



Häusliche Gewalt gegen Frauen: gesundheitliche Versorgung

Das S.I.G.N.A.L.-Interventionsprogramm

- **Fact Sheet der
wissenschaftlichen Begleitforschung**

Hildegard Hellbernd

Petra Brzank

Karin Wieners

Ulrike Maschewsky-Schneider

Gefördert vom



Bundesministerium
für Familie, Senioren, Frauen
und Jugend



Institut für Gesundheitswissenschaften

Forschungsstand

Gesundheitliche Folgen von Gewalt

Gewalt ist der WHO zufolge einer der zentralen Risikofaktoren für die Gesundheit von Frauen. Sie wirkt sich in vielfältiger Weise auf die Gesundheit, das Gesundheitshandeln und die Gesundheitschancen aus. Studien zeigen folgende gesundheitliche Auswirkungen:

- *Direkte körperliche Folgen:* Stich- und Hiebverletzungen, Schnitt-, Platz-, Riss- und Brandwunden, Prellungen, Hämatome, Würgemale, Frakturen, Verletzungen des Trommelfells, des Kiefers und der Zähne. Es können bleibende Behinderungen wie Einschränkungen der Seh-, Hör- und Bewegungsfähigkeit entstehen.
- *Somatische und psychosomatische Beschwerden:* Schmerzsyndrome, gastrointestinale Beschwerden, Atemnot und Essstörungen; chronische Anspannung; Angst und Verunsicherungen können sich als Stressreaktionen in psychosomatischen Beschwerdebildern manifestieren. Gewalt beeinträchtigt die reproduktive Gesundheit, nachgewiesen sind Schwangerschaftskomplikationen, Verletzungen beim Fötus und ein niedriges Geburtsgewicht von Neugeborenen sowie ein höheres Risiko von Fehl- und Frühgeburten.
- *Psychische Folgen:* insbesondere Depressionen, Angst- und Panikattacken, Nervosität, Schlafstörungen, Konzentrationsschwäche, Störungen des sexuellen Empfindens, Angst vor Nähe und Intimität, der Verlust von Selbstachtung und Selbstwertgefühl, selbstverletzendes Verhalten und Suizidversuch, posttraumatischen Belastungsstörungen (PTSD). Als dauernde Persönlichkeitsstörungen werden Borderline-Störungen und Multiple Persönlichkeiten (dissoziative Identitätsstörungen) genannt.
- *Gesundheitsgefährdende Überlebensstrategien:* Der Konsum von beruhigenden, berauschenden oder realitätsverändernden Substanzen wie Nikotin, Alkohol, Medikamente oder andere Drogen dient der inneren Flucht, dem Verdrängen und Vergessen.
- Als *tödliche Folge* von Gewalthandlungen sterben Frauen an den Folgen ihrer Verletzung, werden umgebracht oder begehen Suizid.

Versorgungsbedarf

Gewalt wird als Ursache von Verletzungen und Beschwerden häufig nicht berücksichtigt. Es erhöht sich somit die Gefahr von Unter-, Über- oder Fehlversorgung und einer Chronifizierung der Beschwerden. Die körperlichen Reaktionen gewaltbetroffener Patientinnen werden selten mit traumatisierenden Gewalterfahrungen in Beziehung gesetzt und in die Behandlung einbezogen. Erfahrungen zeigen:

- Ärzte/innen und Pflegekräfte können bei entsprechender Sensibilität und Handlungskompetenz einen entscheidenden Beitrag bei der Unterstützung der Frauen und in der Prävention häuslicher Gewalt leisten.
- Ärzte/innen und Pflegekräfte werden von gewaltbetroffenen Patientinnen als potentielle Gesprächspartner/innen betrachtet, wenn sie sich aktiv und zugewandt zeigen.
- Ärzte/innen und Pflegekräfte fühlen sich im Umgang mit der Gewaltproblematik vielfach überfordert, unzureichend über weitergehende Unterstützungs- bzw. Hilfesysteme informiert oder sehen aufgrund gesellschaftlicher Mythen gegenüber gewaltbetroffenen Frauen keinen Handlungsbedarf.

Studien über die Folgekosten von Gewalt zeigen, dass ein früheres Erkennen von gewaltbedingten Beschwerden und eine adäquate Behandlung auf längere Sicht zu größeren Einsparungen im Gesundheitswesen führen können.

Das Modellprojekt S.I.G.N.A.L. am Berliner Universitätsklinikum Benjamin Franklin

Das 1999 begonnene S.I.G.N.A.L.-Interventionsprojekt gegen Gewalt an Frauen hat sich zum Ziel gesetzt, die in der medizinischen Versorgung vorhandenen Präventions- und Interventionsmöglichkeiten gegen Gewalt an Frauen zu nutzen und den Betroffenen eine zuverlässige und problemadäquate Unterstützung und Versorgung anzubieten.

Das S.I.G.N.A.L.–Programm basiert auf folgenden, grundlegenden Interventionsschritten:

- Erkennen und Ansprechen von Gewalt
- gerichtsverwertbares Dokumentieren der Verletzungen und Beschwerden
- Abklären der Gefährdungslage
- Informationsvermittlung über Beratungs- oder Zufluchtsangebote.

Der S.I.G.N.A.L.–Leitfaden beinhaltet konkrete Handlungsanweisungen für eine verbesserte Versorgung (www.medizin.fu-berlin.de/SIGNAL/signal.htm).

Die wissenschaftliche Begleitung

Die Evaluation des Implementationsprozesses des Modellprojektes wurde für den Zeitraum März 2000 bis 2003 vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend finanziert und vom Institut für Gesundheitswissenschaften der TU-Berlin durchgeführt. Von der Begleitforschung wurde ein formativer Ansatz gewählt, der auf die Praxiserfordernisse und die konkrete Situation des Projektes abgestimmt war. Der Evaluation beinhaltete struktur-, prozess- und ergebnisorientierte Komponenten.

Im Rahmen der wissenschaftlichen Begleitung wurden für Deutschland erstmals Daten zum Versorgungsbedarf gewaltbetroffener Frauen erhoben und ausgewertet (www.ifg-gs.tu-berlin.de/projekte/signal/phtml).

Ergebnisse der Begleitforschung

▪ Interventionsprogramm

Die Beschäftigten des Klinikums sehen S.I.G.N.A.L. als notwendiges und sinnvolles Programm zur verbesserten Versorgung gewaltbetroffener Patientinnen.

Im S.I.G.N.A.L.-Projekt wurde ein tragfähiges, zielgruppenspezifisches Fortbildungskonzept entwickelt, mit dem unterschiedliche Berufsgruppen erfolgreich erreicht werden konnten.

Verlauf und Evaluation der Fortbildungen zeigen ihre positive Beurteilung durch die Teilnehmenden. Das Klinikpersonal konnte für die Thematik „häusliche Gewalt“ sensibilisiert werden. Es wurden Standards für eine angemessene Versorgung von gewaltbetroffenen Patientinnen und Handlungskompetenzen vermittelt. Grundlegende Informationen zur Problematik der Gewalt gegen Frauen, zu Interventions- und Unterstützungsmöglichkeiten sowie zu konkreten, weitergehenden Beratungsangeboten und Zufluchtseinrichtungen erachteten die Teilnehmenden für ihre berufliche Praxis als besonders hilfreich.

▪ **Daten zum Versorgungsbedarf**

Dokumentationsbögen

Um gewaltbetroffenen Patientinnen eine gerichtsverwertbare Dokumentation ihrer Verletzungen und Beschwerden anzubieten, wurde innerhalb von S.I.G.N.A.L. ein Dokumentationsbogen entwickelt. Die Auswertung der in der Ersten Hilfe/Notaufnahme dokumentierten 136 Fälle von häuslicher Gewalt (Okt. 1999 bis Dez.2002) zeigt folgendes:

- ◆ Die Mehrzahl der Dokumentationen erfolgte in der chirurgischen Ersten Hilfe-Station.
- ◆ Gewaltbetroffene Frauen suchten die Erste Hilfe an jedem Wochentag auf, insbesondere in den Zeiten, in denen niedergelassene Ärzte/innen i.d.R. nicht erreichbar sind (80%), wie z.B. am Wochenende (36%) oder in den Abend- und Nachtstunden (48%).
- ◆ Die Mehrheit der Gewaltbetroffenen erlitt körperliche Gewalt und zeigte das in der Literatur beschriebene Spektrum an Verletzungen. Knapp zwei Drittel der Frauen (57%) wiesen mehr als eine behandlungsbedürftige Verletzung auf. Am häufigsten lagen die Verletzungen im Bereich des Kopfes und/oder des Oberkörpers (mehr als 80%). Aufgrund der Schwere der Verletzungen wurden Frauen z.T. stationär aufgenommen.
- ◆ Das Alter der betroffenen Frauen reicht von 14 bis 80 Jahre, mehr als drei Viertel der Frauen waren unter 40 Jahren.
- ◆ Drei Viertel der Frauen gaben an, durch den derzeitigen Ehemann oder Lebenspartner verletzt worden zu sein.

Während des Projektverlaufs lässt sich eine Zunahme der Dokumentationen feststellen, die auf eine steigende Sensibilität deutet. Somit konnte ein wesentlicher Schritt des Interventionsprojektes verwirklicht werden.

Befragung der Ersten Hilfe-Patientinnen

Im Rahmen der S.I.G.N.A.L.-Begleitforschung wurde im Frühsommer 2002 erstmals in Deutschland eine quantitative Befragung von Patientinnen (18–60 Jahre) der Ersten Hilfe durchgeführt. Der Auswertung liegen die Daten von 806 Frauen zugrunde, die Responserate beträgt 70,3%.

- ◆ 36,6% der Befragten waren nach dem 16. Lebensjahr mindestens einer häuslichen Gewalthandlung ausgesetzt, 4,6% berichteten von häuslicher Gewalt im vergangenen Jahr. 1,5% der Frauen suchten die Erste Hilfe wegen gewaltverursachten Verletzungen auf.
- ◆ 57% der gewaltbetroffenen Frauen berichteten von gesundheitlichen Folgen aufgrund von häuslicher Gewalt: 32% nannten sowohl körperliche und psychische, 3% nur körperliche und 22% nur psychische Auswirkungen. Nach der Häufigkeit der Angaben dominierten unter den Verletzungen Hämatome/Prellungen (44%), Frakturen/Rupturen (10%) sowie Stich-/Schuss-/Brandverletzungen (10%), zu 60% lagen die Verletzungen im Kopfbereich (davon war zu 17% Mund/Kiefer/Zähne betroffen). Als Beschwerden wurden am häufigsten gastrointestinale Beschwerden (23%), Kopfschmerzen/Migräne (18%) und Herzkreislaufbeschwerden (14%) genannt. Unter den psychischen Folgen überwogen Angst/Panikattacken (33%) und Depressionen 15%. Selbstverletzendes Verhalten oder Suizidversuche wurden zu 5% genannt.

- ◆ Die Hälfte der Frauen, die von gesundheitlichen Folgen berichteten, ließ sich gesundheitlich versorgen: 22% suchte eine Notfallambulanz auf, 35% eine niedergelassene Praxis und jede zehnte Frau wurde stationär behandelt.
- ◆ Im Fall von erlittener Gewalt wären für mehr als zwei Drittel der Frauen (67%) Ärzte/innen Ansprechpersonen. Nur 8% der Befragten sind jedoch jemals von ihrem Arzt/ihrer Ärztin nach Gewalterfahrung gefragt worden. Ein Drittel aller Frauen und etwa 45% der Gewaltbetroffenen hätte sich ein Fragen nach erlebter Gewalt gewünscht. Mehr als zwei Drittel der Befragten befürworten eine Frage nach Gewalterfahrung als Teil der allgemeinen Anamnese. Eine Routinebefragung nach vorausgegangener Gewalt im Rahmen der Erste Hilfe-Anamnese finden mehr als drei Viertel (76%) als „prinzipiell wichtig“ oder „unangenehm trotzdem wichtig“. Gefragt nach den favorisierten Kriterien einer Ansprechperson, wurde von mehr als der Hälfte der Patientinnen Verständnis genannt (51%), ein Drittel bevorzugt eine weibliche Person und jede zehnte einen Arzt oder eine Ärztin.

Fazit

Erste Hilfe Stationen sind wichtige Anlaufstellen für Frauen, die Gewalt erfahren haben. Die gravierenden gesundheitlichen Auswirkungen weisen auf die Notwendigkeit, Interventionsprogramme gegen häusliche Gewalt innerhalb der Gesundheitsversorgung zu verankern.

Eine adäquate Unterstützung im Interesse der Patientin bedarf der Kooperation und Vernetzung zwischen Einrichtungen der medizinischen Versorgung und der sozialen Unterstützung. Ein dichtes Netz von Beratungs- und Zufluchtsprojekten ist vonnöten.

Das S.I.G.N.A.L.–Projekt hat wesentlich dazu beigetragen, den Versorgungsbedarf für gewaltbetroffene Frauen zu verdeutlichen.

Die Patientinnen-Befragung zeigte, dass sich Patientinnen wünschen, dass die Gewaltthematik in der Gesundheitsversorgung eine stärkere Beachtung findet, und sie einer sensiblen Befragung nach Gewalt im Rahmen der Anamnese positiv gegenüber stehen.

Erfahrungen zeigen den langen Weg hin zur Berücksichtigung der Gewaltthematik in der Gesundheitsversorgung. Kostenträger und Leistungserbringer beachten hierzulande kaum die Möglichkeiten von Prävention und Intervention in der medizinischen Versorgung. Eine veränderte Prioritätensetzung mit der Bereitstellung von entsprechenden Ressourcen zugunsten einer psychosozialen und adäquaten Gesundheitsversorgung für Opfer von physischer, psychischer und sexueller Gewalt ist nötig.

Die Ergebnisse der wissenschaftlichen Begleitung sind dank der Finanzierung vom Bundesministerium in Form eines praxisorientierten Handbuchs und eines wissenschaftlichen Berichtes veröffentlicht worden. Download unter:

www.bmfsfj.de/Kategorien/Forschungsnetz/forschungsberichte.did=18204.html.

Kontakt

Projektleitung:

Prof. Dr. Ulrike Maschewsky-Schneider

Wissenschaftliche Mitarbeiterinnen: Dipl. Päd. Hildegard Hellbernd, MPH

Dipl. Soz. Petra Brzank, MPH

Institut für Gesundheitsforschung der TU-Berlin,

TEL11-2, Ernst-Reuter-Pl. 7, 10587 Berlin,

Tel: 030/314-21969, Fax: 030/314-73256

hellbernd@ifg.tu-berlin.de,

brzank@ifg.tu-berlin.de

^