

A large, stylized profile of a human head in a light orange color, facing right. The profile is composed of thick, rounded lines. A horizontal dotted line extends from the right side of the text 'Teil B' across the page.

Teil B

Wissenschaftlicher Bericht der Begleitforschung

Einleitung

Mit dem hier vorgelegten wissenschaftlichen Bericht werden wesentliche Teile der wissenschaftlichen Analyse vorgelegt, nämlich die Ergebnisse zu:

- dem Versorgungsbedarf basierend auf der Patientinnenbefragung (Kap. 8)
- dem Versorgungsbedarf basierend auf der Falldokumentationen der Ersten Hilfe (Kap. 9)
- den Wirkungen der Schulungen bei dem Pflegepersonal (Kap. 10)
- den Wirkungen der Fortbildungen in der Ärzteschaft (Kap. 11).

Weitere Teil- und Zwischenergebnisse wurden auf zahlreichen wissenschaftlichen und versorgungsbezogenen Veranstaltungen präsentiert und publiziert. Eine Übersicht dazu findet sich im Anhang.

Wie dargestellt (s. Teil A: Kap. 1), wurden Zwischenergebnisse auch laufend für die Rückkopplung in die Intervention genutzt und werden an dieser Stelle nicht ein weiteres Mal präsentiert.

Zentraler Fokus der schriftlichen Präsentation der Ergebnisse der wissenschaftlichen Begleitung des S.I.G.N.A.L.-Projekts lag in der Erstellung des Handbuchs für die Praxis. Das Handbuch basiert auf den Forschungsergebnissen der wissenschaftlichen Begleitung und den Erfahrungen des S.I.G.N.A.L.-Interventionsprojekts. Es ist Grundlage für die Initiierung eines Interventionsprozesses des S.I.G.N.A.L.-Konzepts in das gesundheitliche Versorgungssystem in Deutschland insbesondere im klinischen Sektor.

Im Zuge dieses sich in der Vorbereitung befindlichen Implementationsprozesses werden weitere Teilergebnisse der Begleitforschung verwertet und publiziert werden.

7 Wissenschaftliche Begleitung des S.I.G.N.A.L.-Projekts

7.1 Forschungsauftrag und Fragestellung

Die Begleitforschung zum S.I.G.N.A.L.-Interventionsprojekt wurde von Februar 2000 bis Ende März 2003 durchgeführt. Mit der Begleitforschung wurde das Institut für Gesundheitswissenschaften der Technischen Universität Berlin durch das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen, Jugend beauftragt. Zum Zeitpunkt des Beginns der wissenschaftlichen Begleitung lag die Eröffnung des S.I.G.N.A.L.-Interventionsprojekts am Universitätsklinikum Benjamin Franklin der Freien Universität Berlin (UKBF) knapp fünf Monate zurück, weshalb die Entwicklung des Konzepts und der Beginn des Modellprojekts nicht direkt verfolgt werden konnte. Konzipiert als externe Evaluation war die Begleitforschung nicht – wie z.B. bei projektinternen Evaluationen üblich – direkt in die Projektarbeit eingebunden. Ausdrücklich erwünscht wurde vom Auftraggeber jedoch eine Zusammenarbeit mit der Arbeitsgruppe der Initiatorinnen des S.I.G.N.A.L.-Projekts am UKBF.

Der Aufgabenbereich der wissenschaftlichen Begleitforschung umfasste seitens des Auftraggebers folgende Aspekte:

- Konzeptüberprüfung
- Bewertung der Wirksamkeit der internen und externen Maßnahmen, insbesondere der Schulungen und der Materialien zur Öffentlichkeitsarbeit
- Datenerhebung und -auswertung (Analyse der Identifizierungsrate von Gewalt als Ursache gesundheitlicher Störungen vor und nach Beginn der Maßnahmen, Erforschung des Zusammenhangs von Gewalterfahrungen und gesundheitlichen Störungen)
- Bewertung der Effektivität, der Wirtschaftlichkeit und der Ressourcen
- Entwicklung von Instrumenten zur Selbstevaluation (Controlling)
- Prüfung der Übertragbarkeit auf andere Einrichtungen der medizinischen Versorgung.

Das S.I.G.N.A.L.-Modellprojekt setzt an einer Versorgungs- und Wissenslücke an und betritt Neuland auf der Ebene der gesundheitlichen und medizinischen Versorgung. Das Projekt soll das Wissen um gesundheitliche Folgen von Gewalt vertiefen, Interventionsmöglichkeiten aufzeigen und adäquate Unterstützungsangebote für gewaltbetroffene Frauen erweitern. Im Einzelnen sollte aufgezeigt werden, welche Voraussetzungen dazu bei den Beschäftigten in der Gesundheitsversorgung erforderlich sind und unter welchen Bedingungen diese geschaffen werden können.

Die wissenschaftliche Begleitung orientierte sich in ihren Untersuchungen an den Zielen des S.I.G.N.A.L.-Modellprojekts. Das Interventionsprogramm zielt auf eine verbesserte Gesundheitsversorgung für gewaltbetroffene Frauen, indem gesundheitliche Folgen von Gewalt erkannt und neben medizinischer Versorgung eine psychosoziale und weitervermittelnde Beratung erfolgt (vgl. Teil A: Kap. 2). Das S.I.G.N.A.L.-Projekt versteht sich als komplexes Interventionsprogramm, es beinhaltet ein Bündel verschiedener Maßnahmen, mit denen das Versorgungsangebot für gewaltbetroffene Frauen verbessert werden soll. Mit dem Interventionsprogramm ist die Entwicklung und Anwendung unterschiedlicher Bausteine verbunden, Fortbildungen für das pflegerische und ärztliche Personal nehmen eine zentrale Bedeutung ein.

Im Mittelpunkt der wissenschaftlichen Begleitung des S.I.G.N.A.L.-Interventionskonzepts am UKBF stehen der Prozess der Umsetzung und Verankerung der Intervention sowie erzielte Wirkungen der entwickelten Interventionsbausteine.

Angesichts der Zielsetzung des Programms gehören Mitarbeiter/innen des Krankenhauses als Träger/-innen von Veränderung und von Interventionsmöglichkeiten zur primären Zielgruppe des Projekts. Pflegende und Behandelnde sind gegenüber der Gewaltthematik zu sensibilisieren, Handlungskompetenz und -sicherheit zu entwickeln, damit Patientinnen, die Gewalt erlitten haben, im Behandlungsetting eine adäquate Versorgung und Unterstützung erhalten. Als Nutzerinnen des Projekts gehören gewaltbetroffene Patientinnen zur weiteren Zielgruppe des Projekts.

Welche Veränderungen sich im Rahmen des Projekts ergaben, sollte durch externe Wissenschaftlerinnen dokumentiert und evaluiert werden. Dazu standen folgende Fragestellungen im Zentrum der wissenschaftlichen Begleitung:

Forschungsfragen hinsichtlich der *Klinikmitarbeiter/innen*

- *Wie werden die Träger/innen des Modellprojekts auf den neuen Arbeitsbereich vorbereitet und in ihm begleitet? Wie gelingt es, pflegerische, ärztliche und andere Mitarbeiter/innen für die Problematik zu sensibilisieren und für die Intervention zu qualifizieren? Welche Belastungen und welche zusätzlichen Unterstützungsanforderungen entstehen?*

Zur Zielgruppe des Projekts gehören Mitarbeiter/innen des Krankenhauses als Träger/innen von Veränderung und Interventionspotentialen. Angestrebt ist eine grundsätzliche Sensibilisierung der Pflegenden und Behandelnden gegenüber der Gewaltthematik und die Entwicklung von Handlungskompetenz und -sicherheit, damit Patientinnen, die Gewalt erlitten haben, im Behandlungsetting adäquate Versorgung und Unterstützung erhalten. Fortbildungen des pflegerischen und ärztlichen Personals sind im Prozess der Sensibilisierung und Erlangung von Handlungskompetenz von entscheidender Bedeutung. Im Einzelnen sollte aufgezeigt werden, welche Voraussetzungen bei den Beschäftigten in der Gesundheitsversorgung erforderlich sind und unter welchen Bedingungen diese geschaffen werden können.

Forschungsfragen hinsichtlich der *bedingenden Faktoren und Ressourcen*

- *Welche internen und externen Bedingungen bzw. Einflussfaktoren wirken förderlich oder hemmend auf das Interventionsprojekt und seine Umsetzung?*
 - *Welche zeitlichen, räumlichen, personellen und finanziellen Ressourcen benötigt das Projekt?*
 - *Wie wird für eine kontinuierliche Überprüfung und Weiterentwicklung des Projekts gesorgt?*
 - *Gelingt der Aufbau tragfähiger Kooperations- und Vernetzungsstrukturen nach innen wie außen?*
- Ob die Implementierung eines Interventionsprojektes gelingt, hängt wesentlich von strukturellen Faktoren und Ressourcen ab. Aufgabe der wissenschaftlichen Begleitung war es, diese begünstigenden oder hemmenden Faktoren herauszufiltern, sowie die benötigten strukturellen und personellen Kooperationsressourcen zu beschreiben.

Forschungsfragen hinsichtlich der *Versorgungssituation gewaltbetroffener Patientinnen*

- *Welcher Versorgungsbedarf besteht für von Gewalt betroffene Frauen? Wie ist ihre gesundheitliche Situation? Welchen Bedarf formulieren sie? Wie bzw. in welcher Weise wird die medizinische und gesundheitliche Versorgung für misshandelte Frauen durch das Projekt verändert? Wie reagieren Frauen, die von Gewalt betroffen sind, auf das neue Unterstützungsangebot und welche Bedürfnisse an Information und Hilfe formulieren sie?*

Gewaltbetroffene Patientinnen sind die Hauptzielgruppe des Interventionsprogramms. Wieweit im Rahmen des Projekts konkrete Veränderungen der gesundheitlichen Versorgung innerhalb des fest strukturierten Betriebs eines Universitätsklinikums umgesetzt werden konnten, sollte wissenschaftlich begleitet und beurteilt werden.

Ziel der wissenschaftlichen Begleitforschung war auch, Daten über den Versorgungsbedarf in der Ersten Hilfe sowie über Beschwerden und Verletzungen zu gewinnen, die sich als gewaltbedingt ausmachen lassen oder deretwegen sich von Gewalt betroffene Frauen an die Klinik wenden.

Forschungsfragen hinsichtlich der *Implementation*

- *Wie lassen sich die Ergebnisse und Erfolge des S.I.G.N.A.L.-Interventionsprogramms auf andere Krankenhäuser und Erste Hilfe-Stationen übertragen? Welche Organisationsformen sind dafür notwendig? Wie lässt sich ein Fortbildungs- und Schulungsangebot entwickeln und implementieren?*

Generell sollten die Möglichkeiten einer Übertragung des Modellprojekts auf andere Einrichtungen der medizinischen und gesundheitlichen Versorgung aufgezeigt werden. Im vorliegenden Handbuch sind die entsprechenden Empfehlungen und Handlungsanweisungen dargelegt.

7.2 Forschungs- und Evaluationsdesign der Begleitforschung

7.2.1 Formative Evaluation

Mit dem S.I.G.N.A.L.-Programm wurde in Deutschland erstmals der Versuch unternommen, ein Interventionsprogramm gegen Gewalt an Frauen innerhalb eines Krankenhauses zu implementieren. Im Rahmen der Begleitforschung sollte aufgezeigt werden, unter welchen Bedingungen und mit welchen Wirkungen die Projektimplementation verläuft. Für die Begleitforschung wurden ein prozess- und projektorientierter Ansatz und eine Vorgehensweise, die auf Praxiserfordernisse und die konkrete Situation des Projekts abgestimmt war, gewählt.

In der Sozialforschung gilt die formative Evaluation als besonders geeignete Methode, die Entwicklung innovativer Programme zu beschreiben (Bortz/Döring 1995). Formative Evaluation hat die Funktion, die Zielsetzung und Wirksamkeit eines Programms zu überprüfen und zu verbessern, indem die Stärken und Schwächen eines Programms frühzeitig aufgezeigt werden und darauf aufbauend zu einer Weiterentwicklung und Verbesserung eines Interventionsprogramms beigetragen werden kann. Im Gegensatz zur summativen oder ergebnisorientierten Evaluation zielt die prozessorientierte Vorgehensweise *„weniger auf ein abschließendes Qualitätsurteil, als vielmehr auf die laufenden Bewertung und Verbesserung des Leistungsgeschehens“* (Badura/Strodtholz 1998). Die Darstellung der Entwicklung, des Verlaufs und der einzelnen Komponenten einer Intervention erscheint insbesondere dann von großer Bedeutung, wenn Interventionen neu sind und erst wenige Kenntnisse vorliegen, wie sie im Einzelnen funktionieren. Mit der formativen Evaluation ist die Möglichkeit gegeben, bereits in einem ersten Entwicklungsstadium kritische Momente oder Übergangsstadien sichtbar zu machen.

Wissenschaftliche Begleitforschung gilt als eine besondere Form der Evaluation (Schwartz 1992). Zu ihrem Aufgabengebiet gehört zum einen die Beobachtung, Darstellung und Erfolgskontrolle eines Modellverlaufs, zum anderen beinhaltet Begleitforschung immer auch die Involviertheit der Forschenden in das Modellvorhaben und nimmt Einfluss auf den Projektverlauf. Begleitforschung zu Modellprojekten spielt eine aktive Rolle bei Veränderungen durch die Bemühung um Zielklärung, durch Rückkopplung der Erkenntnisse an die Modellmitarbeiter/innen und durch wissenschaftlich-sachliche Hinweise und Unterstützung bei Entscheidungsfindungen (Schwartz 1992; Kardoff 2000). Den Einfluss der Forschungsakteure auf das zu evaluierende Programm hat Patton mit dem Begriff des Prozessnutzens einer Evaluation geprägt. Er benennt damit die Veränderungen im Denken und in der Einstellung von Personen, die in den Evaluationsprozess einbezogen sind (Patton 1998).

Eine enge und kontinuierliche Kooperation mit den Projektträgerinnen und -mitarbeiterinnen war deshalb ein wesentlicher Bestandteil des gewählten Evaluationskonzepts. Arbeitsplanung und konkrete Erhebungsschritte richteten sich nach dem Stand der Projektentwicklung und den Projekterfordernissen; sie wurden mit dem klinikinternen Trägerkreis des Interventionsprojektes abgesprochen. Erkenntnisse aus Beobachtungen und Befragungen, Dokumentenanalyse wurden in die Projektgruppe zurückgekoppelt, um frühzeitig förderliche und hinderliche Faktoren bei der Projektimplementierung wahrzunehmen und für die Zielsetzung nutzen zu können. Øvretveit weist darauf hin, dass es sich bei der formativen Evaluation *„um eine Art entwicklungsorientierter Evaluation“* handelt, deren Aufgabe darin besteht, *„denjenigen Information und Unterstützung zukommen zu lassen, die eine Intervention verändern können, so dass sich Verbesserungen ergeben“* (Øvretveit 2002). Neben der üblichen Form durch Feed-back der Beobachtungen und Analysen sowie den Zielabstimmungen mit den Trägerinnen des Projekts nahm die wissenschaftliche Begleitung Einfluss auf den Projektverlauf durch eine regelmäßige Teilnahme an den Arbeitsgremien des Projekts, durch die Vermittlung des wissenschaftlichen internationalen Forschungsstands und durch Unterstützung im Rahmen der Fortbildung, insbesondere für das ärztliche Personal des Klinikums. Die Mitwirkung erfolgte somit auf der Basis gezielter Intervention zur Unterstützung des gesamten Projektverlaufs.

Die Wahl einer formativen Evaluation erfolgte ebenfalls vor dem Hintergrund, dass sich das Modellprojekt mit den einzelnen Interventionsinstrumenten in unterschiedlichen Entwicklungs- und Umsetzungsstadien befand und somit ein festes Evaluationskonzept mit bereits festgelegten Erhebungsschritten und -instrumenten den Erfordernissen nicht gerecht geworden wäre. Evaluation einer Entwicklung und Erprobung von innovativen Konzepten ist nach Komrey *„im wörtlichen Sinne ‚formativ‘“ und nimmt*

als wesentlicher Bestandteil des Entwicklungsprozesses auch die Funktion der Qualitätsentwicklung und Qualitätssicherung ein (Komrey 2001).

Wissenschaftliche Begleitforschung kann nur dann als eine Ressource für das Projekt betrachtet werden (Patton 1998), wenn aktuelle Kenntnisse zum Forschungsgegenstand vorhanden sind. Um dies zu gewährleisten, war die kontinuierliche Weiterqualifizierung ein wichtiger Bestandteil der Arbeit der wissenschaftlichen Begleitung. Dazu gehörten eine internationale Literaturrecherche und -analyse, die Teilnahme an Fachtagungen, ein regelmäßiger Austausch mit anderen Projekten und Forscherinnen zur Thematik von Interventionsprojekten gegen Gewalt an Frauen in der Gesundheitsversorgung und die Weitergabe dieser Kenntnisse an das S.I.G.N.A.L.-Projekt.

7.2.2 Struktur-, Prozess- und Ergebnisevaluation

Die Evaluation des S.I.G.N.A.L.-Modellprojekts beinhaltet struktur-, prozess- und ergebnisorientierte Komponenten. Hinsichtlich der Übertragbarkeit des Interventionsprogramms und der Forschungsfrage „unter welchen Bedingungen (Strukturen) und auf welche Art und Weise (Prozesse) welche Wirkungen (Ergebnisse)“ zu erreichen sind (Knesebeck/Zamora et al. 1999), ergibt sich die Notwendigkeit, struktur-, prozess- und ergebnisbezogene Merkmale des Modellprojekts zu betrachten.

Neben der Beurteilung der Konzeption, Umsetzung und Implementierung eines Interventionsprogramms kommt der Analyse der strukturellen Bedingungen eines Programms besondere Bedeutung zu, wenn Modellprojekte in einem komplexen Feld angesiedelt sind (Knesebeck/Zamora et al. 1999). Angesichts der Anbindung des S.I.G.N.A.L.-Projekts in die fest gefügte und stark hierarchisch geregelte Versorgungsstruktur eines Universitätsklinikums ist eine Einbeziehung der strukturellen Dimension für das Verständnis der Projektumsetzung und -implementation zentral. Zu den strukturellen Merkmalen des Projekts gehören die materiellen, personellen und zeitlichen Ressourcen, die dem Projekt zur Verfügung stehen, sowie Arbeitsstruktur und Vernetzung.

Die S.I.G.N.A.L.-Begleitforschung hat vor allem die Prozessevaluation in ihren Mittelpunkt gestellt. Die Evaluation eines Prozesses wie der Projektimplementation hat zum Ziel, den Programmverlauf zu dokumentieren und zu verdeutlichen, wie das Projekt in der Praxis arbeitet und wie das Programm unter spezifischen Bedingungen umgesetzt werden kann. Hierzu sollte aufgezeigt werden, wie eine Sensibilisierung der Zielgruppen bezüglich der Gewaltthematik über Fortbildung erreicht werden kann. Bei der Prozessevaluation geht es darum, „wie eine Dienstleistungseinrichtung funktioniert und wie sie zu ihren Ergebnissen kommt“ (Øvretveit 2002). Dies ist dann von besonderem Interesse, wenn es um die Übertragbarkeit von Modellprojekten geht, da bei der Durchführung der Prozessevaluation Hypothesen über Stärken und Schwächen des Programms eine besondere Beachtung finden.

Ziel der Ergebnisevaluation ist es, die Wirkung von Programmen einzuschätzen sowie das Ausmaß zu zeigen, in dem die gesetzten Ziele erreicht wurden. Dabei gilt es zu erkennen, was die wichtigsten Faktoren sind, die zum Ergebnis eines bestimmten Programms beitragen (Øvretveit 2002). Die Ergebnisevaluation des S.I.G.N.A.L.-Projekts sollte bestimmen, ob die einzelnen Interventionsinstrumente erfolgreich um- bzw. eingesetzt werden konnten und somit das Ziel, die Sensibilisierung des pflegerischen und ärztlichen Personals erhöht und die Gesundheitsversorgung für gewaltbetroffene Frauen verbessert werden konnte. Indikatoren dafür sind u.a., ob das Erkennen von gewaltbedingten Verletzungen und Beschwerden der Patientinnen durch Professionelle zugenommen hat und eine Kooperation mit anderen Unterstützungseinrichtungen aus dem Anti-Gewalt-Bereich etabliert werden konnte.

7.2.3 Überblick zur Datenerhebung

Bei der Wahl der Instrumente war angesichts der komplexen Aufgabenstellung der Begleitforschung ein Methodenmix gefordert. Abhängig vom jeweiligen Erkenntnisinteresse kamen quantitative und qualitative Methoden der Sozialforschung zur Anwendung.

Im Rahmen der Begleitforschung wurden qualitative Erhebungsmethoden wie Beobachtung/Hospitationen, problemzentrierte Interviews (Experten/innen/interviews, Telefoninterviews) und Gruppendiskussionen angewandt. Zu den quantitativen Methoden gehörte der Einsatz von standardisierten Fragebögen zur Erhebung des Fortbildungsbedarfs unter den ärztlichen Mitarbeiter/innen, zur Evalu-

ation der Fortbildungen sowie zur repräsentativen Befragung von Patientinnen der Ersten Hilfe/Notaufnahme-Station.

In der folgenden Übersicht werden die quantitativen und qualitativen Datenerhebungen, die im Rahmen der Struktur-, Prozess- und Ergebnisevaluation erfolgten, dargestellt:

Tabelle 7.2-1: Übersicht der Datenerhebungen zur Struktur-, Prozess- und Ergebnisevaluation

Strukturevaluation	Quantitative und qualitative Datenerhebung
Ermittlung der Projektbedingungen	<ul style="list-style-type: none"> • Qualitative Leitfadeninterviews mit Projektinitiatorinnen und Mitarbeiterinnen der Projektsteuerungsgruppe (n=8) • Qualitative Leitfadeninterviews mit ärztlichen und pflegerischen Mitarbeiter/innen der Ersten Hilfe des UKBF (n=5) • Zieldiskussion mit den Projektträgerinnen • Zwei offene Beobachtungen/Hospitationen in der Ersten Hilfe an verschiedenen Tages- und Wochenzeiten
Fortbildungsbedarf	<ul style="list-style-type: none"> • Qualitative, problemzentrierte Experten/innen/interviews mit ärztlichen Mitarbeitern/innen der Ersten Hilfe (n=3) • Schriftliche Befragung (standardisierter Fragebogen) von Ärzten/innen im Dienst in der Ersten Hilfe (n=38)
Vernetzung	<ul style="list-style-type: none"> • Telefon-Interviews mit Mitarbeiterinnen Berliner Anti-Gewalt-Projekte (n=24) • Strukturierte Gruppendiskussion mit Mitarbeiterinnen der BIG-Hotline
Prozessevaluation	Quantitative und qualitative Datenerhebung
Ermittlung der Projektbedingungen	<ul style="list-style-type: none"> • Offene Beobachtungen/Hospitationen in der Ersten Hilfe an verschiedenen Tages- und Wochenzeiten • Teilnahme an einer Visite in der Ersten Hilfe Station • Regelmäßige Gespräche mit <ul style="list-style-type: none"> · den Initiatorinnen des Projekts · den Mitgliedern der Steuerungsgruppe · dem Erste Hilfe Personal · Mitarbeiterinnen aus dem Anti-Gewalt-Bereich
Zweitägige Basisschulungen	<ul style="list-style-type: none"> • Qualitative Leitfadeninterviews mit den Mitarbeiterinnen der Projektsteuerungsgruppe (n=5) • Qualitative Interviews mit den Teamerinnen der zweitägigen Basisschulungen zu Konzept und Zielsetzung der Schulungen sowie ihren Erfahrungen (n=2) • Drei offene Beobachtungen/Hospitationen der Schulung für Pflegekräfte • Fortlaufende Evaluation der zweitägigen Schulungen für Pflegekräfte (n=44) (s. Kap. 10) • Qualitative Leitfadeninterviews mit Pflegekräften (n=10)
Fortbildungen für Ärzteschaft	<ul style="list-style-type: none"> • Quantitative Erhebung mittels standardisiertem Fragebogen unter den Ärzten/innen der Ersten Hilfe (n=38) (s. Kap. 11) • Drei offene Beobachtungen/Hospitationen der Fortbildungen für Ärzte/innen • Qualitative Leitfadeninterviews mit ärztlichen Experten/innen (n=5)

Ergebnisvaluation	Quantitative und qualitative Datenerhebung
Wirkungen des Projekts	<ul style="list-style-type: none"> • Qualitative Leitfadeninterviews mit ärztlichen Experten/innen (n=7) • Gruppendiskussion zu den Ergebnissen des Projekts mit der Steuerungsgruppe • Strukturierte Gruppendiskussion mit Mitarbeiterinnen der BIG - Hotline
Schulungen für Pflegepersonal	<ul style="list-style-type: none"> • Quantitative Befragung mittels standardisiertem Fragebogen unter Teilnehmenden der zweitägigen Schulung (n=43)
Fortbildungen für Ärzteschaft	<ul style="list-style-type: none"> • Quantitative Befragung mittels standardisiertem Fragebogen unter Teilnehmenden der Institutsfortbildungen (n=105) (s. Kap. 11)
Ermittlung des Versorgungsbedarfs	<ul style="list-style-type: none"> • Auswertung der Falldokumentationen (n=136) (s. Kap. 9) • Quantitative Befragung mittels standardisiertem Fragebogen unter Patientinnen der Ersten Hilfe (n=806) (s. Kap. 8)

vgl. Anhang

7.3 Literaturrecherche

Zur Erfassung des Forschungsgegenstandes wurden kontinuierlich

- eine Internet gestützte Literaturrecherche in *PubMed* (www.pubmed.de) durchgeführt,
- vorhandene Bibliographien im Themenbereich Gewalt gegen Frauen/Mädchen und im gesundheitlichen Kontext gesichtet,
- die Internetseiten verschiedener Organisationen im Bereich der Antigewaltarbeit und der medizinischen Versorgung ausgewertet.

Als Suchbegriffe für die internationale Internetrecherche wurden „domestic violence“, „domestic abuse“, „violence against women“, „domestic violence and health care“, „(domestic) violence and intervention programm“ gewählt. Die gesichteten Bibliographien stammen zum einen von der WHO zum anderen von „Popline“ in Zusammenarbeit mit dem „Center for Health and Gender Equity“, Maryland USA.

Kontinuierlich wurden vornehmlich folgende Homepages ausgewertet:

- National Center for Injury Prevention & Control – www.cdc.gov
- Family Violence Intervention Fund, San Francisco, USA (FVPF) – www.fvpf.org, www.endabuse.org
- New York State Office for the Prevention of Domestic Violence – www.opdv.state.ny.us
- John Hopkins University: End Violence Against Women – www.endvaw.org
- Physicians for a Violence-Free Society (PVS) – www.pvs.org
- American Medical Association (AMA) – www.ama-assn.org
- Department of Health, England – www.doh.gov.uk
- World Health Organisation (WHO) – www.who.int/violence_injury_prevention/vaw/elimination_of_vaw
- Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften/Leitlinienregister (AWMF) – www.uni-duesseldorf.de/WWW/AWMF.htm

Eine Übersicht über weitere, thematisch relevante und in die Recherche einbezogene Homepages sind dem Anhang zu entnehmen.

7.4 Datenauswertung

Die Auswertung der qualitativen Interviews folgte dem methodischen Vorgehen der strukturierenden qualitativen Inhaltsanalyse (Mayring 1990). Angesichts der Analyse von umfangreichem Interviewmaterial liegt der Vorteil dieses Verfahrens in einer Reduktion des vorliegenden Materials und ermöglicht damit eine Konzentration auf die für den Forschungsgegenstand relevanten Aspekte (Mayring 1990; Flick 1995). Um eine Dokumentation aller bedeutenden Informationen sicherzustellen, wurden die vorliegenden Tonaufzeichnungen nahezu vollständig transkribiert. Die Interviews wurden in einfacher Form ohne besondere Transkriptionsregeln verschriftlicht (Flick 1995). Zur Qualitätskontrolle wurden die Transkripte zum Teil mit den Tonaufzeichnungen verglichen.

Bei der Analyse des Materials und der Kategorienbildung fand eine Orientierung an den Themenschwerpunkten des Leitfadens der jeweiligen Interviews statt. Im weiteren Vorgehen wurden relevante Textstellen den Kategorien und Subkategorien zugeordnet.

Das quantitative Datenmaterial der standardisierten Fragebögen wurde per EDV mit dem Statistikprogramm SPSS für Windows (Version 10.1 und 11) deskriptiv ausgewertet. Die Auswertung erfolgte nach Häufigkeiten, bei einigen Fragen wurden bivariate Analysen durchgeführt. Einige Variablen wurden qualitativ ausgewertet. Die Daten zum Versorgungsbedarf (Patientinnenbefragung und Falldokumentation) wurden vergleichbar analysiert (ausführlich s. Kap. 8 und 9).

7.5 Rückkopplungsprozesse in die Intervention

In Abstimmung mit den Trägerinnen des Projektes erhielt die Begleitung und Unterstützung der Planungs- und Entwicklungsprozesse des Interventionsprogramms eine starke Berücksichtigung. Dies bezog sich insbesondere auf den Prozess der Entwicklung von Interventionsinstrumenten, auf den Prozess der Aufgabenklärung und der Zielüberprüfung sowie auf Arbeitsstrukturen und den Prozess der Verankerung des Projektes im Klinikum. Der Arbeitsbereich der wissenschaftlichen Begleitung umfasste:

- kontinuierliche Teilnahme an allen Arbeitsgruppen/Gremien des Interventionsprojekts und Überprüfung inhaltlicher Prozesse wie die Betrachtung der Arbeitsstrukturen im Hinblick auf förderliche und/oder hemmende Faktoren für die Weiterentwicklung des Projektes
- regelmäßig Feed-back Sitzungen mit den Arbeitsgruppen/Gremien zu den Erkenntnissen aus der Prozessevaluation
- moderierte Sitzungen zu Aufgaben- und Zielplanung
- thematische Workshops und Schwerpunktdiskussionen zur Vermittlung von Forschungsergebnissen und Praxiserfahrungen US-amerikanischer Interventionsprojekte
- Veröffentlichung internationaler Forschungsergebnisse und Praxiserfahrungen in der hauseigenen Zeitschrift „Planetarium“
- Basiserhebungen für die Planung und Entwicklung von Interventionsinstrumenten.

Neben standardisierten Befragungen von Projektträgerinnen, Pflegekräften und Ärzte/innen fanden regelmäßig informelle Gespräche mit dem Personal der Ersten Hilfe/Notaufnahme und den Projektbeteiligten sowie offene Beobachtungen statt. Die erhobenen Daten wurden laufend aufbereitet und ausgewertet und die Ergebnisse als „Evaluationsschlaufen“ in die Projektgruppe und zum Teil in die monatlichen Meetings der Pflegekräfte in die Erste Hilfe-Station rückgekoppelt. In der Steuerungsgruppe erfolgten zum Stand des Projekts „Zwischenreflexionen“, die im Anschluss an die Präsentation der Ergebnisse der qualitativen und quantitativen Erhebungen der Begleitforschung stattfanden und bei der die Umsetzung des Projekts evaluiert wurde.

Als Input wurden verschiedene Workshops für die Arbeitsgremien durchgeführt, bei denen die Vermittlung von Forschungsergebnissen und Praxiserfahrungen US-amerikanischer Interventionsprojekte im Vordergrund stand.

Es wurden zwei Zwischenberichte erstellt, die ebenfalls den Teilnehmerinnen der Projektsteuerungsgruppe vorgestellt wurden.

Literatur

- Badura B/Strodtholz P (1998). *Qualitätsförderung, Qualitätsforschung und Evaluation im Gesundheitswesen*.
In: Schwartz FW, Badura B, Leidl R, Raspe H and Siegrist J (1998): *Das Public Health Buch. Gesundheit und Gesundheitswesen*. München.
- Bortz J/Döring N (1995). *Forschungsmethoden und Evaluation*. Berlin, Heidelberg, New York.
- Flick U (1995). *Qualitative Forschung*. Reinbek.
- v Kardoff E (2000). *Qualitative Evaluationsforschung*. In: Flick U, v. Kardoff E, Steinke I (Hg.) (2000) : *Qualitative Forschung. Ein Handbuch*. Reinbek.
- Knesebeck O/Zamora P et al. (1999). *Programmevaluation im Gesundheitswesen: Die wissenschaftliche Begleitung eines Modellprojektes zur Ortsnahen Koordinierung der gesundheitlichen und sozialen Versorgung*. In: Badura B/Siegrist J (Hg.) (1999). *Evaluation im Gesundheitswesen*. Weinheim, München.
- Komrey H (2001). *Evaluation – ein vielschichtiges Konzept*. In: Berufsverband Deutscher Soziologinnen und Soziologen e.V. (Hg.) (2001). *Sozialwissenschaften und Berufspraxis*.
- Mayring P (1990). *Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken*. Weinheim.
- Øvretveit J (2002). *Evaluation gesundheitsbezogener Interventionen*. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle.
- Patton MQ (1998). *Die Entdeckung des Prozeßnutzens. Erwünschtes und unerwünschtes Lernen durch Evaluation*. In: Heiner M (Hg.) (1998). *Experimentierende Evaluation*. Weinheim.
- Schwartz FW (1992). *Schwerpunkte einer Evaluation im Gesundheitswesen*. In: Brenneke R (Hg.) (1992). *Sozialmedizinische Ansätze der Evaluation im Gesundheitswesen. Bd.1: Grundlagen und Versorgungsforschung*. Berlin Heidelberg New York

8 Prävalenzstudie unter Patientinnen der Ersten Hilfe

8.1 Zielsetzung der Studie

Im Rahmen der wissenschaftlichen Begleitung des Interventionsprojektes S.I.G.N.A.L. sollten mit Hilfe einer Untersuchung erstmalig in Deutschland Daten zum medizinischen Versorgungsbedarf und den Versorgungsbedürfnissen betroffener Frauen im Kontext von häuslicher Gewalt ermittelt werden (vgl. Teil A: Kap. 3). Während der Fortbildungen der Ärzteschaft im UKBF zeigten sich die große Bedeutung und das hohe Interesse an den Prävalenzen aus internationalen Studien. Vergleichbare Studien liegen hierzulande jedoch nicht vor. Im Sinne der Etablierung des Interventionsprojektes auch unter der Ärzteschaft schien die Erhebung von Zahlen zum Ausmaß der von Gewalt betroffenen Frauen unter ihren Patientinnen der Ersten Hilfe ein geeignetes Mittel, um die Akzeptanz des Projektes sowie die Bereitschaft zur praktischen Intervention zu steigern und über das Modellprojekt hinaus bei anderen Akteuren im Gesundheitsversorgungssystem Interesse und Unterstützung für diesen Problemkomplex zu wecken.

8.2 Fragestellung

Folgende zentrale Forschungsfragen wurden formuliert:

- Wie hoch ist unter allen Patientinnen der Ersten Hilfe der Anteil derjenigen Frauen, die von körperlicher, sexueller und emotionaler Gewalt betroffenen sind (Akut-, Ein-Monat-, Ein-Jahres- und Lebenszeitprävalenz)?
- Wegen welcher Verletzungen oder Beschwerden suchen gewaltbetroffene Frauen die Erste Hilfe auf?
- Welche gesundheitlichen Folgen sind aufgrund von erlebter Gewalt zu beobachten oder werden von den Betroffenen selbst in Beziehung gesetzt?
- Nehmen betroffene Frauen wegen den gesundheitlichen Auswirkungen medizinische oder therapeutische Versorgungseinrichtungen in Anspruch?
- Wie beurteilen betroffene sowie nicht betroffene Frauen Interventions- und Unterstützungsangebote im medizinischen Versorgungssetting?

8.3 Methode

Zur Ermittlung von Prävalenzen bietet sich eine retrospektive Querschnittstudie in Form einer anonymen, quantitativen Befragung an. Zur Planungsorientierung dienten vorliegende Untersuchungen aus dem angloamerikanischen Raum.

Ein Großteil dieser Studien untersucht neben anderen Fragestellungen, wie hoch der Anteil der betroffenen Frauen unter allen Patientinnen in verschiedenen Einrichtungen der Gesundheitsversorgung ist. Aufgrund der unterschiedlichen Studienpopulationen (Auswahl der Studienteilnehmerinnen und Ort der Befragung), differierenden Gewaltdefinitionen und Erhebungsinstrumente kommen diese Studien zu sehr unterschiedlichen Prävalenzen (Verbundprojekt 2001; Krug/Dahlberg et al. 2002).

Werden nur jene Untersuchungen berücksichtigt, die ihre Daten in einer klinischen Ersten Hilfe oder Rettungsstation erhoben (Abbott/Johnson et al. 1995; Bates/Redman et al. 1995; Roberts/O'Toole et al. 1996; Dearwater/Coben et al. 1998; Zachary/Mulvihill et al. 2001), so variieren die Prävalenzen für die Lebenszeit zwischen 23,9% (Roberts/O'Toole et al. 1996) und 54,2% (Abbott/Johnson et al. 1995) und für die Inanspruchnahme der Ersten Hilfe wegen Verletzungen oder Beschwerden aufgrund akuter Gewalttaten zwischen 1,7% (Bates/Redman et al. 1995) und 7,6% (Abbott/Johnson et al. 1995).

Diese hohen Diskrepanzen resultieren ursächlich aus der Definition des Gewaltbegriffes und daraus folgend in der Operationalisierung von Gewalterfahrung (Hegarty/Roberts 1998). Häufig wurden als Messinstrumente entweder die „Conflict Tactic Scales“ (Straus 1979), deren Erfassung von partnerschaftlicher Gewalt jedoch kritisch beurteilt wird (DeKeseredy/Schwartz 1998; Wagner/Mongan 1998; Verbundprojekt 2001), oder das „Abuse Assesment Screening“ eingesetzt, das mit seinen wenigen

Fragen eher zum Routinescreening gedacht ist, weil damit wenig Hintergrundinformationen zu ermitteln sind. Da beide Instrumente nicht geeignet schienen, wurde ein eigener Fragebogen entwickelt.

Aufgrund der zu erwartenden höheren Responserate und einer geringeren Fehlerquote (Pfaff/Bentz 1998; Schnell/Hill et al. 1999) wurde eine „Face to Face“ – Befragung gewählt. Das Untersuchungstema schloss Männer als Interviewer aus.

8.3.1 Definition

Angesichts der Problematik der Begriffsbestimmung und Operationalisierung von Gewalterfahrung sowie der Vergleichbarkeit mit dem wenigen hiesigen Material wurde für die vorliegende Studie ein Gewaltbegriff gewählt, der ähnlich auch im Rahmen der KFN-Opferbefragung (Wetzels/Pfeiffer 1995) und der Studie Frauen, Leben, Gesundheit des Bremer Instituts für Präventionsforschung und Sozialmedizin (Senator für Arbeit 2001) verwendet wurde.

Erfragt wurde:

- *körperliche Gewalt* mit: „Sind Sie schon einmal absichtlich geschlagen, getreten, verprügelt, gestoßen, gewürgt oder in anderer Weise körperlich angegriffen worden?“
- *sexuelle Gewalt* mit: „Hat Sie schon einmal jemand mit Gewalt oder unter Androhung von Gewalt gegen Ihren Willen zu sexuellen Handlungen gezwungen oder versucht zu zwingen?“
- *emotionale Gewalt* mit: „Haben Sie jemals Angst vor Ihrem Ehemann oder Partner gehabt oder sich bedroht gefühlt?“ und „Haben Sie sich durch ihren Ehemann oder Partner systematisch kontrolliert, sozial isoliert oder gedemütigt gefühlt?“

Als von häuslicher Gewalt betroffene Frauen wurden diejenigen bestimmt, die als Täter den aktuellen (Ehe-) Partner oder den zum Zeitpunkt der Tat ehemaligen bzw. sich in der Trennung befindenden (Ehe-) Partner oder andere Familienangehörige angaben (Leopold/Kavemann et al. 2002).

8.3.2 Forschungsdesign

8.3.2.1 Definition der Studienpopulation und des Befragungszeitraums

Als Grundgesamtheit der Untersuchung wurden alle Patientinnen zwischen 18 und 60 Jahren der chirurgischen sowie internistischen Ersten Hilfe/Rettungsstation des UKBF bestimmt, die sich dort innerhalb des Befragungszeitraums vorstellten.

Die Wahl dieser Altersspanne resultiert aus folgenden Überlegungen:

- Internationale Studien zeigen, dass das Risiko, häusliche Gewalt zu erleben, für Frauen im Alter zwischen 20 und 40 Jahren höher ist als bei Jüngeren oder Älteren (Krug/Dahlberg et al. 2002).
- Aus Gründen der Praktikabilität wurde die untere Grenze auf das Mündigkeitsalter von 18 Jahren gesetzt, so dass kein Einverständnis der Erziehungsberechtigten eingeholt werden musste.
- Die obere Grenze wurde auf 60 Jahren festgelegt, obwohl auch Frauen jenseits dieser Altersgrenze von Gewalt betroffen sind, wie die S.I.G.N.A.L.-Falldokumentationen zeigen.

Auf Grundlage der vorliegenden vergleichbaren Studien wurde eine Akut-Prävalenz von 2% angenommen und eine Populationsgröße der Stichprobe von ca. 800 angestrebt, denn Ziel der Untersuchung ist es, die Prävalenz relativ genau mit Hilfe des Konfidenzintervalls (KI) zu schätzen. Damit das KI die vermutete Prävalenz mit einer Wahrscheinlichkeit von 95% überdeckt, wird ein Stichprobenumfang von $n=800$ benötigt. Die Intervallbreite, die die Genauigkeit der Schätzung angibt, ist dabei mit $2\% \pm 1\%$ berücksichtigt.

Auf Grundlage des monatlichen Patientinnenaufkommens wurde der Befragungszeitraum auf drei Blöcke von je zehn Tagen und 24 Stunden festgelegt, nach Durchführung der ersten Phase im Mai 2002, bei der 185 Patientinnen befragt werden konnten, musste der Modus jedoch verändert werden (s. Durchführung der Befragung), um die angestrebte Fallzahl zu erreichen. Es war davon auszugehen, dass die Patientenzahl nach Beginn der Sommerferien (Anfang Juli) sinken würde, so dass die Erhebung der Daten bis zu diesem Zeitpunkt beendet sein sollte. Folglich wurden die Patientinnen durchgehend von Juni bis Juli befragt.

Als Ausschlusskriterien wurden bei der Planung vorerst folgende Faktoren definiert:

Die Patientin

- ist jünger als 18 oder älter als 60 Jahre
- ist bereits befragt worden
- ist nicht ansprechbar, weil sie im Koma liegt, in Lebensgefahr schwebt, psychisch verwirrt ist oder unter dem Einfluss von Alkohol, Drogen oder Medikamenten steht
- will sich nicht von ihrer Begleitung trennen
- kann aufgrund sprachlicher Barrieren nicht befragt werden.

Eine weitere Differenzierung dieser Kriterien erfolgte nach Analyse des Pretest (vgl. Kap. 8.4.1).

8.3.2.2 Planung der Studie

Im Vorfeld der Untersuchung waren verschiedene Aspekte zu bedenken, um eine mögliche Belastung aller Beteiligten so gering wie möglich zu halten. Sie bedurften einer genaueren Planung, denn eine Befragung zum Thema Gewalterfahrung impliziert immer eine Form der Intervention und muss sich mit ihren potentiellen Folgen für Befragte sowie Interviewerinnen auseinandersetzen. Entsprechende Vorkehrungen müssen getroffen werden (Heise/Ellsberg et al. 2001; Ellsberg/Heise 2002).

Klinikintern

Die Genehmigung des Ethikbeauftragten sowie die Unterstützung der Klinikleitung wurden eingeholt. Um die Akzeptanz der Untersuchung innerhalb der Klinik zu erreichen, wurde das Vorhaben auf den monatlichen Pflegebesprechungen wie den stationsleitenden Ärzten vorgestellt und um Kooperation geworben. Da angesichts der hohen Arbeitsbelastung des Pflegepersonals nicht davon ausgegangen werden konnte, dass – wie in einigen amerikanischen Studien – die diensthabenden Pfleger/innen die Befragung durchführen würden, wurden externe Interviewerinnen damit beauftragt. Deutlich wurde, dass eine möglichst umfassende Befragung aller Patientinnen nur in Zusammenarbeit mit dem Pflegepersonal erreicht werden konnte. Mit ihnen musste abgesprochen werden, ob Patientinnen für eine Befragung in Betracht kommen, wo sie anzutreffen sind, wie ein Interview in den Behandlungsplan zu integrieren ist und an welchem Ort die Befragung stattfindet, um ggf. für die Behandlung das Interview zu unterbrechen.

Patientinnen

Frauen in einer akuten Misshandlungsbeziehung können gefährdet werden. Diese Gefährdung ist insbesondere dann gegeben, wenn sie von ihrem gewalttätigen Partner begleitet werden. Das Interview muss daher in einer privaten, intimen Atmosphäre ohne Begleitperson durchgeführt werden. Die Anonymität ist zwingend notwendig. Die Sicherheit von Befragten und Interviewerinnen muss an erster Stelle stehen.

Emotional belastende Erinnerungen und Traumata können ausgelöst werden, d.h. Unterstützung in Form von Beratung oder Zuflucht müssen ggf. angeboten werden können.

Interviewerinnen

Die Interviewerinnen müssen auf die Situation der Strukturen und Arbeitsorganisation der Ersten Hilfe gut vorbereitet werden, um sich in den klinischen Alltag integrieren zu können.

Insbesondere im Kontext von Gewalterfahrung ist ein offener, sensibler Umgang mit betroffenen Frauen seitens der Interviewerinnen nötig, um die Auseinandersetzung mit den schmerzhaften Erinnerungen so wenig belastend wie möglich zu halten. Die Konfrontation mit den z.T. erschreckenden Lebensgeschichten betroffener Frauen stellt für Interviewerinnen selbst eine Belastung dar, so dass supervidierende Betreuung vorgesehen werden sollte.

Die zu berücksichtigenden Aspekte machten eine sorgfältige Auswahl und Schulung der Interviewerinnen nötig. Alle 13 ausgewählten Interviewerinnen verfügten entweder über Beratungserfahrung in frauen- bzw. gewaltspezifischen Projekten oder waren in medizinischen Versorgungseinrichtungen

beschäftigt. Keine der Interviewerinnen war jünger als 30 Jahre, da davon auszugehen war, dass ältere Patientinnen sich nicht wesentlich jüngeren Frauen anvertrauen würden. Eine intensive Schulung thematisierte in einer allgemeinen Einführung ausführlich den Problemkomplex ‚häusliche Gewalt‘, deren gesundheitliche Auswirkungen und Ergebnisse internationaler Prävalenzstudien sowie die Elemente des S.I.G.N.A.L.-Interventionsprojektes. In einem zweiten Teil wurde die geplante Untersuchung am UKBF in Einzelheiten und die Aufgabe bzw. Rolle der Interviewerinnen erläutert. In Rollenspielen konnten die Kontaktaufnahme mit Patientinnen, der Umgang mit Zögernden und das Verhalten in der Erhebungssituation geübt werden. Im Anschluss fand ein Austausch statt. Abschließend wurden organisatorische Informationen weitergegeben und die Erste Hilfe als Ort der Befragung besucht. Alle 13 geschulten Frauen führten anschließend Interviews durch.

8.3.2.3 Instrument

Als Erhebungsinstrument wurde ein standardisierter Fragebogen mit teilweise offenen Antworten bzw. Hybridfragen gewählt. Eine vorerst geplante Übersetzung in andere Sprachen erwies sich aufgrund der geringen Patientinnenzahl mit unzureichenden Deutschkenntnissen als unnötig. Insgesamt liegt der Anteil der Patientinnen nichtdeutscher Herkunft im UKBF bei 6,05%. Da Frauen türkischer Herkunft mit 1,4% die größte Gruppe der Frauen nichtdeutscher Herkunft bilden, wurden für die Zeiten, in denen das Patientinnenaufkommen am stärksten war, türkische Muttersprachlerinnen zur Simultanübersetzung eingesetzt.

Der Fragebogen gliederte sich in neun Teile:

Warming Up

14 Items

- Anlass der Inanspruchnahme der Ersten Hilfe
- Belastungsbereiche (Arbeit, Wohnen, Finanzen, Partnerschaft, andere soziale Beziehungen)

Im Anschluss erfolgte eine Ankündigung des Fragenkomplexes Gewalt gegen Frauen, die Zusicherung der Anonymität und der Möglichkeit des sofortigen Abbruchs des Interviews seitens der Befragten.

Lebenszeitprävalenz

25 Items

- von körperlicher, sexueller und emotionaler Gewalt
- differenziert nach
 - Täter
 - Häufigkeit
 - dem Zeitpunkt (vor/nach dem 16. Lebensjahr)
 - Einsatz von Gegenständen oder Waffen

Die Fragen zur Lebenszeitprävalenz fungierten als Filter: wurden sie mit „ja“ beantwortet, so folgte

Differenzierung der Gewalterfahrung und der Folgen

34 Items

Gewalt in der Schwangerschaft

Ein-Jahres-Prävalenz

- von körperlicher und sexueller Gewalt differenziert nach
 - Täter

Ein-Monats-Prävalenz

- von körperlicher und sexueller Gewalt

Akut-Prävalenz

- von körperlicher und sexueller Gewalt

Gesundheitlichen Auswirkungen der Gewalterfahrung (10 Items)	<ul style="list-style-type: none"> • körperliche Folgen • psychische Folgen <ul style="list-style-type: none"> · Konkretisierung in einem freien Text • Inanspruchnahme von Behandlung oder Therapie <ul style="list-style-type: none"> · Konkretisierung in einem freien Text
--	---

Alle Frauen wurden befragt zu

Unterstützungsmöglichkeiten in der medizinischen Versorgung		13 Items
Subjektive Einstellung im Fall von Gewalterfahrung	<ul style="list-style-type: none"> • Sind Ärzte Ansprechpersonen? • Soll Gewalterfahrung Teil der Anamnese sein? • Welche Erwartungen werden an eine Ansprechperson gestellt? 	
Bekanntheit von Unterstützungsprojekten	<ul style="list-style-type: none"> • S.I.G.N.A.L. • regionalen Beratungsstellen 	
Demografische Daten		31+16 Items
der Patientin (31 Items)	<ul style="list-style-type: none"> • Alter • Wohnort • Kulturelle Herkunft/Muttersprache • Familienstand/Partnerschaft • Kinder • Schulabschluss • Berufsausbildung • Erwerbstätigkeit • Einkommen/Unterstützung 	
des Partners/der Partnerin (16 Items)	<ul style="list-style-type: none"> • kulturelle Herkunft • Erwerbstätigkeit • Einkommen/Unterstützung 	

8.4 Datenerhebung

8.4.1 Pretest

Um die Durchführbarkeit einer Befragung aller Patientinnen sowie das Erhebungsinstrument zu prüfen, wurde an vier verschiedenen Tagen und Zeiten ein Pretest durchgeführt. Zum einen diente der Test zur Einfeldung in die spezielle klinische Vorortsituation, dem Bemühen um Kooperation des Pflegepersonals, sowie dem Bestimmen des optimalen Zeitpunktes und des Ansprechmodus der einzelnen Patientin. Zum anderen wurden die Akzeptanz und Brauchbarkeit des Fragebogens geprüft sowie die Ausschlusskriterien konkretisiert.

Deutlich wurde während des Pretests auch die spezielle Situation Vor-Ort. Das UKBF verfügt über insgesamt 19 Polikliniken, zehn dieser Kliniken richten sich von ihrem Angebot her an ein Erste Hilfe-Klientel (Augen, Unfall-/Chirurgie, Dermatologie, Gynäkologie, HNO, Innere, Neurochirurgie/Neurologie, Kieferchirurgie/Zahn, Urologie, Orthopädie). Sie sind werktags von 8 bis 14 Uhr geöffnet. D.h. Patientinnen, die bei der Anmeldung versprechen und mittels ihrer genannten Beschwerden den Polikliniken zugeordnet werden können, gelangen ohne Umweg über die Erste Hilfe direkt in die oberen Etagen des Klinikums. Größe des Hauses, Lage der Polikliniken sowie der finanzielle Rahmen für die einzusetzenden Interviewerinnen machten es unmöglich, diese Patientinnen in die Befragung mit einzubeziehen. Angesichts dieser Verfahrensweise erwies sich das zuvor ermittelte Patientinnen-

aufkommen des Vorjahres für die Berechnung des Befragungszeitrahmens nur noch annähernd als brauchbare Bezugsgröße.

Die Erste Hilfe/Rettungsstation gliedert sich zum einen in die chirurgische und zum anderen in die innere Station, mit zwei getrennten Anmeldeheken und Behandlungsbereichen. Um einen Überblick über alle vorsprechenden Patientinnen zu erlangen, bedurfte es daher größerer Aufmerksamkeit seitens der Interviewerinnen und einer hohen Kooperationsbereitschaft der Pflegenden.

Die während der Befragung stattfindenden Umbaumaßnahmen auf der Ersten Hilfe vergrößerten den bereits im Vorfeld seitens des Personals beklagten Mangel an (Behandlungs-) Räumen, so dass es z.T. nicht einfach war, einen entsprechenden, *geschützten* Raum für ein Interview zu finden. Das Problem der zu wahrenen Intimsphäre bei der Befragung stellte sich auch bei liegenden Patientinnen. Sie warteten gemeinsam in einem gesonderten Bereich – nur getrennt durch Stoffwände – auf eine Behandlung. In diesen Fällen – so wurde entschieden – füllten die Patientinnen den Fragebogen selbstständig aus. Waren sie dazu nicht in der Lage, so konnten sie nicht einbezogen werden.

Als günstiger Zeitpunkt für eine Befragung erwies sich die Wartezeit zwischen der ersten Begutachtung der Patientin durch das Pflegepersonal, das auch aufgrund der Verfassung der Patientin eine erste Einschätzung zur Befragungsmöglichkeit abgab, und der anschließenden Behandlung durch die Ärztin/den Arzt. In der Regel beträgt die Wartezeit ca. zwei Stunden; das hatte zur Folge, dass Patientinnen, die erst wegen der Angst um Behandlungsverzögerung nicht befragt werden wollten, nach einiger Zeit letztlich doch einwilligten. Beim Ansprechen der Patientin wurde die Studie als Befragung zur gesundheitlichen Situation von Frauen und ihrem speziellen Versorgungsbedarf angekündigt. Stimmte die Patientin zu, so wurde das Interview in einem gesonderten Raum durchgeführt (in der Regel in einem freien Behandlungszimmer).

Während des Pretests wurden 31 Patientinnen angesprochen. Ein Interview konnte mit 18 Patientinnen durchgeführt werden. Insgesamt war die Resonanz auf die Fragestellung der Untersuchung und den Fragebogen positiv. Angesichts der besonderen Situation der Patientinnen, die wegen akuten Verletzungen oder (starken) Beschwerden die Erste Hilfe aufsuchten und z.T. Angst um Behandlungsverzögerung hatten, war ihre Mitwirkungsbereitschaft hoch. Die Fragen wurden allgemein gut verstanden und brauchten wenig Erklärung. Die Länge des Fragebogens erwies sich für diese Situation als akzeptabel. Für die Beantwortung benötigten Frauen ohne Gewalterfahrung in der Regel ca. 15 Minuten, gewaltbetroffene Frauen je nach Art ihrer Biografie oder ihrem Mitteilungsbedürfnis im Schnitt ca. 30 bis 45 Minuten. In einigen Fällen von multiplen Gewalterfahrungen dehnte sich das Interview auf ein bis eineinhalb Stunden aus.

Beim Resümee des Pretests schienen zur Optimierungen einige Veränderungen am Erhebungsinstrument angebracht:

- Die Eingangsfragen zum Warming Up wurden gestrafft.
- Die Differenzierung zwischen Patientinnen der chirurgischen bzw. internistischen Abteilung wurde wegen der Praktikabilität zugunsten einer Differenzierung in Verletzungen und Beschwerden aufgehoben.
- Auf die Frage zum subjektiven Wohlbefinden wurde verzichtet.
- Emotionale Gewalt wurde konkretisiert.
- Die Fragen zu Unterstützungsangeboten innerhalb der medizinischen Versorgung im Kontext von Gewalterfahrung wurden verdichtet.
- Die Filterführung wurde verdeutlicht.

Im Rahmen des Pretests zeigte sich aber auch, wie schwierig es ist, Frauen, die aufgrund akuter Gewalthandlungen in die Erste Hilfe kommen, zu befragen. Zwei Frauen, die direkt wegen Verletzungen durch gewalttätige Handlungen gekommen waren, befürworteten zwar grundsätzlich die Untersuchung, fühlten sich jedoch wegen ihres derzeitigen emotionalen Befindens zu einem Interview nicht in der Lage. Während der Datenerhebung bestätigte sich dieser Eindruck: fünf Frauen mit Verletzungen aufgrund akuter Gewalthandlungen lehnten ein Interview wegen ihrer emotionalen Verfassung ab.

Im Rahmen des Pretests wurden die Ausschlusskriterien modifiziert und genauer formuliert. Für jede nicht teilnehmende Patientin wurde ein Nonresponderbogen ausgefüllt, so dass jede Frau erfasst

wurde und die Gründe einer Nichtteilnahme dokumentiert sind. Um eine Nichtteilnahme im Anschluss genauer analysieren zu können, wurde in objektive Ausschlusskriterien und subjektive Ablehnungsgründe unterschieden. Als objektive Kriterien wurden all jene Gründe (Ausschlusskriterien) definiert, die aus Sicht des Pflegepersonals oder der Interviewerinnen eine Kommunikation mit einer Patientin unmöglich machten, darunter fielen Koma, Lebens- oder Ansteckungsgefahr, sprachliche Verständigungsprobleme, zu kurzer Aufenthalt z.B. wegen Weiterleitung in eine der Polikliniken oder dass die Intimsphäre nicht gewährleistet werden konnte. Galt eine Patientin vorerst als ansprechbar und sie selbst oder die Begleitperson lehnte eine Befragung ab, so wurden ihre subjektiven Gründe notiert. Eine genauere Aufstellung der Kriterien und deren Verteilung ist der Tabelle 8.4–1 und Tabelle 8.4–2 zu entnehmen.

Tabelle 8.4–1 Objektive Ausschlusskriterien in %

objektive Ausschlusskriterien	Anzahl	Prozent
Zu kurzer Aufenthalt	143	31,6
Starke Verletzungen/Beschwerden	91	20,1
Sofort in Poliklinik/stationäre Aufnahme	53	11,7
Keine sprachliche Verständigung möglich	47	10,4
Verwirrtheit	31	6,8
Psychische Verfasstheit	15	3,3
Koma/Lebensgefahr	11	2,4
Alkohol-/Drogenintoxiziert	6	1,3
Keine Intimsphäre möglich	4	0,9
Schlafende Patientin	4	0,9
Ansteckungsgefahr	3	0,7
Behandlungsbedingt	3	0,7
Gesamt	411	100,0

Tabelle 8.4–2 Subjektive Ablehnungsgründe in %

subjektive Ablehnungsgründe	Anzahl	Prozent
Starke Verletzungen/Beschwerden	133	133
Befragung abgelehnt	103	103
Patientin will sich nicht von Begleitung trennen	36	36
Zeitmangel	32	32
Begleitperson lehnt ab	11	11
Wg. psychischer Verfasstheit	8	8
Akutes Gewalttrauma	5	5
Gewalterfahrung (nicht akut)	5	5
Patientin will sich nicht von Kindern trennen	5	5
Angst um Behandlungsverzögerung	2	2
Gesamt	340	100

8.4.2 Durchführung der Befragung

Nach Durchführung und Analyse des ersten Befragungsblocks vom 13. bis 22.05.2002 musste von dem ursprünglichen Befragungszeitraum von drei Blöcken zu je zehn Tagen und 24 Stunden abgewichen werden. Aufgrund des geringen Patientinnenaufkommens in den Nachtstunden und angesichts der finanziellen Kapazitäten war absehbar, dass die Fallzahl von 800 in der ursprünglichen Form nicht erreicht werden würde. Im Anschluss wurden Zeitfenster und -rahmen dahingehend modifiziert, dass

die Befragung durchgehend vom 2.6. bis zum 7.7.02 (Beginn der Sommerferien) von jeweils 9 bis 24 Uhr durchgeführt wurde, bis die angestrebte Nettostichprobe erreicht war.

Deutlich wurden zuvor nicht berücksichtigte Komponenten, die die Untersuchung behinderten. Die Teilnahmebereitschaft der Patientinnen ist z.B. auch von äußeren Faktoren abhängig. Während der Befragung herrschte im Juni ein sehr schwüles Wetter mit einer hohen Ozonbelastung, sodass sich etliche Patientinnen stark belastet fühlten und nicht befragt werden wollten.

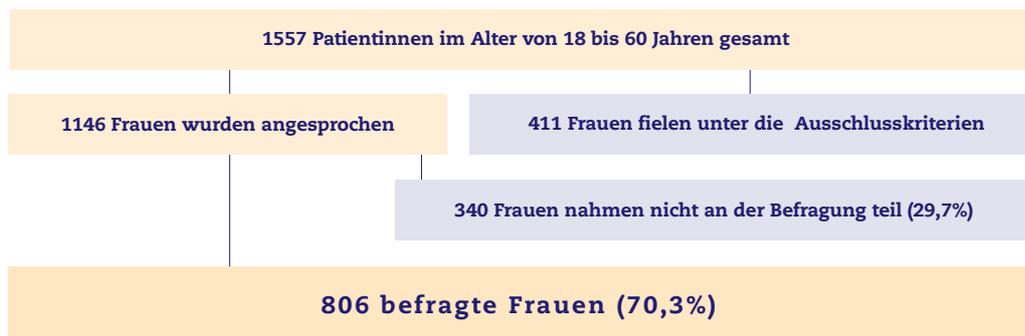
8.4.3 Studienpopulation

Im Erhebungszeitraum nahmen insgesamt 1557 Frauen zwischen 18 und 60 Jahren die Erste Hilfe/Rettungsstelle in Anspruch. Es gelang, alle vorsprechenden Patientinnen entweder zu befragen oder die Gründe einer Nichtteilnahme schriftlich festzuhalten.

Von diesen fielen 411 Frauen (26,4%) unter die Ausschlusskriterien. Von den verbleibenden 1146 Frauen (73,6%) nahmen 340 Patientinnen (29,7%) nicht an der Befragung teil.

Eine Befragung wurde bei 815 Frauen begonnen. Bei neun Frauen erfolgte ein Abbruch vor Beantwortung der Fragen zur Lebenszeitprävalenz von körperlicher Gewalt, so dass diese Fälle aus der Analyse herausgenommen wurden. Drei dieser neun Frauen brachen die Befragung wegen ihrer schmerzhaften Erinnerungen an Gewalterfahrung ab. Insgesamt liegen somit Daten von 806 Frauen vor und die Responserate beträgt 70,3% (vgl. Abbildung 8.4–1). Von den in die Datenanalyse einbezogenen 806 Fällen liegen in weiteren 25 Fällen wegen Unterbrechung oder Abbruch aufgrund von Behandlung nicht sämtliche Daten vor. Mitberücksichtigt wurden die Daten von denjenigen Frauen, die die Fragen zur Lebenszeitprävalenz von körperlicher Gewalt beantwortet hatten.

Abbildung 8.4–1: Studienpopulation



8.5 Auswertung

8.5.1 Datenaufbereitung

8.5.1.1 Datenerfassung

Die Daten wurden online per PHP/HTML erfasst und in eine MySQL Datenbank übertragen. Diese wurden regelmäßig in eine CSV-Datei exportiert und dann nach SPSS 10 importiert. Vor der Importierung der Daten wurde ein Codeplan mit allen Variablen und Wertelabels erstellt. Die Codierung der offenen Fragen erfolgte nach Beendigung des ersten Befragungsblocks, bei dem ca. 190 Interviews durchgeführt wurden. Die vorliegenden Antworten dienten der Klassifizierung der offenen Fragen. Bei der Einführungsfrage zum Anlass der Inanspruchnahme der Ersten Hilfe wurden die Beschwerden in Anlehnung an die ICD-10 Systematik (DIMDI 1994) und die Verletzungen nach den Verletzungsarten, -bereiche und -ursachen kategorisiert. Sowohl für Verletzungen als auch für Beschwerden wurden darüber hinaus die genannten Symptome in Kategorien gefasst. Ähnlich erfolgte die Vercodung der offenen Frage zu den von den Frauen selbst in Beziehung zu erlebter Gewalt gesetzten direkten Ver-

letzungen. Als Kategorien wurde zum einen die ICD–10 Systematik zugrunde gelegt, zum anderen die in internationalen Studien im Zusammenhang mit häuslicher Gewalt nachgewiesenen Beschwerden, Syndromen oder Störungen (vgl. Teil A: Kap. 3).

8.5.1.2 Datenqualitätskontrolle

Zur Kontrolle der eingegebenen Daten wurden mittels SPSS erste Häufigkeiten ermittelt, um so Werte außerhalb der definierten Bereiche identifizieren zu können. Ein Konsistenztest mehrerer Variablen wurde durchgeführt und Fehler bei der Filterführung durch Kreuztabellen ausgewiesen. Die Korrektur dieser Fehler erfolgte durch wiederholte Akteneinsicht und anschließender Datenberichtigung.

8.5.2 Datenauswertung

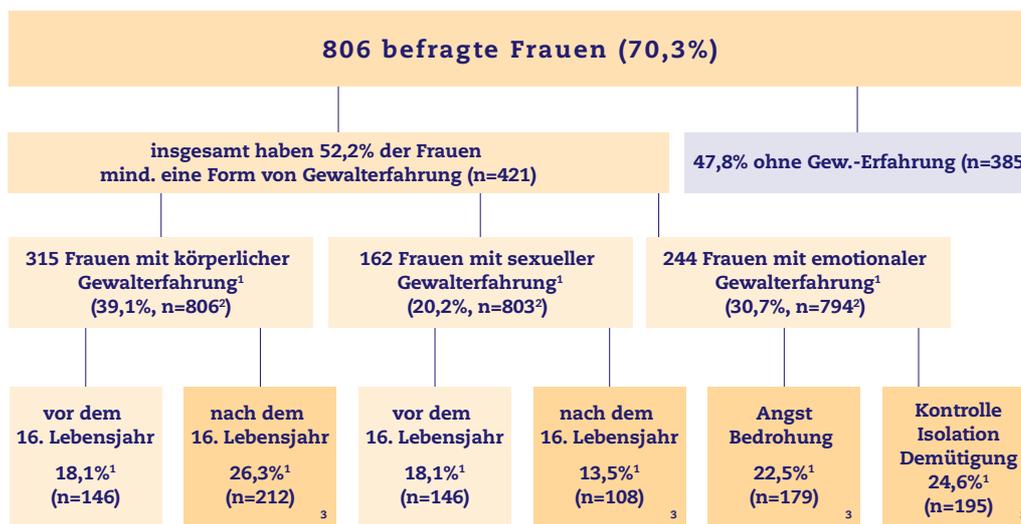
Es erfolgte eine deskriptive, univariate Auswertung der Daten. Für die Prävalenzwerte wurde das 95% Konfidenzintervall berechnet. Eine bivariate Analyse wurde zur Bestimmung der Schnittmenge der erlebten Gewaltformen sowie zum Vergleich ausgewählter Subgruppen im Kontext der gesundheitlichen Folgen sowie der Erwartungen an Unterstützung in der medizinischen Versorgung durchgeführt. Als Subgruppen wurden zum einen in von Gewaltbetroffene und Nichtbetroffene sowie in Altersgruppen unterschieden.

8.6 Ergebnisse

8.6.1 Lebenszeitprävalenz von körperlicher, sexueller und emotionaler Gewalt

Insgesamt berichteten 52,2% (421; 95% KI 48,8% – 55,6%) der Frauen (n=806) von mindestens einer Gewalterfahrung in ihrem Leben, die sich wie folgt verteilt (vgl. Abbildung 8.6–1).

Abbildung 8.6–1: Lebenszeitprävalenz von körperlicher, sexueller und emotionaler Gewalt



¹ Es werden die Prävalenzen für einzelne Gewaltformen dargestellt. Patientinnen mit multiplen Gewalterfahrungen (wie körperliche plus sexuelle) sind in der Abbildung nicht berücksichtigt.

² Einschlusskriterium für Einbeziehung in die Datenanalyse war mindestens die Angabe zur Lebenszeitprävalenz von körperlicher Gewalt. Aufgrund von Befragungsabbrüchen ergeben sich unterschiedliche Zahlen für die jeweilige Größe der Gesamtpopulation.

³ Im Folgenden werden die hervorgehobenen Subgruppen genauer betrachtet.

Körperliche Gewalt erlitten 39,1% (315; 95% KI 35,7% – 42,6%) aller Befragten (n=806). Bei vier weiteren Frauen vermuteten es die Interviewerinnen. Drei Frauen brachen bei Beginn des entsprechenden Fragenblocks das Interview mit der Begründung ab, nicht an ihre Traumata erinnert werden zu wollen.

Sexuelle Gewalt hatten 20,2% (162; 95% KI 17,4% - 23%) aller Frauen (n=803) erfahren.

Unter emotionaler Gewalt litten nach ihren Angaben zusammengefasst insgesamt 30,7% (244; 95% KI 27,5% - 33,9%) aller Frauen. Von 794 Frauen hatten 22,5% (179) jemals Angst vor ihrem (Ehe-) Partner oder sich von ihm bedroht gefühlt, sechs Frauen (0,8%) waren sich nicht sicher und drei (0,4%) machten keine Angaben zu dieser Frage. Systematisch kontrolliert, sozial isoliert oder gedemütigt hatten sich 24,6% (195) aller Frauen (n=795) gefühlt, unsicher waren sich neun Frauen (1,1%) und eine Frau machte keine Angaben (0,1%).

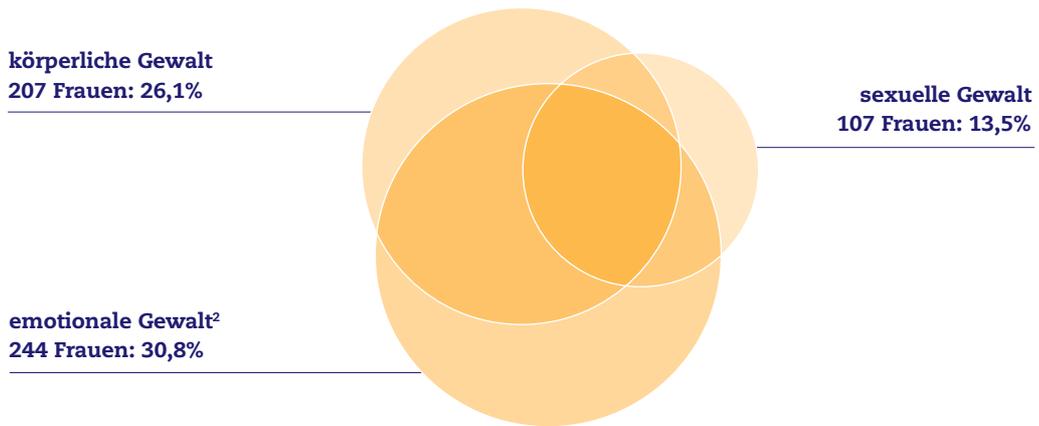
Sowohl im Zusammenhang von körperlicher als auch sexueller Gewalt wurde nach der Lebensphase (vor und/oder nach dem 16. Lebensjahr) differenziert, um Misshandlungen in der Kindheit und frühen Jugend erkennbar werden zu lassen und Rückschlüsse auf Gewaltbiografien bei einzelnen Frauen identifizieren zu können. Dabei ergaben sich für die Gesamtgruppe (n=806) (s. Abbildung 8.6–1):

- eine Lebenszeitprävalenz für körperliche Gewalt vor dem 16. Lebensjahr von 18,1% und nach dem 16. Lebensjahr von 26,3% (95% KI 23,3% – 29,3).
- eine Lebenszeitprävalenz für sexuelle Gewalt vor dem 16. Lebensjahr von 8,7% und nach dem 16. Lebensjahr von 13,5% (95% KI 11% – 15,8%).

Im Mittelpunkt der Untersuchung stehen Frauen, die von häuslicher Gewalt betroffen sind/waren. Bei der weiteren Datenauswertung liegt der Fokus daher auf denjenigen Frauen, die nach ihrem 16. Lebensjahr körperliche oder sexuelle Gewalt erlebten oder von emotionaler Gewalt seitens des Partners berichteten. Ausgeschlossen werden so Formen von Kindesmisshandlung oder autoritärem Erziehungsstil, der sich z.B. körperlicher Schläge bedient.

Bei ausschließlicher Betrachtung der Gewalterfahrungen, die Frauen nach dem 16. Lebensjahr erlebten, zeigt sich dass 42,6% der 806 Frauen (343; 95% KI 39,2% – 46%) von mindestens eine der Gewaltformen berichteten. Viele der befragten Patientinnen waren nicht nur einer Gewaltform nach dem 16. Lebensjahr ausgesetzt. Um die Lebenszeitprävalenzen der verschiedenen Kombinationen zu berechnen, wurden Schnittmengen gebildet. Berücksichtigt wurden hierbei nur diejenigen Frauen (n=793), die zu allen drei Gewaltformen Angaben machten (s. Abbildung 8.6–2).

Abbildung 8.6–2: Lebenszeitprävalenz der Kombinationen der drei Gewaltformen nach dem 16. Lebensjahr (n=793¹)



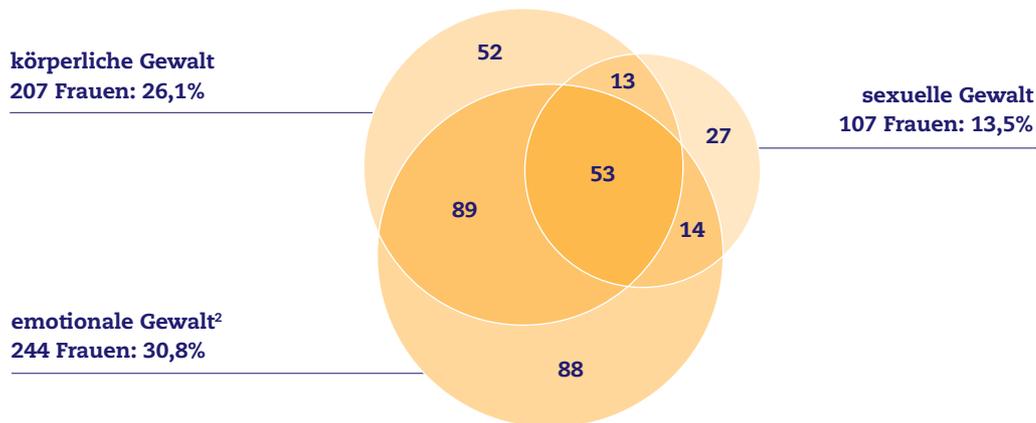
¹ Berücksichtigt wurden nur die Frauen, die zu allen drei Gewaltformen Angaben machten.

² Bei den Angaben zur emotionalen Gewalt wurde nicht nach dem Alter bei der Gewalterfahrung gefragt.

Es wurden folgende Lebenszeitprävalenzen für Gewaltkombinationen ermittelt (s. Abbildung 8.6–3):

- körperliche und emotionale Gewalt 17,9% (89+53=142 Frauen)
- körperliche und sexuelle Gewalt 8,3% (13+53=66 Frauen)
- körperliche und/oder sexuelle Gewalt 31,3% (207+27+14=248 Frauen)
- sexuelle und emotionale Gewalt 8,4% (53+14=67 Frauen)
- körperliche und sexuelle und emotionale Gewalt 6,7% (53 Frauen).

Abbildung 8.6–3: Schnittmengen der Lebenszeitprävalenzen der drei Gewaltformen nach dem 16. Lebensjahr (n=793¹)



¹Berücksichtigt wurden nur die Frauen, die zu allen drei Gewaltformen Angaben machten.

²Bei der Angabe emotionale Gewalt wurde nicht nach dem Alter bei der Gewalterfahrung gefragt.

8.6.2 Lebenszeitprävalenz von körperlicher Gewalt nach dem 16. Lebensjahr

Von den 315 Frauen, die jemals in ihrem Leben körperliche Gewalt erfahren haben, fielen diese Erfahrungen bei 67,3% (212) in die Zeit nach ihrem 16. Lebensjahr (s. Abbildung 8.6–1).

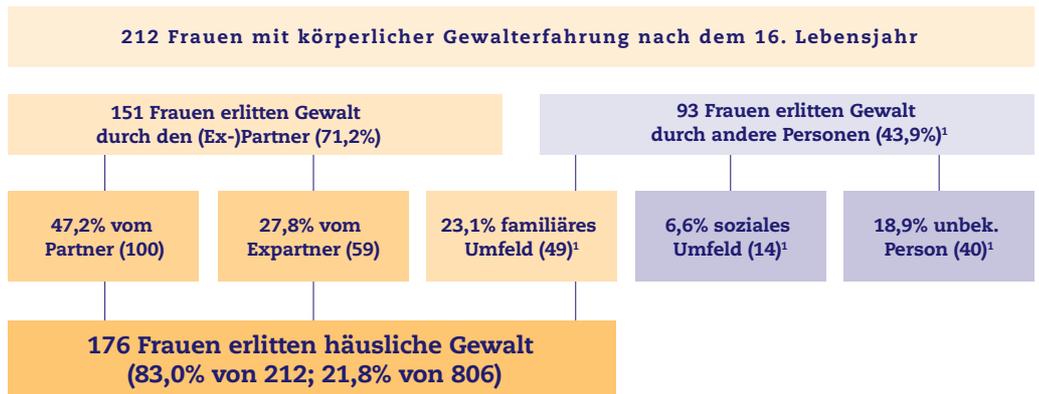
8.6.2.1 Täter

Die Gewalttaten in dieser Phase (s. Abbildung 8.6–4) wurden zu 47,2% (100) von dem Ehemann oder Partner während der Beziehung und zu 27,8% (59) von einem ehemaligen Partner, d.h. nach der Trennung, verübt. Acht Frauen erlitten sowohl von ihrem Partner als auch dem ehemalige Partner Gewalt. Zusammengenommen erlebten 151 Frauen (71,2%) in dieser Lebensphase körperliche Gewalt in der Partnerschaft. In Relation zur gesamten Studienpopulation ergibt sich eine Prävalenz von 18,7% (95% KI 16% - 21,4%).

In 43,9% der Fälle wurden die Gewalthandlungen von anderen Personen (93) verübt. In einem freien Text wurde dieser Personenkreis genauer von den Befragten definiert und in der Auswertung in die Tätergruppen familiäres bzw. soziales Umfeld und unbekannte Personen kategorisiert. Das familiäre Umfeld umfasst Eltern, Geschwister und andere Familienangehörigen, das soziale Umfeld den Freundeskreis, Mitschüler/innen und -studenten/innen, Arbeitskollegen/innen und sonstige bekannte Personen. Unbekannte Personen schließt Fremde und fremde Jugendliche ein.

23,1% (49) der Frauen hatten körperliche Gewalt im familiären und 6,6% (14) im sozialen Umfeld erfahren; 18,9% (40) von unbekannt Personen.

Abbildung 8.6-4: Körperliche Gewalterfahrung nach dem 16. Lebensjahr und Täter

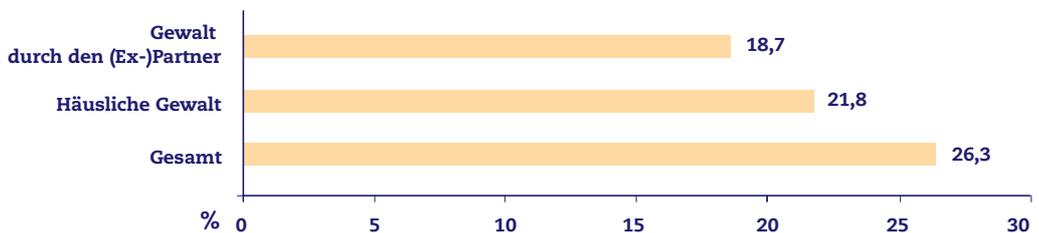


¹ Die Aufteilung der „Anderen“ erfolgte nach der Anzahl der Nennungen.

In Bezug auf körperliche Gewalterfahrung im Erwachsenenalter insgesamt ergibt sich auf Grundlage von 262 Angaben, dass 84,7% im Rahmen der Partnerschaft oder im familiären und sozialen Umfeld erfolgte.

Häusliche Gewalt – d.h. Gewalt in der Partnerschaft oder Familie – erlitten nach dem 16. Lebensjahr 176 Frauen, d.h. 21,8% (95%KI 18,9% - 24,7%) aller Befragten (n=806) (s. Abbildung 8.6-4, Abbildung 8.6-5).

Abbildung 8.6-5: Lebenszeitprävalenz von körperlicher Gewalt nach dem 16. Lebensjahr und Täter in % (n=806)



8.6.2.2 Gewalterfahrung vor dem 16. Lebensjahr

52 Frauen (24,5%) der 212, die Gewalterfahrung nach ihrem 16. Lebensjahr angaben, waren bereits vor ihrem 16. Lebensjahr körperlichen Gewalttaten ausgesetzt, 22 von ihnen seitens des damaligen und sieben von dem getrennten Partner, 44 von anderen Personen. Bei diesen 52 Frauen hat sich das Erleben von Gewalt im Erwachsenenalter fortgesetzt.

8.6.2.3 Häufigkeit der körperlichen Gewaltangriffe

Zur Häufigkeit der Gewalttaten machten 207 Frauen Angaben, demnach erlebten 65 (31,4%) einmal, 105 (50,7%) mehrmals und 37 (17,9%) häufig körperliche Angriffe. Ging die Gewalttat vom (Ex-)Partner aus, dann berichteten 38 Frauen (25,9%) von einmaligen, 81 (55,1%) von mehrmaligen und 28 (19,0%) von häufigen körperlichen Angriffen. Diese Angaben zeigen, dass Gewalt in der Partnerschaft in der Regel kein einmaliges Ereignis ist, sondern zu drei Viertel mehrmals oder häufiger auftritt.

8.6.2.4 Gebrauch von Waffen oder Gegenständen

Auf die Frage, ob bei diesen gewalttätigen Handlungen Gegenstände oder Waffen eingesetzt wurden, antworteten 53 (25,9%) der 205 Frauen, die dazu Angaben machten, mit „Ja“. Zu 14,6% (31) wurde ein Gegenstand, zu 1,9% (4) eine Schlagwaffe, zu 8,5% (18) eine Stichwaffe und zu 3,8% (8) eine Schusswaffe eingesetzt.

Am häufigsten wurden Gegenstände genutzt: in 16 Fällen durch den Partner, zehnmal durch den ehemaligen Partner und 15mal durch andere. Daneben setzen Partner am zweithäufigsten Stichwaffen ein.

8.6.2.5 Körperliche Gewalt in der Schwangerschaft

Von den 421 gewaltbetroffenen Frauen beantworteten insgesamt 405 Frauen die Frage zu einer vorausgegangenen Schwangerschaft. 266 Frauen (65,7%) berichteten davon, jemals schwanger gewesen zu sein; von diesen erlebten 36 (13,5%; 95% KI 9,4% - 17,6%) körperliche Gewalt während ihrer Schwangerschaft.

8.6.3 Lebenszeitprävalenz von sexueller Gewalt nach dem 16. Lebensjahr

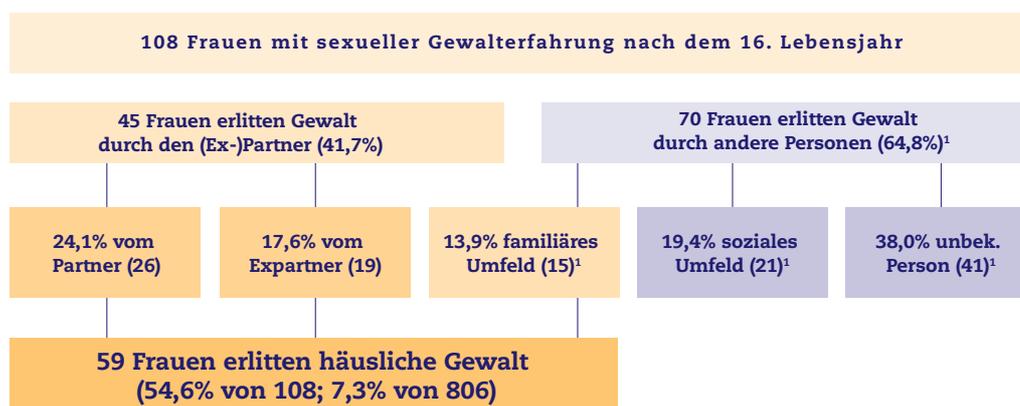
Von den 162 Frauen, die in ihrem Leben jemals sexuelle Gewalt erfahren haben, fielen in 66,7% der Fälle (108) die Taten in den Zeitraum nach dem 16. Lebensjahr. Es ergibt sich in Bezug auf die Studienpopulation (n=803) eine Prävalenz von 13,5% (95% KI 11,1% - 15,9%) (s. Abbildung 8.6-6).

8.6.3.1 Täter

Die sexuellen Gewalthandlungen wurden bei diesen Frauen in 24,1% der Fälle (26) während der Beziehung vom Partner ausgeübt und in 17,6% (19) nach der Trennung vom ehemaligen Partner. Insgesamt waren 45 Frauen sexueller Gewalt in einer Partnerschaft ausgesetzt. Das sind 41,7% aller sexuellen Gewalterfahrungen (n=108). In Bezug zur Studienpopulation (n=803) ergibt sich ein Prävalenzwert von 5,6% (95%KI 4% - 7,2%) (s. Abbildung 8.6-6, Abbildung 8.6-7).

In 64,8% (70) der Fälle wurden die Gewalttätigkeiten von anderen verübt: in 15 Fällen (13,9%) aus dem familiären (eine Frau erlebte von zwei verschiedenen Tätern aus dem familiären Umfeld sexuelle Gewalt) und in 21 Fällen (19,4%) aus dem sozialen Umfeld, in 41 Fällen (38,0%) waren die Täter den Frauen nicht bekannt (s. Abbildung 8.6-6).

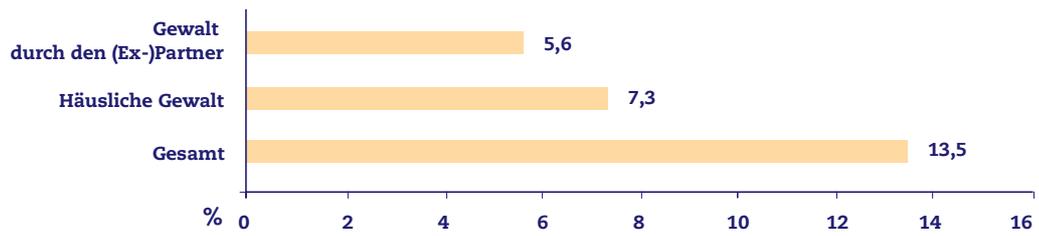
Abbildung 8.6-6: Sexuelle Gewalterfahrung nach dem 16. Lebensjahr und Verursacher



¹ Die Aufteilung der „Anderen“ erfolgte nach der Anzahl der Nennungen.

59 Frauen (54,6%) erlebten sexuelle Gewalt als Teil von häuslicher Gewalt, es ergibt sich in Relation zur Gesamtstudienpopulation ein Prävalenzwert von 7,3% (95% KI 5,5% - 9,1%).

Abbildung 8.6-7: Lebenszeitprävalenz von sexueller Gewalt nach dem 16. Lebensjahr Täter in % (n=803)



8.6.3.2 Gewalterfahrung vor dem 16. Lebensjahr

19 der Frauen, d.h. 17,6% der 108 Frauen mit sexueller Gewalterfahrung nach dem 16. Lebensjahr, hatten bereits vor ihrem 16. Lebensjahr sexuelle Gewalt erlitten: sieben Frauen durch den Partner, eine durch den ehemaligen Partner. In elf Fällen kamen die Täter aus dem familiären Umfeld.

8.6.3.3 Häufigkeit von sexueller Gewalt

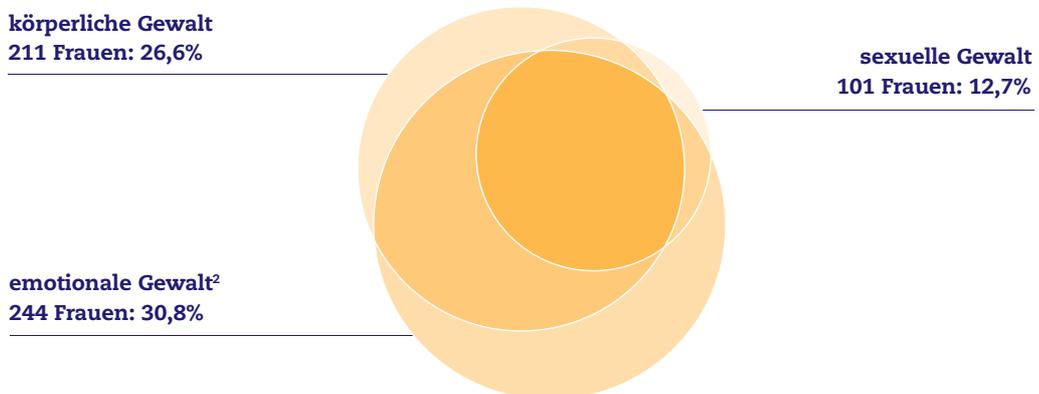
Zur Häufigkeit von erlebter sexueller Gewalt berichteten 106 Frauen, dass sie in 52,8% (56) einmal, in 34,9% (37) mehrmals und in 12,3% (13) häufig zu sexuellen Handlungen gezwungen wurden. Von ihrem (Ex-)Partner wurden 15 Frauen einmal (34,1%), 18 mehrmals (40,9%) und elf (25%) häufig zu sexuellen Aktivitäten gezwungen. Es zeigt sich, dass sexuelle Gewalt innerhalb der Partnerschaft kein einmaliges Ereignis ist, sondern eher mehrmals oder häufig ausgeübt wird.

8.6.4 Lebenszeitprävalenz von häuslicher Gewalt nach dem 16. Lebensjahr

Von den 806 befragten Frauen berichteten insgesamt 295 Frauen, d.h. 36,6% (95% KI 33,3% - 39,9%) von körperlichen, sexuellen oder emotionalen Gewalthandlungen nach dem 16. Lebensjahr durch den Partner, den ehemaligen Partner oder Familienangehörige.

Auch für häusliche Gewalt wurden die Lebenszeitprävalenzen der verschiedenen Kombinationen der Gewaltformen mittels Schnittmengenbildung berechnet. Berücksichtigt wurden nur diejenigen Frauen, die zu allen drei Formen Angaben machten (n=793). Im häuslichen Zusammenhang hatten 211 Frauen (26,6%) körperliche, 101 Frauen (12,7%) sexuelle und 244 Frauen (30,8%) emotionale Gewalt erfahren (s. Abbildung 8.6-8).

Abbildung 8.6-8: Häusliche-Gewalt-Lebenszeitprävalenz der Kombinationen der drei Gewaltformen nach dem 16. Lebensjahr (n=793¹)



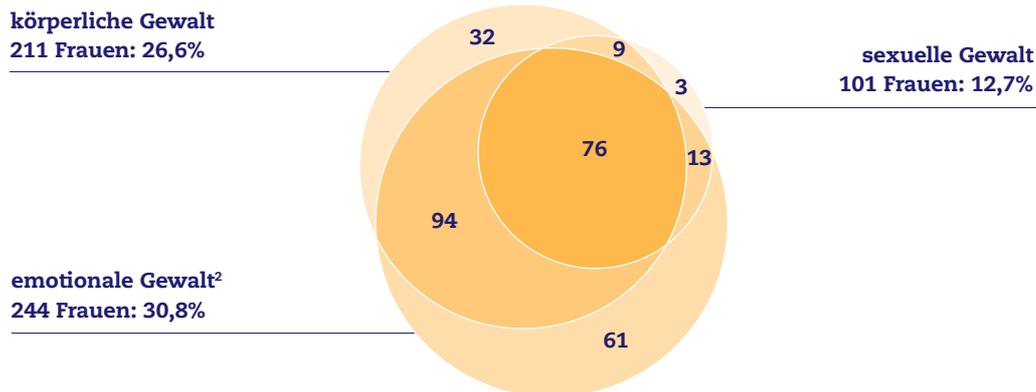
¹ Berücksichtigt wurden nur die Frauen, die zu allen drei Gewaltformen Angaben machten.

² Bei der Angabe emotionale Gewalt wurde nicht nach dem Alter bei der Gewalterfahrung gefragt.

Es wurden folgende Lebenszeitprävalenzen für Gewaltkombinationen ermittelt:

- körperliche und emotionale Gewalt 21,4% (94+76=170 Frauen)
- körperliche und sexuelle Gewalt 10,7% (76+9=85 Frauen)
- körperliche und/oder sexuelle Gewalt 28,6% (211+3+13=227 Frauen)
- sexuelle und emotionale Gewalt 11,2% (76+13=89 Frauen)
- körperliche und sexuelle und emotionale Gewalt 9,6% (76 Frauen)

Abbildung 8.6–9: Schnittmengen der Häuslichen-Gewalt-Lebenszeitprävalenz der drei Gewaltformen nach dem 16. Lebensjahr (n=793¹)



¹ Berücksichtigt wurden nur die Frauen, die zu allen drei Gewaltformen Angaben machten.

² Bei der Angabe emotionale Gewalt wurde nicht nach dem Alter bei der Gewalterfahrung gefragt.

Beim Vergleich der Schnittmengen der Gewaltformen (s. Abbildung 8.6–3 und Abbildung 8.6–9) zeigt sich, dass Frauen, die von häuslicher Gewalt betroffen sind, häufiger von zwei oder drei Gewaltformen berichten. Es bestätigt sich, dass häusliche Gewalt ein komplexes Misshandlungssystem darstellt (vgl. Teil A: Kap. 3).

8.6.5 Ein-Jahres- und Ein-Monats-Prävalenz

Alle Frauen, die die Fragen zur Lebenszeitprävalenz von Gewalterfahrung bejahten, wurden nach erlebter körperlicher und sexueller Gewalt in den letzten zwölf Monaten und dem Täter gefragt. Wurde auch diese Frage bejaht, so wurden sie gefragt, ob die letzte Gewalthandlung länger als ein Monat zurückliege.

8.6.5.1 Körperliche Gewalt

Von allen befragten Frauen (n=798) berichteten 47 Frauen, in den vergangenen zwölf Monaten körperlich angegriffen worden zu sein. Bezogen auf die Gesamtpopulation ergibt sich eine Ein-Jahres-Prävalenz von 5,9% (95% KI 4,3 – 7,5). 30 Frauen berichteten von Gewalt durch den damaligen oder ehemaligen Partner in diesem Zeitraum. Mehr als die Hälfte (24) der Frauen erlebten die Gewalthandlungen innerhalb der bestehenden Partnerschaft, bei acht Frauen wurde sie von dem ehemaligen Partner ausgeübt. Zwei Frauen waren Gewalt sowohl von dem damaligen als auch dem ehemaligen Partner ausgesetzt. Für Gewalt in der Partnerschaft ergibt sich in Bezug auf die Gesamtpopulation ein Wert von 3,8% (95% KI 2,5% - 5,1%). In 17 Fällen waren andere Personen die Verursacher. Fünf dieser Anderen kamen aus dem familiären Umfeld. Überschneidungen liegen nicht vor, sodass insgesamt 35 Frauen Gewalt als häusliche Gewalt erfuhren. Es ergibt sich eine Prävalenz für häusliche Gewalt von 4,4% (95% KI 3,0% - 5,8%). In einem Fall kam der Täter aus dem sozialen Umfeld, bei den verbleibenden zwölf Verursachern handelte es sich um unbekannte Personen (s. Abbildung 8.6–10).

Bei knapp der Hälfte der 47 Frauen (22) erfolgte die körperliche Gewalt innerhalb des vergangenen Monats. Als Ein-Monats-Prävalenz ergibt sich ein Wert von 2,7% (95% KI 1,6% - 3,8%). In 13 Fällen nannte die Befragte den aktuellen und in fünf Fällen den ehemaligen Partner als Täter, in einem Fall

wurden beide genannt, so dass sich für diese 17 Frauen eine Ein-Monats-Prävalenz für Gewalt in der Partnerschaft von 2,1% (95% KI 1,1% - 3,1%) ergibt. Dreimal wurde als Verursacher ein Familienmitglied und zweimal fremde Personen genannt. Somit erlebten insgesamt 20 Frauen körperliche Gewalt durch den (Ex-)Partner oder Familienangehörige, als Ein-Monats-Prävalenz für häusliche Gewalt lässt sich ein Wert von 2,5% (95% KI 1,4% - 3,6%) ermitteln (s. Abbildung 8.6–11).

8.6.5.2 Sexuelle Gewalt

Acht der befragten Frauen (n=797) erlebten in den letzten zwölf Monaten sexuelle Gewalt. Die Ein-Jahres-Prävalenz der Gesamtpopulation beträgt somit 1,0% (95% KI 0,3 – 1,7). In zwei Fällen war der (Ehe-) Partner der Täter. Diese beiden Frauen berichteten auch von körperlicher Gewalt durch den Partner in den letzten zwölf Monaten. In sechs Fällen wurde die sexuelle Gewalt durch andere Personen verübt. Einmal kam diese Person aus dem familiären und zweimal aus dem sozialen Umfeld, dreimal war die Person den Betroffenen nicht bekannt. Für sexuelle Gewalt in der Partnerschaft ergibt sich eine Ein-Jahres-Prävalenz von 0,2% (95% KI 0% - 0,5%), für häusliche Gewalt 0,4% (95% KI 0% - 0,8%) (s. Abbildung 8.6–10).

Bei einer Frau lag die sexuelle Gewalttat durch eine fremde Person nicht länger als einen Monat zurück. Die Ein-Monats-Prävalenz liegt bei 0,1% (95% KI 0% - 0,3%) (s. Abbildung 8.6–11).

Abbildung 8.6–10: Ein-Jahres-Prävalenz von körperlicher oder sexueller Gewalt und Täter in %

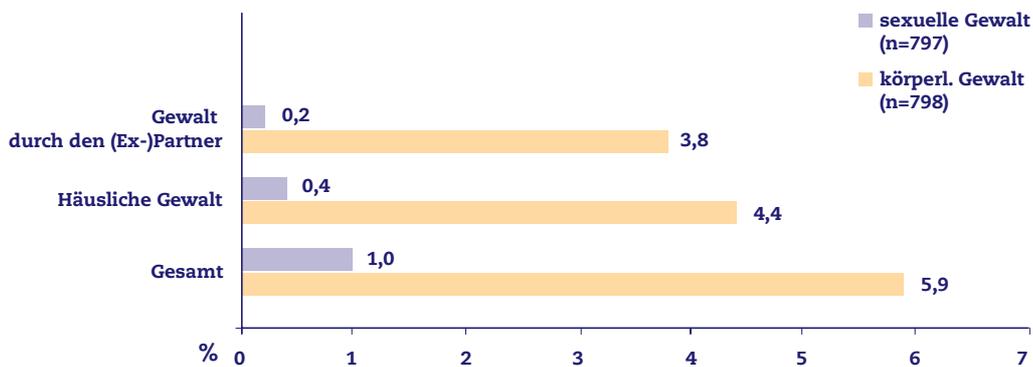
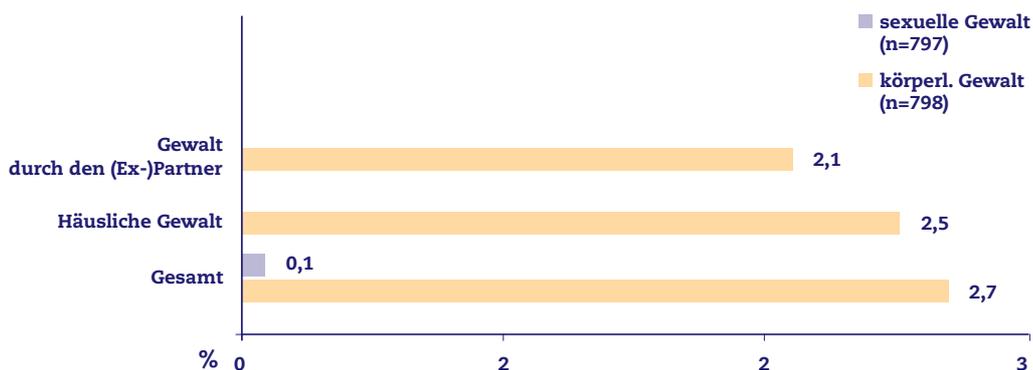


Abbildung 8.6–11: Ein-Monats-Prävalenz von körperlicher oder sexueller Gewalt und Täter in %



8.6.5.3 Häusliche Gewalt

Insgesamt berichteten 36 Frauen in den letzten zwölf Monaten körperlicher oder sexueller Gewalt durch den Partner, den ehemaligen Partner oder Familienangehörigen ausgesetzt gewesen zu sein. Als Ein-Jahres-Prävalenz für häusliche Gewalt ergibt sich in Bezug zur Studienpopulation (n=798) ein Wert von 4,5% (95% KI 3,1% - 5,9%).

Bei 20 Frauen erfolgte die Gewalthandlung innerhalb des letzten Monats. Als Ein-Monats-Prävalenz ergibt sich ein Wert von 2,5% (95% KI 1,4% - 3,6%).

8.6.6 Akut-Prävalenz von körperlicher und sexueller Gewalt

Alle Frauen, die eine der Fragen zur körperlichen, sexuellen oder emotionalen Gewalt in ihrem Leben bejaht hatten ($n=396$), wurden gefragt, ob ihre Verletzungen oder Beschwerden, wegen denen sie die Erste Hilfe an diesem Tag aufsuchten, eine direkte Folge von körperlicher oder sexueller Gewalt sei. Nach ihren Angaben nahmen 19 Frauen wegen körperlicher und vier Frauen wegen sexueller Gewalt, die Erste Hilfe in Anspruch. Überschneidungen lagen bei drei Frauen vor, so dass insgesamt 20 Frauen diese Frage bejahten. Einige Frauen waren sich hinsichtlich des Zusammenhangs zwischen Gewalterfahrung und der Verletzungen oder Beschwerden, wegen denen sie an diesem Tag die Erste Hilfe aufsuchten nicht sicher: sechs Frauen bei den Folgen von körperlicher und drei bei den Folgen von sexueller Gewalt.

Im Vergleich zu diesen 20 Frauen gaben jedoch nur zwölf bei der Eingangsfrage zum Anlass des Aufsuchens der Ersten Hilfe akute Gewalt als Ursache ihrer Verletzungen an. Bei genauerer Betrachtung der einzelnen acht Frauen, die die Differenz ausmachen, zeigt sich, dass keine aufgrund einer akuten Gewalthandlung die Erste Hilfe aufsuchte. Bei fünf Frauen liegt das Erlebte länger als ein Jahr, bei einer länger als ein Monat zurück. Diese sechs berichteten von multiplen Gewalterfahrungen, so dass davon auszugehen ist, dass sie für sich einen kausalen Zusammenhang zwischen ihren Beschwerden und der erlebten Gewalt sehen. Zwei gaben an, dass die Gewalthandlung im letzten Monat erfolgte, so dass ein Zusammenhang zum Aufsuchen der Ersten Hilfe bestehen könnte, der nicht gesichert ist. Bei Berechnung der Akut-Prävalenz wurden diese acht Frauen nicht berücksichtigt, sondern nur die zwölf Frauen, die mit akuten Verletzungen aufgrund von gewalttätigen Handlungen die Erste Hilfe aufsuchten. Es ergibt sich somit in Relation zur Gesamtstudienpopulation ($n=806$) eine Akut-Prävalenz von 1,5% (95% KI 0,7% – 2,3%) für körperliche Gewalt.

Vier dieser zwölf Frauen wurden von Fremden angegriffen, eine andere von einem Bekannten geschlagen. Gewalt innerhalb der Partnerschaft erlitten sechs der Patientinnen, eine weitere Frau war zur Kontrolluntersuchung aufgrund von häuslicher Gewalt vor vier Tagen einbestellt worden. Für die Akut-Prävalenz von Gewalt durch den (Ex-)Partner wie für häuslicher Gewalt ergibt sich so ein Wert von 0,7% (95% KI 0,1% – 1,3%).

Unter denjenigen, die nicht an der Befragung teilnehmen wollten, suchten vier weitere Frauen wegen akuter Verletzungen als Folge von gewalttätigen Handlungen seitens ihres Partners die Erste Hilfe auf. Eine von ihnen war von ihrem Ehemann vergewaltigt worden.

8.6.7 Akute Bedrohung

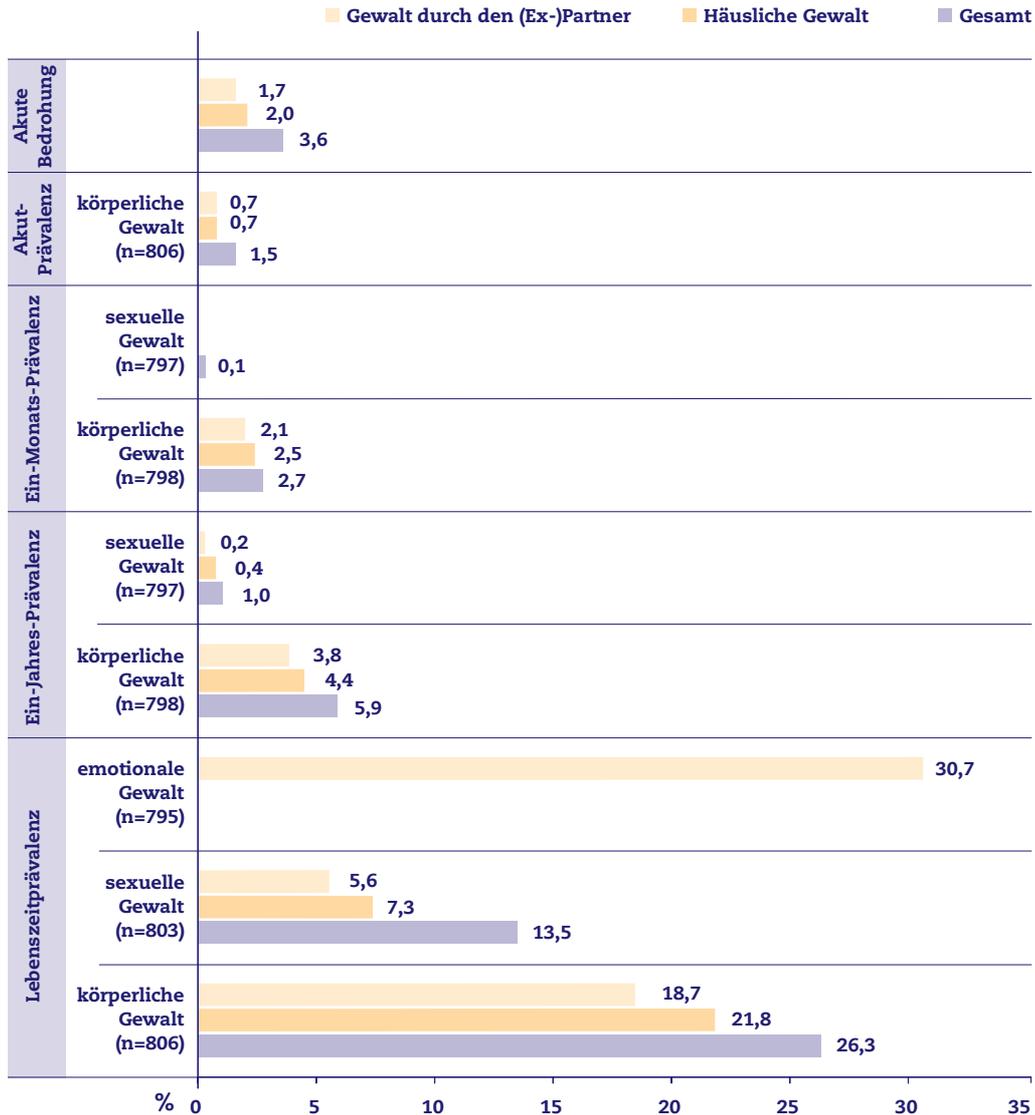
Zum Zeitpunkt der Befragung fühlten sich 29 von 797 Patientinnen (3,6%, 95% KI 2,3% – 4,9%) bedroht: fünf dieser Frauen von ihrem (Ehe-) Partner, neun von ihrem ehemaligen (Ehe-) Partner, zusammengenommen ergibt sich ein Wert von 1,7% (95% KI 0,8% – 2,6%) für Bedrohung durch den aktuellen oder ehemaligen Partner. 15 Frauen fühlen sich von anderen Personen, davon zwei durch den (Stief-) Vater und in der Mehrzahl von sonstigen Bekannten, bedroht. Für Bedrohung als Teil häuslicher Gewalt liegt die Prävalenz bei 2% (95% KI 1,0% – 3,0%).

In Relation zu Gewalthandlungen im vorausgegangenen Monat zeigt sich, dass 12 der 22 Frauen, die von körperlicher Gewalt und die Frau, die von sexueller Gewalt in diesem Zeitraum berichteten, sich zum Zeitpunkt der Befragung bedroht fühlten.

8.6.8 Übersicht der Prävalenzen

Zusammenfassend zeigt die Abbildung 8.6–12 eine Übersicht über die ermittelten Prävalenzen gezeigt.

Abbildung 8.6–12: Übersicht der Prävalenzen von körperlicher, sexueller und emotionaler Gewalt, akuter Bedrohung und Täter in %



8.6.9 Altersverteilung

Bei der Analyse der Altersverteilung in den einzelnen Subgruppen kann festgestellt werden, dass die Frauen ohne Gewalterfahrung im Mittel 37,7 Jahre alt sind (Standardabweichung 12,5), die von häuslicher Gewalt berichteten waren 37,2 Jahre alt (Standardabweichung 11,5), nur von emotionaler Gewalt Betroffene sind im Schnitt mit 39,9 Jahren älter (Standardabweichung 11,4). Je kürzer die Gewalttätigkeit zurückliegt, desto jünger sind die befragten Frauen: Waren sie im letzten Jahr Opfer von gewalttätigen Handlung, so liegt der Altersmittelwert bei 30,2 Jahren (Standardabweichung 11,5), für den letzten Monat bei 27,1 Jahren (Standardabweichung 9,37) und bei Frauen, die aufgrund akuter Gewalt die Erste Hilfe aufsuchten lag das Mittel bei 24,9 Jahren (Standardabweichung 6,94).

8.6.10 Gesundheitliche Folgen von Gewalt

Alle Frauen, die von mindestens einer der drei Gewaltformen unabhängig vom Alter in ihrem Leben berichteten, wurden nach gesundheitlichen Folgen gefragt. Bei sieben Betroffenen konnte die Befragung wegen einer medizinischen Behandlung nicht zu Ende geführt werden. Von den verbleibenden 414 Frauen, gaben 214 (51,7%) gesundheitliche Folgen an. 106 (25,6%) Betroffene nannten sowohl körperliche als auch psychische Folgen, nur körperliche Folgen wurden von zehn Frauen (2,4%) und nur psychische Folgen von 98 (23,7%) genannt.

343 Frauen waren nach ihrem 16. Lebensjahr von Gewalt betroffen. Aufgrund von behandlungsbedingten Interviewabbrüchen in vier Fällen machten 339 Frauen Angaben zu den gesundheitlichen Folgen. 188 (55,5%) nannten gesundheitliche Folgen: 99 Frauen (29,2%) berichteten sowohl von körperlichen als auch von psychischen Folgen, neun Frauen (2,6%) nur von körperlichen und 80 Frauen (23,5%) nur von psychischen Folgen.

8.6.10.1 Gesundheitliche Folgen von häuslicher Gewalt

Im Folgenden beschränkt sich die Analyse der gesundheitlichen Folgen auf jene Frauen, die von häuslicher Gewalt nach dem 16. Lebensjahr berichteten (36,6%; 295).

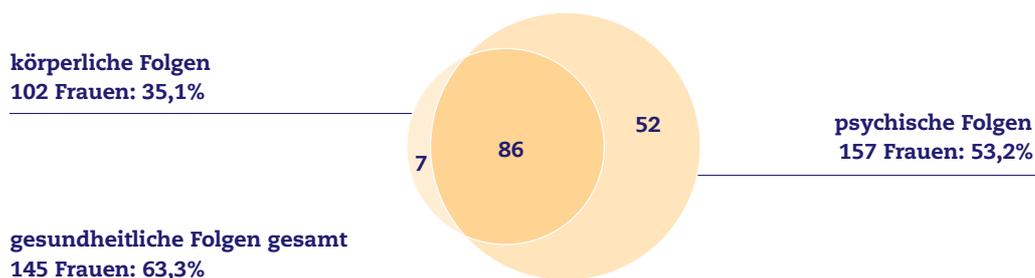
Bei sechs gewaltbetroffenen Frauen wurde die Befragung abgebrochen: In zwei Fällen wegen einer medizinischen Behandlung, einmal wegen Verständigungsproblemen, zwei Frauen konnte wegen ihrer psychischen Verfassung aufgrund der traumatischen Erinnerungen nicht weiter befragt werden und eine lehnte nach anfänglicher Bereitschaft beim zweiten Drittel eine weitere Befragung wegen der „intimen“ Fragen ab. Von 291 Frauen, gaben 165 (56,7%) gesundheitliche Folgen an: 94 (32,3%) nannten sowohl körperliche als auch psychische Folgen, acht (2,7%) nur körperliche und 63 Frauen (21,6%) nur psychische.

8.6.10.1.1 Körperliche und sexuelle Gewalt und ihre gesundheitlichen Folgen

Aufgrund der multiplen Gewalterfahrungen wird im Folgenden das größere Gesamtkollektiv der Frauen mit körperlichen und/oder sexuellen Gewalterfahrungen im Kontext von häuslicher Gewalt beschrieben, da 84,5% der von sexueller Gewalt betroffenen Frauen gleichfalls körperliche Gewalt erlitten haben. Die gesundheitlichen Auswirkungen wurden in einem Fragenkomplex für beide Gewaltformen erfragt. Es ist davon auszugehen, dass die betroffenen Frauen in der Beschreibung ihrer gesundheitlichen Beschwerden und deren Ursache nicht explizit nach der Form der Gewalt unterscheiden.

Insgesamt waren 233 Frauen nach ihrem 16. Lebensjahr körperlicher oder sexueller Gewalt seitens des (Ex-) Partners oder Familienangehöriger ausgesetzt. Von den 229 Betroffenen, die zu den Gesundheitsfolgen befragt werden konnten, berichteten insgesamt 145 Frauen (63,3%) allgemein von gesundheitlichen Folgen: 86 Frauen (37,6%) nannten sowohl körperliche als auch psychische Folgen, sieben Frauen (3,1%) gaben nur körperliche und 52 (22,7%) nur psychische Folgen an (s. Abbildung 8.6–13).

Abbildung 8.6–13: Gesundheitliche Folgen von körperlicher und/oder sexueller Gewalt verursacht durch häusliche Gewalt in % (n=229)



Im Vergleich der Betroffenengruppen (Gewalterfahrung allgemein/nach dem 16. Lebensjahr/im Kontext von häuslicher Gewalt) zeigt sich, dass der Anteil der Frauen, die sowohl von körperlichen als auch psychischen Folgen berichten, von 29,2% bis zu 37,6% ansteigt.

Die gesundheitlichen Folgen konnten von den Betroffenen in einem freien Text detaillierter beschrieben werden und wurden im Nachhinein kategorisiert.

In Relation zur einfachen Angabe von körperlichen und/oder psychischen Folgen, nutzten nur etwa ein Drittel der Frauen (93) die Möglichkeit einer genaueren Spezifizierung ihrer körperlichen, aber 74% die ihrer psychischen Gesundheitsfolgen (138). Es ist davon auszugehen, dass betroffene Frauen dazu

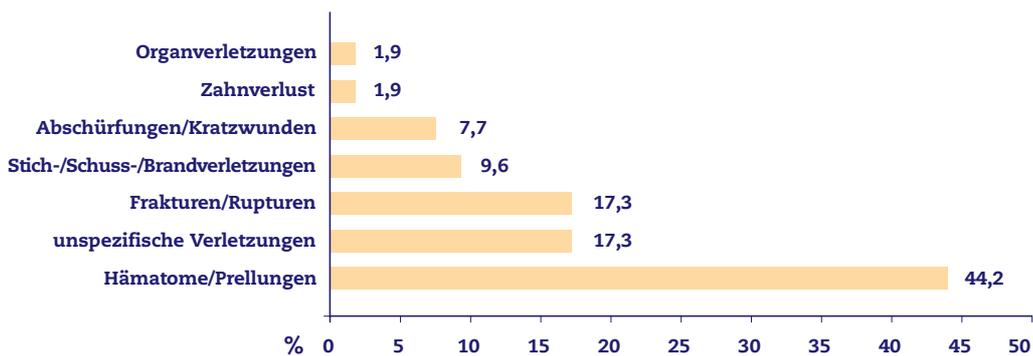
neigen, die gesundheitlichen Folgen – insbesondere die körperlichen und hier vor allem die direkten Verletzungen – entweder nicht wahrzunehmen oder zu bagatellisieren. Die Frauen beschrieben eher ihre Schmerz- und Beschwerdesyndrome als die direkten Verletzungen. Diese Beobachtung deckt sich mit den Angaben der Interviewerinnen, die in der Abschlussrunde zur Durchführung der Befragung berichteten, dass Frauen oft erst auf erneutes Nachfragen mehr Angaben zu den gesundheitlichen Auswirkungen machten. Beim Betrachten der vorliegenden Angaben fällt darüber hinaus auf, dass mehr Frauen die psychischen Folgen detaillierter beschrieben als die körperlichen. Liegt die Gewalttat nicht länger als ein Jahr zurück, so erhöht sich der Anteil der Frauen, die die gesundheitlichen Folgen genauer beschreiben, geringfügig.

Art der direkten Verletzungen

Von den 93 Frauen, die körperliche Folgen angaben, beschrieben 36 (38,7%) die Art der direkten Verletzung. Nach der Häufigkeit der 52 Angaben überwiegen (s. Abbildung 8.6–14) Hämatome, Prellungen, Würgemale oder Schwellungen mit 44,2% (23) gefolgt mit 17,3% von allgemeinen, nicht weiter spezifizierten Verletzungen und Frakturen, Rupturen oder Knochenabsplitterungen (9), von Stich-, Schuss- oder Brandverletzungen (9,6%, 5), Abschürfungen oder Kratzwunden (7,7%, 4) sowie je einmal von Zahnverlust oder inneren Organverletzungen (1,9%).

24 Frauen berichteten von einer, neun von zwei und drei von drei Verletzungsarten.

Abbildung 8.6–14: Art der direkten Verletzungen von körperlicher und/oder sexueller Gewalt verursacht durch häusliche Gewalt in % der Angaben (52 Angaben)



Lage der direkten Verletzungen

30 (32%) der Frauen, die körperliche Folgen angegeben hatten, beschrieben die Lage der direkten Verletzung in insgesamt 42 Angaben (s. Abbildung 8.6–15): Überwiegend wurden Kopf/Gesicht mit 19% (8), Mund/Kiefer/Zähne mit 16,7% (7) in Mitleidenschaft gezogen. Auf den Rumpf (Brust/Bauch/Rücken) sowie die Gliedmaßen (Arme/Beine/Füße) fielen je 14,3% (6) der Antworten. Die Augen und Ohren waren zu je 9,5% (4), die Finger/Hand (-gelenk) zu 7,1% (3), die Nase zu 4,8% (2) betroffen. Von Verletzungen des Halses oder im Genitalbereich berichteten je eine Frau (2,4%). Zusammengefasst ergibt sich für Verletzungen im Kopfbereich ein Gesamtwert von 59,5%. Ob körperliche Gewalttätigkeiten tatsächlich vermehrt auf den Kopf abzielen, kann jedoch nicht mit Bestimmtheit gesagt werden. Es ist davon auszugehen, dass leichtere Verletzungen des Rumpfes oder der Gliedmaßen in der Erinnerung eher verblassen und folglich nicht genannt werden. Eine Verletzung im Kopfbereich hingegen ist deutlicher sichtbar, somit stigmatisierender und wird unter Umständen besser erinnert.

20 Frauen nannten eine, acht zwei und zwei drei Verletzungsstellen.

Abbildung 8.6–15: Lage der direkten Verletzungen von körperlicher und/oder sexueller Gewalt verursacht durch häusliche Gewalt in % der Angaben (42 Angaben)

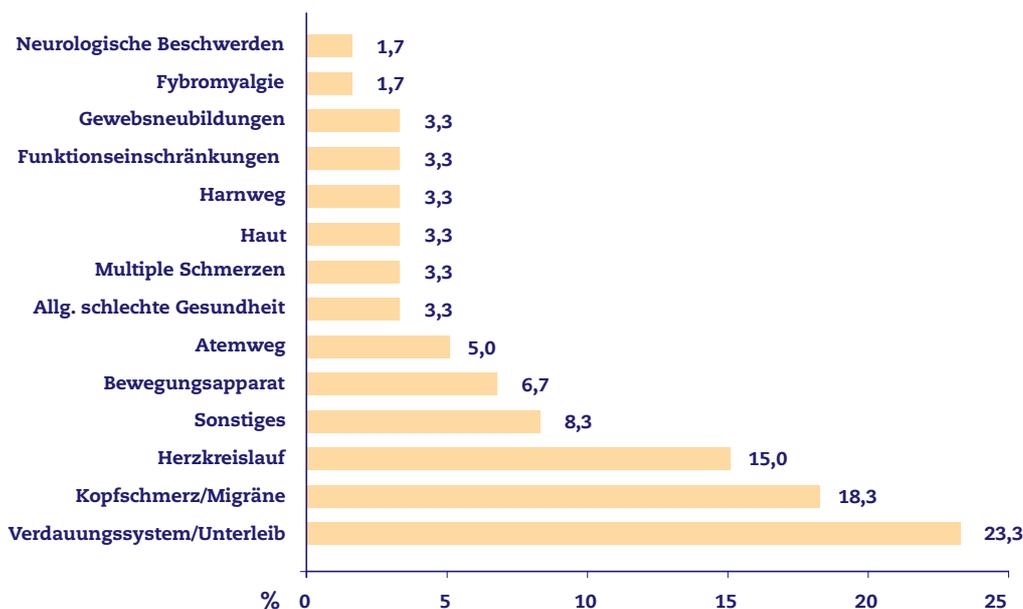


Schmerz- und Beschwerdesyndrome

41 Frauen (44%) nannten insgesamt 60 Schmerz- und Beschwerdesyndrome (s. Abbildung 8.6–16): Am häufigsten wurde von Kopfschmerzen und Migräne (18,3%, 11) berichtet, gefolgt von unspezifischen Magendarmbeschwerden/Erbrechen/Brechreiz sowie Herzkreislaufbeschwerden mit je 15% (9), sonstigen Beschwerden (8,3%, 5) und Schmerzen des Bewegungsapparates (6,7%, 4). Je drei Frauen (5%) berichteten von Atemwegsbeschwerden/Bronchialerkrankungen oder Diarrhøe/Reizdarm/Obstipation und je zwei (3,3%) von einem allgemein schlechten Gesundheitszustand, multiplen Schmerzen, Bauch- und Unterleibsschmerzen, Hauterkrankungen, Harnwegsinfektionen, dauerhaften Funktionseinschränkungen und Gewebsneubildungen. Einmalig (1,7%) genannt wurden Fybromyalgie und neurologische Beschwerden. Werden alljene Beschwerden zusammengefasst, die das Verdauungssystem und den Unterleib betreffen, so ergibt sich ein Wert von 23,3%.

25 Frauen beschrieben ein, 13 zwei und drei drei Beschwerdesyndrome.

Abbildung 8.6–16: Schmerz- und Beschwerdesyndrome nach körperlicher und/oder sexueller Gewalt verursacht durch häusliche Gewalt in % der Angaben (62 Angaben)



Folgen für die reproduktive Gesundheit

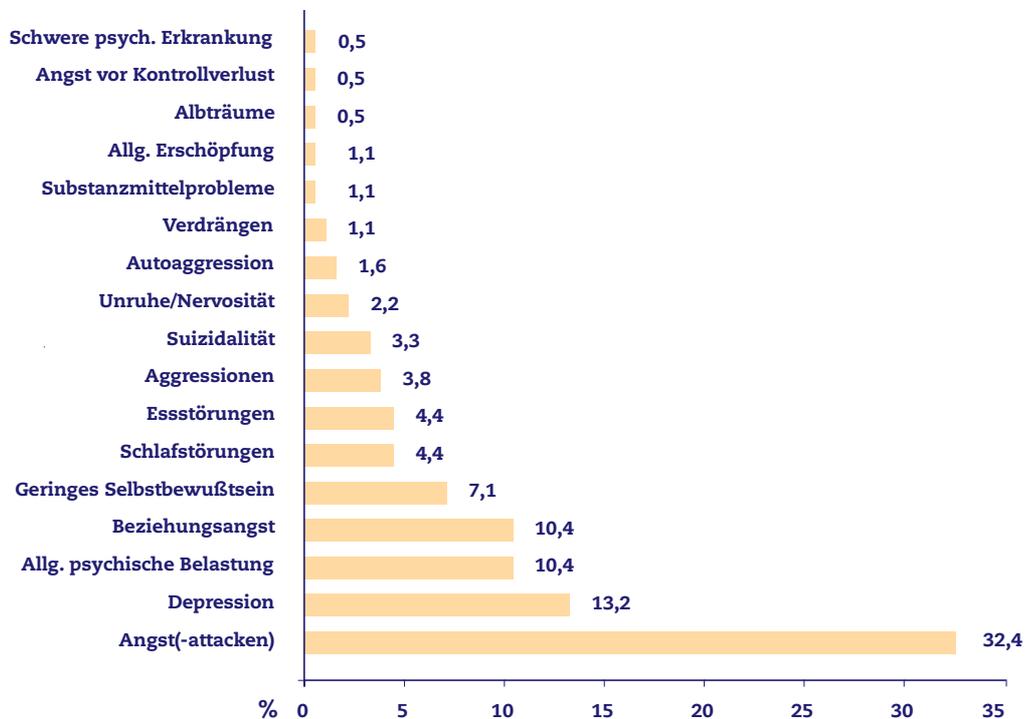
Hinsichtlich einer Beeinträchtigung der reproduktiven Gesundheit wurden von sechs Frauen sieben Angaben gemacht, demnach erlitten drei Frauen eine Fehl- oder Frühgeburt und je eine gab Schmerzen beim Geschlechtsverkehr, Vaginalinfektionen oder -blutungen, einen Schwangerschaftsabbruch bzw. eine Geschlechtskrankheit an. Fünf Frauen litten unter einer und eine unter zwei dieser Folgen.

Psychische und psychosomatische Folgen

Von den 138 Frauen, die psychische oder psychosomatische Folgen aufgrund von Gewalterfahrung nannten, beschrieben 103 Frauen in insgesamt 182 Angaben diese Folgen näher (s. Abbildung 8.6–17). Am häufigsten litten die Frauen unter Angst und Panik(-attacken) mit 22% (40) und Depressionen (13,2%, 24), gefolgt von allgemeiner, psychischer Belastung/Stress, Misstrauen/Ängstlichkeit/Vorsicht sowie Angst vor Beziehungen/Nähe/Selbst-Isolation mit je 10,4% (19) und geringem Selbstwertgefühl/-achtung (7,1%, 13). Von Schlafstörung oder Essstörungen/Appetitverlust/herbeigeführtem Erbrechen berichteten je acht Frauen (4,4%), sieben von Wut/Aggression (3,8%), sechs von Suizidversuchen (3,3%), vier von Unruhe/Nervosität/Konzentrationsschwäche (2,2), drei von selbstdestruktivem/autoaggressivem Verhalten (1,6%), je zwei von Verdrängen der Erinnerungen, Alkohol-/Drogen-/Medikamentenproblemen und allgemeinem Erschöpfungszustand (1,1%), je eine von schlimmen Erinnern/Alpträumen, Angst vor Kontrollverlust oder schweren psychischen Erkrankungen (0,5%). Unter Angst-/Panik(-attacken) und Misstrauen/Ängstlichkeit litten demnach 59, d.h. knapp zwei Drittel der Frauen, zusammengenommen ergibt sich ein Wert von 32,4% der Angaben.

46 Frauen nannten eine, 35 zwei und 22 drei psychische Folgen.

Abbildung 8.6–17: Psychische Folgen von körperlicher und/oder sexueller Gewalt verursacht durch häusliche Gewalt in % der Angaben (182 Angaben)



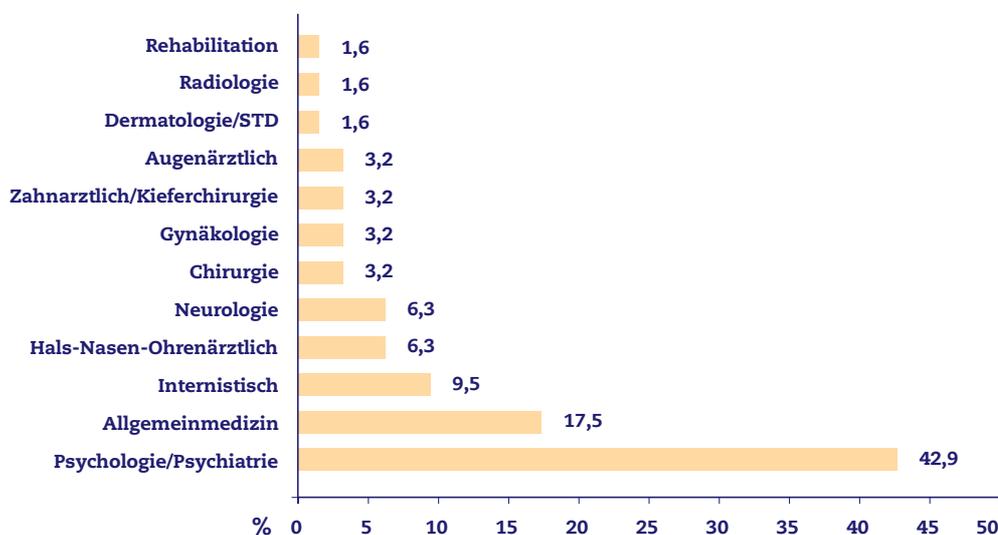
8.6.10.2 Inanspruchnahme medizinischer oder therapeutischer Behandlung

Von den 145 Frauen, die von Auswirkungen auf ihre Gesundheit berichteten, ließen sich 76 Frauen (52,4%) gesundheitlich versorgen. Nach den Mehrfachantworten suchten 34 der Frauen (23,5%) eine Notfallambulanz und 51 (35,2%) eine niedergelassene Praxis auf. 15 (10,3%) wurden stationär behandelt. Neun Frauen (6,2%) wurden sowohl in der Ersten Hilfe als auch stationär versorgt, zwölf (8,3%)

in der Ersten Hilfe sowie in einer niedergelassenen Praxis und acht (5,5%) nicht nur stationär sondern auch in einer niedergelassenen Praxis. Elf Frauen nahmen zwei und sechs nahmen alle drei Versorgungsmöglichkeiten in Anspruch.

Von den Frauen, die eine gesundheitliche Versorgung in Anspruch nahmen, wurden von 55 Frauen folgende Fachrichtungen benannt (s. Abbildung 8.6–18): Es wurde 27mal (42,9%) eine psychologische oder psychiatrische, elfmal (17,5%) eine allgemeinmedizinische, sechsmal (9,5%) eine internistische, je viermal (6,3%) eine Hals-Nasen-Ohren-ärztliche bzw. neurologische, je zweimal (3,2%) eine chirurgische, gynäkologische, zahnärztliche/kieferchirurgische oder augenärztliche, je einmal (1,6%) die Fachrichtung Haut-/Geschlechtskrankheit sowie Röntgen. Eine Frau nannte eine Rehabilitationsmaßnahme. Drei Frauen suchten Ärzte/innen zwei verschiedener Fachrichtungen auf, je eine drei bzw. vier Ärzte/innen.

Abbildung 8.6–18: In Anspruch genommene Fachrichtungen nach häuslicher Gewalt in % der Angaben (Mehrfachantworten, 63 Angaben)

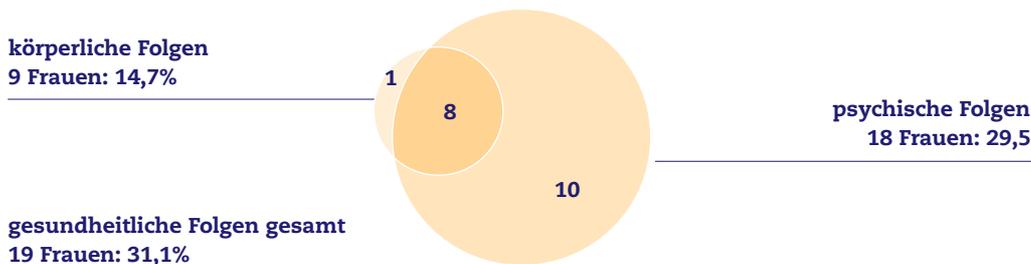


8.6.10.3 Emotionale Gewalt in der Partnerschaft und gesundheitliche Folgen

Um die gesundheitlichen Auswirkungen von emotionaler Gewalt genau beschreiben zu können, werden im Folgenden nur jene Frauen betrachtet, die neben der emotionalen Gewalt weder körperliche noch sexuelle Gewalterfahrung angaben (n=61).

Gesundheitliche Folgen nannten 19 der insgesamt 61 Frauen (31,1%): acht (13,1%) berichteten sowohl von körperlichen als auch psychischen Auswirkungen, eine Frau (1,6%) nannte nur körperliche und zehn Frauen (16,4%) nur psychische Folgen.

Abbildung 8.6–19: Gesundheitliche Folgen von ausschließlich emotionaler Gewalt in der Partnerschaft (n=61)



Es liegen keine Angaben zur Art oder Lage von direkten Verletzungen vor, was auf die rein emotionalen Gewalterfahrungen zurückzuführen ist.

Schmerz- und Beschwerdesyndrome

Von den neun Frauen, die körperliche Folgen angaben, beschrieben sieben in elf Angaben ihre Beschwerden: je zwei nannten Kopfschmerzen/Migräne oder Schmerzen des Bewegungsapparates, je eine einen allgemein schlechten Gesundheitszustand, unspezifische Bauch- oder Unterleibsschmerzen, Herzkreislauf-, Atemwegs-/Bronchialerkrankung, unspezifische Magendarmbeschwerden, Gewebsneubildungen oder Sonstiges.

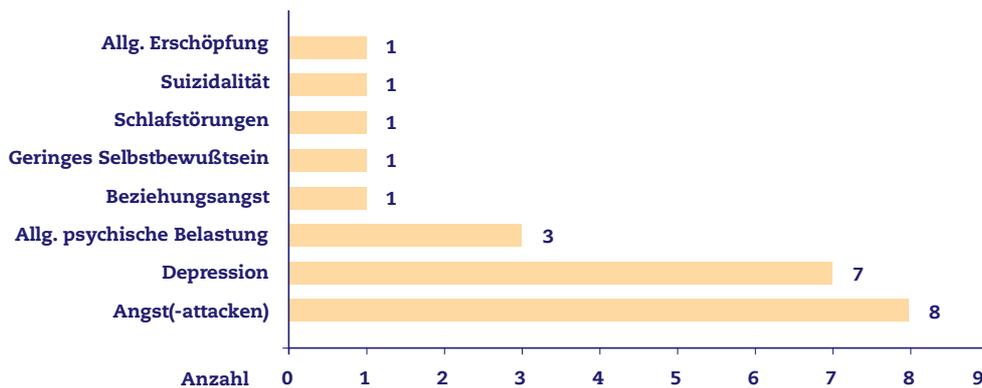
Je eine Beschwerde gaben fünf Frauen an, zwei zählten drei auf.

Psychische Folgen

Von den 18 Frauen, die psychische Folgen nannten, machten 14 Frauen 23 nähere Angaben, die sich wie folgt verteilen: siebenmal (30,4%) wurde von Depressionen berichtet, fünfmal (21,7%) von Angst und Panik (-attacken) und zu je dreimal (13,0%) von allgemeiner psychischer Belastung oder Stress sowie Misstrauen oder Ängstlichkeit, je einmal (4,3%) von Beziehungs- oder Näheangst, geringes oder negatives Selbstwertgefühl, Suizidalität, Schlafstörungen und Erschöpfungszustand.

Sieben der Frauen berichteten von einer psychischen Folgen, fünf von zweien und zwei von dreien.

Abbildung 8.6–20: Psychische Folgen von ausschließlich emotionaler Gewalt in der Partnerschaft (23 Angaben)



Inanspruchnahme von medizinischer oder therapeutischer Behandlung

Sechs Frauen suchten achtmal eine Behandlungseinrichtung auf. Je eine wurde ambulant bzw. stationär im Krankenhaus behandelt, sechs suchten eine niedergelassene Praxis auf: dreimal eine psychiatrische, zweimal eine allgemeinmedizinische, je einmal eine internistische, neurologische, orthopädische sowie kardiologische.

Fünf Frauen nahmen jeweils eine der drei Einrichtungen in Anspruch, eine Frau wurde sowohl in der Ersten Hilfe als auch stationär und in einer niedergelassenen Praxis behandelt.

Von den sechs Frauen, die eine Praxis aufsuchten, wandte sich eine an zwei verschiedene Fachrichtungen und eine andere an drei.

8.6.11 Unterstützungsangebote in der gesundheitlichen Versorgung aus Sicht der Frauen

8.6.11.1 Ärzte/innen als Ansprechpersonen

Für 67% (531) der Frauen (n=792) wären Ärzte/innen im Fall von erlebter Gewalt Ansprechpersonen. 19,6% (155) der Frauen beantworteten die Frage mit nein, bei 14 Frauen (1,8%) wäre es abhängig von dem Arzt/der Ärztin. 88 Frauen (11,1%) wissen es nicht und vier machten keine Angaben. Werden die Gewalterfahrungen in diesem Kontext berücksichtigt, so sind bis auf eine Ausnahme keine größeren Unterschiede sichtbar. Für Frauen, die im vorangegangenen Jahr sexuelle Gewalt erlebten, sind Ärzte/innen nur zu 62,5% (5) Ansprechpersonen. In Relation zur Altersklasse zeigt sich ein ständiger Anstieg. Sind es in der Altersgruppe der unter 20-jährigen nur 60,3% so erhöht sich der Wert kontinuierlich bis auf 75% bei den 51- bis 60-jährigen.

8.6.11.2 Erfragen von Gewalterfahrung

Es wurde gefragt, ob die Studienteilnehmerinnen jemals von ihrem Arzt/ihrer Ärztin nach erlebter Gewalt gefragt wurden. Von 775 Frauen sind 91,5% (709) nie und nur 58 (7,5%) sind danach gefragt worden. Diese 58 verteilen sich je zur Hälfte auf Frauen ohne und mit Gewalterfahrung. In Relation zur Größe der Gruppen wurden demnach 5% der Frauen ohne und 14,6% mit körperlicher Gewalterfahrung gefragt. Nur geringfügig weichen die Zahlen für sexuelle oder emotionale Gewalt ab. Lagen körperliche wie sexuelle Gewalt vor, so sind 17,1% der betroffenen Frauen jemals von einem Arzt/einer Ärztin gefragt worden. Keine der Frauen, die von sexueller Gewalt in den letzten zwölf Monaten berichteten, bejahte die Frage. In Relation zum Alter lässt sich hier eine umgekehrte Häufigkeit feststellen. Je jünger die befragten Frauen sind, desto häufiger geben sie an, bereits jemals befragt worden zu sein. Der beobachtete Wert fällt von 12,3% bei den unter 20-jährigen auf 6,8% bei den älteren Frauen.

Von allen Befragten (n=766) hätten sich 32,1% (246) der Frauen ein Nachfragen gewünscht. Die Zahl erhöht sich auf 41,3% (43) bei erlebter sexueller und 44,4% (87) bei körperlicher oder emotionaler Gewalt. Ein höherer Wert zeigt sich bei Frauen, die sexuelle Gewalt innerhalb des vergangenen Jahres erlitten. Bei Berücksichtigung des Alters kann kein eindeutiger Trend festgestellt werden: am häufigsten hätten es sich die Frauen zwischen 41 und 50 Jahren (36,3%) gewünscht, gefolgt von den unter 20 sowie den zwischen 21 und 30. Die 51- bis 60-jährigen hätten es sich nur zu 28,3% gewünscht.

8.6.11.3 Offenlegung der Gewalterfahrung

Über ihre Erfahrungen würden 44% (346) der Befragten (n=786) von sich aus erzählen, 24,9% (196) vielleicht, 28,6% (225) würden es nicht und 15 Frauen (1,9%) machen es von dem Arzt/der Ärztin abhängig. Hier zeigen sich zwischen den Frauen mit oder ohne Gewalterfahrung größere Differenzen (ca. 10%): im Vergleich sagen weniger gewaltbetroffene Frauen, dass sie von sich aus über dieses Thema sprechen würden. Eine Ausnahme bildet wieder die Gruppe der Frauen, die im letzten Jahr sexuelle Gewalt erlebten, vier der acht Frauen würden von sich aus über das Erlebte sprechen. Bei Berücksichtigung des Alters fällt auf, dass je älter die befragten Frauen sind, desto häufiger würden sie von sich aus von potentiellen Gewalterfahrungen sprechen.

Nur bei direkter Nachfrage würden 41,6% (319) der Frauen (n=767) von ihren Erfahrungen berichten. Auch hier differieren die Zahlen bei Berücksichtigung erlebter Gewalt: der Anteil der Frauen, die nur bei direktem Nachfragen von dem Erlebten erzählen würden, ist um ca. 10% bei Gewaltbetroffenen größer, d.h. Frauen mit Gewalterfahrung wünschen sich eher ein Nachfragen. Eine Ausnahme bilden die Frauen, die im letzten Monat körperlichen Angriffen ausgesetzt waren, sie sagen von sich, dass sie ohne direkte Nachfrage von ihren Erfahrungen sprechen würden. Wird das Alter in die Analyse einbezogen, so zeigt sich hier, dass der Anteil der Frauen, die sich ein direktes Nachfragen wünschen, unter den Älteren geringer ist.

8.6.11.4 Gewalterfahrung als Teil der Anamnese

Die allgemeine Anamnese

63,9% (503) der Befragten (n=787) denken, dass bei einer allgemeinen Anamnese generell nach erlebter Gewalt gefragt werden sollte. Dieser Wert erhöht sich auf 68,3% bei körperlicher und 69,2% bei emotionaler Gewalterfahrung. Hingegen sind nur vier der acht Frauen, die im letzten Jahr sexuelle Gewalt erlebten, dafür. In Relation zum Alter ergibt sich folgendes Bild: die unter 20-jährigen befürworten eine Frage zu Gewalterfahrung im Rahmen der Anamnese am wenigsten, gefolgt von der Altersklasse zwischen 41- und 50, 31 und 40 sowie 21 bis 30. Mit 70,7% liegt der Wert bei den Frauen zwischen 51 und 60 Jahren am höchsten.

43 (5,5%) Frauen befürworten ein Nachfragen unter bestimmten Voraussetzungen, z.B. bei Verdacht, bestimmten Verletzungen oder innerhalb ausgewählter ärztlicher Fachrichtungen. Liegt Gewalterfahrung vor, so verringert sich die Rate geringfügig.

Von allen Studienteilnehmerinnen sind nur 18,7% (147) nicht der Meinung, dass generell danach gefragt werden sollte und 86 Frauen (10,9%) können dazu keine Aussagen machen.

Routinebefragung bei der Erste-Hilfe-Anamnese

Auf die Frage, wie sie zu einer Routinebefragung zu Gewalterfahrung im Rahmen der Erste-Hilfe-Anamnese unabhängig von den Verletzungen oder Beschwerden stehen würden, antworteten 39% (302) der Befragten (n=775), dass sie es prinzipiell wichtig finden, 38,6% (299) der Frauen wäre es zwar unangenehm, sie finden es dennoch wichtig (s. Abbildung 8.6–21). Zusammengenommen befürworten also knapp 80% der Frauen eine Routinebefragung auf der Ersten Hilfe. In Relation zu erlebter Gewalt erhöhen sich diese Werte auf bis zu 86% bei erlebter körperlicher, sexueller und emotionaler Gewalt. Von sexueller Gewalt Betroffene sind in ihrer generellen Befürwortung einer Routinebefragung vorsichtiger: 79% der Frauen, die jemals in ihrem Leben und fünf der acht Frauen, die im vergangenen Jahr sexuellen Gewalthandlungen ausgesetzt waren, würden eine Routinebefragung auf der Ersten Hilfe begrüßen. Erfahrungen zeigen, dass bei vorliegender sexueller Gewalt eine höhere Sensibilität im Umgang mit den betroffenen Frauen nötig ist. Eine Gefahr der Retraumatisierung ist in diesem Fall weitaus größer.

Wird das Alter der Frauen mit einbezogen, so zeigt sich, dass der Grad der Befürwortung mit dem Alter kontinuierlich ansteigt bis zur Gruppe der 41- bis 50-jährigen und bei den älteren wieder ein wenig sinkt.

Als unnötig empfinden es nur 88 der Frauen (11,4%) und im Schnitt ca. 4,6% der Gewaltbetroffenen. Keine Meinung zu dieser Frage haben 47 Frauen (6,1%). Bei Berücksichtigung von Gewalterfahrung differieren die Zahlen um etwa ein Prozent.

Abbildung 8.6–21: „Wie würden Sie es finden, wenn Sie unabhängig von Ihren Verletzungen oder Beschwerden in der Notfallambulanz/Ersten Hilfe nach körperlicher und sexueller Gewalterfahrung gefragt werden? Finden Sie es...?“ in % (n=775)



8.6.11.5 Erwartungen an die Ansprechperson

Danach gefragt, welche Kriterien den Frauen am wichtigsten wären, wenn sie im Rahmen der medizinischen Versorgung über ihre Erfahrungen sprechen würden (s. Abbildung 8.6–22), zeigen 429 Antworten, dass die Hälfte (51%, n=755) eine verständnisvolle Person wünscht. Bei Berücksichtigung

von Gewalterfahrung erhöhen sich die Werte geringfügig auf etwa 55%. Verständnis ist den von emotionaler Gewalt betroffenen Frauen mit 92,2% am wichtigsten. Im Vergleich ist der jüngsten und der ältesten Altersgruppe eine verständnisvolle Person am wichtigsten.

Eine Gesprächspartnerin wird von 277 Frauen (32,9%) favorisiert. Die Zahlen weichen bei Gewaltbetroffenen kaum ab. Eine Ausnahme bilden die von sexueller Gewalt betroffenen Frauen: Eine weibliche Person als Gesprächspartnerin wünschten sich 36,1% der Frauen, die jemals in ihrem Leben nach dem 16. Lebensjahr sexuellen Gewalthandlungen ausgesetzt gewesen waren, und fünf der acht Frauen, bei denen es keine zwölf Monaten zurück lag. Auch bei denjenigen, bei denen körperliche Angriffe im vorangegangenen Monat erfolgten sind es 45,5% (10). Es ist anzunehmen, dass sich die Sensibilität des Themas sexuelle Gewalt in dem Antwortverhalten widerspiegelt. Weiter zeigt sich, dass den Frauen mittleren Alters eine weibliche Person am wichtigsten wäre.

Von allen Befragten wünschen sich 87 Frauen (10,3%) einen Arzt/eine Ärztin als Gesprächsperson. Von Gewalt betroffene Frauen unterschreiten diese Zahl um ein bis zwei Prozent. Auch hier bilden die von sexueller Gewalt innerhalb des letzten Jahres Betroffenen wieder eine Ausnahme: zwei der acht Frauen wünschen sich eine ärztliche Ansprechperson. Ältere Frauen legen mehr Wert auf einen Arzt/eine Ärztin als jüngere.

In 49 Fällen (5,8%) wurde geantwortet, dass die Person keinen besonderen Kriterien entsprechen müsste. Geringfügig wird hier die Quote von den Frauen mit körperlicher Gewalt überschritten. In Bezug auf das Alter ergibt sich, dass für nur eine der unter 20-jährigen (1,8%) aber für 14 der 41- bis 50-jährigen (10,6%) sowohl das Geschlecht als auch die Qualifikation der Gesprächsperson irrelevant wären.

Abbildung 8.6–22: „Mit wem würden Sie am ehesten über körperliche und sexuelle Gewalterfahrung sprechen?“ in % (n=775)



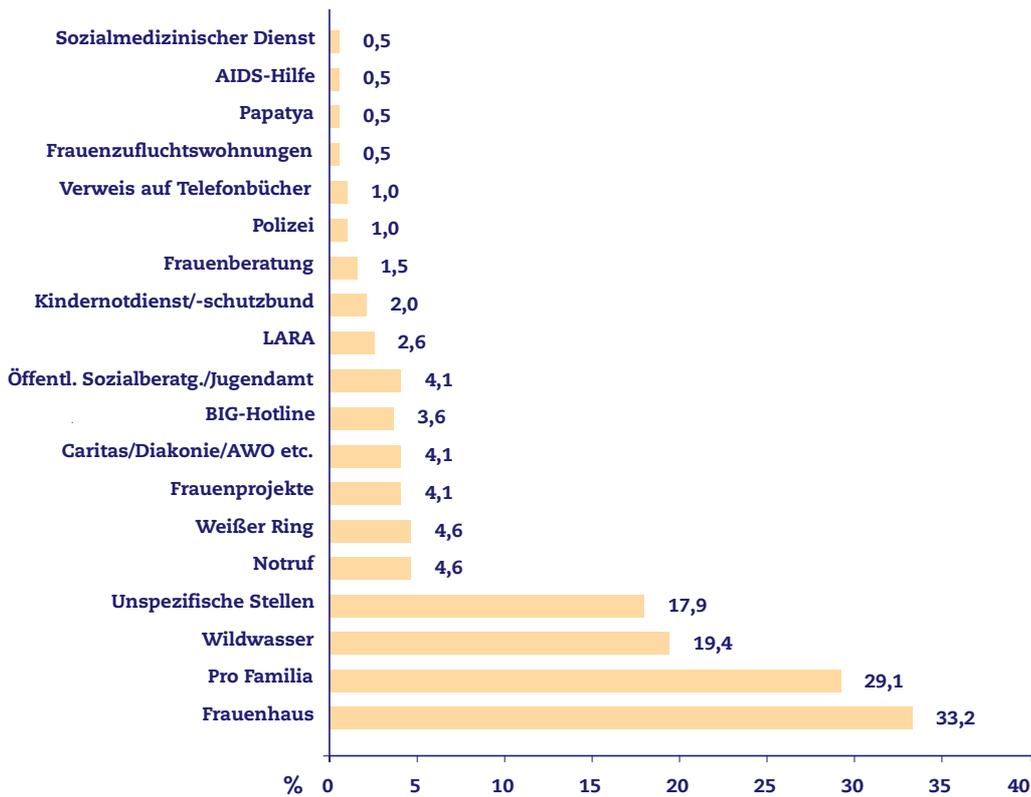
8.6.11.6 Bekanntheit von S.I.G.N.A.L. und anderen Unterstützungsangeboten

Alle an der Untersuchung teilnehmenden Patientinnen wurden gefragt, ob sie von S.I.G.N.A.L. gehört hätten und wenn ja, ob ihr Aufsuchen der Ersten Hilfe im Zusammenhang mit den Unterstützungsangeboten im UKBF zusammenhängen würde. Mit dieser Frage war beabsichtigt, mögliche Verzerrungseffekte bei der Ermittlung der Prävalenz innerhalb der Studienpopulation feststellen zu können. Von 788 Frauen hatten 101 (12,8%) von S.I.G.N.A.L. gehört und zwei gaben an, deshalb gekommen zu sein. Beide berichten jedoch weder von akuter noch von Gewalterfahrung innerhalb der vergangenen zwölf Monate, so dass diese Angabe u. U. auf ein Verständnisproblem oder ein Missverständnis zurückzuführen ist.

Im Anschluss wurden alle Teilnehmenden (n=788) zu ihrem Informationsstand bezüglich anderer Beratungs- oder Unterstützungsangebote befragt. 200 Frauen (25,4%) sagten, sie wüssten von Unterstützungsprojekten, 196 nannten diese Stellen mit Namen. Davon gehört hatten 208 Frauen (26,4%) und 379 Befragten (48,1%) ist ein solches Angebot nicht bekannt. Im Folgenden sind die angegebenen Projekte und Stellen nach der Häufigkeit ihrer Nennung aufgelistet. Auffallend ist, dass Pro Familia am zweithäufigsten genannt wurde. Nach dem eigenen Profil liegt der Aufgabenbereich von Pro Familia jedoch nicht in diesem Bereich.

Zusammengenommen wurden zu 68,5% Frauenprojekte genannt. Frauen, die von häuslicher Gewalt betroffen sind, kennen geringfügig (um 3%) mehr Beratungsstellen.

Abbildung 8.6–23: Bekanntheit von Unterstützungsprojekten/Beratungsstellen in % der Angaben (n=196, 264 Angaben)



8.6.12 Zusammenfassung

Gewalterfahrung

Für häusliche Gewalt nach dem 16. Lebensjahr wurden eine Lebenszeitprävalenz von 36,6%, eine Ein-Jahres-Prävalenz von 4,5%, eine Ein-Monats-Prävalenz von 2,5% und eine Akut-Prävalenz von 0,7% ermittelt. Hinsichtlich der Prävalenzen zeigt sich, dass die betroffenen Frauen jünger sind, wenn die Gewalthandlung kürzer zurück liegt. Bei der Akut-Prävalenz sind die Frauen im Schnitt unter 25 Jahre und bei der Ein-Jahres- bzw. Ein-Monats-Prävalenz unter 30 Jahre.

Im Vergleich zur allgemeinen Gewalterfahrung wurde deutlich, dass Frauen, die von häuslicher Gewalt betroffen sind, zu einem größeren Anteil von mindestens zwei oder drei Gewaltformen (körperlicher, sexueller oder emotionaler Gewalt) berichteten, d.h. Opfer eines Misshandlungssystems sind.

Sowohl bei Gewalt durch den Partner als auch bei häuslicher Gewalt handelt es sich überwiegend nicht um einmalige Gewalthandlungen. Zwei Drittel (sexuelle Gewalt) bis drei Viertel (körperliche Gewalt) der betroffenen Frauen berichteten über häufige oder mehrmalige Gewalttaten.

Zu einem Viertel wurden bei der körperlichen Gewalt Gegenstände oder Waffen eingesetzt, bei mehr als der Hälfte dieser Fälle handelte es sich um Schlag-, Stich- oder Schusswaffen.

Verletzungen und Beschwerden als Folge der Gewalthandlungen

Überwiegend sind leichte Verletzungen die Folge von körperlichen oder sexuellen Gewalthandlungen, aber fast jede zehnte betroffene Frau nannte schwerere Traumata wie Stich-/Schuss- oder Brandwunden. Zwei Drittel der Frauen, die von gesundheitlichen Auswirkungen berichteten, wurden im Bereich des Kopfes verletzt. Als Beschwerde aufgrund der Gewalterfahrung nannte knapp ein Fünftel der Frauen Kopfschmerzen, eine von vier Unterleibsschmerzen und drei von zwanzig Herzkreislaufbeschwerden. Zwei Drittel der Frauen berichtete von Angstzuständen. Knapp ein Viertel leidet unter Depressionen und ca. jede achte unter einem geringen Selbstwertgefühl. Fast jede elfte berichtete von Selbstverletzungen oder Suizidversuchen.

Mehr als die Hälfte der Frauen, die gesundheitlichen Folgen nannten, ließ sich medizinisch versorgen: Knapp ein Viertel suchte eine Notfallambulanz und mehr als ein Drittel eine niedergelassene Praxis auf, jede zehnte wurde stationär behandelt. Jede zwölfte wandte sich an mindestens zwei Versorgungseinrichtungen. Die Mehrzahl der Frauen suchte psychologische oder psychiatrische Hilfe. Hier zeigt sich die hohe psychische Belastung der Gewalterfahrung.

Frauen, die ausschließlich von emotionaler Gewalt berichteten, zeigten vergleichbare Angaben für die Beschwerdesymptome und psychischen Folgen. Auch sie leiden am häufigsten unter Kopfschmerzen sowie unter Angst und Depressionen.

Subjektive Einstellung zu Unterstützungsangeboten in der medizinischen Versorgung

Für knapp sieben von zehn Frauen wären Ärzte/innen im Fall von Gewalterfahrung Ansprechpersonen, aber nur acht von 100 sind jemals von Ärzten/innen danach gefragt worden und vier von zehn gewaltbetroffenen Frauen hätte es sich gewünscht. Zwei Fünftel aller Frauen würde nur bei direktem Nachfragen von erlittener Gewalt berichten.

Mehr als zwei Drittel der Befragten und sieben von zehn Gewaltbetroffenen befürworten generell eine Routinebefragung nach Gewalterfahrung im Anamnesegespräch. Bezogen auf die Anamnese in der Ersten Hilfe/Notfallambulanz erhöht sich der Anteil der Frauen. Acht von zehn Frauen halten eine solche Frage für wichtig, auch wenn sie z.T. als unangenehm empfunden wird.

Bei der Frage nach den charakteristischen Merkmalen einer potentiellen Gesprächsperson wird von allen Befragten mehrheitlich „verständnisvoll“ angegeben. Das Geschlecht spielt nur bei einem Drittel der Frauen eine Rolle.

Nur ein Viertel der Befragten ist über das Beratungs- und Unterstützungsangebot im Fall von Gewalterfahrung informiert. Gleich hoch ist der Anteil der Frauen, denen Hilfsangebote vom Hören bekannt waren. Knapp die Hälfte aller befragten Frauen war nicht über diese Angebote informiert.

8.7 Methodendiskussion

Sowohl die Befragung selbst wie ihre Durchführung kann positiv bewertet werden. So zeigt die hohe Responserate die Bereitschaft der Patientinnen, sich befragen zu lassen. Weiter ist es gelungen, alle Patientinnen (1557), die im Erhebungszeitraum die Erste Hilfe aufsuchten zu erfassen: entweder wurden sie befragt (806) oder die Gründe ihrer Nichtteilnahme mittels der Nonresponderbögen (751) festgehalten.

Generell stieß die Befragung bei allen Beteiligten auf eine positive Resonanz. So zeigte sich bei den Erste Hilfe-Mitarbeiter/innen des UKBF trotz anfänglicher Skepsis gegenüber der Durchführbarkeit einer Befragung aller Patientinnen der Ersten Hilfe/Aufnahmestation im Verlauf der Erhebung eine zunehmend positive Einstellung und eine größere Kooperationsbereitschaft. Darüber hinaus berichteten die Pflegenden dieser Stationen, dass durch die Studie ihr Interesse für die Gewaltproblematik aktualisiert und die Relevanz des Themas wieder deutlicher wurde. Gleichzeitig fühlten sie sich in ihrer Verantwortung für Frauen, die aufgrund akuter Gewalthandlungen die Erste Hilfe aufsuchten, durch die Interviewerinnen entlastet.

Auch die angesprochenen Patientinnen reagierten mehrheitlich positiv. Viele betonten im Anschluss an das Interview, wie wichtig die Thematik und eine Befragung dieser Art sei. Einige wünschten dem S.I.G.N.A.L.-Projekt viel Glück bei seiner Arbeit. Gleichzeitig konnte mit der Studie der Bekanntheitsgrad allgemein von Beratungs- und Unterstützungsangeboten in Berlin sowie von S.I.G.N.A.L. mittels der Notfallkarten erhöht werden. Das heißt, die Untersuchung kann auch als eine Form der externen Öffentlichkeitsarbeit gewertet werden. Darüber hinaus konnte ganz konkret einigen betroffenen Frauen im Anschluss an das Interview geholfen werden, indem Beratungen durchgeführt oder vermittelt wurden.

Die ausgewählten Interviewerinnen erwiesen sich sowohl im Umgang mit den Patientinnen als auch mit dem Pflegepersonal als einfühlsam. In der Regel gab es eine gute Zusammenarbeit und die Interviewerinnen wurden vom Personal unterstützt. Eine kompetente Beratung oder Weitervermittlung betroffener Patientinnen wurde von den Interviewerinnen bei Bedarf eingeleitet. Hier zeigt sich, dass die bei der Auswahl der Interviewerinnen berücksichtigten beruflichen Erfahrungen mit der Problematik sowie ihr Alter nicht unerheblich für das Gelingen der Studie waren.

Auch das eingesetzte Erhebungsinstrument kann unter den Rahmenbedingungen einer Befragung in der Ersten Hilfe als adäquat betrachtet werden. Schwächen zeigen sich jedoch bei folgenden Sachverhalten: Angesichts des Antwortverhaltens der Befragten zu den potentiellen Gesundheitsfolgen hätten detailliertere und anregendere Fragen in Form von genauen Vorgaben sicher präzisere Ergebnisse gebracht. Jedoch hätte eine derartige Befragung mehr Zeit in Anspruch genommen und wäre unter Umständen nicht in mündlicher Form möglich gewesen. Auch der Ermittlung der sozialen Lebenslage hätte das Hinzufügen von mehr Fragen zu den demografischen Faktoren genützt. Es zeigte sich aber auch während der Interviews, dass einigen Frauen die wenigen gestellten Fragen bereits zu weit gingen und die Antwort z.T. verweigert wurde. Da die durchgeführte Studie jedoch hauptsächlich der Ermittlung von Prävalenzen dienen sollte, sind die genannten und auf die spezifische Befragungssituation zurückzuführenden Schwachstellen hinnehmbar.

Diese erste größere Prävalenzuntersuchung in einer Ersten Hilfe/Notaufnahme in Deutschland ist gelungen und zur Auswertung liegt ein umfangreiches, differenziertes Datenmaterial vor.

Um das aktuelle Forschungsdefizit hierzulande zu diesem Problemkomplex in differenzierterer Form zu verringern, sind weitere Untersuchungen nötig. Andere Befragungssettings und Studienpopulationen (wie z.B. in Krankenhäusern mit einem anderen Patientenkontext, während der stationären Behandlung oder in niedergelassenen Praxen) oder ein anderes Erhebungsinstrument (wie eine anonyme, umfangreichere, schriftliche Befragung) sind sicher für Fragen zur genaueren Ermittlung von z.B. Risikofaktoren, Gesundheitsfolgen oder ausführlicheren demografischen Angaben geeigneter. Mit dieser Studie wurde ein erster Schritt unternommen, auf den aufgebaut werden kann.

8.8 Diskussion der Ergebnisse

Die ermittelten Prävalenzen sind nicht ohne genauere Prüfung mit denen aus den vorliegenden internationalen Studien zu vergleichen. Dennoch liegen die Prävalenzwerte mit 36,6% für die Lebenszeit von häuslicher Gewalt und 1,5% für die Akut-Prävalenz in einem ähnlichen Größenrahmen.

Es kann jedoch von einer Unterschätzung ausgegangen werden. Zum einen wurden fünf Frauen, die wegen ihrer psychischen Belastung aufgrund akuter Gewalthandlungen nicht an der Befragung teilnehmen wollten, nicht berücksichtigt. Zum anderen ist anzunehmen, dass sich auch unter den verbleibenden Frauen, die aus anderen subjektiven oder objektiven Gründen nicht interviewt werden konnten, sowohl akut als auch nicht akut gewaltbetroffene Frauen befinden. Zum Teil wurden von den Interviewerinnen entsprechende Eindrücke als schriftlicher Kommentar festgehalten. In einigen Fällen berichteten sie von einer aggressiven Einmischung und Ablehnung durch die männliche Begleitperson, so dass hier zumindest eine Form von emotionaler Gewalt vermutet werden kann. Einige Frauen brachen die Befragung ohne weiteren Kommentar bei der Einleitung zum Fragenkomplex der Gewalterfahrung ab, auch bei diesen liegt der Verdacht der Gewalterfahrung nahe. Auf Grundlage der internationalen Forschungsergebnisse zu den psychischen Folgen (vgl. Teil A: Kap. 3) von Gewalt ist weiter anzunehmen, dass sich unter den nichtbefragten Patientinnen mit autoaggressivem Verhalten, Suizidversuchen oder schwereren psychischen Störungen Betroffene zu finden sind.

Die Prävalenzergebnisse können unter Berücksichtigung des spezifischen Einzugsbereichs des UKBF nur bedingt verallgemeinert werden. Das Klinikum liegt in einem Berliner Stadtteil, der von einer hauptsächlich mittelständigen Bevölkerung im mittleren bis höheren Alter und mit vornehmlich deutsch-kultureller Herkunft bewohnt wird (Hermann/Meinlschmidt 1997). Ein Selektionsbias kann hier vermutet werden. Internationale Studien weisen darauf hin, dass ein jüngeres Alter, Kindern im erziehungspflichtigen Alter und ein unteres Familieneinkommen zu einer größeren psychosozialen Belastung führt, die das Risiko für Gewalterleben erhöht (Krug/Dahlberg et al. 2002). So zeigt eine

Untersuchung zur Inanspruchnahme von klinischen Notfallambulanzen in drei ausgewählten Berliner Bezirken (Wedding, Kreuzberg und Neukölln) eine höhere Akut-Prävalenz von Gewalt (Borde/Braun et al. 2003). Diese Stadtteile weisen eine Bevölkerungszusammensetzung auf, die z.B. geprägt ist von einem höheren Anteil von Familien mit einem unteren Einkommen, Personen mit einem Volks- oder Hauptschulabschluss bzw. ohne berufliche Ausbildung sowie mit Migrationshintergrund (Hermann/Meinschmidt 1997). Im Rahmen dieser Studie wurden Patienten/innen, die die Rettungsstellen aufsuchten, unter anderem gefragt, ob ihre Beschwerden im Zusammenhang mit einer Gewalterfahrung stehen. Es wurde eine Prävalenz von 7,0% für alle Frauen gleich welcher Herkunft gefunden: für Frauen deutscher Herkunft unter 30 Jahren lag der Anteil bei 5,4% und für Frauen türkisch/kurdischer Herkunft im gleichen Alter bei 15,1%. Kontext oder Verursacher der Gewalthandlungen wurden nicht berücksichtigt, so dass diese Ergebnisse nur bedingt gegenüber zu stellen sind. Der Vergleich dieser Prävalenzen legt jedoch den Schluss nahe, dass die im UKBF ermittelten Werte eine untere Schätzung darstellen.

Eine Analyse der Assoziation mit den ermittelten demografischen Faktoren steht bisher noch aus. Angesichts der sich im UKBF präsentierenden Bevölkerungsstruktur wäre eine weitere, vergleichbare Erhebung in einer Ersten Hilfe eines Bezirks mit einer anderen Populationsstruktur sicher aufschlussreich.

Auch wenn sich die Akut-Prävalenz als relativ niedrig erweist, zeigen sowohl die hohen Werte für die Lebenszeit als auch die von den betroffenen Frauen selbst assoziierten gesundheitlichen Folgen zum einen das große Ausmaß von erlebter Gewalt sowie die langfristigen Konsequenzen.

Gesundheitliche Folgen und Interventionsmöglichkeiten

Die mehrheitliche Inanspruchnahme von psychologischer oder psychiatrischer Behandlung deutet auf die hohe psychische Belastung der Gewalterfahrung. Der Versorgungsbedarf für gewalttraumatisierte Frauen findet hierzulande bislang zu wenig Berücksichtigung. In einem Berliner Experten/innen/gespräch zu dieser Problematik im Juli 2003 wurde für die Stadt der Handlungsbedarf benannt.

Nach dem WHO-Bericht potenzieren sich die gesundheitlichen Auswirkungen mit der Dauer und der Multiplizität von Gewalterfahrung. Das heißt, dass selbst bei einer niedrigen Inanspruchnahme der Ersten Hilfe aufgrund akuter Gewalt dennoch eine Intervention angezeigt erscheint. Bislang wird in der Regel von Professionellen in der Gesundheitsversorgung argumentiert, dass Frauen eine Frage nach Gewalterfahrung nicht wünschen und erlebte Gewalt nicht offenbaren wollen. Die hier dargestellten Ergebnisse zeigen ein anderes Bild. Betroffene wie nichtbetroffene Frauen befürworteten mehrheitlich eine Routinebefragung. Ärzte/innen sind potentielle Ansprechpersonen im Fall von erlebter Gewalt, wobei Verständnis als Charakteristikum der Gesprächsperson vor Geschlecht oder Berufsstand rangiert. Das heißt, auch von verständnisvollen Männern würde Hilfe angenommen werden. Hier zeigt sich die große Bedeutung von spezifischen Fortbildungen und Schulungen zur Sensibilisierung sowie zur Vermittlung von Fachkompetenz.

Auch die relativ geringe Bekanntheit von spezifischen Beratungs- und Unterstützungsprojekten legt eine Intervention im Rahmen der gesundheitlichen Versorgung nahe. Sowohl der WHO-Bericht (Krug/Dahlberg et al. 2002) als auch eigene Ergebnisse aus explorativen, qualitativen Interviews, die im Rahmen einer Projektarbeit im Studiengang Public Health durchgeführt wurden (Brzank 2002), zeigen, dass erst das konkrete Wissen über Hilfsangebote als potentielle Handlungsoptionen und eine Weitervermittlung die Frauen dazu brachte, Unterstützung anzunehmen und ggf. die Misshandlungsbeziehung zu verlassen.

Literatur

Bates L/Redman S et al. (1995). Domestic violence experienced by women attending an accident and emergency department. *Aust J Public Health* 19(3): 293-9.

Borde T/Braun T et al. (2003). Schlussbericht des Forschungsprojektes: Unterschiede in der Inanspruchnahme klinischer Notfallambulanzen durch deutsche Patienten/innen und Migranten/innen – Problembeschreibung, Ursachenanalyse, Lösungsansätze. Berlin, in Druck.

- Brzank P (2002). *Erfahrungen und Erwartungen an die Gesundheitsversorgung im Kontext häusliche Gewalt. Explorative Interviews mit betroffenen Frauen. Unveröffentlichte Projektarbeit im Studiengang Public Health der TU-Berlin. Berlin.*
- Dearwater SR/Coben JH et al. (1998). *Prevalence of intimate partner abuse in women treated at community hospital emergency departments. Jama 280(5): 433-8.*
- DeKeseredy WS/Schwartz MD (1998). *Measuring the Extent of Woman Abuse in Intimate Heterosexual Relationships: A Critique of the Conflict Tactics Scales. www.vaw.umn.edu/finaldocuments/Vawnet/ctscritique.htm. 16.12.2002.*
- DIMDI – Deutsches Institut für medizinische Dokumentation (1994). *ICD - 10, Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandte Gesundheitsprobleme. Bd. 1 – Systematisches Verzeichnis.*
- Ellsberg M/Heise L (2002). *Bearing witness: ethics in domestic violence research. Lancet 359(9317): 1599-604.*
- Hegarty K/Roberts G (1998). *How common is domestic violence against women? The definition of partner abuse in prevalence studies. Aust N Z J Public Health 22(1): 49-54.*
- Heise L/Ellsberg M et al. (2001). *Putting Women First: Ethical and Safety Recommendations for Research on Domestic Violence Against Women. WHO – World Health Organisation (Hg.). Genf.*
- Hermann S/Meinlschmidt G (1997). *Sozialstrukturatlas Berlin – Fortschreibung 1997. Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales Berlin (Hg.). Berlin.*
- Krug EG/Dahlberg LL et al. (2002). *World report on violence and health. WHO – World Health Organisation (Hg.). Genf.*
- Leopold B/Kavemann B et al. (2002). *Fortbildungen für die Intervention bei häuslicher Gewalt. BMFSFJ (Hg.). Stuttgart, Berlin, Köln,*
- Pfaff H/Bentz J (1998). *Subjektive Daten – Objektive Analyse. In: Schwartz FW (Hg.) (1998). Das Public-Health-Buch: Gesundheit und Gesundheitswesen. München, Wien, Baltimore.*
- Roberts GL/O'Toole BI et al. (1996). *Prevalence study of domestic violence victims in an emergency department. Ann Emerg Med 27(6): 741-53.*
- Schnell R/Hill PB et al. (1999). *Methoden der empirischen Sozialforschung. München, Wien, Oldenburg.*
- Senator für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales (Hg.) (2001). *Frauengesundheitsbericht. Bremen.*
- Straus M (1979). *Measuring Intrafamily Conflict and Violence: The Conflict Tactics (CTS) Scales. Journal of Marriage and the Family 41(1): 75-88.*
- Verbundprojekt zur gesundheitlichen Situation von Frauen in Deutschland (2001). *Bericht zur gesundheitlichen Lage von Frauen in Deutschland. BMFSFJ (Hg.). Schriftenreihe Bd. 209. Stuttgart.*
- Wagner PJ/Mongan PF (1998). *Validating the concept of abuse: women's perceptions of defining behaviors and the effects of emotional abuse on health indicators. Arch Fam Med 7(1): 25-9.*
- Wetzels P/Pfeiffer C (1995). *Sexuelle Gewalt gegen Frauen im öffentlichen und privaten Raum – Ergebnisse der KFN-Opferbefragung 1992. KFN – Kriminologisches Forschungsinstitut Niedersachsen e.V. (Hg.) Hannover.*
- Zachary MJ/Mulvihill MN et al. (2001). *Domestic abuse in the emergency department: can a risk profile be defined? Acad Emerg Med 8(8): 796-803.*

9 Ergebnisse der Auswertung der Dokumentationen

9.1 Dokumentation als Datenerhebungsform

Die Dokumentation der Verletzungen und Beschwerden sowie der personenbezogenen oder den Tathergang beschreibenden Angaben dient einerseits der Patientin im konkreten Fall – z.B. bei strafrechtlichen Entscheidungen – und andererseits der Datenerhebung zum Versorgungsbedarf.

Ein erster Dokumentationsbogen, der von der Vor-Ort-Gruppe entwickelt und mit der Rechtsmedizin der Freien Universität Berlin abgesprochen wurde, kam im Oktober 2000 erstmalig zur Anwendung. Nach einer Testphase wurde der Bogen überarbeitet und in einer veränderten Version ab Mai 2001 genutzt. Die ausgefüllten Dokumentationen (Dokumentationsbogen und/oder Erste-Hilfe-Scheine) werden auf den chirurgischen und internistischen Erste Hilfe-Abteilungen von den Pflegekräften in einem eigenen S.I.G.N.A.L.-Ordner gesammelt. Vor Einsatz des Dokumentationsbogens wurde seit dem Beginn des S.I.G.N.A.L.-Interventionsprojektes im Oktober 1999 die identifizierten Fälle von häuslicher Gewalt in einfacher Form durch den Ersten Hilfe-Schein schriftlich festgehalten.

9.2 Datenerfassung und -auswertung

Die Auswertung der Bögen erfolgte durch die wissenschaftliche Begleitung, die diese in anonymisierter Form als Kopie erhielt. Die Daten wurden nach der Erstellung eines Codeplans, der Variablen und Wertelabels definiert, in SPSS eingegeben und mit SPSS 10 bzw. 11 ausgewertet. Der vorliegende Datensatz wurde deskriptiv, vornehmlich univariat und in Teilen bivariat analysiert. Zum Teil wurde ein Vergleich zwischen Frauen, die von ihrem jetzigen oder früheren Partner bzw. die von anderen Personen wie Fremden, Bekannten oder auch Familienangehörigen Gewalt erlitten hatten, durchgeführt. Gruppenspezifische Unterschiede konnten so identifiziert werden.

9.3 Datenbasis

Der Auswertung liegen 136 Dokumentationen für den Zeitraum vom Oktober 1999 bis einschließlich Dezember 2002 zugrunde. 135 Frauen und ein Mann suchten aufgrund gewalttätiger Handlungen die Erste Hilfe auf.

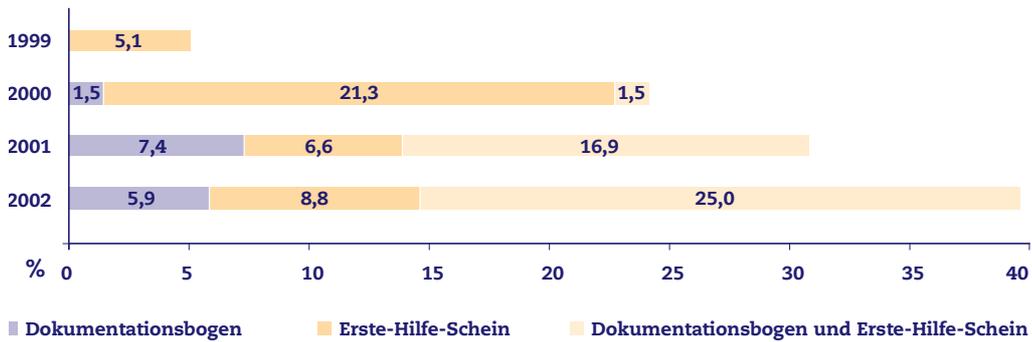
Bei 15% (20) sind die Verletzungen mittels des Dokumentationsbogens, bei 42% (57) ausschließlich durch den Erste-Hilfe-Schein und bei 43% (59) durch beides festgehalten. In 9,6% (13) der Fälle wurden die Verletzungen zusätzlich durch ein Foto belegt – die nicht in der Auswertung berücksichtigt wurden. Fotodokumentationen werden in der Regel bei schweren Verletzungen vorgenommen.

Einige Variablen weisen einen relativ hohen Anteil fehlender Werte auf, zur Hälfte (30) resultiert dies daraus, dass bestimmte Fragen nur auf dem ab Oktober 2000 eingeführten Dokumentationsbogen erfasst wurden.

9.4 Zunahme der Dokumentationen

Wird die Form und Anzahl der vorliegenden Dokumentationen in Relation zur Jahresangabe betrachtet, so kann eine zunehmende Tendenz des Dokumentierens gewaltbedingter Verletzungen festgestellt werden (s. Abbildung 9.4–1).

Abbildung 9.4-1: Überblick der vorliegenden Dokumentationen nach Art und Jahr in % (n=136)



Bei einer genauen Analyse der Anzahl der dokumentierten Fälle nach Monat und Jahresangabe, zeigt sich, dass die Mehrzahl der Dokumentationen aus dem ersten Halbjahr 2002 vorliegt.

9.5 Anteil der dokumentierten Fälle in Relation zur Gesamtzahl der Patientinnen

Für das Jahr 2002 lässt sich auf Grundlage der 53 dokumentierten Fälle von Gewalt gegen Frauen ein monatlicher Schnitt von 4,5 Fällen für die Erste Hilfe berechnen. In Relation zu den insgesamt 20.803 Patientinnen über 18 Jahren, die im Jahr 2002 die Erste Hilfe in Anspruch nahmen, wurden somit bei 0,3% der Patientinnen akute Verletzungen aufgrund von Gewalthandlungen dokumentiert. Diese Zahl lässt allerdings keine Rückschlüsse auf die Akut-Prävalenz von häuslicher Gewalt zu (vgl. Kap. 8: 0,7% Akut-Prävalenz für häusliche Gewalt), da von keiner vollständigen Erfassung aller gewaltbedingten Verletzungen und Beschwerden der Patientinnen ausgegangen werden kann. Zum einen findet keine routinemäßige Befragung der Patientinnen nach Gewalt als Ursache von Verletzungen oder Beschwerden statt. Zum anderen berichteten Mitarbeiter/innen, dass z.T. wegen mangelnder Zeit oder Schichtwechsel keine Dokumentation erfolgt oder dass die Ersten Hilfe-Scheine, auf denen ggfs. häusliche Gewalt als Verletzungsursache vermerkt wurde, zur stationären Behandlung mitgenommen werden und diese Fälle somit nicht mehr zu rekonstruieren sind. Es kann daher von einer erheblichen Untererfassung ausgegangen werden, was die tatsächliche Anzahl von Patientinnen betrifft, die aufgrund von gewaltbedingten Gesundheitsstörungen medizinische Hilfe suchte.

9.6 Täter

Bei 14 Frauen liegen keine genauen Angaben zu dem Täter vor. Von den verbleibenden 122 Frauen wurden deren Verletzungen zu 68,9% (93) vom Ehemann/Partner und zu 8,9% (12) vom ehemaligen Ehemann oder Partner verursacht. Das heißt, zusammengenommen erfolgte in 86% der dokumentierten Fälle die Gewalthandlung im Rahmen der Partnerschaft. Je sechs Frauen (4,4%) gaben entweder Familienmitglieder oder bekannte Personen als Täter an, bei fünf Patientinnen handelte es sich um Fremde. Folglich war bei 91% der dokumentierten Fälle häusliche Gewalt die Ursache für die Verletzungen (vgl. Kap. 8.3.1).

9.7 Gesundheitliche Folgen

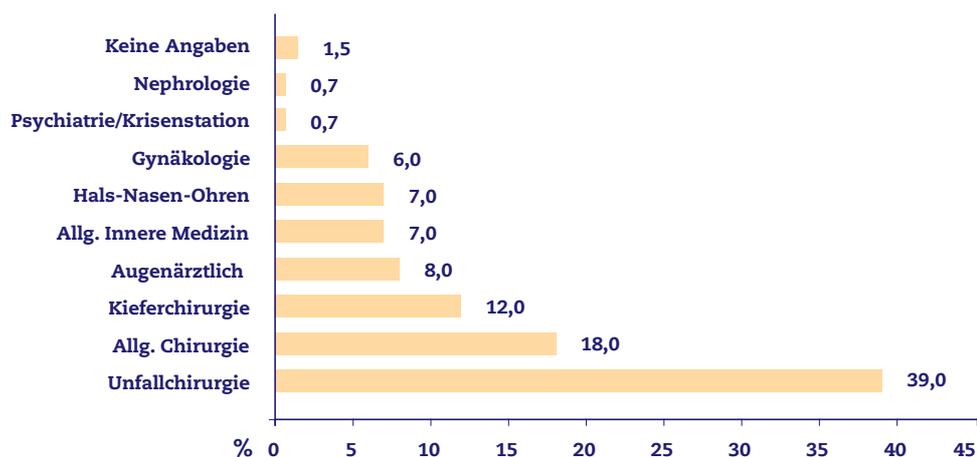
9.7.1 Behandelnde Abteilungen und Disziplinen

132 Fälle wurden in der Ersten Hilfe und vier weitere im stationären Bereich (drei in der HNO und eine in der Gynäkologie) dokumentiert. Die Inanspruchnahme der Ersten Hilfe verteilt sich zu 83% (113) auf die chirurgische und zu 15% (20) auf die internistische Abteilung. Die Mehrzahl der als gewaltbe-

troffen erkannten Frauen suchte die Erste Hilfe aufgrund akuter Verletzungen auf. Körperliche Gewalt war folglich die meist genannte Ursache, die zum Teil einherging mit sexueller Gewalt, verbalen Drohungen und Einschüchterungen. Hieraus erklärt sich, dass der Großteil der Dokumentationen auf der chirurgischen Ersten Hilfe-Station erfolgte.

Hinsichtlich der Inanspruchnahme der medizinischen Disziplinen steht die Unfallchirurgie an erster Stelle mit 38% (52), gefolgt von der Allgemeinchirurgie mit 18% (24), der Kieferchirurgie mit 12% (16), der Augenabteilung mit 8% (11), der Hals-Nasen-Ohren-Abteilung und Inneren Medizin mit je 7% (10), der Gynäkologie mit 6% (8) und der Psychiatrie/Krisenstation und der Nephrologie mit je 0,7% (1). In zwei Fällen wurden die behandelnden Disziplinen nicht notiert (s. Abbildung 9.7-1).

Abbildung 9.7-1: Behandelnde Disziplinen gesamt in % der Angaben (n=136, Mehrfachnennungen)

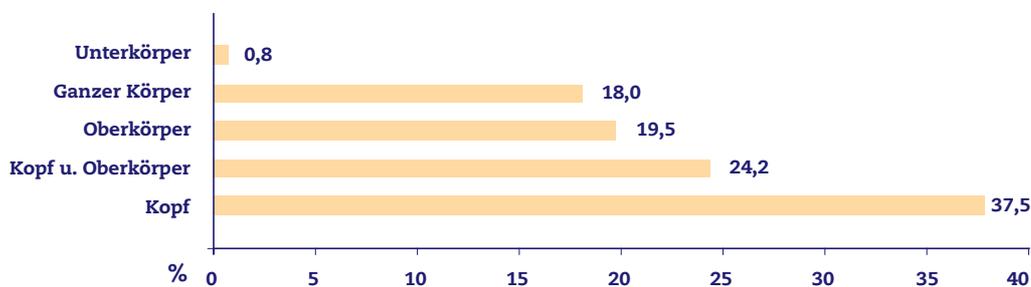


9.7.2 Art und Lage der Verletzungen

57,4% (78) der Frauen wiesen mehr als eine behandlungsbedürftige Verletzung auf: zwei Verletzungen wurden bei 33,8% (46) der Frauen und drei bei 26,5% (36) dokumentiert.

Am häufigsten lagen mit über 80% der Fälle Verletzungen im Bereich des Kopfes und/oder des Oberkörpers vor. 37,5% (48) der Frauen waren am Kopf verletzt, 24,2% (31) sowohl am Kopf als auch am Oberkörper, 19,5% (25) am Oberkörper, 18,0% (23) am ganzen Körper und eine am Unterkörper (s. Abbildung 9.7-2).

Abbildung 9.7-2: Lage der Verletzungen in % der Angaben (n=128)



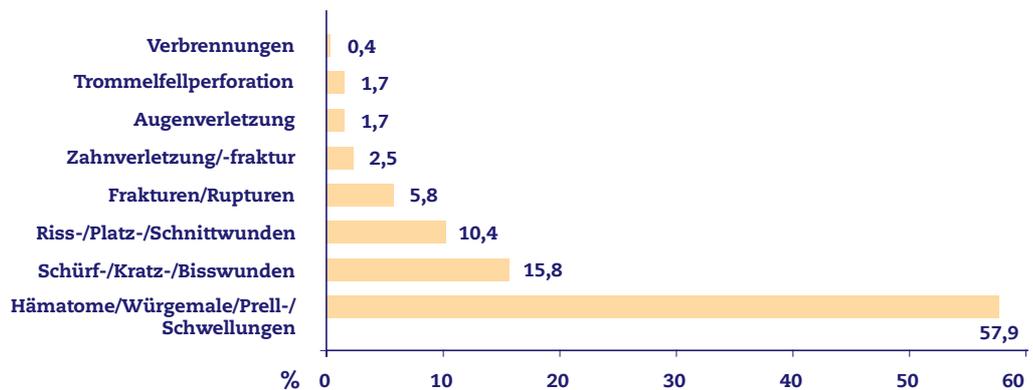
Differenziert nach Tätergruppen sind folgende Körperbereiche betroffen: Gewalt in der Partnerschaft zielt auf den Kopf, den Oberkörper, Oberkörper und Kopf sowie den ganzen Körper. Ging die Gewaltbehandlung von anderen Personen aus, so wurde der Kopf am häufigsten verletzt sowie Kopf und Oberkörper (s. Abbildung 9.7-3).

Abbildung 9.7-3: Lage der Verletzungen nach Tätergruppen in % der Angaben (n=128)



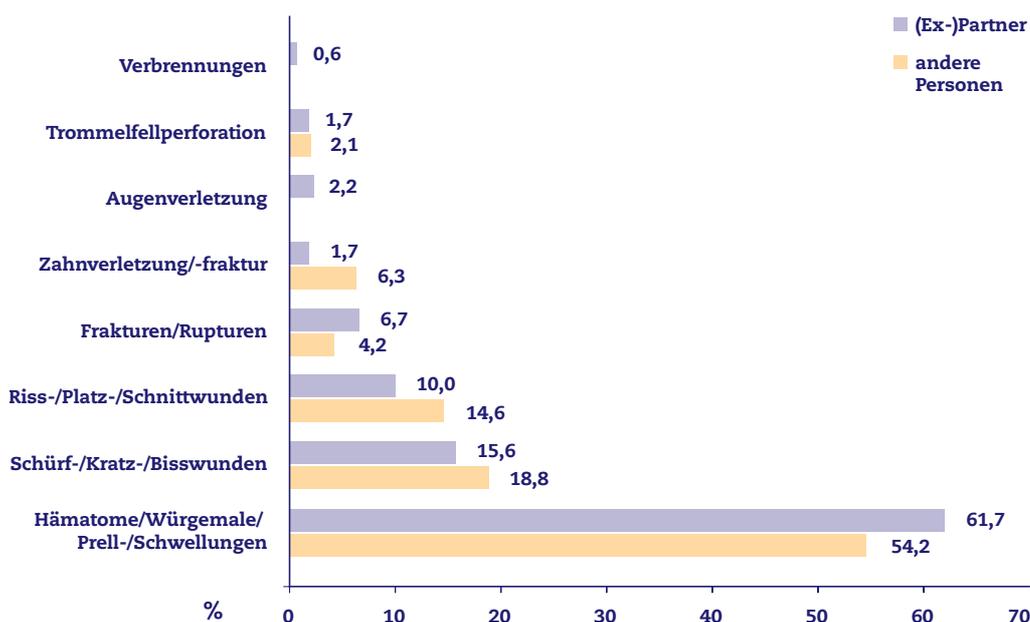
Die Verletzungsart wurde bei 124 Fällen mit 231 Angaben erfasst. Entsprechend den Angaben wurden zu 57,9% Hämatome/Prellungen/Würgemale/Schwellungen, 15,8% Schürf-/Kratz-/Bisswunden, 10,4% Riss-/Platz-/Schnittwunden, 5,8% Frakturen oder Rupturen dokumentiert, bei 2,5% lag eine Zahn- und bei 1,7% eine Augenverletzung vor, bei 1,7% war das Trommelfell perforiert und eine Frau litt unter Verbrennungen (s. Abbildung 9.7-4).

Abbildung 9.7-4: Art der Verletzung in % der Angaben (n=124, 231 Angaben)



Werden die Verletzungsarten in Relation zu den Tätergruppen gebracht, so gibt sich folgendes Bild: Frauen, die durch ihren (Ex-)Partner verletzt wurden (105, 180 Angaben), wiesen mehr Hämatome (häufig am ganzen Körper)/Prellungen/Würgemale/Schwellungen sowie Frakturen auf. Wurde die Gewalthandlung von anderen Personen verübt, so waren (30, 48 Angaben) mehr Schürf-/Kratz-/Bisswunden sowie Riss-/Platz-/Schnittwunden und Zahnverletzungen zu beobachten. Keine Nennungen liegen hier für Augenverletzungen, Würgemale und Verbrennungen vor (s. Abbildung 9.7-5).

Abbildung 9.7-5: Verletzungsarten nach Tätergruppen in % der Angaben (n=124)



Acht der Frauen wurden aufgrund der Schwere ihrer Verletzungen stationär aufgenommen und zwei an eine Spezialklinik verwiesen.

9.7.3 Anwendung des ICD-10-Diagnoseschlüssels

Die Verletzungen und Beschwerden wurden in 103 Fällen dem ICD-10-System zugeordnet und entsprechen den Ergebnissen der Abbildung 9.7-3 und Abbildung 9.7-4. In der Mehrzahl wurde das körperliche Symptom beschrieben. Der ICD-10-Code bietet jedoch auch die Möglichkeit, die Ursache der Verletzung festzuhalten. In je sieben der 103 (6,8%) Fälle wurde eine Misshandlung (T74-T74.9) oder körperliche Gewalt (R45.6) und einmal ein tätlicher Angriff (Y04) dokumentiert. Misshandlungen als Code wurden in drei Fällen von der gynäkologischen, zweimal von der allgemein-internistischen und je einmal von der allgemein- bzw. der unfall-chirurgischen Abteilung verwandt. Im Jahr 2000 wurde viermal, in 2001 zweimal und 2002 einmal der Misshandlungscode angegeben, d.h. dass hier eine kontinuierliche Abnahme zu verzeichnen ist. Hingegen wurde der Code „körperliche Gewalt“ in 2001 zweimal und in 2002 fünfmal angegeben. Scheinbar findet hier eine Verschiebung zu Gunsten des neutraleren Begriffs der körperlichen Gewalt statt oder spiegelt den öffentlichen Diskurs wieder.

Eine kontinuierliche Anwendung dieser spezifischen Codes jedoch wäre ein erster Schritt zu einer generellen Dokumentation und somit zu einer einfachen Erfassung des Ausmaßes von gewalt- und misshandlungsbedingten Verletzungen und Beschwerden.

9.7.4 Einlieferung mit dem Rettungswagen

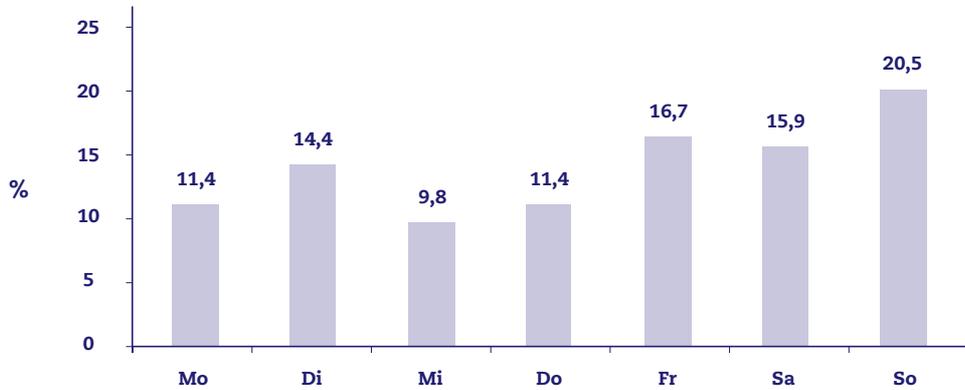
Überblick über den Schweregrad der Verletzung bietet auch bedingt die Angabe, ob eine Patientin mit dem Rettungswagen in die Erste Hilfe gebracht wurde. Bei 39 Frauen wurde dazu keine Angabe festgehalten, von den verbleibenden 97 Frauen wurden insgesamt 22 Frauen (22%) mit dem Rettungswagen in die Notaufnahme gebracht. Die Einlieferung mit dem Rettungswagen erfolgte am häufigsten in den Abend- und Nachtstunden: in mehr als der Hälfte dieser Fälle (14) in der Zeit von 20 bis 8 Uhr (20 – 24 Uhr: 9 Frauen; 0 - 4 Uhr: 4 Frauen).

Von den 105 Frauen, die wegen Gewalthandlungen durch den jetzigen oder ehemaligen Partner die Erste Hilfe in Anspruch nahmen, lagen dazu bei 33 Patientinnen keine Angaben vor. Von den verbleibenden 72 Frauen kamen 25% (18) mit dem Rettungswagen. Im Vergleich dazu wurden Frauen, deren Verletzungen oder Beschwerden nicht auf Gewalt in der Partnerschaft zurückzuführen war, nur zu 16,7% (4) mit dem Rettungswagen gebracht.

9.7.5 Inanspruchnahme der Ersten Hilfe nach Wochentag und Uhrzeit

Die Verteilung der Inanspruchnahme der Ersten Hilfe auf die Wochentage zeigt, dass gewaltbetroffene Frauen an allen Tagen kommen, das Wochenende insbesondere der Sonntag ist die Zeit der höchsten Frequentierung (s. Abbildung 9.7–6).

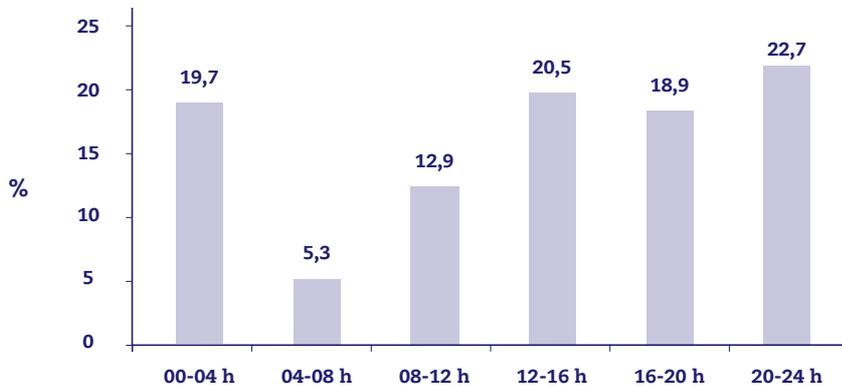
Abbildung 9.7–6: Wochentage allgemein in % (n=132)



Beim Vergleich der Patientinnengruppe differenziert nach dem Täter wird deutlich, dass die Tage mit der höchsten Inanspruchnahme der Ersten Hilfe variieren: Frauen, die von anderen Tätern verletzt wurden, kamen eher am Wochenanfang; Frauen, die von ihrem ehemaligen oder aktuellen Partner Gewalthandlungen erlitten, kamen vermehrt am Wochenende.

Am häufigsten suchten betroffene Frauen die Erste Hilfe in der Zeit von 20 bis 24 Uhr auf, gefolgt von den Zeiten zwischen 12 und 16 Uhr, 0 bis 4 Uhr und 16 bis 20 Uhr (s. Abbildung 9.7–7).

Abbildung 9.7–7: Uhrzeit der Inanspruchnahme der Ersten Hilfe in % (n=132)



Beim Vergleich der Patientinnengruppen, die aufgrund von Gewalt in der Partnerschaft bzw. wegen Gewalthandlungen anderer Personen kamen, verschieben sich die Zeitblöcke. Frauen, die nicht von einem aktuellen oder früheren Partner verletzt wurden, suchten die Erste Hilfe hauptsächlich in der Zeit nach Mitternacht bis 4 Uhr morgens auf, während die von Gewalt in der Partnerschaft betroffenen Frauen in der Zeit zwischen 20 und 24 Uhr sowie in den frühen Nachmittagsstunden von 12 bis 16 Uhr kamen.

Wird die Uhrzeit in Relation zum Wochentag gebracht, so zeigt sich, dass unabhängig vom Verursacher die meisten Frauen (9) sonntags von 12 bis 16 Uhr kamen. Gleich hoch frequentiert wurde die Rettungsstelle mit je sechs Frauen am Samstag von 0 bis 4 Uhr morgens und von 8 bis 12 Uhr sowie am Donnerstag, Freitag und Sonntag von 20 bis 24 Uhr und am Sonntag von 16 bis 20 Uhr.

Es zeigt sich, dass 79,5% (105) der Frauen die Erste Hilfe zu Zeiten in Anspruch nahmen, in denen die niedergelassenen Praxen regulär geschlossen haben. Ein Viertel der Frauen (34) kamen in den

Nachtstunden von 0 bis 9 Uhr. Zur Weitervermittlung der Frauen an eine externe Beratungsstelle (wie in Berlin die BIG-Hotline), ergibt sich das Problem, das diese in der Regel zu diesen Zeiten nicht zur Verfügung stehen.

9.8 S.I.G.N.A.L.-Interventionsschritte

9.8.1 Aushändigen der Notfallkarte

Im Rahmen der gesundheitlichen Versorgung wurden gemäß des S.I.G.N.A.L.-Programms an insgesamt 71 (52,2%) der 136 gewaltbetroffenen Patientinnen eine Notfallkarte ausgehändigt. Bei 55 Fällen (40,4%) wurden dazu keine Angaben vermerkt. Bei 30 der 55 Frauen kann davon ausgegangen werden, dass diese Angaben nicht vermerkt wurden, weil sich die Dokumentation in ihrem Fall auf den Ersten Hilfe-Schein beschränkt.

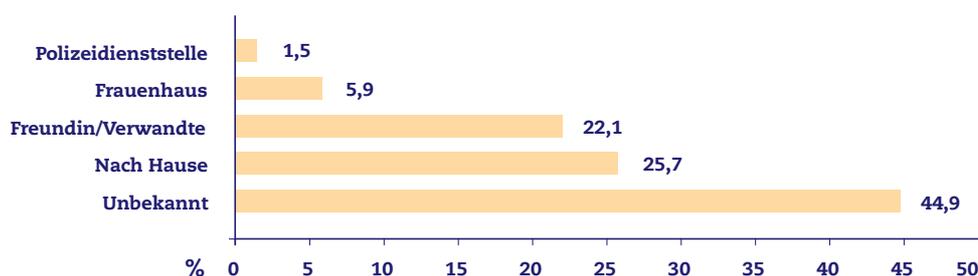
9.8.2 Erfolgte Beratungen

Eine Beratung der Betroffenen erfolgte in 75 Fällen (55,1%). Auch hier liegen bei 56 Personen (41,2%) keine Angaben dazu vor. Bei Unterscheidung der Betroffenen nach Tätergruppen zeigt sich, dass wesentlich mehr Frauen, die von ihrem Partner verletzt wurden, eine Beratung erhielten und die Anzahl derjenigen, bei denen dazu keine Angaben vorliegen, um etwa 20% geringer ist.

9.8.3 Verbleib der Patientinnen

Bei 61 Patientinnen (44,9%) wurde deren Verbleib nach Verlassen der Klinik nicht notiert. Von den verbleibenden 75 (55,1%) Frauen gingen 35 (25,7%) wieder nach Hause, 30 (22,1%) zu Freunden oder Verwandten, acht (5,9%) in ein Frauenhaus und zwei (1,5%) wurden vorerst zur Polizeiwache gebracht. Auch hier ergeben sich andere Zahlen, wenn berücksichtigt wird, von wem die Gewalthandlung ausging (s. Abbildung 9.8–1). Frauen, die von ihrem ehemaligen oder jetzigen Partner Gewalt erlitten, gingen seltener nach Hause sondern eher zu Freunden/innen oder Verwandten, häufiger ins Frauenhaus und zwei von ihnen vorerst auf eine Polizeidienststelle. Der Anteil der Frauen, bei denen der Verbleib nicht festgehalten wurde, ist in dieser Gruppe geringer. Es kann folglich davon ausgegangen werden, dass die/der dokumentierende Klinikmitarbeiter/in in den Fällen von Gewalt durch den Partner eine höhere Sensibilität hinsichtlich des Gefährdungspotentials für die Patientin aufwies und sie nach einem sicheren Verbleib befragte.

Abbildung 9.8–1: Verbleib der Patientinnen in % (n=136)



9.8.4 Einschalten der Polizei

Bei 31 (20%) der 136 Frauen wurde auf dem Dokumentationsbogen notiert, dass die Polizei kontaktiert wurde oder es beabsichtigt war. Bei 62 (45,6%) Frauen lagen dazu keine Angaben vor. Werden die Frauen nach Tätergruppen differenziert, so zeigt sich im Vergleich ein um 3% höherer Wert für Frauen, die von ihrem (Ex-)Partner Gewalt erlitten hatten.

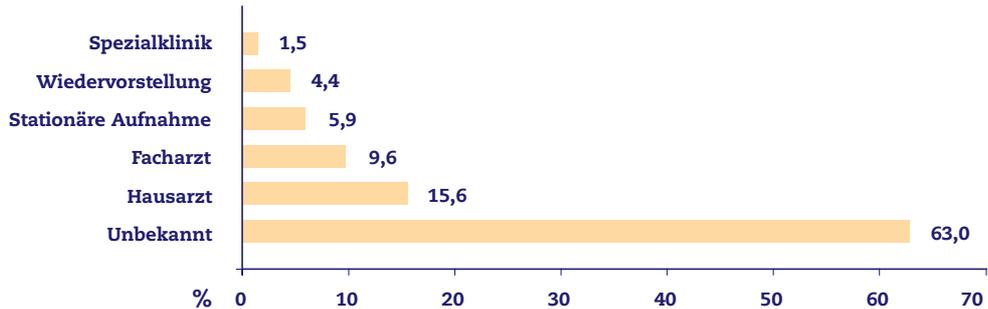
Bei Berücksichtigung der Jahreszahl nahm die Anzahl der Polizeikontakte zu: Waren es in den Jahren 1999 und 2000 jeweils nur eine Frau, die die Polizei einschaltete oder es beabsichtigte, so waren es

2001 bereits sechs und in 2002 insgesamt 23 Frauen. Ein Zusammenhang mit dem seit 2002 in Kraft getretenen Gewaltschutzgesetz und der Möglichkeit des Platzverweises kann vermutet werden.

9.8.5 Weiterleitung zur Folgebehandlung

Angaben zur weiteren Behandlung liegen nur bei 50 Patientinnen (36,8%) vor. Insgesamt wurden 21 (15,4%) an ihren Hausarzt, 13 (9,6%) an einen Facharzt verwiesen, acht (5,9%) wurden zur stationären Behandlung aufgenommen und 2 (1,5%) an eine Spezialklinik weitergeleitet. Sechs Frauen (4,4%) wurden in die Klinik wieder einbestellt (s. Abbildung 9.8-2).

Abbildung 9.8-2: Weiterleitung der Patientin in % (n=135)



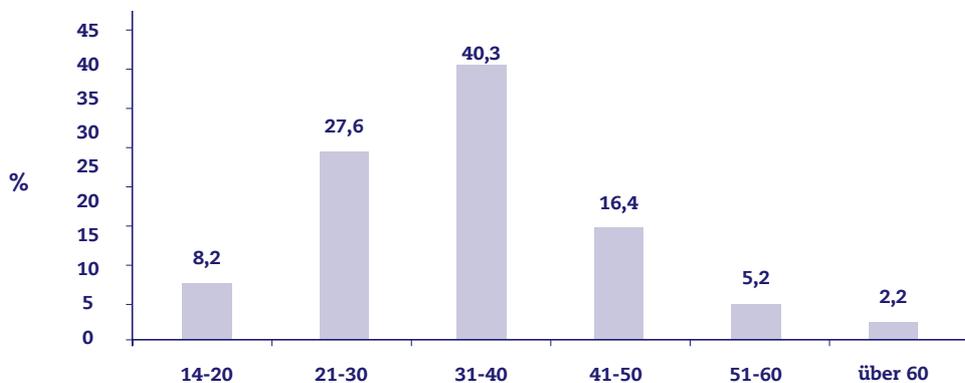
9.9 Gewalt in der Schwangerschaft

Angaben zu einer gegenwärtigen Schwangerschaft liegen von 86 Frauen vor. Drei der gewaltbetroffenen Frauen bejahten diese Frage (3,5%). Bei einer weiteren Patientin, die von ihrem Partner misshandelt worden war, lag die Geburt zehn Monate zurück.

9.10 Alter der gewaltbetroffenen Frauen

Das Alter der betroffenen Frauen reicht von 14 bis 80 Jahre und beträgt im Mittel 34,7 Jahre. 18 Jahre und jünger waren fünf Frauen, insgesamt waren 8,2% im Alter von 14 bis 20 Jahre. 27,6% waren 21 bis 30 Jahre alt und 40,3% zwischen 31 und 40 Jahren, knapp 30% zwischen 31 und 40 Jahren. Zusammengekommen waren somit mehr als Dreiviertel der Frauen unter 40 Jahren. Eine Patientin war 80 Jahre alt und gab an, von ihrem Sohn geschlagen worden zu sein (s. Abbildung 9.10-1).

Abbildung 9.10-1: Altersklassenverteilung in % (n=134)



9.11 Diskussion der Ergebnisse

Insgesamt lässt sich eine Zunahme der Dokumentationen feststellen. Es liegt nahe, dass mit längerer Laufzeit des Projektes eine höhere Sensibilität für Anhaltspunkte von gewaltverursachten Verletzungen zu verzeichnen ist und somit ein wesentlicher Schritt des Interventionsprojektes verwirklicht werden konnte.

Die relativ hohe Zahl der Variablenausprägung „unbekannt“ deutet auf ein ungenaues Ausfüllen des Dokumentationsbogens hin. In Bezug auf die Angabe zum Verbleib der Patientin ist zu fragen, ob in diesen Fällen die entsprechenden Angaben nur ungenau ausgefüllt wurden oder ob die Sicherheitslage generell geklärt wurde. Eine Befragung der Mitarbeiter/innen wäre nötig, um die Gründe für das ungenaue Ausfüllen zu explorieren. Bei der Implementierung von zukünftigen Interventionsprogrammen könnte daher eins der festzulegenden Ziele die genauere Dokumentation der Interventionsschritte sein.

Allerdings zeigte sich auch, dass während der Durchführung der Befragung der Ersten Hilfe-Patientinnen zum Ausmaß häuslicher Gewalt die Verantwortlichkeit für Betroffene von den Pflegekräften auf die Interviewerinnen übertragen wurde. Für den Zeitrahmen der Befragung liegen für die interviewten, akut betroffenen Frauen keine Dokumentationsbögen vor. Unter Berücksichtigung dieser zwölf Fälle erhöht sich folglich die geschätzte Akut-Prävalenz auf 0,3%. Gleichzeitig ist das erste Halbjahr 2002 jedoch auch der Zeitraum, in dem am meisten Fälle dokumentiert wurden. Diese höhere Zahl ist nicht ursächlich auf eine Zunahme von Gewalt gegen Frauen sondern auf eine höhere Bereitschaft zur Offenheit und zum Ansprechen der Frauen durch das medizinische und pflegerische Personal zurückzuführen. Dieses Engagement ist nicht unwesentlich von äußeren Faktoren wie Anreiz oder Controlling abhängig. Die Vorbereitungen zur Durchführung der Prävalenzstudie z.B. stellten eine starke Motivation des Personals dar und rückten die Problematik häusliche Gewalt wieder mehr in den klinischen Alltag.

Die hohe Inanspruchnahme der Ersten Hilfe in den Zeiten, in denen niedergelassene Praxen geschlossen haben, sollte bei weiteren Schritten hinsichtlich der strukturellen Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung berücksichtigt und niedergelassene Praxen stärker mit einbezogen werden. Angesichts der Zahl von 25% der Betroffenen, die in den Nachtstunden die Erste Hilfe aufsuchten, das heißt zu einer Uhrzeit, in der weiterführende Beratungsstellen nicht zur Verfügung stehen, ist entweder über eine temporäre, stundenweise stationäre Aufnahme in der Klinik oder über die Ausweitung des Hilfsangebots nachzudenken.

Einen ausführlicheren Eindruck über die tatsächliche Schwere und das Ausmaß von Misshandlungsbeziehungen können rein statistische Zahlen nicht geben. Die in wörtlicher Rede der Patientinnen festgehaltenen Beschreibungen des Tathergangs oder die in einem freien Text niedergeschriebenen Kommentaren der Mitarbeiter/innen vermitteln erst die erschreckenden Dimensionen von Gewalt – insbesondere dann, wenn sie vom aktuellen oder ehemaligen Partner verübt wurden.

10 Basisschulungen für Pflegekräfte

10.1 Sensibilisierung und Qualifizierung des Personals

Das S.I.G.N.A.L.-Interventionsprojekt beruht primär auf der Sensibilisierung der Mitarbeiter/innen zur Gewaltthematik sowie der Vermittlung von Interventionsmöglichkeiten und Handlungskompetenz im Umgang mit betroffenen Frauen. Mittels Schulungen und Fortbildungen des pflegerischen, ärztlichen und medizinisch-assistierenden Personals soll dieses Vorhaben erreicht werden. Ziel der Schulungen und Fortbildungen ist es, das Wissen um Ausmaß und Formen der Gewalt sowie deren vielfältigen gesundheitlichen Auswirkungen zu vergrößern und die einzelnen Interventionsschritte des S.I.G.N.A.L.-Programms zu vermitteln. Pflegende und Behandelnde sollen befähigt werden, Verletzungen und Beschwerden der Patientinnen durch häusliche Gewalt zu erkennen, anzusprechen und entsprechende Interventionsschritte einleiten zu können.

10.2 Fortbildungsstand zu Beginn der wissenschaftlichen Begleitung

Bereits zwei Monate vor Beginn des Interventionsprojekts im Oktober 1999 fanden erste Schulungen für das Pflegepersonal der Ersten Hilfe statt. Bis Dezember 1999 waren insgesamt 52 Pflegekräfte der Ersten Hilfe Station/Notaufnahme entsprechend des S.I.G.N.A.L.-Programms in vier zweitägigen Seminaren geschult worden. Bis Ende März 2000 fanden zwei weitere Schulungen statt, an denen insgesamt 23 Mitarbeiter/innen verschiedener Abteilungen freiwillig teilnahmen. Die wissenschaftliche Begleitung begann ihre Arbeit im März 2000 und hospitierte bei der im gleichen Monat stattfindenden Schulung. Eine Evaluation wurde erst mit der wissenschaftlichen Begleitung eingeführt, d.h. für die 75 zuvor geschulten Mitarbeiter/innen liegen keine Anschlussbewertungen vor.

Tabelle 10.2–1: Übersicht der durchgeführten Basisschulungen von 1999 bis März 2000

Zeitpunkt	Art der Schulung	TN ¹	Erhebung
Aug 99 Sep 99 Okt 99 Nov 99	Verpflichtung der Pflegekräfte der Ersten Hilfe	5 ²	keine
Feb 00 März 00	Freiwillig für alle Abteilungen	11 12	Hospitation ²
6		75³	

¹ Teilnehmer/innen ² der wissenschaftlichen Begleitung ³ Schulungen wurden nicht evaluiert

Unterschieden wird in der folgenden Darstellung zwischen den zweitägigen Basisschulungen für die Pflegekräfte und den Fortbildungen für das ärztliche Personal. Die Schulungen richteten sich ursprünglich auch auf freiwilliger Basis an die Ärzteschaft. Die Resonanz auf diese Form der Schulung war jedoch sehr gering, so dass ein anderes Fortbildungskonzept entwickelt werden musste (vgl. Teil A: Kap. 2, Teil B: Kap. 11).

10.3 Konzept und Durchführung der Schulungen

Mit der Konzeptentwicklung und Durchführung der Basisschulungen wurden zwei Teamerinnen aus dem Anti-Gewaltbereich beauftragt, die mit dem spezifischen Krankenhaussetting vertraut und in der Schulung von Pflegepersonal erfahren waren. Die zweitägige Basisschulung war für alle Pflegekräfte der Ersten Hilfe/Notaufnahme verpflichtend. Die Teilnahme wurde über die Pflegedienstleitung und die Pflegeleitung der Ersten Hilfe organisiert und nach Dienstplan eingeteilt. Zum Teil war der Einsatz von

Sonderwachen nötig, um den normalen Arbeitsbetrieb während der Schulungen aufrechtzuerhalten. Bis Ende des Jahres 1999 waren alle Pflegekräfte in der Ersten Hilfe-Station geschult. Ab 2000 waren die Schulungen für alle Klinikabteilungen offen und die Teilnahme erfolgte auf freiwilliger Basis.

Die Schulungen fanden in den Räumen der Ausbildungsstätte für Pflegekräfte auf dem Klinikgelände statt. Die Organisation der Schulungen, d.h. der Räumlichkeiten und technischen Ausstattung, übernahmen Dekanatsmitarbeiterinnen der Steuerungsgruppe und später die Koordinatorin des S.I.G.N.A.L.-Projekts. Ab Ende 2001 wurden die zweitägigen Fortbildungen in das Programm der klinikerneuten Aus- und Fortbildung übernommen. Die Organisation übernahm die Ausbildungsstätte.

Im Zeitraum von August 1999 bis September 2002 wurden insgesamt elf zweitägige Schulungen durchgeführt, an denen insgesamt 122 Personen teilnahmen, die überwiegend im Pflegebereich tätig waren. Im Schnitt nahmen 10-15 Personen pro Seminar teil.

Zu Beginn der wissenschaftlichen Begleitung fand eine Hospitation bei einer der zweitägigen Schulungen statt. In einem qualitativen Interview im April 2000 erläuterten die Teamerinnen ihr Konzept. Im Einzelnen kann das Schulungskonzept in Bereiche aufgeteilt werden, die:

- die subjektive Einstellung betreffen: Vorurteile und Mythen erkennen und abbauen, den eigenen Standpunkt überdenken
- das Wissen betreffen: die gesellschaftliche Dimension von Gewalt, der vielfältigen gesundheitlichen Auswirkungen von Gewalt, Erkennen von Indikatoren, die auf einen Gewalthintergrund deuten
- die Kompetenzen und Verhalten betreffen: Sicherheit im Umgang mit Opfern häuslicher Gewalt, Form des Hilfeanbietens, intervenierende Schritte, Kooperation mit regionalen Unterstützungseinrichtungen.

Im Mittelpunkt steht die Auseinandersetzung der Teilnehmenden mit ihrer subjektiven Haltung zum Thema Gewalt, der Abbau von Stereotypen und Vorurteilen und die Überwindung von Barrieren sowie Unverständnis, die einer Intervention in der Regel entgegenstehen. Ziel der Schulungen war, die Teilnehmenden über eine Beschäftigung mit ihren eigenen Gefühlen zur Misshandlungsproblematik zu sensibilisieren und darüber hinaus Wissen zu vermitteln, damit Misshandlungsspuren wahrgenommen werden. Handlungskompetenz im Umgang mit möglichen und tatsächlichen Opfern von Gewalt sollte erlernt werden insbesondere auch, welche Einstellungen gegenüber einer Patientin erforderlich sind, um eine vertrauensvolle, offene und respektvolle Behandlungsatmosphäre zu schaffen, wie Retraumatisierung vermieden werden kann und Opfer von Gewalt ermutigt werden können, über körperliche und seelische Verletzungen zu sprechen.

Konkret beinhaltete das Schulungskonzept folgende Aspekte:

- Hintergrundwissen zum Ausmaß, Formen und Dynamik von Gewalt
- Situation gewaltbetroffener Frauen: Gründe für den Verbleib in der Misshandlungsbeziehung (finanzielle Abhängigkeit, Sorgerechtsproblematik, aufenthaltsrechtliche Probleme bei Migrantinnen)
- Gesundheitliche Auswirkungen von Gewalt: körperliche und psychische Folgen
- Erkennen von betroffenen Frauen sowie von gewaltbedingten Verletzungen/Beschwerden
- Interventionsmöglichkeiten innerhalb der Gesundheitsversorgung
- Vorstellung der S.I.G.N.A.L.-Interventionsschritte
- Schutz für gewaltbetroffene Frauen: Arbeitsweise der verschiedenen Unterstützungs- und Schutzeinrichtungen, Möglichkeiten und Grenzen von Anti-Gewalt-Projekten
- Situation gewalttätiger Partner: Einschätzung des Gefährdungspotentials des Täters
- Informationen zu regionalen Unterstützungs- und Zufluchtprojekten des Anti-Gewalt-Bereichs

Methodisch kamen innerhalb der Schulung sowohl Vorträge, Gruppenarbeit und Rollenspiele als auch Medien zum Einsatz. Zur Sensibilisierung gegenüber der Gewaltthematik beinhaltete das Schulungskonzept eine emotionale Auseinandersetzung der Teilnehmenden mit ihrer subjektiven Einstellung gegenüber gewaltbetroffenen Frauen.

10.4 Evaluation der Schulungen

10.4.1 Übersicht über die Datenerhebungen

Zweck der Evaluation ist die Ermittlung der Schulungseffekte. Folgende Fragen bestimmten folglich die Effektmessung:

- Konnten den Teilnehmenden neue Inhalte und Kompetenzen vermittelt werden?
- Ist nach den Schulungen eine Anwendung der neuen Inhalte vorstellbar?
- Findet ein Transfer der Schulungsinhalte in die Praxis statt?

Als Methode wurden zur Datengewinnung sowohl qualitative wie quantitative Instrumente eingesetzt. Die Befragungen wurden in mehreren Erhebungsphasen durchgeführt.

Zu Beginn der wissenschaftlichen Begleitung wurde der Stand der Umsetzung der Schulungen ermittelt. Es wurden:

- schriftliche Unterlagen – wie die Protokolle der Projektsteuerungsgruppe – gesichtet und analysiert.
- Dokumente über die erfolgten Schulungen – wie die Liste der Teilnehmenden – gesichtet und analysiert.
- Interviews mit den Leiterinnen der Fortbildungen zu Zielen, Konzept, Inhalten der Fortbildung (n=2) durchgeführt.
- bei Schulungen hospitiert (n=2).

Zur Evaluation der zweitägigen Basisschulungen wurden folgende Erhebungen durchgeführt:

- standardisierte anonyme Befragung der Teilnehmenden im Anschluss an die zweitägigen Basisschulungen (n=44),
- qualitative Befragung von Pflegenden mittels eines offenen Leitfadeninterviews (n=10),
- standardisierte anonyme Abschlussbefragung der Teilnehmenden der Basisschulungen (n=43, Response 37%).

10.4.2 Quantitative Befragung im Anschluss an Schulungen

Ab Juli 2000 wurden die zweitägigen Basisschulungen kontinuierlich von der wissenschaftlichen Begleitung evaluiert. Als Instrument wurde ein standardisierter anonymisierter Fragebogen gewählt, der den Teilnehmenden im Anschluss an die Schulungen zum Ausfüllen ausgehändigt wurde.

In 32 Items wurden folgende Fragen gestellt:

- Angaben zur Person und beruflichen Tätigkeit im UKBF
- bisherige Konfrontation und Auseinandersetzung mit der Problematik
- Motivation zur Teilnahme an der Schulung
- Beurteilung der Fortbildung im Hinblick auf:
 - Gewinn an Wissen
 - Möglichkeit zur Reflexion der eigenen Haltung
 - Handlungssicherheit
- Gesamteinschätzung der Schulung
- Weitergehendes Interesse und Fortbildungsbedarf.

10.4.3 Quantitative Abschluss-Befragung

Zur Ergebnisevaluation wurde Ende 2002 eine quantitative Befragung aller Teilnehmenden der Basisschulungen durchgeführt. Im Gegensatz zu dem Fragebogen, der im Anschluss an die Schulungen beantwortet wurde und der sich inhaltlich auf die Schulungen konzentrierte, ging es bei dieser Befragung mehr um die Anwendung der in den Schulungen vermittelten Kompetenz, also den Stand der Umsetzung des Interventionsprogramms.

Die Befragten sollten für sich einschätzen, wie häufig sie in Kontakt mit gewaltbetroffenen Patientinnen gekommen waren, in wieweit sie einzelne Instrumente des S.I.G.N.A.L.-Interventionsprogramms

angewendet hatten, wo sie für sich selbst Barrieren sehen, in wie weit Fortbildungen bei den Pflegenden Veränderungen bewirkt hatten und in wie fern weiterer Fortbildungsbedarf bestünde.

Der anonymisierte, zum Großteil standardisierte Fragebogen gliederte sich in 40 Items zu folgenden Komplexen:

- Angaben zur Person (Geschlecht, Alter, Tätigkeit im UKBF, Beschäftigungszeit)
- Bedeutung der Thematik „Gewalt gegen Frauen“
- Kontakt mit gewaltbetroffenen Patientinnen
- Anwendung einzelner Interventionsschritte (Ausfüllen des Dokumentationsbogen, Abklärung der Gefährdung von gewaltbetroffenen Patientinnen, Informationen und Kontaktaufnahme zu Hilfsangeboten und -einrichtungen)
- Interventionsschritte bei vermuteter Gewalt als Ursache von Verletzungen/Beschwerden
- Barrieren bei dem Ansprechen der Patientinnen auf Gewalterfahrung
- Veränderungen durch die Schulung
- Interesse nach weiteren Fortbildungen
- Beurteilung des S.I.G.N.A.L.-Interventionsprojekts
- Anmerkungen zum Projekt (offene Frage)

Bei den Fragen zur subjektiven Einstellung waren vierstufige Ratingskalen vorgegeben.

10.5 Ergebnisse der quantitativen Befragung im Anschluss an die Schulungen

10.5.1 Studienpopulation

An den elf zweitägigen Schulungen nahmen insgesamt 122 Mitarbeiter/innen teil. Fünf dieser Schulungen mit insgesamt 47 Teilnehmer/innen wurden evaluiert. 44 beantwortete Evaluationsbögen liegen zur Auswertung vor, so dass der Response 93% beträgt.

Tabelle 10.5-1: Übersicht der Schulungsevaluationen ab Mitte 2000

Zeitpunkt	Art der Schulung	TN	TN ¹ Männer	TN ¹ Frauen	Keine Angaben
Jul 00	Freiwillig für alle Abteilungen	11	0	10	1
Nov 00	Freiwillig für alle Abteilungen	11	2	9	–
Jun 01	Freiwillig für alle Abteilungen	10	2	6	2
Apr 02	Freiwillig für alle Abteilungen	10	0	10	–
Sep 02	Freiwillig für alle Abteilungen	5	0	5	–
5		47	4	40	3

¹ Teilnehmer/innen

40 der Evaluationsbögen wurden von Frauen und vier von Männern beantwortet. Hinsichtlich der Altersstruktur waren 54,5% (24) im Alter zwischen 36 und 50 Jahren, elf Personen unter 36 Jahren und 6 über 50 Jahre.

70,5% (31) der Antwortenden waren Krankenpfleger/innen, 9,1% (4) medizinisch-technische Assistent/innen, je eine war Sozialpädagogin bzw. Arzthelferin und zwei Studentinnen. Fünf Personen machten keine Angaben zu ihrem Beruf.

Vertreten waren Mitarbeiter/innen folgender Stationen: zehn von der Ersten Hilfe, je sechs von der Radiologie oder der Gynäkologie, vier von der HNO, je drei von der Psychiatrie bzw. Dermatologie, jeweils zwei von der Kiefer- sowie Neurochirurgie und je ein/e von der Chirurgie, Urologie, Augen-Poliklinik, Neurologie, Suchtberatung sowie der Internen Öffentlichkeitsarbeit. Bei zwei Personen fehlten die Angaben zum stationären Tätigkeitsbereich.

Nach den Evaluationsbögen überwiegen unter den Teilnehmenden die langjährigen Mitarbeiter/innen. Von den Pflegekräften waren 30 (68,2%) über zehn Jahre im Klinikum tätig, neun Personen (20,5%)

fünf bis unter 10 Jahren und vier ein bis unter 3 Jahre. Eine Person machte keine Angabe zu dieser Frage.

10.5.2 Konfrontation mit und subjektive Einstellung gegenüber der Problematik

Insgesamt gaben 30 Befragte (68,2%) an, beruflich mit gewaltbetroffenen Patientinnen Kontakt gehabt zu haben, davon 8 (18,2%) „häufig“, 22 (50,0%) „ab und zu“ und sieben (15,9%) bislang eher „selten“. Drei Personen (6,8%) hatten bisher beruflich keine Berührung mit betroffenen Frauen, vier Personen (9,1%) gaben an, dies nicht beurteilen zu können.

Eine adäquate Versorgung und Unterstützung gewaltbetroffener Patientinnen halten 97,7% (43) für „sehr wichtig“ und eine für „wichtig“. Insgesamt 39 Personen (88,6%) hatten sich bereits im Vorfeld der Schulung mit dem Thema „Gewalt gegen Frauen“ beschäftigt, 11 (25,0%) davon „ausführlich“ und 28 (63,6%) „ein wenig“. Fünf der Befragten (11,4%) setzten sich erstmalig während der Schulung mit der Problematik auseinander.

Die Mehrheit der Befragten war in ihrer beruflichen Arbeit „ab und zu“ mit misshandelten Frauen konfrontiert. Eine gezielte Unterstützung und Versorgung von Patientinnen mit Gewalterfahrungen wird von allen Teilnehmenden für „sehr wichtig“ gehalten.

10.5.3 Schulungsmotivation

Motive, an der freiwilligen Fortbildung teilzunehmen, bildeten vor allem:

- der Wunsch, gewaltbetroffenen Patientinnen kompetent helfen und sie beraten zu können,
- die Häufigkeit der Konfrontation mit der Problematik,
- Informations- und Präventionsmöglichkeiten in der medizinischen Versorgung zu nutzen,
- sowie eine eigene Betroffenheit.

10.5.4 Gewinn an Wissen und Handlungskompetenz

Im Rahmen der Schulungen wurden Informationen über Hintergründe, Ausmaß und Folgen der Gewalt für Frauen, über die Situation von Frauen in Gewaltbeziehungen, über Unterstützungsangebote und Ziele/Instrumente des S.I.G.N.A.L.-Interventionsprojektes vermittelt. Die Teilnehmer/innen wurden befragt, wie gut sie sich im Anschluss an die Fortbildung über einzelne Aspekte informiert fühlten (s. Tabelle 10.5–2).

Tabelle 10.5–2: Beurteilung zu der Wissensvermittlung in den Schulungen (n=44)

Thema	sehr gut	gut	weniger gut	schlecht
Hintergründe/Ausmaß/Folgen von Gewalt	28 (63,6%)	16 (36,4%)	–	–
Dynamik von Gewaltbeziehungen	18 (41,9%)	23 (53,5%)	1 (2,3%)	1 (2,3%)
Situation der Frauen	25 (58,1%)	17 (39,5%)	1 (2,3%)	–
Gesundheitliche Folgen	17 (40,5%)	22 (52,4%)	3 (7,1%)	–
Ziele von S.I.G.N.A.L.	32 (74,4%)	10 (23,3%)	1 (2,3%)	–
Unterstützungsangebote (FH; Zuff; Beratung)	31 (75,6%)	9 (22,0%)	1 (2,4%)	–
Gesprächsführung und –methoden	13 (30,2%)	23 (53,5%)	7 (16,3%)	–
Dokumentation	9 (22,0%)	21 (51,2%)	11 (26,8%)	–
Schulungsgesamtbewertung	32 (74,4%)	11 (25,6%)	–	–

Die Befragten empfanden sich „gut“ bis „sehr gut“ über Ursachen, Formen und Ausmaß der Gewalt gegen Frauen informiert. Über Unterstützungsangebote wie Frauenhäuser, Zufluchtswohnungen und Beratungseinrichtungen sowie über die Situation von Frauen in Misshandlungsbeziehungen fühlten sich die Teilnehmenden überwiegend „gut“ bis „sehr gut“ in Kenntnis gesetzt.

Bis auf drei Personen bewerteten die befragten Teilnehmer/innen das vermittelte Wissen über Symptome, Beschwerden und Verletzungen, die auf Gewalt- und Misshandlungserfahrungen hinweisen können (Marker) als „gut“ oder „sehr gut“.

Zu den Aspekten ‚Methoden der Gesprächsführung‘ fühlten sich sieben Teilnehmer/innen und elf hinsichtlich der ‚Anforderungen an eine gerichtsverwertbare Dokumentation‘ „weniger gut“ informiert. Die verbleibenden Personen bewerteten diese Punkte mit „gut“ bis sehr gut“.

Insgesamt wurden die Schulungsinhalte von drei Viertel der Antwortenden mit „sehr gut“ bewertet und von einem Viertel mit „gut“, es gab somit ausschließlich eine positive Beurteilung.

10.5.5 Reflexion der eigenen Haltung

Bei 42 Personen (95,5%) veranlasste die Schulung ein Überdenken ihrer Haltung gegenüber der Problematik ‚Gewalt gegen Frauen‘. Nur zwei Personen (4,5%) gaben an, ihre Haltung eher nicht zu überdenken.

Das eingesetzte Rollenspiel, das konzeptionell auf die Entwicklung von Handlungssicherheit gerichtet ist, bewerteten 33 Personen in dieser Hinsicht als sinnvoll: elf Personen betrachteten es als „gute Möglichkeit, Handlungssicherheit zu gewinnen“, 22 erlebten es als „ungewohnt, aber hilfreich“. Drei Personen beurteilten das Rollenspiel als „wenig brauchbar“. Acht formulierten ihre Erfahrung in einem freien Text und gaben an: dass sie in der Beobachter/innen/rolle waren und dadurch selber keine aktive Rolle übernehmen konnten (2), dass sie sich in keine Rolle hineinversetzen wollten und konnten (1) und dass sie sich eine intensivere Auseinandersetzung gewünscht hätten, z.B. durch Psychodrama (1).

Die Frage, ob die Teilnehmer/innen im Rahmen der Schulung die Möglichkeit fanden, ihre Haltung und Einstellung gegenüber der Problematik zu reflektieren und zu überdenken, beantwortete die Mehrzahl positiv.

10.5.6 Handlungssicherheit

Im Anschluss an die Fortbildung konnten sich die befragten Teilnehmer/innen im Hinblick auf den konkreten Umgang mit Patientinnen die in Tabelle 10.5–3 dargestellten Interventionen vorstellen:

Tabelle 10.5–3: Vorstellbare Interventionen (n=44)

Thema	ja	eher ja	eher nein	nein
Routinebefragung	9 (21,4%)	19 (45,2%)	11 (26,2%)	3 (7,1%)
Gespräch führen	26 (60,5%)	13 (30,2%)	4 (9,3%)	—
Patientin informieren	37 (86,0%)	6 (14,0%)	—	—
Fall dokumentieren	32 (76,2%)	9 (21,4%)	1 (2,4%)	—

Im Hinblick auf die durch die Schulung gewonnene Handlungssicherheit ergibt sich folgendes Bild: 28 der befragten Teilnehmer/innen konnten sich vorstellen, zukünftig jede Patientin routinemäßig nach Gewalterfahrungen zu befragen. 14 Personen konnten sich dies (eher) nicht vorstellen.

Bis auf vier Personen sahen sich alle in der Lage, mit Patientinnen über Gewalt zu sprechen. Alle Befragten trauten sich zu, über weiterführende Hilfsangebote zu informieren. Bis auf eine Person konnten sich alle vorstellen, auf eine ausführliche Dokumentation von Verletzungen und Beschwerden zu achten.

10.5.7 Gesamteinschätzung der Schulung

Die Schulung wurde von den befragten Teilnehmer/innen insgesamt als (sehr) gut bewertet: 32 (74,4%) beurteilten sie mit sehr gut, 11 (25,6%) mit gut.

In einer offenen Frage wurden die Befragten gebeten, aufzuschreiben, was ihnen an der Schulung besonders wichtig war. Genannt wurde:

- Austausch mit Kolleginnen
- Erkennen/Begreifen des Ausmaßes von Gewalt gegen Frauen
- Informationen über Hilfsangebote
- Umgang mit Betroffenen lernen
- von den Erfahrungen der Dozentinnen lernen können
- Verständnis für die Frauen und ihre Situation entwickeln.

Auf die Frage, was den Teilnehmerinnen gefehlt habe, antworteten 13 Personen:

- Ärzte/innen
- Beratungsangebote für Gewalt jenseits häuslicher Gewalt (Fremdtäter, Vergewaltigung)
- rechtliche Aspekte
- Gewalterfahrungen bei psychiatrischen Patientinnen
- mehr Übungen/Rollenspiele, offene Diskussion, mehr Zeit
- Präventionsmöglichkeiten
- Was tun, wenn nur Verdacht da ist, keine äußeren Verletzungen, aber psychische Symptome.

10.5.8 Interesse an weiteren Schulungen

Den Wunsch nach vertiefenden Workshops äußerten 29 (65,9%) der Befragten. Einen praxisbezogenen Austausch wünschten sich 27 Personen (61,4%). Vier Personen fühlen sich im Anschluss an die Fortbildung ausreichend informiert und formulierten keinen weiteren Bedarf an Veranstaltungen (9,1%).

10.5.9 Zusammenfassung der Ergebnisse

Insgesamt zeigte sich, dass die Schulungen von den Teilnehmenden positiv beurteilt wurden. In den Bereichen „Informations- und Wissensvermittlung“ sowie „Reflektion“ scheinen die Schulungen ihre Zielsetzung zu erreichen.

Problematischer erscheint die Entwicklung von Handlungssicherheit, insbesondere bezogen auf das Ziel der Routinebefragung.

Die deutliche Mehrheit der Befragten zeigte Interesse an vertiefenden Fortbildungen und einem praxisbezogenen Austausch unter Kollegen/innen. Nur vier Personen empfanden sich nach der Schulung ausreichend informiert und wünschten keine weitere Auseinandersetzung.

Bei der Auswertung nach Geschlecht zeigte sich, dass die Teilnahme der männlichen Pflegekräfte in der Verpflichtung begründet war. Auf die Frage zur Teilnahmemotivation nannten zwei der vier Männer die Verpflichtung, aber nur eine von 40 Teilnehmerinnen (von denen sechs Pflegerinnen der Ersten Hilfe-Station ebenfalls zur Schulung verpflichtet wurden). Auf freiwilliger Basis wurden Männer im Pflegeberuf seltener erreicht, wie durch weitere qualitative Erhebungen bestätigt wurde.

10.6 Quantitative Abschlussbefragung

10.6.1 Studienpopulation

An den insgesamt elf Basisschulungen hatten 122 Mitarbeiter/innen teilgenommen. 118 der Teilnehmenden waren in der Pflege im ambulanten sowie stationären Bereich tätig und verteilten sich auf 17 verschiedenen Disziplinen des Klinikums. Von den 122 Teilnehmenden waren fünf Pfleger/innen der Ersten Hilfe nicht mehr im UKBF beschäftigt, eine externe Studentin wurde nicht in die Befragung einbezogen. Nach Abzug dieser sechs Personen wurden 116 Fragebögen an die Schulungsteilnehmenden verschickt.

Bis zum Januar 2003 lagen von 116 verschickten Fragebögen 43 beantwortete vor. Das entspricht einem Rücklauf von 37%. Auf eine Nachfassaktion wurde aufgrund von Ressourcenmangel verzichtet.

Festzustellen ist, dass die Responserate unter den Pflegekräften der Ersten Hilfe höher ist. Von den 62 geschulten Pflegekräften der Ersten Hilfe hatten 13 die Abteilung verlassen, von den verbleibenden 49 antworteten 21, das entspricht einer Rate von 42%. Insgesamt wurde knapp die Hälfte aller vorliegenden Fragebögen (19) von Pflegekräften der Ersten Hilfe beantwortet. Die Mehrzahl der Befragten hatte in den ersten beiden Jahren an einer Schulung teilgenommen. Die Schulung lag bei zwölf Erste Hilfe-Pflegekräften bereits drei Jahre zurück.

Von den 43 Befragten waren 38 (88%) Personen in der Pflege und zwei Personen im medizinisch-technischen Bereich (Radiologie) tätig, jeweils eine Person war als Angestellte, Sozialarbeiterin oder Lehrkraft im UKBF beschäftigt.

Von den befragten Pflegekräften wurde eine derzeitige Beschäftigung auf folgenden Stationen angegeben: Erste Hilfe-Station (21, 49%), Dermatologie-Poliklinik (4), Kieferchirurgie (3), Psychiatrie (2), psychiatrische Krisenintervention (2), Neurochirurgie (2). Jeweils eine Person war in der Neurologie, Geburtshilfe, Urologie und der chirurgischen Poliklinik tätig. Den Fragebogen beantworteten somit Pflegekräfte von insgesamt zwölf verschiedenen Klinikstationen.

Insgesamt nahmen 35 Frauen und zwei Männer an der Befragung teil, bei sechs Personen fehlte eine Angabe zum Geschlecht.

Nur zwei der Antwortenden waren unter 30 Jahren, die Mehrzahl (37%) der Personen (16) war zwischen 30 und 39 Jahren, 13 Personen (30%) waren zwischen 40 und 49 Jahren und älter als 50 waren zwölf Personen (28%). Insgesamt waren 25 (58%) der Befragten über 40 Jahre alt.

Die Angaben zur Länge der Berufstätigkeit zeigen, dass zwölf Personen (12,9%) zwischen sechs und zehn Jahren im UKBF beschäftigt waren, neun (20,9%) zwischen 11 und 15 Jahren, elf (25,6%) zwischen 16 und 20 Jahren, sieben (16,3%) waren 26 bis 30 Jahre, drei (7%) zwischen 21 und 25 Jahre und eine über 30 Jahre. Etwas mehr als die Hälfte (22) der antwortenden Personen war mehr als 15 Jahre im UKBF tätig.

10.6.2 Relevanz der Gewaltthematik und Kontakt mit gewaltbetroffenen Patientinnen

Befragt nach der Bedeutung des Themas „Gewalt gegen Frauen“ für das eigene berufliche Tätigkeitsfeld hielten es 28 (67%) Personen für „sehr wichtig“, 10 (24%) für „wichtig“, zwei (5%) für „weniger wichtig“ und eine (2%) für „unwichtig“. Von zwei Befragten lagen hierzu keine Angaben vor. Als „weniger wichtig“ wurde das Thema von zwei Pflegekräften aus der Ersten Hilfe-Station und als „unwichtig“ von einer Pflegekraft aus der chirurgischen Poliklinik eingeschätzt worden.

Zur Häufigkeit des Kontakts mit gewaltbetroffenen Patientinnen im beruflichen Alltag wurden folgenden Angaben gemacht:

Tabelle 10.6-1: Kontakt mit gewaltbetroffenen Patientinnen (n=43)

Frage	oft	manchmal	selten	nie
Kontakt mit gewaltbetroffenen Patientinnen	7 (16,3%)	23 (53,5%)	9 (20,9%)	4 (9,3%)

Differenziert nach dem Beschäftigungsfeld der Befragten zeigte sich, dass alle Pflegekräfte aus dem Ersten Hilfe-Bereich Kontakt gehabt hatten: 13 Pflegenden gaben „manchmal“ an, jeweils vier „oft“ bzw. „selten“. Ebenfalls mit „oft“ antworteten zwei in der Radiologie Beschäftigte (MTA). Keinen Kontakt hatten eine Person aus der chirurgischen und zwei aus der dermatologischen Poliklinik sowie eine aus dem Nichtpflegebereich.

10.6.3 Angewendete Interventionsschritten

Ein Teil des Fragebogens widmete sich den angewendeten Interventionsschritten. Gefragt wurde, wie häufig einzelne Schritte der Intervention durchgeführt wurden.

Tabelle 10.6–2: Angewendete Interventionsschritte

Frage	oft	manchmal	selten	nie
Dokumentationsbogen ausgefüllt (n=41)	4 (9,8%)	10 (24,4%)	8 (19,5%)	8 (19,5%)
Ärzte zum Ausfüllen des Dokumentationsbogens veranlasst (n=41)	8 (19,5%)	7 (17,1%)	4 (9,8%)	4 (9,8%)
Schutzbedürfnis der Patientin abgeklärt (n=42)	10 (23,8%)	15 (35,7%)	8 (19,0%)	8 (19,0%)
Über Hilfsangebote informiert (n=43)	14 (32,6%)	14 (32,6%)	10 (23,3%)	10 (23,3%)
Kontakt zu Hilfseinrichtungen hergestellt (n=41)	3 (7,3%)	10 (24,4%)	9 (22,0%)	9 (22,0%)

Auf die Frage nach dem Ausfüllen des Dokumentationsbogens gaben 22 von 41 Antwortenden an, den Bogen ausgefüllt zu haben: zehn „manchmal“ (24,4%), acht „selten“ (19,5%), vier „oft“ (9,8%) und 19 „nie“ (46,3%). Der Dokumentationsbogen war ausschließlich auf der Ersten Hilfe-Station und der Kieferchirurgie angewendet worden. Nur zwei Personen aus dem Ersten Hilfe-Bereich gaben an, „nie“ den Bogen ausgefüllt zu haben.

Um zu erfahren, ob Pflegekräfte, wenn sie selbst keine Dokumentationen ausgefüllt hatten, Ärzte dazu veranlassten, wurde gefragt, wie häufig ärztliche Mitarbeiter/innen zum Ausfüllen des Dokumentationsbogens angesprochen wurden. Demnach hatten acht Personen „oft“ (19,5%), sieben „manchmal“ (17,1%), vier „selten“ (9,8%) und 22 Personen „nie“ (53,7%) einen Arzt oder eine Ärztin veranlasst, den Bogen auszufüllen. In zwei Fällen lagen zu dieser Frage keine Angaben vor.

Auf die Frage, ob sie das Schutzbedürfnis einer gewaltbetroffenen Patientin abgeklärt hätten, antworteten zehn Befragte mit „oft“ (23,8%), 15 mit „manchmal“ (35,7%), acht mit „selten“ (19,0%) und neun mit „nie“ (21,4%). In einem Fall lag keine Antwort vor. Eine Klärung des Schutzbedürfnisses erfolgte sowohl durch Pflegekräfte der Ersten Hilfe als auch von anderen Stationen wie der Kieferchirurgie, Krisenintervention, Neurochirurgie, Dermatologie und Radiologie sowie von einer Lehrkraft der Pflegeschule.

Je 14 Befragte hatten betroffene Patientinnen „oft“ bzw. „manchmal“ über Hilfsangebote und -einrichtungen informiert (32,6%), zehn „selten“ (23,3%) und fünf „nie“ (11,6%). Alle Befragten der Ersten Hilfe hatten Informationen weitergegeben: zehn „oft“, sieben „manchmal“ und vier „selten“.

Zu den am häufigsten angegebenen Interventionsschritten gehörte das Vermitteln an weiterführende Unterstützungseinrichtungen. Einen Kontakt zu einer Hilfseinrichtung für gewaltbetroffene Patientinnen hergestellt hatten zehn Personen „manchmal“ (24,4%), neun „selten“ (22,0%), drei „oft“ (7,3%) und 19 „nie“ (46,3%). Insgesamt hatten 17 Erste Hilfe-Pflegekräfte Unterstützungseinrichtung kontaktiert, darüber hinaus wurden von Personen aus der psychiatrischen Krisenintervention je einmal „oft“ bzw. „manchmal“ und von einer Pflegekraft aus der Kieferchirurgie einmal „manchmal“ angegeben.

10.6.4 Vorstellbare Interventionsschritte bei vermutetem Gewalthintergrund

Die Schulungsteilnehmenden wurden befragt, was sie unternehmen, wenn sie bei einer Patientin Gewalterfahrungen als Ursache für Gesundheitsprobleme vermuten. Als mögliche Antworten waren vorgegeben: „die Patientin auf mögliche Gewalterfahrungen ansprechen“, „dem Arzt/der Ärztin einen Hinweis geben“, „der Patientin Informationsmaterial (Notfallkarte) aushändigen“ oder „nichts weiter unternehmen“. Die Befragten gaben folgende Antworten, die angesichts von Mehrfachnennungen nach ihrer Häufigkeit aufgelistet sind:

Tabelle 10.6–3: Beabsichtigte Interventionsschritte bei vermuteter Gewalterfahrung der Patientin

Maßnahme	Rang	Nennung
Weitergabe von Informationsmaterial (n=42)	1	38 (88,4%)
Hinweis an Arzt/Ärztin(n=42)	2	36 (83,7%)
Ansprechen der Patientin(n=42)	3	33 (76,7%)
Nichts weiter unternehmen(n=42)	4	1 (2,3%)

Die Mehrzahl der Befragten (alle 21 Befragten der Ersten Hilfe) würden Informationsmaterialien – wie die Notfallkarte – an die Patientin weiterreichen. 36 Personen (darunter 17 Angaben aus dem Ersten Hilfebereich) würden den ärztlichen Mitarbeiter/innen auf ihre Vermutung hinweisen. An dritter Stelle steht mit 33 Nennungen das Ansprechen der Patientin auf einen möglichen Gewalthintergrund. Eine andere Rangfolge ergibt sich bei Betrachtung der Angaben der 21 Pflegekräfte der Ersten Hilfe: 19 würden im Verdachtsfall eher selbst die Patientin ansprechen, 17 einen Hinweis an den Arzt/die Ärztin geben und nur eine gibt an, nichts weiter zu unternehmen, als Informationsmaterial an die Patientin zu vergeben.

10.6.5 Barrieren für das Ansprechen von Patientinnen auf Gewalterfahrungen

Die Teilnehmenden wurden gefragt, was sie hindern würde, Patientinnen auf Gewalterfahrungen anzusprechen. Um zu erfahren, wo am ehesten Barrieren liegen, wurde nach Unsicherheiten in Bezug auf die Patientin, in Bezug auf sich selbst als geeignete Gesprächsperson, der eigenen Möglichkeit zu helfen sowie der vermuteten psychischen Belastung der Patientin gefragt. Strukturelle Zeitgründe oder die Verortung des Problems als Privatangelegenheiten waren als weitere Antwortmöglichkeiten für ein Nichtthematisieren vorgegeben. Folgende Übersicht zeigt die Reihenfolge der Hinderungsgründe (Mehrfachnennungen):

Tabelle 10.6–4: Hinderungsgründe für das Ansprechen von Patientinnen auf Gewalterfahrung (n=42)

Hinderungsgründe	Rang	Nennung
Zu wenig Zeit	1	12 (27,9%)
Unsicher, ob Patientin gefragt werden möchte	2	11(25,6%)
Unsicher, ob ich geeignet bin	3	9 (20,9%)
Unsicher, welche psychischen Belastungen bei der Patientin ausgelöst werden	4	8 (18,6%)
Unsicher, ob ich helfen kann	5	3 (7,0%)
Privatangelegenheit der Patientin	–	0

Bei der Frage nach den Hinderungsgründen für das Ansprechen von Gewalt stand die Angabe „zu wenig Zeit“ an erster Stelle. Sie wurde ausschließlich von Personen genannt, die den Kontakt mit gewaltbetroffenen Patientinnen mit „oft“ oder „manchmal“ angegeben hatten, bzw. von neun Mitarbeiter/innen aus dem Pflegebereich. Aus der Ersten Hilfe machten elf von 22 zu dieser Frage Angaben: drei Personen waren sich unsicher, ob die Patientin gefragt werden möchte, jeweils vier gaben an unsicher zu sein, ob sie die geeignete Ansprechperson seien bzw. ob ein Ansprechen zu einer stärkeren psychischen Belastungen der Patientin führen könne.

Werden die Antworten zu dieser Frage in Relation zu den Angaben des Kontakts mit gewaltbetroffenen Patientinnen gesetzt, so zeigt sich, dass die Personen, die sich unsicher waren, ob die Patientin gefragt werden wollte, auch nur „manchmal“ oder „selten“ (je vier Nennungen) Kontakt gehabt hatten. Es kann hier von einer Verhaltensunsicherheit durch geringe Erfahrung mit dem Problem ausgegangen werden.

Bei Betrachtung der Anzahl der Antworten fällt auf, dass insgesamt nur wenige Angaben zu dieser Frage gemacht wurden. Offenbar werden in der eigenen Wahrnehmung grundsätzlich kaum Hinderungsgründe für ein Ansprechen der Gewaltthematik gesehen. Dies wird besonders deutlich bei der offenen Antwortmöglichkeit: Insgesamt antworten zehn Personen auf die Möglichkeit „anderes“.

Fünf Personen zeigen in ihren Kommentaren, dass es für sie keine Hinderungsgründe für das Ansprechen von Gewalterfahrungen gibt. („Ich spreche es an“; „Ich spreche es immer an“; „Kein Problem“; „Mich hindert gar nichts“). Eine weitere Person ist ihrer Meinung nach noch nicht in der Situation gewesen.

Weitere fünf Antworten beziehen sich auf problematische Aspekte: eine Person nennt „Angst vor z.B. heftigen Reaktionen“, Unsicherheit in der Gesprächsführung gibt eine weitere Person an („Wie ansprechen?“), als problematisch empfindet ein Pfleger seine Rolle als Mann („Frauen sehen mich (als Mann) oft als Gleichgesinnte des Partners“) und eine Pflegerin problematisiert den mangelnden Kontakt zu Patientinnen auf der internistischen Abteilung der Ersten Hilfe Station („Gefühl des Nichtkontaktes mit der Patientin (Innere Abteilung)“).

10.6.6 Schulungseffekte im Hinblick auf Wissen, Haltung, Kompetenz

Auf die Frage, welche Veränderungen die Fortbildung bei den Teilnehmenden im Umgang mit dem Thema „Gewalt gegen Frauen“ bewirkt habe, zeigten sich folgende Einschätzungen (Mehrfachnennungen):

Tabelle 10.6–5: Schulungseffekte hinsichtlich der Gewaltthematik (n=43)

Schulungseffekte	Rang	Nennung
Besser informiert	1	37 (86,0%)
Aufmerksamer geworden	2	36 (83,7%)
Kann Informationen weitergeben	3	34 (79,1%)
Höhere Gesprächssicherheit	4	23 (53,5%)

Die Schulungen hatten nach Angaben der Befragten zu größerer Informiertheit (86%) und höherer Aufmerksamkeit (84%) geführt. Hoch bewertet wurde mit 79% die Möglichkeit, Informationen weitergeben zu können. Gut die Hälfte der Antwortenden gab eine höhere Gesprächssicherheit an. Die Antwortvorgabe „war bereits gut informiert“, „kann ich nicht sagen“, „nein, eher nicht“ wurde von keinem Befragten genannt. In einem Fall wurde von einer Pflegekraft unter der offenen Frage „anderes“ angegeben, dass sie „S.I.G.N.A.L. als Auslöser“ betrachtet und „das Thema öfter anspricht“.

Bei den Pflegekräften der Ersten Hilfe zeigte sich eine andere Rangfolge, die insgesamt auf mehr Handlungssicherheit hindeutet: „Kann Informationen weitergeben“ wurden von 19 Personen (90%) der 21 Antwortenden genannt, jeweils 15 (71%) gaben an, durch die Schulungen „aufmerksamer“ und besser „informiert“ zu sein, 13 (62%) schätzten eine höhere Gesprächssicherheit.

10.6.7 Interesse an weiteren Fortbildungen

Die Teilnehmenden wurden nach weiterem Bedarf und Interesse an Schulungen befragt. Von den Antwortenden haben insgesamt 60% Interesse an weiteren Fortbildungen. Angesichts der Mehrfachantworten zeigt sich, dass der größte Bedarf bei der Vermittlung von Kompetenzen zur Gesprächsführung mit gewaltbetroffenen Patientinnen besteht.

Tabelle 10.6–6: Fortbildungsbedarf

Fortbildungsbedarf	Rang	Nennung
Zur Gesprächsführung	1	26 (60,5%)
Erkennen von gewaltbedingten Verletzungen u. Beschwerden	2	21 (48,8%)
Abklären der Gefährdungssituation	3	15 (34,9%)
Informationen zu weiteren Unterstützungsangeboten	3	15 (34,9%)
Dokumentation	4	10 (23,3%)

Auf die offene Frage nach „Anderes“ wurde von einer Person der Wunsch geäußert, etwas über „Wege aus der Gewalt“ zu erfahren.

Bezogen auf die einzelnen Stationen zeigt sich, dass ein hoher Fortbildungsbedarf zur Gesprächsführung auf der Ersten Hilfe-Station (13) und in der Kieferchirurgie (3) besteht, je zwei Nennungen kommen von Befragten aus der Neurochirurgie, Dermatologie, Radiologie und je eine aus der Psychiatrie, Geburtshilfe, Urologie und der Verwaltung.

Nahezu die Hälfte der Pflegekräfte aus der Ersten Hilfe (10 von 22) wünschen eine weitere Fortbildung zum Erkennen gewaltbedingter Verletzungen und Beschwerden, das Interesse besteht auch bei zwei Beschäftigten der Radiologie und der dermatologischen Poliklinik.

Zur Abklärung der Gefährdungssituation von Patientinnen wird von den Mitarbeiter/innen der Ersten Hilfe das stärkste Interesse geäußert (9), gefolgt von Pflegenden der dermatologischen Poliklinik (3). Mehr über Unterstützungsangebote möchten sechs Befragte aus der Ersten Hilfe, drei Personen aus der Dermatologie, zwei Personen aus der Kieferchirurgie erfahren.

Den Wunsch nach einer Fortbildung zur Dokumentation äußerte nur eine einzige Pflegekraft aus der Ersten Hilfe. Das größte Interesse bestand hier mit drei Angaben aus der dermatologischen Poliklinik.

10.6.8 Anmerkungen zum S.I.G.N.A.L.-Projekt

In einem freien Text wurden folgende Anmerkungen und Anregungen zum S.I.G.N.A.L.-Interventionsprojekt festgehalten:

Kritische Anmerkungen

- „Ich hatte bei der Fortbildung als einziger Mann anfangs das Gefühl ein Fremdkörper zu sein.“
- „Ärztliches Personal ist viel zu wenig informiert bzw. hat gar nicht an Fortbildungen teilgenommen.“ (Erste Hilfe/Notaufnahme)
- „Ärgerlich, dass uns S.I.G.N.A.L. aufgezwungen wurde, ohne uns (Pflege) vorher zu fragen, zusätzliche Arbeitsbelastung. Nichts gegen das Projekt an sich.“ (Erste Hilfe/Notaufnahme).

Positive Anmerkungen

- „Gewalt gegen Frauen ist ein wichtiges Thema, für das alle sensibilisiert werden müssen.“ (Psychiatrie)
- „Das Projekt sollte weiter geführt bzw. ausgebaut werden.“ (Dermatologie)
- „Die Fortbildung hat mein Selbstverständnis gestärkt, versuche es an meine Tochter (19 Jahre) weiter zu geben.“ (chirurgische Poliklinik)

Vorschläge und Anregungen

- „Verständnis für Patientin, die nicht mit Trauma konfrontiert werden wollen, deshalb besser, wenn Infomaterial beiläufig mitgegeben wird.“ (Erste Hilfe/Notaufnahmeambulanz)
- „Es sollte eine ständig eingerichtete Stelle im UKBF geben, wie z.B. BIG.“ (Erste Hilfe/Notaufnahmeambulanz)

- „Ständige Verfügbarkeit von Notfallkarten wäre gut.“ (Neurochirurgie)
- „Noch mehr Öffentlichkeitsarbeit.“ (Urologie)
- „Mitarbeiter auf Station müssen mehr angesprochen und mit dem Thema konfrontiert werden, es herrscht noch oft Befangenheit.“ (Kieferchirurgie)

10.6.9 Einschätzung zur Bedeutung des Projekts

Zwei Drittel (29) der Antwortenden, erachten das S.I.G.N.A.L.-Projekt für sehr wichtig und ein Drittel (14) halten es für wichtig, das heißt, alle Antwortenden stehen dem Projekt positiv gegenüber. Der Fragebogen wurde damit ausschließlich von Personen ausgefüllt, die das S.I.G.N.A.L.-Projekt als wichtig und bedeutend ansehen. Angesichts des hohen Anteils der Schulungsteilnehmer/innen, die die Befragung nicht beantworteten, wäre gerade ihre Einstellung zum Projekt aufschlussreich. Unklar ist, ob aus diesem Antwortverhalten der Umkehrschluss gezogen werden kann, dass die Schulungsteilnehmer/innen, die den Fragebogen nicht beantworteten, eine negative Einstellung zum Projekt haben. Hierzu liegen keine Anhaltspunkte vor. Klinikintern gilt der Rücklauf mit 37% (ohne zweites Anschreiben) als überdurchschnittlich hoch.

10.6.10 Zusammenfassung

Alle Befragten finden sowohl die Gewaltthematik wie das Interventionsprojekt „wichtig“ oder „sehr wichtig“. Somit liegen keine Rückmeldungen von Schulungsteilnehmerinnen vor, die dem Projekt kritisch gegenüber stehen oder es ablehnen. Zu beachten ist bei der Darstellung der Ergebnisse, dass insgesamt nur ein kleiner Ausschnitt der Einschätzungen der Pflegenden wiedergegeben wird. Die Antworten deuten auf einen (positiven) Verzerrungseffekt, da alle Teilnehmer/innen das Projekt in hohem Maße akzeptieren.

Kontakt mit der Zielgruppe gewaltbetroffener Patientinnen gaben alle Antwortenden aus der Ersten Hilfe an, 53% schätzten „manchmal“, 21% „selten“ und 16% „oft“ Kontakt mit gewaltbetroffenen Patientinnen gehabt zu haben.

Der Dokumentationsbogen ist hauptsächlich in der Ersten Hilfe-Station zur Anwendung gekommen. Darüber hinaus hatten Beschäftigte der Kieferchirurgie den Bogen ausgefüllt. Pflegende hatten häufiger Ärzte/innen zum Ausfüllen veranlasst, als dass sie selbst die Dokumentation durchgeführt hatten.

Zu den Wirkungen der Schulung gaben die Befragten an, sich besser informiert zu fühlen, aufmerksamer gegenüber der Gewaltproblematik zu sein und sich in der Lage zu sehen, gewaltbetroffene Patientinnen über weiterführende Hilfsangebote zu informieren. Aber nur gut die Hälfte der Befragten fühlte sich sicherer, ein Gespräch mit gewaltbetroffenen Patientinnen zu führen.

Zu den Faktoren, die Pflegende am ehesten hindern würden, Patientinnen auf mögliche Gewalterfahrungen anzusprechen, gehört der Mangel an Zeit, an zweiter Stelle wurde die Unsicherheit genannt, ob die Patientin wünscht, gefragt zu werden.

Zur Anwendung einzelner Interventionsschritte stand an erster Stelle die Aufklärung über weitere Unterstützungs- und Hilfsangebote, als nächste das Abklären der Sicherheit und des Schutzes der Patientin. Seltener war es dazu gekommen, dass ein Dokumentationsbogen ausgefüllt wurde. Beschäftigte der Ersten Hilfe scheinen insgesamt über mehr Handlungssicherheit zu verfügen als Pflegende anderer Stationen.

Hinsichtlich des Fortbildungsbedarfs rangiert der Wunsch nach Gesprächsführung an erster Stelle. An zweiter Stelle wurde das Interesse genannt, mehr Hinweise zum Erkennen gewaltbedingter Gesundheitsfolgen zu erhalten. Die rechtsmedizinischen Fortbildungen sind somit auch auf Schulungen für Pflegekräfte auszuweiten.

11 Fortbildungen für die Ärzteschaft

11.1 Stand der Fortbildungen zu Beginn der wissenschaftlichen Begleitung

Ärzte und Ärztinnen hatten bis zum Frühjahr 2000 nicht an den zweitägigen Basisschulungen teilgenommen. Im Gegensatz zu Pflegekräften gab es keine Regelung, die es Ärzten/innen ermöglichte, für eine Teilnahme freigestellt zu werden. Das S.I.G.N.A.L.-Projekt war der Ärzteschaft von einer externen Mitarbeiterin der Projektgruppe vorgestellt und im Prinzip begrüßt worden. Angesichts der hohen zeitlichen Belastung, den fehlenden Anreizsystemen für eine Teilnahme an einer Fortbildung zur Thematik „Häusliche Gewalt“ und dem hohen Arbeits- und Qualifikationsdruck an einer Universitätsklinik blieb trotz unterschiedlicher Interessensbekundung eine Teilnahme an der Basisschulung aus.

Die Tatsache, dass keine Person aus dem ärztlichen Bereich an den zweitägigen Schulungen teilnahm, führte zu hoher Unzufriedenheit unter den Pflegekräften (vgl. Protokoll der Vor-Ort-Gruppe August 2000), die sich für die Umsetzung des Interventionsprojekts allein verantwortlich fühlten. Diskussionen und Überlegungen in der Projektsteuerungsgruppe zeigten, dass ohne eine Einbindung der ärztlichen Mitarbeiter/innen die Zielsetzung des Interventionsprojekts in Frage gestellt wurde. Im Zusammenhang mit der Dokumentation von Verletzungsfolgen ist eine Mitarbeit der ärztlichen Kollegen/innen unverzichtbar.

Auf diesem Hintergrund war nach Wegen zu suchen, die eine Einbindung der Ärzteschaft in das Projekt und die Fortbildungen möglich machten.

11.2 Erhebung des Fortbildungsbedarfs

11.2.1 Übersicht

Um Informationen zu den Hintergründen für die fehlende Teilnahme an Basisschulungen, die Haltung der Ärzte/innen gegenüber der Gewaltthematik sowie Daten zum Fortbildungsbedarf und -rahmen zu erhalten, erfolgten folgende Datenerhebungen:

- eine standardisierte, anonyme, schriftliche Befragung von 105 Ärzten/innen im Dienst der Ersten Hilfe (n=38, Response 36%, im Juni/Juli 2000, s. Kap. 11.2.2)
- qualitative Befragung von ärztlichen Experten/innen mittels einem offenen Leitfadenterview zum Bedarf nach Fortbildungen, zu den bisherigen Erfahrungen in der Behandlung und Unterstützung von gewaltbetroffenen Patientinnen und zu zeitlichen Möglichkeiten der Teilnahme an Fortbildungen (n=4, Mai 2001)

Mit der schriftlichen Befragung sollten erste Einblicke in die Erfahrungen, subjektiven Einstellungen und Einschätzung der Ärzteschaft gegenüber der Problematik und dem Interventionsprojekt gewonnen sowie Daten zu Fortbildungsbedürfnissen für die Konzeption spezifischer Schulungen ermittelt werden.

In einem weiteren Erhebungsschritt erfolgten Experteninterviews mit Ärzten/innen der Ersten Hilfe. Es sollten Kenntnisse zu einem geeigneten Fortbildungskonzept und Informationen zur Einstellung und Umsetzungsmöglichkeiten des S.I.G.N.A.L.-Interventionsprojekts seitens der ärztlichen Mitarbeiter/innen gewonnen werden.

Der Leitfragen beinhaltete folgende Themen:

- Bekanntheit des S.I.G.N.A.L.-Interventionsprojekts
- Haltung gegenüber der Gewaltthematik
- Wahrnehmung von häuslicher Gewalt in der Praxis und Umgang mit gewaltbetroffenen Patientinnen, Verbesserung der Versorgung
- Möglichkeiten der Diagnostik (Differenzierungen von ICD-10) und Dokumentation von häuslicher Gewalt

- Einstellung zu Interventionsmöglichkeiten
- Verbesserungsmöglichkeiten aus ärztlicher Sicht
- Mitarbeit bei der Umsetzung von S.I.G.N.A.L.
- Interessen und Hürden gegenüber Fortbildungen.

Es wurden insgesamt vier Experten/innen der Ersten Hilfe/Notaufnahme – jeweils ein Arzt und eine Ärztin auf der Chirurgischen und der Inneren Abteilung – befragt. Die Befragten waren zwischen fünf bis 20 Jahre im UKBF tätig und in leitender Position bzw. als Assistenzärzte/innen beschäftigt.

11.2.2 Ergebnisse der quantitative Ärztebefragung zum Fortbildungsbedarf

11.2.2.1 Studienpopulation

Im Juli 2000 wurde eine standardisierte, anonyme Befragung unter allen Ärzten/innen durchgeführt, die fest in der Ersten Hilfe/Aufnahme des UKBF beschäftigt oder dort im Juni 2000 im Bereitschaftsdienst tätig waren. Von den 105 angeschriebenen Ärzten/innen (36 Frauen; 69 Männer) antworteten bis zum September 38 Personen. Der Response beträgt insgesamt 36% (44% der angeschriebenen Frauen, 30% der angeschriebenen Männer).

Es antworteten 16 Frauen und 21 Männer, eine Person machte keine Angaben zum Geschlecht. Das Alter der Antwortenden lag zu zwei Drittel zwischen 30 und 39 Jahre (65,8%), nur zwei Personen waren zwischen 40 und 49 Jahren alt. Neun Ärzte sowie neun Ärztinnen arbeiteten seit weniger als fünf Jahren in ihrem Beruf (47,2%), 13 seit 5 bis 10 Jahren (6 Frauen, 7 Männer). Zwei Ärzte nahmen eine leitende Stellung ein. 32 Antwortende gaben an, in welcher Abteilung des UKBF sie beschäftigt waren: Sieben Personen (21,9%) waren in der Inneren Abteilung der Medizinischen Klinik, fünf (15,6%) in der Chirurgie, vier (12,5%) in der Hals-Nasen-Ohren-Abteilung, drei (9,4%) in der Neurologie und je zwei (6,2%) in der Gynäkologie, Augenklinik, Anästhesie und Neurochirurgie und je eine Person (3,1%) in der Mikrobiologie, der Urologie sowie der Kinderklinik tätig.

11.2.2.2 Kenntnis des S.I.G.N.A.L.-Interventionsprojekts

Den Befragten war zu 57,9% (22) das S.I.G.N.A.L.-Projekt bekannt. Die Kategorie Geschlecht war bei den Antwortenden gleich verteilt. Zehn dieser Personen fühlten sich „gut informiert“ und zwölf hatten von dem Projekt gehört. 15 Ärzten/innen (39,5%) war S.I.G.N.A.L. „nicht bekannt“. Diejenigen, die das S.I.G.N.A.L.-Projekt kannten, waren zu 39% von Kollegen/innen, zu 32% von S.I.G.N.A.L.-Mitarbeiterinnen und zu 29% durch Aushänge informiert worden.

Zehn Ärztinnen und sieben Ärzte wünschten sich weitere Informationen über das Projekt. Zur Kontaktaufnahme gaben sieben Personen eine Adresse oder Email an. Es zeigte sich kein Zusammenhang zwischen dem Wissen um S.I.G.N.A.L. und dem Wunsch nach weiteren Informationen. Unter den 18 Personen, die keine weiteren Informationen über S.I.G.N.A.L. wünschten, waren fünf Frauen und 13 Männer.

Eine Mitarbeit bei der Weiterentwicklung von S.I.G.N.A.L. konnten sich zwei Ärztinnen vorstellen, sieben „wissen es noch nicht“ – davon fünf Männer und zwei Frauen. Die Mehrheit (71,0%, 27) lehnte eine aktive Mitarbeit ab.

11.2.2.3 Einschätzung der Gewaltprävalenz unter den Patientinnen der Ersten Hilfe

Die Hälfte der Ärzte/innen (55,3%, 21) schätzte den Anteil von Frauen, die aufgrund von akuter Gewalterfahrungen die Erste Hilfe-Station aufsuchten, auf unter 5% (davon zehn Personen unter 2% und elf Personen zwischen 2% bis unter 5%). Acht Ärzte/innen gingen von einem Anteil von 5% bis 10% aus und sechs von über 10%. Es zeigte sich, dass Ärztinnen die Akut-Prävalenz durchgehend höher einschätzten als ihre männlichen Kollegen. Mehr als die Hälfte der Frauen (9) nannte Werte von 5% und mehr, Ärzte schätzten diesen hohen Wert nur zu 26,3%. Eine Prävalenz von unter 5% nannten 73,6% der Männer und 43,8% der Frauen. Nach dem Anteil von Frauen mit Gewalterfahrung unter den Patientinnen gefragt, die in den Polikliniken oder auf den Stationen behandelt wurden, in denen sie

selbst beschäftigt waren, ergab sich folgendes Bild: Fast 60% der Antwortenden schätzten den Anteil von Patientinnen mit Gewalterfahrung auf unter 2%. Auch hier zeigte sich, dass Frauen von einer höheren Prävalenz ausgingen. So dachten immerhin 40% der Ärztinnen und nur 9,5% der Ärzte, dass der Anteil misshandelter Frauen unter den eigenen Patientinnen bei 5% und höher liege. Insgesamt wurde im Tätigkeitsbereich der stationären Behandlung/Poliklinik der Anteil von Patientinnen mit Gewalterfahrungen niedriger eingeschätzt als für die Erste Hilfe.

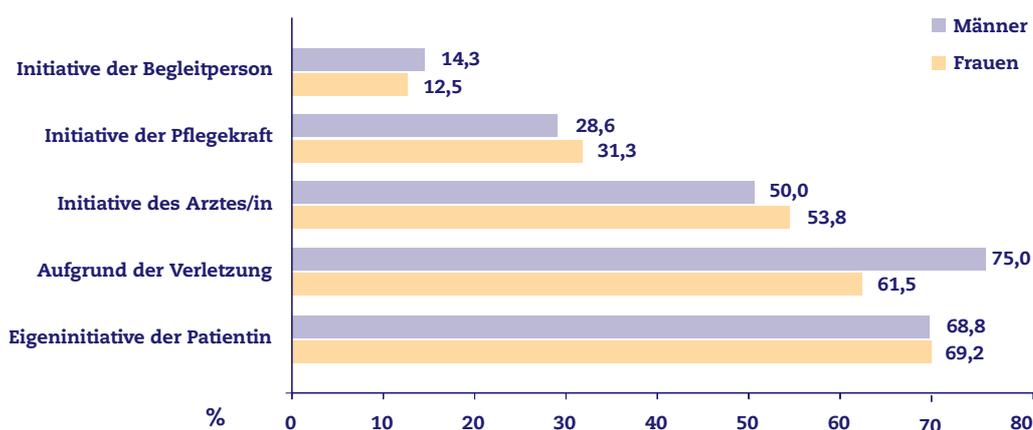
11.2.2.4 Relevanz der Problematik und Kontakt mit gewaltbetroffenen Patientinnen

Die Mehrheit der Befragten (73,7%, 28) hatte im Rahmen der Behandlung bereits Kontakt mit gewaltbetroffenen Frauen gehabt. Jedoch glaubten immerhin sieben Personen (davon drei Frauen), noch nie mit einer misshandelten Patientin konfrontiert worden zu sein. Unsicher waren sich zwei Personen.

Von den 30 Ärzten/innen, die bereits Kontakt hatten oder sich unsicher waren, gaben zwölf (40,0%) an, regelmäßig mit den Patientinnen über die erlebte Gewalt gesprochen zu haben. 16 Ärzte/innen taten dies manchmal, eine Person hatte noch nie mit einer Patientin über Gewalt als Ursache für die Verletzungen oder Beschwerden gesprochen.

Kam es zu einem Gespräch mit der Patientin, erfolgten diese mehrheitlich durch die Eigeninitiative der Frau oder weil die Verletzungen auf Gewalt hinwiesen (je 20 Nennungen). Immerhin gaben 15 der Ärzte/innen an, dass sie selbst Gewalt als mögliche Ursache ansprechen würden. Geschlechtsspezifische Unterschiede zeigten sich hier weniger deutlich.

Tabelle 11.2–1: Zustandekommen eines Gesprächs über erlebte Gewalt mit der Patientin in %



Eine gezielte Versorgung und Unterstützung von Frauen mit Gewalterfahrung hielten bis auf einen Arzt alle Befragten für „wichtig“: 13 Frauen und zwölf Männer dachten, dass es „sehr wichtig“ sei und drei Frauen sowie acht Männer hielten es für wichtig.

11.2.2.5 Interventionsbarrieren

Sowohl strukturell-organisatorische als auch fachlich oder individuelle Barrieren würden nach Meinung der Befragten eine gezielte Unterstützung und Versorgung be- oder verhindern. Die Mehrheit der Frauen und Männer gaben Zeitmangel als Hinderungsgrund an. Männer waren sich häufig nicht sicher, ob sie eine geeignete Gesprächsperson wären. Als drittes Kriterium wurde die Arbeitsüberlastung genannt.

Tabelle 11.2-2: Interventionsbarrieren in % (n=37, 16 Frauen, 21 Männer)



11.2.2.6 Fortbildungsbedarf

Einer Fortbildung zur Verbesserung der medizinischen Versorgung für Frauen mit Gewalterfahrung stand die Mehrheit der Befragten positiv gegenüber. Der überwiegende Anteil (26, 68,4%) hielt eine entsprechende Fortbildung für „bedeutsam“. Insbesondere Ärztinnen schätzten sie sogar als „sehr bedeutsam“ für sich ein. Keine der befragten Personen hielt eine Fortbildung für „unbedeutend“.

Jedoch würden nur drei Frauen und zwei Männer „auf jeden Fall“ an einer entsprechenden Fortbildung teilnehmen. Termin sowie Dauer einer Fortbildung würden im Hinblick auf eine potentielle Teilnahme für die überwiegende Mehrheit eine wichtige Rolle spielen. Die Anzahl derjenigen, die „auf keinen Fall“ an einer Fortbildung teilnehmen würden, war sehr gering und verteilte sich auf zwei Frauen und einen Mann.

11.2.2.7 Fortbildungswünsche

Die Präferenzen hinsichtlich des zeitlichen wie auch des organisatorischen Rahmens für eine Fortbildung waren uneinheitlich. Es zeigte sich, dass kürzere Fortbildungseinheiten deutlich bevorzugt wurden. Die Hälfte der Befragten plädierte für eine 60-minütige Fortbildung, fast ein Drittel (28,9%, 11) konnte sich eine Halbtagsfortbildung vorstellen. Wurden von den Befragten selbst Vorschläge formuliert, so bewegten sich diese im Zeitrahmen von 60 Minuten bis drei Stunden. Drei Ärzte/innen schlugen mehrere ca. ein- bis zweistündige Fortbildungen vor. Im Hinblick auf den organisatorischen Rahmen sprach eine leichte Tendenz dafür, Fortbildungen innerhalb der Dienstzeit (16 Nennungen) anzubieten. Elf der Befragten (28,9%) würden eine Fortbildung außerhalb der Dienstzeit bevorzugen. 15 Personen wünschten sich eine Einbettung in die regulären Institutsfortbildungen. Fünf Befragte hielten die regulären Dienstbesprechungen für einen angemessenen Rahmen.

Fortbildungsart

In Form von Mehrfachantworten konnten die Ärzte/innen angeben, welche Fortbildungsart sie favorisieren würden. Zu 49% wurden Diskussionen an Fallbeispielen, zu 34% Vorträge und zu 17% Workshops gewünscht. Eine Koppelung von Vortrag und Diskussion an Fallbeispielen stellte sich als bevorzugtes Modell heraus. Einen Workshop konnten sich nur acht Personen vorstellen. Eine Ärztin wünschte sich explizit Rollenspiele und andere Formen praxisbezogenen Lernens.

Fortbildungsteilnehmende

Die Befragten sprachen sich mehrheitlich (68,4%) für eine interdisziplinäre Zusammensetzung mit Pflegekräften und Sozialdienstmitarbeiter/innen aus (26 Personen). Nur drei Personen wünschten sich eine Schulung ausschließlich für die Ärzteschaft. Über 80% (32 Personen) wünschten sich eine stationsübergreifende Fortbildung oder standen dieser Option neutral gegenüber.

Fortbildungsinhalte

Mit der Frage, was im ärztlichen Alltag hilfreich für eine gezielte Unterstützung und Versorgung von Frauen mit Gewalterfahrungen sein könnte, konnten gewünschte Fortbildungsinhalte abgeleitet werden. Mehrfachnennungen waren möglich. Am häufigsten wurden „Informationen über Beratungsstellen, Zufluchtseinrichtungen und andere Hilfsangebote“ genannt (33 Nennungen), gefolgt von einem „Handlungsleitfaden“ zum Umgang mit gewaltbetroffenen Patientinnen (16 Nennungen), „Informationen über Hintergründe, Ausmaß, Formen und Folgen der Gewalt gegen Frauen“ sowie „Methoden der Gesprächsführung“ (jeweils 12 Nennungen). Kooperation und Austausch mit dem klinikinternen Sozialdienst wünschten sich elf Personen und einen Vordruck für die Dokumentation hielten acht Personen für hilfreich. Supervisions- und Reflektionsangebote wurden nur von zwei Personen gewünscht. Eine Ärztin nannte unter „Sonstiges“ den Wunsch nach Informationen über Möglichkeiten der Strafverfolgung.

11.2.2.8 Zusammenfassende Bewertung

Insgesamt beteiligte sich nur eine kleine Gruppe von Ärzten/innen an der Erhebung, bei denen davon ausgegangen werden kann, dass vor allem jene Personen geantwortet haben, die dem Thema bereits interessiert oder offen gegenüber standen und die eine gezielte Versorgung für wichtig hielten. Die Ergebnisse können nur mit großer Vorsicht verallgemeinert werden. Trotz dieser Einschränkungen bezüglich der Aussagekraft der gewonnenen Erkenntnisse, bieten die vorliegenden Daten grundlegende inhaltliche und organisatorische Anregungen für die Entwicklung eines spezifischen Fortbildungsangebots für die Ärzteschaft.

Die Daten zeigen, dass viele Ärzte/innen mit gewaltbetroffenen Frauen konfrontiert sind und Gewalterfahrungen als eigenständige Problematik wahrnehmen. Eine gezielte Versorgung und Unterstützung der Frauen wird mehrheitlich für bedeutsam erachtet. Teilweise werden bereits Gespräche mit betroffenen Patientinnen über ihre Gewalterfahrung geführt. Jedoch werden diese Gespräche in der Mehrzahl der Fälle von den Frauen selbst initiiert. Die Daten geben erste Hinweise auf mögliche Ursachen für die Differenz zwischen Wahrnehmung der Problematik und konkretem Verhalten. Als Barrieren wirken vor allem Zeitmangel, Arbeitsbelastung und Unsicherheit hinsichtlich einer adäquaten Unterstützung.

Die Ergebnisse der Befragung zeigen einerseits die Bereitschaft der Ärzte/innen sich zum Thema fortbilden zu lassen und andererseits wie sehr eine potentielle Teilnahme von den konkreten Rahmenbedingungen der Fortbildung abhängig gemacht wird. Bei der Planung der Fortbildungsmodul sollte berücksichtigt werden, dass traditionelle Vermittlungs- und Lernmethoden wie Vorträge und Diskussionen an Fallbeispielen favorisiert werden. Aktive, experimentierende Methoden wie Rollenspiele werden von Ärzten/innen weniger gewünscht. Grundsätzlich präferieren die Befragten interdisziplinär zusammengesetzte Fortbildungsgruppen, die sich aus unterschiedlichen Fachrichtungen sowie Berufsgruppen zusammensetzen können. Für die inhaltliche Planung der Fortbildungen zeigt sich, dass die Ärzte/innen ein großes Bedürfnis nach praxis- und handlungsorientiertem Wissen haben. Mehrheitlich wurden Informationen über weiterführende Hilfsangebote wie Frauenhäuser, Zufluchtswohnungen, Beratungsstellen gewünscht, gefolgt von grundlegenden Informationen über Ursachen, Ausmaß, Formen und Folgen der Gewalt, Methoden der Gesprächsführung, Hinweise für eine gerichtsverwertbare Dokumentation und rechtliche Informationen. Weiter besteht ein Bedürfnis nach schriftlichen Materialien wie z.B. einem praxisorientierten Handlungsleitfaden.

Die Befragung zeigt auch das von Seiten der Ärzte/innen geäußerte Bedürfnis nach Austausch und Kooperation mit dem klinikinternen Sozialdienst. Es ist hier der Wunsch zu vermuten, dass Patientinnen mit Gewalterfahrung auf kurzem Weg an fach- und sachkompetente Berater/innen weitervermittelt werden können. US-amerikanische Erfahrungen mit Interventionsprojekten verdeutlichen, dass eine erfolgreiche Implementierung der Projekte in hohem Maß von einer tragfähigen und praxisadäquaten Vernetzung mit ex- oder internen Beratungsstellen und Anti-Gewalt-Projekten abhängt.

Durchgängig zeigen die Ergebnisse geschlechtsspezifische Unterschiede, die jedoch in Anbetracht der kleinen Fallzahl (16 Ärztinnen) nicht überbewertet werden dürfen. Die Daten verweisen darauf, dass mehr Ärztinnen über S.I.G.N.A.L. informiert sind und ein größeres Interesse an weiterführenden

Informationen formulieren. Sie schätzen das Ausmaß der Problematik höher ein als ihre männlichen Kollegen, messen einer gezielten Versorgung eine höhere Bedeutung zu und sind eher bereit, an einer Fortbildung teilzunehmen. Auffällig ist, dass Frauen eher strukturell bedingte Faktoren als Barrieren für eine gezielte Versorgung nennen (Zeitmangel/Arbeitsüberlastung) und sich seltener grundlegende Informationen über das Thema Gewalt gegen Frauen wünschen. Zwei der Frauen, aber keiner der Männer können sich eine aktive Mitarbeit bei der Weiterentwicklung von S.I.G.N.A.L vorstellen. Männer weisen in ihren Antworten eine höhere Unsicherheit im Umgang mit der Problematik auf. Von ihnen werden eher Informationen über Ursachen, Ausmaß und Formen der Gewalt nachgefragt und Zweifel formuliert, ob Hilfe von den betroffenen Frauen erwünscht wird oder sie selbst als Arzt die geeignete Person für eine Unterstützung der Frauen sind. Es ist anzunehmen, dass die festgestellten Unterschiede sowohl in der unterschiedlichen Betroffenheit von bzw. Sensibilität gegenüber Gewalterfahrungen liegen sowie in der gesellschaftlichen Verortung des Themas als Frauenproblem.

11.3 Konzept und Durchführung der Fortbildungen

11.3.1 Entwicklung des Konzepts

Die Erkenntnisse aus der Befragung von Ärzten/innen wurden in die Projektsteuerungsgruppe zurückgetragen und eine neue Fortbildungskonzeption beschlossen. Der weitere Prozess der Entwicklung eines Konzeptes und eines wirksamen Verfahrens wurde von der wissenschaftlichen Begleitforschung unterstützt und begleitet durch:

- Schwerpunktdiskussion zu Fortbildungskonzepten-, -verfahren und -erfahrungen im US-amerikanischen Raum
- Beratung der Projektsteuerungsgruppe bei der Entwicklung eines Konzepts für die Fortbildung von Ärzten/innen
- Erarbeitung von Materialien für die Fortbildung von Ärzten/innen; dieser Arbeitsschritt erfolgte vor dem Hintergrund der internationalen Literaturanalyse und vorliegender Fortbildungsmaterialien aus den USA
- Informationsgespräch mit dem ärztlichen Direktor des Klinikums zu dem Stand der Intervention und den auftretenden Schwierigkeiten
- Vortrag im Rahmen der Ausbildungskommission des Klinikums zu Möglichkeiten der Intervention gegen häusliche Gewalt und zum internationalen Stand der Integration entsprechender Fortbildungsangebote in die ärztlichen Ausbildungscurricula.

Unter Berücksichtigung der Ergebnisse der Ärztebefragung wurde im Herbst 2000 ein neues Fortbildungskonzept erarbeitet. Entwickelt wurden verschiedene Module, die folgende Themen beinhalten:

- Basiswissen zur Problematik der häuslichen Gewalt (Ausmaß, Formen und Dynamik)
- internationaler Forschungsstand zu gesundheitlichen Folgen der Gewalt (nach fachspezifischen Gesichtspunkten)
- Konzepte und Erfahrungen US-amerikanischer Interventionskonzepte gegen Gewalt im Rahmen der medizinischen Versorgung
- Zielsetzung und Grundlagen des S.I.G.N.A.L.-Interventionsprojekts
- Informationen über Angebote der Berliner Frauenhäuser, Beratungsstellen und der BIG-Hotline sowie Möglichkeiten der Kooperation mit den Einrichtungen
- Möglichkeiten der praktischen Umsetzung der Intervention und Anwendung der vorhandenen Materialien und Angebote.

Die Fortbildungen wurden im Rahmen der Institutsfortbildungen durchgeführt. Es wurden drei Module unterschiedlichen zeitlichen Umfangs mit folgendem Inhalt und folgender Zielsetzung angeboten:

Modul 1

- Erkennen von Gewalt (Definition, Formen und Ausmaß der Gewalt, Dynamik in Gewaltbeziehungen)
- Gesundheitliche Auswirkungen von Gewalt (Prävalenz, Epidemiologie, Kosten)
- Umgang mit Opfern häuslicher Gewalt (Vermeidung von Retraumatisierung, Gefährdung durch den Täter, Schutz).

Modul 2

- Nutzung von Präventions- und Interventionsmöglichkeiten innerhalb der Gesundheitsversorgung (internationale Erkenntnisse)
- Vorstellung der S.I.G.N.A.L.-Interventionsschritte (Erkennen, Befragen nach Gewalt, Intervention, Dokumentation, Sicherheitsplanung)
- Vorstellung des internen und regionalen Unterstützungs- und Hilfeangebots.

Modul 3

- Rechtsmedizinische Aspekte (Erkennen von gewaltbedingten Verletzungen)
- Berufsrechtliche Hinweise (Aufzeigen des rechtlichen Handlungsspektrums).

Das Konzept der Institutsfortbildungen für Ärzte/innen setzte im Gegensatz zu den zweitägigen Schulungen der Pflegenden auf kognitive Lernprozesse. Angesichts der engen zeitlichen Begrenzung beruhte die Fortbildung auf einem „Input“ von Information zu Formen und Prävalenz häuslicher Gewalt, gesundheitlicher Folgen und Interventionsmöglichkeiten. Ziel der Fortbildung war die Sensibilisierung der ärztlichen Mitarbeiter/innen hinsichtlich des Erkennens von Handlungsbedarf und der Vermittlung von Kompetenzen im Umgang mit gewaltbetroffenen Patienten/innen. Kenntnisse der regionalen Anti-Gewalt-Projekte sollten die Möglichkeiten der Kooperation und Vernetzung stärken. Anhand des S.I.G.N.A.L.-Leitfadens sollten praktische Interventionsschritte aufgezeigt werden. Das rechtsmedizinische Fortbildungsmodul zielte darauf ab, Sicherheit im Erkennen des Gewalthintergrundes zu erlangen und die (Selbst-) Verpflichtung zum Handeln zu erhöhen.

11.3.2 Durchführungsbedingungen

In Abstimmung und mit Unterstützung des ärztlichen Direktors der Klinik bot die Projektgruppe Fortbildungen zunächst auf freiwilliger Basis an. Angeboten wurden drei Module á 90 Minuten, die jeweils von Frauenhausmitarbeiterinnen, einer Wissenschaftlerin und einem Mitarbeiter des Rechtsmedizinischen Instituts angeboten wurden. An den Fortbildungen nahmen maximal ein bis zwei Ärzte/innen teil. Oberärzte/innen waren für eine Freistellung der ärztlichen Mitarbeiter/innen nicht zu gewinnen. Von ärztlicher Seite wurde das Fortbildungskonzept als zu wenig anwendungsbezogen in Frage gestellt.

In einem zweiten Schritt wurde das Fortbildungskonzept auf Wunsch des ärztlichen Direktors revidiert und die einzelnen Module auf den zeitlichen Umfang von 45 Minuten beschränkt. Angesichts der Freiwilligkeit der Teilnahme sollte eine verkürzte Fortbildungszeit im Anschluss an die Arbeitszeit die Teilnahmequote erhöhen.

Insgesamt wurden drei Lösungsmodelle getestet, um eine zielgruppene geeignete Struktur für die Fortbildung zu finden. Nach einer erneuten Rücksprache mit der ärztlichen Direktion konnten sie in die regulären Institutsfortbildungen eingebunden werden. Alle relevanten Fachdisziplinen wurden durch die Klinikleitung aufgefordert, zwei je mindestens 20-minütige Module für alle ärztlichen Mitarbeiter/innen in das jeweilige Fortbildungsprogramm einzuplanen. Der zeitliche Umfang der Fortbildungen orientierte sich an den einzelnen Institutsfortbildungen und umfasste 20 bis 60 Minuten.

Teamerinnen

Den Mitarbeiterinnen der Projektsteuerungsgruppe gelang es bis Mai 2001 nicht, Referenten/innen für die Durchführung der Fortbildungen für Ärzte/innen zu finden, die sowohl fachlich kompetent sowie bereit und in der Lage waren, die zeitlichen und organisatorischen Rahmenbedingungen zu akzeptieren. Um den Prozess der Einbindung von Ärzten/innen in die Intervention und damit die Weiterentwick-

lung des gesamten Interventionsprojektes nicht erneut zu verzögern, wurden die Fortbildungen der Ärzte/innen von den Mitarbeiterinnen der Begleitforschung durchgeführt. Um Reflektionsmöglichkeiten zum Verlauf der Veranstaltungen zu sichern, nahmen die Koordinatorin des Interventionsprojektes sowie phasenweise Studierende des Public Health Studiengangs der TU-Berlin an den Fortbildungsveranstaltungen teil. Konzeptmodifikationen und Verlauf der Veranstaltungen wurden kontinuierlich dokumentiert.

Probleme bei der Durchführung

Für die Organisation der Fortbildungen setzen sich die Chefärzte mit der Koordinatorin des Interventionsprojektes in Verbindung. Die Durchführung der Institutsfortbildungen erforderte seitens der Teamerinnen ein hohes Maß an Flexibilität. Fortbildungen wurden kurzfristig verschoben oder unmittelbar abgesagt, da angesichts knapper Zeitbemessung in den abteilungsinternen Veranstaltungen unvermutet andere Prioritäten gesetzt wurden.

Das Interesse an der Durchführung von Institutsfortbildungen zur Gewaltthematik und die Einstellung innerhalb der ärztlichen Fachdisziplinen waren in hohem Maße von der Aufgeschlossenheit der ärztlichen Fachleitung abhängig. Insgesamt machte sich die Arbeitsbelastung der ärztlichen Mitarbeiter/-innen durch Unterbrechungen mit Pieper- oder Telefonanrufen und dem Zurückgerufenwerden auf die Station wegen nötigen Behandlungen bemerkbar.

Innerhalb der Institutsfortbildungen wurden vor allem Ärzte/innen im Konsildienst der Ersten Hilfe erreicht. Ärzte/innen im festen Ersten Hilfe-Dienst konnten über diesen Weg aus folgenden Gründen schwer angesprochen werden:

- Hohe personelle Fluktuation unter den ärztlichen Mitarbeiter/innen der Ersten Hilfe: Da die Erste Hilfe ein zentraler Ausbildungsbereich ist, findet ein Wechsel alle sechs Monate statt.
- Wechsel in der Arbeitsleitung und Personalwechsel im Sommer 2001: Aufgrund interner Neustrukturierung konnte ein Teil der Unfallchirurgen/innen nicht mehr fortgebildet werden.
- Geringe Akzeptanz des Projekts bei den Oberärzten im Bereich der internistischen Ersten Hilfe und mangelnde Bereitschaft, Assistenzärzte/innen dieser Abteilung für die Teilnahme an den Institutsfortbildungen freizustellen.
- Die der medizinischen Versorgung in der Ersten Hilfe immanente Krisenhaftigkeit der Arbeit: Ein Abberufen der Ärzte/innen durch einen Notfall muss immer einkalkuliert werden. So musste die durchgeführte Fortbildung in der Ersten Hilfe, an der vier Ärzte/innen teilnahmen, zweimal verschoben werden.

11.4 Evaluation der Fortbildungen

Zur Überprüfung der Wirksamkeit der Fortbildungen wurden folgende Schritte unternommen:

- Hospitation bei angebotenen Fortbildungen (März 2001: spezifische Fortbildung zu häuslicher Gewalt; Oktober 2002: Modul 3 zu rechtsmedizinischen Aspekten)
- Hospitation erfolgte bei den zunächst außerhalb der Dienstzeit angebotenen Fortbildungen (2 Termine, 2 teilnehmende Ärzte/innen)
- Befragung der Teilnehmenden mit standardisiertem Fragebogen im Anschluss an die Fortbildung (n=105)
- Zusätzlich wurden mit einem standardisierten Memo die Beobachtungen und Einschätzungen der wissenschaftlichen Begleitforschung zu den Fortbildungen im Anschluss festgehalten.
- Qualitative Befragung mittels Leitfadeninterviews mit ärztlichen Experten/innen (n=7) im Dezember 2002.

Ab Mai 2001 wurde im Anschluss an die Institutsfortbildungen eine schriftliche Befragung aller Teilnehmenden durchgeführt. Ausgehend von den formulierten Zielen für die Fortbildungen wurde ein teilstandardisierter Fragebogen entwickelt, den die Teilnehmer/innen im Anschluss an die Institutsfortbildungen (mit 2 Moduleinheiten) erhielten. Das Erhebungsinstrument war vergleichbar mit dem,

das zur Befragung der Pflegekräfte nach den zweitägigen Schulungen eingesetzt wurde. Erfragt wurde:

- bisherige Konfrontation und Auseinandersetzung mit der Problematik
- Motivation zur Teilnahme an der Schulung
- Beurteilung der Fortbildung im Hinblick auf Gewinn an Wissen und Handlungssicherheit
- Gesamteinschätzung der Schulung
- weiteres Interesse und Fortbildungsbedarf.

In die Evaluation wurden alle Teilnehmer/innen von Mai bis Dezember 2001 einbezogen.

Nachdem Fortbildungen zum S.I.G.N.A.L.-Interventionsprojekt innerhalb der Institutsfortbildungen durchgeführt worden waren, erfolgten Ende 2002 qualitative Experteninterviews mit ärztlichen Mitarbeiter/innen, um eine Einschätzung zur Relevanz des Interventionsprojekts aus ärztlicher Sicht zu erhalten. Zielsetzung der Befragung war, Chancen und Hürden im Zusammenhang mit ärztlichen Fortbildungen sowie die Akzeptanz des S.I.G.N.A.L.-Projekts und Möglichkeiten der Umsetzung von Interventionsschritten seitens des ärztlichen Personals zu ermitteln.

Der Inhalt des Leitfadens für Experteninterviews bezog sich auf folgende Themenbereiche:

- Erfahrungen im Umgang mit gewaltbetroffenen Patientinnen
- Gewalt als Thema der Anamnese (Einschätzung zur Routinebefragung)
- Hilfe- und Unterstützungsangebote für gewaltbetroffenen Frauen
- Erfahrungen mit dem Dokumentationsbogen
- Kooperation zwischen Pflege und Ärzteschaft
- Einschätzung der S.I.G.N.A.L.-Fortbildungen
- Haltung und Einstellung zum S.I.G.N.A.L.-Interventionsprojekt.

Interviewt wurden ein Oberarzt und sechs Assistenzärzte/innen, die zu der Zeit in der Ersten Hilfe tätig waren (drei aus der internistischen Station, zwei aus der Allgemeinchirurgie, einer aus der Traumatologie und eine aus der Gynäkologie). Befragt wurden drei Ärztinnen und vier Ärzte. Die Befragten waren zwischen eineinhalb bis sechs Jahren im Klinikum beschäftigt. Die Auswahl der Experten/innen erfolgte nach den Kriterien: Teilnahme an den S.I.G.N.A.L.-Institutsfortbildungen, Ausfüllen des Dokumentationsbogens und Aufgeschlossenheit gegenüber dem Interventionsprojekt.

11.5 Ergebnisse der quantitativen Befragung im Anschluss an die Fortbildungen

11.5.1 Studienpopulation

Seit Mai 2001 hatten 15 Fortbildungsveranstaltungen in zwölf Fachabteilungen stattgefunden, an denen insgesamt 207 ärztliche Mitarbeiter/innen teilnahmen. Der zeitliche Umfang reichte von 40 bis zu 180 Minuten.

Tabelle 11.5-1: Übersicht der Fortbildungen für ärztliche Mitarbeiter/innen, Teilnehmeranzahl und Evaluationsrücklauf

Abteilung	FB ¹ -Anzahl	Gesamtdauer ²	Datum	Dauer pro Modul ²	TN ³	Evaluationsrücklauf	Response
Psychiatrie	1	60	09.08.01	60	30	11	36,6
Radiologie	1	30	07.08.01	30	28	10	35,7
Med. Klinik III: Onkologie, Hämatologie	1	30	01.08.01	30	17	0	0
HNO	2	120	01.08.01 04.09.01	60 60	21	15	71,4
Dermatologie	1	30	25.07.01	30	20	18	90,0
Med. Klinik I: Gastrologie	2	50	17.07.01 24.07.01	20 30	26	15	60,0
Psychosomatik	1	75	16.07.01	75	9	6	66,6
Chirurgie	3	180	17.09.01 17.12.01	60 60	30	10	34,8
Med. Klinik IV: Nephrologie, Endokrinologie	2	40	22.05.01 03.07.01	20 20	8	7	87,5
Internistische Erste Hilfe	1	60	23.05.01	60	4	4	100
Gynäkologie	1	60	10.12.01	60	14	9	64,4
Gesamt	15				207	105	50,7

¹ Fortbildung ² in Minuten ³ Teilnehmer/innen

Es wurden bei allen Abteilungsfortbildungen die Module „Grundlagen der Thematik Häusliche Gewalt“ und „Praktische Intervention“ durchgeführt. Modul 3 zu den rechtsmedizinischen und berufsrechtlichen Aspekten wurde im Zeitraum der wissenschaftlichen Begleitung nur einmal im Oktober 2002 in der Allgemeinchirurgie vorgestellt. Diese Institutsfortbildung umfasste 60 Minuten, es nahmen insgesamt 18 Personen daran teil, davon sechs Ärzte/innen erstmalig an einer Fortbildung zur Gewaltthematik und Interventionsmöglichkeiten.

Innerhalb der Institutsfortbildungen wurden insgesamt 207 Personen erreicht. Die ärztlichen Mitarbeiter/innen waren auf folgenden Stationen beschäftigt: HNO (21), Chirurgie (30), Radiologie (28), Psychiatrie (30), Psychosomatik (9), Hämatologie und Nephrologie (8), Gastrologie (26), Dermatologie (20), Gynäkologie (14), Onkologie und Hämatologie (17) sowie in der Ersten Hilfe beschäftigte Ärzte/innen (4).

Evaluationsbögen liegen insgesamt von 105 Teilnehmenden vor, dies entspricht einem Rücklauf von 51%. Der verhältnismäßig geringe Rücklauf ist darauf zurückzuführen, dass zum einen bei einigen Veranstaltungen die Evaluationsbögen im Anschluss nicht direkt eingesammelt wurden und die vereinbarte Rücksendung nicht erfolgte. Zum anderen liegen von denjenigen Teilnehmern/innen, die nicht bis zum Schluss der Fortbildung bleiben konnten, keine Evaluationsbögen vor. Ein geringer Anteil der Teilnehmer/innen nahm an der Evaluation nicht teil. Keine Evaluationen liegen von den Teilnehmer/innen der Medizinischen Klinik III (Onkologie und Hämatologie) vor. Die Institutsfortbildung zu Modul 3 „Rechtsmedizinische Aspekte“ wurde nicht mit Erhebungsbögen evaluiert.

Die Teilnehmer/innen der Evaluation verteilen sich auf folgende Abteilungen und Disziplinen: HNO (15), Chirurgie (10), Radiologie (10), Psychiatrie (11), Psychosomatik (6), Hämatologie und Nephrologie (7), Gastrologie (15), Dermatologie (18) Gynäkologie (9) sowie in der Ersten Hilfe beschäftigte Ärzte/innen (4).

Insgesamt nahmen 39 Frauen (40,2%) und 58 Männer (59,8%) an den evaluierten Fortbildungen teil, von acht Personen fehlt diese Angabe. Hinsichtlich der Alterstruktur waren 29 Personen unter 30 Jahren (29,3%), 42 Personen zwischen 30 bis 39 Jahren (42,4%), 14 Personen im Alter zwischen 40 und 49 Jahren (14,1%) und 14 über 50 Jahre (14,1%). Von sechs Personen liegen keine Angaben vor.

Die Teilnehmenden an den Fortbildungen waren zu 18,6% (16 Personen) unter einem Jahr, zu 20,9% (18 Personen) ein bis drei Jahre, zu 10,5% (9 Personen) drei bis fünf Jahre, zu 26,7% (23 Personen) fünf bis zehn Jahre und zu 23,3% (20 Personen) über zehn Jahre im Klinikum beschäftigt. Von insgesamt 19 Personen liegen keine Angaben vor.

11.5.2 Konfrontation mit und subjektive Einstellung gegenüber der Problematik

Befragt zur Auseinandersetzung mit der Gewaltthematik und dem Kontakt mit gewaltbetroffenen Frauen gaben 15 Personen (14,4%) an, sich bereits vor der Institutsfortbildung „ausführlich“ mit der Thematik beschäftigt zu haben, 66 Personen (63,5%) hatten sich „ein wenig“ und 22,1% hatten sich „bisher nicht“ damit beschäftigt. Eine Person machte keine Angaben. Mitarbeiter/innen aus den Disziplinen Psychiatrie und Psychosomatik gaben häufiger an, sich mit dem Thema bereits befasst zu haben.

Auf die Frage, ob die Teilnehmenden im beruflichen Alltag Kontakt mit gewaltbetroffenen Frauen hatten, ergab sich folgendes Bild: 58 (56%) der Befragten bejahten die Frage. Zwei (1,9 %) hatten „häufig“ und 58 (55,8%) „ab und zu“ Kontakt gehabt. 32 Teilnehmer/innen (30,8%) gaben an, bislang „eher selten“ mit Betroffenen beruflichen konfrontiert gewesen zu sein und neun (8,7%) verneinten diese Frage. Drei Personen (2,9%) gaben an, dies nicht beurteilen zu können. Eine teilnehmende Person machte zu dieser Frage keine Angaben.

11.5.3 Fortbildungsmotivation

Auf die Frage nach der Motivation, an der Fortbildung teilzunehmen, wurde mehrheitlich mit 88,9% (32 Personen) angegeben, dass es sich um eine Pflichtveranstaltung im Rahmen der Institutsfortbildung handelte. 19 Personen (52,8%) betonten darüber hinaus ihr Interesse am Thema.

11.5.4 Gewinn an Wissen

Im Rahmen der Fortbildung wurden Informationen über Hintergründe, Ausmaß und Folgen der Gewalt für Frauen, das Erkennen gewaltbedingter Verletzungen und Beschwerden, über die Möglichkeit der Intervention und Hilfestellung für die Praxis wie Unterstützungsangebote vermittelt. Die Teilnehmer/innen wurden im Anschluss an die Fortbildung befragt, für wie wichtig sie die Informationen zu den einzelnen Aspekten hielten.

Tabelle 11.5-2: Übersicht über die Mehrfachantworten zu der Frage: Wie wichtig hielten Sie die Informationen zu...?

Informationen über	sehr wichtig	wichtig	weniger wichtig	unwichtig
Möglichkeiten der Intervention (n=103)	33 (32,0%)	56 (54,4%)	13 (12,6%)	1 (1%)
Praktische Hilfestellung (n=93)	39 (41,9%)	41 (44,1%)	12 (12,9%)	1 (1%)
Ausmaß, Formen, Dynamik (n=104)	10 (9,6%)	79 (76,0%)	15 (14,4%)	
Gesundheitliche Folgen (n=104)	13 (12,5%)	57 (54,8%)	33 (31,7%)	1 (1%)
Hinweise zum Erkennen (n=90)	9 (10,0%)	47 (52,2%)	33 (36,7%)	1 (1%)

Als besonders hilfreich für die berufliche Praxis („sehr wichtig“/„wichtig“) erlebten die Teilnehmenden:

- grundlegende Informationen über die Problematik der Gewalt gegen Frauen, Ausmaß, Formen und Dynamik (85,6%)
- Informationen über Interventions- und Unterstützungsmöglichkeiten (86,4%)
- praxisbezogene Informationen über weitergehende Beratungs- und Zufluchtseinrichtungen (86%).

Hinweise zu den gesundheitlichen Folgen (67,3%) und zum Erkennen gewaltbedingter Verletzungen (62,2%) wurden im Verhältnis zum Aufzeigen von Interventionsmöglichkeiten und -schritten als weniger bedeutsam bewertet.

Auf die Frage, welche Themen die Teilnehmenden als besonders wichtig einschätzten, gaben 47 Personen weitere Angaben im Freitext an. Demnach wurden Hilfestellungen für die Praxis und Interventionsmöglichkeiten als besonders wichtig erachtet und insbesondere jene Fortbildungsinhalte, die das „konkrete Vorgehen“ sowie „konkrete Angebote“ betrafen wie z.B. die Adressen von Unterstützungsangeboten und die Hotline-Angebote von BIG (Berliner Interventionsprojektes gegen häusliche Gewalt). Darüber hinaus wurden Grundlageninformationen zur Gewaltthematik als wichtig eingeschätzt sowie die Hinweise zur Gesprächsführung und zu rechtlichen Aspekten.

In einem freien Text konnten von den Teilnehmenden weitere Themen ihres Interesses genannt werden. Bei den 31 Angaben wurden rechtliche Aspekte und Hilfestellung für die Praxis am häufigsten genannt. Angeführt wurden weitere Themen wie Angebote für Betroffene allgemein oder speziell für Migrantinnen, Weiterversorgung der Patientinnen und Wirkung der Intervention auf die Frauen sowie sexueller Missbrauch und Gewalt gegen Kinder.

11.5.5 Gewinn an Handlungssicherheit

Im Anschluss an die Fortbildung konnten sich die Teilnehmer/innen folgende Handlungen und Interventionsschritte vorstellen:

Bis auf eine Person sahen sich alle Antwortenden (99%) in der Lage, von Gewalt betroffene Patientinnen über weiterführende Hilfsangebote wie Frauenhäuser und Beratungsstellen zu informieren.

Im Verdachtsfall Patientinnen auf erlittene Gewalt anzusprechen, war für 95% der Antwortenden (99 Personen) vorstellbar, drei Personen (2,9%) antworteten mit „nein“ und zwei Personen (1,9%) waren sich unsicher.

86 % der Antwortenden sahen sich in der Lage, mit Patientinnen ein Gespräch über erlittene Gewalt zu führen, fünf Personen (5,4%) verneinten diese Frage und acht Personen (8,6%) waren sich unsicher.

Wenn Patientinnen Opfer von Gewalt seien, konnten sich 77 Personen (81,9%) vorstellen, Schutz und Sicherheit abzuklären, acht Antwortende (8,5%) sahen sich nicht dazu in der Lage und neun Personen (9,6%) waren sich unsicher.

Zukünftig jede Patientin unabhängig von Verdachtshinweisen routinemäßige nach Gewalterfahrungen zu befragen, bejahten nur 25 Teilnehmer/innen (24,5%). 70 Personen (68,6%) verneinten die Möglichkeit der Routinebefragung, sieben Personen (6,9%) waren sich unsicher.

Nach der Kategorie Geschlecht differenziert zeigte sich, dass sich die antwortenden Ärztinnen geringfügig mehr als ihre männlichen Kollegen vorstellen konnten, über Hilfsangebote zu informieren (100% gegenüber 98%) und ein Gespräch mit Patientinnen zu führen (91% gegenüber 83%), Ärzte gaben gegenüber ihren Kolleginnen eher an, Schutz- und Sicherheit der Patientin abzuklären (85% gegenüber 79%). Sowohl Männer wie Frauen konnten sich gleichermaßen (95%) vorstellen, Patientinnen im Verdachtsfall auf Misshandlungen anzusprechen.

Ein regelmäßiges Fragen nach erlittener Gewalt (Routinebefragung) war für 33% der antwortenden Frauen und 17,5% der antwortenden Männer denkbar. In Relation zum Alter der Befragten zeigte sich, dass jüngere Mitarbeiter/innen für eine Routinebefragung aufgeschlossener waren: 62% der positiv Antwortenden waren unter und 31% über 40 Jahre.

11.5.6 Gesamteinschätzung der Fortbildung

Die Fortbildung wurde von den Teilnehmer/innen in Bezug auf ihren Arbeitsbereich insgesamt als bedeutsam und wichtig beurteilt. Als „sehr wichtig“ bewerteten sie 28 Teilnehmende (28,3%), als „wichtig“ 58 Personen (58,6%). Nur zwölf Personen (12,1%) beurteilten die Fortbildung als „weniger wichtig“ und nur eine Person bezeichnete sie als „unwichtig“. Von sechs Personen lag keine Einschätzung vor.

Auf die Frage, ob den Teilnehmenden die Fortbildung zu komplex, angemessen oder zu einfach gewesen sei, antworteten 91,5% (86 Personen) mit „angemessen“, 7,4% (7 Personen) hielten die Fortbildung für „zu einfach“ und eine Person fand sie zu komplex. Von elf Personen lagen keine Angaben vor.

11.5.7 Interesse an weiteren Schulungen

Es wurde gefragt, ob weiteres Interesse an bestimmten thematischen Schulungen bestehen würde. Auf die Frage nach rechtsmedizinischen Aspekten (Befunderhebung, Dokumentation) antworteten insgesamt 88 Personen, davon 50% mit „ja“, 12,5% verneinten und 37,5% waren sich unsicher, ob sie an einer Fortbildung zu diesem Thema teilnehmen würden.

Zu dem Bereich Unterstützungsangeboten für gewaltbetroffene Frauen antworteten insgesamt 92 Personen, bei 42,4% der Antwortenden bestand Interesse an diesem Angebot, 45,7 % waren unsicher und 12% der Antwortenden verneinten.

Von 98 Personen liegen Angaben auf die Frage nach einem weiteren Interesse an einem Fachaustausch (Fallbesprechungen) vor. Davon äußerten 37,8% ihr Interesse, 25,5% der Befragten verneinten und 36,7% waren sich unsicher.

Der Wunsch nach weiteren Informationen konnte mit Mehrfachantworten konkretisiert werden. Es zeigte sich, dass sich 14,5 % (15 Personen) ein ausführlichen Leitfaden, 55,2% (58 Personen) Kurzzinformatoren und 9,5% (10 Personen) mehr Literatur und Studien wünschen.

11.5.8 Zusammenfassung

Die Evaluation im Anschluss an die Institutsfortbildungen zeigte, dass diese von der überwiegenden Mehrheit der Teilnehmer/innen als „wichtig“ bis „sehr wichtig“ eingeschätzt werden.

Als besonders hilfreich für die berufliche Praxis erlebten die Teilnehmenden: grundlegende Informationen über die Problematik der Gewalt gegen Frauen sowie über Interventions- und Unterstützungsmöglichkeiten und praxisbezogene Hinweise über weitergehende Beratungs- und Zufluchtseinrichtungen.

Im Hinblick auf das zukünftige berufliche Handeln konnten sich die Teilnehmenden vorstellen, Gewalt als mögliche Ursache von Verletzungen/Beschwerden im Verdachtsfall anzusprechen, ein Gespräch mit gewaltbetroffenen Patientinnen zu führen, Patientinnen über weiterführende Unterstützungseinrichtungen zu informieren und Sicherheitsbedürfnisse zu klären.

Nur bedingt wurde mit der Fortbildung das Ziel erreicht, dass zukünftig alle Patientinnen nach Gewalterfahrungen befragt werden. Nur ein kleiner Teil der Teilnehmenden konnte sich eine systematische Befragung aller Patientinnen im Hinblick auf Gewalterfahrungen (Routinebefragung) vorstellen, dazu gehörten vor allem Ärztinnen und ihre jüngeren ärztlichen Kollegen.

Die Evaluation der Fortbildung zeigte, dass sich über 50% der Teilnehmenden weitere Fortbildungsveranstaltungen zum Thema und einen schriftlichen Handlungsleitfaden wünschten: Inhaltlich favorisierten 50% eine Fortbildung zu rechtsmedizinischen Aspekten, 42% zu Informationen über weitere Unterstützungsangeboten und 38% hatten Interesse an einem fachlichen Austausch.

Fazit und Ausblick

Mit dem S.I.G.N.A.L.-Interventionsprojekt am UKBF wird erstmals in einem bundesdeutschen Krankenhaus versucht, ein umfassendes Präventions- und Interventionsprogramm gegen häusliche Gewalt in die Versorgungspraxis der Ersten Hilfe/Notaufnahme zu integrieren. Die Ergebnisse der wissenschaftlichen Begleitforschung zeigen:

Akzeptanz und Umsetzung des Projekts

Das S.I.G.N.A.L.-Interventionsprojekt gegen Gewalt an Frauen wurde von den Beschäftigten des Universitätsklinikums Benjamin Franklin als ein notwendiges Programm betrachtet, um die Versorgung für gewaltbetroffene Frauen zu verbessern. Das Aufzeigen von Interventions- und Präventionsmöglichkeiten wurde positiv bewertet. Die hier vorgestellten wissenschaftlichen Forschungsergebnisse sowie qualitative Interviews und zahlreichen Gespräche mit den Beschäftigten des Klinikums zeigen, dass das S.I.G.N.A.L.-Projekt als Gewinn betrachtet wurde.

Das S.I.G.N.A.L.-Projekt hat zielgruppenspezifische Fortbildungen entwickelt und durchgeführt: Pflegekräfte konnten über Freistellung und Verpflichtung bereits ab Projektbeginn mit zweitägigen Schulungen erreicht werden, Ärzte/innen dagegen erst zu einem späteren Zeitpunkt mit einem wesentlich kürzeren, modularen Konzept innerhalb von Institutsfortbildungen. Im Rahmen von Fortbildungen und Schulungen wurde eine Sensibilisierung des ärztlichen und pflegerischen Personals gegenüber der Thematik häusliche Gewalt erreicht. Standards für eine angemessene Versorgung von gewaltbetroffenen Patientinnen und Handlungskompetenzen wurden vermittelt, und die Handlungssicherheit der Beschäftigten konnte gefördert werden. Von Seiten des ärztlichen und pflegerischen Personals wurde vor allem das Wissen um weitergehende Unterstützungs- und Beratungsangebote und eine bessere Vernetzung mit dem Anti-Gewalt-Bereich als hilfreich erlebt.

Anfängliche Befürchtungen, dass die Einführung des S.I.G.N.A.L.-Projekts mit zusätzlichen zeitlichen und inhaltlichen Belastungen verbunden wäre, konnten im Verlauf des Projekt vermindert werden: Waren klare Verantwortlichkeiten, Handlungsmöglichkeiten und -grenzen formuliert, so wurden die mit dem S.I.G.N.A.L.-Programm verbundenen Aufgaben vor allem von Pflegekräfte als umsetzbar und in die Arbeit integrierbar erlebt. Der Wunsch von ärztlichen und pflegerischen Mitarbeiter/innen, ein umfassendes psychosoziales Beratungsangebot für Patientinnen innerhalb der Klinik zu etablieren, konnte angesichts begrenzter Ressourcen nicht in dem erwünschten Umfang umgesetzt werden.

Routinebefragung

In Anlehnung an internationale Interventionsprogramme gegen häusliche Gewalt war angestrebt, die Berücksichtigung von Gewalt als Ursache von Krankheits- und Beschwerdebildern in die Gesundheitsversorgung aufzunehmen, indem das Erfragen von erlittener Gewalt zu einem festen Bestandteil der Anamnese wird. Innerhalb des S.I.G.N.A.L.-Projekts zeigte sich, dass das Ziel einer Routinebefragung nach Gewalt nur mittel- bis langfristig erreicht werden kann und hierfür ergänzende Schritte nötig sind: Generell bedarf es der stärkeren Berücksichtigung von Gewalt als bedeutendem Gesundheitsrisiko für Frauen innerhalb der medizinischen Disziplinen. Auf der gesundheitspolitischen Ebene ist die Verankerung von Handlungsleitlinien und Standards zur adäquaten Versorgung von Opfern häuslicher Gewalt erforderlich. Für die alltägliche Versorgungssituation muss die Aufmerksamkeit für körperliche und psychische Symptome, die auf Gewalt hinweisen, geschärft und erhöht und die Einbeziehung psychosozialer Faktoren in die (notfall-) medizinische Versorgung verstärkt werden.

Versorgungsbedarf

Das S.I.G.N.A.L.-Projekt hat wesentlich dazu beigetragen, den Versorgungsbedarf für gewaltbetroffene Frauen zu verdeutlichen. Eine Umfrage unter 806 Patientinnen in der Ersten Hilfe/Notaufnahme des UKBF zeigte, dass sich Patientinnen – anders als das ärztliche und pflegerische Personal vermutet – wünschen, dass die Gewaltthematik in der Gesundheitsversorgung eine stärkere Beachtung findet. Eine sensible Befragung nach Gewalt im Rahmen der Anamnese wird mehrheitlich von den Patientinnen befürwortet.

Die vorliegenden Prävalenzdaten zeigen, dass 36,6% der Patientinnen von mindestens einer körperlichen, psychischen oder sexualisierten Gewalttat durch den ehemaligen oder derzeitigen Partner bzw. andere Familienangehörige nach dem 16. Lebensjahr berichteten. Die gesundheitlichen Folgen sind vielfältig und betreffen neben den körperlichen Verletzungen in weit höherem Maße die psychische und (psycho-) somatische Gesundheit von Frauen. Hier sind vor allem Professionelle der nicht-unfallchirurgischen Fachdisziplinen gefordert, die gesundheitlichen Folgen von häuslicher Gewalt verstärkt zu beachten. Korrespondierend mit der geringen Wahrnehmung der Folgen von Gewalt innerhalb des medizinischen Systems zeigt sich, dass auch Opfer häuslicher Gewalt dazu neigen, die gesundheitlichen Folgen von Gewalt eher gering zu bewerten. Eine höhere Beachtung der Gewaltfolgen könnte Veränderungen schaffen.

Falldokumentation

Innerhalb des S.I.G.N.A.L.-Projekts wurde ein eigener Dokumentationsbogen erstellt, mit dem eine gerichtsverwertbare Dokumentation der gewaltbedingten Verletzungen und Beschwerden von Patientinnen angestrebt wird. Die systematische Dokumentation dient dazu, Aussagen zum Versorgungsbedarf in der Einrichtung treffen zu können. Während der dreijährigen S.I.G.N.A.L.-Projektphase wurden 136 Falldokumentationen zu Gewalt im sozialen Nahraum gesammelt und ausgewertet. Drei Viertel dieser Patientinnen, hatten Gewalt durch ihren Lebenspartner erlitten. Die dokumentierten Fälle häuslicher Gewalt geben überwiegend Auskunft zu Verletzungen, die den Frauen durch die Gewalttätigkeiten des Partners zugefügt wurden. Misshandelte Patientinnen suchten die Erste Hilfe/Notaufnahme vor allem zu Zeiten auf, in denen die Praxen niedergelassener Ärzte/innen geschlossen sind.

Schritte zur Einführung des S.I.G.N.A.L.-Interventionsprojekts

Um S.I.G.N.A.L.-Interventionsprogramme zu einem integralen Bestandteil der Versorgung innerhalb eines Krankenhauses zu etablieren, bedarf es einer strukturellen Entwicklung in der Einrichtung. Diese umfasst verschiedene Schritte:

- Bedarfsanalyse
- kontinuierliche Kommunikation der Gewaltthematik innerhalb und außerhalb der Einrichtung
- ein kontinuierliches Fortbildungsangebot für die Mitarbeiter/innen, das auf die spezifischen Berufsbedingungen von ärztlichem und pflegerischen Personal ausgerichtet ist
- eine enge Zusammenarbeit mit Beratungs- und Zufluchtseinrichtungen
- eine kontinuierliche Evaluation.

Ein Interventionsprogramm gegen häusliche Gewalt beinhaltet hohe Anforderungen an die kommunikativen Kompetenzen und ein Umdenken der Professionellen in der Gesundheitsversorgung. In der medizinischen Versorgung können den Patientinnen bei der Diagnose „Gewalt“ keine Verhaltensweisen ver- bzw. vorgeschrieben werden. Es gilt vielmehr, Patientinnen wegen der fortdauernden Kontrolle und Entwertung in der gewalttätigen Beziehung, in ihrem Selbstwertgefühl und ihren Handlungsfähigkeiten zu stärken und bei ihren Ressourcen anzusetzen.

Dies beinhaltet auch, die Grenzen des eigenen Handelns zu erkennen und akzeptieren zu können. Schnittstellen müssen wahrgenommen und genutzt werden, damit entsprechende Behandlungs-, Unterstützungs- und Beratungsschritte unternommen werden können.

Der Gedanke von Präventions- und Interventionsmöglichkeiten gegen häusliche Gewalt findet bei Kostenträgern und Leistungserbringern im Vergleich mit anderen Ländern hierzulande bislang noch wenig Beachtung. Eine veränderte Prioritätensetzung hinsichtlich einer psychosozialen und adäquaten Gesundheitsversorgung für Opfer von physischer, psychischer und sexueller Gewalt beinhaltet eine Bereitstellung von Ressourcen, damit Versorgungsangebote verbessert und Forschungsaktivitäten angeregt werden.

Die Einführung eines S.I.G.N.A.L.-Projekts in andere Krankenhäuser wird mit spezifischen Erfahrungen und neuen Hürden verbunden sein. Eine systematische Betrachtung der Erfahrungen und Probleme, die damit einhergehen, ist wertvoll, um in Zukunft Aufschluss zu erhalten, wie das Thema Gewalt verstärkt in die Gesundheitsversorgung getragen werden kann. Die Erfahrungen zeigen, dass

die Berücksichtigung der Gewaltthematik in der Gesundheitsversorgung ein langer Weg ist, der über viele Etappen verläuft und Geduld sowie Energie erfordert. Die gravierenden gesundheitlichen Auswirkungen weisen auf die Notwendigkeit, Interventionsprogramme gegen häusliche Gewalt innerhalb der Gesundheitsversorgung zu verankern.