Screening nach Partnergewalt

Dreizehn ab 2001 publizierte Studien, die sich mit der Frage beschäftigten, ob Screenings nach Partnergewalt für Frauen akzeptabel sind, erfüllten die HTA-Kriterien. Zusammengefasst zeigen die Ergebnisse, dass Frauen die Screenings als nützlich bewerten, da sie helfen das Problem zu entstigmatisieren und die Achtsamkeit für Partnergewalt zu fördern. Dies gilt auch, wenn sie in dem Moment noch nicht bereit sind, ihre Misshandlungen offen zu legen. Betroffene können so ein Gefühl von Fürsorge und Unterstützungsbereitschaft erfahren. Screenings sind eher akzeptabel, wenn eine Vertrauensbeziehung zum Arzt besteht, sie helfen beim Offenlegen des Erlittenen und damit beim Hilfesuchen. Bedenken vor einer Offenbarung bestanden bei den befragten Frauen im Hinblick auf strafrechtliche Konsequenzen, ebenso fürchteten sie Sanktionen des gewalttätigen Partners oder schämten sich für das Erlittene und befürchteten Unverständnis seitens der Gesundheitsfachkräfte für das Verharren in der Misshandlungsbeziehung. Die Akzeptanz ist höher, wenn Screenings begründet werden, zum Beispiel als Anamnesestandard oder als Informations- oder Unterstützungsangebot (vgl. Chang/Decker et al. 2005).

4. Akzeptanz der Ärzteschaft und Gesundheitsfachkräfte

Basierend auf zehn Studien zeigt sich, dass ein Screening nach einer Gewalterfahrung für 15 bis 95 Prozent der Ärzte und Gesundheitsfachkräfte grundsätzlich annehmbar ist, jedoch je nach Versorgungsbereich differiert. Eine Routine in der Befragung wird als essentiell für die tatsächliche Durchführung gesehen. Grundsätzlich sollte eine hohe Aufmerksamkeit und Verantwortlichkeit für das Erkennen von Partnergewalt und das Unterstützen der Gewaltopfer bestehen. Hebammen sehen im Screening ebenfalls eine Entstigmatisierung des Problems, während Beschäftigte von Rettungsstellen es als einen Indikator guter Versorgung werten. Die Art und der Zeitpunkt der Befragung beeinflussen ein Screening. Nach Meinung der befragten Ärzte und Gesundheitsfachkräfte sollten Screenings grundsätzlich von speziell Beauftragten durchgeführt werden, ein Training zur Partnergewalt sollte vorausgehen. Als hinderlich werden Zeitmangel und eine schlechte Infrastruktur gewertet.

5. Psychosoziale Interventionen bei positivem Screening-Ergebnis

Von den im HTA berücksichtigten Studien befassen sich dreiunddreißig mit der Wirkung von

Interventionen auf betroffene Frauen und deren Kinder. Die Art der Intervention, die gemessenen Outcomes und der Zeitpunkt des Follow-ups waren allerdings sehr heterogen. Sehr strengen Kriterien entsprechen nur vier Studien, die anderen wurden dennoch mit einbezogen, obwohl sie nicht zu allen Outcomes Aussagen treffen. Die Wirkung von Unterstützungseinrichtungen ist zwar relativ gut nachgewiesen, allerdings vor allem für die Frauen, die aktiv Hilfe gesucht hatten oder in Frauenhäusern waren. Die Wirkung von Interventionen für diejenigen, die durch das Screening in der Gesundheitsversorgung identifiziert wurden, ist nur in zwei Studien zur Schwangerenvorsorge untersucht. Individuelle psychologische Behandlung scheint diesen Studien zufolge in gewissem Umfang positive Effekte auf posttraumatische Belastungsstörungen, Depressionen und Mangel an Selbstwertgefühl zu zeigen. Für Aussagen über Gruppeninterventionen war die Datenlage nicht ausreichend. Die Autoren kommen insgesamt zum Schluss, dass psychologische Arbeit mit Betroffenen und ihren Kindern wirkungsvoll sein kann, dass dies aber nicht notwendigerweise für Frauen gelten muss, die im Screening identifiziert werden.

6. Einfluss auf Morbidität und Mortalität

Keine der acht Studien, die bei der systematischen HTA-Recherche zu den Outcomes von Interventionen ermittelt wurden, misst Morbidität oder Mortalität. Deshalb wurde von den Autoren des HTA-Berichts ein Effekt anhand von folgenden Proxy-Outcomes erfasst: Identifikation von Gewaltopfern mittels Screening plus eine andere Aktivität wie etwa Weitervermittlung an Unterstützungseinrichtungen oder Dokumentation der Misshandlung. Diese Proxies begründen die Autoren mit der vorliegenden Evidenz für eine Verbesserung von Morbidität- und Mortalitätsstatus als Folge der erwähnten Maßnahmen. Das HTA schlussfolgert, dass einerseits alle Interventionen in der Primärversorgung zu einer höheren Rate an Identifikation und anderen Aktivitäten führen, andererseits aber keine Erkenntnisse über deren Effektivität bestehen.

7. Kosteneffektivität von Screening nach Partnergewalt

Für das Kriterium Kosteneffektivität wurde zum einen nach entsprechenden Studien recherchiert und zum anderen eine ökonomische Analyse der Intervention in der hausärztlichen Versorgung bei einer Pilotstudie durchgeführt. Bei der Recherche nach

Kosteneffektivitätsstudien fand man zwar neun US-amerikanische Arbeiten für den Zeitraum zwischen 1986 und 2005. Von denen widmete sich jedoch keine der Effektivitätsmessung von Interventionen. Die Auswertung der eigenen Daten der Pilotstudie zeigte eine voraussichtliche Kosteneffektivität.

8. Resümee des HTA

Ergebnis des HTA-Berichtes ist, dass noch keine hinreichende Evidenz für die Wirksamkeit und Kosteneffektivität von Screenings bei Partnergewalt besteht, um eine generelle Empfehlung für die Gesundheitsversorgung oder für spezifische klinische Settings auszusprechen. Die Begründung liegt im Mangel an Studien, vor allem zur Wirksamkeit von auf das Screening folgenden Interventionen. Insbesondere fehlen Langzeitstudien sowie Studien zur Morbidität, Mortalität und zu den Kosten. Trotz unzureichender Forschung gibt es aber Hinweise, dass entscheidende Screening-Kriterien erfüllt sind.

Darüber hinaus ist zu bedenken, dass betroffene Frauen einen komplexen Prozess durchlaufen. Dieser verläuft vom Erkennen des Problems über die Bereitschaft, der Ärztin oder dem Arzt dieses Problem anzuvertrauen bis hin zu der Annahme, dass die eigenen Erfahrungen mit Empathie und ohne Vorurteile gehört werden. Ein Screening nach Partnergewalt kann nicht mit anderen medizinischen Screenings verglichen werden, weil die Frage nach Gewalterfahrung bereits Intervention sein kann, wenn dies empathisch erfolgt.

Weitere internationale Entwicklung

Da das *USPSTF* aufgrund mangelnder Evidenz bisher keine Empfehlung für ein Partnergewaltsscreening ausgesprochen hat und bislang in keinem Land eine derartiges Verfahren implementiert worden ist, beschäftigen sich momentan einige Forscherinnen und Forscher mit randomisierten, kontrollierten Interventionsstudien. So soll die Effektivität von Screenings und Interventionen nachgewiesen werden können um damit die Kriterien der evidenzbasierten Medizin zu erfüllen.

Überlegungen für Deutschland

Seit der Entstehung des ersten klinischen Interventionsprojektes an der *Charité* Berlin

(Hellbernd/Brzank et al. 2004) wird auch in Deutschland nunmehr seit etwa zehn Jahren diskutiert, dass Gewalt gegen Frauen ein Phänomen mit einer hohen Prävalenz (Hellbernd/Brzank et al. 2004; Müller/Schrötle 2004) darstellt, das kurzfristig sogar potentiell lebensbedrohlich (Herbers/Lütgert et al. 2007) sein kann. Vor allem sind die Folgen jedoch langfristig, auf gesundheitlicher, individueller und gesellschaftlich-ökonomischer sowie sozialer Ebene (Hellbernd/Brzank et al. 2004; Hornberg/Schrötle et al. 2008; Brzank 2009). Der Gesundheitsversorgung kann dabei im Gesundheitsschutz eine Schlüsselrolle zukommen (Maschewsky-Schneider/Hellbernd et al. 2001; Hellbernd/Brzank et al. 2004). Soziale Aspekte und gesellschaftliche Interventionsstrategien waren und werden im Rahmen der Gender-Forschung hinreichend erforscht (Hagemann-White 1992; Kavemann 2004; GiG-net 2008). Damit könnten auch für Deutschland entscheidende Screening-Kriterien, die sich auf das Gesundheitsproblem selbst beziehen, als weitgehend erfüllt bezeichnet werden: Es handelt sich bei häuslicher Gewalt um ein relevantes Gesundheitsproblem, dessen Entstehungsbedingungen ausreichend bekannt sind und dessen Präventionsmöglichkeiten auf gesellschaftlichen Ebenen verfolgt werden. Geeignete Instrumente sind grundsätzlich vorhanden. Das deutschsprachige „Screening Partnergewalt“ (SPG) ist aufgrund seiner späteren Validierung in dem zitierten HTA nicht berücksichtigt, entspricht aber dessen Anforderungen. Für dieses Instrument wurde im Universitätsspital Basel das bereits validierte PVS (Partner Violence Screen) in die deutsche Sprache übersetzt, um je eine Frage zur sexuellen Gewalt und die Gründe für die Inanspruchnahme ärztlicher Hilfe ergänzt und an einer Schweizer Kriseninterventionspopulation gegen den ISA (Index of Spouse Abuse) validiert (Nyberg/Hartman et al. 2008). Sensitivität und Spezifität waren zufriedenstellend, allerdings nicht höher als bei HITS.

Weitere Eignungskriterien wie Kürze (maximal fünf Items) und die explizite Entwicklung für die Gesundheitsversorgung erfüllen fünf Instrumente: HITS, OVAT (Ongoing Violence Assessment Tool), PVS, SPG und STaT (Slapped-Threatened-and-Thrown). Wegen der Konzentration auf schwere Gewaltbedrohungen erscheint OVAT als Standard-Instrument weniger gut geeignet.

Die verbleibenden vier Instrumente erfassen nicht alle Formen von Gewalt, sondern sind auf physische Gewalt fokussiert. Allein HITS berücksichtigt explizit psychische beziehungsweise verbale Gewalt mit Ausnahme des Bedrohungsgefühls. Sexualisierte Gewalt als Zwang zum Geschlechtsverkehr wird hingegen einzig vom SPG thematisiert. STaT und PVS sind im

Aufbau ähnlich, wobei PVS eine bessere Validität aufweist. Zu bedenken ist zudem, dass nur das SPG im deutschen Sprachraum validiert ist.

Neben der Validierung der übrigen Instrumente im deutschen Sprachraum ist zu prüfen, welche Gewaltformen aus welchen Zeiträumen in welchen klinischen Settings primär erfasst werden müssen. So könnte zum Beispiel argumentiert werden, dass für die hausärztliche Versorgung alle Gewalterfahrungen der letzten 12 Monate relevant sind, für die psychiatrische Versorgung die der gesamten Lebenszeit und für die chirurgische Notaufnahme primär aktuelle körperliche und sexualisierte Gewalt, deren Folgen anschließend gerichtsverwertbar dokumentiert werden sollten. Die Screening-Tools könnten gleichzeitig zur Ermittlung der Prävalenz in Einrichtungen der Gesundheitsversorgung dienen, wie dies etwa im Rahmen des *S.I.G.N.A.L.*-Projektes (Hellbernd/Brzank et al. 2004) erfolgt ist.

Tabelle 1: Für die Gesundheitsversorgung in Deutschland geeignete* Screening-Instrumente

Akron ym	Items
HITS **	<p>Wie oft...</p> <p>14. ...verletzt Sie Ihr Partner körperlich?</p> <p>15. ...beschimpft oder erniedrigt Sie Ihr Partner?</p> <p>16. ...droht Ihr Partner Ihnen Verletzungen an?</p> <p>17. ...schreit Ihr Partner Sie an oder beschimpft Sie wüst?</p>
PVS **	<ul style="list-style-type: none"> • Sind Sie im vergangenen Jahr von jemand geschlagen, getreten, geboxt oder verletzt worden? Wenn ja, durch wen? • Fühlen Sie sich in Ihrer momentanen Partnerschaft sicher? • Gibt es einen Partner aus einer früheren Beziehung, der Ihnen jetzt das Gefühl gibt, nicht sicher zu sein?
SPG	<ul style="list-style-type: none"> • Wurden Sie während der letzten 12 Monate von jemandem

	<p>geschlagen, geohrfeigt, getreten oder sonst irgendwie körperlich verletzt? Wen ja, von wem?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Verspüren Sie in Ihrer jetzigen Beziehung/Ehe Angst oder fühlen sich bedroht? • Fürchten Sie im Moment einen ehemaligen Partner? • Hat ihr jetziger oder ein früherer Partner Sie in den letzten 12 Monaten je zu Geschlechtsverkehr gezwungen? • Hängt Ihre Vorstellung bei uns mit Gewalt in Ihrer Partnerschaft zusammen?
STaT**	<ul style="list-style-type: none"> • Hatten Sie jemals eine Beziehung, in der Ihr Partner Sie gestoßen oder geschlagen hat? • Hatten Sie jemals eine Beziehung, in der Ihr Partner Dinge geworfen, zerbrochen oder geschlagen hat? • Hatten Sie jemals eine Beziehung, in der Ihr Partner Ihnen mit Gewalt gedroht hat?

* geeignet aufgrund ihrer Validität, Kürze und expliziten Entwicklung für die Gesundheitsversorgung

** Übersetzung durch die Autorin

Hinsichtlich der Akzeptanz eines Screenings zeigen die Ergebnisse der *S.I.G.N.A.L.*-Patientinnenstudie in einer Berliner Rettungsstelle aus dem Jahr 2003, dass auch in Deutschland die überwiegende Mehrzahl der befragten Frauen eine Routinebefragung nach häuslicher Gewalt im Rahmen der Anamnese befürwortet [25]. Die Sicht der Ärzteschaft und der Gesundheitsfachkräfte im Hinblick auf eine Intervention sowie auf ein Screening wird von der Evaluation des Berliner *S.I.G.N.A.L.*-Projektes beschrieben. Diese Ergebnisse wurden vom Hessischen *A.U.S.W.E.G.*-Projekt bestätigt.

Diese kürzlich veröffentlichten Evaluationsergebnisse der Implementierung des Hessischen

Dokumentationsbogens bei häuslicher Gewalt (Blättner/Krüger et al. 2009) zeigen, dass sich Ärzteschaft sowie teilweise auch Pflegekräfte prinzipiell als Ansprechpersonen bei häuslicher Gewalt sahen. Nach ihren Angaben würden Sie einen Verdacht Patientinnen gegenüber überwiegend thematisieren. Ein allgemeines Screening nach Gewalt führt die Mehrheit der Befragten dagegen nicht durch. Als Problem erwies sich allerdings die mangelnde Sensibilität und Handlungsunsicherheit bei Ärzteschaft und Gesundheitsfachkräften, welche dazu führen, dass ein Verdacht gar nicht erst aufkommen kann. Diese Erkenntnis lässt den Schluss zu, dass Chancen verpasst werden, aktiv in Misshandlungskreisläufe einzugreifen, wenn der Verdacht die Voraussetzung für jegliche Intervention ist. Mittelfristig sollte deshalb darüber nachgedacht werden, ein generelles Screening nach internationalen Vorbildern zu diskutieren und einen klaren, in einer Leitlinie festgelegten Handlungs-Algorithmus für das weitere Vorgehen einzuführen. Erste Schritte sind mit den insgesamt zehn Handlungsempfehlungen einzelner Landesärztekammern bereits erfolgt, in denen die Verantwortung der Gesundheitsversorgung im Kontext der Partnergewalt betont wird und grundsätzlich ein aktives, einfühlsames Ansprechen angeregt wird. Für ein generelles Screening spricht sich die Ärztekammer Hamburg aus.

Die *Charité* Berlin erwägt als erstes deutsches Klinikum die Einführung eines Screenings in der Geburtshilfe und plant hierzu eine Bedarfserhebung. Auch im Rahmen von *MIGG*, dem *S.I.G.N.A.L.*-Nachfolgeprojekt in der niedergelassenen medizinischen Versorgung, wird perspektivisch die Bereitschaft der teilnehmenden Praxen für ein Screening-Programm geprüft. Es ist wünschenswert, dass andere Einrichtungen folgen.

Evidenz im Sinne einer wissenschaftlichen Beweisführung für die Einführung genereller Screenings zu Partnergewalt liegt derzeit jedoch nicht vor. Der Hauptgrund hierfür ist das Fehlen großer Studien. Dieses Forschungsdefizit geht zurück auf geringe Forschungsförderung und methodische Problemen mit der Komplexität des Feldes, der Vielfalt der Präventionsfelder, der Komplexität und Unterschiedlichkeit von Interventionen sowie der Langfristigkeit der angestrebten Wirkungen im Studiendesign. Ein Mangel an Evidenz eines Verfahrens ist jedoch nicht gleichbedeutend mit einem Mangel an Nutzen. Eine Evidenz von Screenings kann erst dann ermittelt werden, wenn entsprechende Forschungsprojekte durchgeführt werden, für die es eine Finanzierung braucht. Sonst läuft eine Forderung nach Evidenz ins Leere.

Protokoll zu Workshop 2

Fragen nach Gewalt – Unabdingbar in der Gesundheitsversorgung?

Moderation: Karin Wieners, SIGNAL e.V.; Protokollantin: Dr. Heike Mark, MPH

Von den 28 Teilnehmerinnen kommen zehn aus der Gesundheitsversorgung, ca. ein Drittel aus dem sozialen Bereich, fünf aus Politik und Management, eine aus der Wissenschaft und eine aus dem Bereich Schule.

Der Input fasste den Forschungsstand zur Routinebefragung nach Gewalterfahrungen durch ÄrztInnen und andere Gesundheitsfachkräfte zusammen. Als Ausgangspunkt diente dabei die Überlegung, dass in der Gesundheitsversorgung eine erhebliche Diskrepanz zwischen wissenschaftlich erhobenen Prävalenzraten und den Aufdeckungsraten von häuslicher Gewalt besteht. Die Risikogruppen können nicht klar benannt werden – „es kann jede treffen“ – und Hinweise auf das Vorliegen von häuslicher Gewalt sind unspezifisch. In Fällen häuslicher Gewalt erfolgt daher im Wesentlichen das *Erkennen durch befragen*, nicht das *Erkennen und dann befragen*. Es findet zur Zeit international noch eine intensive Diskussion zu Routinebefragungen beziehungsweise Screenings statt, wobei der Begriff des Screenings ein standardisiertes technisches Verfahren bezeichnet. Zudem werden international zunehmend randomisierte kontrollierte Interventionsstudien gefordert und durchgeführt. Resümierend stellte Frau Brzank fest, dass die Evidenz zur Empfehlung für eine allgemeine Routinebefragung nicht ausreicht. Ursächlich erscheint hier hauptsächlich ein Mangel an Studien mit den Endpunkten „Verringerung von Gewalt“ und „Verbesserung der Lebensqualität“, aber auch Forschungen zu negativen Effekten wie etwa „Retraumatisierung durch die Befragung“ fehlen weitgehend. Andererseits existiert ein *Health Technology Assessment (HTA)*-Bericht aus Großbritannien (Feder et al. 2009), der feststellt, dass die Routinebefragung zu häuslicher Gewalt entscheidende Kriterien für das Screening erfüllt.

Auch bezüglich der Situation in Deutschland lässt sich feststellen, dass die wesentlichen Kriterien hinsichtlich des Screenings erfüllt sind. Jedoch sollte ein Screening nur dann durchgeführt werden, wenn darauf auch eine Intervention folgen kann. Ausserdem ist ein spezielles Training der Gesundheitskräfte eine Grundvoraussetzung für die Durchführung von Befragungen.

Als mögliche Effekte der Frage nach Gewalt lassen sich ein allgemein verbessertes Gesundheitsverhalten, verbesserte Lebensqualität und verbesserte psychische Gesundheit nennen. Darüber hinaus kann sich ein erhöhtes Vertrauen im Gespräch mit ÄrztInnen und Gesundheitsfachkräften einstellen.

Hinsichtlich der Routinebefragungen beziehungsweise Screenings lassen sich unterschiedliche Punkte feststellen. Ein Grund dafür, dass in Deutschland kein Screening durchgeführt wird, ist etwa die ungeklärte Finanzierung – Routinebefragungen und Dokumentation sind zeitaufwändig und verursachen Kosten. Dementsprechend ist die Infrastruktur des Gesundheitswesens nicht darauf eingerichtet, die personelle Besetzung ist zu knapp. Eine Studie zur Kosteneffektivität gibt es für Deutschland indessen noch nicht, sondern allein Schätzungen, welche die Kosten für die Justiz, die Strafverfolgung und den Gesundheitsbereich einbeziehen (s. Brzank, Bundesgesetzblatt). Möglicherweise wäre es sinnvoll, Routinebefragung nicht flächendeckend einzuführen, sondern in einer Institution zu beginnen.

Zudem wird die Frage nach Gewalt von Patientinnen oft verneint, worauf dann in der Regel eine eher unspezifische Nachfrage folgt. Soll die Befragung in der Notaufnahme erfolgen, ist es mitunter schwierig, einen geschützten Raum zur Verfügung zu stellen.

Eine weitere Frage, die sich in diesem Zusammenhang stellt, ist die, in welchen Bereichen es am dringlichsten ist, Befragungen durchzuführen und wer – etwa ärztliche MitarbeiterInnen, Pflegende oder Hebammen – sie durchführen soll. Während sich Pflegende teilweise dafür aussprechen, jede Patientin nach Gewalterfahrung zu fragen, bestehen zugleich Ängste, weil MitarbeiterInnen oftmals schlecht oder auch gar nicht geschult sind.

Ein weiterer wichtiger Aspekt ist die Perspektive der betroffenen Frauen auf die Intervention zu häuslicher Gewalt. Hier wäre zunächst zu klären, welcher Hilfsbedarf hinsichtlich der Gesundheitsversorgung eigentlich besteht, wobei besonders auch die Langzeitfolgen von Gewalterfahrungen beachtet werden müssen, um Fehlbehandlungen zu vermeiden. Laut einer Rechtsmedizinerin aus Heidelberg befragt eine Ärztin in der Gynäkologie die Frauen routinemäßig nach Gewalterfahrung, was täglich etwa 10 Frauen bejahen. Meistens seien die Betroffenen froh, gefragt zu werden, wobei aber nur wenige eine sofortige Intervention für nötig hielten. Folgt jedoch auf die Frage nach Gewalt im Behandlungsgespräch nichts, kann es zu einer Re-Traumatisierung kommen. Zudem lässt sich festhalten, dass Frauen nach einer Gewalterfahrung zwar wollen, dass die Gewalt aufhört, den Partner aber nicht verlassen möchten.

Zum Thema Vernetzung wurde angemerkt, dass Screenings nicht möglich sind, solange kein funktionierendes Beratungs- und Hilfenetz existiert. Die fehlende Infrastruktur ist vielerorts ein Problem, vor allem jedoch im ländlichen Bereich.

Auch die Einbindung von ÄrztInnen und die Situation hinsichtlich der Schulungen zu häuslicher Gewalt wird teilweise als problematisch wahrgenommen. Der Grad der Sensibilisierung ist in verschiedenen Bereichen und Abteilungen sehr unterschiedlich. So erscheint häusliche Gewalt vielen ÄrztInnen immer noch als Unterschichtspröblem und es herrscht die Auffassung, häusliche Gewalt „kommt bei uns gar nicht oder nur sehr selten vor“. Die allgemeine Bereitschaft zu einem verbesserten Umgang mit dem Thema ist zwar überall vorhanden, jedoch sind ÄrztInnen vergleichsweise schwer zu mobilisieren – sei es aufgrund spezifischer Kommunikationsformen oder weil der Vorgang der Vernetzung in diesem Berufsfeld eher ungewöhnlich ist. Als Beispiel für diese Schwierigkeit kann der Versuch gelten, das *S.I.G.N.A.L.*-Projekt vom Runden Tisch aus an ein Krankenhaus bringen, um Vernetzung von Anfang an zu erreichen, Wege zu verkürzen, Gesichter miteinander bekannt zu machen und dadurch ärztliche Arbeit zu erleichtern. Auch hier war es sehr schwer, ÄrztInnen mit „ins Boot zu bekommen“. Die Situation hinsichtlich der Fortbildungen variiert – das Angebot sowohl für ÄrztInnen als auch für Pflegende ist steigend. Für Pflegende sind Schulungen teilweise verpflichtend, für die Ärzteschaft bisher nicht.

Fazit

Die Frage, ob das Konzept der Routinebefragung sinnvoller ist als das der Verdachtsbefragung, bleibt ungeklärt.

Übereinstimmend lässt sich jedoch feststellen, dass allgemein viel zu selten nach Gewalterfahrungen gefragt wird. Es bleibt zu klären, welche Professionen im Gesundheitssystem nach Gewalt fragen sollen und in welchen Bereichen dies am dringlichsten ist.



Workshop 3

Häusliche Gewalt und Kinderschutz – Welche Netze tragen?

Andrea Buskotte, Landespräventionsrat Niedersachsen, Koordinationsprojekt Häusliche Gewalt



Andrea Buskotte

Häusliche Gewalt hat gravierende Folgen für die betroffenen Frauen, aber auch für ihre Kinder. Die Prävalenzstudie „Lebenssituation, Sicherheit und Gesundheit von Frauen in Deutschland“¹¹ hat gezeigt, dass jede vierte Frau mindestens einmal im Leben mit Übergriffen in der Partnerschaft konfrontiert ist. Während ein Teil der Betroffenen tatsächlich nur einmalig Gewalt erlebt, bleibt der Übergriff jedoch für viele Frauen kein einmaliges Ereignis, sondern ist Teil einer länger andauernden Gewaltsituation. Die betroffenen Frauen leiden unter direkten Verletzungsfolgen sowie psychosomatischen und psychischen Konsequenzen, denn Gewalt in der Beziehung bedeutet Stress – und Stress belastet die körperliche und seelische Gesundheit gleichermaßen.

Das gilt in ähnlicher Weise für Kinder, die Gewalt zwischen ihren Eltern beziehungsweise gegen ihre Mutter miterleben. In der Prävalenz-Studie des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) gaben 60 Prozent der Frauen, die über eine gewaltbelastete Beziehung berichteten, an, dass sie in dieser Beziehung mit Kindern gelebt

¹¹ BMFSFJ (Hg.), Lebenssituation, Sicherheit und Gesundheit von Frauen in Deutschland, Berlin 2004
(Autorinnen: Ursula Müller, Monika Schröttle)

haben. Zu ähnlichen Ergebnissen gelangen auch andere Untersuchungen¹². Kinder und Jugendliche werden Augen- und Ohrenzeugen der Übergriffe, sie geraten in die Auseinandersetzungen, versuchen zu schlichten oder Hilfe zu organisieren. Darüber hinaus bringt Beziehungsgewalt gegen Frauen auch ein Risiko für direkte Kindesmisshandlung mit sich: Ein großer Teil der Männer, die Gewalt gegen die Partnerin ausüben, verübt auch Gewalt gegen Kinder.¹³

Häusliche Gewalt mitzerleben bedeutet für Kinder ein hohes Maß an Verunsicherung und Überforderung, vor allem, wenn sie mit dieser Situation allein bleiben und keine Unterstützung bekommen. Die Folgen können unterschiedlich sein – abhängig vom Alter der Mädchen und Jungen sowie von der Intensität, der Dauer und den Umständen der Gewalt. Grundsätzlich gilt, dass häusliche Gewalt die emotionalen, sozialen und kognitiven Entwicklungschancen und das Wohl von Mädchen und Jungen gefährdet¹⁴.

Zu den kurzfristigen Folgen zählen Schlafstörungen, Schulschwierigkeiten, Ängstlichkeit, Aggression und anderen Verhaltensauffälligkeiten kommen. Darüber hinaus sind Loyalitätskonflikte gegenüber den Eltern und Gefühlsambivalenzen eine typische Folge häuslicher Gewalt.

Langfristig kann das Miterleben von Gewalt Störungen der emotionalen, sozialen und kognitiven Entwicklung bewirken. Experten weisen bezüglich dieser Zusammenhänge auf zwei mögliche „Risikopfade“ mit erheblichen Konsequenzen für die Lebenschancen und die Lebensqualität hin.¹⁵ Zum einen wird vermutet, dass die häusliche Partnergewalt die Konzentrationsfähigkeit und Lernbereitschaft von Kindern untergräbt und auf die Dauer den Schulerfolg erheblich beeinträchtigen kann – ablesbar an Leistungsrückgängen und Schulschwierigkeiten. Der zweite Risikopfad betrifft die Entwicklung der Beziehungen. Offensichtlich kann das Miterleben häuslicher Gewalt die Fähigkeit betroffener Mädchen

¹² Niedersächsisches Ministerium für Soziales, Frauen, Familie und Gesundheit (Hg.), Mit BISS gegen häusliche Gewalt. Evaluation des Modellprojekts „Beratungs- und Interventionsstellen(BISS) für Opfer häuslicher Gewalt“ in Niedersachsen, Hannover 2007 (Autorinnen: Rebecca Löbmann, Karin Herbers), S. 23

¹³ Susanne Heynen, Frauke Zahradnik: Frühe Hilfen gegen häusliche Gewalt. Gewalt in Beziehungen als Risikofaktor für die kindliche Entwicklung, in: Newsletter der Frauenhauskoordinierung Nr. 3/2009

¹⁴ Heinz Kindler, Partnergewalt und Beeinträchtigung der kindlichen Entwicklung: Ein Forschungsüberblick, in: Barbara Kavemann / Ulrike Kreyssig: Handbuch Kinder und häusliche Gewalt, Wiesbaden 2006

¹⁵ Heinz Kindler, Partnergewalt und Beeinträchtigung der kindlichen Entwicklung: Ein Forschungsüberblick, in: : Barbara Kavemann / Ulrike Kreyssig: Handbuch Kinder und häusliche Gewalt, Wiesbaden 2006

und Jungen zu konstruktiven, gewaltfreien Konfliktlösungen und damit ihre Chancen für positive Erfahrungen in Freundschaften mit Gleichaltrigen und in erwachsenen Partnerschaften beeinträchtigen. Das Gewalterleben im Kindes- und Jugendalter ist stärkster Prädiktor, um im Erwachsenenalter selbst Opfer und/oder Täter zu werden. Auch retrospektive Berichte von Erwachsenen zu Gewalterfahrungen in der Kindheit bestätigen diesen Befund¹⁶. Gewalterfahrungen in der Kindheit sind also ein Risikofaktor für weitere Gewalterfahrungen im späteren Leben.

Das Fazit aus diesen Befunden lautet deshalb: Häusliche Gewalt gegen die Mutter ist eine Form von Gewalt gegen Kinder, Kinder sind nicht nur Zeugen, sondern immer auch Opfer häuslicher Gewalt. Dieser Zusammenhang muss bei der Organisation von Hilfen für Mütter und Kinder berücksichtigt werden und hat Konsequenzen für das Interventionssystem „Häusliche Gewalt“ und für das Interventionssystem „Kinderschutz“. Beide Systeme haben die Wahrnehmung und Beendigung von Gewalt im familiären Kontext zum Ziel – allerdings mit unterschiedlichen gesetzlichen und fachlichen Rahmenbedingungen.¹⁷ Sowohl die Interventionen zu häuslicher Gewalt als auch die zum Kinderschutz haben in den letzten Jahren eine dynamische Entwicklung genommen – und sind unter anderem dadurch gekennzeichnet, dass sie für den Schutz und die Unterstützung institutionsübergreifende Kooperationsverfahren und Vernetzungen entwickelt haben. Bei der Frage nach der Verknüpfung der Themen „häusliche Gewalt“ und „Kinderschutz“ geht es also wesentlich darum, wie die Verzahnung dieser beiden Netzwerksysteme gelingen kann.

Kinder in der Intervention bei häuslicher Gewalt

Die Erkenntnisse über die Folgen häuslicher Gewalt für Kinder haben in den letzten Jahren dazu beigetragen, dass Kooperationsbündnisse und Interventionsprojekte gegen häusliche Gewalt den Blick zunehmend auf die Situation betroffener Mädchen und Jungen richten. Die Maßnahmen zum Schutz der Kinder sollen mit Maßnahmen zum Schutz und zur Sicherheit der Mütter abgestimmt werden.

Interventions- und Kooperationsprojekte zu häuslicher Gewalt sind in den 1990er Jahren und

¹⁶ Peter Wetzels (1997), Gewalterfahrungen in der Kindheit. Sexueller Missbrauch, körperliche Misshandlung und deren langfristige Konsequenzen, Baden-Baden

¹⁷ Barbara Kavemann, Häusliche Gewalt gegen die Mutter und die Situation der Töchter und Söhne, in: Barbara Kavemann / Ulrike Kreyssig: Handbuch Kinder und häusliche Gewalt, Wiesbaden 2006

verstärkt seit dem Inkrafttreten des Gewaltschutzgesetzes als Modellprojekte entstanden. Sie sind häufig eingebettet in ressortübergreifende Landesaktionspläne. Beteiligte sind Fachkräfte aus Frauenhäusern und -beratungsstellen, Polizei, Justiz, Jugendämter, Gleichstellungsbeauftragte sowie das Gesundheitswesen. Das Ziel der Zusammenarbeit war und ist die Verbesserung des Schutzes betroffener Frauen, der Ausbau von Unterstützungsangeboten und die Verbesserung der Zusammenarbeit zwischen staatlichen Behörden und Hilfeeinrichtungen¹⁸. Im Zuge dieser Entwicklungen wurden – länderspezifisch unterschiedlich – neue Verfahren der Zusammenarbeit zwischen Polizei und Beratungsstellen eingeführt:

In Niedersachsen erfolgt nach einem polizeilichen Einsatz eine umgehende Information an eine örtliche Beratungsstelle, die Beratungsstelle geht anschließend pro-aktiv auf die betroffenen Frauen zu und informiert über rechtliche Möglichkeiten und psychosoziale Unterstützung. In der Evaluation dieser Interventionspraxis hat sich gezeigt: In zwei Drittel der von den Beratungsstellen registrierten Fälle lebten Kinder bei der betroffenen Frau, die Hälfte von ihnen jünger als sechs Jahre. Knapp zwei Drittel waren Zeugen des Vorfalls, der zum Polizeieinsatz und zur Beratung geführt hatte, und in 14 Prozent hatte sich die Gewalt auch gegen die Kinder gerichtet¹⁹.

Vor dem Hintergrund dieser Befunde hat eine Arbeitsgruppe mit Fachkräften aus Frauenunterstützungseinrichtungen, Jugendämtern, Kinderschutzzentrum, Polizei und Familiengericht Handlungsempfehlungen für den Umgang mit Kindern nach einem Polizeieinsatz erarbeitet²⁰. Dabei ging es zum einen darum, das Miterleben häuslicher Gewalt als eine potentielle Gefährdung des Kindeswohls in das Bewusstsein zu rücken. Zum anderen sollten die Notwendigkeit und Möglichkeiten dargestellt werden, Maßnahmen zum Schutz der Mütter und Maßnahmen zum Schutz der Kinder zu verzahnen. Die Empfehlungen richten sich an alle an der Intervention beteiligten Professionen, insbesondere an kommunale Interventionsprojekte und Vernetzungsgremien zu häuslicher Gewalt. Sie sollen dazu

¹⁸ BMFSFJ (Hg.): Gemeinsam gegen häusliche Gewalt. Kooperation, Intervention, Begleitforschung, Berlin 2004 (Projektleitung: Carol Hagemann-White, Barbara Kavemann)

¹⁹ Niedersächsisches Ministerium für Soziales, Frauen, Familie und Gesundheit (Hg.), Mit BISS gegen häusliche Gewalt. Evaluation des Modellprojekts „Beratungs- und Interventionsstellen(BISS) für Opfer häuslicher Gewalt“ in Niedersachsen, Hannover 2007 (Autorinnen: Rebecca Löbmann, Karin Herbers), S. 23

²⁰ Landespräventionsrat Niedersachsen (Hg.), Betrifft: Häusliche Gewalt. Kinder misshandelter Mütter – Handlungsorientierungen für die Praxis, Hannover 2005

beitragen, dass Kinder bei der Intervention als eigenständige Zielgruppe mit spezifischen Bedürfnissen berücksichtigt werden und entsprechende eigene Unterstützungsangebote bekommen.

Ein Kernpunkt der Empfehlungen war die Erarbeitung eines Handlungsrahmens für die Zusammenarbeit zwischen Polizei, Frauenunterstützungseinrichtungen und Kinderschutz. Im Hinblick auf diese Zielsetzung wurde per Erlass geregelt, dass die Polizei bei einem Einsatz wegen häuslicher Gewalt gleichzeitig die pro-aktiv arbeitende Beratungsstelle (BISS) und das Jugendamt informiert, wenn Minderjährige betroffen sind. Im Anschluss daran sollen die MitarbeiterInnen des Jugendamtes Kontakt zur Familie aufnehmen, um eine Kindeswohlgefährdung abzuklären und weitergehende Hilfen für Kinder und Eltern anzubieten. Darüber hinaus enthalten die Empfehlungen Vorschläge für die Einrichtung von spezifischen Informations- und Beratungsangeboten für Mädchen und Jungen sowie zu Umgangsregelungen im Kontext häuslicher Gewalt.

Die Empfehlungen geben Anregungen und Handlungsorientierungen für die Fachpraxis, können jedoch die konkrete Kooperation und Koordination der „vor Ort“ agierenden Institutionen und Behörden nicht ersetzen. Die Erfahrungen zeigen: Die an der Intervention beteiligten Behörden und Institutionen vor Ort müssen gemeinsam das Hilfe- und Unterstützungssystem und die institutionellen Schnittstellen in ihren Blick nehmen und analysieren, wie die Aufgaben koordiniert werden können. Sinnvoll sind zum Beispiel verbindliche Regelungen für die Zusammenarbeit zwischen Polizei und Jugendamt. Dies gilt im Hinblick auf die Festlegung eines Kommunikationswegs und die Benennung von AnsprechpartnerInnen in beiden Behörden sowie im Hinblick auf Rückmeldungen über die Kenntnisnahme eines Falls im Jugendamt. Auch zwischen Jugendamt und BISS / Frauenunterstützungseinrichtungen sind Absprachen und Rückmeldungen zweckmäßig, um die jeweiligen Vorgehensweisen und Beratungsziele abzuklären und zu koordinieren und um Missverständnisse und Fehleinschätzungen zu vermeiden.

Auf der Basis der Empfehlungen haben viele der vor Ort tätigen Interventionsprojekte und Vernetzungsgremien inzwischen verschiedene Maßnahmen für Kinder misshandelter Mütter organisiert. Vielfach sind Infolyer erarbeitet worden, die Mädchen und Jungen über häusliche Gewalt und die örtlichen Hilfsangebote für Kinder informieren. Diese Materialien werden Kindern und Jugendlichen beispielsweise bei einem Polizeieinsatz von den Beamten ausgehändigt sie werden aber auch etwa über Schulen und Jugendtreffs verteilt, um Mädchen

und Jungen zu motivieren, sich selbständig Unterstützung zu suchen. Zusätzlich wurden in einigen Kommunen spezielle telefonische und Online-Beratungsangebote, vereinzelt auch Gruppenangebote zur Bewältigung der Gewalterfahrungen entwickelt.

Kinderschutz und frühe Hilfen: Schnittstellen zu häuslicher Gewalt

Auch die aktuellen Entwicklungen im Kinderschutz gehen von der Erkenntnis aus, dass Schutz vor Gewalt nicht von einer Institution allein gewährleistet werden kann, sondern die Zusammenarbeit aller zuständigen Behörden und Institutionen erfordert. Unter Begriffen wie „Frühe Hilfen“, „Frühwarnsysteme“ oder „Frühe Prävention“ steht hier die Verhinderung von Misshandlungen und Vernachlässigung von Kindern durch ihre Eltern im Mittelpunkt²¹. Um Kinder – vor allem Säuglinge und Kleinkinder – wirksam zu schützen, werden die Angebote des Gesundheitssystems und der Jugendhilfe miteinander vernetzt. Das Ziel früher Hilfen ist es, die Erziehungskompetenzen von Eltern zu stärken, familiäre Belastungen frühzeitig zu erkennen und ihnen systematisch entgegenzuwirken. Dazu sind in den letzten Jahren Maßnahmen auf unterschiedlichen Ebenen entwickelt worden, die sich vor allem auf werdende Eltern und Eltern von kleinen Kindern konzentrieren. Diese Aktivitäten reichen von Bestrebungen, die Verbindlichkeit der Früherkennungsuntersuchungen zu steigern über die neuen Angebote zur Begleitung von Müttern in belasteten Situationen bis zu Elternkursen zur Steigerung der Erziehungskompetenz.

In Niedersachsen hat die Einrichtung des Modellprojekts *Koordinierungszentren Kinderschutz* deutliche Impulse für die Weiterentwicklung kommunaler Netzwerke zum Kinderschutz gesetzt.²² Das Landesprogramm hat zum Ziel, eine effektive Vernetzung der bestehenden Strukturen zur Verhinderung von Gefährdungen des Kindeswohls auf kommunaler Ebene zu fördern. Zentrale Kooperationspartner sind dabei Jugend- und Gesundheitsämter, Kinderkliniken, niedergelassene ÄrztInnen, Schwangerenberatungsstellen, Hebammen, aber auch Kindertagesstätten, Horte, Grundschulen und die Polizei. Zwischen den Beteiligten werden verbindliche Informations- und Meldewege vereinbart, die bei einem Verdacht auf Kindeswohlgefährdung zur Einleitung von adäquaten Hilfen zu einer „geschlossenen

²¹ www.fruehehilfen.de

²² Niedersächsisches Ministerium für Soziales, Frauen, Familie und Gesundheit (Hg.), *Koordinierungszentren Kinderschutz. Kommunale Netzwerke früher Hilfen in Niedersachsen – Zwischenbericht 2009*, Hannover 2009

Reaktionskette“ führen sollen.

Mit den Netzwerken gegen häusliche Gewalt und den Koordinierungszentren Kinderschutz haben sich in Niedersachsen zwei interdisziplinär ausgerichtete Kooperationsstrukturen entwickelt, die den Schutz von Kindern vor Gewalt und die Sicherung des Kindeswohls im Blick haben. Um Doppelstrukturen und Lücken im Hilfesystem zu vermeiden, müssen beide Arbeitsfelder gut miteinander verzahnt werden – insbesondere aus folgenden Gründen:

- Es gibt starke Zusammenhänge zwischen Gewalt in Beziehungen und Kindeswohlgefährdungen: Kinder werden durch das Miterleben von Gewalt gegen ihre Mutter belastet. Zusätzlich kann andauernde Gewalt in der Beziehung die Erziehungsfähigkeit der Mutter untergraben und die Situation der Kinder weiter verschärfen. Frauen und ihre Kinder haben vor diesem Hintergrund einen unterschiedlichen Unterstützungsbedarf, der in der Kooperation zwischen Frauenunterstützungseinrichtungen und Jugendämtern sowie Kinderschutzeinrichtungen abgestimmt werden muss.
- Spezifische Unterstützungsangebote wie Frauenhäuser, Notrufe und Beratungsstellen erreichen nur einen Teil der betroffenen Frauen. Diese Einrichtungen werden nach den Erkenntnissen der Prävalenzstudie von etwa jeder vierten bis siebten betroffenen Frau genutzt²³. Gleichzeitig kann man davon ausgehen, dass betroffene Frauen die Einrichtungen des Gesundheitswesens (zum Beispiel Schwangerschaftsberatung, Vorsorgeuntersuchung oder U-Untersuchungen für Kinder) und der Jugendhilfe (zum Beispiel Kita oder Hort) aufsuchen und dort erreichbar sind. Diese Einrichtungen können auf der Basis einer guten Vernetzung mit Frauenunterstützungseinrichtungen den Zugang zu spezialisierten Hilfen für Frauen erleichtern, die von sich aus keine Beratungsstelle aufsuchen würden.
- Verschiedene Untersuchungen zeigen, dass die Situation ihrer Kinder für viele betroffene Mütter ein wichtiges Motiv ist, die Beziehung zu beenden und sich Hilfe zu holen. So hat die Evaluation der BISS-Beratungsstellen in Niedersachsen ergeben, dass Frauen mit Kindern häufiger Anträge auf Wohnungszuweisung oder

²³ BMFSFJ (Hg), Gewalt gegen Frauen in Paarbeziehungen. Eine sekundäranalytische Auswertung zur Differenzierung von Schweregraden, Mustern, Risikofaktoren und Unterstützung nach erlebter Gewalt (Kurzfassung), Berlin 2008 (Autorinnen: Monika Schröttle, Nicole Ansorge)

Schutzanordnungen stellen.²⁴ Sinnvoll ist also generell, dass alle Professionen, die mit Eltern und Kindern arbeiten, über Grundwissen zur Dynamik häuslicher Gewalt und rechtliche Hilfen verfügen und in der Lage sind, das Thema offensiv und sensibel anzusprechen. Entsprechendes Fachwissen dazu kann von Interventionsprojekten gebündelt und zur Verfügung gestellt werden.

Perspektiven

2009 hat das *Nationale Zentrum Frühe Hilfen* in Kooperation mit der *Frauenhauskoordinierung e.V.* und dem *Informationszentrum Kindesmisshandlung / Kindesvernachlässigung* des Deutschen Jugendinstituts eine Fachtagung zum Thema „Frühe Hilfen bei häuslicher Gewalt“ durchgeführt²⁵. Dabei wurden aus der Perspektive unterschiedlicher Professionen die Schwierigkeiten und Chancen dargestellt, die in der Verknüpfung der beiden Arbeitsfelder liegen. Die ExpertInnen hoben hervor, dass die Interventionssysteme der frühen Hilfen mit den Risikofaktoren und Folgen häuslicher Gewalt konfrontiert sind und demnach das Thema in ihre Arbeit integrieren müssen.

Die Institutionen im Bereich der frühen Hilfen sind – im Vergleich zu spezialisierten Hilfeangeboten zu häuslicher Gewalt – ein niedrighschwelliges Angebot. Hebammen, ÄrztInnen, Pflegepersonal, aber auch MitarbeiterInnen in Elternkursen, Mütter- und Familienzentren oder Kindertagesstätten können deshalb für viele Frauen eine erste Anlaufstelle auf der Suche nach Auswegen aus einer Gewaltsituation sein. Damit das tatsächlich gelingt, brauchen die Fachkräfte entsprechendes Wissen, einerseits über die Gewaltproblematik in Beziehungen und die Erkennung von Warnsignalen, andererseits über die Angebote spezialisierter Hilfeinrichtungen.

In vielen Bundesländern liegen mittlerweile Leitfäden und Handlungsorientierungen vor, welche die Fachkräfte im Gesundheitswesen beim Umgang mit betroffenen Frauen unterstützen.²⁶ Auch für Kindertagesstätten gibt es bereits dokumentierte Modelle und

²⁴ Niedersächsisches Ministerium für Soziales, Frauen, Familie und Gesundheit (Hg.), Mit BISS gegen häusliche Gewalt. Evaluation des Modellprojekts „Beratungs- und Interventionsstellen(BISS) für Opfer häuslicher Gewalt“ in Niedersachsen, Hannover 2007 (Autorinnen: Rebecca Löbmann, Karin Herbers)

²⁵ Die Tagungsdokumentation ist unter <http://www.fruehehilfen.de/4165.0.html> zu finden

²⁶ Hildegard Hellbernd, Petra Brzank, Häusliche Gewalt im Kontext von Schwangerschaft und Geburt. Interventions- und Präventionsmöglichkeiten für Gesundheitsfachkräfte, in: Barbara Kavemann, Ulrike

praktische Erfahrungen, die für die Entwicklung im Bereich der frühen Hilfen genutzt werden können.²⁷ Diese Materialien können der Ausgangspunkt für vertiefte Fortbildungen sein.

In Fortbildungen kann Wissen zu häuslicher Gewalt gebündelt und vertieft werden. Sie sind deshalb ein zentraler Aspekt für die Vernetzung der Netzwerke zu häuslicher Gewalt und Kinderschutz. Das Ziel der Fortbildungen und der Vernetzung muss sein, die jeweiligen Arbeitsweisen und Handlungslogiken der beteiligten Institutionen transparent zu machen und aufeinander abzustimmen. Wenn das gelingt, können die Hilfesysteme zu Kinderschutz und häusliche Gewalt sich gegenseitig verstärken. Eine wichtige Voraussetzung dafür ist, dass beide Themen gleichermaßen auf der gesellschaftlichen und politischen Agenda Platz haben und mit ausreichenden Ressourcen ausgestattet sind.

Kreyssig (Hg.), Handbuch Kinder und häusliche Gewalt, Wiesbaden 2006 – Materialien für interdisziplinäre Fortbildung im Gesundheitsbereich unter www.pro-train.uni-osnabrueck.de/

²⁷ Susanne Borris, „PräGT“ – Das Projekt der Arbeiterwohlfahrt zur Prävention von häuslicher Gewalt durch kooperative Arbeitsansätze in Tageseinrichtungen für Kinder, in: Barbara Kavemann, Ulrike Kreyssig (Hg.), Handbuch Kinder und häusliche Gewalt, Wiesbaden 2006 - als weiteres aktuelle Beispiel: das Projekt Kindertagesstätten gegen häusliche Gewalt (KigG) im Landkreis Gifhorn

Protokoll zu Workshop 3

Häusliche Gewalt und Kinderschutz – Welche Netze tragen?

Moderation: Angelika May; Protokollant: Stefan Besteher

Vor Beginn der Diskussion stellten die 20 Teilnehmenden zunächst die Heterogenität der Zusammensetzung des Workshops fest. Zudem wurde kurz umrissen, was im Verlauf des Workshops geklärt oder diskutiert werden soll. In diesem Zusammenhang ergaben sich folgende Schwerpunkte und Problemfelder:

- Föderale Politik
- Zuwendungspolitik
- Unterschiedliche „Köpfe“ und „Tische“
- Gesundheitswesen und niedergelassene Ärzte
- Woher kommen die Ressourcen?
- Fragen zur und Probleme der Umsetzung
- Verbindlichkeit als Herausforderung
- Beschreibung der „win-win – Situation“ für die Beteiligten
- Netzwerk mit ÄrztInnen



In der Diskussion benannten die Workshop-TeilnehmerInnen dann folgende Erfahrungen und Anregungen:

Es muss den potentiell Beteiligten der Netzwerke wie etwa ÄrztInnen „hinterhergelaufen werden“. In dem Sinne wäre es besser, nach den Grundsätzen Netzwerke zu initiieren, die Dr. Manfred Cierpka in seinem Beitrag genannt hat:

- Konzept erstellen
- dafür werben
- Angebot konkret umreißen

- Ressourcen klar benennen
- Verträge entwerfen
- Langfristige Perspektiven abstecken
- Ausreichende Finanzierung akquirieren

Herr Dr. Cierpka hält diese von ihm genannten Elemente zur Netzwerkbildung für absolut notwendig, „wenn es Sinn machen soll“.

Neben der Tatsache, dass die an den Netzwerken beteiligten Professionen teilweise sehr unterschiedliche Grundlagen, Verträge, Finanzierungen, Menschenbilder oder Haltungen haben, stellen sich häufig auch die Dokumentationen als Problem dar.

Bestehende Netzwerke sollten nicht ersetzt, sondern ergänzt werden. Daher bedarf es einer positiven, gemeinsamen Bestandsaufnahme.

Als Motivation zum Netzwerken und Dokumentieren wird es verstanden, wenn erstens die Intervention Sinn macht, zweitens das Dokumentieren sich gelohnt hat und drittens das Erleben besteht, einen Fall zu Ende gebracht zu haben. Eine weitere wichtige Grundlage für gelungene Netzwerkarbeit sind Fort- und Weiterbildungen. Der Nutzen in einem Netzwerk muss allerdings zeitlich betrachtet kurzfristig eintreten, „sonst schläft es recht schnell wieder ein“. Aktive Kontaktaufnahme und Weitergabe der eigenen Begeisterung können deshalb positive Anregungen für Netzwerke sein.

Im Hinblick auf ihren Umfang können Netzwerke versuchen, „25 Institutionen und 35 Menschen“ zu koordinieren. Sie können aber auch „kleine Brötchen backen“ und konkrete Verbindungen „zwischen 2 Einrichtungen“ regeln. Dabei wird Vernetzung auch als Gefahr empfunden, den Schutz in der eigenen Profession zu verlieren, da über den Tellerrand geschaut werden muss.

Auch wenn Vernetzung nicht Allparteilichkeit bedeuten muss, sollten die beiden Systeme „Anti-Gewalt“ und „Kinderschutz“ jedoch voneinander wissen und miteinander kommunizieren können beziehungsweise müssen.

Veränderungen in der Gesetzgebung schaffen ab und an veränderte Bedingungen für Netzwerke, „schaffen auf einmal Hektik“. Generell haben sich die Vernetzungsnotwendigkeiten, -gedanken und -möglichkeiten in den letzten 25 Jahren verändert. Das beste Beispiel hierfür ist die Zusammenarbeit mit der Polizei.

Zum Abschluss des Workshops liessen sich schliesslich zwei Essentials zusammenfassen: So

ist zum einen die Vernetzung oder Netzwerkarbeit in der Regel projekt- und modellfinanziert. Es bedarf aber einer Regelfinanzierung „als Netzwerk der ständigen Notwendigkeit“. Zum anderen sollte die Finanzierung der „notwendigen“ Netzwerke über das „Umschauen“ von Gesundheitskosten in die Präventionsarbeit erfolgen. Denn präventives Handeln entlastet die entsprechenden Gesundheits-Etats.



Podiumsdiskussion

Bestmögliche Versorgung bei sexualisierter und häuslicher Gewalt. Wie ist sie umsetzbar?

Moderation: Prof. Dr. Ulrike Maschewsky-Schneider, Berlin School of Public Health



Prof. Dr. Ulrike Maschewsky-Schneider

Input Dr. med. Cornelia Goesmann, Bundesärztekammer

Das Thema Gewalt muss stärker in der Ausbildung von Ärztinnen und Ärzten verankert werden. Gleiches gilt für andere medizinischen Berufe.

Als verpflichtender Bestandteil der Weiterbildung ist das Thema häusliche Gewalt zwar bereits in den Bereichen Allgemeinmedizin und Gynäkologie etabliert. Allerdings ergibt sich hier das Problem, dass andere Fachärzte strukturierte Fortbildungsangebote zum Thema nur wenig nachfragen. Ein Grund dafür könnte in der allgemeinen Überlastung der Ärzte und Ärztinnen liegen, des weiteren trägt wohl die Angst vor der psychischen Belastung zur mangelnden Beschäftigung mit dem Thema bei.

Zur Verbesserung der Situation wäre es förderlich, finanzielle Anreize für die Weiterbildung im Bereich Gewalt zu setzen, ebenso die Etablierung fester Zuständigkeiten und bezahlter Positionen an Krankenhäusern. Darüber hinaus sollte ein verbessertes psychotherapeutisches Angebot mit mehr spezialisierten PsychotherapeutInnen gemacht werden.

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

Die Arbeit zum Thema Gewalt mit dem Ziel struktureller Verankerung wurde vor 25 Jahren mit Polizeischulungen begonnen. Als Resultat lässt sich über die vergangenen zehn Jahre hinweg eine deutliche Verbesserung hinsichtlich Sensibilität und Kompetenz der BeamtInnen im Umgang mit Gewalt feststellen.

Eine derart positive Entwicklung ist im Gesundheitssystem nicht zu verzeichnen. Ein möglicher Grund dafür liegt darin, dass es sich dabei um unzählige Einzelbetriebe und Konzerne handelt, denen das Thema nicht – wie etwa in der hierarchisch strukturierten Institution Polizei – *top-down* vorgegeben werden kann. Trotzdem ist auch im Gesundheitswesen eine über zwei, drei Jahrzehnte durchgesetzte Bewusstseinsveränderung notwendig. Hierfür müssen neben der Angewiesenheit auf persönliche Motivation der Gesundheitskräfte Anreize geschaffen werden, so dass eine *win-win*-Situation für Betroffene und Behandelnde entsteht. Mögliche Elemente einer solchen Strukturveränderung können verpflichtende Fortbildungen sein, die Definition von Intervention als ärztliche Leistung sowie bessere Förderung von Evaluation und Wissensbildung.

Im Bereich der Evaluation besteht vor allem die Notwendigkeit einer Studie zu den Milliarden an Gesundheitskosten, die durch fehlende Prävention und Intervention entstehen. Das Ziel sollte eine systemimmanente Umschichtung des Geldes sein.

Es ist wichtig, für einen verbesserten Umgang mit dem Thema Gewalt auf die kommenden Generationen von Gesundheitskräften zu setzen – diese müssen mit einem anderem Bewusstsein ausgestattet werden, wo von den älteren Beschäftigten ein Umdenken nicht mehr überall verlangt werden kann.



Dr. Cornelia Goesmann, Angelika May, Prof. Dr. Ulrike Maschewsky-Schneider

Input Prof. Dr. Beate Blättner, Hochschule Fulda

Die curriculare Verankerung des Themas Gewalt – und zwar lediglich interpersoneller Gewalt insgesamt – im Medizinstudium liegt laut einer Studie aus dem Jahr 2007 bei zwei bis vier Stunden. Dies erscheint angesichts des Umfangs des insgesamt von Ärzten und Ärztinnen verlangten Wissens zu wenig.

Zur strukturellen Verankerung eines Aufgabenfeldes im Gesundheitssystem, und so auch des Feldes häusliche Gewalt, ist es notwendig, einen klaren Auftrag mit klarer Finanzierung an die Gesundheitsversorgung zu formulieren. Dieser Auftrag sollte an das jeweilige *setting* angepasst sein, sich etwa daran orientieren, in welchen Situationen Frauen mit welcher Form der Gesundheitsversorgung in Berührung kommen. Die Frage nach Gewalt als Ursache einer Verletzung muss bei jeder Behandlung dazugehören, und zwar als Frage mit Konsequenzen. Solche Gesundheitsversorgungsstrukturen können allerdings nur etabliert und aufrecht erhalten werden, wenn ihre medizinische Notwendigkeit zweifelsfrei bewiesen ist. In Deutschland gibt es indessen kaum Kenntnisse über Kostenrelevanz oder gesundheitliche Outcomes häuslicher Gewalt – es besteht also eine dringende Notwendigkeit zu verstärkter gesundheitsbezogener Forschung und Forschungsförderung. Eine Möglichkeit der Finanzierung von Dokumentation könnte dabei eventuell im Rahmen des Opferentschädigungsgesetzes liegen.

Input Birgit Fischer, Vorstandsvorsitzende der Barmer GEK

Die Erfahrungen von psychischer, körperlicher und sexueller Gewalt stellen derzeit das grösste Gesundheitsrisiko für Frauen dar. Es besteht also die Notwendigkeit, den individualisierenden Blick auf den Zusammenhang Gesundheit – Gewalt aufzuheben und das Problem als ein gesellschaftliches erkennbar zu machen.

In der medizinischen Behandlung muss erkannt werden, dass es Krankheiten gibt, die auf Gewalt als Ursache zurückzuführen sind. Hierfür ist eine bessere Qualifikation und Sensibilität seitens der Ärzte von grosser Bedeutung, welche am besten durch Implementierung des Themas in die Ausbildung erreicht werden kann. Für Strukturveränderungen im Gesundheitswesen ist es zudem unerlässlich, letztlich von der Patientin aus zu denken und nach ihren Bedürfnissen die Institutionen zu verändern, nicht etwa umgekehrt.

Ein weiteres wichtiges Anliegen ist eine bessere Vernetzung der zum Thema arbeitenden Menschen und Institutionen – bislang wissen Ärzte und Ärztinnen oft nicht, an wen sie sich

wenden sollen, wenn sie selbst unsicher sind. Bislang fehlt es an definierten Versorgungsketten, innerhalb des Gesundheitssektors und zu anderen Sektoren. An dieser Stelle sind dann auch die Krankenkassen gefragt, aktiv zu werden.



Prof. Dr. Beate Blättner, Birgit Fischer

Input DfcZ'8f" Benjamin Hoff, Senatsverwaltung für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz Berlin

Ein föderales Gesundheitswesen impliziert eine strukturelle Nichtverantwortlichkeit, so dass immer an eine andere Instanz weiterverwiesen werden kann, beispielsweise im Zusammenhang Kommune – Land – Bund. In dem Sinne ist die Aktivität zum Thema häusliche Gewalt solange angewiesen auf den guten Willen Einzelner, bis der Diskurs genug gesellschaftliche Relevanz hat, um konkrete Aufträge und Verantwortlichkeiten zugewiesen zu bekommen. Hier müssen dann auch Fragen nach der Ökonomisierung, etwa der Rolle der Krankenkassen, beantwortet werden.

Bislang sorgt auch ein „Standesbewusstsein“ der einzelnen Bereiche des Gesundheitswesens für mangelnde Kooperation, so werden beispielsweise Pflegekräfte von Ärzten und Ärztinnen nicht ernstgenommen.

Was die Ausbildung der Gesundheitskräfte betrifft, ist es auf jeden Fall wünschenswert, dass das Thema Gewalt dort eine grössere Relevanz erhält. Allerdings ergibt sich dabei das Problem, dass ein bereits überfrachtetes Medizinstudium zu einer noch grösseren, kaum zu bewältigenden Belastung für die StudentInnen wird. Deshalb erscheint es sinnvoll, sich den Möglichkeiten zuzuwenden, die das Aus- und Weiterbildungsprogramm der Ärztekammer

bietet. Auf eine Stärkung des Themenfeldes Gewalt in diesem Bereich könnten die BSPH (*Berlin School of Public Health*) und die Senatsverwaltung Einfluss nehmen.

Insgesamt gestaltet sich für das Land Berlin die Zusammenarbeit mit der Krankenhausgesellschaft einfacher als mit der kassenärztlichen Vereinigung, deren VertreterInnenversammlung durch grosse Interessenunterschiede geprägt ist. So lässt sich etwa durch Überzeugung der Krankenhausleitungen eine direkte Stärkung bestimmter bereits bestehender Bereiche oder Projekte, also eine Etablierung guter Praxis erreichen.

Aus diesem Grund – als gute Praxis – wurde auch *S.I.G.N.A.L.* im Rahmen des „Integrierten Gesundheitsvertrags“ in den Berliner Haushalt übernommen. Es soll, gerade in Hinblick auf Entwicklungen, die der Senat gesundheitspolitisch richtig findet, nicht immer nur befristete Modellprojekte geben, und *S.I.G.N.A.L.* kann als Motor für eine solche Entwicklung betrachtet werden. Ein offenes Projekt in diesem Themenfeld ist die Einrichtung einer Gewaltopferambulanz. Diese ist bisher an der Finanzierung gescheitert, das Projekt wird aber vom Senat weiter verfolgt werden.



Prof. Dr. Benjamin Hoff (Staatssekretär)

Beiträge aus den Workshops

Im Workshop zum Thema Nachhaltigkeit kam man zu dem Schluss, dass das Hauptproblem bei der Implementierung von Interventionsprogrammen zu häuslicher Gewalt in der fehlenden strukturellen Verankerung in den Krankenhäusern liegt. Hinsichtlich der Veränderung dieses Status Quos wird die Notwendigkeit der Vernetzung als bedeutungsvoller beziehungsweise effektiver angesehen als die Anwendung rechtlicher Mittel, etwa durch neue Gesetzgebung. Die grosse Bedeutung guter Vernetzung wurde auch von den TeilnehmerInnen des Workshops zum Thema Gewalt und Screening betont.

Der Workshop zum Thema Vernetzung gelangte zu dem Ergebnis, dass diese professionell gestaltet werden muss, mit einem klaren Auftrag und einer klaren Struktur. Dabei ist es vorteilhaft, sich an bereits existierenden Netzwerken zu orientieren und professionenübergreifend zusammen zu arbeiten. Der Fokus sollte auf der kommunalen Ebene, auf Alltagsorientierung und Praxisnähe liegen. Darüber hinaus ist jedoch auch eine (Kostenträger-)Vernetzung auf institutioneller Ebene notwendig.

Beiträge aus dem Publikum

Das Thema Patientinnenrechte sollte ein stärkerer Bezugspunkt in der Debatte sein. So müssen Frauen etwa in die Lage versetzt werden, ihre Rechte einzuklagen. In diesem Zusammenhang wäre es auch sinnvoll, die Möglichkeit von Schadensersatzforderungen ans Gesundheitswesen zu diskutieren.

Auch in Hinblick auf die – unter anderem finanzielle – Beteiligung der Krankenkassen müssen Forderungen und Projekte konkretisiert werden, denn Vernetzung allein reicht für den Umgang mit dem Problem Gewalt nicht aus.

Ein besonders grosses Hindernis bei der Veränderung des Umgangs mit Gewalt im Gesundheitswesen könnte in den medizinischen Fakultäten liegen. Hier wären eine „Entmüllung“ des Curriculums sowie ein stärkerer Praxisbezug notwendig.



Dr. med. Heike Mark

Ausblick

Dr. med. Cornelia Goesmann als Vorsitzende der Bundesärztekammer verspricht eine Stärkung des Themas – anhand der vorhandenen Materialien und Kenntnisse – durch die Ärztekammern. Eine entsprechende Initiative könnte beispielsweise von dem kommenden Ärztetag ausgehen.

Angelika May von *S.I.G.N.A.L.* e.V. strebt ein Treffen mit Staatssekretär Benjamin Hoff an, wobei es unter anderem um den Aufbau einer Koordinierungsstelle in Berlin gehen soll.

Darüber hinaus möchte sie stärker auf die Stellung eines Antrags zur Finanzierung einer Prävalenzstudie durch die Ärztekammer hinarbeiten.

Die Vertreterin der Barmer GEK, Birgit Fischer, würde gerne zukünftig mehr Öffentlichkeitsarbeit zu häuslicher Gewalt machen sowie funktionierende Praxen weiterentwickeln und stärken, so dass die Krankenkasse perspektivisch eine aktivere Rolle in der Unterstützung einnehmen kann.

Benjamin Hoff von der Senatsverwaltung für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz Berlin wird versuchen, das Thema Gewalt in der Ressortforschung des Bundesgesundheitsministeriums unterzubringen. Er tritt ausserdem für eine bessere Platzierung der Materialien ein – Stichwort interkulturelle Kompetenz – sowie für ein Herantreten an die Berliner Krankenhausgesellschaft im Hinblick auf die institutionelle Stärkung des Themas häusliche Gewalt. Darüber hinaus möchte Benjamin Hoff die Planung einer Fachtagung zum Thema Gewalt gegen Frauen vorantreiben, etwa in Zusammenarbeit mit der Fachstelle für Prävention und Gesundheitsförderung und unter dem Dach der Landesgesundheitskonferenz.

Workshop 4

Stand und aktuelle Entwicklung –

Interventionsprojekte im Gesundheitsbereich gegen Gewalt an Frauen.

Fachlicher Bedarf und organisatorisch-strukturelle Anforderungen an eine kontinuierliche Vernetzung

Moderation: Ulrike Löhr

Protokollantin: Ingar Abels

Protokoll 20.02.2010



Hilde Hellbernd, Ulrike Löhr

Abstract:

Die wichtigsten Themen der Diskussion betrafen die Frage nach der Kontinuität der implementierten Projekte, die Frage wie Ärztinnen und Ärzte in die Projekte eingebunden werden können und welche Unterstützung Pflegekräfte benötigen, die in der Rettungsstelle/Zentralen Notaufnahme arbeiten. Angeregt wurde, für die Vernetzung der Teilnehmerinnen einen Emailverteiler einzurichten und beispielsweise über die Homepage des SIGNAL e.V Interventionsprojekte und Ansprechpartner/-innen zu benennen. Gewünscht wurden zudem regelmäßige Fach- und Vernetzungstreffen.

Projektpräsentationen:

Der Workshop begann mit einer Vorstellung laufender Projekte. Aktive Frauen aus dem gesamten Bundesgebiet, aus Österreich und Italien (Südtirol) stellten ihre Arbeit vor. Eine Darstellung teilnehmender Projekte findet sich im Anhang der Dokumentation.

Als kurze Beispiele: Aus dem städtischen Krankenhaus Karlsruhe wurde über die Zusammenarbeit mit einer Clearingstelle berichtet, die eine praktische Umsetzung des pro-aktiven-Ansatzes ermöglicht. Mit Zustimmung der Betroffenen werden von der Rettungsstelle des Krankenhauses Daten betroffener Frauen an Beratungseinrichtungen weitergeleitet, damit diese „pro-aktiv“ Kontakt zu den Frauen aufnehmen können. In Heilbronn sind die Akteurinnen mit dem Runden Tisch gegen häusliche Gewalt vernetzt. Es wurde eine AG Gesundheit gegründet

und MitarbeiterInnen der Frauenklinik berufsgruppenspezifisch geschult. Entwickelt wurde eine Notfallkarte, die schlicht mit der Abbildung einer Sonnenblume gehalten ist. Die Begriffe Notfall, Gewalt oder Krise tauchen nicht auf den ersten Blick auf.

Das Projekt „Diagnose Gewalt“ in Österreich und Italien wird über EU Mittel aus dem Interreg-Programm finanziert. In dem Projekt wurde u.a. eine umfassende Webseite incl. Videointerviews mit ExpertInnen erstellt, die großen Anklang findet und von Fachkräften häufig genutzt wird. Weitere Projekte unter anderem aus Flensburg, Offenbach, Aschaffenburg, Freiburg, Pinneberg, Landshut berichteten über aktuelle Aktivitäten. Zum Teil besteht großer Bedarf vorhandene Netzwerkstrukturen gegen Gewalt an Frauen auszubauen und sich stärker mit der Gesundheitsversorgung zu vernetzen. Weitere Teilnehmerinnen des Workshops berichteten, dass das Thema in ihrer Region gerade aufgenommen wird und das Bedürfnis besteht Erfahrungen und Anregungen aus anderen Projekten in die Planung einzubeziehen.

Im Austausch über laufende Interventionsprojekt wurde mehrheitlich betont, dass es einer finanzierten Koordination bedarf, um die Projekte langfristig zu erhalten. Im Hinblick auf Schulungen und Fortbildungen wurde deutlich, dass diese derzeit vor allem von Pflegekräften besucht werden. Das Einbeziehen des ärztlichen Personals stellt in allen Projekten eine Herausforderung dar. Einzelne Teilnehmerinnen berichten, dass ÄrztInnen gewonnen werden konnten, nachdem qualifizierte Pflegekräfte über ihre Erfahrungen und Kenntnisse berichteten. Andere verwiesen darauf, dass es vor allem ÄrztInnen und Ärzte der psychiatrischen und gynäkologischen Versorgung sind, die erreicht werden könnten bzw. konnten. Auch aus dem Modellprojekt „Medizinische Intervention gegen Gewalt“ (MIGG) wurde die Erfahrung berichtet, dass es Flexibilität und einen langen Atem bedarf um ÄrztInnen – in diesem Fall niedergelassene Arztpraxen – zu erreichen. Bezogen auf Inhalte und Aufbau von Schulungen verwiesen fortbildungserfahrene Workshopteilnehmerinnen auf sehr positive Erfahrungen mit eindeutig praxis- und handlungsorientiert aufgebauten Veranstaltungen. Einige Teilnehmerinnen formulierten in diesem Kontext Skepsis gegenüber E-Learning Ansätzen. Es besteht die Befürchtung, dass wichtige kommunikative Methoden wie „Rollenspiel“ oder „interdisziplinäre Falldiskussion“ nicht ausreichend berücksichtigt werden können.

Als bedeutsam wurden nicht zuletzt klare Standards und Abläufe in der Intervention erachtet, da sie dazu beitragen können Sicherheit zu vermitteln und Barrieren im Kontakt mit betroffenen Frauen zu überwinden.

Diskussion:

Folgende Fragen und Themen standen im Zentrum der gemeinsamen Diskussion:

- Wie können Kontinuität und Nachhaltigkeit der Interventionsprojekte gewährleistet werden? Welche positiven Erfahrungen bestehen? Wie können beispielsweise Brüche bei einem Personalwechsel aufgefangen oder abgefedert werden?
- Wie kann Kontinuität in der Web-Präsenz von Projekten gewährleistet werden, die nur befristet gefördert werden? Es stellte sich die Frage, wie Bundes- und Landesregierungen eingebunden werden können, um eine solche Kontinuität zu gewährleisten.
- Wie kann die Einbindung der Ärzteschaft verbessert bzw. erweitert werden? Sind beispielsweise zeitlich kürzere Schulungen oder Schulungen mit juristischem Anteil hilfreich?
- Welche „Türöffner“ haben sich bewährt, um mit Klinikleitungen in Kontakt zu kommen?
- Wer bzw. welche Berufsgruppen sollten in Steuerungsgruppen eingebunden werden? (Ärzte/innen, Pflegedienstleitungen, Pflegepersonal, Gleichstellungsbeauftragte der Universitätskliniken etc.)
- Wie können bestehende Interventionsstrukturen mit ihren Hilfeangeboten evaluiert werden?
- Wie können Interventionsmaßnahmen wie Aufklärungsgespräche oder rechtssichere Dokumentationen adäquat finanziert werden? Die Vergütung der Intervention wird als eine entscheidende Bedingung für eine breite und nachhaltige Implementierung und Optimierung der Intervention betrachtet. Notwendig scheint dafür eine konzertierte Aktion von Politik und Gesundheitswesen.

Anregungen für die weitere Arbeit

Fortbildungen

- Es besteht vielfacher Bedarf an „Train the Trainer“ Seminaren.
Es besteht Interesse, Schulungscurricula für Pflegepersonal und für Ärztinnen und Ärzte zur Verfügung zu stellen und sich zum Thema Fortbildungen zu vernetzen. Vorgeschlagen wurde ein passwortgeschütztes Forum auf der Homepage des SIGNAL e.V. oder auf einer eigens eingerichteten Internetseite.
Um die Qualität der Fortbildungen zu sichern, wurden einheitliche Fortbildungsstandards gewünscht.

- Vorgeschlagen wurde, Fortbildungen differenziert nach ihrem zeitlichen Umfang (2,5 Tage, 1 Tag, 2 Stunden oder 30 Minuten etc.) zu evaluieren.

Vernetzung

- Eine bundesweite Vernetzung (beispielsweise in Form von Vernetzungstreffen einmal im Jahr) wird gewünscht. Dafür sollten Bundesmittel beantragt bzw. zur Verfügung gestellt werden.
- Bestehende Ressourcen nutzen: Es gibt einen bundesweiten Verteiler der Frauenbeauftragten der Universitätskliniken über den Informationen weitergeleitet werden können und der für die Vernetzung genutzt werden kann.
- Auf der Webseite von SIGNAL e.V. sollen vorhandene Interventionsprojekte aufgeführt werden. Ebenso Projekte, die sich im Aufbau befinden. Genannt werden sollten hierbei auch die Ansprechpersonen.

Pflege

- Pflegekräfte sind in allen Projekten die ‚tragende Säule‘. Im Hinblick auf das Ziel einer „optimierten Versorgung“ müssen sie, ihre Erfahrungen und ihre Arbeitssituation stärker als bisher einbezogen werden. Es besteht Bedarf nach einer intensiveren Begleitung, nach einer verstärkten Beachtung der „Nöte“ des Pflegepersonals und nach Austauschmöglichkeiten.
- Pflegekräfte sollen bewusst in Steuerungsgruppen eingebunden werden. Sie leisten die konkrete Arbeit vor Ort und können wesentlich zu einer erfolgversprechenden Planung und Umsetzung beitragen (top down UND bottom up).
- Zu gewährleisten ist eine für die Koordination des Interventionsprojekts zuständige Person, die mit finanziellen und zeitlichen Ressourcen ausgestattet ist. Zeitliche Ressourcen sind ebenso für engagierte Pflegekräfte bereitzustellen, da die Mitwirkung im Projekt neben oder zusätzlich zur regulären Arbeit nicht vertretbar ist.
- Rechnung zu tragen ist der Tatsache, dass auch Professionelle selbst von Beziehungsgewalt betroffen sind bzw. sein können. Es bedarf einer Enttabuisierung dieses Aspekts und der Entwicklung einer „Workplace Policy“.

Vorstellung Interventionsprojekt 1

„Hinsehen-Erkennen-Handeln“: Modellprojekt zur Sensibilisierung und Qualifizierung medizinischer Fachkräfte für das Thema häusliche Gewalt und Gewalt in der Familie in Dresden

Franziska Epple



Franziska Epple

Strukturelles

Das Modellprojekt zur Sensibilisierung und Qualifizierung medizinischer Fachkräfte für das Thema häusliche Gewalt und Gewalt in der Familie in Dresden wurde im Sommer 2008 vom Sächsischen Staatsministerium für Soziales und Verbraucherschutz (Referat Gleichstellung) initiiert. Getragen wird das Projekt von der Klinik für Psychotherapie und Psychosomatik der Uniklinik Dresden und dem Institut für Rechtsmedizin der TU Dresden. Die Projektleitung liegt bei Oberärztin Dr. Julia Schellong, wobei die Projektkoordination mit einer halben Stelle an der Psychosomatischen Klinik angedockt ist. Diese Konstellation erweist sich als überaus hilfreich, da die Kontaktaufnahme mit Pflegedienstleitungen und KlinikdirektorInnen aus der Uniklinik selbst erfolgen kann. Insgesamt stehen für die Projektarbeit zwei Stellen zur Verfügung: Eine dreiviertel Stelle für zwei wissenschaftliche Mitarbeiterinnen sowie eine dreiviertel Stelle für Dokumentations- und Assistenzaufgaben.

Das Projekt ist eingebunden in das *Dresdner Bündnis gegen häusliche Gewalt* und wirkt in der dortigen Unterarbeitsgruppe Gesundheit mit. Die Gesamtdauer ist auf zweieinhalb Jahre ausgelegt – die Verstetigung ist damit eines unserer Hauptanliegen.

Wissenschaftliche Begleitung

Das Projekt wird hauptsächlich von unseren Mitarbeiterinnen wissenschaftlich begleitet,

erhält dabei jedoch Unterstützung von einem wissenschaftlichen Beirat, der sich halbjährlich trifft. In diesem Beirat befinden sich Mitglieder der Sächsischen Landesärztekammer, des Sozialministeriums, des Hebammenverbandes, der Uniklinik, des Gesundheitsamtes, des Hausärzterverbandes, ein niedergelassener Arzt und eine Mitarbeiterin aus dem Beratungsbereich. Über diese Zusammensetzung ist sichergestellt, dass aus allen entsprechenden Bereichen wertvolle Anregungen in die Projektarbeit einfließen können.

Die wissenschaftliche Begleitung bezieht sich auf:

- eine Erstbefragung der Zielgruppe zur Ermittlung des aktuellen Wissenstandes und des Fortbildungsbedarfes
- die Evaluation der durchgeführten Schulungen – die Ergebnisse fließen unmittelbar in die folgenden Schulungen ein (formative Evaluation)
- eine zweite Befragung (identischer Fragebogen) zur Abschätzung der Projektwirkung nach 1,5 Jahren Projektlaufzeit

Die Ergebnisse dieser Untersuchungen sollen im Folgenden kurz vorgestellt werden.

Ergebnisse der ersten Befragung

Es wurden 4886 medizinische Fachkräfte (Ärzte, Pflegepersonal, Hebammen, Psychotherapeuten) befragt, sowohl aus der Uniklinik als auch aus dem niedergelassenen Bereich in Dresden. Die Befragung geschah bei vorliegender E-Mailadresse elektronisch, andernfalls postalisch.

Der Rücklauf betrug im Mittel 23 Prozent, wobei Niedergelassene zu 29 Prozent antworteten und an der Uniklinik Beschäftigte zu 20 Prozent. Da in der Uniklinik überwiegend per Email befragt wurde, ist dieses Ergebnis jedoch konfundiert mit dem Fakt, dass bei elektronischer Befragung der Rücklauf deutlich schlechter ist (16 Prozent) als bei postalischer (30 Prozent). Insgesamt konnten letztlich 1107 Fragebögen ausgewertet werden.

Die Kontakthäufigkeit, festgestellt anhand der Frage: „Hatten Sie im vergangenen Jahr Kontakt mit PatientInnen, die häusliche Gewalt erlebt haben?“, wurde von den Befragten insgesamt relativ niedrig eingeschätzt. So gaben 23 Prozent der Ärzte an, überhaupt keinen Kontakt zu Betroffenen gehabt zu haben, bei weiteren 50 Prozent lag die Kontakthäufigkeit bei unter 2 Prozent. Zudem wurde den medizinischen Fachkräften die Frage gestellt, ob sie die PatientInnen bei bestehendem Verdacht auf häusliche Gewalt darauf ansprechen würden.

Dies bejahten 92 Prozent der Ärzte, 57 Prozent des Pflegepersonals, 76 Prozent der Hebammen und 97 Prozent der PsychologInnen. Interessant ist hier insbesondere der große Unterschied zwischen ÄrztInnen und Pflegekräften. Auf die Frage nach den Hauptschwierigkeiten beim Ansprechen potentieller Opfer häuslicher Gewalt nannten 42 Prozent der ÄrztInnen das Fehlen von Informationen zu Weitervermittlungsmöglichkeiten, 37 Prozent nannten Zeitmangel, 27 Prozent vermuten, die Patientin möchte nicht angesprochen werden und 23 Prozent befürchten, durch eine Ansprache unvorhersehbare Folgen für die betroffene Person auszulösen. Hierbei waren Mehrfachantworten möglich.

Eine weitere Frage behandelte die Bekanntheit bestehender Arbeitshilfen und Beratungsstellen. Hier ergab sich, dass 30 Prozent der befragten ÄrztInnen über den sächsischen Leitfaden zum Umgang mit Opfern häuslicher Gewalt informiert sind. Lediglich neun Prozent kennen die Hauptanlaufstelle für Betroffene im Beratungsbereich, Kontakt zu Beratungsstellen ist nahezu nicht vorhanden.

Mit ihren Möglichkeiten, als HelferIn zu fungieren sind 77 Prozent der Befragten eher oder sehr unzufrieden.

Die Fortbildungsbereitschaft der medizinischen Fachkräfte liegt laut Befragung bei 84 Prozent, ist also enorm hoch. Dabei bevorzugen Ärzte eher kürzere Schulungen bis zu 2 Stunden, andere Berufsgruppen hingegen sind auch zu längeren Schulungen bereit. Für ganztägige Schulungen interessierten sich 8 Prozent der ÄrztInnen, 20 Prozent der Pflegenden, 30 Prozent der Hebammen und 28 Prozent der PsychologInnen.

Auf der Projekt-Homepage www.hinsehen-erkennen-handeln.de finden sich unter der Kategorie 'Projektabschnitte' noch einige weitere Zahlen. Bei Interesse am Fragebogen und/oder einer detaillierten Auswertung bitte Kontaktaufnahme mit mir. Eine Veröffentlichung der erhobenen Daten ist geplant.

Schulungen

Inhaltlich werden die Materialien von *S.I.G.N.A.L.* und *Pro Train* genutzt, teilweise ergänzt durch psychotraumatologische Aspekte. Ab einer Dauer von zwei Stunden werden die Schulungen in der Regel von drei ReferentInnen gestaltet: Zusätzlich zum normalen Programm referieren dann ein Rechtsmediziner zu Fragen der Dokumentation und eine Opferrechtsanwältin zu Fragen des Opferrechtes und der Schweigepflicht. Hierfür stehen innerhalb des Projektes Honorargelder zur Verfügung.

Zeitlich wird vollständig auf die Bedürfnisse der jeweiligen Teilnehmenden eingegangen. So

gibt es Kurzschulungen von 30 Minuten bis zu 4 Stunden, aber auch ganztägige Schulungen. Wir schulen „aufsuchend“, setzen uns also mit den jeweiligen Verantwortlichen für die Klinik, etwa PflegedienstleiterInnen oder KlinikleiterInnen, in Verbindung) und vereinbaren mit diesen einen konkreten Termin. Besonders interessierte Fachkräfte können sich bei vertiefenden Ganztagessechulungen zusätzliches Wissen aneignen und insbesondere auch Handlungssicherheit durch interaktive Übungen erlangen. Allerdings ist der Zulauf zu solchen ganztägigen Angeboten eher gering.

Die MitarbeiterInnen des Universitätsklinikums nehmen die Schulungsangebote unterschiedlich gut an. Während beispielsweise Pflegekräfte aus den psychiatrischen und pädiatrischen Bereichen die Schulungen sehr hoch frequentieren, ist das Interesse bei den Beschäftigten anderer Fachrichtungen geringer. Bei den ÄrztInnen im Klinikum fallen zudem die knappen zeitlichen Ressourcen auf. Hier können häufig nur dreißigminütige klinikinterne Weiterbildungen stattfinden.

Niedergelassene Ärzte schulen wir überwiegend im Rahmen von Ärztestammtischen oder Qualitätszirkeln. Strategisch bewährt haben sich hier etwa einstündige Kurzweiterbildungen auf Arzt-, Hebammen- und Physiotherapeutenstammtischen. Besonders aufgeschlossen für Weiterbildung zum Thema häuslicher Gewalt sind GynäkologInnen sowie einige Allgemeinärzte, und auch die StammtischleiterInnen sind in der Regel engagierte Menschen, die man relativ gut von der Wichtigkeit des Themas überzeugen kann.

Weitere Aktivitäten

Neben den Fortbildungen ist zur Information der Fachkräfte eine Homepage konzipiert worden (www.hinsehen-erkennen-handeln.de). Außerdem wurden Materialien für die Weitergabe an Opfer und für den Eigenbedarf der Fachkräfte entwickelt und verteilt.



Im April und Mai 2010 fand am *Deutschen Hygienemuseum Dresden* in Kooperation mit der Sächsischen Landesärztekammer, dem *Traumanetz Sachsen* und dem *Lenkungsausschuss zur Bekämpfung Häuslicher Gewalt im Land Sachsen* eine Vorlesungsreihe zum Thema: „Heile Familie? Gewalt gegen Kinder und Partner“ statt.

Vorstellung Interventionsprojekt 2

Interventionsprogramm Häusliche Gewalt im Klinikum Nürnberg

Hildegard Koppen

Das Klinikum Nürnberg

Das Klinikum Nürnberg behandelt pro Jahr mehr als 90000 stationäre und ebenso viele ambulante PatientInnen an zwei Standorten, den Kliniken Nürnberg Nord (KNN) und Nürnberg Süd (KNS), und somit auch in zwei Notaufnahmen, in denen alle Notfall-PatientInnen ankommen und von dort den entsprechenden Kliniken zugewiesen werden.

Im KNN befinden sich neben einigen medizinischen Kliniken die Gynäkologie, Bauch- und Thoraxchirurgie, Hals-Nasen-Ohren-Klinik und Urologie. Im KNS befinden sich die Unfallchirurgie, Mund-Kiefer-Gesicht-Chirurgie, Geburtshilfe, Kinderklinik und Kinderchirurgie. Gebärende werden direkt im Kreißsaal und Kinder in der Kinderklinik aufgenommen.

Es stellt sich in beiden Kliniken das Problem, dass ÄrztInnen und Pflegepersonal der Notaufnahmen selbst massiv Gewalt durch Patienten und Begleitpersonen erleben.

Interventionsprogramm häusliche Gewalt

Die Frauenbeauftragte der Stadt Nürnberg hat 1999 eine institutionsübergreifende Arbeitsgruppe Intervention gegen häusliche Gewalt initiiert. Dieser Arbeitskreis trifft sich in regelmäßigen Abständen und hat unter anderem sogenannte Notfallkärtchen mit den Telefonnummern der Zufluchtsstätten und Beratungseinrichtungen erstellt.

Unter den Mitgliedern des Arbeitskreises sind das Frauenhaus Nürnberg, der Frauennotruf, *AURA Nürnberg e.V.*, die Staatsanwaltschaft Nürnberg, der Allgemeine Sozialdienst, die Frauenbeauftragte der Polizei und der *Weißer Ring*.

Auch die Gleichstellungsbeauftragte des Klinikums Nürnberg gehört dem Arbeitskreis an, was einen kurzen Informationsweg von den Beratungsstellen, die betroffene Frauen beraten, zum Klinikum gewährleistet.

Im Klinikum Nürnberg wurde das Thema „Umgang mit von häuslicher Gewalt betroffenen Frauen und Kindern“ immer wieder aufgegriffen, wenn auch bisher leider auf wenig

strukturierte Weise. So wurden in den letzten Jahren immer wieder Vorträge für ÄrztInnen und Pflegepersonal angeboten. In der Gynäkologie ist das Pflegepersonal bereits im Jahr 2001 durch eine Oberärztin und die Gleichstellungsbeauftragte des Klinikums im Umgang mit den betroffenen Frauen geschult worden.

Die Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie bietet den ÄrztInnen ein Kommunikationstraining zu dem Thema an. Außerdem betreut die Klinik von häuslicher Gewalt betroffene Patientinnen der Chirurgischen und Gynäkologischen Kliniken im Liaisondienst. Für das Pflegepersonal und interessierte ÄrztInnen der Notaufnahmen führten zwei Mitarbeiterinnen, die an der der Multiplikatorinnen-Schulung *S.I.G.N.A.L.* teilgenommen hatten, zwei- bis dreistündige Fortbildungen durch. Zudem wurde das Dokumentationsmaterial von *S.I.G.N.A.L.* und der Ärztekammer Niedersachsen eingeführt. Bei Verdacht werden die Betroffenen sowohl in den Notaufnahmen wie in der Gynäkologie angesprochen. Sie werden – wenn möglich – auf Hilfsmöglichkeiten hingewiesen und bekommen Notfallkärtchen ausgehändigt.

Im Jahr 2009 wurde im Qualitätszirkel der Notaufnahme, an dem auch der Sprecher der Notärzte teilnimmt, eine eineinhalbstündige Fortbildung für ÄrztInnen und Pflegepersonal durch die Gleichstellungsbeauftragte und die Justiziarin des Klinikums durchgeführt. Im Juni 2010 wird eine Projektgruppe installiert, die eine strukturierte Vorgehensweise und ein Konzept für Schulungsmaßnahmen nach *S.I.G.N.A.L.* erarbeiten soll. Die Projektleitung liegt bei der Gleichstellungsbeauftragten des Klinikums Nürnberg.

Vorstellung Interventionsprojekt 3

Projektbeschreibung S.I.G.N.A.L. an den SLK-Kliniken Heilbronn

Ulrike Gutermann

Projektentwicklung

Die Idee, das Projekt *S.I.G.N.A.L.* in Heilbronn zu etablieren, entstand 2005 bei einem Treffen der Frauenbeauftragten der Stadt Heilbronn und Ulrike Gutermann, die von 1997 an am damaligen Universitätsklinikum *Benjamin Franklin* der FU Berlin an der konzeptionellen Umsetzung von *S.I.G.N.A.L.* direkt beteiligt war.

Die Frauenbeauftragte brachte die Idee auf die Tagesordnung des in Heilbronn sehr aktiven „Runden Tisches gegen häusliche Gewalt“, innerhalb dessen sich eine Arbeitsgruppe „Gesundheit“ bildete. Teilnehmerinnen der Arbeitsgruppe waren die Frauenbeauftragte der Stadt Heilbronn, die Trainerinnen, Polizeibeamtinnen, Mitarbeiterinnen des Ordnungsamts der Stadt Heilbronn und Mitarbeiterinnen des *Autonomen Frauenhauses Heilbronn e.V.*

Die Arbeitsgruppe Gesundheit nahm Kontakt zu den *SLK-Kliniken Heilbronn* auf. Dieser Klinik-Verbund im Stadt- und Landkreis Heilbronn verfügt mit dem *Klinikum am Gesundbrunnen Heilbronn*, dem *Klinikum am Plattenwald Bad Friedrichshall* und den *Krankenhäusern Brackenheim* und *Möckmühl* über vier Standorte. Neben den *SLK-Kliniken* sind über einen Holding-Verbund weitere regionale Krankenhäuser, Fachkliniken und medizinische Einrichtungen vertreten.

Die Resonanz am *Klinikum am Gesundbrunnen* war nach einer gewissen Vorlaufphase sehr positiv. Im Oktober 2006 fand am *Klinikum am Gesundbrunnen* ein klinikinternes Symposium zum Thema „Häusliche Gewalt und Gesundheit“ statt. Referentinnen und Referenten der Landesärztekammer Baden-Württemberg, der Landeskriminaldirektion Baden-Württemberg und aus der Rechtsmedizin referierten vor ca. 100 Personen über häusliche Gewalt und die Notwendigkeit der aktiven Teilnahme des Gesundheitswesens am Versorgungsprozess. Außerdem wurde das *S.I.G.N.A.L.*-Interventionsprogramm vorgestellt.

Nach dem Symposium ergriff die Pflegedienstleitung der Bereiche Frauenklinik, HNO- und Augenklinik die Initiative und organisierte in 2007 für die Pflegekräfte ihres Bereichs drei Schulungen. Diese Schulungen wurden von den Psychologinnen Ulrike Gutermann und Susan Barth abgehalten und vom *ZONTA-Club Heilbronn* finanziert. In den Schulungen waren unter anderem alle in der Pflege tätigen Mitarbeiterinnen der Frauenklinik anwesend, außerdem nahmen alle Hebammen und zwei Ärztinnen teil. Im Anschluss an diese Schulungen erhielten die Teilnehmerinnen und Teilnehmer das Angebot, fortlaufend Supervision zu erhalten – ein Konzept, das sich bis heute bewährt hat.

Darüber hinaus etablierte sich am *Klinikum am Gesundbrunnen* eine Projekt- und Steuerungsgruppe, die sich für die Etablierung des Projektes an der Klinik verantwortlich erklärte. Dieser Gruppe gehörten unter anderem an:

- Die Trainerinnen
- Eine Vertreterin aus dem Bereich Personalentwicklung / Fortbildung
- Der Leiter der Abteilung Marketing / Öffentlichkeitsarbeit
- Die Pflegedirektorin und die Pflegedienstleitung der beteiligten Kliniken
- Der Chefarzt der Frauenklinik
- Die Frauenbeauftragte der Stadt Heilbronn

Im August 2007 wurde beim Ministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familien und Senioren Baden-Württemberg ein Antrag auf finanzielle Förderung des Projekts gestellt. Die Projekt- und Steuerungsgruppe bekam in diesem Rahmen die Gelegenheit, das Thema und die dazugehörigen Ideen und Planungen in Stuttgart im Ministerium selbst vorzustellen.

Mit der Bewilligung des Antrags auf finanzielle Unterstützung im Oktober 2007 war die Finanzierung der Schulungen und die Durchführung einer Fachtagung im Jahr 2008 gewährleistet. Die Fachtagung sollte auf Wunsch des Sozialministeriums die Fachöffentlichkeit in Baden-Württemberg auf das Interventionsprogramm *S.I.G.N.A.L.* aufmerksam machen. Sie fand im Juli 2008 in Heilbronn im *Haus des Handwerks* statt. Als Referentinnen und Referenten waren die Polizei, die Landesärztekammer und die Rechtsmedizin der Universität Heidelberg vertreten, die Resonanz auf die Veranstaltung war positiv.

Schulungen

Seit 2008 werden Schulungen für das Pflegepersonal aller Standorte der SLK-Kliniken angeboten, an denen bisher etwa 160 Personen teilgenommen haben. Ein Schulungstag ist mit acht Unterrichtsstunden angesetzt, die Teilnahme ist freiwillig. Nach einer Informations- und Sensibilisierungsphase werden praktische Übungen in Gesprächsführung durchgeführt, die Anforderungen an eine gerichtsverwertbare Dokumentation erläutert und die regionalen Notfall-Angebote besprochen.

Die Zusammensetzung der Schulungsgruppen ist interdisziplinär und die Angebote der Abteilung für Fort- und Weiterbildung sind grundsätzlich auch für externe Teilnehmerinnen und Teilnehmern geöffnet. So waren in manchen Schulungen beispielsweise Mitarbeiterinnen von Sozialstationen, Altenpflegerinnen oder Sozialpädagoginnen vertreten.

Ausblick

Für die kommende Zeit wird es darum gehen, das Programm *S.I.G.N.A.L.* noch fester in die bestehenden Klinikstrukturen Heilbronn zu integrieren. In diesem Sinne ist bereits mit der Aufnahme des Programms in die klinikinternen Verfahrensanweisungen begonnen worden. Ein weiteres Projekt ist die klinikinterne Evaluation von *S.I.G.N.A.L.*

Die Vernetzung mit anderen regionalen Projekten aus dem Bereich Gewaltprävention verläuft weiterhin sehr zufriedenstellend.



Vorstellung Interventionsprojekt 4

Einführung des S.I.G.N.A.L.-Projekts am Uniklinikum Heidelberg: Heidelberger Interventionsmodell und Medizin (*him.med*)

Prof. Dr. Manfred Cierpka, Daniela Doege

Vorgeschichte/ Entstehung des Projekts

Im Jahr 2000 erfolgte die Gründung des „Heidelberger Interventionsmodells gegen Gewalt in Beziehungen“ (HIM) durch die Stadtverwaltung Heidelberg. Hintergrund hierfür war die modellhafte Einführung des Platzverweisverfahrens in Baden-Württemberg im Juni 2000 bzw. dessen Ausweitung auf den privaten Raum. Das Interventionsmodell hat zum Ziel, zu einer abgestimmten und vernetzten Zusammenarbeit zu finden, sodass Opfer und Täter die Unterstützung bekommen, die sie benötigen. Der Runde Tisch des Interventionsmodells wird geleitet durch das Amt für Chancengleichheit und besteht aus Mitgliedern städtischer Ämter (z.B. Kinder- und Jugendamt), der Polizei, der Justiz und zahlreicher Beratungsstellen. Es existiert eine enge Vernetzung mit den beiden Hauptanlaufstellen für Betroffene, der Interventionsstelle für Frauen und Kinder und der für Täter.

Im Jahr 2008 fand eine Fachtagung zu Häuslicher Gewalt am Uniklinikum Heidelberg statt. Das Ziel war eine engere Vernetzung des HIM mit dem Uniklinikum. Das S.I.G.N.A.L.-Interventionsmodell sowie HIM wurden vorgestellt und Informationen zum Platzverweisverfahren gegeben. Ein Resultat der Tagung war die Verabschiedung der „Heidelberger Erklärung zur häuslichen Gewalt“ als Selbstverpflichtung, um eine bessere Vernetzung mit Einrichtungen des Gesundheitssystems zu ermöglichen. Zudem wurde eine engere Zusammenarbeit von Stadt und Universitätsklinikum Heidelberg sowie die Entwicklung eines Interventionsprogramms „Häusliche Gewalt“ beschlossen.

Als Forderungen wurden eine weitere Sensibilisierung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter für die Thematik häusliche Gewalt durch Schulungen und Fortbildungen sowie die nachhaltige Etablierung eines Interventionsablaufs im Klinikalltag formuliert.

Im Jahr 2009 erfolgte zur Umsetzung dieser Beschlüsse die Gründung des *Arbeitskreises Häusliche Gewalt* am Uniklinikum Heidelberg.

Arbeitsweise des Arbeitskreises *Häusliche Gewalt*

- Kooperation verschiedener Einrichtungen des Universitätsklinikums. Darunter sind VertreterInnen der Arbeitsbereiche Chirurgie, Gynäkologie, Psychosomatik, der Kopfklinik und der Rechtsmedizin.
- Koordination: Institut für Familientherapie unter der Leitung von Prof. Dr. Manfred Cierpka und Dipl.-Psych. Daniela Doege, dort wiederum Einbettung in Präventionsprojekte im Bereich Familie (Partnerschaftsgewalt zwischen den Eltern als Risikofaktor für die frühkindliche Entwicklung).
- Vernetzung mit dem bereits bestehenden *Runden Tisch/Heidelberger Interventionsmodell gegen Gewalt (HIM)* über dessen Leiterinnen vom Heidelberger Amt für Chancengleichheit.
- Inhaltliche Orientierung am *S.I.G.N.A.L.-Interventionsmodell*. Das örtliche „Kinderschutzteam“ der Heidelberger Klinik für Kinder- und Jugendmedizin wird dabei als Vorbild für gelungene Vernetzung betrachtet.
- Gründung von drei eigenständig arbeitenden Projektgruppen innerhalb des Arbeitskreises: Fortbildung, Dokumentation und Vernetzung.

Projektgruppe Fortbildung

- Erarbeitung des Curriculums für MitarbeiterInnen in den Ambulanzen des Uniklinikums Heidelberg.
- 2009: Durchführung der ersten Fortbildung, zunächst mit wenigen TeilnehmerInnen, aber guter Resonanz.
- 2010: Planung von vier Fortbildungsterminen mit einem zeitlichen Umfang von jeweils 4,5 Stunden (8.30 – 13.00 Uhr).
Fortbildungsthemen:
- Einführung: Definition, Formen und Häufigkeit von häuslicher Gewalt.
- Diagnostik: Fallvignette, Setting, Untersuchungsablauf, Gesprächsführung und Haltung.
- Dokumentation: Falldarstellung, Befund erkennen und dokumentieren.
- Entscheidungsprozesse und Hilfsangebote: Falldarstellung, Entscheidungsbäume, Netzwerke innerhalb und außerhalb des Klinikums, Kriseninterventionsteam in

der Pädiatrie, Adressen.

- Juristische Grundlagen.
- Evaluation durch das Institut für Familientherapie. Geplante Implementierung im *Heidelberger Curriculum Medicinale (HeiCuMed)*, welches den Medizinstudierenden praktisches Üben ermöglicht.

Projektgruppe Dokumentation

- Beschäftigung mit der Wahl eines geeigneten Dokumentationssystems: Entscheidung für die Formulare der Landesärztekammer Baden-Württemberg zwecks Bekanntheitsgrad und einfacher Zugänglichkeit (Download über das Internet).
- Einrichtung von Dokuboxen.
- Inhalt: Protokollbögen, Kamera, CD-Roms und Schablonen zur erleichterten Vermessung von Wunden.
- Ziel: Einrichtung einer Dokubox in jeder Ambulanz. Bis jetzt existieren solche Dokuboxen erst in der Gynäkologie und der Kinder- und Jugendlichenpsychiatrie. Die Boxen sollen der jeweiligen Ansprechperson übergeben werden, die an der Fortbildung teilnimmt.
- Einführung von Spezialergänzungen für die Boxen je nach Ambulanz. So soll etwa die Box der Kopfklinik zusätzliche Dokubögen für den Zahn-, Kiefer- und Gesichtsbereich enthalten.

Projektgruppe Vernetzung

- Erarbeitung notwendiger klinikinterner Vernetzungen. So soll beispielsweise bei Fällen häuslicher Gewalt in der Nacht im Rahmen des Konsiliardienstes ein Arzt der psychosomatischen Klinik angefordert werden dürfen.
- Erarbeitung einer einheitlichen Vorgehensweise zur Betreuung und Weitervermittlung der Betroffenen an zuständige, bereits bestehende externe Einrichtungen und Beratungsstellen (s.o.).
- Erstellung von Opferkärtchen, die ebenfalls die Nummern der zuständigen Einrichtungen enthalten.

Vorstellung Interventionsprojekt 5

Diagnose: Gewalt! Interventionsmöglichkeiten gegen häusliche Gewalt im Gesundheitswesen.

Marcella Pirrone

Im Erfahrungsaustausch zwischen den Beratungseinrichtungen der Region Tirol in Österreich und den Frauenhäusern im italienischen Südtirol hat sich in den letzten Jahren immer wieder bestätigt, dass auch medizinische Fachkräfte in der Praxis oft mit der Thematik der häuslichen Gewalt konfrontiert sind. Die Fortbildungen zum Thema Gewalt gegen Frauen, die die Südtiroler Frauenhäuser Meran und Bozen seit 2005 im Sanitätsbetrieb Südtirol anboten, hatten dies bestätigt, ebenso wie verschiedene Modellprojekte im Ausland, unter anderem das *S.I.G.N.A.L.*-Projekt in Berlin, mit dem das Frauenhaus Meran schon Kontakt aufgenommen hatte.

So reifte mit der Zeit die Idee, zusammen mit dem *Ausbildungszentrum West für Gesundheitsberufe (AZW)* der Universitätsklinik Innsbruck als Leadpartner sowie dem Amt für Ausbildung des medizinischen Gesundheitspersonals und dem Amt für Familie, Frau und Jugend der Autonomen Provinz Bozen als ProjektpartnerInnen ein entsprechendes Interventionsprogramm zu entwickeln und als interregionales Projekt im Rahmen des Förderprogramms *Interreg IV* bei der Europäischen Union einzureichen. Das Projekt wurde mit einer Laufzeit vom 1. September 2008 bis zum 31. Juli 2010 genehmigt.

Projektziele

Im Rahmen des geplanten Projektes wurde beabsichtigt, medizinisch und pflegerisch tätigen Personen im Gesundheitswesen von Südtirol und Tirol Arbeitsbehelfe zur Verfügung zu stellen, die das Erkennen und Intervenieren in Fällen häuslicher Gewalt erleichtern sollen.

Hierfür wurden zweisprachige, deutsch-italienische Arbeits- und Informationsmaterialien (Broschüre, Leitfaden und Homepage) für Ärztinnen und Ärzte, PflegerInnen und andere Gesundheitsprofis in Tirol und Südtirol erstellt, die wichtige professionelle Hintergrundinformationen zur Thematik Häusliche Gewalt vermitteln. Neben sämtlichen Landeskrankenhäusern in Südtirol und Tirol erfolgte die Verteilung und Implementierung auch an anderen wichtigen Orten. So liegen etwa sämtliche Projektprodukte in der

Ärztammer Tirol vor und wurden bei deren Bezirksversammlungen verteilt. Ausserdem haben mit Hilfe der Tiroler Gebietskrankenkasse alle Kontrollärzte in Tirol die Produkte erhalten. In Südtirol wurden die Produkte über das Amt für Ausbildung des Gesundheitspersonals an alle sozialen und sanitäre Bezirke, an Familienberatungsstellen, an alle Basisärzte und an alle privaten gynäkologischen Praxen verteilt.

Damit soll – über die praktische Anwendung hinaus – eine nachhaltige Sensibilisierung des medizinischen und pflegerischen Personals zu diesem Thema erreicht werden, so dass sich auch der Umgang mit PatientInnen aus Gewaltsituationen verbessert. Darüber hinaus wurde an die Weitergabe nützlicher Informationen mittels Poster und Info-Card vom Personal an die betroffene PatientInnen gedacht, um eine Optimierung des Opferschutzes durch maximale Vernetzung, etwa von Krankenhäusern, Ärztinnen und Ärzten und Opferschutzeinrichtungen wie Frauenhäusern, zu erreichen.

Zweisprachige Arbeits- und Informationsmaterialien

1. Broschüre/Leitfaden

Hierbei handelt es sich um eine Arbeitshilfe für das Gesundheitspersonal, in welcher als wichtigste Inhalte folgende zu finden sind: Definition häuslicher Gewalt, Indikatoren häuslicher Gewalt, Hinweise zur Gesprächsführung, Dokumentation, Recht und Beratungseinrichtungen. Insgesamt wurden für Tirol und Südtirol 15.000 Broschüren gedruckt und im Rahmen eigens dafür organisierter Veranstaltungen und Treffen vor Ort gezielt unter dem Gesundheitspersonal verteilt.

Im Sinne der Nachhaltigkeit des Projekts wurde entschieden, dass diese Broschüre – wie alle anderen Materialien – auch digitalisiert auf der Homepage zur Verfügung steht, um eine möglichst breite Benutzung zu fördern.

2. Homepage

Die zweisprachige Homepage (www.diagnose-gewalt.eu) enthält neben allen Projektprodukten (Leitfaden, Poster und Info-Card) noch vertiefende Fachartikel, Video-Interviews, Fallbeispiele, Formulare zum Herunterladen, „Häufig gestellte Fragen“ (FAQ) sowie Termine und Fortbildungen zum Thema häusliche Gewalt .

3. Poster

Die Plakate sind in Krankenhäusern, in Arztpraxen, in Beratungsstellen und bei zahlreiche

Behörden angebracht und sollen die PatientInnen im medizinischen Versorgungsbereich ermutigen, sich vertrauensvoll an das medizinische und pflegerische Personal beziehungsweise an die ÄrztInnen zu wenden.

4. Info-Card

Durch die Anfertigung von Informationskarten für PatientInnen im Taschenformat sollen die von häuslicher Gewalt Betroffenen Hinweise auf Beratungseinrichtungen erhalten und somit über die medizinische Versorgung hinausgehende Hilfestellungen in Anspruch nehmen können. Für Tirol wurden die Info-Cards auch in türkischer Sprache erstellt, in Südtirol zweisprachig auf italienisch und deutsch.

Erarbeitung des Projektvorhabens

Das Projekt wurde von einem multidisziplinären Team entwickelt, bestehend aus 45 Personen aus Tirol und Südtirol (Ärztinnen und Ärzte, Pflegepersonal, Gerichtsmediziner, Psychologinnen, Mitarbeiterinnen der Frauenhäuser Bozen, Meran, Brixen und Bruneck in Südtirol, AZW-Mitarbeiterinnen und Mitarbeiterinnen des *Gewaltschutzzentrums Tirol*). Diese haben im konstanten Austausch ca. eineinhalb Jahre zusammengearbeitet, wobei Frau Mag. Esther Jennings für die Projektleitung und Koordinierung in Tirol und RA Dr. Marcella Pirrone für die Koordinierung in Südtirol zuständig waren. Neben den institutionellen Partnern des Projekts wurden auch das Landeskrankenhaus/die Universitätsklinik Innsbruck, alle Bezirkskrankenhäuser Tirols, die Ärztekammer Tirol und das Land Tirol eingebunden sowie der Sanitätsbetrieb Südtirol mit seinen sieben Landeskrankenhäusern.

Das Projekt ist in zahlreichen Medien (Tageszeitungen, Fachzeitschriften, behördlichen Aussendungen und Rundschreiben) vorgestellt worden. Aufgrund dieser Publikationen erreichten zahlreiche Anfragen die Projektleitung und die ProjektteilnehmerInnen und bei Abschluss des Projekts im Juli 2010 konnte das positive Fazit gezogen werden, dass alle Projektziele mit großer Zufriedenheit erreicht wurden.

In Sinne der Nachhaltigkeit bleibt die Aufgabe bestehen, die Homepage (www.diagnose-gewalt.eu) auch nach dem Projektende zu erhalten, die alle Inhalte des Projekts vermittelt. Deshalb hat sich das *Ausbildungszentrum West für Gesundheitsberufe (AZW)* dazu verpflichtet, die Aktualisierung der Homepage auch nach dem Projektende finanziell zu betreuen, in der Hoffnung, die wertvolle Sensibilisierung des Gesundheitspersonal zum Thema häusliche Gewalt weiter fördern zu können.

Vorstellung Interventionsprojekt 6

Fachlicher Bedarf und organisatorisch-strukturelle Anforderungen an eine kontinuierliche Vernetzung: „Gewalt gegen Frauen – die Bedeutung des Gesundheitswesens. Zehn Jahre Fortbildung für medizinische Berufsgruppen in Niederösterreich

Anneliese Erdemgil-Brandstätter



K. Wieners, A. Erdemgil-Brandstätter

Zunächst ist festzuhalten, dass die MitarbeiterInnen des Gesundheitswesens mit dem Ausmaß, der Definition sowie mit den Formen und Mustern von Gewalt vertraut sein müssen, um gesundheitliche Akut- und Langzeitfolgen von Gewalteinwirkung erkennen zu können.

In der täglichen Arbeitspraxis umfasst Gewalt im Geschlechterverhältnis folgende Formen²⁸:

- Körperliche, psychische, soziale, ökonomische und sexualisierte Gewaltanwendung
- Stalking (beharrliches oder zwanghaftes Verfolgen/Belästigen)

Die genannten Formen von Gewalt treten zumeist nicht isoliert auf und nehmen mit der Zeit an Häufigkeit und Schwere zu. Die gefährlichste Phase für Frauen und Kinder ist dabei die Zeit einer Trennung beziehungsweise Scheidung.

Besonders gefährdete Frauen

Auch wenn männliche Gewalt prinzipiell jede Frau – unabhängig von Alter, Nationalität,

²⁸ Fortbildungskonzept für medizinische Berufe. Fröschl/Löw/Logar 1996. Kontinuierliche Aktualisierung: Erdemgil-Brandstätter 2000-2009

Bildung, Einkommen etc. – treffen kann, so haben doch einige Gruppen von Frauen mit besonderen Problemen zu kämpfen und sind deshalb auch besonders gefährdet:

- Frauen mit körperlichen und geistigen Handicaps oder psychischen Krankheiten
- Frauen, die in Armut leben und ältere/ alte Frauen
- Migrantinnen/ Asylwerberinnen, Mädchen/Frauen, die zwangsverheiratet werden oder in arrangierten Ehen leben

Richtungsweisendes Rahmenkonzept der Weltgesundheitsorganisation (WHO)²⁹: Die Schlüsselposition des Gesundheitswesens

Laut WHO erweist es sich auch im Bereich Gesundheitspolitik als notwendig, eine geschlechtsspezifische Perspektive einzunehmen. Nur so zeige sich, dass bestimmte gesundheitliche Beeinträchtigungen eher Frauen beziehungsweise Männer betreffen und geschlechtsspezifische Benachteiligungen entsprechende gesundheitliche Folgen haben. Ein besseres Verständnis der Krankheitsursachen ermögliche es, wirksamere Maßnahmen zur Verbesserung der Gesundheit von Frauen zu entwickeln.

So brauchen Frauen medizinische Hilfe, weil sie mit den Folgewirkungen von Gewalt alleine nicht fertig werden. Dabei sind ÄrztInnen, MitarbeiterInnen des Gesundheits- und Krankenpflagedienstes oder Hebammen für die von Gewalt betroffenen Frauen meist die ersten AnsprechpartnerInnen. Aus diesem Grund haben MitarbeiterInnen des Gesundheitswesens eine zentrale Funktion im Erkennen von Gewaltanwendung, für die Art der Hilfestellung und den Verlauf der Unterstützung sowie für die Prävention weiterer Gewalttaten³⁰.

Es ist zudem festzuhalten, dass es in der Gruppe der Frauen, die Hilfe bei der Polizei suchen, kaum Überschneidungen mit jenen gibt, die Kontakt mit dem Gesundheitswesen aufnehmen.

Folgen von Gewalt

Die Akut- und Langzeitfolgen von Gewalt für die psychische, körperliche, sexuelle und reproduktive Gesundheit sowie für die soziale Gestaltung des Lebens der Betroffenen sind vielfältig. Sie können unter anderem bestehen in verschiedenen Formen von (frischen oder alten) Verletzungen, posttraumatischem Belastungssyndrom, Kopf-, Nacken- und

²⁹ Europäische Region der WHO 1994/1999.

³⁰ Vgl. auch: Lebenssituation, Sicherheit und Gesundheit von Frauen in Deutschland. Eine repräsentative Untersuchung zu Gewalt gegen Frauen in Deutschland. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Berlin 2004.

Rückenschmerzen, Erschöpfungszuständen, Ess-Störungen, Depressionen, Suchtgefährdung / Suchtverhalten, andauernden Angst- und Schlafstörungen, Beziehungs- und Sexualstörungen, Schwangerschaftskonflikten, Fehlgeburten, chronischen Schmerzen, Suizidgefährdung und dem „Stockholm-Syndrom“.

Folgen mangelnder Kenntnisse im Gesundheitswesen⁴

Mangelndes Wissen über Verbreitung und Erscheinungsformen von Gewalt im Geschlechterverhältnis und über die Rolle von Gewalt bei der Entstehung gesundheitlicher Störungen verursacht hohe finanzielle Kosten. So etwa durch medikamentöse und operative Behandlungen, denen eine Fehleinschätzung der Ursachen der Beschwerden zugrunde liegt, durch die Chronifizierung von Beschwerden sowie durch sekundäre Erkrankungen aufgrund nicht erkannter primärer Ursachen des Leidens.

Im Jahr 2006 führte das Institut für Konfliktforschung in Österreich eine Studie durch, die die Kosten häuslicher Gewalt berechnet (Haller/Dawid/Biffel 2006). Dies wird auf der Basis von empirischen Daten für unterschiedliche Bereiche durchgeführt, so etwa für die Sicherheitsexekutive, das Gesundheitssystem und das Unterstützungssystem, aber auch für Arbeitsausfälle. Insgesamt kommt die Studie auf eine Gesamtsumme von 78 Millionen Euro, die jährlich durch häusliche Gewalt verursacht wird, wovon 14 Millionen Euro auf die Kategorie Gesundheit/Medizin entfallen. Dabei kommen die Autorinnen zu dem Schluss, dass die tatsächlichen Kosten wohl noch deutlich darüber liegen, weil für viele Bereiche wenig empirisch gesicherte Daten vorliegen beziehungsweise immer von einer Dunkelziffer ausgegangen werden kann.

Ebenso gravierend wie der ökonomische Aspekt sind indessen die psychosozialen Kosten für die Frauen, denen keine Hilfe zuteil wird.

Erfolgreiches Schulungsprojekt „Gewalt gegen Frauen – Die Bedeutung des Gesundheitswesens“⁵

In den Jahren 2000 bis 2009 haben etwa 2.000 MitarbeiterInnen des niederösterreichischen Gesundheitswesens an etwa 80 zweitägigen Seminaren, zeitlich kürzeren Workshops und Informationsveranstaltungen teilgenommen. Zu Projektpräsentationen, Fachtagungen und

⁴ Vgl. auch: Verbundprojekt zur gesundheitlichen Situation von Frauen. Bundesministerium für Jugend, Familie, Senioren und Frauen, Berlin 1999.

⁵ Kontinuierliche Aktualisierung: Erdemgil-Brandstätter 2000-2009.

Kongressen, die überwiegend in Niederösterreich, aber auch in den Bundesländern Wien, Steiermark und Kärnten stattfanden, kamen ebenfalls rund 2.000 interessierte Mitarbeiter/innen aus dem Gesundheitswesen, der Exekutive, den *Gesunden Gemeinden* in Niederösterreich, frauenspezifischen Einrichtungen und dem gesundheitspolitischen wie journalistischen Bereich. Das Fortbildungskonzept für medizinische Berufe⁶ wurde dabei kontinuierlich aktualisiert und der jeweiligen Berufsgruppe angepasst.

Das Projektteam, das aus sechs speziell geschulten und erfahrenen Mitarbeiterinnen von Opferschutzeinrichtungen besteht, erstellte auch einen die Seminare/Workshops ergänzenden Leitfaden mit dem Titel „Ihre Hilfe entscheidet - Die effiziente Intervention im Gesundheitswesen“ sowie die Projekt-Homepage www.gewaltgegenfrauen.at.

Die Ziele der Fortbildung sind die Entwicklung von Handlungskompetenz durch Sensibilisierung und Wissensvermittlung. So sind geschulte MitarbeiterInnen unter anderem in der Lage,

- Formen und Muster von Gewalt und deren gesundheitliche Akut- und Langzeitformen zu erkennen,
- den Verlauf der Hilfestellung und die Prävention von weiterer Gewalt positiv zu beeinflussen,
- adäquate Interventionsschritte in der täglichen Praxis zu setzen (z. B. Umgang mit Krisensituationen, Gesprächsführung, Notfallpläne, rechtliche Möglichkeiten),
- eine gerichtsverwertbare Dokumentation und Spurensicherung zu erstellen,
- Kooperationsmöglichkeiten mit internen (z.B. Kinderschutzgruppen) und externen (Frauenhäuser, Polizei, Gewaltschutzzentren, Frauenberatungsstellen, etc.) Einrichtungen sowie mit niedergelassenen ÄrztInnen zu nutzen und zu verbessern,
- die eigene Haltung gegenüber Frauen, die von Gewalt betroffen sind, zu reflektieren.

Schaffung von österreichweiten Standards: Arbeitsziele 2010 – Kurz- bis mittelfristige Ziele auf Landes- und Bundesebene

- Implementierung der Thematik „Gewalt gegen Frauen – Die Bedeutung des Gesundheitswesens“ in die Ausbildung aller Gesundheitsberufe über Einbeziehung in die Lehrpläne
- Fortsetzung der Fortbildungen über die Ärztekammern

⁶ Fortbildungskonzept für medizinische Berufe Fröschl/Löw/Logar. Kontinuierliche Aktualisierung: Anneliese Erdemgil-Brandstätter 2000-2009.

- Einbeziehung der Thematik in alle medizinisch,therapeutisch oder pflegerisch tätigen Fachgesellschaften
- Anpassung der Schulungskonzepte und Curricula an den österreichweit verabschiedeten Leitfaden „Gesundheitliche Versorgung gewaltbetroffener Frauen“ (BM für Wirtschaft, Familie und Jugend 2009), unter anderem über die Schaffung von Standards in der Dokumentation und Spurensicherung
- Erstellung von mehrsprachigem Informationsmaterial für Frauen, welches unter anderem das eigene Gesundheitshandeln stärken hilft
- Kontinuierliche Basisschulungen im Fort- und Weiterbildungsbereich des Gesundheitswesens (ÄrztInnen, MitarbeiterInnen der Gesundheits- und Krankenpflege, Hebammen, etc.)
- Installierung von interdisziplinären Arbeits- bzw. Opferschutzgruppen in Kliniken (Qualitätsmanagement)
- Aufnahme der Thematik in den Strukturplan Gesundheit Österreich
- Forschung und Datenaufbereitung zur Bedeutung des Gesundheitswesens bei häuslicher Gewalt
- Einbindung der Schulungsinitiativen in einen (inter-)nationalen Aktionsplan gegen Gewalt an Frauen im Sinne gemeinsamer Ziel- und Zeitvorgaben und Koordinierung
- Öffentlichkeitsarbeit

Finanzierende Stellen in Niederösterreich von 2000 bis 2009

Frauenreferat der NÖ Landesregierung, Landesakademie NÖ - Bereich Gesundheit und Soziales, NÖ Ärztekammer, Gesundheitsressort der NÖ Landesregierung, *Fonds Gesundes Österreich*, *Aktion – Gala wider die Gewalt*, *Lehner Executive Partners*, Eigenbeiträge der NÖ Kliniken, Gesundheits- und Krankenpflugeschulen und Psychosozialen Dienste.



Anhang

Kontaktadressen zu Referent/innen der Tagung und den Interventionsprojekten

Gesamtes Tagungsprogramm im Überblick



Kontaktadressen

Referentinnen

Dr. Loraine Bacchus, Gender Violence & Health Centre

London School of Hygiene and Tropical Medicine, Keppel Street, London WC1E 7HT

Email: Loraine.Bacchus@lshtm.ac.uk

Prof. Dr. Beate Blättner

Fachhochschule Fulda, Marquardtstr. 5, 36039 Fulda

Beate.Blaettner@pg.hs-fulda.de

Petra Brzank, MPH

Fachhochschule Fulda, Marquardtstr. 5, 36039 Fulda

Petra.Brzank@pg.hs-fulda.de

Andrea Buskotte

Landespräventionsrat Niedersachsen

Am Waterlooplatz 5A, 30169 Hannover

Andrea.Buskotte@mj.niedersachsen.de

Prof. Dr. Manfred Cierpka

Institut für Psychosomatische Kooperationsforschung und Familientherapie

Universitätsklinikum Heidelberg, Bergheimer Str. 54, 69115 Heidelberg

Email: manfred_cierpka@med.uni-heidelberg.de

Hedwig François-Kettner

Charite Universitätsmedizin in Berlin, Pflegedirektorin

Charitéplatz 1, 10117 Berlin

Email: francois-kettner@charite.de

Hildegard Hellbernd, MPH; **Karin Wieners**, MPH

Koordinations- und Interventionsstelle S.I.G.N.A.L. e.V.

Sprengelstr. 15, 13353 Berlin

Email: hellbernd@signal-intervention.de; wieners@signal-intervention.de

www.signal-intervention.de

Interventionsprojekte außerhalb Berlins

Dresden: Projekt „Hinsehen-Erkennen-Handeln“, OÄ Psychotraumatologie
Klinik und Poliklinik für Psychotherapie und Psychosomatik, Haus 18

Kontakt: Franziska Epple; Dr. Julia Schellong

Email: Franziska.Epple@uniklinikum-dresden.de / Julia.Schellong@uniklinikum-dresden.de
www.hinsehen-erkennen-handeln.de/

Heilbronn: Klinikum Heilbronn; Am Gesundbrunnen 20-26, 74078 Heilbronn

Kontakt: Dipl.-Psych. Ulrike Gutermann; Ruth Brucklacher (Pflegedirektorin)

Email: Ulrike.Gutermann@slk-kliniken.de

Heidelberg: Psychosoziales Zentrum, Uniklinikum Heidelberg

Bergheimer Strasse 54, 69115 Heidelberg,

Kontakt: Daniela Doege; Prof. Dr. Manfred Cierpka

Email: Daniela.Doege@med.uni-heidelberg.de / manfred_cierpka@med.uni-heidelberg.de

Karlsruhe: Städtisches Klinikum Karlsruhe; Morgenstr. 36, 76137 Karlsruhe,

Kontakt: Claudia Cardenas; Monika Baumann

Email: Monika.Baumann@klinikum-karlsruhe.de

Kassel: Gesundheit Nordhessen, Städtisches Krankenhaus Kassel

S.I.G.N.A.L. im Klinikum Kassel, Mönchebergstr. 41-43, 34125 Kassel

Kontakt: Anja Gerhard-Mehl (Projektleitung)

Email: anja.gerhard-mehl@klinikum-kassel.de

Nürnberg: Klinikum Nürnberg; Prof.-Ernst-Nathan-Str. 1, 90419 Nürnberg

Kontakt: Hildegard Koppen (Gleichstellungsbeauftragte)

Email: koppen@klinikum-nuernberg.de

Italien / Österreich (Interreg IV): Projekt „Diagnose: Gewalt!“

Frauenhaus Meran, 39100 Bozen

Kontakt: Marcella Pirrone

Email: pirrone@pmlex.it / www.diagnose-gewalt.eu/

Niederösterreich: Kassandra – Frauen- und Familienberatungsstelle

Franz-Skribany-Gasse 1, 2340 Mödling

Kontakt: Anneliese Erdemgil-Brandstätter

Email: fortbildung_gewalt@gmx.at / www.gewaltgegenfrauen.at

Fachtagung: „Erwünscht und integriert?“

Interventionsprojekte in der gesundheitlichen Versorgung gegen Gewalt an Frauen

Programm Freitag, 19.02.2010

10.00 Eintreffen und Empfang

11.00 Begrüßung

Angelika Diggins-Rösner, BMFSFJ
Prof. Rudolf Tauber, Prodekan Charité Berlin
Dr. Cornelia Goesmann, Bundesärztekammer
Moderation: Angelika May, SIGNAL e.V.

Vorträge

11.30 Intervention im Krankenhaus bei Gewalt an Frauen – Entwicklungen und Herausforderungen
Hilde Hellbernd, Karin Wieners, SIGNAL e.V.

11.45 Bestandsaufnahme: Das SIGNAL-Interventionsprojekt an der Charité Berlin
Hedwig Francois-Kettner, Pflegedirektorin Charité Berlin

12.00 Wirksamkeit von Intervention in Kliniken: MOZAIC-Projekt, London
Dr. Loraine Bacchus, London School of Hygiene & Tropical Medicine, England

12.30 Gewalt in der Schwangerschaft – Ergebnisse einer Befragung von Patientinnen der Geburtshilfe
Dr. med. Silke Michaelis, Susen Hoenisch, Charité Berlin

12.45 Effektive Unterstützung bei Gewalt in Partnerschaft und Familie – Initiative „Keiner fällt durchs Netz“
Prof. Dr. Manfred Cierpka, Universitätsklinikum Heidelberg

13.30 Mittagessen

Während der Mittagspause kann die Posterpräsentation angeschaut werden.

14.45 Workshops

Workshop 1: Nachhaltigkeit von Interventionsprojekten gegen Gewalt – Welche Wege sind erfolgreich?
Input: Prof. Dr. Beate Blättner, Hochschule Fulda; Moderation: Hilde Hellbernd, SIGNAL e.V.

Workshops 2: Fragen nach Gewalt – Unabdingbar in der Gesundheitsversorgung?
Input: Petra Brzank, Hochschule Fulda; Moderation: Karin Wieners, SIGNAL e.V.

Workshops 3: Häusliche Gewalt und Kinderschutz – Welche Netze tragen?
Input: Andrea Buskotte, Landespräventionsrat NDS; Moderation: Angelika May, SIGNAL e.V.

16.15 Kaffeepause

17.00 Podiumsdiskussion

Bestmögliche Versorgung bei sexualisierter und häuslicher Gewalt. Wie ist sie umsetzbar?
Teilnehmende: Prof. Dr. Beate Blättner, Hochschule Fulda; Birgit Fischer, Barmer GEK; Dr. med. Cornelia Goesmann, Bundesärztekammer; Dr. Benjamin-Immanuel Hoff, Senatsverwaltung für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz, Berlin; Angelika May, SIGNAL e.V.
Moderation: Prof. Dr. Ulrike Maschewsky-Schneider, Berlin School of Public Health

18.30 Ende

Fachtagung: „Erwünscht und integriert?“

Interventionsprojekte in der gesundheitlichen Versorgung gegen Gewalt an Frauen

Programm Samstag, 20.02.2010

9.00 **Workshop**

Der Workshop richtet sich speziell an Frauen und Männer, die in Interventionsprojekte und –programme an Kliniken und Krankenhäusern involviert sind.

Austausch: Stand und aktuelle Entwicklungen

Diskussion/Absprachen: Fachlicher Bedarf und organisatorisch-strukturelle Anforderungen an eine kontinuierliche Vernetzung

Moderation: Ulrike Löhr

12.00 **Mittagessen**

13.00 **Posterpräsentation**

Vorstellung von Interventionsprojekten und ihrer Umsetzung in Krankenhäusern und Kliniken

Moderation: Hilde Hellbernd, SIGNAL e.V.

15.00 **Ende der Tagung und Verabschiedung**



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

Kontakt

S.I.G.N.A.L. e.V.

Koordinations- und Interventionsstelle

Sprengelstr. 15

13353 Berlin

Ansprechpartnerinnen:

Hildegard Hellbernd

Karin Wieners

Tel.: 030 - 275 95 353

Fax: 030 - 275 95 366

info@signal-intervention.de

www.signal-intervention.de

Spendenkonto:

Bank für Sozialwirtschaft

BLZ 100 205 00, Konto 32 171 00