

# Häusliche Gewalt und Gesundheit: Was können wir aus internationalen Erfahrungen für Deutschland lernen?

## Bericht über die vierte „National Conference on Health and Domestic Violence“ in San Francisco, USA

Vom 15.–17.3.2007 fand zum vierten Mal die „National Conference on Health and Domestic Violence“<sup>1</sup> in San Francisco statt, die seit 2000 vom Family Violence Prevention Fund (FVPF)<sup>2</sup> in 2-jährigem Abstand durchgeführt wird.

Als Nicht-Regierungsorganisation (NGO) ist der FVPF seit 1989 gegen Gewalt an Frauen vor allem im Rahmen von Öffentlichkeitsarbeit, Aufklärung und Sensibilisierung im Justiz- und Gesundheitsbereich aktiv. In den letzten 10 Jahren konnten entscheidende Verbesserungen bei der medizinischen Versorgung von Opfern häuslicher Gewalt durch die „National Health Initiative on Domestic Violence“ erzielt werden. Das Mitwirken bei politischen Reformen, Bildungsangeboten und Präventionsbemühungen macht den FVPF zu einer bedeutenden nationalen Bildungsressource. Entwickelt wurden Fortbildungs- und Aufklärungsmaterialien sowie Modellprogramme für Krankenhäuser. Trainings für Gesundheitsfachkräfte wurden unterstützt oder durchgeführt. Die Kampagne zur Routinbefragung aller Patientinnen nach Ge-

walterfahrungen wird entscheidend durch den FVPF vorangetrieben.

Die Themen der Konferenzen umfassen die Darstellung der jeweils neuesten Studienergebnisse und Präventionsstrategien bei häuslicher Gewalt sowie die Vorstellung der aktuellen Interventions- und Unterstützungsprogramme. Zu den Teilnehmern zählen Wissenschaftler, Ärzte, Zahnärzte, Pflegekräfte, Hebammen, Sozialarbeiter und andere Experten zu häuslicher Gewalt sowie auch Betroffenenengruppen. Die wissenschaftlichen Mitarbeiterinnen der S.I.G.N.A.L.-Begleitforschung konnten bereits 2000 an der ersten und 2004 an der dritten Konferenz teilnehmen. Die Themen und Schwerpunkte zeigen die Entwicklung von Wissenschaft und Praxis auf: Standen in den ersten Konferenzen noch Ergebnisse zu den gesundheitlichen Folgen häuslicher Gewalt im Mittelpunkt, so widmete sich die diesjährige Veranstaltung vor allem der Frage zur Wirkung von Interventionsmaßnahmen. Die Evaluation, Outcomemessung sowie Kosteneffektivität rücken in den Mittelpunkt des Interesses. Die Studienmethoden orientieren sich mittlerweile stärker an den Maßstäben der klinischen Forschung und

der evidenzbasierten Medizin (EbM), um den Standards der medizinischen Wissenschaft zu entsprechen. Die Übertragbarkeit dieser epidemiologischen Methoden auf den Komplex der häuslichen Gewalt wird jedoch kontrovers diskutiert. Verändert hat sich auch ein Genderaspekt: Die Teilnehmerate männlicher Referenten hat sich erhöht, und die Männer setzen sich häufiger mit den Thema der häuslichen Gewalt und der Vermittlung positiver Rollen- und Väterbilder auseinander.<sup>3</sup> Auch wird die Überschneidung zwischen häuslicher Gewalt und Gewalt gegen Kinder zunehmend berücksichtigt.

An der diesjährigen Konferenz nahmen zum ersten Mal über 1000 Personen teil. Ihre zunehmende Internationalisierung zeigt sich sowohl an der Teilnahme von Wissenschaftlern aus über 30 Ländern als auch an der stärkeren Präsenz internationaler Themen. Die Konferenz ist somit zu einer der weltweit wichtigsten Veranstaltungen für die Wissenschaft und Praxis im Kontext häuslicher Gewalt und Gesundheit geworden, die dem (inter-)nationalen Austausch und der Wei-

<sup>1</sup> <http://www.endabuse.org/health/conference/>

<sup>2</sup> <http://www.endabuse.org>

<sup>3</sup> Siehe Kampagne „Coaching Boys into men“, <http://www.endabuse.org/cbim/>

terentwicklung von Forschung und Prävention/Intervention dient.

Der internationale Charakter wurde bereits in der Einführungsveranstaltung deutlich, in der der Zusammenhang zwischen geschlechtsspezifischer Gewalt und HIV im Vordergrund stand. Lori Heise, bekannt durch den ersten umfassenden Bericht zur gesundheitlichen Situation gewaltbetroffener Frauen aus dem Jahr 1996, berichtete über Erkenntnisse zur Gewalt gegen Frauen und HIV, kritisierte die verfehlte Kampagne zur Kondombenutzung im Zusammenhang mit erzwungenem Sex und empfahl Präventionsstrategien, die an den Möglichkeiten von Frauen zum geschützten Verkehr ansetzen. Die renommierte Wissenschaftlerin Jacqueline Campbell von der John Hopkins University School of Nursing berichtete aus US-amerikanischer Perspektive über den Zusammenhang zwischen sexueller Gewalt gegen Frauen und steigender AIDS-Erkrankungsrate unter ihnen.

### Programm

Die Konferenzbeiträge gaben einen aktuellen Überblick über die folgenden Themenkomplexe:

- Intervention in der Gesundheitsversorgung bei häuslicher Gewalt: Dargelegt wurde der Stand der Diskussion über die Bedeutung und die Erkenntnisse zur Routinebefragung, d. h. über eine systematische Integration der Frage nach Gewalterfahrungen in die Anamnese. Weitere Themen waren: Chronic Care Modelle; Versorgungsqualität, Outcome und Effektivität von Maßnahmen; positive und negative Effekte von Interventionsmaßnahmen; Konsensus und Leitlinien für die Gesundheitsversorgung;
- Gewalt in der Familie: Die Themen waren hier: Auswirkungen häuslicher Gewalt auf die nachfolgende Generation; wie lässt sich der Zirkel transgenerativer Gewalt durchbrechen (stärkere Beachtung von Jugendlichen, Kindern und Neugeborenen; Schwangerenbetreuung und Familienhebammen); Zusammenhang zwischen familiärer Gewalt und militärischen Konflikten;

- Gewalt und Geschlecht: Männer als Opfer und Täter; Prävention, die Männer und Jungen einbezieht;
- multisektorale Interventionsmaßnahmen: Gemeindeaktivitäten; Primärprävention; Arbeitsplatz;
- Gewalt und Gesundheit: Trauma und Posttraumatische Belastungsstörung (PTSD); Komorbidität; Substanzmittelkonsum;
- Forschungsmethoden: randomisierte Fall-Kontroll-Studien; Kostenberechnungen; Kosteneffektivität.

Im Folgenden werden einige ausgewählte Schwerpunkte der Konferenz vorgestellt.

### Fortbildungen/Trainings

Bereits am Vorabend der Konferenz präsentierte sich die Academy on Violence and Abuse (AVA) – Advancing Health Education and Research.<sup>4</sup> Sie wurde im Jahr 2004 von Mitgliedern der American Medical Association gegründet. Die Akademie zielt auf die Etablierung der Gewaltthematik in der Aus-, Fort- und Weiterbildung von Medizinern und fordert verpflichtende Qualifikationsnachweise über ein Basiswissen zu Gewalt in der Familie.

Jacqueline Campbell (s. o.) thematisierte in ihrem Vortrag „Confronting Chronic Neglect. The Education and Training of Health Professionals to Respond to Family Violence“ die Vernachlässigung der Thematik innerhalb des Gesundheitswesens als eine Form von Gewalt. Sie berichtete von einer Bedarfserhebung, die das Angebot an Fortbildungen für Gesundheitsfachkräfte zum Thema „Gewalt gegen Kinder, Gewalt in Paarbeziehungen und Gewalt gegen Ältere“ untersucht. Die Studie umfasst die Bestandserhebung bestehender Curricula, die Beschreibung der Erfordernisse einer adäquaten Berücksichtigung von Gewalt in der Familie im Rahmen der medizinischen Versorgung, die Erstellung entsprechender Curricula sowie deren Evaluation. Den Ergebnissen nach war Gewalt gegen Kinder noch am ehesten in die Ausbildung von Gesundheitsprofessionellen integriert; Gewalt in Paarbeziehungen wurde nur zum Teil und

<sup>4</sup> <http://www.avahealth.org>

Gewalt gegen ältere Menschen so gut wie gar nicht behandelt. Campbell kritisierte die unzureichende und fragmentarische Förderung der Forschung zur Gewaltproblematik, zur Entwicklung von Curricula und zur Evaluation von Aus-, Fort- und Weiterbildungen. Sie forderte die Etablierung multidisziplinärer Bildungsansätze in Bezug auf Gewalt in der Familie sowie wissenschaftlich fundierte Trainingsprogramme für Gesundheitskräfte, damit diese Gewalt in der Familie in ihren praktischen Behandlungsalltag integrieren können. Wie andere Referentinnen wies sie darauf hin, dass mittlerweile zwar eine Reihe von Curricula entwickelt wurde, ihre Implementierung aber nach wie vor schwierig sei und entsprechende Fortbildungen in der medizinischen Ausbildung nur einen geringen Raum einnehmen.

Andere Beiträge befassten sich ebenfalls mit der Frage, welches Wissen Gesundheitsfachkräfte über Gewalt in der Familie benötigen und wie es vermittelt werden kann. Welche Rolle kann das Gesundheitssystem in Bezug auf das Erkennen, Dokumentieren, Behandeln, die Prävention und Unterstützung/Weitervermittlung angesichts des Ausmaßes dieser Gewalt einnehmen? Die Implementierung entsprechender Fortbildungsinhalte hängt stark vom diesbezüglichen Interesse der einzelnen medizinischen Fakultäten ab, es wurde bemängelt, dass es USA-weit kaum eine übergeordnete Organisation gibt, die sich für eine stärkere Berücksichtigung des Themas in die Ausbildung von Gesundheitsfachkräften einsetzt. Nach wie vor praktiziert eine Generation von Medizinern, die kaum über Erfahrungen im Umgang mit der Gewaltproblematik verfügt. Es ist daher unabdingbar, bei allen Behandlungen von Frauen, Kindern und Älteren, die von Gewalt betroffen sind, auf evidenzbasierte Behandlungsleitlinien sowie auf die Messung von Qualität und Outcome zu bestehen. Damit Forderungen nach einer verbesserten Ausbildung angesichts des Ausmaßes von Gewalt umgesetzt werden, bedarf es entsprechender Lobbyarbeit und Advocacy.

In dem Panel „Nursing School and Medical Education on Violence and Abuse“ diskutierten Pflegewissenschaftlerinnen (Janice Humphreys, Jacqueline Campbell) und Lehrkräfte der Medizin

(Elaine Alpert, Dave McCollum, Connie Mitchell), wie Gesundheitsfachkräften unterschiedlicher medizinischer Fachdisziplinen ein Basiswissen über Gewalt und Missbrauch vermittelt werden kann, damit sie in entsprechenden Fällen adäquat handeln können. Insgesamt wurde die medizinische Ausbildung als zu fakten- und multiple-choise-lastig kritisiert, was einer umfassenden Änderung bedürfe. Vorgeschlagen wurde z. B., dass Medizinstudenten Kontakt mit Frauenberatungs- und Zufluchtseinrichtungen aufnehmen und Interviews mit Mitarbeiterinnen und betroffenen Frauen durchführen bzw. ihnen innerhalb des medizinischen Curriculums in Fallbeispielen Gespräche mit gewaltbetroffenen Patientinnen vorgestellt werden. Auf diese Weise sollen angehende Ärzte sensibilisiert werden und lernen, Hinweise auf eine gewalttätige Beziehung bei Patientinnen zu erkennen und Gewalterfahrungen in angemessener Weise anzusprechen.

Positiver gestaltet sich die Ausbildung an Nursing Schools. Hier ist die Gewaltthematik insbesondere in Bezug auf häusliche Gewalt und Kindesmisshandlung seit mehreren Jahren in die Ausbildung integriert, d. h., es liegen mittlerweile hervorragende diesbezügliche Curricula vor. Nach wie vor stellen sich Auszubildende die Frage, ob Frauen überhaupt nach Gewalterfahrungen gefragt werden wollen. Hier gilt es, Unsicherheiten abzubauen und zu vermitteln, dass und wie nach diesen gefragt werden kann. Die weit verbreitete Meinung „Ich frage, wenn ich es sehe“ verkennt, dass Gewalt in sehr vielen Fällen nicht eindeutig erkannt werden kann.

Die Kernkompetenzen, die für einen adäquaten Umgang mit Gewaltbetroffenen zu vermitteln sind, sind mittlerweile definiert und an vielen Stellen verankert. Bedeutend ist jedoch die Vermittlungsform, denn es ist evident, dass nur ein interaktives Training garantiert, dass Ärzte zu Veränderungen im Umgang mit dem Thema Gewalt bewegt werden können. Als unzureichend wurde die mangelnde interdisziplinäre Perspektive der Fortbildungskonzepte kritisiert. Insgesamt bedarf es der gestaffelten Wissensvermittlung, die mit dem Basiswissen beginnt, sich in der nächsten Stufe mit komplexeren Zusammenhängen befasst und schließlich

Experten in der Öffentlichkeitsarbeit, Forschung und auf gesundheitspolitischen Entscheidungsebenen eine spezielle Kompetenzerweiterung bietet und auch eine systematische Evaluation der Fortbildung ermöglicht.

Bei der Organisation von Aus-, Fort- und Weiterbildungen für Gesundheitsfachkräfte sind folgende Aspekte zu berücksichtigen: Basisinhalte der Trainings, effektive Trainingsstrategien, Ansätze, um Barrieren zu überwinden und nachhaltige Veränderungen zu bewirken. Innovative und interdisziplinäre Trainingsansätze sollten entwickelt und evaluiert werden.

### **Kosten von Gewalt und Kosteneffektivität von Interventionsprogrammen**

Gene Feder, Professor an der Londoner Queen Mary's School of Medicine and Dentistry, stellte eine Kosten-Nutzen-Analyse (incremental cost effectiveness ratio, ICER) eines Interventionsprogramms gegen Gewalt in Partnerschaften vor. PreDoVe (Prevention of domestic violence)<sup>5</sup> steht für eine randomisierte Fall-Kontroll-Studie einer systematischen Intervention in allgemeinmedizinischen Praxen in London. Ähnlich wie das an der Berliner Charité erprobte S.I.G.N.A.L.-Programm<sup>6</sup> basiert die PreDoVe-Intervention auf einem Training von Gesundheitsfachkräften. Sie sollen durch dieses dazu befähigt werden, eine Routinebefragung nach Gewalterfahrungen durchzuführen, diese zu validieren und zu dokumentieren, die potenzielle Gefährdungssituation abzuklären und von Gewalt betroffene Frauen an Unterstützungseinrichtungen weiterzuvermitteln. Die Pilotstudie wurde in 3 allgemeinmedizinischen Fall- und einer Kontrollpraxis im Osten Londons durchgeführt. Da bislang keine Outcomedaten aus der Pilotstudie vorliegen, werden ihre Prozessdaten zur Beschreibung der Effekte herangezogen und die potenziellen

<sup>5</sup> Prevention of domestic violence (PreDoVe), Pilotstudie einer Intervention in der medizinischen Grundversorgung. <http://www.ihse.qmul.ac.uk/chs/research/gppc/partnerviolence/docs/Nuffieldfinal.pdf>

<sup>6</sup> <http://www.signal-intervention.de>, [www.bmfsfj.de/Kategorien/Forschungsnetz/forschungsberichte,did=18204.html](http://www.bmfsfj.de/Kategorien/Forschungsnetz/forschungsberichte,did=18204.html)

Kosten und Einsparungen des Interventionsprogrammes anhand von Ergebnisse anderer Studien bzw. Routinedaten abgeschätzt. Die Effekte werden monetär und in QALYs (qualitätsadjustierte Lebensjahre) angegeben. Die vorläufigen, bislang unveröffentlichten Ergebnisse zeigen, dass ein auf Training basiertes Interventionsprogramm in der allgemeinmedizinischen Versorgung kosteneffektiv ist. In der anschließenden Diskussion wurde angeregt, dass Interventionsprogramme gegen Gewalt grundsätzlich evaluiert und deren Kosteneffektivität geprüft werden sollten. Hier stellt sich die Frage, ob eine Fall-Kontroll-Studie im Kontext von Gewaltwiderfahrnis möglich ist und wo die ethischen Grenzen liegen.

Colleen Varcoe, Professorin für Pflege an der British-Columbia Universität in Vancouver (Kanada) stellte eine Studie über die individuellen Kosten von Gewalt gegen Frauen durch den Intimpartner vor. Bislang werden in diesem Kontext vornehmlich die Kosten berechnet, die dem Staat und der Gemeinschaft entstehen. Jedoch muss bei den individuellen Kosten von einer beträchtlichen Höhe ausgegangen werden. Studien belegen die negativen Auswirkungen von Gewalt auf die Arbeitsfähigkeit, den Arbeitsplatz sowie auf die Gesundheit. Hier ist von einem finanziellen Mehraufwand auszugehen für Medikamente und medizinische, (psycho-)therapeutische oder rehabilitative Behandlungen, für juristische Beratung, Wohnungs- oder Ortswechsel, das Beschaffen neuer Papiere, von Kleidung und Spielzeug für Kinder etc. Im Schnitt wurden die Mehrkosten in diesem Studiensample – das auf den Daten der Women's Health Effects Study (WHES) und des Canadian Community Health Survey (CCHS) beruht – auf etwa 706,68 kanadische Dollar (CAD) pro Monat geschätzt.

Kim Webster von der Australischen Victorian Health Promotion Foundation (VicHealth) stellte die Folgen von Partnergewalt auf die Gesundheit von Frauen in Victoria anhand des Konzepts der Krankheitslast (Burden of Disease) vor. Diese Methode wurde von der WHO entwickelt und schätzt die mit einer Krankheit einhergehende Last anhand von Mortalität, Morbidität und der gesunden Lebenser-

wartung. Damit wird ein umfassender Vergleich verschiedener Krankheiten möglich. Für die Berechnung wurden die Daten der Australian Longitudinal Study on Women's Health (ALSWH) verwendet. Die Ergebnisse zeigen eindrücklich die gravierenden Auswirkungen von Gewalt auf die Gesundheit von Frauen: Für alle Altersgruppen macht intime Partnergewalt 2,9 % aller Krankheits- und Verletzungslast aus. Für Frauen im Alter von 18–44 Jahren lag der Anteil sogar bei 7,9 %. Für dieses Alter liegen die Werte der Krankheits- und Verletzungslast durch Partnergewalt über denen durch illegalen Drogenkonsum (3,5 %), Körpergewicht (3,4 %) oder Alkohol (2,9 %). Eine beeinträchtigte mentale oder psychische Gesundheit aufgrund von Depression, Angst etc. (73 %) und Substanzmittelmissbrauch (22 %) machen den Großteil der Krankheitslast aus.

### Interventionen

Danielle Dunne, ebenfalls von der Londoner Queen Mary's School of Medicine and Dentistry, stellte eine systematische Analyse verschiedener Interventionsstudien im Kontext von Partnergewalt vor. Sie ging der Frage nach, welche Verbesserungen hinsichtlich der sozialen Unterstützung, Lebensqualität und psychischen Befindlichkeit nach einer Intervention bei den betroffenen Frauen und ihren Kindern zu beobachten waren und welche Erwartungen die Frauen an eine Intervention knüpften. Von den 181 ermittelten Studien erfüllten (nur) 32 die Einschlusskriterien. Interventionen im Unterstützungsbereich zeigten die größte nachweisliche Wirkung: Sie erhöhen die Lebensqualität, führen zu einem sicherheitsorientierten Verhalten der Frauen und zur Inanspruchnahme von Angeboten der Gemeinde und verringern auf diese Weise das Erleiden von Gewalt. Individuelle psychologische Interventionen und Gruppeninterventionen führen zu einer Verbesserung des psychischen Befindens sowie zu einer Stärkung des Selbstwertgefühls und verringern PTSD und Depressionen. Einen großen Erfolg versprechen Programme, die bei Kindern ansetzen. Es konnte gezeigt werden, dass Mütter ihr Verhalten im Umgang mit den

Kindern verändern können und unter weniger Stresssymptomen und PTSD leiden. Bei den Kindern konnten das Selbstwertgefühl gestärkt und Verhaltensauffälligkeiten reduziert werden. Abschließend wurde ein Bedarf nach Studien zur Effektivität von Interventionsprogrammen mit längeren Follow-up-Perioden formuliert.

### Randomisierte Fall-Kontroll-Studien als Optimum?

Die Gesundheitsversorgung und -forschung setzt zunehmend auf den Nachweis der Evidenz von Interventions- und Behandlungsverfahren. Randomisierte Fall-Kontroll-Studien (RCT) besitzen nach den Prinzipien der EbM den höchsten Evidenzlevel und gelten daher als Goldstandard, um die Effektivität von Interventionen im Rahmen der Gesundheitsversorgung aufzuzeigen. In verschiedenen Konferenzsitzungen wurde die Angemessenheit dieses Designs für den Bereich der Gewaltintervention diskutiert.

Jean Ramsay, Wissenschaftlerin an der Londoner Queen Mary's School of Medicine and Dentistry, ging in ihrem Vortrag der Frage nach, ob RCTs eine adäquate Studienform im Kontext von Gewalt seien. In der Vergangenheit wurden für die Evaluation einer Intervention auf diesem Gebiet tendenziell eher Studientypen mit einem schwächeren Evidenzlevel gewählt. Hierfür waren ihrer Meinung nach verschiedene Gründe ausschlaggebend. Politisch wurde argumentiert, dass RCTs mit der medizinischen Versorgung assoziiert seien und Gewaltopfer somit zu Kranken gemacht würden, was nach Meinung von Frau Ramsay nicht zwingend sein muss. Ein weiterer Grund sei die Überzeugung gewesen, zu wissen, was helfen würde. Die bloße Annahme des Nutzens einer Intervention, ohne ihren Schaden zu überdenken, sei jedoch unethisch. Weitere ethische Fragen stellen sich bei der Zuordnung Betroffener zur Kontrollgruppe, die keine Intervention oder Behandlung erfährt: Die Randomisierung könnte dazu beitragen, dass Betroffene in einer ohnmächtigen Situation verbleiben. Ihre zufällige Zuteilung zur Behandlungs- oder Interventionsgruppe wird den individuellen Bedürfnissen

der Opfer nicht gerecht. Modifikationen des Studiendesigns könnten hier Abhilfe schaffen, würden jedoch zusätzliche Kosten verursachen. Grundsätzlich sind RCTs im Kontext von Gewalt durchführbar. Der bisherige Widerstand gegen RCTs basiert hauptsächlich auf der Vermischung der Implikationen der Randomisierung mit den ethischen Herausforderungen. Dennoch muss erwogen werden, dass RCTs vielleicht nicht der Goldstandard für die Forschung im Kontext von Beziehungsgewalt sind. Eine spezifische und innovative Forschung ist erforderlich, die herausfordernd und kostenintensiv ist. Experimentelle und longitudinale Studien sowie Langzeitstudien, die auf Prinzipien der sozialen Aktionsforschung basieren, zeigen nachhaltige Erkenntnisse und sind von großem Nutzen für die Gemeinschaft.

Kelsey Hegarty, Professorin an der Fakultät für Medizin, Zahnmedizin und Gesundheitspraxis der Universität Melbourne (Australien), Marilyn Merritt-Gray, Professorin an der Pflegeschule der Universität von New Brunswick (Kanada), und Jane Koziol-McLain von der Interdisziplinären Traumaforschungsabteilung der Technischen Universität Auckland (Neuseeland) berichteten über 3 klinische Studien zur Analyse der Effektivität von Interventionen bei Beziehungsgewalt. Nach wie vor gibt es diesbezüglich eine unzureichende Evidenz, obwohl mittlerweile bekannt ist, dass

- Frauen nach Gewalterfahrung gefragt werden wollen,
- von Gewalt betroffene Frauen im Gesundheitssektor erkannt werden können,
- eine kurze Routinebefragung eine annehmbare Sensitivität und Spezifität sowie prädiktive Werte zeigt,
- ein 10-wöchiges Programm für Frauen nach dem Aufenthalt in Zufluchtsstätten zu einer Verringerung von physischer Gewalt und Depression und zu einem Anstieg von Lebensqualität und sozialer Unterstützung führt,
- eine Reduktion physischer Gewalt und von Gewaltandrohungen durch eine pränatale klinische Intervention bei Schwangeren erreicht werden kann,

- ein einfaches Assessment in den hausärztlichen Praxen zu einem Fallmanagement werden kann.

Da Gewalt in der Familie oder in einer Partnerschaft ein sehr komplexes Problem darstellt, postulierten die Vortragenden, dass es eine andere Orientierung geben müsse: Manchmal würde die klinische Erfahrung Cochrane überbieten, manchmal die Menschlichkeit die Evidenz. Verschiedene Formen des Heilens erfordern vielleicht unterschiedliche Evidenzen und Maßstäbe in Bezug auf die Bewertung der Effektivität. Die besondere Herausforderung bei der Bewertung von Gewaltinterventionen liegt darin, dass es sensitiver RCTs bedarf, die der Komplexität und den verschiedenen Interventionseffekten gerecht werden, dass die Sicherheit von Frauen und Kinder an erster Stelle steht und dass in der Intervention oder Unterstützung verschiedene relevante Gruppen zusammenarbeiten müssen.

Die vorgestellten Studien setzen zum einen am Prinzip des Empowerment an. Sie basieren auf einem partizipatorischen Ansatz, bei dem die Betroffenen den Forschungsprozess entscheidend mitgestalten, eigene Möglichkeiten erkennen und nachverfolgen können. Zum anderen werden die von Gewalt betroffenen Frauen als Expertinnen ihrer Situation angesehen, die helfen können, die gesundheitliche Versorgung von Gewaltopfern zu verbessern. Diese Studiendesigns versprechen weitreichende Veränderungen im Sinne der Betroffenen.

### Internationale Leitlinien für die hausärztliche Versorgung

Angela Taft von der Australischen La Trobe University berichtete über den Entwicklungsprozess der internationalen Konsensusleitlinien für die hausärztliche Versorgung von Familien bei Gewalt in der Partnerschaft. Initiatorin dieses Prozesses war die Forschungsgruppe zu Partnergewalt der World Organization of Family Doctors (WONCA-Europe).<sup>7</sup> Mit Hilfe des Appraisal of Guidelines Research & Evaluation (AGREE),<sup>8</sup> das der Beurtei-

lung der Qualität klinischer Praxisleitlinien und der Harmonisierung der Leitlinienentwicklung in Europa dient, wurde ein internationaler (Minimal-)Konsens gefunden. Die Leitlinien beinhalten Empfehlungen zur Routinebefragung nach Gewalterfahrung und zur Identifikation von Gewalt betroffener Patientinnen, zum Umgang der Patientinnen mit der Gefährdung sowie Aspekte hinsichtlich der Kinder. Einigkeit herrschte darüber, dass Hausärzte alle schwangeren Frauen nach Partnergewalt fragen sollten sowie auch in jenen Fällen, in denen es bei Frauen Hinweise auf Partnergewalt und bei Männern Hinweise auf ein gewalttätiges Verhalten gibt.<sup>9</sup>

### Ausblick für Deutschland

Die US-amerikanischen Erfahrungen und Erkenntnisse zum Thema Gewalt und gesundheitliche Versorgung, die auf der Konferenz präsentiert wurden, sind für Deutschland richtungweisend:

- Hier besteht noch immer ein großes Forschungsdefizit. Um dem Trend zur EbM oder evidenzbasierten Prävention (EbP) zu entsprechen, sollte eine entsprechende Forschung vorangetrieben werden. Die Finanzierung eines Modellprojekts in niedergelassenen Praxen durch das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) ist daher zu begrüßen.
- Der Aspekt der Gewalterfahrung sollte in Studien zu anderen gesundheitsrelevanten Themen berücksichtigt werden, um Komorbiditäten zu verdeutlichen und seine Relevanz aufzuzeigen. Insbesondere sollte geprüft werden, ob die Instrumente der regulären Gesundheitsberichterstattungen genutzt werden können.
- Wird – wie von der WHO für die Unfallprävention empfohlen – ein System zur Erfassung von Verletzungen (Minimum Data Base oder Injury Data Base) etabliert, so sollten jene Daten mit erfasst werden, die für den Kontext Gewalt von Bedeutung sind.

- Es sollten mehr in der Gesundheitsversorgung angesiedelte Interventionsprojekte implementiert und deren Effektivität evaluiert werden.<sup>10</sup>
- Häusliche und familiäre Gewalt sollte in die Ausbildungscurricula von Medizinerinnen und Pflegekräften sowie (klinischen) Sozialarbeitern aufgenommen werden. Dazu bedarf es einer engeren Zusammenarbeit mit den zuständigen Akteuren.
- Für Gesundheitsfachkräfte ist ein breites Angebot von Fortbildungen aufzubauen. Wichtige Schritte wurden bereits durch das BMFSFJ mit der Finanzierung eines Fortbildungscurriculums und durch Train-the-Trainer-Kurse in die Wege geleitet. Fachkongresse und Tagungen könnten verstärkt genutzt werden, um Informationsveranstaltungen durchzuführen. Zur Durchführung von Fortbildungen müssten weitere finanzielle Mittel bereitgestellt werden. Um die Kontinuität, Weiterentwicklung und Evaluation von Fortbildungen zu gewährleisten, sollten diese akademisch verankert werden. Daher wäre die Gründung einer Akademie zu prüfen.
- Für verschiedene Fachdisziplinen sind Leitlinien zur ärztlichen Versorgung von Gewaltopfern zu entwickeln.
- Angesichts der Komplexität der Gewaltproblematik bietet der Public-Health-Ansatz die Möglichkeit einer adäquaten Ursachenforschung und Entwicklung effektiver Präventionsstrategien. Daher sollte dem Thema in den Gesundheitswissenschaften mehr Raum gegeben werden.
- Eine breite Kampagne sollte innerhalb des Gesundheitswesens durchgeführt werden, damit Gewalt als gesundheitsrelevantes Thema in der medizinischen und therapeutischen Behandlung grundsätzliche Beachtung erfährt.
- Eine Kampagne zur Routinebefragung, d. h. zur Berücksichtigung von Gewalterfahrung innerhalb der Anamnese, sollte gemeinsam mit

<sup>7</sup> <http://www.woncaeurope.org/>

<sup>8</sup> <http://www.agreecollaboration.org/>

<sup>9</sup> Diese Leitlinien werden von den Autorinnen in Kürze veröffentlicht.

<sup>10</sup> Hier können die SIGNAL-Materialien zur Implementierung von Interventionsprojekten hilfreich sein. Sie können unter [materialien@signal-intervention.de](mailto:materialien@signal-intervention.de) bestellt werden.

dem Bundesministerium für Gesundheit und den medizinischen Fachgesellschaften initiiert werden. Die Ergebnisse der S.I.G.N.A.L.-Begleitforschung zeigen, dass Frauen in der Ersten-Hilfe-Anamnese einer Routinebefragung positiv gegenüberstehen.<sup>11</sup>

- Die Überschneidung zwischen Kindesmisshandlung und Gewalt durch den Intimpartner sollte bedacht und bei entsprechenden Präventionsprojekten, wie z. B. bei den „Frühwarnsystemen“, berücksichtigt werden.
- Es sollten der nationale und internationale Austausch gefördert und institutionalisiert werden, um relevante Erkenntnisse zu verbreiten und einen gemeinsamen Lernprozess einzuleiten. Auf diese Weise können Aktivitäten konzentriert und dem Handlungsbedarf entsprechend vorangetrieben werden. Um die verschiedenen Aktivitäten zu koordinieren, bedarf es einer institutionellen Verankerung.

### Korrespondierende Autorin

#### Petra Brzank

SOPHI Social Science and Public Health Institute  
Planckstraße 20  
10117 Berlin, BRD  
E-Mail: brzank@sophi-berlin.de

#### J. Staedt, D. Riemann Diagnostik und Therapie von Schlafstörungen

Stuttgart: Kohlhammer-Verlag 2006, 206 S., 55 Abb., 25 Tab. (ISBN 978-3-17-019467-0), gebunden, 39.80 EUR

Die Schlafmedizin als eine relativ junge Disziplin findet in der Praxis oft zu geringe Beachtung. Zwar gehören Schlafstörungen zu einer der häufigsten Beschwerden, der systematische Umfang damit fällt jedoch vielen Ärzten aufgrund der Komplexität dieses Krankheitsbildes schwer, kann es doch Ausdruck einer Vielzahl von Erkrankungen sein. Das zeigt sich auch durch die Anzahl der medizinischen Disziplinen, die sich damit beschäftigen: HNO-Ärzte, Pulmonologen, Neurologen und Psychiater, um nur die häufigsten zu nennen. Die Diagnostik von Schlafstörungen ist meist aufwändig, aber nur sie kann Grundlage einer qualifizierten Therapie darstellen.

In ihrem neuen Buch ‚Diagnostik und Therapie von Schlafstörungen‘ versuchen Jürgen Staedt und Dieter Riemann grundlegende Kenntnisse über die Differentialdiagnostik und Behandlung zu vermitteln.

Im ersten Teil werden die Grundlagen der Schlafmedizin und der Schlafforschung beschrieben. Neben einer methodischen Übersicht und physiologischen bzw. anatomischen Erläuterungen werden auch die historischen Hintergründe beleuchtet und die Funktionen des Schlafs diskutiert.

In den folgenden Kapiteln werden die verschiedenen Formen von Schlafstörungen vorgestellt. Die Insomnien werden in organisch- bzw. psychiatrisch-bedingt unterteilt, ein eigener Abschnitt widmet sich der Insomnie im Alter bzw. bei neurodegenerativen Erkrankungen. Auch seltene Erkrankungen, wie z. B. die fatale familiäre Insomnie werden erwähnt. Das Kapitel Hypersomnie differenziert zwischen extrinsischen (z. B. Medikamenten- bzw. Drogen-induziert) und intrinsischen Ursachen. Dabei wird leider das Schlafapnoe-Syndrom als einer der wichtigsten Formen der Hypersomnie relativ kurz behandelt. Dort hätte man sich z. B. eine etwas ausführlichere Darstellung der verschiedenen Beatmungsarten gewünscht. Das vierte Kapitel beschäftigt sich mit den Parasomnien, auch hier wird der Abschnitt wieder klar in REM-assozierte, NONREM-assozierte bzw. andere Formen untergliedert. Im fünften

Kapitel werden Störungen der zirkadianen Schlaf-Wach-Rhythmik beschrieben und leiten damit in das sechste Kapitel über, das sich unter anderem mit Schlafhygiene und Psychoedukation beschäftigt. Dieses umfassende Kapitel stellt auch Entspannungs- und verhaltenstherapeutische Methoden der Behandlung von Schlafstörungen vor. Neben einem ausführlichen Literaturverzeichnis wird das Buch noch durch einen Anhang mit einer Anleitung zur Progressiven Muskelentspannung und Tabellen zur Pharmakotherapie ergänzt. Auch ein Verzeichnis mit Adressen von Verbänden und Selbsthilfegruppen fehlt nicht. Insgesamt ist das Buch eine gute Einführung in die Schlafmedizin, ohne sich in technische Details zu verlieren. Viel Wert wurde von den Autoren auf die anatomischen bzw. physiologischen Grundlagen gelegt, dabei kommt die Darstellung der Therapie manchmal etwas zu kurz. Es richtet sich vor allem an diejenigen, die sich bisher noch wenig mit der Schlafmedizin beschäftigt haben und eine fachübergreifende Darstellung schätzen. Aufgrund des Schreibstils und des Kapitelaufbaus ist es als typisches Lehrbuch konzipiert, als schnelles Nachschlagewerk ist es allein schon wegen des etwas kurz geratenen Index weniger geeignet.

R. Paul

<sup>11</sup> <http://www.bmfsfj.de/Kategorien/Forschungsnetz/forschungsberichte,did=18204.html>