

See discussions, stats, and author profiles for this publication at: <https://www.researchgate.net/publication/225901910>

„Daten für Taten“: Gesundheitliche Folgen häuslicher und sexueller Gewalt erkennen. Wie kann die Datenlage inner halb des deutschen Versorgungssystems verbessert werden?

Article in *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz* · January 2006

DOI: 10.1007/s00103-006-0013-9

CITATIONS

2

READS

70

3 authors, including:



Petra Johanna Brzank

Nordhausen University of Applied Science

60 PUBLICATIONS 131 CITATIONS

[SEE PROFILE](#)



Daphne Hahn

University of Applied Sciences Fulda

32 PUBLICATIONS 91 CITATIONS

[SEE PROFILE](#)

Some of the authors of this publication are also working on these related projects:



Teen Dating Violence [View project](#)



Symposium: Intersektionalität begreifen – Handlungsoptionen finden [View project](#)

„Daten für Taten“: Gesundheitliche Folgen häuslicher und sexueller Gewalt erkennen. Wie kann die Datenlage innerhalb des deutschen Versorgungssystems verbessert werden?

Bericht über ein Expertengespräch

Am 7. Dezember 2005 fand auf Anregung des Berliner Netzwerkes Frauengesundheit in Kooperation mit dem Forschungsverbund Epidemiologie in Berlin, dem Institut für Gesundheitswissenschaften der Technischen Universität Berlin sowie dem Robert Koch-Institut in Berlin ein Treffen verschiedener Experten zum Thema häusliche und sexuelle Gewalt statt. Gegenstand war die Frage, welche Möglichkeiten es im deutschen Gesundheitswesen gibt, die Datenlage zur Erfassung dieser Gewalt zu verbessern. Innerhalb des deutschen Versorgungssystems wird die Gewaltproblematik bisher nur unzureichend berücksichtigt. Auch im internationalen Vergleich kann Deutschland bisher nur auf wenige Studienergebnisse verweisen. Wie allerdings sollen Fehlversorgung sowie konkreter Versorgungsbedarf ermittelt werden, wenn dafür kaum eine Datenbasis vorhanden ist? Das Expertengespräch diente sowohl dazu, einen Überblick über die äußerst heterogenen Datenerfassungsinstrumente im deutschen Gesundheitswesen bzw. über die regelmäßig durchgeführten bevölkerungsweiten Studien zu geben

als auch deren Potenziale für die Datengewinnung zu Versorgungsaspekten zum Thema Gewalt zu prüfen. Neben den Organisatoren nahmen das Deutsche Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI), Vertreter des Bundesbeauftragten für den Bundesdatenschutz und die Informationsfreiheit, Vertreter der Abteilung Epidemiologie und Gesundheitsberichterstattung des Robert Koch-Institutes, die WHO (Regionalbüro für Europa), die Krankenhausgesellschaft sowie Vertreter von Bundesministerien und Landesbehörden teil.

Hintergrund der Veranstaltung

Häusliche und sexuelle Gewalt stellt laut WHO eines der zentralen Gesundheitsrisiken für Frauen dar [1]. Die vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) in Auftrag gegebene repräsentative Studie zu „Lebenssituation, Sicherheit und Gesundheit von Frauen in Deutschland“ [2] zeigt, dass 25 % (n=10.264) der befragten Frauen Gewalt in der Partnerschaft erleiden und 13 %

Opfer sexualisierter Gewalt werden. Die gesundheitlichen Folgen sind gravierend: so berichteten 64 % der gewaltbetroffenen Frauen über Verletzungen und bis zu 80 % über psychische Beschwerden aufgrund von Gewalttaten.

Innerhalb des deutschen Versorgungssystems wird die Gewaltproblematik bisher nur unzureichend berücksichtigt. Aus dem Versorgungsbereich liegen nur wenige gesundheitsbezogene Daten über Verletzungen und Erkrankungen aufgrund von häuslicher und sexueller Gewalt vor. Kenntnisse über ihr Ausmaß basieren weitgehend auf Daten, die außerhalb des Gesundheitsbereichs bzw. in internationalen Untersuchungen gewonnen wurden. Eine fundierte Datenlage ist aber eine wichtige Voraussetzung, um den Versorgungsbedarf in diesem Bereich zu erkennen sowie Präventions- und Interventionsangebote zu entwickeln.

Ziel der Veranstaltung

Ziel der Veranstaltung war es, in einer Expertenrunde zu diskutieren, wie die Datenlage über die gesundheitlichen Fol-

gen von Gewalt in Deutschland verbessert und welche Instrumente, Dokumentationen und Datensammlungen zu diesem Zweck genutzt, aber auch entwickelt werden können. Im Mittelpunkt stand die Frage, ob es möglich ist, diesbezügliche Daten direkt aus der ambulanten und stationären Versorgung zu generieren. Es sollte geprüft werden, welche Datenbestände über das fallpauschalierte Krankenhaus-Finanzierungssystem G-DRG (German-Diagnosis Related Groups) und die Klassifikation von Krankheiten anhand der ICD-10-Verschlüsselung (International Classification of Diseases) vorliegen und möglicherweise genutzt werden können, um die Datenlage für die Beschreibung der gesundheitlichen Folgen von Gewalt zu verbessern. In den einzelnen Beiträgen wurden folgende Aspekte erörtert:

- Warum ist es für die Beschreibung des Versorgungsbedarfs wichtig, dass häusliche Gewalt dokumentiert wird?
- Welche Erfassungsinstrumente können hierfür genutzt werden?
- Können Klassifikationen wie der ICD-10 genutzt werden?
- Welche Rolle spielen datenschutzrechtliche und ethische Aspekte?

Bestehen richtungsweisende Modelle in anderen Ländern?

- Über welche relevanten Daten verfügen Krankenkassen und die kassenärztliche Vereinigung?
- Können Daten direkt aus der ambulanten und stationären Versorgung generiert werden?
- Wie kann eine mögliche zusätzliche Gefährdung gewaltbetroffener Frauen aufgrund einer detaillierten Datenerhebungen ausgeschlossen werden?

Im Ergebnis sollten Empfehlungen über geeignete Instrumente zur Erfassung häuslicher Gewalt für die Gesundheitsberichterstattung sowie konkrete Schritte zur Verbesserung der diesbezüglichen Datenlage formuliert werden.

Ablauf und Ergebnisse der Veranstaltung

Ulrike Maschewsky-Schneide, Institut für Gesundheitswissenschaften, Technische Universität Berlin

Nach der Begrüßung durch die Veranstalter und dem Grußwort der Vertreterin des BMFSF sowie des Bundesministeriums für Gesundheit ging Ulrike Maschewsky-Schneider auf verschiedene Aspekte ein, die in Bezug auf das Thema häusliche Gewalt zu berücksichtigen sind (Versorgungsforschung, Frauen- und Geschlechterforschung, Methodenforschung). Zur Einordnung der in der Veranstaltung im Vordergrund stehenden Methodenentwicklung sei es wichtig, sich den Bezug des Themas Gewalt zur (geschlechterbezogenen) Versorgungsforschung zu verdeutlichen. 4 Ebenen sind in diesem Zusammenhang von Relevanz:

1. die Bestimmung des Versorgungsbedarfs,
2. die Untersuchung der Wirkung einer Versorgungsmaßnahme,
3. die Analyse von Prozessdeterminanten, insbesondere die Frage nach der Qualität der Versorgung,
4. die Analyse der Strukturen und Rahmenbedingungen der Versorgung im Gesundheitswesen.

Aus gesundheitswissenschaftlicher Sicht wird der Versorgungsbedarf für spezifische Zielgruppen, z. B. chronisch Kranke oder Personen mit sozial bedingten Gesundheitsrisiken, bestimmt. In der Geschlechterforschung wird unter anderem der spezifische Versorgungsbedarf von Frauen und Männern untersucht, beispielsweise von Frauen mit Brustkrebs, von Männern mit arbeits- oder umweltbedingten Erkrankungen oder Risiken, aber auch von Frauen und Männern mit Gewalterfahrungen. Die Aufgabe der Gesundheitswissenschaften ist es, Versorgungsbedarf zu spezifizieren, zeitliche Trends zu erkennen und Erkenntnisse darüber zu gewinnen, wie Über-, Unter- oder Fehlversorgung vermieden werden können.

(Geschlechterbezogene) Versorgungsforschung fragt nach den Wirkungen medizinischer Interventionen, von Versorgungsmaßnahmen und Versorgungsprozessen im klinisch-therapeutischen, pflegerischen sowie psychosozialen Bereich. Dabei sind mögliche Unterschiede zwischen den Geschlechtern zu berücksichtigen. Die Wirkungen von Maßnahmen sind in klinischen Studien differenziert nach Geschlecht zu untersuchen. Geschlechterunterschiede sind, wenn nötig, in Evidenzbasierungen und Leitlinien aufzunehmen. Daten zur Analyse möglicher geschlechtsspezifischer Wirkungen von Maßnahmen sind bereitzustellen.

Frau Maschewsky-Schneider plädierte weiterhin dafür, Geschlechterdifferenzen auch auf Prozessebene kenntlich zu machen. Hierzu zählen z. B. eventuelle Unterschiede bezüglich der Durchführungsqualität von Maßnahmen, des pflegerischen Handelns, der psychosozialen Betreuung und der Qualifikation des Personals. Auf der Strukturebene sind Rahmenbedingungen zu schaffen, die eine gerechte und am Bedarf orientierte gesundheitliche Versorgung von Frauen und Männern sicherstellen. Dies betrifft die Systemebene (Leistungen, Kosten, Zugang zu Versorgung), die Ressourcen (Finanzen, Personal, Einrichtungen, Angebote) und die Sektoren übergreifende Versorgung innerhalb und außerhalb des Gesundheitswesens. Auf Seiten der Forschung sind Gesundheitssystemanalysen und eine interdisziplinäre Zusammenarbeit erforderlich, um Daten über mögliche Geschlechtsunterschiede im Hinblick auf die Strukturqualität zu gewinnen.

Hildegard Hellbernd, Institut für Gesundheitswissenschaften, Technische Universität Berlin

Hildegard Hellbernd ging in ihrem Referat auf die Thematik Gewalt im Geschlechterverhältnis und die Bedeutung einer diesbezüglichen Dokumentation ein. Gewalt wirkt sich in vielfältiger Weise auf die Gesundheit, das Gesundheitshandeln und die Gesundheitschancen von Frauen aus. Das Spektrum ihrer gesundheitlichen Folgen umfasst körperliche Verletzungen, (psycho-)somatische Beschwerden,

psychische Störungen und Erkrankungen bis hin zum Tod. Bislang liegen im deutschen Gesundheitsbereich nur wenige solide Daten vor, aus denen sich Informationen zu folgenden Aspekten generieren ließen:

- Ausmaß der Gewalt,
- gesundheitliche Folgen von Gewalt,
- subjektive Gesundheit von Frauen mit Gewalterfahrungen,
- Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen nach Gewaltereignissen,
- Versorgungsbedarf im Zusammenhang mit Gewalterfahrungen,
- Risikogruppen für Gewaltbetroffenheit,
- effektive Präventions- und Interventionsansätze.

Der im November 2005 vom BMFSFJ veröffentlichte Gender Datenreport [3] verdeutlicht, dass Männer und Frauen in unterschiedlicher Weise von Gewalt betroffen sind. Bei Gewaltdelikten gegen Frauen handelt es sich überwiegend um Beziehungstaten, d. h., in der Mehrzahl der Fälle sind Frauen mit der tatverdächtigen Person verwandt oder bekannt, während Männer häufiger im öffentlichen Raum von Gewalt betroffen sind. Gewalt in intimen Partnerbeziehungen wird mit dem Begriff „häusliche Gewalt“ beschrieben und beinhaltet jegliche Form von Gewalt zwischen Erwachsenen, die in engen sozialen Beziehungen zueinander stehen oder standen. Der Begriff beschreibt ein komplexes Misshandlungssystem, das körperliche, psychische sowie sexualisierte Gewalt einbezieht und auf Macht und Kontrolle über eine andere Person zielt.

Zum Ausmaß von Gewalt wurde im Jahr 2004 die erste deutsche Studie veröffentlicht, die auf einer repräsentativen Gemeindestichprobe von 10.264 Frauen basierte [2]. Befragt wurden Frauen im Alter von 16 bis 85 Jahren nach körperlicher, sexueller und psychischer Gewalt. Insgesamt berichteten 37 % aller befragten Frauen nach ihrem 16. Lebensjahr mindestens einmal körperliche Gewalt erlebt zu haben. Zwei Drittel der körperlichen Angriffe umfassten mittlere bis schwere Taten, bei denen die Frauen verletzt wurden,

erhebliche Angst hatten oder mit Waffen bedroht worden waren. Etwa jede vierte Frau (25 %) gab an, körperliche und/oder sexuelle Gewalt in der Partnerschaft durch aktuelle oder frühere Beziehungspartner erlebt zu haben.

Aus verschiedenen Ländern liegen Berechnungen vor, die zeigen, dass Gewalt mit vielfältigen Kosten für das Gesundheitssystem und die Gesellschaft verbunden ist [4, 5]. Zusätzliche Kosten können durch Über-, Unter- und Fehlversorgung entstehen, und zwar dann, wenn Gewalt im Behandlungskontext nicht berücksichtigt wird [6]. Studien verweisen darauf, dass ein frühes Erkennen gewaltbedingter Beschwerden und eine adäquate Behandlung auf längere Sicht zu Einsparungen im Gesundheitswesen führen können [7, 8].

Zur Verbesserung der Versorgung gewaltbetroffener Frauen wurde am Klinikum Benjamin Franklin in Berlin das S.I.G.N.A.L.-Interventionsprojekt¹ gegen häusliche Gewalt eingeführt. In der diesbezüglichen Begleitforschung wurden erstmals innerhalb eines Krankenhauses Daten zu häuslicher Gewalt erhoben, die Hinweise zum Versorgungsbedarf geben. Es wurden hier Daten aus den folgenden 3 Quellen analysiert:

Befragung von Patientinnen der Rettungsstelle Charité (CBF). Die Befragung von 806 Patientinnen der Rettungsstelle im Alter von 18 bis 60 Jahren gab wichtige Aufschlüsse über das Ausmaß der Gewalterfahrungen, deren gesundheitliche Folgen und über die Erwartungen an die Versorgung. 36,6 % der Befragten waren nach dem 16. Lebensjahr mindestens einer häuslichen Gewalthandlung ausgesetzt, 4,6 % der Frauen berichteten von häuslicher Gewalt im vergangenen Jahr und 1,5 % suchten die Erste Hilfe aufgrund gewaltverursachter Verletzungen auf. Diese Werte dürften aber eine Unterschätzung sein, denn

¹ Das S.I.G.N.A.L.-Interventionsprojekt gegen Gewalt an Frauen wurde als Modellprojekt zur besseren Versorgung gewaltbetroffener Frauen an der (heutigen) Charité Campus Benjamin Franklin (CBF) eingeführt und von 2000–2003 von Mitarbeiterinnen des Instituts für Gesundheitswissenschaften der TU Berlin wissenschaftlich begleitet [8].

unmittelbar von Gewalt betroffene Frauen konnten nur bedingt in die Studie einbezogen werden [9]. Mehr als die Hälfte der gewaltbetroffenen Frauen berichtet von gesundheitlichen Folgen: 32,3 % gaben körperliche und psychische Folgen an, 2,7 % nannten ausschließlich körperliche und 21,6 % ausschließlich psychische Folgen (ebd.).

Auswertung der S.I.G.N.A.L.-Falldokumentationen in der Rettungsstelle.

Insgesamt wurden 136 Fälle von häuslicher Gewalt in der Rettungsstelle dokumentiert. 83 % der Fälle wurden im Bereich der chirurgischen Ersten Hilfe, 15 % in der internistischen Ersten Hilfe dokumentiert. Die Auswertung der Dokumentationen gibt wichtige Hinweise zur Inanspruchnahme der Rettungsstelle, zum Zeitpunkt des Besuchs der Ersten Hilfe (Tages-, Uhrzeiten), über Verletzungen und Beschwerden (u. a. mittels der ICD-10-Klassifikation) und Auskünfte zur Situation der Patientin (Alter, Verbleib, Anzeige). Während der Projektbegleitung wurde zudem geprüft, inwieweit die Krankenhausstatistik insgesamt als Datenquelle hinsichtlich der für interpersonelle Gewalt relevanten ICD-10-Klassifikation genutzt werden kann.

Krankenhausstatistik ICD-10. Theoretisch bietet das Klassifikationssystem ICD-10 einen geeigneten Schlüssel, um Daten zur Morbidität und Mortalität im Fall von Gewalt zu gewinnen. In der Praxis zeigt sich aber, dass der ICD-10-Schlüssel in den Rettungsstellen diesbezüglich so gut wie gar nicht angewandt wird. Dies verdeutlicht die Auswertung der S.I.G.N.A.L.-Falldokumentationen von 2000–2003 in der Rettungsstelle der Charité Campus Benjamin Franklin (CBF). In insgesamt nur 7 (6,8 %) von 103 Falldokumentationen war die Gewalttat mit dem ICD-10-Schlüssel in Verbindung mit interpersoneller Gewalt beziffert.

Hildegard Hellbernd plädierte für die Schaffung einer verbesserten Datenlage, um Aufschlüsse darüber zu erhalten, auf welchen Ebenen Hilfe und Unterstützung für Gewaltbetroffene ansetzen müssen. Benötigt wird eine Gesundheitsbericht-

erstattung in Bezug auf körperliche, sexualisierte und psychische Gewalt, die das Problem und seine Zusammenhänge beschreibt, damit entsprechende Maßnahmen entwickelt werden können.

Ulrich Vogel, Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI), Köln

Ulrich Vogel erläuterte die Entstehung und Anwendung der ICD-10-Klassifikation. Unterschieden wird eine Kodierung in:

- **Folgen** von Verletzungen, Vergiftungen und Verbrennungen (nach Kapitel XIX). Deren Kodierung ist aus abrechnungstechnischen Gründen notwendig.
- **Äußere Ursachen** von Verletzungen, Vergiftungen und Verbrennungen (z. B. tätliche Angriffe). Hier besteht die Möglichkeit einer zusätzlichen Zweitkodierung anhand der in Kapitel XX aufgeführten Angaben.

Die WHO-Version der ICD-10 sieht eine differenzierte Klassifikation der Folgen und Ursachen vor. Diese Möglichkeit einer doppelten Kodierung wird in Deutschland jedoch meist nur im Zusammenhang mit der Mortalitätsverschlüsselung angewandt. Aus datenschutzrechtlichen Gründen ist hierzulande eine Datenerfassung, also auch eine Doppelerfassung nämlich nur möglich, wenn diesbezüglich eine eindeutige Zweckbindung vorliegt. Die Regelungen des Datenschutzes legen hier fest, dass Sozial- und Gesundheitsdaten nur unter bestimmten Erlaubnistatbeständen erfasst werden dürfen, z. B. aus abrechnungstechnischen Gründen. Seit 2004 gilt daher für die ambulante sowie für die stationäre Versorgung die ICD-10 GM (German Modification). Die Erfassung von Diagnosen zur Abrechnung ärztlicher Leistungen für die ambulante Versorgung ist im § 295 SGB V, für den stationären Bereich in § 301 SGB V geregelt. Für die stationäre Versorgung gibt es zusätzlich die Deutschen Kodierrichtlinien, die z. B. das Regelwerk des ICD-10-Diagnoseschlüssels für bestimmte Abrechnungssituationen ergänzen (DKR²):

² <http://www.g-drug.de>

Mit den Regelungen in § 284 SGB V Abs. 1 und § 295 Abs. 1 liegen Bestimmungen vor, die einen Missbrauch von Daten ausschließen sollen. Dies hat zur Folge, dass im stationären Bereich nur noch Verletzungen bzw. psychische Störungen als gesundheitliche Folge kodiert werden und somit bspw. der Schlüssel „T74. – Missbrauch von Personen“ als Ursache der Verletzung(en) oder psychischen Störungen nicht länger aufgeführt wird.

Sabine Sauerwein, Vertretung des Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit (BFDI), Bonn

Sabine Sauerwein verdeutlichte das Spannungsverhältnis zwischen den grundsätzlichen Nutzungsmöglichkeiten des ICD-10-Diagnoseschlüssels einerseits und dem Datenschutz als Grundrechtsschutz andererseits. Vor dem Hintergrund des informationellen Selbstbestimmungsrechts ist die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung personenbezogener Daten nur dann zulässig, wenn ein entsprechender Erlaubnistatbestand vorliegt. Dieser ist wiederum durch den Erforderlichkeitsgrundsatz und eine Zweckbindung bestimmt. Problematisch ist in diesem Zusammenhang, dass die Klassifikation des ICD-10 verschiedenen Zwecken dient; d. h.:

- statistischen Zwecken,
- Forschungszwecken,
- Dokumentationszwecken und
- Abrechnungszwecken.

Die Verwendung der ICD-10-Klassifikation zu Abrechnungszwecken ist gesetzlich verankert: Eine versichertenbezogene Übermittlung der ICD-10-Diagnose von den Leistungserbringern an die Krankenkassen erfolgt für den ambulanten Sektor auf Grundlage des § 295 Abs. 1, 2 SGB V, für den stationären Sektor auf Grundlage des § 301 Abs. 1, 2 SGB V. Entscheidendes Kriterium für die diesbezügliche Verwendung des ICD-10 ist also, dass für die Abrechnung von Leistungen eine Übermittlung von Diagnosedaten erforderlich ist. Es dürfen aber nur die Daten, die für die konkrete Aufgabenerfüllung der Krankenkassen tatsächlich erforderlich sind, von diesen

erhoben, verarbeitet und genutzt werden. Je differenzierter der Diagnoseschlüssel gestaltet ist, desto tiefer greift er in die Privatsphäre der Betroffenen und deren Datenschutzrechte ein. Ein solcher Eingriff kann jedoch nur gerechtfertigt werden, wenn er in einem angemessenen Verhältnis zum damit verfolgten Zweck (hier: Abrechnungszwecke) steht. Daher ist die Verwendung eines hoch differenzierten Diagnoseschlüssels problematisch. Zudem kann eine nicht durch eine gesetzliche Befugnisnorm gedeckte Übermittlung von Informationen nach § 203 StGB sogar strafbegründend wirken.

Darüber hinaus ist für gewaltbetroffene Patientinnen eine gesetzliche Regelung aus dem Jahr 2004 von Relevanz, die die Mitteilung drittverursachter Gesundheitsschäden und deren Ursache an die Krankenkassen festgelegt (§ 294a SGB V). Danach sind „... die Vertragsärzte, ärztlich geleitete Einrichtungen und die Krankenhäuser nach § 108 verpflichtet, die erforderlichen Daten, einschließlich der Angaben über Ursachen und den möglichen Verursacher, den Krankenkassen mitzuteilen“, wenn Anhaltspunkte vorliegen, dass eine Krankheit die Folge oder Spätfolge eines Arbeitsunfalls, eines sonstigen Unfalls, einer Körperverletzung ist bzw. Hinweise auf drittverursachte Gesundheitsschäden vorliegen (vgl. § 294a Satz 1 SGB V). Hintergrund dieser Regelung ist, dass die Krankenkassen nach § 116 SGB X Ansprüche gegen Schadensersatzpflichtige erheben können bzw. sollen. Ausgeschlossen sind nach dem sog. Familienprivileg (§ 116 Abs. 6 SGB X) allerdings Fälle bei nicht vorsätzlichen Schädigungen durch Familienangehörige, wenn der Schädiger mit dem Geschädigten in häuslicher Gemeinschaft lebt bzw. nach Eintritt des Schadensereignisses mit diesem die Ehe geschlossen hat.

Cornelia Lange, Abteilung Epidemiologie und Gesundheitsberichterstattung des Robert-Koch-Institutes, Berlin

Cornelia Lange verwies in ihrem Beitrag darauf, dass zum gegenwärtigen Zeitpunkt repräsentative Studien am ehesten fundierte Aussagen über die gesundheitlichen Folgen von Gewalt ermöglichen. Sie sah das Problem

der Verwendung von Daten aus der WHO- bzw. GM-Version der ICD-10-Klassifikation darin, dass diese nicht in einem für die Gesundheitsberichterstattung erforderlichen Maße zugänglich und auch nicht geeignet sind, repräsentative Aussagen über Prävalenzen zu treffen.

Für eine qualifizierte Gesundheitsberichterstattung, die Aussagen über die Prävalenz häuslicher Gewalt erlaubt, sind aber repräsentative, valide und kontinuierlich erhobene Daten erforderlich, die sich aus verschiedenen Quellen wie der Amtlichen Statistik (Todesursachenstatistik, Krankenhausstatistik) oder aus Surveydaten, Prozessdaten, Registern, Sentinels und Studien ergeben. Bislang liegen jedoch keine repräsentativen, bevölkerungsbezogenen Daten aus dem Versorgungsgeschehen zu Gewalt vor. Frau Lange bezeichnete die diesbezügliche Datenlage innerhalb der amtlichen Statistik als unvollständig; so liegen beispielsweise keine Angaben aus der Krankenhausdiagnosestatistik vor. Aussagen zum Zusammenhang zwischen sozialer Lage, Lebensform und Gewalt erlauben ausschließlich repräsentative Studien, für die keine Kodierung nach ICD-10 erforderlich ist.

Perspektivisch sind nach Einschätzung von Frau Lange die Aufnahme der ICD-10-Zweitkodierung (Kapitel XX) in die Krankenhausdiagnosestatistik und weitere Versorgungsstatistiken wünschenswert. Sie verwies auf die Datentransparenzparagrafen [§§ 303a–303f des GKV-Modernisierungsgesetzes (GMG) von 2004]. Danach sollten künftig patientenbezogene Daten vorliegen, die auch Diagnosen auf Basis des ICD-10 enthalten. Diese gesetzliche Regelung ermöglicht damit eine Verknüpfung der Abrechnungs- und Leistungsdaten durch eindeutige Bezüge zu den jeweiligen Patienten und Leistungserbringern, wobei aber eine Identifizierung der Versicherten z. B. durch Pseudonymisierung ausgeschlossen wird. Ziel ist es, diese Daten den Krankenkassen, der Ärzteschaft, den Institutionen der Gesundheitsberichterstattung auf Bundes- und Landesebene sowie wissenschaftlichen Einrichtungen zur Verfügung zu stellen.

Jeffrey Butler, Plan- und Leitstelle Gesundheit beim Bezirksamt Berlin-Mitte

Jeffrey Butler konzentrierte sich in seiner Darstellung auf die Bedeutung des ICD-10 für die lokale Gesundheitsberichterstattung, bei der es weniger um deutschlandweite, repräsentative Daten geht, sondern um gesundheitliche Informationen über eine begrenzte Region. Seine Stellungnahme bezog sich auf die Dokumentation der Ursachen von Vergiftungen, Verbrühungen und Verletzungen in der WHO-Version des ICD-10. In seinem Beitrag erörterte er die im Jahr 2004 aufgrund der datenschutzrechtlichen Regelungen für Deutschland vorgenommenen Veränderungen im Kapitel XX (X85–X99). In der deutschen Version des ICD-10 wurden diejenigen Angaben gestrichen, die eine mögliche Tatperson näher bezeichnen. Für die lokale Gesundheitsberichterstattung stellt sich die Frage, welche Quellen für die Untersuchung von Gewalt genutzt werden können. Gegenwärtig wird für die Verbreitung häuslicher Gewalt auf die Polizeistatistik zurückgegriffen, die jedoch bekanntermaßen nur einen Bruchteil der Fälle erfasst. Eine weitere Möglichkeit, um hier zu Prozessdaten zu gelangen, sieht Jeffrey Butler beispielsweise in der Krankenhausstatistik.

In seinen Ausführungen beleuchtete er zudem die Vor- und Nachteile der ICD-10-Verschlüsselung für die (lokale) Gesundheitsberichterstattung zur häuslichen Gewalt. Er sieht die Vorteile der ICD-10-Verschlüsselung darin, dass:

- für Opfer häuslicher Gewalt niedergelassene Ärzte oder Rettungsstellen als Hauptanlaufstellen gelten. Daher ist dort eine umfassende Erfassung von Gewalttaten über ICD-10 möglich.
- die Frage zur Ursache einer gesundheitlichen Störung in die Anamnese aufgenommen werden könnte. Damit würde eine angemessene Versorgung ermöglicht.
- die zeitaufwändige Beratung und Therapie von Opfern häuslicher Gewalt abgerechnet werden könnte. Damit wäre es auch möglich, die gesundheitlichen Kosten von häuslicher Gewalt zu beziffern.

Nachteile sieht er darin, dass

- gegenwärtig keine Kodierung der Ursachen von Verletzungen im stationären Bereich vorgesehen ist,
- eine Differenzierung nach den unterschiedlichen Formen der Gewaltanwendung zu kleinteilig und nicht relevant für die Epidemiologie ist,
- auch in der ausführlicheren WHO-Version der ICD die Kodierung für häusliche Gewalt nicht trennscharf genug ist,
- die Kodierung der Täterschaft auf einen kleinen Ausschnitt der ICD-Klassifikationen beschränkt ist.³

Insgesamt beurteilte er sowohl die ICD-10 GM als auch ihre umfangreichere WHO-Version als nicht optimal für die Erhebung von Daten im Zusammenhang mit häuslicher Gewalt [10].

Inge Baumgarten, europäisches WHO-Büro. Kopenhagen

In Ihrem Vortrag „Injuries in the WHO European Region: burdens, challenges and policy response“ stellte Inge Baumgarten dar, warum das Thema häusliche Gewalt gegen Frauen bei der WHO höchste Priorität besitzt. Zu Beginn stellte sie Definitionen und Ergebnisse zu Verletzungen weltweit und in Europa vor. Nach Schätzungen der WHO sind sie eine der 3 Haupttodesursachen in Europa; jährlich sterben etwa 800.000 Menschen aufgrund von Verletzungen. Als Folge von Gewalt sterben in Europa pro Jahr wiederum etwa 257.000 Menschen, davon 73.000 durch interpersonelle Gewalt. Europäische Staaten mit einem geringeren Pro-Kopf-Einkommen zeigen hier eine höhere Prävalenz. Femizid – das Töten von Frauen – ist ebenfalls in europäischen Ländern zu finden: Etwa 19.000 Frauen sterben hier jährlich als Folge von Gewalt. In 40–70 % der Fälle wurden die Frauen durch ihren Beziehungspartner getötet. Es bestehen diesbezüglich aber starke regionale Unterschiede: In Ländern der früheren Sowjetunion besteht für Frauen ein höheres Risiko als in Westeuropa. Island und Irland weisen die niedrigsten Femizid-Raten auf.

³ Dies betrifft die ICD-10-Klassifikationen X85–Y09.



Abb. 1 ◀ **Mögliche Public-Health-Aktionsfelder zur Prävention von Gewalt und Verletzungen**

Auch Kinder sind stark von Gewalt betroffen: Mehr als 1300 Kinder unter 15 Jahren werden in Europa jährlich getötet. Das größte Risiko für physische Gewalt besteht für sehr junge Kinder, ältere haben ein höheres Risiko für physische Bestrafungen oder sexuellen Missbrauch. Die Folgen häuslicher Gewalt können zudem bis ins Erwachsenenleben fortwirken. In Europa sterben aufgrund von interpersoneller Gewalt täglich mehr als 40 Jugendliche und junge Erwachsene im Alter von 15 bis 29 Jahren; das sind ca. 2 Tote stündlich.

Die Kosten für die Versorgung von Verletzungen werden in westeuropäischen Ländern auf etwa 189 Mrd. EUR jährlich geschätzt; die sozialen Kosten für Verkehrsunfälle auf ca. 2 % des nationalen Bruttosozialproduktes (BSP), für häusliche Gewalt im Vereinigten Königreich auf 1,9 % des BSP (beinahe 33 Mrd. EUR jährlich) beziffert.

Angesicht des großen Ausmaßes und der gesellschaftlichen Kosten stellt sich die Frage nach der Prävention von Gewalt und ihren Folgen. Hier kann der Gesundheitssektor eine entscheidende Rolle spielen, da er sowohl über die Möglichkeiten für die Etablierung eines Surveillance-Systems zur Beschreibung des Ausmaßes und der Prioritätensetzung als auch zur Beobachtung der Ergebnisse verfügt. Zudem eignet er sich sehr gut, um das Thema Gewalt in die öffentliche und politische Diskussion einzubringen und für Präventionsmaßnahmen zu werben. Die **Abb 1** verdeutlicht die

Public-Health-Aktionsbereiche zur Prävention von Gewalt und Verletzungen. Effektive Präventionsstrategien können Gesundheitsversorgungs- und andere Kosten senken. Surveillance und Routinebefragungen sichern effektive Maßnahmen. So zeigen Studien laut WHO, dass in industrialisierten Ländern die Mortalitätsrate nach Gewalt und Verletzungen durch eine verbesserte Traumaversorgung um 30 % gesenkt werden kann. Ebenso haben Hausbesuche und Geburtsvorbereitungskurse spätere Gewalt dem Kind gegenüber vermindern können.

Zum Abschluss stellte Frau Baumgarten die in der im Jahr 2005 vom WHO-Regionalkomitee in einer Resolution zu Gewalt und Verletzungen festgehaltenen Aspekte vor. Alle Mitgliedsstaaten wurden darin aufgefordert, der Prävention von Verletzungen Priorität einzuräumen und einen Nationalen Aktionsplan sowie ein Surveillance-System zu entwickeln und entsprechende Kapazitäten auszubauen.

Petra Brzank, Institut für Gesundheitswissenschaften, Technische Universität Berlin

Petra Brzank stellte in ihrem Vortrag im internationalen Vergleich vor, welche Daten für die Erfassung häuslicher Gewalt genutzt werden können. Eine Übersicht über bestehende Datenquellen gibt **■ Tabelle 1**. Diese Quellen erlauben es, Ausmaß und Folgen von Gewalt einzuschätzen.

Da für eine umfassende Beschreibung der Ursachen, des Ausmaßes und der

Folgen von Gewalt nicht immer ausreichende finanzielle Ressourcen zur Verfügung stehen, schlägt die WHO folgende Schwerpunkte vor: Eine besondere Priorität kommt den Gewalthandlungen mit und ohne Todesfolge zu. Bestehen Zweifel an der Todesursache sollten genaue Daten ermittelt und in einer Statistik festgehalten werden. Weiter kann die Einführung eines Registers der Gewalt- bzw. Verletzungsoffer in ausgewählten Rettungsstellen (N=2–4) der Beschreibung von Gewalt ohne Todesfolge dienen und beeinflussende gesellschaftliche Faktoren abbilden. In ausgewählten Polizeistationen sollten Daten zu häuslicher Gewalt erhoben und entsprechende Fragen in Bevölkerungsumfragen sowie in Routinebefragungen zu Demografie, Gesundheit etc. integriert werden. Zur Erhellung der sozialen Risikofaktoren sollten die Routedaten zum sozialen und physischen Umfeld (Einkommen, Bildung, Beschäftigung etc.) in Beziehung zu Gewalt mit oder ohne Todesfolgen gesetzt werden [1].

In England gilt das Projekt der Cardiff Violence Prevention Group (CVPG) als Vorbild. Es hat ein System zum Austausch und Vergleich von Daten zu allen Formen der interpersonellen Gewalt entwickelt. Vornehmlich werden die Daten aus Polizeistationen mit denen der Emergency Departments (ED) zusammengebracht. In den EDs werden folgende Kerndaten erhoben: Alter und Geschlecht der Verletzten, präzise Angaben zum Ort der Gewalthandlung, Anzahl und Geschlecht der Tatpersonen, Gebrauch von Waffen und Anzeige bei der Polizei. Für das Projekt entscheidend sind nur die Unfall-/Notfall-Daten (Accident & Emergency Data). Die ICD-Codes finden hier keine Berücksichtigung. Kostenfreie Telefone in den Wartezonen der EDs führten zu einem Anstieg der polizeilichen Anzeigen sowie der Inanspruchnahme von Opferunterstützungsstellen, wie z. B. Frauenzufluchtsorten ([1], S 42).

Für Europa wird seit kurzem an einem Verletzungssurveillancesystem, basierend auf WHO-Empfehlungen und der International Classification of External Causes of Injuries⁴, gearbeitet. Ziel ist die

⁴Vgl. <http://www.icceci.org>

Tabelle 1

Übersicht bestehender Datenquellen zur Erhellung von häuslicher Gewalt und Gesundheitsfolgen ([1], S 13)

Datenkategorie	Potenzielle Datenquelle	Informationsbeispiele
Mortalitätsdaten	Bevölkerungs-/ Todesursachenstatistik Medizinische und richterliche Gutachten	Individuelle Merkmale Todesursachen Todeszeiten und -orte
Morbiditäts- und Gesundheitsdaten	Klinikberichte Krankenakten	Verletzungen und Krankheiten Informationen zur physischen oder psychischen Gesundheit Begleitumstände und Schwere der Verletzungen
Eigene Angaben	Umfragen Fokusgruppen Medien	Verhalten und Anschauungen Überzeugungen und Praktiken Viktimisierung/Opfer- und Täterschaft Gewaltkonfrontation in der Gemeinde und Zuhause
Gemeindebasierte Daten	Berichte zur Demografie Lokale Verwaltungsberichte	Bevölkerungszahlen Einkommens- und Bildungsschichten Arbeitslosigkeitszahlen
Kriminaldaten	Polizeiakten und -berichte Justizberichte Kriminalberichte	Angriffs- und Aggressivitätsverhalten Täter- und Opfermerkmale Begleitumstände von Gewalt- handlungen
Ökonomische und soziale Daten	Institutsberichte Agenturberichte Spezifische Studien	Gesundheitsausgaben und Behandlungskosten Inanspruchnahme von Unterstützungs- und Hilfeangeboten Zugang zur Gesundheitsversorgung Haushaltseinkommen und Einkommensverteilung

Entwicklung eines Minimum Data Set for injury surveillance (MDS-Is) für die Erhebung vergleichbarer Daten.⁵

Auch hierzulande fehlen Daten zur verletzungsbedingten Morbidität. Vom Brandenburger Gesundheitsbüro wurde ein Minimum Dataset for Injury Monitoring (MDIM) unter der Prämisse erarbeitet, so wenig Variablen wie möglich oder nötig einzusetzen ([11], S 12). Das Instrument sollte außerdem einfach handhabbar sein und die Möglichkeit der Anwendung sowohl in Rettungsstellen, Kreiskrankenhäusern als auch in chirurgischen Praxen bieten. Dieser MDIM, in dem Alter, Geschlecht, Ereignis, Handlung, Ort des Geschehens und Art der Verletzung abgebildet werden, kann um weitere Sets zu anderen

⁵Vgl. <http://www.iceci.org/csi/iceci.nsf/pages/Ca?OpenDocument>

Aspekten ergänzt werden (■ **Abb 2**). Dieses Erhebungsinstrument ist auch geeignet, um geschlechtsspezifische Unterschiede im Kontext von sexueller oder häuslicher Gewalt zu erkennen.

In den USA hat das Fehlen konsistenter Informationen über Gewalt gegen Frauen zur Entwicklung von Empfehlungen der Centers for Disease Control and Prevention (CDC) geführt. Diese umfassen Definitionen von Gewaltformen und ihren Variablen und sollen eine einheitliche Erfassung und Kodierung von Daten ermöglichen. Ziel ist die Prävalenzschätzung von Gewalt gegen Frauen und die Beschreibung der Betroffenenengruppen, Gewalthandlungen und Verletzungen. Die Empfehlungen beschreiben Kern- und Ergänzungsdaten. In jedem Fall sollten demografische Angaben über die Betroffenen sowie über die Gewalterfahrungen (physische

Gewalt, sexuelle Gewalt, Androhung von physischer/sexueller Gewalt, psychologische/emotionale Gewalt) gesammelt werden. Diese sollten um Beschreibungen der letzten Gewaltwiderfahrnis durch einen Intimpartner ebenso ergänzt werden wie um Details zur letzten Gewalthandlung, zu den Konsequenzen der letzten Gewalthandlung für die Betroffene, zum Täter der letzten Gewalthandlung sowie um weitere Angaben zu Gesundheitsfolgen und -verhalten etc. [13].

Frau Brzank sprach sich am Ende ihres Vortrages für eine stärkere Berücksichtigung von Gewaltbetroffenheit in Routinedaten und Studien aus, d. h. für die Erfassung, Auswertung, Analyse und Interpretation entsprechender Daten. Hierfür bedarfeseinheitlicher Definitionen und Datenerfassungssysteme. Routinebefragungen zu Gewalterfahrungen sollten in die Gesundheitsversorgung integriert werden, wobei mit bekannten Risikogruppen begonnen werden kann. Spezifische Surveys können der genaueren Beschreibung von Ausmaß, Gesundheitsfolgen und Risikogruppen dienen. Darüber hinaus sollten Surveillance- und Dokumentationssysteme für gewaltbedingte Verletzungen etabliert werden. Hierfür sind Sensibilisierungstrainings unerlässlich.

Claus Fahlenbrach, Deutschen Krankenhausgesellschaft e.V., Berlin

Claus Fahlenbrach verdeutlichte, dass das zur Abrechnung von Leistungen im Krankenhaus genutzte G-DRG-System (German-Diagnosis Related Groups) nicht geeignet ist, um Daten zur häuslichen Gewalt zu erheben. Das G-DRG-System nutzt als „diagnoseorientiertes“ System ebenfalls die in der Primärdokumentation angewandte ICD-10 GM. Für die Eingruppierung in eine Fallpauschale ist überwiegend die Hauptdiagnose von Relevanz, d. h. jene Diagnose, die den stationären Krankenhausaufenthalt des Patienten hauptsächlich begründet. Der Nebendiagnose kommt meist nur dann eine Bedeutung zu, wenn ein zusätzlicher Leistungsaufwand begründet ist und abgerechnet wird. Die Kodierung von Folgen und Ursachen interpersoneller Gewaltanwendung im Sinne einer

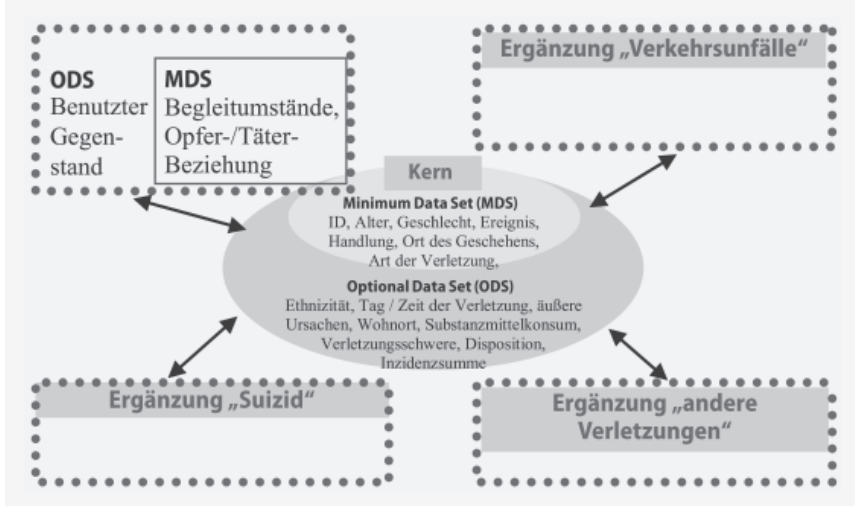


Abb. 2 ▲ Datenset eines Verletzungssurveillance-systems ([12], S 26), MSD Minimum Data Set; ODS Operational Data Set

zusätzlichen Zweitkodierung ist in dem nur zur Abrechnung der Leistungen genutzten System irrelevant. Eine andere „Datenkommunikation“ gilt in der ambulanten Versorgung. Dort werden alle Abrechnungsdaten (d. h. auch Folgen sowie Ursachen von Gewalt) an die kasienärztliche Vereinigung weitergeben.

Fazit

Die Anwendung der ICD-10-Klassifikation für die Erfassung häuslicher Gewalt ist gegenwärtig weder sinnvoll noch möglich. Zum einen fehlt die gesetzliche Grundlage für eine für diese Zwecke differenzierte ICD-10-Klassifikation. Zum anderen ist eine solche Erfassung aus datenschutzrechtlichen Gründen auch für die Gewaltbetroffenen nicht erwünscht, da die gesetzliche Verpflichtung der Krankenkassen, Ansprüche gegen Schadensersatzpflichtige zu erheben, eine weitere Gefährdung der von häuslicher Gewalt Betroffenen bedeuten kann.

Aus der Diskussion ergaben sich verschiedene für die Erfassung häuslicher Gewalt als sinnvoll erachtete Instrumente:

1. Surveys (z. B. standardisierter Primärdokumentationen),
2. bestehende Surveys wie der Bundes-Gesundheitssurvey von 1998 (BGS 98), der telefonische Gesundheitssurvey (CATI), der Kinder- und Jugendsurvey (KiGGS),

3. Sentinels (Beobachtungspraxen),
4. Auswertung von Dokumentationsbögen (wie S.I.G.N.A.L.-Dokumentationsbogen),
5. Nutzung der WHO-Version des ICD-10 zu Forschungszwecken.

Weitere sinnvolle Wege zur Datenbeschaffung wurden beispielsweise darin gesehen, regelmäßige und standardisierte Erhebungen in Schutzeinrichtungen für gewaltbetroffene Frauen durchzuführen. Zudem wurde empfohlen, verstärkt auch qualitative Studien durchzuführen, um an Verlaufsdaten von Personen zu gelangen, die von Gewalt betroffen sind. Gerade dieser stärker prozessorientierte Ansatz wurde bisher in Deutschland kaum verfolgt. Für jede Form der Datensammlung und Datenerhebung muss sichergestellt werden, dass Gewaltbetroffene geschützt sind und kein Datenmissbrauch möglich ist.

Zum Abschluss der Fachtagung wurden für verschiedene Bereiche Empfehlungen formuliert, die die Basis für eine Verbesserung der Datenlage bilden können (Übersicht 1): Integration des Gewaltthemas in nationale Surveys, Durchführung von Sentinelstudien, Finanzierung von Forschungen zu langjährigen Krankheits- bzw. Versorgungsverläufen, Einführung einer Dokumentation in der ambulanten Versorgung sowie Fortbildungsangebote zum Thema Gewalt. Des Weiteren wurde zur Vermittlung von Wissen und Kompetenzen empfohlen, das

Thema häusliche und sexuelle Gewalt in medizinische und pflegerische Curricula zu integrieren sowie durch Leitbilder oder durch materielle Leistungen Ärzte zu motivieren, sich stärker für die Interessen gewaltbetroffener Frauen einzusetzen.

Übersicht 1: Empfehlungen im Überblick

- Förderung der Forschung zum Thema Gewalt
- Integration des Themas in bestehende nationale Surveys
- Verbesserung der Dokumentation von Folgen häuslicher Gewalt in der ambulanten Versorgung, z. B. durch die punktuelle Einführung von Dokumentationsbögen wie dem S.I.G.N.A.L.-Dokumentationsbogen in Beobachtungspraxen (Datenerhebung über Sentinels)
- Spezielle datenschutzrechtliche Regelungen für Betroffene von häuslicher und sexueller Gewalt, um deren mögliche weitere Gefährdungen im Zusammenhang mit Regressforderungen der Krankenkassen auszuschließen
- Sensibilisierung von Ärzten für die Gewaltproblematik
- Umfassende Angebote in der Aus-, Fort- und Weiterbildung zum Thema häusliche und sexuelle Gewalt (z. B. in krankenhauses internen Fortbildungen) sowie Integration der Thematik in medizinische und pflegerische Curricula
- Schaffung positiver Anreize für Ärzte, z. B. über Leitbilder der Kliniken und/oder durch finanzielle Anreize, um die Dokumentation häuslicher und sexueller Gewalt sicherzustellen
- Finanzielle Absicherung der Projekte, die eine Verbesserung der Gesundheitsversorgung der von häuslicher Gewalt Betroffenen zum Ziel haben
- Stärkere Beachtung der Gewaltproblematik auf der Ebene politischer Entscheidungsträger
- Intensivierung fachübergreifender Kooperationen. Schaffung eines verbindlichen Arbeitsgremiums unter Einbeziehung von Vertreterinnen und Vertretern der verantwortlichen Bundesministerien, von

Leistungsträgern und Leistungs-
erbringern, Beratungs- und Schutz-
einrichtungen für Betroffene von
Gewalt sowie weiterer Experten und
Expertinnen.

13. Saltzman LE, Fanslow J et al. (1999) Intimate partner violence surveillance. Uniform definitions and recommended data elements. Version 1.0. CDC – Center of Disease Control and Prevention, Atlanta, Georgia

Korrespondierender Autor

D. Hahn

Institut für Gesundheitswissenschaften,
Technische Universität Berlin, TEL 11-2,
Ernst-Reuter Platz 7, 10587 Berlin
E-Mail: brzank@ifg.tu-berlin.de

Literatur

1. WHO (2002) Preventing violence: a guide to implementing the recommendations of the World Report on Violence and Health. Geneva
2. Müller U, Schrötle M (2004) Lebenssituation, Sicherheit und Gesundheit von Frauen in Deutschland. Eine repräsentative Untersuchung zu Gewalt gegen Frauen in Deutschland. Im Auftrag des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Berlin
3. Heiliger A, Goldberg B et al. (2005) Gewalthandlungen und Gewaltbetroffenheit von Frauen und Männern. Gender-Datenreport. Kommentierter Datenreport zur Gleichstellung von Frauen und Männern in der Bundesrepublik Deutschland. Im Auftrag des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Jugendinstitut D-D. München
4. Walby S (2004) The Cost of Domestic Violence. Funded by Department of Trade and Industry, Women and Equality Unit. London
5. WHO (2004) The economic dimensions of interpersonal violence. Geneva
6. Hellbernd H, Wieners K (2002) Gewalt gegen Frauen im häuslichen Bereich – Gesundheitliche Folgen, Versorgungssituation und Versorgungsrealität. Jahrbuch Kritische Med 36:135–148
7. Wisner C, Gilmer T et al. (1999) Intimate partner violence against women. Do victims cost health plans more? J Family Practice 48(6)
8. Kavemann B (2000) Was lässt sich die Gesellschaft die Gewalt im Geschlechterverhältnis kosten? Input 2, Aktuell zum Thema sexualisierte Gewalt. Wildwasser Berlin e.V. Arbeitsgemeinschaft gegen sexuellen Missbrauch an Mädchen. Ruhnmark
9. Hellbernd H, Brzank P et al. (2004) Häusliche Gewalt gegen Frauen: gesundheitliche Versorgung. Das S.I.G.N.A.L.-Interventionsprogramm. Handbuch für die Praxis, Wissenschaftlicher Bericht. Gefördert mit Mitteln des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Berlin
10. Bezirksamt-Mitte (2006) Gesundheitsbericht Berlin-Mitte. Häusliche Gewalt und Gesundheit. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung und Gesundheitsförderung. Band 8
11. Bloemhoff A, Hoyinck S et al. Consumer Safety Institute, Netherlands (2001) Development of minimum data sets on injuries: background report. Amsterdam
12. Holder Y, Peden M et al. (2001) Injury surveillance guidelines. WHO – World Health Organization, Geneva