



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

Umgang mit Gewalt in Paarbeziehungen und mit sexueller Gewalt gegen Frauen

Leitlinien der WHO für
Gesundheitsversorgung
und Gesundheitspolitik



Veröffentlicht von der Weltgesundheitsorganisation in 2013 unter dem Titel *Responding to intimate partner violence and sexual violence against women: WHO clinical and policy guidelines*.

© Weltgesundheitsorganisation 2013

Die Generaldirektorin der Weltgesundheitsorganisation hat S.I.G.N.A.L. e.V. die Übersetzungs- und Veröffentlichungsrechte für eine Ausgabe in deutscher Sprache erteilt.

S.I.G.N.A.L. e.V. trägt die alleinige Verantwortung für die deutsche Ausgabe.

Umgang mit Gewalt in Paarbeziehungen und mit sexueller Gewalt gegen Frauen.

Leitlinien der WHO für Gesundheitsversorgung und Gesundheitspolitik.

© S.I.G.N.A.L. e.V. (2014)

3. Auflage, Dezember 2022

Impressum

Verantwortung für die Übersetzung:

S.I.G.N.A.L. e.V. – Intervention im Gesundheitsbereich gegen häusliche und sexualisierte Gewalt

Sprengelstraße 15, 13353 Berlin

info@signal-intervention.de

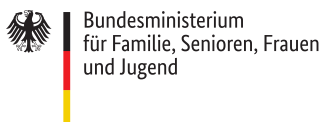
www.signal-intervention.de

Lektorat: Marion Winterholler, Karin Wieners, Hilde Hellbernd

Satzarbeiten: Atelier124 | Maria Kempfer

Wir danken dem Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend und der Senatsverwaltung für Wissenschaft, Gesundheit, Pflege und Gleichstellung für die finanzielle Unterstützung.

Gefördert durch:



S.I.G.N.A.L. e.V. ist Mitglied im Paritätischen Wohlfahrtsverband LV Berlin.





Umgang mit Gewalt in Partnerschaften und mit sexueller Gewalt gegen Frauen

Leitlinien der WHO für
Gesundheitsversorgung
und Gesundheitspolitik



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



Inhalt

Danksagungen	IV
---------------------	-----------

Abkürzungen und Glossar	V
Abkürzungen	V
Glossar	VI

Zusammenfassung	1
Einführung	1
Zielpublikum	1
Methoden der Leitlinienentwicklung	2
Zusammenfassung der Empfehlungen	3

Hintergrund	10
Umfang der Leitlinien	12
Menschenrechte als Grundlage für diese Leitlinien	12

Methoden	14
Identifizierung, Beurteilung und Zusammenfassung der verfügbaren Evidenz	14
Zusammensetzung der Leitlinienentwicklungsgruppe	14
Erklärung der Mitglieder der Leitlinienentwicklungsgruppe und der Peer-Reviewer zu möglichen Interessenkonflikten	15
Entscheidungsfindung bei der Tagung der Leitlinienentwicklungsgruppe	15
Vorbereitung der Dokumente und Peer-Review	16

Evidenz und Empfehlungen	17
1. Frauenzentrierte Versorgung	17
2. Gewalt in Partnerschaften: Erkennen und Versorgen von Betroffenen	18
3. Sexuelle Nötigung/Vergewaltigung: Klinische Versorgung von Überlebenden	27
4. Gewalt in Partnerschaften und sexuelle Gewalt: Schulung von Gesundheitsfachkräften	36
5. Gesundheitspolitik und Gesundheitsversorgung	40
6. Meldepflicht bei Gewalt in Partnerschaften	45



Forschungsbedarf	47
Erkannte Forschungslücken	47
Erkennen von Gewalt in Partnerschaften	47
Gewalt in Partnerschaften: Versorgung von Betroffenen	47
Sexuelle Nötigung/Vergewaltigung: Klinische Versorgung von Überlebenden	48
Gewalt in Partnerschaften und sexuelle Gewalt: Schulung von Gesundheitsfachkräften	48
Gesundheitspolitik und Gesundheitsversorgung	48
Meldepflicht bei Gewalt in Partnerschaften	48

Verbreitung und Umsetzung der Leitlinien	49
Verbreitung der Leitlinien	49
Umsetzung der Leitlinien	49

Überprüfung und Evaluation der Umsetzung der Leitlinien	50
--	-----------

Aktualisierung der Leitlinien	51
--------------------------------------	-----------

Anhang	52
I. Referenzen	52
II. An der Vorbereitung beteiligte externe Experten/innen und WHO-Mitarbeiter/innen	59
Mitglieder der Leitlinienentwicklungsgruppe	59
WHO-Sekretariat	60
Peer-Reviewer	61
Erklärung zu möglichen Interessenkonflikten der Leitlinienentwicklungsgruppe	61
III. Liste vollständiger Reviews und Evidenztabellen	62

Danksagung

Diese Leitlinien wurden von der Abteilung für reproduktive Gesundheit und Forschung (RHR) der Weltgesundheitsorganisation (WHO) unter der Leitung von Dr. Claudia García-Moreno erstellt. Die Entwicklung der Leitlinien war nur dank des Fachwissens und der hervorragenden Unterstützung zahlreicher Personen möglich. Der Prozess der Leitlinienentwicklung begann nach der vom 17. bis 19. März 2009 durchgeführten Expertentagung *Expert meeting on health-sector responses to violence against women*, die durch eine Spende der Packard Foundation an die WHO/RHR unterstützt wurde. Die WHO bedankt sich bei den Mitgliedern der Leitlinienentwicklungsgruppe (LEG): Siti Hawa Ali, Maha A. Almuneef, Jacquelyn Campbell, Padma Deosthali, Gene Feder (Vorsitzender), Kelsey L. Hegarty, Louise M. Howard, Rachel Jewkes, Ruxana Jina, Joanne Klevens, Sylvie Lo Fo Wong, Judith McFarlane, Harriet MacMillan, Sandra Martin, Jagadeesh Narayana Reddy, Josephine Njoroge, Ana Flavia Pires Lucas D'Oliveira, Aurora del Rio Zolezzi, Laura Sadowski, Agnes Tiwari und Zhao Gengli.

Diese Leitlinien beruhen auf den Gesprächen bei der Tagung der LEG vom 12. bis 14. September 2011 in Genf und auf kontinuierlichen Beiträgen von Mitgliedern der LEG und Peer-Reviewern. Gene Feder, Professor für primäre Gesundheitsversorgung an der Universität Bristol, Vereinigtes Königreich Großbritannien und Nordirland (GB), leitete die Gruppe und stand ihr über den gesamten Zeitraum unterstützend und beratend zur Seite. Ruxana Jina von der Witwatersrand-Universität in Südafrika, Nairakara, Genf, Schweiz, Sandra Martin von der Abtei-

lung für Mutter-Kind-Gesundheit der Universität von North Carolina, USA, und Laura Sadowski, Ko-Leiterin der Collaborative Research Unit am Cook County Hospital, USA, führten die diesen Leitlinien zugrunde liegenden Evidenzbeurteilungen durch.

Die Lenkungsgruppe, die bei der Entwicklung dieser Leitlinien beratend tätig war, bestand aus Gene Feder, Sandra Martin und Laura Sadowski (o.g.) sowie Padma Deosthali, Koordinatorin des Centre for Enquiry into Health & Allied Themes Research Centre of Anusandhan Trust in Sai Ashray, Indien, Rachel Jewkes von der Gender & Health Research Unit des Medical Research Council in Südafrika und Nancy Turnbull, Projektmanagerin in Großbritannien.

Von der WHO: Metin Gülmezoglu und João Paulo Dias De Souza von der RHR, Mark Van Ommeren vom Department of Mental Health and Substance Abuse, Christopher Mikton vom Department of Injuries and Violence Prevention, Marco Antonio de Avila Vitoria und Rachel Baggaley vom Department of HIV/AIDS, Alessandra C. Guedes von der Pan-American Health Organization/WHO-Regionalbüro Amerika, Washington, D.C., und Isabel Yordi vom WHO-Regionalbüro Europa, Kopenhagen, leisteten wertvolle Beiträge zu diesen Leitlinien.

Besonderer Dank gilt den folgenden Personen für ihre Peer-Reviews: Nicola Christofides, Lina Digolo-Nyagah, Jill Keesbury, Bob Mash, Vivienne Nathanson, Michael Rodriguez, Francelina Romao, Nadine Wathen und Jiuling Wu.

Das Lektorat der Leitlinien wurde von Priya Shetty und Penny Howe durchgeführt.



Abkürzungen und Glossar

Abkürzungen

CBO	Gemeinschaftsbasierte Organisation (community-based organization)
KVT	kognitive Verhaltenstherapie
CDC	Zentren für Krankheitskontrolle und Prävention (Centers for Disease Control and Prevention)
CEDAW	UN-Konvention zur Beseitigung jeder Form von Diskriminierung der Frau (Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women)
DSM	Diagnostisches und statistisches Handbuch psychischer Störungen (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders)
EMDR	Eye Movement Desensitization and Reprocessing
FIGO	Internationale Vereinigung für Gynäkologie und Geburtshilfe (International Federation of Gynaecology and Obstetrics)
LEG	Leitlinienentwicklungsgruppe
GRADE	Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation
ILO	Internationale Arbeitsorganisation (International Labour Organization)
IUP	Intrauterinpessar
mhGAP	WHO Aktionsprogramm psychische Gesundheit: Lücken schließen (WHO Mental Health Gap Action Programme)
NGO	Nichtregierungsorganisation (nongovernmental organization)
PICOT	Kohorte, Intervention, Vergleichsgröße, Ergebnis/Wirkung und Zeitrahmen (Population, Intervention, Comparator, Outcome and Timeframe)
PMTCT	Prävention der Mutter-Kind-Übertragung von HIV (prevention of mother-to-child transmission of HIV)
PTBS	posttraumatische Belastungsstörung
RHR	WHO Abteilung für reproduktive Gesundheit und Forschung (WHO Department of Reproductive Health and Research)
SANE	spezialisierte Pflegekraft für die Untersuchung und Versorgung nach Vergewaltigung (Sexual Assault Nurse Examiner)
STI	sexuell übertragbare Infektion (sexually transmitted infection)
TF-KVT	traumafokussierte kognitive Verhaltenstherapie
GB	Vereinigtes Königreich Großbritannien und Nordirland
UNHCR	Büro des Hohen Flüchtlingskommissars der Vereinten Nationen (Office of the United Nations High Commissioner for Refugees)
UNFPA	Bevölkerungsfonds der Vereinten Nationen (United Nations Population Fund)
USA	Vereinigte Staaten von Amerika (United States of America)
WHO	Weltgesundheitsorganisation (World Health Organization)

Glossar

Fachberatung:^{*} Im Zusammenhang mit der Hilfe bei Gewalt in Partnerschaften wird der Begriff „Fachberatung“ nicht nur von Land zu Land, sondern auch innerhalb von Ländern je nach institutionellem Rahmen und der historischen Entwicklung der Aufgaben der Fachberatung unterschiedlich verwendet. Allgemein formuliert bezeichnet Fachberatung die Arbeit mit Klienten/innen, die misshandelt werden, mit dem Ziel, ihnen Unterstützung und Empowerment zu bieten und ihnen Zugang zu lokalen Diensten zu verschaffen. In einigen medizinischen Einrichtungen kann zu ihren Aufgaben auch die Veranlassung von Systemänderungen gehören, um das Erkennen von Frauen mit Gewalterfahrungen durch Gesundheitsfachkräfte zu fördern. In diesen Leitlinien definieren wir die Hauptaktivitäten von Fachberatern/innen als eine Unterstützung, die Folgendes umfasst: Beratung in Rechts-, Wohn- und Finanzfragen und Förderung des Zugangs zu und der Nutzung von kommunalen Ressourcen wie Zufluchtseinrichtungen, Notunterkünften, informelle Beratung, laufende Unterstützung und Beratung bei der Sicherheitsplanung. In unseren Empfehlungen unterscheiden wir zwischen Fachberatungs-Interventionen und psychologischen Interventionen. Dies spiegelt die relativ deutliche Unterscheidung in der Forschungsevidenz, wobei psychologische Interventionen auf ausdrücklichen psychologischen Methoden und Theorien beruhen.

Meldepflicht: Gesetzgebung in einigen Ländern oder Bundesländern, die vorschreibt, dass Personen oder bestimmte Personen wie Gesundheitsfachkräfte alle Fälle von tatsächlicher oder vermuteter häuslicher Gewalt oder Gewalt in Partnerschaften melden müssen (in der Regel bei der Polizei oder bei der rechtlich zuständigen Behörde). Während sich die Meldepflicht in vielen Ländern primär auf Kindesmissbrauch und die Misshandlung Minderjähriger bezieht, wurde sie in einigen Ländern auch auf das Melden von Gewalt in Partnerschaften ausgeweitet.

Beziehungspartner:¹ Ein Ehemann, im gleichen Haushalt lebender Partner, Lebensgefährte oder Geliebter oder Ex-Ehemann, Ex-Partner, ehemaliger Lebensgefährte oder ehemaliger Geliebter.

Empowerment: Frauen dabei helfen, mehr Kontrolle über ihr Leben zu empfinden und in der Lage zu sein, Entscheidungen über ihre Zukunft zu treffen, wie in der Empowerment-Theorie nach Dutton beschrieben.² Dutton merkt an, dass misshandelte Frauen nicht „krank“ sind, sondern sich vielmehr in einer „kranken Situation“ befinden. Daher sollte ihnen gegenüber Verständnis gezeigt und ihre unterschiedlichen Bedürfnisse im Hinblick auf Unterstützung, Fachberatung und Heilung berücksichtigt werden. Empowerment ist ein wesentliches Element von Fachberatungs-Interventionen und bestimmten psychologischen (kurzen Beratungs-) Interventionen.

Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR): Bei dieser Therapie kommen standardisierte Verfahren zum Einsatz, die unter anderem die gleichzeitige Konzentration auf (a) spontane Assoziationen traumatischer Bilder, Gedanken, Gefühle und körperlicher Empfindungen und (b) die bilaterale Stimulation, zumeist in Form von repetitiven Augenbewegungen, umfassen. Anders als bei der traumafokussierten KVT erfolgt die Behandlung bei der EMDR-Therapie ohne ausführliche Beschreibungen des Erlebten, ohne direktes Hinterfragen von Überzeugungen und ohne verlängerte Konfrontation.

Gemeinsame Entscheidungsfindung: Das gemeinsame Treffen von Entscheidungen durch Gesundheitsfachkräfte und Patientinnen auf Grundlage der besten verfügbaren Evidenz. Durch partnerschaftliche Unterstützung der sie betreuenden Gesundheitsfachkräfte werden Patientinnen ermutigt, die verfügbaren Optionen und die jeweils zu erwartenden Vor- und Nachteile abzuwägen, ihre Präferenzen auszudrücken und zur Auswahl der entsprechend am besten geeigneten Vorgehensweise beizutragen.³

Zufluchtseinrichtung: Wird auch als Frauenhaus oder Zufluchtsstätte bezeichnet. Eine Einrichtung, häufig an einem geheimen Ort, in die Frauen vor gewalttätigen Partnern fliehen können. Wird in der Regel von einer Nichtregierungsorganisation (NGO) geführt und war in Ländern mit hohem Einkommen in den 1970er Jahren die erste soziale und politische Reaktion der Frauenbewegung auf Partnergewalt. Kann jedoch auch eine Kirche, lokale Organisation/Gruppe oder andere Einrichtung bezeichnen, die einen Schutzort für Frauen bietet.

* Anmerkung zur Übersetzung: Der Begriff „advocacy“ wurde mit „Fachberatung“ übersetzt.

1 Die Definition des Begriffs „Beziehungspartner“ (auch: „Intimpartner“) variiert je nach Umfeld und Studie und umfasst formelle Partnerschaften wie Ehen ebenso wie informelle Partnerschaften wie nichteheliche Lebensgemeinschaften, erste Beziehungen junger Menschen und sexuelle Beziehungen zwischen Unverheirateten. Während Beziehungspartner in manchen Regionen in der Regel verheiratet sind, sind in anderen Gebieten informelle Partnerschaften verbreiteter.

2 Dutton, M. A. Empowering and healing the battered woman. A model for assessment and intervention. New York, Springer Publishing Company, 1992

3 Elwyn, G. et al. Implementing shared decision making in the NHS. *BMJ*, 2010, 341:c5146

Gesundheitsdienstleister:** Eine Person oder Organisation, die auf systematische Weise Gesundheitsleistungen erbringt. Gesundheitsdienstleister/innen können Vertreter von Gesundheitsberufen, kommunale Gesundheitshelfer und andere Personen sein, die im Bereich Gesundheit geschult wurden und Fachkenntnisse haben. Dazu gehören auch Laien, die geschult wurden, um innerhalb ihrer Kommune Pflege leisten zu können. Beispiele für Organisationen sind Krankenhäuser, Kliniken, Zentren für medizinische Grundversorgung und andere Einrichtungen, die derartige Leistungen anbieten. In diesen Leitlinien bezeichnet der Begriff „Gesundheitsdienstleister/in“ in der Regel die Erbringer von Gesundheitsleistungen (Krankenpfleger/innen, Hebammen/Entbindungspfleger, Ärztinnen/Ärzte und andere).

Gewalt in Paarbeziehungen: Verhalten eines Beziehungspartners, das körperlichen, sexuellen oder psychologischen Schaden oder Leid herbeiführt, einschließlich körperlicher Gewalt, sexueller Nötigung, emotionaler Misshandlung und kontrollierendem Verhalten. Diese Definition umfasst Gewalt durch aktuelle und ehemalige Ehepartner, Lebensgefährten und andere Beziehungspartner. Synonym oder überschneidend verwendete Begriffe sind unter anderem häusliche Gewalt, Partnergewalt und Misshandlung der Ehefrau/Gattin. „Dating Violence“ wird in der Regel in Bezug auf junge Menschen verwendet, die eine intime Beziehung von unterschiedlicher Dauer und Intensität führen und nicht zusammenleben.

Gewalt gegen Frauen: Ein weit gefasster Oberbegriff, der von den Vereinten Nationen als „geschlechtsspezifische Gewalttaten, die bei Frauen physische, psychische oder sexuelle Schäden oder Leid tatsächlich oder wahrscheinlich verursachen, einschließlich Androhungen solcher Gewalttaten, Nötigung oder willkürlicher Freiheitsberaubung, unabhängig davon, ob sie im öffentlichen oder Privatleben verübt werden“⁴ bezeichnet wird. Dies umfasst viele verschiedene Formen von Gewalt gegen Frauen und Mädchen, darunter Gewalt in Paarbeziehungen, sexuelle Gewalt außerhalb von Paarbeziehungen, Menschenhandel und schädliche Praktiken wie weibliche Genitalverstümmelung.

Ersthilfe: Bezieht sich auf das Mindestmaß an (primär psychologischer) Unterstützung und Bestätigung des Erlebten, welches alle Frauen mit Gewalterfahrung erhalten sollten, die sich einem/einer Mitarbeiter/in im Gesundheitswesen (oder aus einem anderen Bereich) anvertrauen. Teilt viele Aspekte der sogenannten „psychologischen Ersten Hilfe“ im Kontext von Notsituationen mit traumatischen Erlebnissen.

Kognitive Verhaltenstherapie (KVT): Die KVT beruht auf der Annahme, dass Gefühle und Verhalten nicht durch externe Faktoren wie Personen oder Ereignisse, sondern durch Gedanken gesteuert werden. Menschen können unrealistische oder verzerrte Gedanken haben, die, wenn sie nicht überprüft werden, zu unvorteilhaftem Verhalten führen können. In der Regel weist die KVT eine kognitive Komponente (Unterstützung der Person bei der Entwicklung der Fähigkeit, unrealistische negative Gedanken zu erkennen und zu hinterfragen) sowie eine Verhaltenskomponente auf. Die Form der KVT hängt von den jeweiligen psychischen Beschwerden ab.

Kriseninterventionsdienste: Dienste, die spezialisierte Unterstützung, Fachberatung, psychosoziale Beratung und Information in einer sicheren, nicht bedrohlichen Umgebung unter Wahrung der Vertraulichkeit bieten.

Fragen im Verdachtsfall oder klinisches Nachfragen: Im Zusammenhang mit Gewalt in Paarbeziehungen bezeichnen diese Begriffe das Erkennen von Frauen, die Gewalt erfahren (die in einer medizinischen Einrichtung vorstellig werden), anhand von Fragen, die sich aus dem aktuellen Zustand, der Anamnese und, wenn angezeigt, der Untersuchung der Patientinnen ergeben. Die Begriffe sind von „Screening“ und „Routinebefragung“ zu unterscheiden.

Traumafokussierte kognitive Verhaltenstherapie: Kognitiv-verhaltenstherapeutische Interventionen, deren Fokus auf einem traumatischen Ereignis liegt (z. B. durch in senso- oder in vivo-Konfrontation und/oder direktes Hinterfragen maladaptiver Kognitionen im Zusammenhang mit dem Ereignis und dessen Folgeerkrankungen).⁵

** Anmerkung zur Übersetzung: Der Begriff „health care provider“ wurde mit „Gesundheitsdienstleister“ übersetzt. Im Text werden die Begriffe „Gesundheitsfachkraft“ und „Mitarbeiter/innen im Gesundheitswesen“ verwendet.

4 United Nations. Declaration on the elimination of violence against women. New York, United Nations, 1993.

5 Der Begriff „traumafokussierte kognitive Verhaltenstherapie“ („trauma-focused cognitive behavioural therapy“ (TF-CVT)) wird im englischen synonym zum Begriff „CBT with a trauma focus“ verwendet. Es ist jedoch anzumerken, dass letzterer Begriff in der Literatur zu traumatischer Belastung auch enger definiert ist. Die engere Definition durch Cohen und Kollegen (2000) wird für ein sehr spezifisches und weit verbreitetes KVT-Protokoll mit mehreren Komponenten für Kinder und Erwachsene benutzt. Der Begriff findet beispielsweise in den National Institute for Clinical Evidence Guidelines (NCCMH, 2005) und Cochrane-Reviews (z. B. Bisson und Andrew 2005) Anwendung.

Psychologische Interventionen: Strukturierte psychosoziale Beratung, Psychotherapie oder verschiedene psychologische Techniken, die von einer in diesen Interventionen ausgebildeten Person durchgeführt werden. Diese Ansätze werden für geschlechts- oder nicht geschlechtsspezifische Gruppen, Paare oder Einzelpersonen angeboten. Dabei sind verschiedene Formen möglich. Zumeist handelt es sich um Therapien, die lose als kognitive Verhaltenstherapien (KVT) katalogisiert werden. Siehe auch „kognitive Verhaltenstherapie“ und „Eye Movement Desensitization Processing“.

Routinebefragung: Wird mitunter zur Bezeichnung des Erkennens von Gewalterfahrungen in Paarbeziehungen verwendet, ohne auf die Public Health Kriterien für ein vollständiges Screening-Programm zurückzugreifen⁶; kann auch einen niedrigen Schwellenwert für das routinemäßige Befragen einiger, aber nicht unbedingt aller Frauen im Gesundheitswesen nach Misshandlung bezeichnen.⁷

Screening (generelles Screening): Umfassende Untersuchungen ganzer Bevölkerungsgruppen, wobei keine Auswahl einzelner Bevölkerungsgruppen oder -untergruppen stattfindet.⁸

Sekundäre Traumatisierung: Wird auch indirekte, stellvertretende oder vikariierende Traumatisierung genannt. Bezeichnet den Wandel des inneren Erlebens von Gesundheitsfachkräften als Ergebnis des empathischen und/oder wiederholten Umgangs mit Überlebenden von (sexueller) Gewalt und ihrer Traumaerfahrung (siehe <http://www.svri.org/trauma.htm>).

Sexuelle Gewalt: Jede sexuelle Handlung, Versuch, eine sexuelle Handlung herbeizuführen, unerwünschte sexuelle Kommentare oder Annäherungen, Handlungen, mit dem Ziel des Frauenhandels/der Zwangsprostitution oder Handlungen die sich anderweitig gegen die Sexualität einer Person richten, unter Anwendung von Zwang, durch irgendeine Person, unabhängig von deren Beziehung zum Opfer, in jedem Umfeld, auch zu Hause und am Arbeitsplatz.⁹

Sexuelle Nötigung/Vergewaltigung:*** Eine Unterkategorie der sexuellen Gewalt. Umfasst in der Regel den Einsatz von körperlicher oder anderer Gewalt, um eine sexuelle Penetration zu erlangen oder zu versuchen. Dazu gehört die Vergewaltigung, definiert als körperlich oder anderweitig erzwungene Penetration der Vulva oder des Anus mit einem Penis, einem anderen Körperteil oder einem Gegenstand, wobei die rechtliche Definition von Vergewaltigung unterschiedlich sein kann und in einigen Fällen auch die orale Penetration umfasst.¹⁰

Unterstützung: Im Rahmen dieser Leitlinien beinhaltet „Unterstützung“ jeden der folgenden Aspekte oder eine Kombination daraus: die Beratung in Rechts-, Wohn- und Finanzfragen, Förderung des Zugangs zu und der Nutzung von lokalen Ressourcen wie Zufluchtsstätten und psychologischen Interventionen und Beratung bei der Sicherheitsplanung, wie in Empfehlung 1 auf Seite 17 beschrieben.

***Anmerkung zur Übersetzung: Der Begriff „sexual assault“ wurde mit „sexuelle Nötigung/Vergewaltigung“ übersetzt.

6 Die Kriterien sind aufgeführt in Wilson, J. M. G., Jungner, G. Principles and Practice of Screening for Disease. Genf, Weltgesundheitsorganisation, 1968, http://whqlibdoc.who.int/php/WHO_PHP_34.pdf. Die Screening-Kriterien für Großbritannien sind aufgeführt unter <http://www.screening.nhs.uk/criteria#fileid9287>

7 Taket, A. et al., Routinely asking women about domestic violence in health settings. BMJ, 2003, 327(7416):673–676.

8 Die Kriterien sind aufgeführt in Wilson, J. M. G., Jungner, G. Principles and Practice of Screening for Disease. Genf, Weltgesundheitsorganisation, 1968, http://whqlibdoc.who.int/php/WHO_PHP_34.pdf. Die Screening-Kriterien für Großbritannien sind aufgeführt unter <http://www.screening.nhs.uk/criteria#fileid9287>

9 Jewkes, Sen und Garcia-Moreno, Sexual violence, in Krug, E. et al. World report on violence and health. Genf, Weltgesundheitsorganisation, 2002

10 ebd.

Zusammenfassung

Einführung

Frauen mit Gewalterfahrung nehmen auch aufgrund ihrer Verletzungen häufig gesundheitliche Versorgung in Anspruch, allerdings berichten sie dabei nicht immer von der Misshandlung oder Gewalt. Mitarbeiter/innen im Gesundheitswesen sind oft der erste professionelle Kontakt von Überlebenden von Gewalt in Partnerschaften oder Vergewaltigung. Statistiken belegen, dass misshandelte Frauen häufiger Gesundheitsleistungen in Anspruch nehmen als Frauen ohne Gewalterfahrung. Gleichzeitig zeigen sie, dass Mitarbeitende der Gesundheitsversorgung die Berufsgruppe sind, denen bei der Offenbarung von Gewalterfahrung das meiste Vertrauen entgegengebracht wird.

Die vorliegenden Leitlinien sollen Gesundheitsfachkräften evidenzbasierte Richtlinien für angemessenes Handeln bei Gewalt in Partnerschaften und sexueller Gewalt gegen Frauen bieten, einschließlich klinischer Interventionen und emotionaler Unterstützung. Gleichzeitig sollen sie das Bewusstsein von Gesundheitsfachkräften und Gesundheitspolitiker/innen für Gewalt gegen Frauen schärfen und dazu beitragen, den Bedarf für eine angemessene Reaktion des Gesundheitssektors auf Gewalt gegen Frauen deutlich zu machen.

Die Leitlinien beruhen auf der systematischen Überprüfung der Evidenz a) zu Gewalt in Partnerschaften: Erkennen und klinische Versorgung, b) zur klinischen Versorgung bei sexueller Nötigung/Vergewaltigung und c) zu Schulungen im Hinblick auf Gewalt in Partnerschaften und sexuelle Nötigung/Vergewaltigung von Frauen, sowie d) zu gesundheitspolitischen und programmatischen Ansätzen zur Leistungserbringung und zur Meldepflicht bei Gewalt in Partnerschaften. Sie bieten Standards, die als Grundlage für nationale Leitlinien und die Aufnahme dieser Aspekte in die Ausbildung von Gesundheitsberufen dienen können und Gesundheitsfachkräfte besser über die Versorgung von Frauen informieren, die sexueller Nötigung/Vergewaltigung oder Gewalt in Partnerschaften ausgesetzt sind.

Obwohl auch Männer Opfer von Partnergewalt und sexueller Nötigung/Vergewaltigung werden, liegt der Schwerpunkt dieser Leitlinien auf Frauen, da diese häufiger und in stärkerem Maße sexueller und körperlicher Gewalt und Zwang und Kontrolle durch männliche Partner ausgesetzt sind. Ein Großteil der Informationen ist jedoch auch relevant für Gewalt gegen Frauen durch andere Familienmitglieder als den Beziehungspartner und könnte auch für Gewalt in Partnerschaften gegen Männer von Bedeutung sein. Einige der Empfehlungen werden auch bei sexueller Nötigung/Vergewaltigung von Männern relevant sein.

Zielpublikum

Die Leitlinien richten sich an Anbieter von Gesundheitsleistungen und an Beschäftigte im Gesundheitswesen. Sie befinden sich in einer einzigartigen Position, um auf die gesundheitlichen und psychosozialen Bedürfnisse von Frauen mit Gewalterfahrung einzugehen. Angehörige der Gesundheitsberufe können helfen, indem sie Betroffene ermutigen, sich anzuvertrauen, Unterstützung und Weitervermittlung anbieten, angemessene medizinische Versorgung und Nachsorge bieten oder – insbesondere in Fällen von sexueller Gewalt – rechtlich relevante Spuren und Befunde aufnehmen.

Diese Leitlinien bieten Gesundheitsfachkräften evidenzbasierte Empfehlungen zur angemessenen Versorgung von Frauen, die Gewalt in Partnerschaften oder sexuelle Gewalt erleiden, einschließlich klinischer Interventionen und emotionaler Unterstützung. Gleichzeitig sollen sie das Bewusstsein von Gesundheitsfachkräften und Gesundheitspolitikern/innen für Gewalt gegen Frauen schärfen, um ein evidenzbasiertes Handeln des Gesundheitssektors zu fördern und die Kompetenzentwicklung von Gesundheitsfachkräften und anderen Mitgliedern multidisziplinärer Teams zu verbessern. Sie sollten auch nützlich sein für diejenigen, die für die Entwicklung

von Lehrplänen in den Bereichen Medizin, Pflege und öffentliche Gesundheit zuständig sind.

Des Weiteren enthalten die Leitlinien Komponenten zur Leistungserbringung und Programmentwicklung, die an Personen gerichtet sind, die für die Entwicklung, Finanzierung und Umsetzung von Programmen zur Bekämpfung von Gewalt gegen Frauen verantwortlich sind. Bei der Umsetzung der Empfehlungen muss der Umfang der verfügbaren Mittel, einschließlich anderer unterstützender Angebote, berücksichtigt werden.

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) wird mit Gesundheitsministerien, Nichtregierungsorganisationen (NGOs) und Schwesterorganisationen der Vereinten Nationen zusammenarbeiten, um diese Leitlinien zu verbreiten und ihre Anpassung und Umsetzung in den Mitgliedsstaaten zu unterstützen.

Methoden der Leitlinienentwicklung

Der zur Erstellung dieser Leitlinien angewendete Entwicklungsprozess, der im WHO handbook for guideline development¹ beschrieben ist, umfasste folgende Schritte: (I) Erarbeitung von Fragen in Bezug auf die klinische Praxis und Gesundheitspolitik; (II) Zusammentragen aktueller Evidenz; (III) Beurteilung und Zusammenfassung der Evidenz; (IV) Ausarbeitung von Empfehlungen unter Einbeziehung einer Vielzahl von Akteuren/innen und (V) Ausarbeitung von Plänen zur Verbreitung, Umsetzung und Aktualisierung der Leitlinien.

Die wissenschaftliche Evidenz für die Empfehlungen wurde anhand der GRADE-Methode (Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation) für klinische Interventionen zusammengefasst. Für jede im Vorfeld definierte kritische Frage wurden Evidenzprofile auf Grundlage von vorhandenen oder in Auftrag gegebenen systematischen Reviews erstellt. Bei den Fragen zur Gesundheitspolitik und Leistungserbringung wurde die deskriptive Evidenz zusammengefasst und dabei die Stärken und Schwächen der verschiedenen Ansätze aufgezeigt.

Die Leitfadententwicklungsgruppe (LEG) bestand aus Wissenschaftler/innen, Beschäftigten des Gesundheitswesens und Gesundheitspolitikern/innen, die in den Bereichen Frauengesundheit und Bekämpfung von Gewalt gegen Frauen in Ländern mit geringem und mittlerem Einkommen tätig sind, sowie aus Fachberatern/innen (Frauengesundheit und Frauenrechte), sodass ein breites Spektrum von Sichtweisen von Betroffenen vertreten war. Die Emp-

fehlungen wurden von der WHO in Zusammenarbeit mit der LEG auf einer Tagung in der WHO-Zentrale vom 12. bis 14. September 2011 in Genf erarbeitet. Dabei wurden die Evidenz sowie die Überlegungen zum Gleichgewicht zwischen Nutzen und Schaden, zu den Präferenzen von Frauen und ihren Menschenrechten sowie zu den Kostenfolgen in verschiedenen Ländern und Gemeinschaften weltweit berücksichtigt. Wenn Leitlinien erforderlich, aber keine einschlägige Forschungsevidenz verfügbar waren, wurden Empfehlungen auf Grundlage der Fachkenntnisse der LEG erarbeitet.

Bei klinischen Interventionen wurde die Qualität der unterstützenden Evidenz anhand der GRADE-Methode als sehr niedrig, niedrig, moderat oder hoch eingestuft. Einige Empfehlungen beruhen zum Teil auf vorhandenen Leitlinien, deren Evidenz qualitativ beurteilt wurde. Wenn vorhandene Leitlinien nur indirekte Evidenz boten, die nicht direkt auf die jeweiligen Bevölkerungsgruppen und Rahmenbedingungen anwendbar ist, wurde die Qualität der Evidenz entsprechend kenntlich gemacht. Die Empfehlungen für Gesundheitspolitik und Gesundheitsversorgung sowie zur Meldepflicht werden als „Best Practices“ oder als Maßnahmen zur Wahrung von Menschenrechten betrachtet. Zudem suchten wir für diese Empfehlungen systematisch nach relevanter Literatur und fassten diese qualitativ zusammen, ohne jedoch die Evidenz und „Best Practices“ anhand der GRADE-Methode zu bewerten. Wenn für eine klinische oder gesundheitspolitische Empfehlung keine Evidenz gefunden wurde, ist dies in der Zusammenfassung der Evidenz angegeben.

Empfehlungen werden auf Grundlage der Verallgemeinbarkeit des Nutzens in verschiedenen Umfeldern, der Bedürfnisse und Präferenzen von Frauen bei der Inanspruchnahme von Angeboten sowie unter Berücksichtigung des dafür erforderlichen Personal- und Ressourcenbedarfs als stark oder eingeschränkt eingestuft. Um sicherzustellen, dass alle Empfehlungen so verstanden und umgesetzt werden können, wie sie gemeint sind, hat die LEG Erläuterungen verfasst, die als Anmerkungen unter den Empfehlungen aufgeführt sind.

Auch Ansichten von Peer-Reviewern und verschiedenen Interessenvertretern/innen, darunter Kollegen/innen, die direkt mit weiblichen Überlebenden von Gewalt zusammenarbeiten, wurden eingeholt und trugen zur Präzisierung der Empfehlungen bei. Es wurden wichtige Wissenslücken festgestellt, die es durch Primärforschung zu schließen gilt, und auf deren Grundlage eine Liste zentraler Forschungsfragen erstellt werden konnte.

1 WHO handbook for guideline development. Genf, Weltgesundheitsorganisation, 2010

Zusammenfassung der Empfehlungen

Empfehlungen	Evidenzqualität	Empfehlung
1. Frauenzentrierte Versorgung		
<p>1 Frauen, die von irgendeiner Form von Gewalt in Paarbeziehungen (oder durch ein anderes Familienmitglied) oder sexueller Nötigung/Vergewaltigung durch irgendeine Person berichten, sollte sofortige Unterstützung angeboten werden.^a Gesundheitsfachkräfte sollten mindestens Ersthilfe anbieten, wenn eine Frau Gewalterfahrungen mitteilt. Ersthilfe umfasst:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Eine wertfreie, unterstützende und bestätigende Haltung zu dem, was die Frau berichtet • Praktische Versorgung und Unterstützung, die auf ihre Sorgen eingeht, ohne dabei aufdringlich zu sein • Erkundigen nach ihrer Gewaltgeschichte und aufmerksames Zuhören, ohne sie zum Sprechen zu drängen (in Anwesenheit von Dolmetscher/innen ist bei sensiblen Themen besondere Achtsamkeit geboten) • Ihr helfen beim Zugang zu Informationen, einschließlich rechtlicher und anderer Angebote, die sie als hilfreich erachten könnte • Ihr, soweit erforderlich, bei der Erhöhung ihrer Sicherheit und der ihrer Kinder helfen • Bereitstellung oder Vermittlung sozialer Unterstützung <p>Dabei sollte Folgendes sichergestellt sein:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Wahrung der Privatsphäre beim Gespräch • Vertraulichkeit, wobei Frauen über die Grenzen der Vertraulichkeit informiert werden müssen (z. B. wenn Meldepflicht besteht) <p>Wenn Mitarbeiter/innen der Gesundheitsversorgung nicht in der Lage sind Ersthilfe anzubieten, müssen sie sicherstellen, dass eine andere Person (innerhalb der eigenen oder einer anderen, leicht zugänglichen Gesundheitseinrichtung) sofort verfügbar ist, um dies zu übernehmen.</p>	Indirekte Evidenz ^b	Stark
2. Gewalt in Paarbeziehungen: Erkennen und Versorgen von Betroffenen		
2.1 ERKENNEN VON GEWALT IN PAARBEZIEHUNGEN		
<p>2 Ein „generelles Screening“ oder „Routinebefragung“ (Nachfragen bei jedem Kontakt mit Einrichtungen des Gesundheitswesens) sollte nicht implementiert werden.</p>	Schwach bis Moderat	Eingeschränkt
<p>3 Gesundheitsfachkräfte sollten nach Gewalterfahrungen durch einen Partner fragen, wenn sie Beschwerden behandeln, die durch Gewalt in Paarbeziehungen verursacht oder verschlimmert worden sein könnten (siehe Kasten 1: Beispiele für klinische Zustände im Zusammenhang mit Gewalt in Paarbeziehungen, S. 21), um das Erkennen, die Diagnose und die anschließende Versorgung zu verbessern (siehe Empfehlung 30).</p>	Indirekte Evidenz	Stark

a Diese Empfehlung wurde dem Leitfaden *Psychological first aid. Genf*, Weltgesundheitsorganisation, 2011, für Personen in gesellschaftlichen Krisensituationen, entnommen, http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241548205_eng.pdf.

b Die Evidenzqualität wird als „indirekte Evidenz“ bezeichnet, wenn keine direkte Evidenz für die jeweilige Population identifiziert und die Empfehlung daher von Evidenz aus einer anderen geeigneten Population abgeleitet wurde.

Empfehlungen	Evidenzqualität	Empfehlung
<p>4 In medizinischen Einrichtungen sollten schriftliche Informationen zum Thema Gewalt in Paarbeziehungen in Form von Postern ausgehängt werden. Informationsblätter und Broschüren – mit dem Hinweis, diese nicht mit nach Hause zu nehmen, wenn dort ein gewalttätiger Partner Zugang hat – sollten in privaten Bereichen wie Damentoiletten ausgelegt werden.</p>	<p>Es wurde keine relevante Evidenz identifiziert</p>	<p>Eingeschränkt</p>
<p>2.2 VERSORGUNG VON BETROFFENEN VON GEWALT IN PAARBEZIEHUNGEN</p>		
<p>5 Frauen mit bereits bestehender diagnostizierter oder mit Partnergewalt verbundener psychischer Erkrankung (z. B. Depression oder Alkoholabhängigkeit), die Gewalt in Paarbeziehungen ausgesetzt sind, sollten eine psychische Versorgung für ihre Erkrankung erhalten (gemäß WHO-Interventionsleitfaden Mental Health Gap Action Programme [mhGAP], 2010)^a. Diese sollte von Fachkräften mit fundiertem Wissen im Bereich Gewalt gegen Frauen durchgeführt werden.</p>	<p>Indirekte Evidenz,^b variabel (hängt von Intervention ab, siehe http://www.who.int/mental_health/mhgap/evidence/en/)</p>	<p>Stark</p>
<p>6 Für Frauen, die keiner Gewalt mehr ausgesetzt sind, aber an einer posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) leiden, wird als Intervention eine kognitive Verhaltenstherapie (KVT) oder Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR)^c durch Gesundheitsfachkräfte mit fundiertem Wissen im Bereich Gewalt gegen Frauen empfohlen.</p>	<p>Schwach bis Moderat</p>	<p>Stark</p>
<p>7 Frauen, die mindestens eine Nacht in einer Zufluchtseinrichtung verbracht haben, sollte ein strukturiertes Programm, das Fachberatung, Unterstützung und/oder Empowerment beinhaltet, angeboten werden.^c</p>	<p>Schwach</p>	<p>Eingeschränkt</p>
<p>8 Schwangeren Frauen, die von der Gewalt in der Partnerschaft berichten, sollte eine kurz- bis mittelfristige Empowerment-orientierte Beratung (bis zu zwölf Sitzungen) und Fachberatung/Unterstützung mit Schutzaspekten durch geschulte Fachkräfte angeboten werden, wenn das jeweilige Gesundheitssystem dies leisten kann. In welchem Umfang dies außerhalb der Schwangerenvorsorge Anwendung findet und in Ländern mit niedrigem oder mittlerem Einkommen umsetzbar ist, ist unklar.</p>	<p>Schwach</p>	<p>Eingeschränkt</p>
<p>9 Kindern, die zu Hause häusliche Gewalt (mit-) erleben, sollte eine psychotherapeutische Intervention - Sitzungen mit und ohne Anwesenheit der Mutter - angeboten werden. Allerdings ist unklar, in welchem Maße dies in Ländern mit geringem und mittlerem Einkommen umsetzbar ist.</p>	<p>Moderat</p>	<p>Eingeschränkt</p>

a mhGAP intervention guide for mental, neurological and substance use disorders in non-specialized health settings. Geneva, World Health Organization, 2010, http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241548069_eng.pdf

b Die Evidenzqualität wird als „indirekte Evidenz“ bezeichnet, wenn keine direkte Evidenz für die jeweilige Population identifiziert und die Empfehlung daher von Evidenz aus einer anderen geeigneten Population abgeleitet wurde.

c Siehe Glossar

Empfehlungen	Evidenzqualität	Empfehlung
3. Sexuelle Nötigung/Vergewaltigung: Klinische Versorgung von Überlebenden		
3.1 INTERVENTIONEN IN DEN ERSTEN 5 TAGEN NACH DEM GEWALTEREIGNIS		
3.1.1 Ersthilfe		
<p>10 Anbieten von Ersthilfe für weibliche Überlebende von sexueller Nötigung/Vergewaltigung durch einen fremden oder einen bekannten Täter (siehe auch Empfehlung 1), einschließlich:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Praktische Versorgung und Unterstützung, die auf ihre Sorgen eingeht, ohne ihre Selbstbestimmung zu beeinträchtigen • Zuhören, ohne auf ihre Antworten oder auf die Enthüllung von Informationen zu bestehen • Zuspruch und Hilfe anbieten, um ihre Ängste zu lindern oder zu reduzieren • Informationen anbieten und ihr helfen bei der Inanspruchnahme von Angeboten und sozialer Unterstützung 	Indirekte Evidenz ^a	Stark
<p>11 Erheben einer vollständigen Anamnese und Dokumentation der Ereignisse, um über geeignete Interventionen zu bestimmen. Durchführen einer vollständigen körperlichen Untersuchung (von Kopf bis Fuß, einschließlich Genitalbereich).^b Die Anamnese sollte Folgendes umfassen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Zeitraum seit dem Ereignis und Art der Gewaltanwendung • Risiko einer Schwangerschaft • Risiko einer HIV und anderer sexuell übertragbarer Infektionen (STI) • Psychischer Gesundheitszustand 	Indirekte Evidenz	Stark
3.1.2 Notfallverhütung		
<p>12 Anbieten einer Notfallverhütung für Überlebende einer Vergewaltigung, sofern sie innerhalb von fünf Tagen nach dem Ereignis vorstellig werden. Zur Maximierung der Wirksamkeit sollte eine Notfallverhütung schnellstmöglich erfolgen.</p>	Moderat	Stark
<p>13 Wenn verfügbar, sollte Levonorgestrel angeboten werden. Empfohlen wird eine Einzeldosis von 1,5 mg, da diese ebenso wirksam ist wie zwei in einem Abstand von 12 bis 24 Stunden verabreichte Dosen von 0,75 mg. Wenn Levonorgestrel NICHT verfügbar ist, kann eine Kombinationstherapie aus Östrogen und Progestogen angeboten werden, wenn möglich in Verbindung mit Antiemetika. Wenn kein orales Notfallverhütungsmittel verfügbar ist, kann Frauen, die eine langfristige Verhütungsmethode wünschen, ein kupferhaltiges Intrauterinpessar (IUP) angeboten werden, sofern dies möglich ist. Unter Berücksichtigung des Risikos von STI kann das IUP bis zu fünf Tage nach der Vergewaltigung eingesetzt werden, sofern die medizinischen Voraussetzungen gegeben sind (siehe WHO medical eligibility criteria, 2010).^c</p>	Moderat	Stark

a Diese Empfehlung wurde dem Leitfaden Psychological first aid. Genf, Weltgesundheitsorganisation, 2011, für Personen in gesellschaftlichen Krisensituationen entnommen, http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241548205_eng.pdf

b Siehe *Guidelines for medico-legal care of sexual violence survivors*. Genf, Weltgesundheitsorganisation, 2003; *Clinical management of rape survivors*. Genf, WHO/Office of the United Nations High Commissioner for Refugees (UNHCR), 2004 und *E-learning programme on clinical management of rape survivors*. Genf, WHO/UNHCR/United Nations Population Fund (UNFPA), 2009

c WHO medical eligibility criteria. Genf, Weltgesundheitsorganisation, 2010

Empfehlungen	Evidenzqualität	Empfehlung
14 Wenn eine Frau nach dem Zeitfenster für eine Notfallverhütung (5 Tage) vorstellig wird, eine Notfallverhütung nicht wirksam ist, oder wenn eine Frau infolge einer Vergewaltigung schwanger ist, sollte ihr ein sicherer Schwangerschaftsabbruch entsprechend der vor Ort geltenden nationalen Gesetze angeboten werden.	Es wurde keine relevante Evidenz identifiziert	Stark
3.1.3 HIV-Postexpositionsprophylaxe		
15 Bei Frauen, die innerhalb von 72 Stunden nach einer Vergewaltigung vorstellig werden, sollte das Angebot einer HIV-Postexpositionsprophylaxe (PEP) in Erwägung gezogen werden. Die Klärung, ob eine HIV Postexpositionsprophylaxe angemessen ist, sollte in gemeinsamer Entscheidungsfindung ^a mit der Überlebenden erfolgen.	Sehr schwach, basierend auf indirekter Evidenz (siehe gemeinsame Leitlinien der International Labour Organization (ILO)/WHO, 2008) ^b	Stark
16 HIV-Risiko mit der Überlebenden besprechen, um den Nutzen einer PEP abzuwägen. Dies schließt ein: <ul style="list-style-type: none"> • HIV-Prävalenz in der geographischen Region • Grenzen der PEP^c • HIV-Status und Charakteristika des Täters, sofern bekannt • Tathergang, einschließlich Anzahl der Täter • Nebenwirkungen der bei der PEP-Therapie angewandten antiretroviralen Medikamente • Wahrscheinlichkeit einer HIV-Übertragung 	Indirekte Evidenz ^b	Stark
17 Bei Durchführung einer HIV-PEP: <ul style="list-style-type: none"> • Therapiebeginn schnellstmöglich, vor Ablauf von 72 Stunden • Bei der Erstkonsultation HIV-Test und Beratung durchführen • Regelmäßige Nachfolgetermine mit der Patientin sicherstellen • Zweifach-Kombinationstherapien (mit fester Dosierung) sind Dreifach-Kombinationstherapien in der Regel vorzuziehen, wobei Medikamente mit geringeren Nebenwirkungen zu bevorzugen sind • Die Wahl der Medikamente und Therapie sollte gemäß den nationalen Richtlinien erfolgen 	Indirekte Evidenz ^d	Stark
18 Beratungen zur Therapietreue sollten ein wichtiges Element der HIV-PEP sein.	Sehr schwach	Stark
3.1.4 Postexpositionsprophylaxe gegen sexuell übertragbare Infektionen		
19 Weiblichen Überlebenden einer Vergewaltigung sollte Prophylaxe gegen folgende Infektionen angeboten werden: <ul style="list-style-type: none"> • Chlamydien • Gonorrhoe • Trichomonas • Syphilis, je nach Prävalenz Die Wahl der Medikamente und Therapie sollte gemäß nationalen Richtlinien erfolgen.	Schwach bis sehr schwach, basierend auf indirekter Evidenz	Stark

a Siehe Glossar

b *Joint ILO/WHO guidelines on post-exposure prophylaxis to prevent HIV infection*. Genf, Weltgesundheitsorganisation, 2008

c In zwei Kohortenstudien zur HIV-PEP lagen die Serokonversionsraten zwischen 0 und 3,7%

d *Joint ILO/WHO guidelines on post-exposure prophylaxis to prevent HIV infection*. Genf, Weltgesundheitsorganisation, 2008.

Empfehlungen		Evidenzqualität	Empfehlung
20	Eine Hepatitis-B-Impfung ohne Hepatitis-B-Immunglobulin sollte gemäß nationalen Richtlinien angeboten werden. <ul style="list-style-type: none"> • Vor Verabreichung der ersten Impfdosis Blutabnahme zur Kontrolle des Hepatitis-B-Status durchführen • Bei Immunität ist keine weitere Impfung erforderlich 	Sehr schwach, basierend auf indirekter Evidenz	Stark
3.1.5 Psychologische Interventionen			
21	Anbieten von Unterstützung und Versorgung wie in Empfehlung 10 beschrieben.	Indirekte Evidenz ^a	Stark
22	Es sollten schriftliche Informationen über Bewältigungsstrategien bei schwerem Stress/Belastungen bereitgestellt werden (mit dem Hinweis, diese nicht mit nach Hause zu nehmen, wenn dort ein gewalttätiger Partner ist).	Es wurde keine relevante Evidenz identifiziert	Stark
23	Psychologisches Debriefing sollte nicht benutzt werden.	Sehr schwach bis schwach ^a	Stark
3.2 PSYCHOLOGISCHE INTERVENTIONEN UND INTERVENTIONEN IM BEREICH DER PSYCHISCHEN GESUNDHEIT NACH 5 TAGEN			
3.2.1 Interventionen bis zu 3 Monate nach dem Trauma			
24	Fortgesetztes Anbieten von Unterstützung und Versorgung wie in Empfehlung 10 beschrieben.	Indirekte Evidenz ^a	Stark
25	Über einen Zeitraum von ein bis drei Monaten nach der Tat „abwartend beobachten“, es sei denn, die Betroffene leidet an Depressionen, hat Alkohol- oder Drogenprobleme, psychotische Symptome, suizidales oder selbstverletzendes Verhalten oder Schwierigkeiten bei der Bewältigung des Alltags. Abwartendes Beobachten beinhaltet, der Frau zu erklären, dass es ihr im Laufe der Zeit voraussichtlich besser gehen wird und ihr die Option auf weitere Unterstützung durch regelmäßige Folgetermine anzubieten.	Sehr schwach bis schwach	Stark
26	Wenn die Betroffene durch die Symptome nach einer Vergewaltigung in ihrer Leistungsfähigkeit so eingeschränkt ist, dass sie Schwierigkeiten bei der Bewältigung ihres Alltags hat, sollte eine kognitive Verhaltenstherapie (KVT) oder EMDR-Therapie (Eye Movement Desensitization and Reprocessing) durch eine Gesundheitsfachkraft mit umfassenden Kenntnissen im Umgang mit Überlebenden sexueller Gewalt veranlasst werden.	Schwach bis moderat	Stark
27	Wenn die Betroffene andere psychische Probleme hat (depressive Symptome, Alkohol- oder Drogenprobleme, Suizidgefährdung oder selbstverletzendes Verhalten): Versorgung gemäß WHO mhGAP Intervention Guide 2010 leisten. ^b	Indirekte Evidenz, variabel (hängt von Intervention ab, siehe http://www.who.int/mental_health/mhgap/evidence/en/)	Stark

a Diese Empfehlung wurde dem Leitfaden *Psychological first aid*. Genf, Weltgesundheitsorganisation, 2011, für Personen in gesellschaftlichen Krisensituationen entnommen, http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241548205_eng.pdf

b mhGAP intervention guide for mental, neurological and substance use disorders in non-specialized health settings. Genf, Weltgesundheitsorganisation, 2010, http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241548069_eng.pdf

Empfehlungen	Evidenzqualität	Empfehlung
3.2.2 Interventionen nach Ablauf von 3 Monaten nach dem Trauma		
<p>28 Untersuchung auf psychische Probleme (Symptome von akutem Stress/PTBS, Depression, Alkohol- oder Drogenprobleme, Suizidgefährdung oder selbstverletzendes Verhalten). Behandlung von Depression, Alkoholmissbrauch und anderen psychischen Problemen anhand des mhGAP Intervention Guide,^a der evidenzbasierte klinische Protokolle der WHO für psychische Probleme enthält.</p>	<p>Indirekte Evidenz, variabel (hängt von Intervention ab, siehe http://www.who.int/mental_health/mhgap/evidence/en/)</p>	<p>Stark</p>
<p>29 Bei Feststellung einer posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS): Veranlassung einer Therapie für PTBS mit kognitiver Verhaltenstherapie (KVT) oder Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR).</p>	<p>Schwach bis Moderat</p>	<p>Stark</p>
4. Gewalt in Paarbeziehungen und sexuelle Nötigung/Vergewaltigung: Schulung von Gesundheitsfachkräften		
<p>30 Gesundheitsfachkräfte (insbesondere Ärztinnen/Ärzte, Pflegepersonal und Hebammen/Entbindungspfleger sollten während der Ausbildung/des Studiums eine Schulung in Ersthilfe für Frauen erhalten, die Gewalt in Paarbeziehungen oder sexuelle Nötigung/Vergewaltigung erlebt haben (siehe Empfehlung I).</p>	<p>Sehr schwach</p>	<p>Stark</p>
<p>31 Mitarbeiter/innen im Gesundheitswesen, die Versorgung für Frauen anbieten, sollten Fort- und Weiterbildungen erhalten, die</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sie dazu befähigen, Ersthilfe anzubieten (siehe Empfehlungen 1 und 10) • Ihnen geeignete Fähigkeiten vermitteln, einschließlich: <ul style="list-style-type: none"> – wann und wie nach Gewalterfahrungen zu fragen ist – auf welche Weise am besten auf betroffene Frauen reagiert werden kann (siehe Abschnitte 2, Gewalt in Paarbeziehungen: Erkennen und Versorgung von Betroffenen, und 3, Sexuelle Nötigung/Vergewaltigung: Klinische Versorgung von Überlebenden) – wie -wenn angemessen- rechtlich relevante Spuren und Befunde aufgenommen werden^b • Folgendes behandeln: <ul style="list-style-type: none"> – grundlegendes Wissen zum Thema Gewalt, einschließlich Gesetzen, die für Opfer von Gewalt in Paarbeziehungen und sexueller Gewalt von Bedeutung sind – Wissen um verfügbare Dienste/Angebote, die Unterstützung für Betroffene von Gewalt in Paarbeziehungen und sexueller Gewalt anbieten (z. B. in Form eines Verzeichnisses von Angeboten/Projekten) – unangemessene Haltungen von Gesundheitsfachkräften (z. B. Frauen die Schuld an der Gewalt zuweisen, erwarten dass sie sich trennen etc.) sowie ihre eigenen Erfahrungen mit Gewalt in Paarbeziehungen und sexueller Gewalt. 	<p>Schwach bis moderat</p>	<p>Stark</p>

a mhGAP intervention guide for mental, neurological and substance use disorders in non-specialized health settings. Genf, Weltgesundheitsorganisation, 2010, http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241548069_eng.pdf

b Siehe *Guidelines for medico-legal care of sexual violence survivors*. Genf, Weltgesundheitsorganisation, 2003; *Clinical management of rape survivors*. Genf, WHO/UNHCR, 2004; und *E-learning programme on clinical management of rape survivors*. Genf, WHO/UNHCR/UNFPA, 2009

Empfehlungen	Evidenzqualität	Empfehlung
32 Die Schulung von Gesundheitsfachkräften zur Gewalt in Partnerschaften und sexueller Nötigung/Vergewaltigung sollte verschiedene Aspekte des Umgangs mit Gewalt in Partnerschaften und sexueller Nötigung/Vergewaltigung beinhalten (z. B. Erkennen, Sicherheitseinschätzung und -planung, Kommunikation und klinische Fähigkeiten, Dokumentation und Bereitstellen von Überweisungspfaden).	Schwach	Stark
33 Angesichts der thematischen Überschneidungen von Gewalt in Partnerschaften und sexueller Nötigung/Vergewaltigung und der beschränkten Ressourcen für die Schulung von Gesundheitsfachkräften sollten beide Themen in einer Schulung integriert werden.	Es wurde keine relevante Evidenz identifiziert	Stark
5. Gesundheitspolitik und Gesundheitsversorgung^a		
34 Die Versorgung von Frauen, die Gewalt in Partnerschaften oder sexuelle Nötigung/Vergewaltigung erfahren haben, sollte nach Möglichkeit kein eigenständiges Angebot sein, sondern in bestehende Angebote/Leistungen der Gesundheitsversorgung integriert werden. (siehe Mindestanforderungen, Kasten 3, S. 44).	Sehr schwach	Stark
35 Es bedarf länderspezifischer Modelle für die Versorgung von Betroffenen von Gewalt in Partnerschaften und sexueller Nötigung/Vergewaltigung auf den verschiedenen Ebenen des Gesundheitswesens. Die Priorität sollte jedoch auf der Bereitstellung von Schulungen und Versorgungsangeboten in der primären Gesundheitsversorgung liegen.	Sehr schwach	Stark
36 Auf Bezirks- oder Kreisebene sollte zu jeder Tages- und Nachtzeit eine Gesundheitsfachkraft (Krankenpfleger/in, Arzt/Ärztin oder entsprechend qualifiziertes Personal) verfügbar sein (vor Ort oder in Rufbereitschaft), die in der geschlechtssensiblen Untersuchung und Versorgung nach sexueller Nötigung/Vergewaltigung geschult ist.	Sehr schwach	Eingeschränkt
6. Meldepflicht bei Gewalt in Partnerschaften^a		
37 Eine Pflicht zur Meldung bei der Polizei durch Mitarbeiter/innen der Gesundheitsversorgung wird nicht empfohlen. Wenn die Betroffene es wünscht und sie ihre Rechte kennt, sollten Gesundheitsfachkräfte jedoch anbieten, den Vorfall bei den zuständigen Behörden (einschließlich Polizei) zu melden.	Sehr schwach	Stark
38 Die Misshandlung von Kindern und lebensbedrohliche Vorfälle müssen von Gesundheitsfachkräften bei den zuständigen Behörden gemeldet werden, wenn dies gesetzlich vorgeschrieben ist.	Sehr schwach	Stark

^a Vorhandene Evidenz wurde überprüft, aber GRADE aufgrund des größtenteils beschreibenden und qualitativen Charakters der Daten nicht angewendet.

Hintergrund

Gewalt gegen Frauen¹ ist ein gravierendes Problem der öffentlichen Gesundheitsversorgung (Public Health) und der Menschenrechte. Zu den am weitesten verbreiteten Formen der Gewalt gegen Frauen zählen Gewalt in Partnerschaften und sexuelle Gewalt. Wissenschaftliche Studien – ursprünglich aus Nordamerika und Europa, aber immer häufiger auch aus anderen Regionen – zeigen, dass Gewalt gegen Frauen auf der ganzen Welt weit verbreitet ist, und machen die kurz- und langfristigen negativen Folgen für die körperliche und psychische Gesundheit deutlich (Campbell, 2004; García-Moreno et al., 2005; Ellsberg et al., 2008; Bott et al., 2012). Mitarbeiter/innen im Gesundheitswesen kommen häufig – und in vielen Fällen unwissentlich – in Kontakt mit gewaltbetroffenen Frauen, da diese ausgiebigen Gebrauch von den Angeboten der Gesundheitsversorgung machen (Ansara und Hindin, 2010; Black, 2011). Dabei befinden sich Gesundheitsfachkräfte in der einzigartigen Lage, eine sichere und vertrauliche Umgebung zu gestalten, die es betroffenen Frauen erleichtert, sich anzuvertrauen. Zugleich können sie geeignete Unterstützung und eine Weitervermittlung an andere Angebote und Dienste bieten.

Wie im Bericht *WHO multi-country study on women's health and domestic violence against women* (García-Moreno et al., 2005) beschrieben, zeigen weltweite Statistiken:

- 13 bis 61% der Frauen im Alter von 15 bis 49 Jahren geben an, mindestens einmal im Leben körperlich von einem Beziehungspartner misshandelt worden zu sein.
- 6 bis 59% der Frauen berichten von erzwungenem Geschlechtsverkehr oder dem Versuch, Geschlechtsverkehr zu erzwingen durch einen Beziehungspartner.
- 1 bis 28% der Frauen geben an, während einer Schwangerschaft von einem Beziehungspartner körperlich misshandelt worden zu sein.

Obwohl Gewalt gegen Frauen als bedeutsames Problem der öffentlichen Gesundheit und klinischen Versorgung anerkannt ist, bleibt das Thema in der Gesundheitspolitik vieler Länder noch immer ausgeklammert. Die entscheidende Rolle, die das Gesundheitssystem und Gesundheitsfachkräfte bei der Erkennung, Einschätzung, Behandlung, Krisenintervention, Dokumentation, Weitervermittlung und Nachsorge spielen können, wird in den nationalen Gesundheitsprogrammen und -richtlinien vieler Länder nur unzureichend verstanden oder anerkannt. Mitarbeiter/innen der Gesundheitsversorgung neigen dazu, Gewalt gegen Frauen als strafrechtliche Angelegenheit zu betrachten und insbesondere Gewalt in Partnerschaften für ein privates Problem zu halten. Gleichzeitig sind sie nicht gut vorbereitet, um mit dem Thema umzugehen, da es in der medizinischen und in der pflegerischen Ausbildung vieler Ländern schlicht keine Rolle spielt. Damit Gesundheitsfachkräfte ihre Rolle bei der Bekämpfung der Folgen von Gewalt wahrnehmen und ihre Verantwortung erfüllen können, müssen sie für das Problem sensibilisiert werden und die erforderlichen Informationen und Arbeitsmittel erhalten, um einfühlsam und wirksam auf die Bedürfnisse der Betroffenen einzugehen. Diese Leitlinien sind ein erster Schritt in diese Richtung.

Studien zum Verhältnis von Partnergewalt, Gesundheit und der Inanspruchnahme der Gesundheitsversorgung haben gezeigt, dass Frauen mit Gewalterfahrung – auch wenn sie nicht von der Gewalt berichten – häufiger medizinische Versorgung in Anspruch nehmen als nicht von Gewalt betroffene Frauen (Ansara und Hindin, 2010; Black, 2011). Mitarbeiter/innen im Gesundheitswesen sind häufig der erste Kontakt von Betroffenen von Partnergewalt und sexueller Nötigung/Vergewaltigung. Frauen, die Partnergewalt ausgesetzt sind, sprechen ihnen das meiste Vertrauen zu, wenn es darum geht, die Gewalt zu offenbaren (Feder et al., 2006).

1 Als Frauen gelten hierbei auch junge Mädchen.

Gesundheitsfachkräfte, die mit gewaltbetroffenen Frauen in Kontakt kommen, müssen unabhängig von den Umständen in der Lage sein, Anzeichen für Gewalt zu erkennen und auf angemessene, sichere Weise zu reagieren. Menschen, die Gewalt ausgesetzt waren, benötigen eine umfassende, geschlechtersensible Gesundheitsversorgung, die auf die physischen und psychischen Folgen des Erlebten ausgerichtet ist und ihnen hilft, das traumatische Ereignis zu verarbeiten. Um weiteres Leid zu vermeiden, benötigen sie möglicherweise auch Kriseninterventionsdienste (siehe Glossar); in aller Regel ist eine unterstützende Reaktion erforderlich. Neben der sofortigen gesundheitlichen Versorgung kann das Gesundheitswesen entscheidenden Zugang zu auf Gewalt gegen Frauen spezialisierte Angebote herstellen (durch Weiterleitung und nur sofern Angebote vorhanden sind). Auch zu anderen Stellen, die von Betroffenen gegebenenfalls zu einem späteren Zeitpunkt genutzt werden, kann Kontakt hergestellt werden. Beispiele hierfür sind soziale Dienste oder Prozesskostenhilfe.

Die Dokumentation gewaltbedingter Verletzungen, gesundheitlicher Beschwerden und anderer Probleme kann vor Gericht als Beweis verwendet werden, wenn sich die misshandelte Frau zu rechtlichen Schritten entschließt. Gesundheitsfachkräfte haben neben der Behandlung der gesundheitlichen Folgen von Gewalt die einzigartige Möglichkeit, die erforderlichen Befunde und Spuren für eine Bestätigung der Umstände der Misshandlung zu erfassen und zu dokumentieren sowie bei der Identifizierung des Täters zu helfen. Diese Befunde sind bei der Verfolgung von Gewaltverbrechen oft entscheidend. Eine vollständige forensische Untersuchung umfassen diese Leitlinien jedoch nicht. (Für weitere Informationen zu diesem Thema siehe *Guidelines for medico-legal care of victims of sexual violence*, Weltgesundheitsorganisation [WHO, 2003], *Clinical management of rape survivors*, WHO/Office of the United Nations High Commissioner for Refugees [WHO/UNHCR, 2004] und das *E-learning programme on clinical management of rape survivors*, WHO/UNHCR/United Nations Population Fund [UNFPA] [2009]).

Die Mitgliedstaaten selbst haben eine deutlichere Anleitung zu der Frage gefordert, was eine angemessene Reaktion des Gesundheitswesens auf Gewalt gegen Frauen beinhaltet. Daher liegt der Schwerpunkt der Leitlinien auf Gewalt in Partnerschaften und auf sexueller Gewalt gegen Frauen und sie unterbreiten Gesundheitsfachkräften evidenzbasierte Empfehlungen, um Frauen mit Gewalterfahrung bestmöglich zu

erkennen und auf sie einzugehen. Zudem bieten die Leitlinien erstmalig Hinweise zur Fort- und Weiterbildung zum Thema Gewalt in Partnerschaften und sexuelle Gewalt gegen Frauen für Gesundheitsfachkräfte und weitere Mitglieder multidisziplinärer Teams. Der Schwerpunkt der Leitlinien liegt zwar auf dem Umgang des Gesundheitswesens, uns ist aber bewusst, dass eine angemessene Reaktion auf Gewalt gegen Frauen eine sektorübergreifende Zusammenarbeit erfordert.

Die Leitlinien geben auch Anleitungen für Gesundheitspolitiker/innen und weitere Entscheidungsträger in Gesundheitsministerien, die für die Planung, Finanzierung und Umsetzung von Gesundheitsleistungen und Weiterbildungsmaßnahmen verantwortlich sind. Ebenso richten sie sich an Gesundheitspolitiker/innen, die für die Entwicklung von Leitlinien für Lehrpläne in den Bereichen Medizin, Pflege und Public Health verantwortlich sind. Es ist das erste Mal, dass die WHO Leitlinien zu diesem Thema herausgibt. Gesundheitspolitiker/innen sind nicht nur in der Lage sicherzustellen, dass die verschiedenen Angebote für gewaltbetroffene Frauen in einer abgestimmten Weise bereitgestellt und angemessen finanziert werden. Sie können zudem dafür sorgen, dass der Problematik in relevanten Schulungsprogrammen die nötige Priorität gegeben wird. Die Leitlinien können auch als Orientierung dienen für die Entwicklung geeigneter Systeme zur Erbringung von Gesundheitsleistungen für nationale, regionale und kommunale Behörden sowie für die inhaltliche Gestaltung von Lehrplänen zum Thema Versorgung von Frauen mit Gewalterfahrung.

Bei der Entwicklung dieser Leitlinien wurde die Situation von Gesundheitsfachkräften, die in einem Umfeld arbeiten, in dem die Möglichkeit zur Bereitstellung umfassender Gesundheitsleistungen stark eingeschränkt sein könnte, in besonderer Weise berücksichtigt. Die Leitlinien müssen, unter Berücksichtigung der Verfügbarkeit von Mitteln sowie nationaler Verfahren und Vorschriften, an spezielle lokale und/oder nationale Bedingungen angepasst werden.

Bei der Umsetzung der Empfehlungen muss auch der Umfang der verfügbaren Ressourcen, einschließlich anderer unterstützender Angebote/Dienste, berücksichtigt werden. Die WHO wird mit Gesundheitsministerien, Nichtregierungsorganisationen (NGOs) und Schwesterorganisationen der Vereinten Nationen zusammenarbeiten, um diese Leitlinien zu verbreiten und ihre Anpassung und Umsetzung in den beteiligten Ländern zu unterstützen.

Umfang der Leitlinien

Der Schwerpunkt dieser Leitlinien liegt auf (physischer, sexueller und emotionaler) Gewalt gegen Frauen durch einen in der Regel männlichen Beziehungspartner und auf sexueller Nötigung/Vergewaltigung von Frauen durch Männer, da dies die häufigsten Formen von Gewalt gegen Frauen sind, die in jedem Setting auftreten. Unsere Empfehlungen beziehen sich nicht auf weibliche Genitalverstümmelung, Menschenhandel und andere Formen von Gewalt gegen Frauen.

Obgleich auch Männer Opfer von Partnergewalt und sexueller Nötigung/Vergewaltigung werden, beziehen sich diese Leitlinien ausschließlich auf Frauen, da diese häufiger sexueller Gewalt und schwerer körperlicher Gewalt sowie Zwang und Kontrolle durch männliche Partner ausgesetzt sind. Darüber hinaus ist die uns vorliegende Evidenz zu Interventionen für Männer stark begrenzt (Tjaden und Thoennes, 2000; Walby und Allen, 2004; AuCoin, 2005).

Auch wenn der Schwerpunkt demnach auf Gewalt in Partnerschaften durch Männer gegen Frauen liegt, ist ein Großteil der Informationen auch relevant, wenn die Gewalt gegen Frauen durch andere Familienmitglieder als den Beziehungspartner ausgeübt wird. In Teilen sind sie zudem auch für Männer relevant, die Gewalt in Partnerschaften oder sexuelle Nötigung/Vergewaltigung erfahren haben.

Die Empfehlungen für eine frauenzentrierte Versorgung (Abschnitt 1, S. 17 und 18) gelten sowohl für Gewalt in Partnerschaften wie für sexuelle Nötigung/Vergewaltigung. Die Empfehlungen für Überlebende von Vergewaltigung (Abschnitt 3, S. 27 bis 36) gelten für alle Opfer/Überlebende von Vergewaltigung, unabhängig von ihrer Beziehung zum Täter.

Menschenrechte als Grundlage für diese Leitlinien

Gewalt in Partnerschaften und sexuelle Gewalt sind als Verletzung der Menschenrechte von Frauen erkannt worden, einschließlich ihrer Rechte auf Schutz vor Diskriminierung,¹ auf Leben, Unversehrtheit und Sicherheit der Person² und auf das erreichbare Höchstmaß an Gesundheit.³ Insbesondere wurde die Vergewaltigung in der Ehe als Form der Gewalt gegen Frauen anerkannt⁴ und sie wird als konträr zum Respekt für die menschliche Würde erachtet.⁵

In verschiedenen von Regierungen unterzeichneten Menschenrechtsverträgen ist die Verantwor-

tung zur Verhütung, Untersuchung und Bestrafung aller Formen von Gewalt gegen Frauen festgelegt.¹ So sind beispielsweise Staaten, die den Internationalen Pakt über bürgerliche und politische Rechte ratifiziert haben, verpflichtet, über Gesetze gegen Gewalt gegen Frauen und spezielle Präventions- und Reaktionsmaßnahmen Bericht zu erstatten. Der UN-Menschenrechtsausschuss verlangt insbesondere Informationen über „Schutzmaßnahmen, einschließlich Rechtsbehelfen, für Frauen, deren Rechte gemäß Artikel 7 (Schutz vor Folter und anderen grausamen, unmenschlichen oder erniedrigenden Behandlungen) verletzt wurden“.⁶ Die Erfüllung dieser Verantwortung zur Verhütung, Untersuchung und Bestrafung aller Formen von Gewalt gegen Frauen erfordert spezifische und gezielte Regierungsmaßnahmen im Gesundheitssektor sowie in anderen Bereichen wie Justiz und Bildung. Internationale und regionale Menschenrechtsorganisationen haben Empfehlungen vorgelegt, welchen Beitrag Gesundheitsfachkräfte zur Sicherstellung des Schutzes der Frau vor geschlechtsspezifischer Gewalt leisten können und sollen und wie sie angemessen reagieren können, wenn es zu derartiger Gewalt gekommen ist.

So sollten beispielsweise gemäß der UN-Konvention zur Beseitigung jeder Form von Diskriminierung der Frau (CEDAW) alle Staaten, die die Konvention ratifiziert haben, unter anderem Folgendes sicherstellen:

- Frauenzentrierte Versorgung wird in Form von akzeptablen Gesundheitsangeboten geleistet – das sind Angebote, die „in einer Weise erbracht werden, dass sichergestellt ist, dass eine Frau ihre volle informierte Einwilligung gibt, ihre Würde respektiert wird, ihr Vertraulichkeit garantiert und ihre Bedürfnisse und Sichtweisen beachtet werden“.⁷
- Es existieren Richtlinien, einschließlich Handlungsanweisungen und -abläufe für die Gesundheitsversorgung und Krankenhäuser, zur Thematik Gewalt gegen Frauen und sexueller Missbrauch von Mädchen. Diese Richtlinien und Handlungsanweisungen umfassen und ermöglichen auch die Bereitstellung geeigneter Gesundheitsleistungen.⁸ Die Gesundheitspolitik und -versorgung sollte „die Geschlechterperspektive ins Zentrum aller Richtlinien und Programme stellen, die die Gesundheit von Frauen betreffen. Diese sollten unter Beteiligung von Frauen geplant, umgesetzt und kontrolliert werden. Auch bei der Bereitstellung von Gesundheits-

leistungen für Frauen sollen Frauen involviert werden“. Zudem sollten alle Gesundheitsdienste „den Menschenrechten der Frau entsprechen, einschließlich der Rechte auf Selbstbestimmung, Privatsphäre, Vertraulichkeit, informierte Einwilligung und Wahlfreiheit“.⁹

- Geschlechtersensible Schulungen, die es Gesundheitsfachkräften ermöglichen, die gesundheitlichen Auswirkungen gender-spezifischer Gewalt zu erkennen und zu behandeln.¹⁰ Dazu muss sichergestellt sein, „dass die Unterrichtscurricula für Mitarbeiter/innen im Gesundheitswesen umfassende, geschlechtssensitive Pflichtkurse zur Gesundheit und den Menschenrechten der Frau und insbesondere zu geschlechtsspezifischer Gewalt umfasst.“¹¹

Auf regionaler Ebene ist das *Protocol to the African Charter on the Rights of Women in Africa* ein gutes Beispiel für Menschenrechtsleitlinien in den Bereichen Gewalt in Paarbeziehungen und sexuelle Gewalt (neben anderen Formen geschlechtsspezifischer Gewalt). Das Protokoll verpflichtet die Vertragsstaaten zur Umsetzung „geeigneter Maßnahmen zur Sicherstellung des Schutzes der Rechte jeder Frau auf Respektierung ihrer Würde und des Schutzes aller Frauen vor jeder Form von Gewalt, insbesondere sexueller und verbaler Gewalt“. Es verpflichtet auch zur Umsetzung von Maßnahmen zur Bekämpfung aller anderen „Verhaltensweisen, Gesinnungen und Bräuche, die sich negativ auf die Grundrechte von Frauen und Mädchen auswirken“.¹²

1 Allgemeine Empfehlung Nr. 19 der CEDAW.

2 Protocol to the African Charter on the Rights of Women in Africa, Artikel 4.

3 Allgemeiner Kommentar Nr. 14 des CESCR, Abs. 10, 21, 35, 36.

4 Protocol to the African Charter on the Rights of Women in Africa, Artikel 4(2)(a).

5 ECHR (1995) C.R. v. the United Kingdom. Antrag Nr. 20166/92 und 20190/92, entschieden am 22. November 1995. Straßburg, Europäischer Gerichtshof für Menschenrechte, 1995.

6 Menschenrechtsausschuss, Allgemeiner Kommentar Nr. 28: Gleichberechtigung von Mann und Frau (Artikel 3), Abs. 11.

7 Allgemeine Empfehlung Nr. 24 der CEDAW 24, Abs. 22.

8 Allgemeine Empfehlung Nr. 24 der CEDAW 24, Abs. 15.

9 Allgemeine Empfehlung Nr. 24 der CEDAW, Abs. 31; siehe auch Allgemeine Empfehlung Nr. 19 der CEDAW, Abs. 24.

10 Allgemeine Empfehlung Nr. 24 der CEDAW 24, Abs. 15.

11 Allgemeine Empfehlung Nr. 24 der CEDAW 24, Abs. 31.

12 Art. 3 und 5.

Methoden

Identifizierung, Beurteilung und Zusammenfassung der verfügbaren Evidenz

Der Umfang der Leitlinien und die Fragen basieren auf den Ergebnissen der vom 17. bis 19. März 2009 in Genf durchgeführten Expertentagung *Expert meeting on health-sector responses to violence against women* (WHO, 2010a). Mit Unterstützung externer Reviewer entwickelte die Lenkungsgruppe insgesamt 16 PICOT-Fragen (Population, Intervention, Comparator, Outcome and Timeframe). Die Fragen wurden von der Leitlinienentwicklungsgruppe (LEG) und von Peer-Reviewern überprüft, die auch an der Auswahl und Bewertung der zu berücksichtigenden Ergebnisse beteiligt waren. Die vollständige Liste der PICOT-Fragen kann angefordert werden. Die Evidenz wurde von verschiedenen Personen überprüft. Ihre Vorgehensweisen sind separat beschrieben. Die Tabelle in Anhang III enthält eine Liste aller verfügbaren Reviews und Evidenztabellen. In jedem Review sind Suchstrategie und Methoden der Qualitätsbeurteilung aufgeführt.

Für die Empfehlungen zu klinischen Interventionen und zu Schulungen wurde die GRADE-Methode (Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation, Schünemann et al., 2009) eingesetzt, wie sie im WHO-Methodenhandbuch beschrieben ist (methods handbook, 2010b). Die Studien wurden von jeweils zwei Reviewern ausgewählt und bewertet. Anschließend wurden die verschiedenen Bewertungen verglichen und von den beiden Reviewern besprochen. Widersprüche wurden durch einen dritten Reviewer geklärt. Reviews zu Interventionen mit Betroffenen im Bereich der psychischen Gesundheit wurden ergänzt durch allgemeinere Evidenz aus den WHO-Leitlinien zur psychischen Gesundheit (WHO, 2010c) (Empfehlungen 5, 27 und 28).

Wenn klinische Empfehlungen auf indirekter Evidenz beruhen (das heißt, wenn die Evidenz nicht direkt von Frauen stammt, die Partnergewalt oder

sexueller Nötigung/Vergewaltigung ausgesetzt sind), wurde die Qualität der Evidenz entsprechend gekennzeichnet. Die indirekte Evidenz basiert größtenteils auf vorhandenen Leitlinien zu Notfallverhütung, STI-Prophylaxe und damit zusammenhängenden psychischen und anderen Problemen. Wenn keine Evidenz verfügbar war, wurden Empfehlungen ausgesprochen, die auf angenommener Best Practice, Menschenrechten und Gleichstellungsgrundsätzen basieren. Das Fehlen relevanter Evidenz wurde vermerkt.

Für gesundheitspolitische Fragen, für Fragen zur Erbringung von Gesundheitsleistungen und zur Meldepflicht erfolgte eine systematische Literaturrecherche. Die verfügbaren Informationen wurden in Evidenztabellen zusammengetragen und qualitativ zusammengefasst. Die Evidenzlage für diese Fragen wurde jedoch nicht anhand der GRADE-Methode bewertet, da die einzelnen Studien zu heterogen waren und zumeist starke methodische Einschränkungen aufwiesen. Zudem beruhen viele Fragen und Empfehlungen auf „Best Practices“, Menschenrechtskonventionen und Gleichstellungsfragen, auf die die GRADE-Methode nicht anwendbar ist. Daher überprüfte die LEG die qualitative Zusammenfassung der verfügbaren Daten und formulierte Empfehlungen auf dieser Grundlage sowie auf Grundlage von „Best Practices“, Menschenrechtsprinzipien und -konventionen. Die Qualität der Evidenz für diese Empfehlungen wurde als sehr schwach eingestuft.

Zusammensetzung der Leitlinienentwicklungsgruppe

Die LEG bestand aus Wissenschaftler/innen, medizinischen Fachkräften, Regierungsmitarbeitern/innen und gesundheitspolitischen Beratern/innen sowie Personen, die direkt mit gewaltbetroffenen Frauen gearbeitet haben oder die sich für Frauengesundheit und Frauenrechte in Ländern mit niedrigem und

mittlerem Einkommen eingesetzt haben. Es wurde versucht, geographische Diversität und ein Gender-Gleichgewicht zu erreichen, wobei sich letzteres als schwierig erwies, da sich vor allem Frauen mit diesem Themenbereich befassen.

Die potenziellen Mitglieder der LEG wurden auf Grundlage ihrer Beiträge im vorliegenden Themenbereich sowie dem Bedarf nach Fachwissen aus verschiedenen Gebieten und Regionen ausgewählt. Die 25 Teilnehmer/innen der 2009 durchgeführten Expertentagung *Expert meeting on health-sector responses to violence against women* (WHO, 2010a) repräsentierten eine große Bandbreite an Interessenvertretern/innen aus dem Feld. Der Vorsitzende, ein renommierter Wissenschaftler auf diesem Feld, wurde aufgrund seiner umfassenden methodischen Erfahrungen in der Leitlinienentwicklung und in der Leitung von Gruppen, die Leitlinien entwickeln, gewählt. Die potenziellen LEG-Mitglieder wurden zum Teil aus den Beteiligten der Expertentagung von 2009 ausgewählt. Sie wurden gebeten, eine persönliche Stellungnahme einzusenden und ein Formular der WHO zu möglichen Interessenkonflikten auszufüllen. Die persönlichen Erklärungen wurden von der Lenkungsgruppe geprüft.

Erklärung der Mitglieder der Leitlinienentwicklungsgruppe und der Peer-Reviewer zu möglichen Interessenkonflikten

Vor der Expertentagung füllten alle Teilnehmer/innen und die Mitglieder der LEG ein Formular zu möglichen Interessenkonflikten aus. Diese Formulare wurden vom zuständigen Mitarbeiter der WHO, der leitenden Koordinatorin der Abteilung für reproduktive Gesundheit und Forschung (RHR) der WHO und der Projektmanagerin überprüft, bevor die Gruppe endgültig zusammengestellt und zur Teilnahme an der LEG-Tagung eingeladen wurde. Anhang II enthält eine Zusammenfassung der relevanten Interessenerklärungen. Die Peer-Reviewer, denen die Leitlinien zur Überprüfung zugesandt wurden, reichten im Vorfeld ebenfalls eine Interessenerklärung ein, die auf ähnliche Weise überprüft wurde. Die Vorgehensweise bei vorliegenden Interessenkonflikten beruhte auf der WHO Veröffentlichung „Guidelines for declaration of interest“ (WHO-Experten). Finanzielle Interessen sind in diesem Bereich nicht signifikant, jedoch gibt es öffentlich geäußerte Meinungen und Forschungsaktivitäten, die von Interesse sind. Da der LEG viele

in diesem Feld führende Forscher/innen angehörten, erklärten die Mitglieder vor der Besprechung jedes Themas, an welchen Studien sie beteiligt waren. Sie nahmen gegebenenfalls nicht aktiv an der jeweiligen Diskussion teil, sondern gaben lediglich Antworten auf Fragen anderer LEG-Mitglieder. Aufgrund einer öffentlich geäußerten Position zum Thema Screening nach Partnergewalt übergab der Vorsitzende sein Amt während der Diskussion zu diesem Thema an den für die Leitlinien verantwortlichen Mitarbeiter der WHO.

Entscheidungsfindung bei der Tagung der Leitlinienentwicklungsgruppe

Die LEG traf sich vom 12. bis 14. September 2011 zu einer dreitägigen Tagung in den Genfer Räumlichkeiten der WHO. Die Evidenzprüfungen wurden im Vorfeld an die Teilnehmer/innen versandt, damit sie bei der Tagung in einer Präsentation zusammengefasst werden konnten.

Die Mitglieder der LEG begannen mit der Diskussion der Evidenz, der Klärung von Fakten und mit der Interpretation der Ergebnisse. Im Hinblick auf die Entwicklung der Empfehlungen berücksichtigte die LEG, dass die Prävalenz von Gewalt gegen Frauen, die Gesetze zum Schutz von Frauen und die verfügbaren unterstützenden Ressourcen regional stark variieren. Daher war es für die LEG besonders wichtig, die Bedeutung der Evidenz in diesem Kontext zu prüfen. Hierbei wurden folgende Erwägungen angestellt:

- Abwägung des Nutzens und Schadens einer Intervention;
- Werte und Präferenzen von Frauen, Sensibilität für die Bedürfnisse und Sorgen von Frauen und Menschenrechtsstandards wie die Rechte auf Informationen, Respekt und Würde; und
- Kosten, Ressourcenverbrauch und andere relevante Umsetzungsprobleme für Anbieter von Gesundheitsleistungen in Ländern mit niedrigem und mittlerem Einkommen.

Die LEG betrachtete die Evidenz im Kontext der oben genannten Erwägungen. Wenn zu einem Aspekt eine Leitlinie erforderlich, aber keine einschlägige wissenschaftliche Evidenz verfügbar war, wurden Empfehlungen auf Grundlage der Fachkenntnisse der LEG und der oben genannten Erwägungen erarbeitet.

Unter Berücksichtigung dieser Erwägungen wurden Empfehlungen, die nach Ansicht der Teilnehmer/innen der LEG von nahezu universellem Nutzen sind, als starke Empfehlung gewertet. Wenn der Nutzen je nach Kontext jedoch widersprüchlich war, wurde die Empfehlung als eingeschränkt bewertet. Gesundheitspolitische Empfehlungen und Empfehlungen zur Erbringung von Gesundheitsleistungen (Abschnitt 5) basieren auf systematischen Übersichtsarbeiten (reviews), bei denen vorrangig deskriptive Beobachtungsstudien identifiziert wurden. Bei diesen Empfehlungen sowie den Empfehlungen für die Schulung von Gesundheitsfachkräften (Abschnitt 4) wurden berücksichtigt: a) die parallelen Ziele eines gerechten Zugangs und einer qualitativ guten Gesundheitsversorgung und b) die hohe Bedeutung der Kompetenz im Umgang mit weiblichen Überlebenden von Gewalt auf Seiten der Anbieter/innen von Fortbildungen. Diese Aspekte sind wichtig, damit Betroffene Zugang zu Versorgungsangeboten haben und diese auf eine Weise in Anspruch nehmen können, die ihre Gesundheit und Rechte schützt und fördert. Auch die Umsetzbarkeit der Empfehlungen in Ländern mit begrenzten personellen und anderen Ressourcen wurde berücksichtigt.

Die Formulierung und Stärke der einzelnen Empfehlungen wurde in den meisten Fällen im Konsens bestimmt. Mit Ausnahme von zwei Empfehlungen erfolgte die Entscheidung stets einstimmig. (Ausnahmen bildeten die Empfehlung 2 zum generellen Screening und die Empfehlung 7 zu Fachberatung/Unterstützung/Empowerment bei Gewalt in Partnerschaften.) Wenn kein einstimmiger Beschluss gefällt werden konnte, erfolgte die Entscheidung per Wahl. Reviewer des jeweiligen Themas und die WHO-Mitarbeiter/innen waren von der Wahl ausgeschlossen, regionale WHO-Mitarbeiter/innen, die als Berater/innen eingeladen waren, durften an der Wahl teilnehmen. In den beiden genannten Ausnahmen ist die Minderheitenmeinung in der Diskussion oder in den Anmerkungen im jeweiligen Abschnitt dokumentiert.

Vorbereitung der Dokumente und Peer-Review

Neben den Teilnehmenden der LEG wurden geeignete Peer-Reviewer ausgewählt, um eine größere Bandbreite von Meinungen von Interessenvertretern/innen berücksichtigen zu können.

LEG-Teilnehmenden und Peer-Reviewern oblagen folgende Aufgaben:

- Bewerten der Ergebnisse der PICOT-Fragen vor den Evidenzprüfungen.
- Kommentieren der Reviews und der Empfehlungsentwürfe für klinische Interventionen bei sexueller Nötigung/Vergewaltigung und bei Gewalt in Partnerschaften vor der Tagung.
- Kommentieren der anderen Reviews nach der Tagung, jedoch vor der Überarbeitung.
- Kommentieren der endgültigen Leitlinien nach der Tagung.

Alle Kommentare wurden von der Lenkungsgruppe zusammengetragen und überprüft. Feedback zu den Kommentaren wurde in einer Tabelle aufgeführt (auf Anfrage erhältlich). Anschließend wurden relevante Änderungen an den Dokumenten vorgenommen, bevor die korrigierte Version zur endgültigen Prüfung an die LEG-Mitglieder zurückgesandt wurde.

Insgesamt 26 Personen kommentierten die PICOT-Fragen und bewerteten die Ergebnisse (Tabelle mit den Bewertungen auf Anfrage erhältlich). Die systematischen Übersichtsarbeiten sowie GRADE- und andere Tabellen wurden vorbereitet und der LEG als Grundlage für die Empfehlungen präsentiert. Der folgende Abschnitt enthält die Zusammenfassungen der Evidenz und die evidenzbasierten Empfehlungen für jeden der umfassenden Bereiche, die die Leitlinien behandeln. An der Beratung zur Evidenzprüfung und an der Vorbereitung der endgültigen Leitlinien waren zahlreiche Personen, einschließlich Mitarbeiter/innen der WHO, Peer-Reviewer, Interessenvertreter/innen und LEG-Mitglieder, beteiligt.

Evidenz und Empfehlungen

I. Frauenzentrierte Versorgung

Frauen, die Gewalt in Paarbeziehungen oder sexueller Gewalt ausgesetzt sind, können abhängig von den Umständen und der Schwere der Gewalt sowie ihrer Folgen sehr unterschiedliche Bedürfnisse haben. Ferner können Frauen auch unter ähnlichen Umständen im Laufe der Zeit unterschiedliche Formen von Unterstützung benötigen. Unabhängig von den Umständen gibt es jedoch grundlegende Maßnahmen und Prinzipien, die Gesundheitsfachkräfte im Umgang mit Frauen, die von physischer, sexueller oder emotionaler Gewalt durch Beziehungspartner, Verwandte, Bekannte oder Fremde betroffen sind, unbedingt beachten sollten. Die mindestens zu leistende unterstützende Ersthilfe ist in der folgenden Empfehlung beschrieben.

I.1 Von der Evidenz zur Empfehlung

Diese Empfehlung beruht auf den Erfahrungen von Personen, die mit Überlebenden von Gewalt in Paarbeziehungen und Vergewaltigung arbeiten, sowie auf den Empfehlungen der WHO-Veröffentlichung *Psychological first aid* (WHO, 2011). Dabei wurden die spezifischen Elemente von der LEG im Hinblick auf Gewalt gegen Frauen angepasst. Psychologische Erste Hilfe richtet sich an Personen in Krisensituationen; es gibt nur eine indirekte Evidenz für diese „psychologische Erste Hilfe“ (siehe *Psychological first aid*. Genf, Weltgesundheitsorganisation, 2011), speziell Personen in Krisensituationen (http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241548205_eng.pdf).

I.2 Empfehlung

- 1 **Frauen, die von irgendeiner Form von Gewalt in ihrer Paarbeziehung (oder durch ein anderes Familienmitglied) oder von sexueller Nötigung/Vergewaltigung durch irgendeine Person berichten, sollte sofortige Unterstützung angeboten werden. Gesundheitsdienstleister/innen sollten mindestens Ersthilfe anbieten, wenn eine Frau Gewalterfahrungen offenbart. Ersthilfe umfasst:**
 - Eine wertfreie, unterstützende und bestätigende Haltung zu dem, was die Frau berichtet

- praktische Versorgung und Unterstützung, die auf ihre Sorgen eingeht, ohne aufdringlich zu sein
- Erkundigen nach ihrer Gewaltgeschichte, aufmerksames Zuhören, ohne sie zum Sprechen zu drängen (in Anwesenheit von Dolmetschern/innen ist bei sensiblen Themen besondere Achtsamkeit geboten)
- Ihr helfen beim Zugang zu Informationen, einschließlich rechtlicher und anderer Angebote, die sie als hilfreich erachten könnte
- Ihr, soweit erforderlich, bei der Erhöhung ihrer Sicherheit und der ihrer Kinder helfen
- Bereitstellung oder Vermittlung sozialer Unterstützung.

Dabei sollte Folgendes sichergestellt sein:

- Wahrung der Privatsphäre beim Gespräch
- Vertraulichkeit, wobei Frauen über die Grenzen der Vertraulichkeit informiert werden müssen (z. B. wenn Meldepflicht besteht)

Wenn Mitarbeiter/innen der Gesundheitsversorgung nicht in der Lage sind Ersthilfe anzubieten, müssen sie sicherstellen, dass eine andere Person (innerhalb der eigenen oder einer anderen, leicht zugänglichen Gesundheitseinrichtung) sofort verfügbar ist, um dies zu übernehmen.

Evidenzqualität: Indirekte Evidenz

Stärke der Empfehlung: Stark

Anmerkungen:

- (a) Jede Intervention muss dem Prinzip des „Nicht-Schaden-Wollens“ folgen, gewährleisten, dass das Verhältnis von Nutzen und Schaden beachtet wird und die Sicherheit der Frauen und ihrer Kinder an vorderster Stelle steht.
- (b) Beim Gespräch sollten Privatsphäre und Vertraulichkeit Priorität haben. Dies umfasst auch das Gespräch über relevante Einträge in die Patientinnenakte und Hinweise auf Grenzen der Vertraulichkeit. Daher sind gute Kommunikationsfähigkeiten entscheidend.
- (c) Mitarbeiter/innen im Gesundheitswesen sollten die möglichen Optionen erläutern und Frauen bei der Entscheidungsfindung unterstützen. Die Beziehung sollte unterstützend und kooperativ sein.

- tiv sein und die Eigenständigkeit der Frauen respektieren. Gesundheitsfachkräfte sollten mit den Frauen zusammenarbeiten, Optionen und Möglichkeiten aufzeigen und Informationen bieten. Ziel sollte die Ausarbeitung eines wirksamen Plans und das Stecken realistischer Ziele sein, wobei die Entscheidungen stets von der Frau selbst getroffen werden müssen.
- (d) In bestimmten Kontexten, beispielsweise in Notaufnahmen, sollten beim Erstkontakt möglichst viele Schritte realisiert werden für den Fall, dass sich die Frau nicht wieder vorstellt. Angeboten werden sollten weiterführende Unterstützung und Versorgung und eine Klärung, wie Folgekonsultationen sicher in Anspruch genommen werden können.
 - (e) Gesundheitsfachkräfte müssen sich der geschlechtsbezogenen und der menschenrechtlichen Dimensionen der Gewalt gegen Frauen bewusst sein.
 - (f) Bei Frauen mit körperlicher oder geistiger Behinderung besteht ein erhöhtes Risiko von Gewalt in Paarbeziehungen und sexueller Gewalt. Ihr unterschiedlicher Unterstützungsbedarf sollte von Gesundheitsfachkräften besonders berücksichtigt werden. Auch schwangere Frauen können besondere Bedürfnisse haben (siehe Empfehlung 8).

2. Gewalt in Paarbeziehungen: Erkennen und Versorgen von Betroffenen

Dieser Abschnitt behandelt das Erkennen von Betroffenen von Gewalt in Paarbeziehungen sowie geeignete klinische Interventionen.

2.1 Erkennen von Gewalt in Paarbeziehungen

Es besteht eine lange Diskussion darüber, wie gewaltbetroffene Frauen in medizinischen Einrichtungen sicher und effektiv erkannt werden können. Während einige Stimmen, insbesondere in den Vereinigten Staaten von Amerika (USA), dafür plädieren, jede Frau bei der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen nach Partnergewalt zu fragen („generelles Screening“ oder „routinemäßiges Fragen“), befürworten andere einen selektiven Ansatz auf der Grundlage klinischer und diagnostischer Erwägungen („Fragen im Verdachtsfall oder klinisches Nachfragen“, siehe Glossar). Insgesamt zeigen Studien, dass ein Screening auf Gewalt in Paarbeziehungen (d.h. ein systematisches Ansprechen aller Frauen auf Gewalterfahrung) zwar die Erkennungsrate verbessert, aber weder zu einer Reduzierung von Gewalt in Paarbeziehungen noch zu erkennbaren Verbesserungen des gesundheitlichen Zustands der Frauen führt.

Die Evidenz wurde geprüft, um „die Auswirkungen von Interventionen zur Erkennung weiblicher Überlebender von Gewalt in Paarbeziehungen im Gesundheitssystem“ zu ermitteln.

2.1.1 Zusammenfassung der Evidenz

In einer unveröffentlichten Untersuchung der WHO zum Thema Screening und klinische Interventionen bei Gewalt in Paarbeziehungen (auf Anfrage erhältlich), die eine Aktualisierung einer vorherigen systematischen Untersuchung darstellte (Feder et al., 2009), wurde festgestellt, dass die Evidenz für die Annahme, Screening führe zu einer Reduzierung von Partnergewalt und Verbesserung der Lebensqualität oder Gesundheit, unzureichend ist. Es wurde gefolgert, dass der Zusammenhang zwischen den beiden Aspekten komplex ist. Daher wurden in der vorliegenden Untersuchung Screening-Programme identifiziert, die auch Folgemaßnahmen umfassen. Es besteht die Hoffnung, dass diese Programme über erhöhte Erkennungsraten und eine stärkere Sensibilisierung von Gesundheitsfachkräften hinausgehen und so zu besseren Ergebnissen für die Betroffenen führen. Die in den untersuchten Screening-Programmen am häufigsten beschriebenen Maßnahmen waren Vermerke des Screening Ergebnisses in der Patienten/innenakte, die der Gesundheitsfachkraft vor dem Termin ausgehändigt wurde, sowie die automatische Weitervermittlung an Sozialarbeiter/innen oder professionelle Fachberater/innen.

Bei den vier weiteren Studien (Rhodes et al., 2006; Ahmad et al., 2009; MacMillan et al., 2009; Koziol-McLain et al., 2010), die nicht in Feder et al. (2009) untersucht wurden, erfolgten die Screenings mehrheitlich in Notaufnahmen ($n = 4$), zwei Mal in ambulanten Hausarztpraxen (Ahmad et al., 2009; MacMillan et al., 2009) und zwei Mal in Geburtshilfe-/Frauenkliniken, geburtsvorbereitenden Einrichtungen oder Hausarztpraxen (MacMillan et al., 2009; Humphreys et al., 2011). Insgesamt nahmen 1.919 Frauen an den Studien teil. Zwei der Studien wurden in Kanada, eine in Neuseeland und eine in den USA durchgeführt. MacMillan et al. (2009) gaben keine Ergebnisse nach Untersuchungsort gruppiert an.

Keine der Studien zeigte eine bedeutende oder statistisch signifikante Reduzierung in der Wiederkehr von Partnergewalt. Die Ergebnisse der randomisierten Wirksamkeitsstudien von MacMillan et al. (2009) und Koziol-McLain et al. (2010) in Hausarztpraxen, Geburtshilfe- und Frauenkliniken sowie Notaufnahmen im kanadischen Ontario und in der Notaufnahme eines städtischen Krankenhauses in Neuseeland waren ähnlich und von geringer Effektstärke (Odds Ratio von 0,82 bzw. 0,86, nicht statistisch signifikant).

Mehrere Gesundheitsaspekte (Lebensqualität und Symptome von Depression und posttraumatischer Belastungsstörung [PTBS]) wurden nur in einer Studie mit randomisiert-kontrolliertem Design

untersucht (MacMillan et al., 2009). Bei der Folgestudie nach 18 Monaten wurden keine signifikanten Unterschiede im Hinblick auf die gesundheitlichen Aspekte festgestellt.

Daher ist die Evidenz, dass Screenings in Kombination mit weiterführenden Maßnahmen zu einer Reduzierung erneuter Partnergewalt oder zu einer Verbesserung der Lebensqualität oder Gesundheit führen, ähnlich wie bei früheren Untersuchungen weiterhin nicht ausreichend.

Eine kürzlich in den USA durchgeführte randomisierte klinische Studie zum Screening auf Gewalt in Paarbeziehungen (Klevens et al., 2012), bei der die Wiederholung von Gewalt in Paarbeziehungen und die Verbesserung der Lebensqualität und Gesundheit untersucht wurden, stärkte die Qualität der Evidenz für die Empfehlung 2 gegen ein Screening auf Partnergewalt bei allen Frauen in medizinischen Einrichtungen. Insgesamt wurde die Qualität der verfügbaren Evidenz für Screening-Studien als schwach bis moderat bewertet. Die Studien zeigen, dass ein Screening von Frauen nach Gewalt in Paarbeziehungen in medizinischen Einrichtungen nicht die Public Health Kriterien für die Einführung eines Screening-Programms erfüllt. Es sind keine Studien verfügbar, in denen das Identifizieren durch Screening, durch Nachfragen im Verdachtsfall oder durch klinisches Nachfragen im Hinblick auf die Ergebnisse miteinander verglichen und bewertet werden. Während in einer Studie (MacMillan et al., 2009) kein Schaden durch Screening beobachtet wurde, zeigte eine andere Studie, die in geburtsvorbereitenden Einrichtungen durchgeführt wurde (Bacchus et al., 2010), dass Schäden potentiell möglich sind.

2.1.2 Von der Evidenz zu den Empfehlungen

Ein Public Health-Kriterium für Screenings ist die Verfügbarkeit einer wirksamen Reaktion/Umgehensweise.

Bei der oben zusammengefassten Untersuchung der Screening-Studien wurden Lebensqualität, Wiederholung von Partnergewalt und Anzahl der Weiterverweisungen als Ergebnisse betrachtet. Neben der Evidenz bewertete die LEG die Opportunitätskosten und die Zweckmäßigkeit von Screenings in Settings mit sehr hoher Prävalenz und eingeschränkten Möglichkeiten zur Weitervermittlung sowie Nachhaltigkeit. Einbezogen wurden zudem die potenziellen Gefahren für die Sicherheit der Frauen. Auf Grundlage der Erfahrung einiger LEG-Mitglieder beinhalteten diese Erwägungen folgende Aspekte:

- Es besteht eine hohe Belastung durch generelle Screenings bei hoher Prävalenz, insbesondere

in Settings mit beschränkten Optionen zur Weitervermittlung und unzureichenden Ressourcen/überlasteten Mitarbeitern/innen. Dies führt bei überlasteten Anbietern von Gesundheitsleistungen zu Opportunitätskosten und eingeschränkter Kapazität zum Eingehen auf Frauen, die durch das Screening erkannt wurden. Unter diesen Umständen ist ein selektives Nachfragen auf der Grundlage klinischer Erwägungen für die betroffenen Frauen in der Regel von größerem Nutzen.

- Frauen können ein wiederholtes Nachfragen als Belastung empfinden – insbesondere, wenn keine Maßnahmen ergriffen werden. Dadurch kann sich ihre Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen potentiell reduzieren.
- Während Screenings zu einer Erhöhung des Erkennens führen, scheint es auch den Widerstand von Gesundheitsfachkräften zu erhöhen, und die Screening-Rate sinkt in der Regel rasch. Es besteht die Gefahr, dass das Erfragen von Gewalterfahrungen lediglich mechanisch abgehakt oder ineffektiv durchgeführt wird.
- Wenn Hilfsangebote nur beschränkt verfügbar sind, zieht das Befragen aller Frauen nach Gewalterfahrung hohe Opportunitätskosten nach sich. Daher sollte der Schwerpunkt auf der Verbesserung der Fähigkeiten von Mitarbeiter/innen im Gesundheitswesen liegen, angemessen mit Frauen umzugehen, die von Gewalterfahrung berichten, die Zeichen und Symptome von Gewalt zeigen oder die schwere Formen der Misshandlung erleiden.

Eine Minderheit der LEG-Mitglieder war der Ansicht, dass die Vorteile eines generellen Screenings größer sind als die Nachteile. Sie gaben folgende Gründe an:

- Die Erkennungsrate wird erhöht, und das Erkennen ist Voraussetzung für eine Intervention (selbst wenn die Optionen hierfür beschränkt sind).
- Screening-Programme scheinen keinen Schaden zuzufügen, und die meisten Frauen lehnen es nicht ab, gefragt zu werden.
- Gesundheitsfachkräfte sind nicht immer mit den Zeichen und Symptomen von Partnergewalt vertraut und fragen möglicherweise nur Frauen, bei denen sie ein Risiko vermuten. Dies erhöht die Gefahr der Stereotypisierung.
- Bei selektivem Fragen besteht zudem die Gefahr, dass Gesundheitsfachkräfte vermeiden nachzufragen, wenn es ihnen unangenehm ist (dies kann jedoch auch der Fall sein, wenn ein generelles Screening empfohlen wird).

2.1.3 Empfehlungen

2 Ein „generelles Screening“ oder eine „Routinebefragung“ (Nachfragen bei jedem Kontakt mit dem Gesundheitswesen) sollte nicht implementiert werden.

Evidenzqualität: Schwach bis moderat
Stärke der Empfehlung: Eingeschränkt

Anmerkungen:

- (a) Es gibt starke Evidenz für einen Zusammenhang zwischen Gewalt in Partnerschaften und psychischen Störungen bei Frauen. Frauen mit psychischen Symptomen oder Störungen (Depression, Angst, PTBS, selbstverletzendes Verhalten, Suizidversuche) können im Rahmen von klinischer „good practice“ nach Gewalt in Partnerschaften gefragt werden, insbesondere, da dies ihre Behandlung und Versorgung beeinflussen kann.
- (b) Gewalt in Partnerschaften kann sich auf die Offenlegung des HIV-Status auswirken, die Sicherheit von Frauen gefährden (die ihren Status offenlegen), und ihre Fähigkeit reduzieren, Strategien zur Risikosenkung einzusetzen. Daher kann das Fragen nach Gewalt in Partnerschaften im Kontext von HIV-Tests und -Beratung in Erwägung gezogen werden, wenngleich zur Bestätigung dieser Empfehlung weitere Forschungen erforderlich sind.
- (c) Die Schwangerenvorsorge bietet aufgrund der doppelten Verletzlichkeit, in der sich Frauen in der Schwangerschaft befinden, eine Gelegenheit, routinemäßig nach Partnergewalt zu fragen. Begrenzte Evidenz aus Gebieten mit hohem Einkommen deutet darauf hin, dass in durch routinemäßiges Nachfragen erkannten Fällen Fachberatung und Empowerment-Interventionen (z. B. mehrere strukturierte Beratungssitzungen) zu einer Verbesserung der Gesundheitslage der Frauen führen können. Zudem besteht die Möglichkeit von Nachuntersuchungen während der Schwangerenvorsorge. Damit dies möglich ist, müssen jedoch bestimmte Voraussetzungen erfüllt sein (siehe „Mindestvoraussetzungen“).

3 Gesundheitsfachkräfte sollten nach Gewalt in Partnerschaften fragen, wenn sie Beschwerden behandeln, die durch Gewalt in Partnerschaften verursacht oder verschlimmert worden sein könnten (siehe Kasten 1: Beispiele für klinische Zustände im Zusammenhang mit Gewalt in Partnerschaften, S. 21), um das Erkennen, die Diagnose und die anschließende Versorgung zu verbessern (siehe Empfehlung 30).

Evidenzqualität: Indirekte Evidenz
Stärke der Empfehlung: Stark

Anmerkungen:

- (a) Eine Mindestvoraussetzung dafür, dass Gesundheitsfachkräfte nach Gewalt fragen ist, dass es sicher ist (zu fragen) - d. h. der Partner ist nicht anwesend. Gesundheitsfachkräfte müssen darin unterrichtet werden, wie sie Frauen richtig fragen und wie sie auf Frauen, die Gewalt offenbaren, reagieren sollten (siehe „Mindestvoraussetzungen“). Die Reaktion sollte mindestens eine Ersthilfe bei Gewalt in Partnerschaften umfassen (siehe Empfehlung 1).

Mindestvoraussetzungen für Fragen nach Gewalt in Partnerschaften

- Ein Protokoll/Standardverfahren
- Schulung, wie nach Gewalt gefragt werden kann, minimale Unterstützungsangebote oder darüber hinausgehende Angebote
- Privatsphäre
- Vertraulichkeit ist garantiert
- Ein Überweisungssystem existiert

- (b) Wenn Gesundheitsfachkräfte nach Gewalt in Partnerschaften fragen, müssen sie wissen, welche Hilfsangebote für Frauen bestehen und für welchen Hilfebedarf welches Angebot geeignet ist, um betroffene Frauen überweisen zu können.

4 In medizinischen Einrichtungen sollten schriftliche Informationen zum Thema Gewalt in Partnerschaften in Form von Postern ausgehängt werden. Informationsblätter und Broschüren – mit dem Hinweis, diese nicht mit nach Hause zu nehmen, wenn dort ein gewalttätiger Partner Zugang hat – sollten in privaten Bereichen wie Damentoiletten ausgelegt werden.

Evidenzqualität: Keine relevante Evidenz
Stärke der Empfehlung: Eingeschränkt

2.2 Versorgen von Betroffenen von Gewalt in Partnerschaften

Die Evidenz für folgende Frage wurde überprüft: „Welche Auswirkungen haben Interventionen, die von Gesundheitsfachkräften initiiert wurden, für weibliche Überlebende von Gewalt in Partnerschaften?“

Es wurden acht neue, nach dem systematischen Review der WHO veröffentlichte Studien sowie eine weitere Veröffentlichung (Kiely et al., 2010) mit neuem Ergebnis einer zuvor überprüften Studie gefunden. Die Evidenz zur Beurteilung der Wirksamkeit klinischer Interventionen stammte aus diesen neuen Studien sowie 14 früheren Studien, die die Einschlusskriterien aus drei vorangehenden systematischen Übersichtsarbeiten erfüllten (Sadowski und Casteel, 2010; Ramsay et al., 2006 sowie eine unveröffentlichte Aktualisierung der WHO von Ramsay et al., 2006, aus dem Jahr 2009).

KASTEN 1**Beispiele für klinische Zustände im Zusammenhang mit Gewalt in Paarbeziehungen^a**

- Symptome von Depression, Angst, PTBS, Schlafstörungen
- Suizidgefährdung oder selbstverletzendes Verhalten
- Konsum von Alkohol und anderen Rauschmitteln
- Ungeklärte chronische gastrointestinale Symptome
- Ungeklärte Symptome der Fortpflanzungsorgane, einschließlich Unterbauchschmerzen, sexuelle Funktionsstörung
- Negative Auswirkungen auf die Fortpflanzung, einschließlich wiederholter unerwünschter Schwangerschaften und/oder Schwangerschaftsabbrüche, verspätetem Aufsuchen der Schwangerenvorsorge, negative Auswirkungen auf die Geburt
- Ungeklärte urogenitale Symptome, einschließlich häufiger Blasen- oder Niereninfektionen und ähnliche Beschwerden
- Wiederholte vaginale Blutungen und sexuell übertragbare Infektionen
- Ungeklärte chronische Schmerzen
- Traumatische Verletzungen, insbesondere bei wiederholtem Auftreten und mit vagen oder nicht plausiblen Erklärungen
- Probleme des zentralen Nervensystems wie Kopfschmerzen, kognitive Probleme, Hörverlust
- Wiederholtes Aufsuchen der Gesundheitsversorgung, ohne dass eine eindeutige Diagnose vorliegt
- Begleitung durch aufdringlichen Partner/Ehemann

^a Entnommen aus: Black, M.C. Intimate partner violence and adverse health consequences: implications for clinicians. *American Journal of Lifestyle Medicine*, 2011, 5:428–439.

Für die folgenden Kategorien ist die Evidenz für die Interventionen unten zusammengefasst:

- Fachberatung/Empowerment-Interventionen (siehe Glossar für kontextspezifische Definitionen)
- Psychologische Interventionen und Interventionen im Bereich psychische Gesundheit
- Mutter-Kind-Interventionen
- Andere Interventionen (expressives Schreiben und yogisches Atmen)

Bei allen 22 Studien handelte es sich um kontrollierte Studien. Sie wurden größtenteils in Ländern mit hohem Einkommen durchgeführt: Australien (1), Hongkong (3) und USA (17). Eine Studie wurde in einem Land mit mittlerem Einkommen durchgeführt (Peru). Die unterschiedlichen Einrichtungen umfassten kommunale und medizinische Einrichtungen, Zufluchtseinrichtungen und Mischungen aus medizinischen und nicht-medizinischen Einrichtungen. Zu den Schwierigkeiten bei der Interpretation der Studien zu klinischen Interventionen bei Gewalt in Paarbeziehungen gehörten ungenaue Angaben sowie Überschneidungen zwischen psychologischen Interventionen und Fachberatung/Empowerment-Interventionen. Erstere beinhalten häufig Komponenten nicht-psychologischer Unterstützung und

letztere können auch psychologische Unterstützung umfassen. Darüber hinaus wurden die Interventionen in vielen Studien nicht ausführlich genug beschrieben, um zwischen formalen psychologischen Interventionen und psychologischer Unterstützung zu unterscheiden.

Die 20 Studien zu Fachberatung/Empowerment- und psychologischen Interventionen wiesen methodische Stärken und Schwächen auf. Die Qualität der Evidenz reichte von schwach (13) bis moderat (7). In allen Fällen handelte es sich um randomisiert-kontrollierte Studien mit standardisierten Bewertungsinstrumenten, deren Ergebnisse als „wichtig“ oder „entscheidend“ eingestuft wurden. Zu den Einschränkungen gehörten fehlende blind-randomisierte Studien oder Ergebnisbeurteilung, eine hohe Drop-Out-Rate und in vielen Fällen eine sehr geringe Teilnehmerinnenzahl, sodass die entsprechenden Studien nicht aussagekräftig waren. Aufgrund der Heterogenität der Studien war ein Zusammenführen von Daten aus Studien mit unzureichender Aussagekraft und eine Metaanalyse nicht möglich.

Die Forschungsaktivität in diesem Themenbereich war seit der letzten systematischen Übersichtsarbeit hoch, und die Evidenzlage hat sich deutlich verbessert. Darüber hinaus wurden neuere Studien in medizinischen Einrichtungen durchgeführt und zeigen, dass Gewalt in Paarbeziehungen auch in

diesem Kontext erforscht werden kann. Durch diesen (Forschungs-) Prozess wird sich vermutlich die Unterstützung durch den Gesundheitssektor erhöhen.

2.2.1 Interventionen im Bereich der psychischen Gesundheit

Zusammenfassung der Evidenz

Es lagen fünf Studien vor, in denen psychologische Interventionen untersucht wurden (Kubany et al., 2004; Gilbert et al., 2006; Lieberman et al., 2006; Kiely et al., 2010; Zlotnick et al., 2011). In einigen der Studien waren die Interventionen auf Frauen ausgerichtet, die Gewalt in Partnerschaften erfahren haben, und umfassten auch Elemente von Fachberatung und Empowerment. Da es nicht möglich war, die Komponenten voneinander zu trennen, tragen die Ergebnisse zur Evidenzlage beider Interventionskategorien (Fachberatung/Empowerment und psychologische Interventionen) bei. Die Studien zeigen, dass Intervention in einer Form von individueller kognitiver Verhaltenstherapie (KVT) die Wahrscheinlichkeit für die Entwicklung einer PTBS und Depressionen bei betroffenen Frauen (während der Schwangerschaft) im Vergleich zum Verzicht auf eine Intervention reduzieren kann. Eine Studie zeigte zudem bessere Ergebnisse bei Geburten. Jedoch gibt es keine Evidenz, die darauf hindeutet, dass sich psychologische Interventionen positiv auf die in den Studien gemessene Lebensqualität auswirken. Aus einer vorangehenden systematischen Übersichtsarbeit wurden neun kontrollierte Studien zu psychologischen Gruppeninterventionen identifiziert. Darunter waren vier randomisiert-kontrollierte Studien (Wingood, Gilbert, Laverde, Melendez), eine Fall-Kontroll-Studie (Arinero) und vier Parallelgruppenstudien (Cox, Limandri, Rinfert-Raynor, Kim). In den - unter anderem in Kolumbien und Korea - durchgeführten Studien wurden sehr heterogene, psychologisch basierte Interventionen untersucht und Ergebnisse verglichen. Zwar konnten in einem Großteil der Studien einige positive Ergebnisse beobachtet werden, jedoch war die Qualität der Studiendesigns und -durchführungen insgesamt mangelhaft.

Von der Evidenz zu den Empfehlungen

Als individuelle psychologische Intervention für Frauen, die keiner Gewalt mehr ausgesetzt sind, aber an einer PTBS leiden, wird eine KVT empfohlen. Auch wenn die Qualität der Evidenz für diese spezielle Gruppe niedrig ist, wird sie doch durch die wesentlich umfassendere Evidenz für KVT gestützt, die von moderater Qualität ist. Die verfügbare Evidenz ist nicht ausreichend, um eine KVT für Frauen zu empfehlen, die noch immer Gewalt in der Partnerschaft erleben.

Für eine psychologische Gruppenintervention bei Frauen, die Gewalt in Partnerschaften erlebt haben, ist die verfügbare Evidenz ebenfalls nicht ausreichend.

Die LEG möchte Mitarbeiter/innen im Gesundheitswesen jedoch daran erinnern, dass Frauen mit diagnostizierter psychischer Störung, die Gewalt in Partnerschaften erlitten haben, Versorgung gemäß den Richtlinien des WHO Mental Health Gap Action Programme erhalten sollten (mhGAP) (WHO, 2010).

Die Versorgung sollte durch Fachleute erfolgen, die mit den Auswirkungen von Gewalt gegen Frauen und der Behandlung von Betroffenen vertraut sind (Howard et al., 2010).

Es existiert ein umfangreicher Literaturbestand zur Behandlung verschiedener psychischer Störungen, einschließlich Depressionen und PTBS (Bisson et al., 2007). Die WHO hat bereits Leitlinien zur Behandlung von Erkrankungen wie Depressionen, Psychosen und Alkoholabhängigkeit veröffentlicht (WHO, 2010; Dua et al., 2011). Derzeit erarbeitet die WHO mhGAP-Leitlinien und klinische Protokolle für akute Belastungsreaktionen, Trauer und PTBS. Bisher hat die mhGAP-Leitlinienentwicklungsgruppe den in Kapitel 2 aufgeführten Empfehlungen zugestimmt, die für Opfer/Überlebende von Gewalt in Partnerschaften relevant sein können.

Empfehlungen

- 5 Frauen mit bereits bestehender diagnostizierter oder mit Partnergewalt verbundener psychischer Erkrankung (z.B. Depression oder Alkoholabhängigkeit), die Gewalt in Partnerschaften ausgesetzt sind, sollten eine psychische Versorgung für ihre Erkrankung erhalten (gemäß WHO-Interventionsleitfaden mhGAP, WHO, 2010). Diese sollte von Fachkräften mit fundiertem Wissen im Bereich Gewalt gegen Frauen durchgeführt werden.**

Evidenzqualität: Indirekte Evidenz; variabel (hängt von Intervention ab, siehe)

Stärke der Empfehlung: Stark

Anmerkung:

- (a) Die Anwendung psychotroper Medikamente bei Schwangeren oder bei Frauen, die stillen, erfordert spezielle Fachkenntnisse und sollte nach Möglichkeit am besten im Konsil mit einem Spezialisten erfolgen. Für ausführliche Informationen zur Behandlung von psychischen Gesundheitsstörungen in diesen beiden Gruppen siehe mhGAP-Leitlinien (WHO, 2010).

- 6 Für Frauen, die keiner Gewalt mehr ausgesetzt sind, aber an einer PTBS leiden, wird als Intervention eine kognitive Verhaltenstherapie (KVT) oder Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR, siehe Glossar) durch Gesundheitsfachkräfte mit fundiertem Wissen im Bereich Gewalt gegen Frauen empfohlen.**

Evidenzqualität: Schwach bis moderat

Stärke der Empfehlung: Stark

KASTEN 2	Kurzfassung der Empfehlungen für Depression (DEP 1–6) und andere signifikante emotionale oder medizinisch ungeklärte Beschwerden (OTH 1-7)
Rolle von Antidepressiva und Benzodiazepinen	DEP 1. Bei der Erstbehandlung von Erwachsenen mit leichter depressiver Episode sollten keine Antidepressiva angewendet werden. Bei Erwachsenen mit mittelgradiger bis schwerer depressiver Episode sollte die Gabe von trizyklischen Antidepressiva oder Fluoxetin in Betracht gezogen werden.
	OTH 2. Bei der Erstbehandlung von Personen, die von depressiven Symptomen berichten, ohne dass eine depressive Episode/Störung vorliegt oder in der Vergangenheit vorlag, sollten keine Antidepressiva oder Benzodiazepin verordnet werden.
Dauer der Behandlung mit Antidepressiva	DEP 2. Die Antidepressiva sollten frühestens neun bis zwölf Monate nach der Genesung abgesetzt werden.
Kurze, strukturierte psychologische Behandlung	DEP 3. Interpersonelle Therapie und kognitive Verhaltenstherapie (KVT) (einschließlich Verhaltensaktivierung, DEP 4) und Problemlösungstraining sollten als psychologische Behandlungsansätze bei depressiven Episoden/Störungen in nicht spezialisierten medizinischen Einrichtungen in Erwägung gezogen werden, wenn ausreichend Personal verfügbar ist (z. B. beaufsichtigende lokale Fachkräfte im Gesundheitswesen). Bei mittelgradiger bis schwerer Depression sollte als ergänzende Behandlung eine Problemlösungstherapie in Erwägung gezogen werden.
	OTH 3. Bei Personen mit depressiven Symptomen (ohne depressive Episode/Störung), die besorgt sind oder eine gewisse funktionelle Beeinträchtigung zeigen, sollte ein Problemlösungsansatz in Betracht gezogen werden.
	OTH 1. Eine psychologische Behandlung auf Grundlage von KVT-Prinzipien sollte bei Erwachsenen in Betracht gezogen werden, die sich mit medizinisch ungeklärten somatischen Beschwerden wiederholt vorstellen, unter großem Leidensdruck stehen und die Kriterien für eine depressive Episode/Störung nicht erfüllen.
Entspannungstraining und körperliche Aktivität	DEP 5, DEP 6. Entspannungstraining und Anleitungen zu körperlicher Aktivität können bei Erwachsenen mit depressiver Episode/Störung in Erwägung gezogen werden. Bei mittelgradiger bis schwerer Depression sollten diese Interventionen als ergänzende Behandlung betrachtet werden.
Psychologische Unterstützung nach kurz zurückliegendem traumatischem Ereignis	OTH 4. Ein psychologisches Debriefing sollte nicht angewandt werden, um das Risiko von posttraumatischem Stress, Angst oder depressiven Symptomen zu senken.
	OTH 5. Bei Personen mit akutem Leidensdruck, die vor Kurzem ein traumatisches Ereignis erlebt haben, sollte Zugang zu Unterstützung nach dem Prinzip der psychologischen Ersthilfe in Erwägung gezogen werden.
Systematische Desensibilisierung nach KVT-Prinzipien bei Erwachsenen mit Symptomen einer posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS)	OTH 6. Wenn Folgekontakte mit der Patient/in möglich sind, sollte bei Erwachsenen mit PTBS-Symptomen eine systematische Desensibilisierung nach KVT-Prinzipien in Erwägung gezogen werden.
Psychologische Behandlung nach KVT-Prinzipien bei Personen mit Sorge über vorausgehende Panikattacken	OTH 7. Bei Personen, die sich über vorausgehende Panikattacken sorgen, sollte eine psychologische Behandlung nach KVT-Prinzipien in Erwägung gezogen werden.

2.2.2 Fachberatung/Empowerment-Interventionen

Zusammenfassung der Evidenz

Es wurden 15 Studien zu Interventionen identifiziert, die als Fachberatung oder Empowerment definiert sind (McFarlane et al., 2000, 2006; Sullivan et al., 2002; Constantino et al., 2005; Tiwari et al., 2005, 2010a, 2010b; Gillum et al., 2009; Cripe et al., 2010; Bair-Meritt et al., 2010; Kiely et al., 2010; Humphreys et al., 2011; Taft et al., 2011). Diese Interventionen umfassten verschiedene Komponenten: Frauen in Kontakt mit Hilfsangeboten bringen, Empowerment für Frauen, Frauen Kenntnisse zur Kindererziehung vermitteln und Stärkung des Sicherheitsverhaltens. Die Umsetzung der Interventionen war im Hinblick auf Anbieter (Laien oder Fachleute) und Settings (d.h. zu Hause, in der Gemeinschaft, am Telefon oder in medizinischen Einrichtungen) heterogen. Es besteht Evidenz, dass Fachberatung/Empowerment-Interventionen bei Gewalt in Partnerschaften bei einigen Frauen erneute Gewalt reduzieren kann. Dennoch ist die Evidenz für Auswirkungen auf die Lebensqualität und psychische Gesundheit unzureichend. Die stärkste Evidenz stammte aus drei in Hongkong durchgeführten Studien zu Fachberatung. Hier wurden vergleichbare Empowerment-basierte Interventionen von kurzer Dauer bei drei (relativ kleinen) weiblichen Probandengruppen in den Bereichen Schwangerschaftsvorsorge, medizinische Versorgungszentren und Schutzeinrichtungen durchgeführt.¹ In den beiden Studien, die Interventionen in medizinischen Einrichtungen untersuchten, wurden Verbesserungen im Hinblick auf die Gesundheit und Auswirkungen der Misshandlung festgestellt. Unklar bleibt, wie umfassend eine Fachberatung/Empowerment-Intervention sein muss, um in anderen Situationen als im Kontext der Schwangerschaftsvorsorge Wirkung zu zeigen.

Es existieren zwei wichtige Vorbehalte, insbesondere im Zusammenhang mit der Entwicklung einer Evidenzgrundlage für internationale Richtlinien für Gesundheitsleistungen. Zum einen stammt die stärkste Evidenz für individuelle Fachberatung oder Unterstützung aus Studien mit Frauen in Schutzeinrichtungen ohne direkten Anschluss an medizinische Einrichtungen (wobei es neuere Evidenz aus Studien mit kleiner Fallzahl im Rahmen der Schwangerschaftsvorsorge gibt). Zum anderen beruht die Evidenz auf Studien aus Ländern mit hohem Einkommen, sodass weitere Erwägungen erforderlich sind, bevor eine Extrapolation auf den Großteil der Weltbevölkerung möglich ist.

In zwei Studien wurde untersucht, ob durch die Themen des Gesprächs oder durch eine Verletzung

der Vertraulichkeit negative Folgen oder Leiden entstehen (McFarlane et al., 2006; Tiwari et al., 2005). Dies wurde in keinem Fall festgestellt.

Von der Evidenz zu den Empfehlungen

Nach Prüfung der Evidenz war die LEG der Ansicht, dass ein gewisses Maß an Unsicherheit besteht im Hinblick auf (I) die Wirksamkeit von Fachberatung in Bezug auf Lebensqualität und psychische Gesundheit und (II) die Extrapolation des Nutzens für Frauen, die nicht in Schutzeinrichtungen leben oder für Frauen, die nicht schwanger sind. Für Empfehlung 8 wurde eine Abstimmung durchgeführt. Die Vorbehalte sind in den Anmerkungen aufgeführt.

Empfehlungen

- 7 Frauen, die mindestens eine Nacht in einer Zufluchtseinrichtung verbracht haben, sollte ein strukturiertes Programm, das Fachberatung, Unterstützung und/oder Empowerment beinhaltet (siehe Glossar), angeboten werden.**

Evidenzqualität: Schwach

Stärke der Empfehlung: Eingeschränkt

Anmerkungen:

- Es ist unklar, in welchem Umfang dies auf Frauen zutrifft, die den Haushalt verlassen, ohne dass eine Zufluchtseinrichtung verfügbar ist.
- Diese Empfehlung kann bei Frauen in Erwägung gezogen werden, die Mitarbeiter/innen des Gesundheitswesens von Gewalt in der Partnerschaft berichten. Es ist jedoch unklar, in welchem Umfang die Empfehlung auf Situationen außerhalb von Schutzeinrichtungen zutrifft. Dies sollte weiter untersucht werden.
- In Bevölkerungsgruppen mit hoher Prävalenz von Gewalt in Partnerschaften sollten die Frauen, die schwerste Gewalt erfahren, Vorrang erhalten. (Die LEG war sich nicht einig, ob dies auch auf schwere psychische Misshandlung ausgedehnt werden sollte.)
- Interventionen sollten von geschulten Gesundheitsfachkräften, sozialen Dienstleistern oder geschulten Laienberater/innen durchgeführt werden. Sie sollten auf die persönliche Situation der Frau ausgerichtet sein und emotionale Unterstützung/Empowerment mit Zugang zu lokalen Ressourcen verbinden.

- 8 Schwangeren Frauen, die von Gewalt in der Partnerschaft berichten, sollte eine kurz- bis mittelfristige empowerment-orientierte Beratung (bis zu zwölf Sitzungen) und Fachbe-**

¹ Die Evidenzqualität wird als „indirekte Evidenz“ bezeichnet, wenn keine direkte Evidenz für die jeweilige Bevölkerungsgruppe identifiziert wurde und die Empfehlung daher von Evidenz aus einer anderen geeigneten Bevölkerungsgruppe abgeleitet wurde.

ratung/Unterstützung mit Schutzaspekten durch geschulte Fachkräfte angeboten werden, wenn das jeweilige Gesundheitssystem dies leisten kann. In welchem Umfang dies außerhalb der Schwangerenvorsorge Anwendung findet und in Ländern mit niedrigem oder mittlerem Einkommen umsetzbar ist, ist unklar.

Evidenzqualität: Schwach

Stärke der Empfehlung: Eingeschränkt

Anmerkungen

- (a) Informationen über Gewalterfahrungen sollten dokumentiert werden, sofern die Betroffene dies nicht ablehnt. Dabei muss stets diskret vorgegangen werden (d. h. keine Kennzeichnungen oder sichtbaren Vermerke, die für die Frau stigmatisierend sein können, und insbesondere keine Bezeichnung als „misshandelt“). Manche Frauen lehnen eine Dokumentation der Informationen in ihrer Akte ab, aus Angst, der Partner könne dies herausfinden. Diese Sorge sollte abgewogen werden gegenüber dem Erfordernis ausreichender forensischer Spurensicherung, sollte sich die Betroffene für die Einleitung rechtlicher Schritte entscheiden.
- (b) Frauen sollten – wenn erforderlich – bei der Entwicklung eines Sicherheitsplans für sich und für ihre Kinder unterstützt werden.
- (c) Die Selbstfürsorge für Fachkräfte sollte beachtet werden, unter anderem im Hinblick auf die Gefahr einer sekundären Traumatisierung (siehe Glossar).

2.2.3 Mutter-Kind-Interventionen

Zusammenfassung der Evidenz

Es wurden vier Studien identifiziert, in denen Mutter-Kind-Interventionen untersucht wurden (Jouriles et al., 2001; Sullivan, 2002; Lieberman et al., 2005, 2006). Drei randomisiert-kontrollierte Studien – darunter eine mit Follow-up zu einer früheren Studie – untersuchten umfassende min. 20 Sitzungen beinhaltende Interventionen mit Schwerpunkt auf der Mutter-Kind-Dyade. Die Studien zeigen Verbesserungen im Hinblick auf Verhaltensprobleme (Jouriles et al., 2001; Lieberman et al., 2005, 2006), das Kompetenz- und Selbstwertgefühl (Sullivan, 2002) und/oder traumatische Stresssymptome auf Seiten der Kinder (Lieberman et al., 2005, 2006). Eine Intervention zeigte eine Reduzierung einiger, aber nicht aller post-traumatischen Belastungssymptome auf Seiten der Mütter (Lieberman et al., 2005, 2006). Während eine der beiden Studien, in denen mütterliche Belastung im Zusammenhang mit allgemeinen psychiatrischen

Symptomen untersucht wurde, Vorteile aufzeigte (Sullivan et al., 2002), wurde in der anderen Studie keine Wirkung festgestellt (Jouriles et al., 2009). Eine randomisiert-kontrollierte Studie zu ambulanter traumafokussierter KVT (TF-KVT; Cohen, 2011) mit Sitzungen für Kinder und Eltern, die sich ausschließlich auf die Ergebnisse für die Kinder konzentrierte, zeigte eine Besserung bei gewaltkonnotierter PTBS und Angst. Dies unterstützt die Evidenz für die Wirksamkeit psychotherapeutischer Mutter-Kind-Interventionen, jedoch spezifisch im Kontext von Ländern mit hohem Einkommen.

Von der Evidenz zu den Empfehlungen

Die LEG kam zu dem Schluss, dass die Evidenz für spezielle intensive Mutter-Kind-Interventionen ausreichend stark ist, um diese zu empfehlen. Allerdings ist unklar, inwiefern dies in Ländern mit geringem Einkommen umsetzbar ist.

Empfehlung

- 9 Kindern, die zu Hause häusliche Gewalt (mit-) erleben, sollte eine psychotherapeutische Intervention - die Sitzungen mit und Sitzungen ohne Anwesenheit der Mutter umfasst - angeboten werden. Allerdings ist unklar, in welchem Maße dies in Ländern mit geringem und mittlerem Einkommen umsetzbar ist.**

Evidenzqualität: Moderat

Stärke der Empfehlung: Eingeschränkt

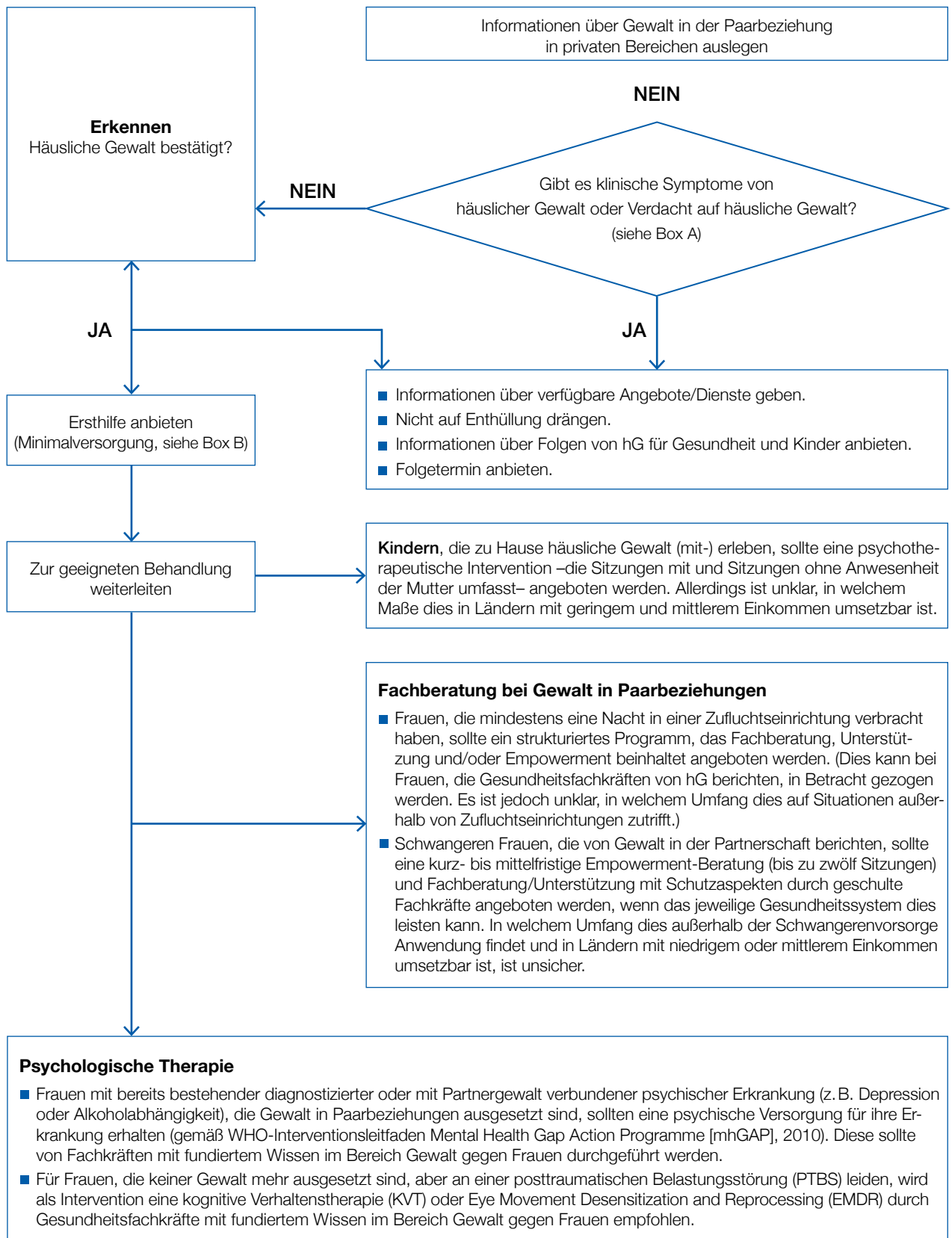
Anmerkung

- (a) Intensive psychotherapeutische Interventionen mit Mutter-Kind-Schwerpunkt sind aufgrund der Kosten in Regionen bzw. Ländern mit begrenzten Mitteln nur schwer umzusetzen.
- (b) Auch der Mangel an ausgebildeten Fachkräften zur Bereitstellung dieser Interventionen stellt in Regionen bzw. Ländern mit begrenzten Mitteln eine Herausforderung dar.

2.2.4 Andere Interventionen

Es wurden Studien zu expressivem Schreiben (Koopman et al., 2005) und yogischem Atmen (Franzblau et al., 2008) untersucht. In beiden Fällen handelte es sich um Studien von geringer Qualität ohne Verknüpfung zu Gesundheitsleistungen. Die LEG bewertete die Evidenz als nicht ausreichend, um Empfehlungen abzugeben.

In Abbildung 1 ist der Versorgungsweg für Gewalt in Paarbeziehungen zusammengefasst. Sie dient als Orientierung für Gesundheitsfachkräfte im Umgang mit weiblichen Betroffenen von Gewalt in Paarbeziehungen.

Abbildung I: Versorgungsweg bei Gewalt in Paarbeziehungen (häusliche Gewalt, hG)

Box A – Klinische Zustände im Zusammenhang mit Gewalt in Partnerschaften

- Symptome von Depression, Angst, PTBS, Schlafstörungen
- Suizidgefährdung oder selbstverletzendes Verhalten
- Konsum von Alkohol und anderen Rauschmitteln
- Ungeklärte chronische gastrointestinale Symptome
- Ungeklärte Symptome der Fortpflanzungsorgane, einschließlich Unterbauchschmerzen, sexuelle Funktionsstörung
- Negative Auswirkungen auf die Fortpflanzung, einschließlich wiederholter unerwünschter Schwangerschaften und/oder Schwangerschaftsabbrüche, verspätetem Aufsuchen der Schwangerschaftsvorsorge, negative Auswirkungen auf die Geburt
- Ungeklärte urogenitale Symptome, einschließlich häufiger Blasen- oder Niereninfektionen und ähnlicher Beschwerden
- Wiederholte vaginale Blutungen und sexuell übertragbare Infektionen
- Ungeklärte chronische Schmerzen
- Traumatische Verletzungen, insbesondere bei wiederholtem Auftreten und mit vagen oder nicht plausiblen Erklärungen
- Probleme mit dem zentralen Nervensystem wie Kopfschmerzen, kognitive Probleme, Hörverlust
- Wiederholtes Aufsuchen der Gesundheitsversorgung, ohne dass eine eindeutige Diagnose vorliegt
- Begleitung durch aufdringlichen Partner/Ehemann

Box B – Ersthilfe

Frauen, die von irgendeiner Form von Gewalt in einer Partnerschaft (oder durch ein anderes Familienmitglied) oder sexueller Nötigung/Vergewaltigung durch irgendeine Person berichten, sollte sofortige Unterstützung angeboten werden. Diese umfasst u.a.:

- Wahrung der Privatsphäre beim Gespräch
- Vertraulichkeit, wobei Frauen über die Grenzen der Vertraulichkeit informiert werden müssen (z. B. wenn Meldepflicht besteht)
- Eine wertfreie, unterstützende und bestätigende Haltung zu dem, was die Frau berichtet
- Praktische Versorgung und Unterstützung, die auf ihre Sorgen eingeht, ohne aufdringlich zu sein
- Erkundigen nach ihrer Gewaltgeschichte und aufmerksamem Zuhören, ohne sie zum Sprechen zu drängen (in Anwesenheit von Dolmetscher/innen ist bei sensiblen Themen besondere Aufmerksamkeit geboten)
- Ihr helfen beim Zugang zu Informationen, einschließlich rechtlicher und anderer Angebote, die sie als hilfreich erachten könnte
- Ihr, soweit erforderlich, bei der Erhöhung ihrer Sicherheit und der ihrer Kinder helfen
- Bereitstellung oder Vermittlung sozialer Unterstützung

Wenn Mitarbeiter/innen der Gesundheitsversorgung nicht in der Lage sind, Ersthilfe anzubieten, müssen sie sicherstellen, dass eine andere Person (innerhalb der eigenen oder einer anderen, leicht zugänglichen Gesundheitseinrichtung) sofort verfügbar ist, dies zu übernehmen.

3. Sexuelle Nötigung/Vergewaltigung: Klinische Versorgung von Überlebenden

Sexuelle Nötigung/Vergewaltigung ist eine potentiell traumatische Erfahrung, die verschiedene negative Auswirkungen auf die psychische, physische, körperliche und reproduktive Gesundheit von Frauen haben kann. Entsprechend ist eine akute und in einigen Fällen auch langfristige Versorgung, insbesondere in Form von psychologischer Behandlung, erforderlich.

Sexuelle Gewalt kann in bestimmten Situationen, beispielsweise bei einem Zusammenbruch von Recht und Ordnung oder während und nach bewaffneten

Konflikten oder Vertreibung, zunehmen. Auch in Gefängnissen, psychiatrischen Kliniken und anderen Einrichtungen, in die Personen eingewiesen werden, scheint sexuelle Gewalt verbreiteter zu sein.

Das Sammeln forensischer Informationen wird in diesen Leitlinien zwar nicht behandelt, ist jedoch ein entscheidendes Element der Versorgung von Frauen, die vergewaltigt worden sind und die rechtliche Schritte einleiten möchten. Weitere Informationen hierzu finden Sie in den *WHO-Leitlinien Guidelines for medico-legal care for victims of sexual violence (2003)*, den *WHO/UNHCR-Leitlinien Guidance on clinical management of rape guidelines (2004)* und dem *E-Learning-Programm (2009)*.

3.1 Interventionen in den ersten 5 Tagen nach dem Gewaltereignis

3.1.1 Empfehlungen zur Ersthilfe

10 Anbieten von Ersthilfe für weibliche Überlebende von sexueller Nötigung/Vergewaltigung durch einen fremden oder bekannten Täter (siehe auch Empfehlung 1), einschließlich:

- **Praktische Versorgung und Unterstützung, die auf ihre Sorgen eingeht, ohne ihre Selbstbestimmung zu beeinträchtigen**
- **Zuhören, ohne auf ihre Antworten oder auf die Enthüllung von Informationen zu bestehen**
- **Zuspruch und Hilfe anbieten, um ihre Ängste zu lindern oder zu reduzieren**
- **Informationen anbieten und ihr helfen bei der Inanspruchnahme von Angeboten und sozialer Unterstützung**

Evidenzqualität: Indirekte Evidenz¹

Stärke der Empfehlung: Stark

11 Erheben einer vollständigen Anamnese und Dokumentation der Ereignisse, um über geeignete Interventionen zu entscheiden. Durchführen einer vollständigen körperlichen Untersuchung (von Kopf bis Fuß, einschließlich Genitalbereich).² Die Anamnese sollte Folgendes umfassen:

- **Zeitraum seit dem Ereignis und Art der Gewaltanwendung**
- **Risiko einer Schwangerschaft**
- **Risiko von HIV und anderer sexuell übertragbarer Infektionen (STI)**
- **Psychischer Gesundheitszustand**

Evidenzqualität: Es wurde indirekte Evidenz identifiziert (WHO, 2002; WHO/UNHCR/UNFPA, 2009)

Stärke der Empfehlung: Stark

3.1.2 Notfallverhütung

Eine Vergewaltigung kann für Frauen im reproduktiven Alter mit dem Risiko einer unerwünschten Schwangerschaft einhergehen. Es gibt nur wenige wissenschaftliche Untersuchungen die die Wahrscheinlichkeit einer Schwangerschaft nach Vergewaltigung untersuchen. Jedoch geht eine in den USA durchgeführte Studie (National Women's Study) von einer Schwangerschaftsrate von 5% nach der Vergewaltigung einer Frau im reproduktiven Alter aus (Holmes, 1996). Bei Frauen, die durch einen Lebens-/Ehepartner vergewaltigt werden, ist die Wahrscheinlichkeit einer Schwangerschaft vermutlich sogar noch höher. In einer kleinen Studie mit 100 Frauen, die in ihrer Partnerschaft vergewaltigt wurden, führte

dies in 20% der Fälle zu einer Schwangerschaft (McFarlane et al., 2005). Eine Analyse der Daten aus der WHO-Studie *Multi-country study on women's health and domestic violence against women* zeigt, dass Gewalt in Partnerschaften in engem Zusammenhang mit unerwünschter Schwangerschaft und Abtreibungen steht (Pallitto et al., 2013).

Zusammenfassung der Evidenz

In der wissenschaftlichen Literatur wurden keine Studien gefunden, die sich mit der Wirkung von Notfallverhütung bei Überlebenden von Vergewaltigung befassen.

Es fehlt Evidenz für diese spezifische PICOT-Frage und es gibt keinen Grund zur Annahme, dass die Wirkung von Notfallverhütung bei vergewaltigten Frauen anders sein könnte als bei nicht vergewaltigten Frauen. Daher wurden als Grundlage für die Empfehlungen die folgenden vier evidenzbasierten Leitlinien zur Notfallverhütung für die allgemeine weibliche Bevölkerung überprüft:

- *Selected practice recommendations for contraceptive use (WHO, 2004)*
- *Guidelines for the management of female survivors of sexual assault*. Bericht der Working Group on Sexual Violence/HIV der Internationalen Vereinigung für Gynäkologie und Geburtshilfe (FIGO) (Jina et al., 2010)
- *Emergency contraception (American College of Obstetricians and Gynaecologists, 2010)*
- *Interventions for emergency contraception (Cheng et al., 2008)*: eine Cochrane Collaboration systematische Überprüfungsarbeit.

Ein Vergleich dieser vier Leitlinien im Hinblick auf die empfohlene Medikation zeigt, dass alle Gruppen - außer der von Cheng und Kollegen (2008) - darauf hinweisen, dass nur Progestogen enthaltende Notfallverhütungsmedikamente die erste Wahl und Kombinationsmedikamente mit Östrogen und Gestagen die zweite Wahl sind.

Im Gegensatz hierzu empfehlen Cheng und Kollegen (2008) als erste Wahl das Medikament Mifepriston, gefolgt von nur Progestogen enthaltenden Notfallverhütungsmedikamenten und schließlich Kombinationsmedikamente mit Östrogen und Gestagen. Es ist jedoch anzumerken, dass Mifepriston in der zur Notfallverhütung erforderlichen Dosis nur in vier Ländern erhältlich ist und von der WHO nicht empfohlen wird.

Alle vier Gruppen stimmen überein, dass kupferhaltige Intrauterinpessare (IUP) auch als Notfallverhütung angewendet werden können, sofern keine

¹ Siehe WHO, 2011.

² Siehe WHO, 2003; WHO/UNHCR, 2004 und WHO/UNHCR/UNFPA, 2009.

Kontraindikation besteht. Ebenso sind sich alle vier Gruppen einig, dass Notfallverhütung ggf. schnellstmöglich nach dem ungeschützten Geschlechtsverkehr bzw. der Vergewaltigung angewendet werden sollten, um die Wirksamkeit zu maximieren. Dabei geben Cheng und Kollegen (2008) an, dass die Gabe innerhalb von 24 Stunden erfolgen sollte. Gleichzeitig sind alle vier Gruppen der Ansicht, dass die Präparate bis zu fünf Tage nach dem ungeschützten Geschlechtsverkehr bzw. der Vergewaltigung angewendet werden können, wenngleich die Wirksamkeit mit der Zeit abnimmt. Zwei Gruppen (das American College of Obstetricians and Gynecologists und die FIGO Working Group on Sexual Violence/HIV) empfehlen die Einnahme von Antiemetika zur Vermeidung von Übelkeit bei Anwendung eines Kombinationspräparats aus Östrogen und Gestagen als Notfallverhütung. Im Gegensatz dazu empfiehlt die WHO (2004) Antiemetika nicht routinemäßig anzuwenden. Stattdessen sollte diese Entscheidung nach medizinischer Einschätzung und unter Berücksichtigung der Verfügbarkeit getroffen werden. Cheng und Kollegen (2008) haben keine spezielle Empfehlung zu Antiemetika abgegeben, stellten jedoch fest, dass die Behandlung mit einem Kombinationspräparat aus Östrogen und Gestagen häufig mit Übelkeit und Erbrechen einhergeht.

Zusätzlich wurden Informationen aus aktuellen randomisiert-kontrollierten klinischen Studien zu Ulipristalacetat überprüft (darunter Studien von Creinin et al., 2006; Glasier, 2010). Diese legen nahe, dass Ulipristalacetat eine Schwangerschaft (mindestens) ebenso wirksam verhindert wie Levonorgestrel, wenn es zeitnah zum Eisprung angewendet wird und dass es ähnliche Nebenwirkungen hat.

Von der Evidenz zu den Empfehlungen

Die LEG akzeptierte, dass Richtlinien zur Notfallverhütung für die Allgemeinbevölkerung auch auf vergewaltigte Frauen zutreffen. Sie gab entsprechende Empfehlungen auf Grundlage der Überprüfung der oben beschriebenen Leitlinien ab. Sowohl die FIGO als auch das American College of Obstetricians and Gynecologists klassifizierten die Stärke ihrer Evidenz und Empfehlungen, verwendeten dabei jedoch unterschiedliche Systeme.¹ Bei dem Cochrane Review (Cheng et al, 2008) wurde die Evidenzstärke nicht bewertet. Die Stärke der Evidenz der folgenden Empfehlungen beruht auf der nach bestem Ermessen beurteilten Evidenz der überprüften Leitlinien.

Empfehlungen

12 Anbieten einer Notfallverhütung für Überlebende einer Vergewaltigung, sofern sie innerhalb von fünf Tagen nach dem Ereignis vorstellig werden. Zur Maximierung der Wirksamkeit sollte eine Notfallverhütung schnellstmöglich erfolgen.

Evidenzqualität: Moderat

Stärke der Empfehlung: Stark

Anmerkungen

(a) Notfallverhütung sollte ggf. schnellstmöglich nach einer Vergewaltigung eingeleitet werden, da sie innerhalb der ersten drei Tage wirksamer ist. Eine Gabe ist jedoch bis zu fünf Tage (120 Stunden) nach der Vergewaltigung möglich.

13 Wenn verfügbar, sollte Levonorgestrel angeboten werden. Empfohlen wird eine Einzeldosis von 1,5 mg, da diese ebenso wirksam ist wie zwei in einem Abstand von 12 bis 24 Stunden verabreichte Dosen von 0,75 mg.

- Wenn Levonorgestrel NICHT verfügbar ist, kann eine Kombinationstherapie aus Östrogen und Progestogen angeboten werden, wenn möglich in Verbindung mit Antiemetika.
- Wenn kein orales Notfallverhütungsmittel verfügbar ist, kann Frauen, die eine langfristige Verhütungsmethode wünschen, ein kupferhaltiges Intrauterinpressar (IUP) angeboten werden, sofern dies möglich ist.
- Unter Berücksichtigung des Risikos von STI kann das IUP bis zu fünf Tage nach der Vergewaltigung eingesetzt werden, sofern die medizinischen Voraussetzungen gegeben sind (siehe WHO medical eligibility criteria, 2010).

Evidenzqualität: Moderat

Stärke der Empfehlung: Stark

Anmerkungen

(a) Die LEG besprach einige der Kontraindikationen und Nebenwirkungen der Medikamente. Die auf dem Markt erhältlichen Notfallverhütungsmittel sind sehr sicher und verträglich und erfüllen die Kriterien für Rezeptfreiheit.

(b) Ulipristalacetat ist ein relativ neues Medikament, das mindestens ebenso wirksam zu sein scheint wie Levonorgestrel. Obwohl das Nebenwirkungsprofil dem von Levonorgestrel zu ähneln scheint, wurde es noch nicht in die Liste der unentbehrlichen Arzneimittel der WHO (WHO, 2011)

¹ In den FIGO-Leitlinien wurde der Ansatz der Canadian Task Force on Preventive Health Care verfolgt und diese Evidenz und Empfehlung als I-A klassifiziert. Da es sich hierbei um Evidenz aus mindestens einer ordnungsgemäß kontrollierten randomisiert-kontrollierten Studie handelt, war man der Ansicht, dass klare Evidenz für die Empfehlung klinischer Präventionsmaßnahmen vorliegt. Das American College of Obstetricians and Gynecologists nutzte den Ansatz der US Preventive Services Task Force und klassifizierte diesen als Level B, das heißt als Empfehlung auf Grundlage von beschränkter oder widersprüchlicher wissenschaftlicher Evidenz.

- aufgenommen. Dies kann sich durch zukünftige Evidenz jedoch ändern. Levonorgestrel ist auch weiterhin günstiger und relativ breit verfügbar.
- (c) Bei Anwendung eines kupferhaltigen IUP muss das höhere Risiko von STI nach Vergewaltigung berücksichtigt werden. Ein IUP ist ein wirksames Mittel zur postkoitalen Empfängnisverhütung und sollte Frauen, die eine Notfallverhütung wünschen, angeboten werden.
- (d) Ein Schwangerschaftstest ist nicht erforderlich. Wenn jedoch ein Schwangerschaftstest mit positivem Ergebnis durchgeführt wurde, ist eine Notfallverhütung weder notwendig noch wirksam.

14 Wenn eine Frau nach dem Zeitfenster für eine Notfallverhütung (5 Tage) vorstellig wird, eine Notfallverhütung nicht wirksam ist, oder wenn eine Frau infolge einer Vergewaltigung schwanger ist, sollte ihr ein sicherer Schwangerschaftsabbruch entsprechend der vor Ort geltenden nationalen Gesetze angeboten werden.

Evidenzqualität: Es wurde keine relevante Evidenz identifiziert

Stärke der Empfehlung: Stark

Anmerkungen

- (a) Wenn ein Schwangerschaftsabbruch nicht erlaubt ist, sollten Alternativen wie eine Adoption mit der Überlebenden besprochen werden.

3.1.3 HIV-Postexpositionsprophylaxe: Behandlung und Therapie-treue (Compliance)

Bei einer Vergewaltigung kann es zur Übertragung von HIV kommen. Zwar ist die sexuelle Übertragungsrates von HIV niedrig (Boily et al., 2009), doch lässt sich das Risiko nur schwer berechnen und kann durch verschiedene Aspekte der Vergewaltigung (Gefahr von Rissen, mehrere Täter) beeinflusst werden. Daher gibt es besonders in Gebieten mit hoher Prävalenz starke ethische Argumente für die Unterstützung der Bereitstellung einer HIV-Postexpositionsprophylaxe (HIV-PEP).

Zusammenfassung der Evidenz: Behandlung

Eine Recherche der wissenschaftlichen Literatur hat keine Studien zur Wirkung einer HIV-PEP bei Überlebenden von Vergewaltigung identifiziert, die alle Kriterien der PICOT-Frage erfüllen. Es wurden jedoch vier Studien identifiziert (Wiebe et al., 2000; Drezett, 2002; Garcia et al., 2005; Roland et al., 2012), die sich auf die Wirkung von HIV-PEP bei Überlebenden von Vergewaltigung konzentrieren, ohne alle PICOT-Kriterien zu erfüllen. Diese Studien wurden untersucht, um ein gewisses Maß an Aufschluss über dieses wichtige Thema zu erhalten.

Bei zwei der vier Studien handelt es sich um prospektive Follow-up-Studien mit zwei Kohorten

zum Vergleich der HIV-Serokonversion bei Überlebenden von Vergewaltigung – eine Gruppe hatte eine HIV-PEP erhalten, die andere hatte keine HIV-PEP verordnet bekommen (Drezett, 2002; Garcia et al., 2005). Die anderen beiden Studien (Wiebe et al., 2000; Roland et al., 2012) waren prospektive Follow-up-Kohortenstudien zur Untersuchung der Serokonversion bei Überlebenden von Vergewaltigung, denen eine HIV-PEP verordnet wurde (bei diesen Studien gab es keine Vergleichsgruppe).

Jede der Studien wies erhebliche methodische Einschränkungen wie fehlende Vergleichsgruppen, geringe Teilnehmerzahlen oder geringe Follow-up Raten auf. Darüber hinaus nahmen an drei der Studien (Wiebe et al., 2000; Garcia et al., 2005; Roland et al., 2012) auch Männer teil, ohne dass eine Analyse der Daten für die Untergruppe der Frauen erfolgte. Von Interesse ist diese Analyse, da der Focus der WHO hier auf weiblichen Überlebenden von Vergewaltigung liegt. Darüber hinaus wurden die Forschungen nur in drei Ländern durchgeführt (Brasilien, Kanada und Südafrika), sodass eine Verallgemeinerbarkeit der Ergebnisse eingeschränkt ist.

Nur bei einer der beiden prospektiven Follow-up-Studien mit zwei Kohorten wurde festgestellt, dass die Wahrscheinlichkeit einer HIV-Serokonversion bei Durchführung einer HIV-PEP im Vergleich zu einem Verzicht auf eine HIV-PEP reduziert wird (Drezett, 2002). In den beiden Follow-up-Studien der prospektiven Kohortenstudien lagen die Serokonversionsraten zwischen 0 und 3,7% (Wiebe et al., 2000; Roland et al., 2012).

Von der Evidenz zu den Empfehlungen: Behandlung

Die Forschung zu HIV-PEP bei Überlebenden von Vergewaltigung ist begrenzt. Es ist aus ethischen und logistischen Gründen sehr unwahrscheinlich, dass klinische Studien zu diesem Thema durchgeführt werden. Daher müssen Empfehlungen durch Extrapolation der Ergebnisse anderer Forschungsarbeiten, einschließlich Tierstudien und Forschungen bei anderen Personen als Überlebenden von Vergewaltigung, erarbeitet werden. So besteht beispielsweise Evidenz aus einer Fall-Kontroll-Studie, die zeigt, dass eine kurze antiretrovirale Therapie die Wahrscheinlichkeit einer Übertragung von HIV nach Nadelstichverletzungen effektiv reduziert (Cardo et al., 1997). Vor diesem Hintergrund wurden bei der Entwicklung der Empfehlungen für diese Leitlinien andere relevante Leitlinien zu diesem Thema berücksichtigt (CDC 2010; Jina R et al., 2010; WHO 2008).

Die LEG diskutierte über die Generalisierbarkeit der Evidenz in allen Situationen. Viele Frauen setzen die HIV-PEP nicht über die erforderlichen 28 Tage fort, sodass keine Wirksamkeit gegeben ist. Gründe hierfür können Nebenwirkungen einiger Medikamente sein und es könnte ein Zusammenhang mit den emotionalen Folgen der Vergewaltigung geben.

Darüber hinaus hat die Bereitstellung von HIV-PEP Auswirkungen auf Ressourcen und Logistik. In Erwägung dessen stellte die LEG die Frage, ob HIV-PEP in Gebieten, in denen eine geringe HIV-Prävalenz angenommen wird, routinemäßig angewendet werden sollte. Es wurde vorgeschlagen, dass Gesundheitssysteme einen Grenzwert zur Prävalenz festlegen, unter dem HIV-PEP nicht routinemäßig angeboten werden. Zudem ist das Risiko einer Infektion durch einen Einzeltäter unter bestimmten Bedingungen für die Frau gering. Daher wurde vereinbart, dass das Risiko insbesondere in Gebieten mit niedriger Prävalenz im Gespräch mit der Frau beurteilt werden sollte, bevor eine HIV-PEP angeboten wird.

Zusammenfassung der Evidenz: Therapietreue (Compliance)

In der wissenschaftlichen Literatur wurden keine Studien gefunden, in denen die Wirksamkeit von Interventionen zur Verbesserung der Therapietreue von Überlebenden einer Vergewaltigung bei HIV-PEP untersucht wurde und die alle Kriterien der PICOT-Frage erfüllen. Es wurde jedoch eine Studie identifiziert (Abrahams et al., 2010), in der dieses Thema untersucht wurde. Allerdings erfüllte die Studie nicht alle PICOT-Kriterien (die Studiengruppe umfasste sowohl Mädchen als auch erwachsene Frauen, und es erfolgte keine Analyse der Untergruppen erwachsener Überlebender). Die Studie wurde untersucht, um ein gewisses Maß an Aufschluss über dieses wichtige Thema zu erhalten.

Abrahams und Kollegen (2010) untersuchten, ob die Therapietreue zur HIV-PEP durch telefonische psychosoziale Unterstützung verbessert wird. Die Studiengruppe umfasste weibliche Überlebende von Vergewaltigung im Kindes- und Erwachsenenalter. Die Überlebenden waren bei Vorstellung in vier Einrichtungen für Opfer von Vergewaltigungen HIV-negativ (ein städtischer und ein ländlicher Standort in Südafrika). Die Teilnehmerinnen erhielten randomisiert entweder eine Broschüre mit einem Therapietreue-Tagebuch oder sie erhielten die Broschüre sowie zusätzlich telefonische psychosoziale Unterstützung. Die Therapietreue zur HIV-PEP wurde im Rahmen eines Gesprächs überprüft, das 1 bis 5 Tage nach Ablauf des 28-Tages-Zeitraums stattfand (der Zeitraum, über den die Patienten die HIV-PEP anwenden sollten).

Trotz des anspruchsvollen Forschungsdesigns zur Beantwortung der Frage wies die Studie einige methodische Einschränkungen auf. So beruhte beispielsweise das primäre Ergebnis der Studie (Therapietreue zur HIV-PEP) bei einem Drittel der Teilnehmerinnen auf Patientenangaben zur (nicht) eingenommenen Medikamentenmenge. Obwohl alle Studienteilnehmerinnen ein Tagebuch zur Aufzeich-

nung der Medikamenteneinnahme erhalten hatten, ist dies eine potenziell unzuverlässige Messweise. Darüber hinaus gab es keine Untergruppenanalyse, die ausschließlich die Ergebnisse für erwachsene Teilnehmerinnen umfasst. Eine solche Analyse wäre für dieses Review von Relevanz gewesen. Die Studie zeigte, dass die Intervention nicht wirksam war. Sowohl in der Interventionsgruppe als auch in der Vergleichsgruppe waren die Ergebnisse in Bezug auf die Therapietreue zur HIV-PEP sehr schlecht.

Von der Evidenz zu den Empfehlungen: Therapietreue

Angesichts der Tatsache, dass nur eine Studie zu diesem Thema identifiziert wurde und diese ein negatives Ergebnis zeigte (die Intervention führte nicht zu einer Verbesserung der Therapietreue zur HIV-PEP), mangelt es an guter wissenschaftlicher Evidenz zur Entwicklung von Empfehlungen.

Die LEG war der Ansicht, dass Therapietreue zwar ein wichtiger Aspekt der HIV-PEP ist, die aktuell verfügbare Evidenz jedoch keinen wirksamen Ansatz zur Verbesserung der Therapietreue zeigt.

Empfehlungen

15 Bei Frauen, die innerhalb von 72 Stunden nach einer Vergewaltigung vorstellig werden, sollte das Angebot einer HIV-Postexposition prophylaxe (HIV-PEP) in Erwägung gezogen werden. Die Klärung, ob eine HIV-PEP angemessen ist, sollte in gemeinsamer Entscheidungsfindung (siehe Glossar) mit der Überlebenden erfolgen (WHO, 2007).

Evidenzqualität: Sehr schwach, basiert auf indirekter Evidenz (siehe WHO/ILO (International Labour Organization), 2008)

Stärke der Empfehlung: Stark

Anmerkungen:

- Die PEP sollte schnellstmöglich nach dem Übergriff begonnen werden – idealerweise innerhalb weniger Stunden und nicht später als 72 Stunden nach der Tat.
- In Gebieten mit geringer Prävalenz müssen Richtlinien für das Anbieten von Routine-HIV-PEP den lokalen Kontext, die verfügbaren Ressourcen sowie Opportunitäts- und andere Kosten mit berücksichtigen.

16 HIV-Risiko mit der Überlebenden besprechen, um den Nutzen einer PEP abzuwägen. Dies schließt ein:

- HIV-Prävalenz in der geographischen Region
- Grenzen der PEP¹
- HIV-Status und Charakteristika des Täters, sofern bekannt

¹ In zwei Kohortenstudien zur HIV-PEP lagen die Serokonversionsraten zwischen 0 und 3,7%.

- **Tathergang, einschließlich Anzahl der Täter**
- **Nebenwirkungen der bei der PEP-Therapie angewandten antiretroviralen Medikamente**
- **Wahrscheinlichkeit einer HIV-Übertragung**

Evidenzqualität: Indirekte Evidenz identifiziert (WHO, 2008)

Stärke der Empfehlung: Stark

17 Bei Durchführung einer HIV-PEP:

- **Therapiebeginn schnellstmöglich und vor Ablauf von 72 Stunden**
- **Bei der ersten Konsultation HIV-Test und Beratung durchführen**
- **Regelmäßige Nachfolgetermine mit der Patientin sicherstellen**
- **Zweifach-Kombinationstherapien (mit fester Dosierung) sind Dreifach-Kombinationstherapien in der Regel vorzuziehen, wobei Medikamente mit geringeren Nebenwirkungen zu bevorzugen sind**
- **Die Wahl der Medikamente und der Therapie sollte bei der HIV-PEP gemäß den nationalen Richtlinien erfolgen**

Evidenzqualität: Indirekte Evidenz indiziert (WHO, 2008).

Stärke der Empfehlung: Stark

Anmerkung

- (a) Die PEP-Medikation sollte entsprechend der antiretroviralen First-Line-HIV-Therapie des Landes ausgewählt werden.

18 Beratungen zur Therapietreue sollten ein wichtiges Element der Postexpositionsprophylaxe sein.

Evidenzqualität: Sehr schwach, basierend auf indirekter Evidenz

Stärke der Empfehlung: Stark

Anmerkung

- (a) Viele weibliche Überlebende von Vergewaltigung, die eine HIV-PEP erhalten, schließen die präventive Therapie nicht ab, da sie körperliche Nebenwirkungen wie Übelkeit und Erbrechen verursacht. Weiterhin kann die Therapie schmerzliche Erinnerungen an die Vergewaltigung hervorrufen, und sie kann aufgrund von anderen Problemen im Alltag der Überlebenden in den Hintergrund treten. Mitarbeiter/innen im Gesundheitswesen sollten wissen, dass eine Therapietreue schwer zu erreichen ist und sämtliche Maßnahmen treffen, um diese sicherzustellen. Bisher wurde noch keine wirksame Intervention zur Verbesserung der Compliance entwickelt.

Allgemeine Anmerkungen

- (a) Es ist wichtig, die Umstände der Vergewaltigung zu ermitteln und festzustellen, ob eine HIV-PEP angemessen ist. In den Leitlinien *Joint WHO/ILO*

guidelines on post-exposure prophylaxis (PEP) to prevent HIV infection (WHO, 2007, S. 52)

werden folgende Kriterien für eine HIV-PEP nach Vergewaltigung empfohlen:

- Vergewaltigung (Penetration) hat vor weniger als 72 Stunden stattgefunden.
 - Der HIV-Status des Täters ist positiv oder unbekannt.
 - Bei der exponierten Person liegt keine bekannte HIV-Infektion vor (HIV-Test muss im Gespräch angeboten werden).
 - Es liegt ein bestimmtes Expositionsrisiko vor, beispielsweise:
 - Rezeptiver vaginaler oder analer Sexualverkehr ohne Kondom oder mit gerissenem oder abgerutschtem Kondom;
 - Kontakt von Blut oder Ejakulat des Täters mit Schleimhaut oder nicht intakter Haut der Frau während der Tat/der Vergewaltigung;
 - rezeptiver Oralsex mit Ejakulation;
 - die vergewaltigte Person war während des mutmaßlichen Übergriffs betäubt oder anderweitig bewusstlos und ist unsicher, welche Exposition potenziell stattgefunden hat;
 - die Person wurde von mehreren Tätern vergewaltigt.
- (b) Vor der PEP sollte ein HIV-Test durchgeführt werden; dieser ist jedoch keine Voraussetzung für das Anbieten einer PEP. Personen mit HIV-Infektion sollten keine PEP durchführen, sondern an ein geeignetes Versorgungsangebot verwiesen werden und eine antiretrovirale Therapie erhalten.
- (c) Gesundheitspolitiker/innen sollten unter Berücksichtigung der lokalen Prävalenz, der vorhandenen Mittel und ethischer Erwägungen entscheiden, ob eine HIV-PEP nach Vergewaltigung routinemäßig angeboten wird.

3.1.4 Postexpositionsprophylaxe gegen sexuell übertragbare Infektionen

Zusammenfassung der Evidenz

In der wissenschaftlichen Literatur wurden keine Studien gefunden, in der die Wirkung von STI-PEP bei weiblichen Überlebenden von Vergewaltigung untersucht wurde. Angesichts der fehlenden Evidenz zu dieser spezifischen PICOT-Frage und da kein Grund zur Annahme besteht, dass die Wirkung von PEP gegen STI bei vergewaltigten Frauen anders sein könnte als bei nicht vergewaltigten Frauen, stützten Gesundheitsorganisationen/-gruppen, einschließlich der Centers for Disease Control and Prevention (CDC) (2010) und der FIGO Working Group on Sexual Violence and HIV (Jina et al., 2010), ihre Empfehlungen zu diesem Thema auf Forschungsevidenz aus anderen Bevölkerungsgruppen, Expertenmeinungen oder

Berichten von Fachausschüssen. Daher wurden diese beiden aktuellen evidenzbasierten Leitlinien zu PEP gegen STI als Grundlage für die Empfehlungen überprüft.

Ein Vergleich der Leitlinien der CDC und der FIGO zeigte eine allgemeine Übereinstimmung. Beide Leitlinien empfehlen, dass Überlebende von Vergewaltigung eine Prophylaxe/Therapie gegen Chlamydien, Gonorrhoe und Trichomoniasis erhalten; in den FIGO-Leitlinien wird jedoch auch eine Prophylaxe/Therapie gegen Syphilis empfohlen. Sowohl in den CDC- als auch in den FIGO-Leitlinien wird empfohlen, Überlebende von Vergewaltigung gegen Hepatitis B zu impfen; in den CDC-Leitlinien wird jedoch auch spezifiziert, dass die Impfung ohne Hepatitis-B-Immunglobulin erfolgen sollte.

Von der Evidenz zu den Empfehlungen

Ähnlich wie im vorangehenden Abschnitt zur Notfallverhütung wurde Evidenz aus Studien an der Allgemeinbevölkerung extrapoliert, da es unwahrscheinlich ist, dass sich die Wirksamkeit einer STI-PEP bei Überlebenden von Vergewaltigung im Vergleich hierzu unterscheidet. Nach Ansicht der LEG birgt die Vorgehensweise, erst zu testen und anschließend bei positivem Ergebnis zu behandeln, aufgrund der zeitlichen Verzögerung die Gefahr, dass die Betroffene nicht wieder vorstellig wird, um das Ergebnis zu erfahren und sich gegebenenfalls einer Behandlung zu unterziehen. Daher empfiehlt die LEG eine präsumtive STI-Behandlung ohne ein vorheriges Testen.

Da die folgenden Empfehlungen auf den CDC-Leitlinien (die keine Angaben zur Stärke der Evidenz oder Empfehlung bieten) und den FIGO-Leitlinien (die diese Informationen enthalten) beruhen, basiert die Stärke der Evidenz bei den folgenden Empfehlungen auf der besten Bewertung der Evidenz aus diesen Leitlinien.

Empfehlungen

19 Weiblichen Überlebenden einer Vergewaltigung sollte Prophylaxe gegen folgende Infektionen angeboten werden:

- Chlamydien
- Gonorrhoe
- Trichomoniasis
- Syphilis (abhängig von Prävalenz in der Region)

Die Wahl der Medikamente und Therapie sollte gemäß nationalen Richtlinien erfolgen.

Evidenzqualität: Indirekte Evidenz; schwach bis sehr schwach

Stärke der Empfehlung: Stark

20 Eine Hepatitis-B-Impfung ohne Hepatitis-B-Immunglobulin sollte gemäß nationalen Richtlinien angeboten werden.

- Vor Verabreichung der ersten Impfdosis Blutabnahme zur Kontrolle des Hepatitis-B-Status durchzuführen.

- Bei Immunität ist keine weitere Impfung erforderlich.

Evidenzqualität: Indirekte Evidenz; sehr schwach

Stärke der Empfehlung: Stark

Anmerkung

- (a) Zur Vermeidung unnötiger Verzögerungen ist eine präsumtive Behandlung ohne vorheriges Testen auf STI zu bevorzugen. Daher empfiehlt die LEG, vor der Behandlung keine Tests durchzuführen.

3.2 Psychologische Interventionen und Interventionen im Bereich psychischer Gesundheit

3.2.1 Interventionen in den ersten Tagen nach der Tat

Zusammenfassung der Evidenz

In der wissenschaftlichen Literatur wurden neun Studien identifiziert, in denen die Wirkung von Interventionen im Bereich der psychischen Gesundheit durch Gesundheitsfachkräfte auf weibliche Überlebende von sexueller Nötigung/Vergewaltigung untersucht wird. Dabei erfüllte eine dieser Studien (Echeburua et al., 1996) alle und die anderen acht (Rothbaum, 1997; Resick et al., 1988, 2002; Resick and Schnicke, 1992; Foa et al., 1991; Rothbaum et al., 2005; Galovski et al., 2009; Anderson et al., 2010) den Großteil der Kriterien der PICOT-Fragen. Es wurden alle Studien überprüft.

In den neun Studien wurden zehn verschiedene psychologische Therapieformen bzw. -ansätze untersucht (Selbstbehauptungstraining, therapeuten-gestützte emotionale Öffnung, kognitive Verarbeitungstherapie, kognitive Restrukturierung und Training der Bewältigungsfähigkeiten, Eye Movement Desensitization and Reprocessing [EMDR, siehe Glossar], Expositionstraining (auch Konfrontationstraining oder Prolonged Exposure), progressive Muskelentspannung, Stressimpfungstraining, unterstützende Beratung und unterstützende Psychotherapie und Aufklärung). Die ersten vier Therapien, die Prolonged Exposure und das Stressimpfungstraining stellen unterschiedliche Formen der kognitiven Verhaltenstherapie (KVT) dar (siehe Glossar). In sieben der Studien wurden Individualtherapien untersucht, in zwei Studien lag der Schwerpunkt auf Gruppentherapien. Die therapeutischen Interventionen erfolgten in mehreren Sitzungen über einen relativ kurzen Zeitraum (10 Tage bis 12 Wochen). Die Gesamtdauer der Therapien lag zwischen 5 und 18 Stunden.

Aus methodischer Sicht wiesen die Studien sowohl Stärken als auch Schwächen auf. Bei sechs der neun Studien wurde ein randomisiert-kontrolliertes Studiendesign verfolgt, in einem Fall handelte es sich um eine Sekundäranalyse von Daten aus einer randomisiert-kontrollierten Studie. Bei zwei Studien handelte es sich um nicht randomisierte kontrollierte Untersuchungen. In allen Studien wurden stan-

dardisierte Bewertungsinstrumente eingesetzt, und in den meisten Studien wurden mehrere Aspekte untersucht. Zu den Schwächen gehörten fehlende Blindstudien, ein hoher Loss-to-Follow-up, fehlende Intention-to-Treat-Analysen und eine fehlende Kontrolle potenziell konfundierender Variablen.

Darüber hinaus existierten häufig mehrere Ausschlusskriterien wie psychologische/psychiatrische Komorbiditäten, Substanzmissbrauch/-abhängigkeit und/oder aktuelle oder vergangene Erfahrungen mit verschiedenen Formen von Gewalt in einer Partnerschaft und/oder Inzest. Da diese Probleme bei vielen Überlebenden von sexueller Nötigung/Vergewaltigung anzutreffen sind, könnte die Verallgemeinerbarkeit der Ergebnisse dieser Studien auf die größere Gruppe der Überlebenden von sexueller Nötigung/Vergewaltigung fraglich sein. Darüber hinaus lag der Schwerpunkt der meisten Studien auf Überlebenden sexueller Nötigung/Vergewaltigung, bei denen der letzte Übergriff mindestens drei Monate und in vielen Fällen mehrere Jahre vor dem Beginn der Studie lag. Dieses Einschlusskriterium für Studienteilnehmerinnen kann zwar dadurch begründet werden, dass die Forscher/innen bemüht waren, nur Überlebende von sexueller Nötigung/Vergewaltigung aufzunehmen, deren (im Zusammenhang mit der Vergewaltigung stehenden) Symptome nicht im Laufe der Zeit „auf natürliche Weise“ vermindert wurden (oder die die Diagnosekriterien für PTBS nach Diagnostic and statistical manual of mental disorders [DSM-IV; American Psychiatric Association, 1994] erfüllten, gemäß denen die Exposition mindestens ein bis drei Monate zurückliegen muss). Diese Auswahl kann allerdings die Generalisierbarkeit der Ergebnisse einschränken insbesondere für Frauen, die kurz nach der Tat Hilfe suchen. Des Weiteren war die Teilnehmerinnenzahl bei einem Großteil der Studien extrem klein. Schließlich bleibt zu erwähnen, dass acht der neun Studien in den USA durchgeführt wurden und der Schwerpunkt bei acht der neun Studien auf Probandinnen in Kliniken lag.

Insgesamt scheinen die Studienergebnisse darauf hinzudeuten, dass relativ kurze psychologische Interventionen, insbesondere verschiedene Formen der KVT sowie EMDR, bei vielen weiblichen erwachsenen Überlebenden sexueller Nötigung/Vergewaltigung zu einer Verbesserung der psychischen Gesundheit führen können. Die Interventionen scheinen im Weiteren nützlicher zu sein als keine Behandlung, wobei die Forschung nicht eindeutig zeigt, dass eine Therapieform gegenüber den anderen klar überlegen ist.

Angesichts der wenigen verfügbaren Studien zu dieser spezifischen Gruppe und der zahlreichen untersuchten Interventionen im Bereich der psychischen Gesundheit (von denen einige nur in einer Studie untersucht wurden) sowie der oben beschriebenen methodischen Schwächen gilt es bei der

Entwicklung von Empfehlungen auf Grundlage dieser begrenzten Studienergebnisse Vorsicht walten zu lassen. Bei der Erarbeitung der Empfehlungen wurde daher auch die umfassendere Evidenzlage aus Forschungen zu Interventionen bei traumatisierten Menschen im Allgemeinen und nicht nur bei Opfern einer Vergewaltigung berücksichtigt (Bisson et al., 2007).

Von der Evidenz zu den Empfehlungen

Die Stärke der Empfehlungen in Bezug auf die Wirksamkeit von Interventionen im Bereich der psychischen Gesundheit bei der Versorgung von Überlebenden sexueller Nötigung/Vergewaltigung ist angesichts der relativ wenigen verfügbaren Studien und der methodischen Begrenzungen der Studien eingeschränkt. Dennoch zeigen die Untersuchungen ein geringes Maß an Evidenz dafür, dass bestimmte Interventionen wie KVT (insbesondere kognitive Verarbeitungstherapie, Prolonged Exposure und Stressimpfungstraining) und EMDR zu einer verbesserten psychischen Gesundheit bei Überlebenden von sexueller Nötigung/Vergewaltigung führen, einschließlich einer Verbesserung der PTBS-Symptomatik. Dies wird durch eine allgemeinere Evidenz zur Wirksamkeit dieser Ansätze bei Traumaüberlebenden gestützt.

Ein weiterer Diskussionspunkt der LEG war die Verfügbarkeit von Ressourcen. Komplexe Therapien durch Spezialisten sind in vielen Ländern wahrscheinlich nicht oder nur mit langen Wartezeiten verfügbar, obwohl die Kosten solcher Leistungen gegen die sozialen und humanen Kosten von sexueller Gewalt abgewogen werden müssen. Es ist anzumerken, dass es eine Tendenz gibt, diese Therapien zu vereinfachen und in allgemeinen Gesundheitseinrichtungen zu testen (Studie zu KVT durch weibliche Gesundheitsfachkräfte bei mütterlicher Depression von Rahman et al., 2008). Dieser Ansatz muss auch jenseits wissenschaftlicher Studien überprüft und bewertet werden, da bei Forschungsarbeiten in der Regel ein höheres Maß an Kontrolle und Betreuung angewendet wird, um die Wirksamkeit zu beweisen.

Neben der oben zusammengefassten Evidenz überprüfte die LEG die WHO-Veröffentlichung *Psychological first aid* (2011) mit Leitlinien für Krisensituationen, den WHO-Interventionsleitfaden *mhGAP intervention guide for treating mental, neurological and substance use disorders for non-specialist health settings* (2010) sowie die WHO-Leitlinien für die pharmakologische Behandlung psychischer Störungen im Rahmen der Primärversorgung (2009). Letztere zielen auf eine Verbesserung der Leistungen im Bereich der psychischen Gesundheit auf der Ebene der primären Gesundheitsversorgung. Psychologische Erste Hilfe ist eine sehr elementare Form der psychologischen Unterstützung (siehe Empfehlungen 1 und 10), die sich für die primäre Gesundheitsversorgung eignet, wenn es nur wenige oder keine Möglichkeiten zur Weitervermittlung gibt.

Empfehlungen

21 Anbieten von Unterstützung und Versorgung wie in Empfehlung 10 beschrieben.

Evidenzqualität: Indirekte Evidenz indiziert (WHO, 2011, Psychological first aid)

Stärke der Empfehlung: Stark

22 Es sollten schriftliche Informationen über Bewältigungsstrategien bei schwerem Stress/ Belastungen bereitgestellt werden (mit dem Hinweis, diese nicht mit nach Hause zu nehmen, wenn dort ein gewalttätiger Partner ist).

Evidenzqualität: Keine relevante Evidenz indiziert

Stärke der Empfehlung: Stark

23 Psychologisches Debriefing sollte nicht benutzt werden.

Evidenzqualität: Sehr schwach bis schwach (WHO, 2011, Psychological first aid)

Stärke der Empfehlung: Stark

3.2.2 Interventionen bis zu 3 Monate nach dem Trauma

24 Fortgesetztes Anbieten von Unterstützung und Versorgung wie in Empfehlung 10 beschrieben.

Evidenzqualität: Indirekte Evidenz indiziert (WHO, 2011, Psychological first aid)

Stärke der Empfehlung: Stark

25 Über einen Zeitraum von einem bis drei Monaten nach der Tat „abwartend beobachten“, es sei denn, die Betroffene leidet an Depressionen, hat Alkohol- oder Drogenprobleme, psychotische Symptome, suizidales oder selbstverletzendes Verhalten oder Schwierigkeiten bei der Bewältigung des Alltags. Abwartendes Beobachten beinhaltet, der Frau zu erklären, dass es ihr im Laufe der Zeit voraussichtlich besser gehen wird und ihr die Option auf weitere Unterstützung durch regelmäßige Folgetermine anzubieten.

Evidenzqualität: Sehr schwach bis schwach (WHO, 2010)

Stärke der Empfehlung: Stark

26 Wenn die Betroffene durch die Symptome nach einer Vergewaltigung in ihrer Leistungsfähigkeit so eingeschränkt ist, dass sie Schwierigkeiten bei der Bewältigung ihres Alltags hat, sollte eine kognitive Verhaltenstherapie (KVT) oder EMDR-Therapie (Eye Movement Desensitization and Reprocessing) durch eine Gesundheitsfachkraft mit umfassenden Kenntnissen im Umgang mit Überlebenden sexueller Gewalt veranlasst werden.

Evidenzqualität: Schwach bis moderat

Stärke der Empfehlung: Stark

27 Wenn die Betroffene andere psychische Probleme hat (depressive Symptome, Alkohol- oder Drogenprobleme, Suizidgefährdung oder selbstverletzendes Verhalten): Versorgung gemäß mhGAP Intervention Guide (WHO 2010) leisten.

Evidenzqualität: Indirekte Evidenz, variabel

(hängt von Intervention ab, siehe http://www.who.int/mental_health/mhgap/evidence/en/)

Stärke der Empfehlung: Stark

3.2.3 Interventionen nach Ablauf von 3 Monaten nach dem Trauma

28 Untersuchung auf psychische Probleme (Symptome von akutem Stress/PTBS, Depression, Alkohol- oder Drogenprobleme, Suizidgefährdung oder selbstverletzendes Verhalten). Behandlung von Depression, Alkoholmissbrauch und anderen psychischen Problemen anhand des mhGAP Intervention Guide, der evidenzbasierte klinische Protokolle der WHO für psychische Probleme enthält.

Evidenzqualität: Indirekte Evidenz; variabel

(hängt von der Intervention ab, siehe http://www.who.int/mental_health/mhgap/evidence/en/)

Stärke der Empfehlung: Stark

29 Bei Feststellung einer posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS): Veranlassung einer Therapie für PTBS mit kognitiver Verhaltenstherapie (KVT) oder Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR).

Evidenzqualität: Schwach bis moderat

Stärke der Empfehlung: Stark

3.2.4 Allgemeine Anmerkungen

- (a) Potenzielle Schädigungen durch eine nicht ordnungsgemäß durchgeführte Psychotherapie (einschließlich KVT) bei potenziell vulnerablen Überlebenden müssen berücksichtigt werden. Informierte Einwilligung und die Berücksichtigung von Sicherheitsaspekten sind von entscheidender Bedeutung. Die Therapie sollte von einer ausgebildeten Gesundheitsfachkraft mit umfassenden Kenntnissen im Bereich sexueller Gewalt durchgeführt werden.
- (b) Bei der Beurteilung und Planung der Versorgung und, wenn erforderlich, Behandlung oder Überweisung gemäß WHO mhGAP-Interventionsleitfaden (WHO, 2010) müssen bestehende psychische Störungen berücksichtigt werden. Da das Risiko einer Vergewaltigung bei Frauen mit psychischen Gesundheitsproblemen oder Suchtproblemen größer sein kann als bei anderen Frauen, besteht bei Überlebenden von sexueller Nötigung/Vergewaltigung wahrscheinlich eine überproportionale Belastung durch vorbestehende psychische Probleme und Suchtprobleme.

- leme. Ähnlich sollten auch frühere traumatische Ereignisse berücksichtigt werden (z. B. sexueller Missbrauch in der Kindheit, Gewalt in Paarbeziehungen oder kriegsbedingte Traumata).
- (c) Es ist unbedingt zu berücksichtigen, dass sexuelle Nötigung/Vergewaltigung von Personen ausgehen kann, die mit der Frau zusammenleben. Dazu gehören nicht nur Beziehungspartner, sondern auch andere Familienmitglieder wie Stiefväter, angeheiratete Verwandte, Freunde der Familie oder andere Personen.
- (d) Die meisten Frauen sollten Zugang zu Unterstützung auf individueller oder Gruppenbasis durch Laien haben, idealerweise auf Grundlage der Prinzipien der psychologischen Ersten Hilfe (WHO, 2011).

In Abbildung 2 ist der Versorgungsweg für Frauen dargestellt, die wegen sexueller Nötigung/Vergewaltigung vorstellig werden. Der Versorgungsweg soll Anbieter von Gesundheitsleistungen im Umgang mit Überlebenden sexueller Nötigung/Vergewaltigung unterstützen.

4. Gewalt in Paarbeziehungen und sexuelle Gewalt: Schulung von Gesundheitsfachkräften

4.1 Zusammenfassung der Evidenz

Es wurde Evidenz gesucht für

- die Wirkung von Schulungen bzw. Trainings für Gesundheitsfachkräfte zu Gewalt in Paarbeziehungen und sexueller Gewalt, durch die Verbesserungen in folgenden Bereichen erzielt werden: (I) der Kenntnisse/Fähigkeiten der Gesundheitsfachkräfte und/oder (II) der Ergebnisse für die Betroffenen
- Elemente der Schulungen, durch die Kenntnisse und Fähigkeiten der Gesundheitsfachkräfte zur angemessenen Reaktion auf Frauen mit Gewalterfahrung und/oder die Ergebnisse für die Betroffenen verbessert werden
- Wirksamkeit von Schulungen für Gesundheitsfachkräfte im Bereich Gewalt in Paarbeziehungen und sexuelle Gewalt während der Ausbildung/des Studiums.

4.1.1 Trainingsinterventionen zu Gewalt in Paarbeziehungen

Die Prüfung der Evidenz für die Wirksamkeit der Schulung von Mitarbeiter/innen im Gesundheitswesen im Bereich Gewalt in Paarbeziehungen zeigt im Anschluss an ein Training eine gewisse Verbesserung des Wissens der Teilnehmenden.

Allerdings existiert nur wenig unterstützende Evidenz für Trainings, in denen Mitarbeiter/innen im Gesundheitswesen zwar im Erkennen von Gewalt in Paarbeziehungen, aber nicht angemessen in der Versorgung und Weitervermittlung geschult werden (Coonrod et al., 2000). Dennoch konzentrieren sich viele Interventionen derzeit ausschließlich auf die Schulung von Gesundheitsfachkräften im Erkennen.

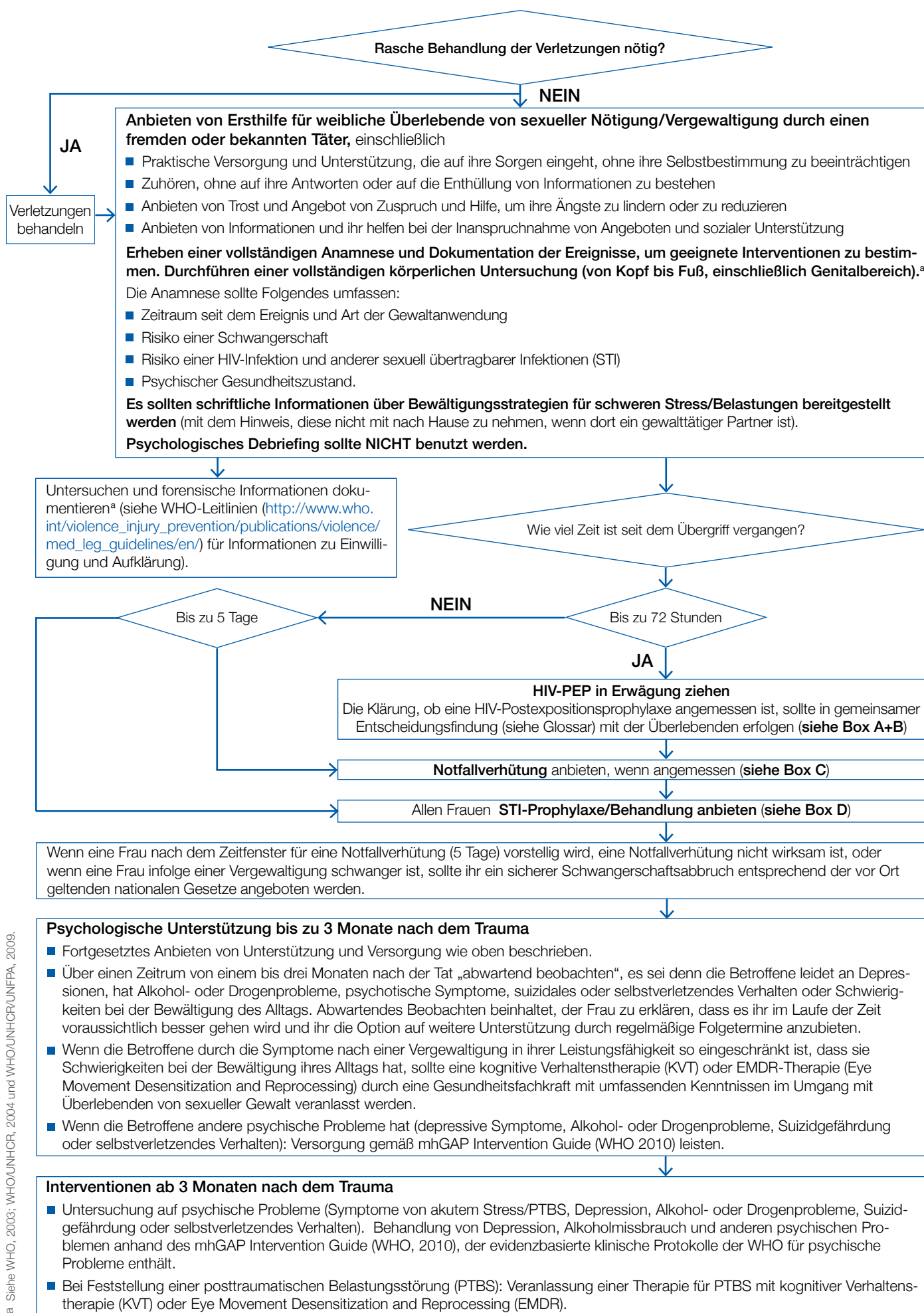
Schulungen, die mehrere Komponenten von Gewalt in Paarbeziehungen aufweisen (Identifizierung, klinisches Wissen, Dokumentation und Weitervermittlung) und interaktive Techniken nutzen, scheinen die Erkennungsraten zu verbessern und eine Veränderung der Einstellung und des Verhaltens von Gesundheitsdienstleistern zu bewirken. Welche Ergebnisse Schulungen für weibliche Überlebende von Gewalt in Paarbeziehungen haben, wurde nur in sehr wenigen Studien untersucht (Campbell et al., 2001; Dubowitz et al., 2011; Feder et al., 2011).

Ein Großteil der Evidenz stammt aus Ländern mit hohem Einkommen. In Ländern mit niedrigem und mittlerem Einkommen wurden wenige Studien von geringerer Qualität zur Wirksamkeit von Trainings durchgeführt (PRIME, 2002; Grisurapong, 2004; Bott et al., 2005). In den Studien, die in Ländern mit hohem Einkommen durchgeführt wurden, gab es einige Evidenz für kurze (Dauer von 20 Minuten bis 1,5 Tagen) interaktive, multimediale Schulungen mit mehreren Komponenten. In den Schulungen wurden Mitarbeiter/innen des Gesundheitswesens durch Diskussionen, Simulationen und Rollenspiele in allen Aspekten des Umgangs mit Gewalt in Paarbeziehungen, einschließlich dem Erkennen, der Behandlung und Weitervermittlung an lokale Angebote geschult. Es gibt jedoch keine überzeugende Evidenz zu Wirkungen dieser Schulungen auf Einstellungen und Ansichten zu Gewalt in Paarbeziehungen, auf die Weitervermittlung an Unterstützungsangebote oder auf Ergebnisse für Patientinnen. Letzteres wird bei der Beurteilung von Trainings nur selten gemessen.

Es gibt Evidenz, dass Schulungen zu Gewalt in Paarbeziehungen, die parallel zu Änderungen der Versorgungssysteme und der Überweisungspfade erfolgen, zu einer deutlicheren Verbesserung beim Erkennen der Problematik führen als Schulungen ohne weitere Maßnahmen (Lo Fo Wong et al., 2006; Garg et al., 2007). Dies gilt möglicherweise auch in Hinblick auf Ergebnisse für weibliche Betroffene.

Die meisten Studien waren von geringer bis sehr geringer Qualität und gingen nicht auf die langfristigen Wirkungen der Schulungen ein.

Abbildung II: Frau stellt sich nach sexueller Nötigung/Vergewaltigung vor



a. Siehe WHO, 2003; WHO/UNHCR, 2004 und WHO/UNHCR/UNFPA, 2009.

Box A – HIV-Risiko

HIV-Risiko mit der Überlebenden besprechen, einschließlich:

- HIV-Prävalenz in der geographischen Region
- Grenzen der PEP^b
- HIV-Status und Charakteristika des Täters, sofern bekannt
- Tathergang, einschließlich Anzahl der Täter
- Nebenwirkungen der bei der PEP-Therapie angewandten antiretroviralen Medikamente
- Wahrscheinlichkeit einer HIV-Übertragung

Box B – HIV-PEP

- Therapiebeginn *schnellstmöglich* und vor Ablauf von 72 Stunden
- Bei der ersten Konsultation HIV-Test und Beratung durchführen
- Regelmäßige Nachfolgetermine mit der Patientin sicherstellen
- Zweifach-Kombinationstherapien (mit fester Dosierung) sind Dreifach-Kombinationstherapien in der Regel vorzuziehen, wobei Medikamente mit geringeren Nebenwirkungen zu bevorzugen sind
- Die Wahl der Medikamente und Therapie sollte gemäß den nationalen Richtlinien erfolgen
- Beratungen zur Therapietreue sollten ein wichtiges Element der HIV-PEP sein

Box C – Notfallverhütung

- Wenn verfügbar sollte Levonorgestrel angeboten werden. Empfohlen wird eine Einzeldosis von 1,5 mg, da diese ebenso wirksam ist wie zwei in einem Abstand von 12 bis 24 Stunden verabreichte Dosen von 0,75 mg
- Wenn Levonorgestrel NICHT verfügbar ist, kann eine Kombinationstherapie aus Östrogen und Progestogen angeboten werden, wenn möglich in Verbindung mit Antiemetika
- Wenn kein orales Notfallverhütungsmittel verfügbar ist, kann Frauen, die eine langfristige Verhütungsmethode wünschen, ein kupferhaltiges Intrauterinpeessar (IUP) angeboten werden, sofern dies möglich ist. Unter Berücksichtigung des Risikos von STI kann das IUP bis zu fünf Tage nach der Vergewaltigung eingesetzt werden, sofern die medizinischen Voraussetzungen gegeben sind (siehe *WHO medical eligibility criteria*, 2010)

Box D – STI-PEP

Weiblichen Überlebenden einer Vergewaltigung sollte Prophylaxe gegen folgende Infektionen angeboten werden:

- Chlamydien
- Gonorrhoe
- Trichomonas
- Syphilis, je nach Prävalenz

Die Wahl der Medikamente und Therapie sollte gemäß nationalen Richtlinien erfolgen

Eine Hepatitis-B-Impfung ohne Hepatitis-B-Immunglobulin sollte gemäß nationalen Richtlinien angeboten werden

- Vor Verabreichung der ersten Impfdosis Blutabnahme zur Kontrolle des Hepatitis-B-Status durchführen
- Bei Immunität ist keine weitere Impfung erforderlich

^b In zwei Kohortenstudien zur HIV-PEP lagen die Serokonversionsraten zwischen 0 und 3,7 %.

4.1.2 Trainingsinterventionen zu sexueller Nötigung/Vergewaltigung

Es wurden nur vier Studien identifiziert (Parekh et al., 2005; McLaughlin et al., 2007; Donohoe, 2010; Milone et al., 2010), in denen die Wirksamkeit von Schulungen für Mitarbeiter/innen des Gesundheitswesens zum Thema sexuelle Gewalt gegen Frauen untersucht wurde. Alle Studien befassten sich mit Veränderungen bei geschulten Gesundheitsfachkräften. Nicht untersucht wurde jedoch, ob die Schulungen zu besseren Ergebnissen für Überlebende sexueller Nötigung/Vergewaltigung führten. Darüber hinaus wies jede der Studien eine oder mehrere methodische Einschränkungen wie fehlende Vergleichsgruppen, fehlende zuverlässige psychometrische Testverfahren oder äußerst geringe Teilnehmerzahlen auf. Darüber hinaus wurden die Studien zwar in drei Ländern durchgeführt (Australien, Großbritannien und USA), doch es wurden keine Studien zu Schulungen in Ländern mit niedrigem Einkommen identifiziert.

Angesichts der begrenzten Evidenzlage können keine eindeutigen Schlüsse auf die Wirksamkeit von Trainings für den Umgang mit sexueller Gewalt gegen Frauen gezogen werden.

Allerdings bieten die Studien einige Evidenz dafür, dass Schulungen von Gesundheitsfachkräften zu sexueller Gewalt gegen Frauen positive Auswirkungen haben könnten. Insbesondere deuten die Studien darauf hin, dass Schulungen zu einer positiven Änderung des Wissens über das Thema Vergewaltigung führen können und Überlebende besser versorgt werden können. Positive Veränderungen können sich auch in folgenden Bereichen zeigen: Einstellungen gegenüber Überlebenden sexueller Nötigung/Vergewaltigung und die Haltung, dass es bestimmte Patientengruppen sind, die nach sexueller Gewalt gefragt werden sollten. Auch Verhaltensweisen wie das klinische Vorgehen bei Patientinnen nach Vergewaltigung können positiv beeinflusst werden (einschließlich verbesserter Versorgung von Überlebenden sexueller Nötigung/Vergewaltigung, verbesserter Sicherung von Befunden/Spuren und verbesserter Dokumentation in der Notfallmedizin).

4.2 Von der Evidenz zu den Empfehlungen

Zwar wurde keine Evidenz zu den Auswirkungen von Schulungen in Ländern mit niedrigem und mittlerem Einkommen gefunden, doch zeigen Studien aus Ländern mit hohem Einkommen einheitliche Auswirkungen auf den Wissensstand und, in bestimmtem Maße, das Verhalten von Gesundheitsfachkräften. Die LEG war sich einig, dass die Schulung von Mitarbeiter/innen im Gesundheitswesen in Bezug auf Gewalt in Partnerschaften und sexuelle Nötigung/Vergewaltigung in universitären und schulischen Ausbildungscurricula für Gesundheitsfachkräfte aufgenommen werden muss. Weiterhin müssen Schu-

lungen mindestens in Form von Weiterbildung für diejenigen Gesundheitsfachkräfte angeboten werden, die betroffenen Frauen am wahrscheinlichsten begegnen. Obwohl bei den meisten in Studien mit gutem Design untersuchten Schulungen Ressourcen wie Computer, Videorecorder usw. verfügbar waren, gab es keine Evidenz dafür, dass der Erfolg der Schulung in Ländern mit hohem Einkommen von diesen Elementen abhängig ist. In Ländern mit geringem Einkommen ist dies möglicherweise nur schwer zu replizieren. Die LEG stimmte überein, dass die Schulungen auf die jeweiligen Anforderungen zugeschnitten und vor Ort durchgeführt werden sollten. In den Schulungen sollte mindestens gelehrt werden, wie Ersthilfe geleistet werden kann für Frauen, die Gewalt in Partnerschaften und/oder sexueller Nötigung/Vergewaltigung ausgesetzt waren und wann Gewaltsituationen vermutet und erkannt werden sollten, um eine entsprechende klinische Diagnose und Versorgung zu leisten.

4.3 Empfehlungen

30 Gesundheitsfachkräfte (insbesondere Ärztinnen/Ärzte, Pflegepersonal und Hebammen/Entbindungspfleger) sollten während der Ausbildung/des Studiums eine Schulung in Ersthilfe für Frauen erhalten, die Gewalt in Partnerschaften oder sexuelle Nötigung/Vergewaltigung erlebt haben (siehe Empfehlung I).

Evidenzqualität: Sehr schwach

Stärke der Empfehlung: Stark

Anmerkung

- (a) Die Gesundheitsfachkraft kann selbst Erfahrung mit geschlechtsspezifischer Gewalt gemacht haben – entweder als Opfer oder als Täter. Diese Möglichkeit muss in der Schulung angesprochen werden.

31 Mitarbeiter/innen im Gesundheitswesen, die Versorgung für Frauen anbieten, sollten Fort- und Weiterbildungen erhalten, die:

- sie dazu befähigen Ersthilfe anzubieten (siehe Empfehlungen 1 und 10)
- ihnen geeignete Fähigkeiten vermitteln, einschließlich:
 - wann und wie nach Gewalterfahrungen zu fragen ist
 - auf welche Weise am besten auf betroffene Frauen reagiert werden kann (siehe Abschnitte 2, Gewalt in Partnerschaften: Erkennen und Versorgung von Betroffenen, und 3, Sexuelle Nötigung/Vergewaltigung: Klinische Versorgung von Überlebenden)
 - wie –wenn angemessen– rechtlich relevante Spuren und Befunde aufgenommen werden (siehe WHO, 2003; WHO/UN HCR, 2004; WHO/UN HCR/UNF PA, 2009)

- Folgendes behandeln:
 - grundlegendes Wissen zum Thema Gewalt, einschließlich Gesetzen, die für Opfer von Gewalt in Partnerschaften und sexueller Gewalt von Bedeutung sind
 - Wissen um verfügbare Dienste/Angebote, die Unterstützung für Betroffene von Gewalt in Partnerschaften und sexueller Gewalt anbieten (z. B. in Form eines Verzeichnisses von Angeboten/Projekten)
 - unangemessene Haltungen von Gesundheitsfachkräften (z. B. Frauen die Schuld an der Gewalt zuweisen, erwarten, dass sie sich trennen etc.) sowie eigene Erfahrungen mit Gewalt in Partnerschaften und sexueller Gewalt

Evidenzqualität: Schwach bis moderat
Stärke der Empfehlung: Stark

Anmerkung

- Es sollte sich um eine Intensivschulung handeln, die inhaltlich auf Kontext und Umfeld ausgerichtet ist.
- Die Selbstfürsorge für Fachkräfte sollte Beachtung finden, unter anderem im Hinblick auf die Gefahr einer sekundären Traumatisierung (siehe Glossar).

32 Die Schulung von Gesundheitsfachkräften zu Gewalt in Partnerschaften und sexueller Nötigung/Vergewaltigung sollte verschiedene Aspekte des Umgangs mit Gewalt in Partnerschaften und sexueller Nötigung/Vergewaltigung beinhalten (z. B. Erkennen, Sicherheitseinschätzung und -planung, Kommunikation und klinische Fähigkeiten, Dokumentation und Bereitstellen von Überweisungspfaden).

Evidenzqualität: Schwach
Stärke der Empfehlung: Stark

Anmerkungen

- Wenn eine Weitervermittlung an spezielle Angebote für häusliche Gewalt möglich ist, sollten Gesundheitsfachkräfte multidisziplinäre Intensivschulungen (z. B. mit Gesundheitsfachkräften aus unterschiedlichen Bereichen und/oder Polizei und Fachberatern) durch Expertinnen wie Beraterinnen für häusliche Gewalt angeboten werden.
- Der Einsatz interaktiver Methoden kann hilfreich sein.
- Die Schulungen sollten über die Weiterbildung von Gesundheitsfachkräften hinaus reichen und auf Systemebene Maßnahmen zur Verbesserung der Versorgungsqualität und Nachhaltigkeit umfassen (z. B. Patientenfluss, Empfangsbereich, Anreize und Unterstützungsmechanismen).

33 Angesichts der thematischen Überschneidungen von Gewalt in Partnerschaften und sexueller Nötigung/Vergewaltigung und der beschränkten Ressourcen für die Schulung von Gesundheitsfachkräften sollten beide Themen in einer Schulung integriert werden.

Evidenzqualität: Keine relevante Evidenz indiziert
Stärke der Empfehlung: Stark

4.4 Allgemeine Anmerkungen

- Bei der Vergabe von Schulungsplätzen sollten diejenigen Personen Vorrang erhalten, die am ehesten mit weiblichen Überlebenden von Gewalt in Partnerschaften und/oder sexueller Nötigung/Vergewaltigung in Kontakt kommen. Dies sind z.B. Mitarbeiter/innen in der Schwangerenvorsorge, Familienplanung und Gynäkologie sowie Nachsorge bei Schwangerschaftsabbruch, die Bereiche psychische Krankheiten und HIV sowie Mitarbeiter/innen in der primären Gesundheitsversorgung und in Notaufnahmen/Rettungsstellen.
- Die Schulungen sollten die klinische Untersuchung und Versorgung von Opfern von Gewalt in Partnerschaften und sexueller Nötigung/Vergewaltigung umfassen und auch die Themen kulturelle Kompetenz, Geschlechtergleichstellung und Menschenrechte einbeziehen.
- Um die Teilnahme zu fördern, sollten die Schulungen in der Gesundheitseinrichtung selbst stattfinden.
- Das Gelernte aus der ersten Schulung sollte vertieft werden und es sollte kontinuierliche Unterstützung geben. Regelmäßige Auffrischungsschulungen und eine kontinuierliche Qualitätskontrolle sind von entscheidender Bedeutung.
- Eine Studie zeigte, dass ein klarer Versorgungsweg für die Behandlung und Weitervermittlung, das Vorhandensein einer/es verantwortlichen Mitarbeiters/in für (häusliche) Gewalt gegen Frauen und regelmäßige Erinnerungen (z. B. Hinweise am Computer) dazu beitragen, die Wirkung der Schulungen aufrechtzuerhalten.

5. Gesundheitspolitik und Gesundheitsversorgung

Es wurde Evidenz für folgende Fragen gesucht:

- „Welche Auswirkungen haben Programme/Angebote auf der Ebene des Gesundheitssystems für weibliche Betroffene von Gewalt in Partnerschaften?“
- „Welche Auswirkungen haben die Komponenten und Merkmale von Interventionen und Programmen auf der Ebene des Gesundheitssystems für weibliche Betroffene von Gewalt in Partnerschaften?“

- „Welche Auswirkungen hat die Einführung eines Programms für Opfer sexueller Nötigung/Vergewaltigung wie SANE (Sexual Assault Nurse Examiner) – oder eines anderen Programms – in einer Gesundheitseinrichtung auf die Versorgung der Überlebenden von sexueller Nötigung/Vergewaltigung?“

5.1 Zusammenfassung der Evidenz

Es wurden Programme und Interventionen auf der Ebene des Gesundheitssystems identifiziert, die eine effektive und effiziente Versorgung für Überlebende von Gewalt in Partnerschaften und/oder Vergewaltigung ermöglichen können. Dabei wurden insbesondere die Anforderungen in Regionen/Ländern mit beschränkten Ressourcen berücksichtigt. Da der Großteil der veröffentlichten Evidenz zum Umgang des Gesundheitssystems mit Gewalt in Partnerschaften und Vergewaltigung aus Ländern mit hohem Einkommen stammte, wurde eine separate Suche nach grauer Literatur durchgeführt, um Verfahren und Programme zu identifizieren, die nicht in Zeitschriften mit Peer-Review veröffentlicht wurden.

Die dabei überprüfte Evidenz überschneidet sich in hohem Maße mit der für Schulungen, insbesondere, da in keiner Studie ermittelt wurde, welche Komponenten bei mehrdimensionalen Interventionen (inklusive Schulungen) wirksam sind.

Evidenz aus Ländern mit hohem Einkommen deutet darauf hin, dass Interventionen auf Systemebene – dies umfasst Schulungen für Mitarbeiter/innen – zu einer häufigeren Vermittlung an andere Angebote führen. Fünf von zehn Studien (Coyer et al., 2006; Fanslow et al., 1998, 1999; Harwell et al., 1998; Spinola et al., 1998; McCaw et al., 2001; Muñoz et al., 2001; Ramsden and Bonner, 2002; Feder et al., 2011) berichteten von einer Zunahme der Überweisungen. Eine vor kurzem in britischen Hausarztpraxen durchgeführte kontrollierte Studie mit Cluster-Randomisierung zeigte die stärkste Evidenz für eine verstärkte Weitervermittlung an und Vorstellung bei spezialisierten Organisationen für Betroffene von Gewalt in Partnerschaften, sowie eine erhöhte Bereitschaft, sich anzuvertrauen (Feder et al., 2011).

Bei Studien mit positiven Ergebnissen war es schwierig, den Faktor oder die Komponente zu bestimmen, die für diese positiven Ergebnisse verantwortlich war, weil die Interventionen in der Regel zahlreiche kleine Komponenten umfassten und diese nicht unabhängig voneinander untersucht wurden. Zudem unterschieden sich die in den verschiedenen Studien untersuchten Interventionen in ihrem Aufbau und der Art, wie sie angeboten werden, was interventionsübergreifende Vergleiche erschwert. Die Gründe, warum Projekte signifikante Verbesserungen oder andere Ergebnisse zeigten, müssen nachvollziehbar gemacht werden.

Viele der Studien waren aufgrund von Faktoren wie Studiendesign (häufig beobachtende Studi-

en), geringen Teilnehmerinnenzahlen oder fehlender Nennung der Teilnehmerinnenzahl, einem hohen Loss-to-Follow-up oder kurzen Nachsorgezeiträumen oder einer ungeeigneten Darstellung der Daten (z. B. in Diagrammen ohne Nennen der tatsächlichen Prozentzahl) von geringer Qualität. Insgesamt besteht ein Mangel an fundierten Auswertungen der Wirksamkeit von Interventionen im Gesundheitssystem bei Gewalt in Partnerschaften und sexueller Nötigung/Vergewaltigung. Trotz der geleisteten Arbeit ist die Evidenz weiterhin nicht ausreichend, um zu sagen, dass bestimmte Richtlinien, Protokolle oder Modelle der Versorgung von Frauen, die Gewalt in Partnerschaften und sexueller Nötigung/Vergewaltigung ausgesetzt sind, wirksamer sind als andere.

In Ländern mit geringen Ressourcen wurden verschiedene Versorgungsmodelle beschrieben. Häufig hingen die Modelle für die Leistungserbringung von der Verfügbarkeit finanzieller und personeller Ressourcen ab und waren von Land zu Land verschieden. Ein zwar nicht umfassend untersuchter, aber offensichtlich verbreiteter Ansatz sind die sogenannten „One Stop Crisis Center“, die in den einzelnen Ländern allerdings sehr unterschiedlich gebildet worden sind. Während es in fast jedem Zentrum eine(n) fest angestellte(n) Krankenschwester/pfleger gab, der oder die in einigen Fällen auch andere Aufgaben hatte, variierten die Rollen der anderer Mitarbeiter/innen, zu denen Ärzt/innen, Berater/innen, Betreuer/innen, Psychiater/innen und Psycholog/innen in Rufbereitschaft oder vor Ort gehörten. Auch die Rolle von NGOs variierte von der Rolle der Initiatoren bis hin zur Erbringung des Angebotes selbst. Verbindungen zu anderen Regierungsorganisationen waren in einigen Fällen sehr formell und wiesen ihnen eine zentrale Rolle zu. In der Mehrheit der Fälle erfolgte die Verbindung jedoch durch die Entwicklung oder die Verbesserung von Überweisungssystemen. Auch die Beteiligung von und Verbindung zu Polizei und sozialen und juristischen Diensten variierte in den One Stop Crisis Center-Modellen. In vielen Fällen bestand die größte beschriebene Herausforderung darin, die Unterstützung der Leitungsebene und administrative Unterstützung zu bekommen, zumeist in Verbindung mit finanzieller Unterstützung für den langfristigen Erhalt der Zentren. Selbst innerhalb der einzelnen Länder wurden „gute“ Modelle für die Leistungserbringung nicht immer eins zu eins übernommen. In Ländern mit niedrigem und mittlerem Einkommen mangelt es nicht zuletzt oft an ausreichend ausgebildetem Personal, insbesondere für Dienste in den Bereichen Beratung, psychische Gesundheit und Fachberatung/Unterstützung. Wenn Mitarbeiter/innen wie Berater/innen, Sozialarbeiter/innen, Psycholog/innen und Psychiater/innen knapp sind, ist die Abhängigkeit von NGOs größer. In Tabelle 1 sind die Vor- und Nachteile der Bereitstellung von Versorgungsleistungen für Betroffene von Gewalt in Partnerschaften für unterschiedliche Standorte aufgeführt.

Tabelle 1		
Verschiedene Modelle der Bereitstellung von Versorgungsleistungen für Überlebende von Gewalt gegen Frauen im Vergleich		
Standort	Vorteile	Nachteile
Gesundheitszentren und Kliniken	<ul style="list-style-type: none"> • Standort nahe der Kommune • Können einige grundlegende Leistungen erbringen • Verbessern den Zugang zu Nachsorgeleistungen • Wenn ein gutes Netzwerk eingerichtet ist, kann der Zugang zu einem intersektoralen Netzwerk, das juristische, soziale und andere Dienste umfasst, verbessert werden 	<ul style="list-style-type: none"> • Eventuell keine Behandlung von schweren Verletzungen oder Komplikationen möglich • Gegebenenfalls kein Labor oder spezialisierte Angebote verfügbar • Für Angebote in ländlichen Regionen können Vertraulichkeit und die Angst der Fachkräfte/Anbieter vor Racheakten eine Herausforderung darstellen
Bezirks- und Kreiskrankenhäuser	<ul style="list-style-type: none"> • Sind für 24-Stunden-Versorgung ausgestattet • Verfügen über spezialisierte Angebote • Können in einer Abteilung (Notaufnahme, Gynäkologie, reproduktive Gesundheit, HIV/STI) zentralisiert oder über das gesamte Krankenhaus verteilt sein 	<ul style="list-style-type: none"> • Können Zugänglichkeit verringern • Wenn die Dienste auf mehrere Abteilungen verteilt sind, kann dies hinderlich sein, vor allem wenn einige Dienste nur während der üblichen Geschäftszeiten verfügbar sind
One Stop Center	<ul style="list-style-type: none"> • Effizientere, besser koordinierte Angebote • Umfassendes Angebot an Diensten (teilweise einschließlich Polizei, Staatsanwälten, Sozialarbeitern, Beratern, psychologischer Unterstützung usw.) 	<ul style="list-style-type: none"> • Benötigen mehr Platz und Ressourcen • mitunter geringe Patientenzahl (z. B. in ländlichen Gebieten), sodass die Kosteneffektivität fraglich sein kann • Benötigen evtl. Personal und Ressourcen, die dadurch anderen Diensten fehlen • Unter Umständen nicht vollständig in die allgemeinen Gesundheitsdienste integriert • Bei Verwaltung durch das Justizwesen liegt der Schwerpunkt möglicherweise zu sehr auf der strafrechtlichen Verfolgung und nicht auf der Gesundheit der Frauen • Kostenintensiv im Unterhalt

Es wurden nur vier Studien identifiziert (Derhammer et al., 2000; Crandall et al., 2003; Kim et al., 2009; Sampsel et al., 2009), in denen die Integration von SANE- oder anderen Programmen zur Versorgung bei sexueller Nötigung/Vergewaltigung untersucht wurde. Jede Studie wies zwar Stärken, aber auch klare methodische Einschränkungen auf, darunter geringe Teilnehmerzahlen, geringe Rücklaufquoten und zahlreiche fehlende Daten zu wichtigen Variablen. Drei der Studien wurden in Nordamerika (eine in Kanada und zwei in den USA) und nur eine in einem Land mit mittlerem Einkommen (Südafrika) durchgeführt. In allen Studien wurde eine Vergleichsgruppe herangezogen (Vergleich von Gesundheitsdiensten für Überlebende von sexueller Nötigung/Vergewaltigung vor und nach der Einführung eines neuen Programms). Die Ergebnisse der Studien waren grund-

sätzlich einheitlich und positiv. Sie deuten darauf hin, dass die Integration von Versorgungsprogrammen bei sexueller Nötigung/Vergewaltigung in das Gesundheitswesen dazu führt, dass mehr vergewaltigte Patientinnen potenziell lebenswichtige Gesundheitsleistungen, einschließlich Notfallverhütung, STI-Prophylaxe, HIV-Beratung und HIV-PEP, erhalten und nach der Versorgung eine Weitervermittlung erfolgt. Die Integration von SANEs in das Gesundheitswesen führt nicht immer dazu, dass Krankenpfleger/innen stärker in Untersuchungen nach Vergewaltigung involviert werden. Wo dies jedoch der Fall ist, scheinen SANEs zu einer verbesserten Erfassung forensischer Spuren beizutragen. Die Befunde/Spuren sind für eine erfolgreiche strafrechtliche Verfolgung der Täter häufig erforderlich.

5.2 Von der Evidenz zu den Empfehlungen

Die LEG diskutierte die Evidenz und kam zu dem Schluss, dass es keine Evidenz gibt, die für oder gegen eines der Modelle der Leistungserbringung bei Gewalt in Partnerschaften oder sexueller Nötigung/Vergewaltigung spricht. Es gab auch Evidenz, dass ein Modell, das in einem Umfeld effektiv zu funktionieren schien, bei schneller Einführung an einem anderen Standort nicht zwingend wirksam sein muss. Dies war bei One Stop Crisis Centern der Fall. Daher wurden die Vor- und Nachteile der verschiedenen Modelle zusammengefasst, um Gesundheitspolitiker/innen bei der Entscheidungsfindung unter Berücksichtigung der personellen und finanziellen Ressourcen zu unterstützen (siehe Tabelle 1). Darüber hinaus wurde versucht, die folgenden Fragen zu beantworten, die Gesundheitspolitikern/innen bei der Entscheidungsfindung helfen sollen:

1. „Welche Stärken und Schwächen haben die verschiedenen Modelle (One Stop Center, integrierte Angebote und klar strukturierte Vermittlungsnetzwerke) für die Erbringung von Leistungen für Frauen, die Gewalt in Partnerschaften ausgesetzt waren?“

Stärken und Schwächen sind in Tabelle 1 aufgeführt und sollten ebenso wie die örtliche Infrastruktur, Ressourcen, Kapazitäten und finanzielle Situation berücksichtigt werden. Zudem sind bei der Einrichtung eines Angebotes die erwarteten Fallzahlen zu beachten.

2. „Welche Bereiche des Gesundheitsversorgungssystems (z. B. Notaufnahme, Primärversorgung, Schwangerenvorsorge oder Dienste für sexuelle und reproduktive Gesundheit, HIV-Beratung und -Tests) sind gute Standorte für Interventionen für Frauen, die Gewalt in Partnerschaften oder sexuelle Gewalt erleiden? Erfordern die Standorte unterschiedliche Ansätze?“

An jedem Standort gibt es Vor- und Nachteile. Einige neigen dazu besser für den Umgang mit gesundheitlichen Problemen von Frauen ausgerüstet zu sein als andere. Idealerweise sollten weibliche Betroffene von Gewalt in Partnerschaften identifiziert werden, sobald sie mit Gesundheitsdiensten in Kontakt treten. Allerdings sind die Settings nicht immer für die Erbringung solcher Angebote förderlich. Bei der Einrichtung eines Angebotes sollten Stärken und Schwächen jedes Standorts innerhalb einer Klinik/Einrichtung im Hinblick auf infrastrukturelle Bedingungen, Ressourcen, Kapazitäten und die finanzielle Situation abgewogen werden.

Unabhängig davon, welcher Standort in einer Einrichtung ausgewählt wird, müssen die Mindestanfor-

derungen (siehe Kasten 3, S.44), einschließlich Schulungen und Unterstützung der Mitarbeiter/innen zur angemessenen Umsetzung des Angebots, erfüllt sein.

3. „Welche Patientinnengruppen (z.B. schwangere Frauen, Frauen in der Notaufnahme, Frauen mit psychischen Gesundheitsproblemen, Frauen, die Dienste zur Prävention der Mutter-Kind-Übertragung (PMTCT) oder HIV-Test- und -Beratungsdienste in Anspruch nehmen) profitieren am meisten von Interventionen im Gesundheitswesen?“

Frauen jeder Patientengruppe können Gewalt ausgesetzt sein. Frauen mit ungeklärten Verletzungen, mit Anzeichen oder Symptomen im Zusammenhang mit Depression, PTBS oder anderen Angststörungen (siehe Kasten 1 und Empfehlung 3 auf Seite 21) und Frauen mit erhöhtem Risiko für Gewalterfahrungen, wie Frauen mit psychischen Beschwerden/Erkrankungen oder mit anderen geistigen Beeinträchtigungen, können von der Befragung nach Gewalt profitieren. Gleichermaßen profitieren sie im Bedarfsfall von Zuspruch und der Versorgung der Folgen sexueller Gewalt (sei es durch einen Partner oder durch einen anderen Täter) oder Gewalt in Partnerschaften. Einige Gesundheitseinrichtungen könnten jedoch besser dafür geeignet sein, Gewaltaspekte in ihre Routineversorgung zu integrieren.

4. „Welche Arten von Kontroll-, Beobachtungs- und Qualitätssystemen werden benötigt?“

Eine akkurate Dokumentation ist wichtig, da richtig erfasste, verwaltete und analysierte Daten nicht nur die für die Frauen erbrachten Leistungen verbessern, sondern auch zur Sensibilisierung für die Themen beitragen können. Beispielsweise wäre eine verbesserte Datenerfassung zur Art der Verletzungen und zur Beziehung zwischen Täter und Opfer nützlich. Dabei ist jedoch zu berücksichtigen, dass Gewalt in Partnerschaften keine Krankheit ist, die leicht erkannt und dokumentiert werden kann. Für eine effektive Aufnahme von Indikatoren für Gewalt in Partnerschaften in das Gesundheitsinformationssystem müssen alle Mitarbeiter/innen im Gesundheitswesen geschult und sensibilisiert werden, um entsprechende Fälle in vertraulicher Weise zu dokumentieren, ohne die Betroffenen in Gefahr zu bringen. In Ländern mit hohem Einkommen und gut funktionierenden elektronischen Gesundheitsinformationssystemen ist dies leichter umzusetzen als in Ländern mit niedrigem und mittlerem Einkommen, die papierbasierte Systeme nutzen.

Bei vielen Programmen lagen die wesentlichen Herausforderungen im Monitoring der bereichsübergreifenden Weitervermittlung und der Gewährleistung stets aktueller, korrekter Daten. Mit Hilfe von standardisierten Abläufen, Handlungsanweisungen

KASTEN 3	Mindestanforderungen für den Umgang des Gesundheitswesens mit Gewalt gegen Frauen
Richtlinien und Protokolle	Es müssen lokale Richtlinien und Handlungsanweisungen zur Definition der Rollen und Aufgaben sowie Verfahren für das Erkennen und Behandeln von Überlebenden entwickelt und umgesetzt werden (mit geeigneter Schulung und kontinuierlicher Unterstützung).
Unterstützung durch Führungsebene/Finanzen	Die Unterstützung durch die Führungsebene, häufig in Kombination mit finanzieller Unterstützung, ist vor allem im Hinblick auf die nachhaltige Integration des Themas Gewalt gegen Frauen von großer Bedeutung.
Umfassende Versorgung	Gewährleistung der Bereitstellung aller Elemente medizinischer und juristischer Versorgung entweder durch Anbieter/verbundene Anbieter der Gesundheitsversorgung oder durch die Unterstützung von NGOs oder kommunalen Organisationen (CBOs) oder gemeinschaftlichen Leistungen, die so gestaltet sind, dass möglichst wenige Kontakte erforderlich sind.
Verbindungen zu CBOs/NGOs	Aufbau von Beziehungen mit lokalen NGOs und kommunalen Diensten/Organisationen (CBOs). (Es ist zu beachten, dass die Sicherstellung der Bereitstellung von Diensten zu den Pflichten des Staates gehört und die Sicherstellung deshalb nicht ausschließlich bei NGOs und CBOs liegen darf.)
Sektorübergreifende Zusammenarbeit	Etablierung eindeutiger Handlungsanweisungen, einschließlich der Überweisungspfade für Betroffene zu den von einer Einrichtung oder von verschiedenen Sektoren angebotenen Diensten. Etablierung und Durchführung regelmäßiger (monatlicher) Besprechungen zur Sicherstellung der Koordination.
Informationsmaterial	Sicherstellung der Verfügbarkeit von Informationsmaterial (Poster, Merkblätter und/oder Broschüren).
Kontrolle und Dokumentation	Entwicklung von Systemen, die eine vertrauliche Dokumentation sowie Kontrolle ermöglichen, ohne betroffene Frauen in Gefahr zu bringen.
Beobachtung und Evaluation	Implementierung eines Systems zur Beobachtung und Evaluation, basierend auf lokalen Richtlinien und Verfahren, einschließl. Sicherheitsaspekten.
Unterstützung für Helfende	Unterstützung bereitstellen für die Personen, die die Versorgung leisten.

und Richtlinien, einschließlich regelmäßiger Fallüberprüfungen sowie, wenn möglich, dem Monitoring von Klientinnenerfahrungen kann die Qualität der Versorgung verbessert werden.

5.3 Empfehlungen

34 Die Versorgung von Frauen, die Gewalt in Paarbeziehungen oder sexuelle Nötigung/Vergewaltigung erfahren haben, sollte nach Möglichkeit kein eigenständiges Angebot sein, sondern in bestehende Angebote/Leistungen der Gesundheitsversorgung integriert werden (siehe Kasten 3).

Evidenzqualität: Sehr schwach
Stärke der Empfehlung: Stark

Anmerkung

(a) Ein Programm mit mehreren Komponenten ist zu bevorzugen. Dieses sollte Schulung von

Gesundheitsfachkräften einschließen, um für Faktoren zu sensibilisieren, die Anlass für einen klinischen Verdacht geben, und den Fachkräften zeigt, wie Ersthilfe geleistet wird. Auch ein klarer Überweisungspfad kann die Effektivität verbessern. Die Schulung muss regelmäßig wiederholt werden, um die Wirkung aufrechtzuerhalten (siehe Abschnitt 2, Gewalt in Paarbeziehungen: Erkennen und Versorgen von Betroffenen).

(b) Die langfristige Bereitstellung eigenständiger vertikaler Dienste kann schwierig sein und potenziell schädliche Auswirkungen haben. Es kann beispielsweise die Gefahr bestehen, dass ein bereits unterbesetzter Dienst für psychische Gesundheit weiter geschwächt wird, wenn dieser spezielle Leistungen für Gewaltopfer anbieten muss, anstatt sicherzustellen, dass alle Klienten/innen (einschließlich Überlebende von Gewalt) die bestmögliche Versorgung erhalten.

- c) Die Unterstützung der Betreuer/Fachkräfte und die Möglichkeiten für Debriefings sollten ebenfalls Teil der Reaktion des Gesundheitssystems sein, wobei hierfür zusätzliche personelle Ressourcen benötigt werden. Ebenso ist es wichtig, dass sich Gesundheitsdienste regelmäßig mit Mitarbeitern/innen anderer Organisationen wie Polizisten/innen oder Sozialarbeitern/innen treffen, um sicherzustellen, dass eine angebotsübergreifende Koordination und Kohärenz existiert und Weitervermittlungen effektiv sind.

35 Es bedarf länderspezifischer Modelle für die Versorgung von Betroffenen von Gewalt in Paarbeziehungen und sexueller Nötigung/Vergewaltigung auf den verschiedenen Ebenen des Gesundheitswesens (siehe Tabelle 1 auf Seite 42). Die Priorität sollte jedoch auf der Bereitstellung von Schulungen und Versorgungsangeboten in der primären Gesundheitsversorgung liegen.

Evidenzqualität: Sehr schwach

Stärke der Empfehlung: Stark

36 Auf Bezirks- oder Kreisebene sollte zu jeder Tages- und Nachtzeit eine Gesundheitsfachkraft (Krankenpfleger/in, Arzt/Ärztin oder entsprechend qualifiziertes Personal) verfügbar sein (vor Ort oder in Rufbereitschaft), die in der geschlechtssensiblen Untersuchung und Versorgung nach sexueller Nötigung/Vergewaltigung geschult ist.

Evidenzqualität: Sehr schwach

Stärke der Empfehlung: Eingeschränkt

5.4 Allgemeine Anmerkungen

- (a) Bis weitere Evidenz verfügbar ist, müssen Länder mehrere (verschiedene) Modelle zur Bereitstellung der Versorgung haben. Diese sollten jedoch überprüft werden, um festzustellen, welche Ansätze am besten funktionieren und am kosteneffektivsten sind.
- (b) One Stop Centre sollten, wenn sie eine geeignete Lösung darstellen, idealerweise innerhalb von Gesundheitseinrichtungen positioniert werden, in denen bei der Versorgung nicht die rechtlichen Ergebnisse, sondern die Gesundheit der Frau im Vordergrund stehen. Sie scheinen sich am besten für Gebiete mit hoher Bevölkerungsdichte zu eignen, während in ländlichen Gebieten integrierte Dienste in einer oder in mehreren Einrichtungen der Gesundheitsversorgung kosteneffektiver sein können.
- (c) Unabhängig vom verwendeten Modell sollte das Ziel stets sein, die Zahl der Angebote und Fachkräfte zu reduzieren, die eine Frau kontaktieren (und denen sie das Erlebte schildern) muss. Ebenso ist Ziel, den Zugang zu erforderlichen

Diensten auf eine Art und Weise zu ermöglichen, die ihre Würde und ihren Anspruch auf Vertraulichkeit respektiert und die Sicherheit der Frau in den Vordergrund stellt.

- (d) Gewalt gegen Frauen stellt auch eine Verletzung der Menschenrechte der Frau dar. Richtlinien und Gesetze müssen überprüft werden, um sicherzustellen, dass Frauen nicht diskriminiert werden und dass Gewalttaten angemessen bestraft werden (einschließlich derer, die innerhalb des Hauses stattfinden).

6. Meldepflicht bei Gewalt in Paarbeziehungen

Es wurde Evidenz für die folgende Frage gesucht: „Welche Auswirkungen hat eine Pflicht zur polizeilichen Meldung von Gewalt in Paarbeziehungen für Frauen und ihre Kinder?“.

6.1 Zusammenfassung der Evidenz

Es wurden insgesamt 23 Studien überprüft, von denen jedoch nur zwei (Sachs et al., 1998; Glass et al., 2001) darauf ausgelegt waren, die Auswirkungen der Meldepflicht quantitativ zu messen. In fünf Studien (Tilden et al., 1994; Rodriguez et al., 1998; Gerbert et al., 1999; Feldhaus et al., 2003; Smith et al., 2008) wurde versucht, die Ansichten der Gesundheitsfachkräfte zu ermitteln, und 16 Studien versuchten, die Sichtweise von Frauen festzustellen.

Zwei Studien untersuchten die Auswirkungen von verabschiedeten Gesetzen zur Meldepflicht bei Gewalt in Paarbeziehungen quantitativ. Eine dieser Studien (Sachs et al., 1998), in der die Auswirkung einer Meldepflicht für Gesundheitsfachkräfte bei Gewalt in Paarbeziehungen auf Polizeieinsätze in medizinischen Einrichtungen untersucht wurde, ergab keinen signifikanten Einfluss der Meldepflicht auf die Anzahl der Polizeieinsätze in den Einrichtungen. In einer anderen US-amerikanischen Studie wurden die Patientenakten von 36 akut misshandelten Patientinnen untersucht. Dabei wurde festgestellt, dass die Meldung eines Falls bei der Polizei die am konsequentesten dokumentierte Intervention bei Gewalt in Paarbeziehungen war. Allerdings wurde nur jeder vierte Fall an lokale Ressourcen für häusliche Gewalt wie Zufluchtseinrichtungen oder Hotlines verwiesen.

In den übrigen Studien wurde versucht, die Perspektive von Gesundheitsfachkräften und von Frauen auf die Auswirkungen einer gesetzlichen Meldepflicht zu erfassen sowie hinderliche und förderliche Faktoren für die Erfüllung einer Meldepflicht festzustellen. Aus Sicht der Gesundheitsfachkräfte liegen die Vorteile der Meldepflicht unter anderem in einer verbesserten Erfassung von Daten, der effektiveren strafrechtlichen Verfolgung der Täter und der erhöhten Handlungsbereitschaft der Ärzte/innen.

Bedenken, die Gesundheitsfachkräfte äußerten, waren u.a. der zeitliche Aufwand und der Ressourcenbedarf, dass Frauen entmutigt werden, Informationen preiszugeben, eine Beeinträchtigung der Vertraulichkeit und Selbstbestimmung, das Risiko von Racheakten und Folgen erfolgloser strafrechtlicher Verfolgungen.

Aus Sicht der Frauen gab es folgende Vorteile: Möglichkeit, Hilfe zu erhalten, ohne selbst für die Anzeigeerstattung verantwortlich zu sein und sich dadurch weniger allein und schuldig zu fühlen, Aufzeigen der Ernsthaftigkeit von Misshandlung gegenüber dem Partner und eine potentiell positive Interaktion mit der Polizei, bei der der Vorfall aufgezeichnet wird und zukünftig verwendet werden kann.

Zu den Befürchtungen der Frauen gehörten die Angst vor Racheakten, davor, dass ihnen die Kinder weggenommen werden, vor dem Kontakt mit einem/r Sozialarbeiter/in oder anderen Amtspersonen, davor, vom Gesundheitssystem zum Opfer gemacht zu werden, sowie Angst vor einer Beeinträchtigung ihrer Selbstbestimmung und der Vertraulichkeit. Frauen befürchteten auch, dass sie als Konsequenz der Meldung für entstandene Kosten aufkommen müssen.

Während sich einige Frauen für eine Meldepflicht aussprachen, scheinen ebenso viele Frauen dagegen zu sein. Insbesondere Frauen mit Gewalterfahrungen scheinen gegen eine Meldepflicht zu sein - vor allem, wenn die Polizei hinzugezogen wird. Die Studienteilnehmerinnen empfahlen, die Entscheidung der Frau zu überlassen, und waren der Ansicht, dass die Sicherheit der Frau und die ihrer Kinder höchste Priorität haben sollte.

Zudem sollte der Schwerpunkt der Versorgung auf der Gesundheit der Opfer, auch durch Beratung, liegen. Wenn eine Schutzanordnung/Näherungsverbot vorliegt und die Frau vom gewaltausübenden Partner zum Termin begleitet wird, sollten die zuständigen Behörden benachrichtigt werden.

6.2 Von der Evidenz zu den Empfehlungen

Die Evidenz unterstützt die Pflicht zur Meldung von Gewalt in Paarbeziehungen bei der Polizei nicht, da dies die Selbstbestimmung und Entscheidungsfindung von Frauen beeinträchtigen kann.¹ Während einige Frauen mögliche Vorteile darin sehen, wenn ihnen die Einleitung rechtlicher Schritte abgenommen wird, scheint dies von misshandelten Frauen nicht geteilt zu werden. Es ist wichtig zu beachten, dass Un-

terschiede zwischen einer gesetzlichen Meldepflicht und Berufspflichten/Verhaltensregeln für Mitarbeiter/innen im Gesundheitswesen bestehen, die Vertraulichkeit und das Prinzip des „Nicht-Schaden-Wollens“ vorschreiben. Gesundheitsfachkräfte müssen ihre rechtlichen Pflichten (falls vorhanden) ebenso wie ihre beruflichen Verhaltenskodizes kennen, um sicherzustellen, dass Frauen gegebenenfalls vollständig über die ihnen zur Verfügung stehenden Optionen und die Grenzen der Vertraulichkeit aufgeklärt werden.

6.3 Empfehlungen

37 Eine Pflicht zur Meldung bei der Polizei durch Mitarbeiter/innen der Gesundheitsversorgung wird nicht empfohlen. Wenn die Betroffene es wünscht und sie ihre Rechte kennt, sollten Gesundheitsfachkräfte jedoch anbieten, den Vorfall bei den zuständigen Behörden (einschließlich Polizei) zu melden.

Evidenzqualität: Sehr schwach

Stärke der Empfehlung: Stark

38 Die Misshandlung von Kindern und lebensbedrohliche Vorfälle müssen von Gesundheitsfachkräften bei den zuständigen Behörden gemeldet werden, wenn dies gesetzlich vorgeschrieben ist.

Evidenzqualität: Sehr schwach

Stärke der Empfehlung: Stark

- a) Es wird jedoch darauf hingewiesen, dass zunehmend Übereinstimmung darüber herrscht, dass Kinder und ihre Familien in Ländern, in denen eine gesetzliche Meldepflicht bei Kindesmisshandlung besteht, besseren Zugang zu Diensten erhalten sollten, die Vertraulichkeit zusichern und auf freiwilliger Basis Unterstützung bieten.
- b) Darüber hinaus ist der Nutzen der Meldepflicht besonders in jenen Kontexten fraglich, in denen kein funktionierendes Rechts- oder Kinderschutzsystem existiert, das auf die Meldung reagiert.²

6.4 Allgemeine Anmerkung

- (a) Die Frage der Meldepflicht hängt eng mit dem Thema Kinderschutz zusammen (was den Umfang dieser Leitlinien überschreitet).

¹ Diese unterscheidet sich von der Meldung von Kindern, die möglicherweise Gewalt im Hause ausgesetzt sind, bei Behörden der Kinder- und Jugendhilfe.

² Butchart, A., Harvey, A., Mian, M., Furniss, T. (2006). *Preventing child maltreatment: a guide to taking action and generating evidence*. Genf, Weltgesundheitsorganisation.

Im Internet einzusehen unter: http://www.who.int/violence_injury_prevention/publications/violence/child_maltreatment/en/index.html

Forschungsbedarf

Die LEG identifizierte wesentliche Wissenslücken, die durch Forschung geschlossen werden müssen.

Im Allgemeinen beruhen viele Empfehlungen in diesen Leitlinien auf Evidenz, deren Qualität als „sehr schwach“ oder „schwach“ eingestuft wurde, was weiteren Forschungsbedarf anzeigt. Selbst in einigen Bereichen, in denen Evidenz von besserer Qualität verfügbar war, deckte die Forschungsevidenz nicht alle Aspekte ab.

Erkannte Forschungslücken

Die LEG identifizierte die im Folgenden aufgeführten Forschungslücken. Sie wurden auf der Tagung besprochen und im Rahmen der Überprüfung des Entwurfs festgelegt, stellen jedoch keine umfassende Beurteilung von Forschungslücken dar.

Erkennen von Gewalt in Paarbeziehungen

- Beurteilung der klinischen Wirksamkeit und Kosteneffektivität des Fragens nach Gewalterfahrungen im Verdachtsfall/klinischen Nachfragens im Vergleich zu einem generellen Screening. Zu prüfen sind Ergebnisse in verschiedenen Kontexten (Hausarztpraxis/Primärversorgung, Schwangerenvorsorge, Familienplanung, Traumastationen und Notaufnahme, Kliniken für HIV-Tests und -Beratung, Suchtkliniken und psychische Gesundheitsfürsorge) und in unterschiedlichen Bevölkerungsgruppen.
- Der Einfluss von Gewalt in Paarbeziehungen (einschließlich Nötigung) auf reproduktive Entscheidungen und die reproduktive Gesundheit muss untersucht werden.

Gewalt in Paarbeziehungen: Versorgen von Betroffenen

Psychologische Interventionen und Interventionen im Bereich psychische Gesundheit

- Es bedarf Untersuchungen mit ausreichender statistischer Aussagekraft, um die Wirksamkeit verschiedener psychologischer Interventionen/Therapien für weibliche Betroffene von Gewalt in Paarbeziehungen in unterschiedlichen

Kontexten, einschließlich Primärversorgung und Notaufnahmen, zu beurteilen.

- Der Einfluss von Selbsthilfegruppen, insbesondere in Gebieten, in denen Probleme häufig in der Gemeinschaft behandelt werden, sollte erforscht werden.

Fachberatung/Unterstützung/Empowerment-Interventionen

- Die Umsetzbarkeit, Art der Bereitstellung und Wirksamkeit von Fachberatung/Unterstützung und Empowerment-Sitzungen von mittlerer Intensität, die in Ländern mit hohem Einkommen eine gewisse Wirksamkeit gezeigt haben (siehe Abschnitt 2.2.2) muss in ressourcenarmen Ländern getestet werden.
- Die Wirksamkeit von Fachberatung/Unterstützung muss in Ländern mit hohem Einkommen in Situationen außerhalb der Schwangerenvorsorge geprüft werden, wobei die Gewährleistung von Sicherheit für die Frauen oberste Priorität haben muss.

Mutter-Kind-Interventionen

- Gewalt in Paarbeziehungen wird häufig intergenerational übertragen. Es werden Interventionsprogramme benötigt, um diese Übertragung zu verhindern. Es besteht ein Mangel an Studien zur Versorgung von Müttern und Kindern, die Gewalt in Paarbeziehungen ausgesetzt sind, insbesondere in Ländern mit niedrigem Einkommen.
- Es sollten Studien zu Hausbesuchen (wie sie bei Kindesmisshandlung erfolgen) durchgeführt werden, in denen ein Schwerpunkt auf Frauen liegt, die Gewalt in Paarbeziehungen ausgesetzt sind und in denen diese Gewalt als primäre Größe gemessen wird.
- Mutter-Kind-Interventionen, die sich in Ländern mit hohem Einkommen als wirksam gezeigt haben, müssen in ressourcenarmen Ländern getestet werden, wobei Alternativen zu intensiver Psychotherapie ermittelt und weiter erforscht werden müssen.

Schutzräume

- Optionen für sichere Schutzräume sollten insbesondere in Ländern mit geringen Ressourcen untersucht werden.

Gewalt in Partnerschaften und sexuelle Nötigung/Vergewaltigung: Klinische Versorgung von Überlebenden

Psychologische Interventionen und Interventionen im Bereich psychische Gesundheit

- Es besteht Forschungsbedarf zu psychologischen Interventionen für weibliche Überlebende von Vergewaltigung, die:
 - eine Datenanalyse für die Untergruppe der Überlebenden von Vergewaltigung ermöglichen. Relevant ist dies für Studien, die verschiedene Gruppen von Traumaüberlebenden einschließen.
 - Komorbiditäten berücksichtigen, da diese bei Überlebenden von Vergewaltigung häufig auftreten.
- Die Durchführung von KVT durch nicht spezialisierte Fachkräfte und die Modalitäten der Bereitstellung der KVT in unterschiedlichen Kontexten müssen untersucht werden.

HIV-Postexpositionsprophylaxe

- Verschiedene Interventionen zur Förderung der Therapietreue zur HIV-PEP sollten wissenschaftlich untersucht werden. Dabei sollten die Auswirkungen verschiedener Modalitäten zur Bereitstellung der PEP berücksichtigt werden (z. B. Startpaket mit Rationen für eine Woche im Vergleich zu 28 Tagen beim ersten Kontakt).

Postexpositionsprophylaxe gegen sexuell übertragbare Infektionen

- Trichomoniasis ist nicht lebensbedrohlich und die Behandlung ist für die Patientin unangenehm. Daher würde eine randomisiert-kontrollierte Studie zur Ermittlung, ob die Behandlung von Trichomoniasis zu einer erhöhten Therapietreue bei anderen Medikamenten führt, nützliche Informationen bieten.
- In einer vergleichenden Studie sollte die prophylaktische Behandlung von STI (außer Hepatitis B) mit der Behandlung nach einem positiven Test auf STI im Hinblick auf Wirksamkeit und Kosteneffektivität überprüft werden.

Gewalt in Partnerschaften und sexuelle Gewalt: Schulung von Gesundheitsfachkräften

- Es sollte erforscht werden, welchen inhaltlichen und zeitlichen Umfang Schulungen zu Gewalt in Partnerschaften und sexueller Gewalt mindestens aufweisen müssen, damit Gesundheitsfachkräfte ihre Kenntnisse und Fähigkeiten erweitern können.
- In Ländern mit niedrigem und mittlerem Einkommen sollten kosteneffektive Methoden zur internen Schulung (wie z.B. Weiterbildungsmaßnahmen) im Hinblick auf eine dauerhafte Änderung des Verhaltens der Gesundheitsfachkräfte untersucht werden.

Gesundheitspolitik und Gesundheitsversorgung

- Alle Programme zur Leistungserbringung sollten unabhängig von deren Erfolg umfassend evaluiert werden, um ihre Anwendbarkeit in anderen Kontexten zu klären.
- Angesichts der begrenzten Forschung zu den Auswirkungen der Integration von SANE- und anderen Programmen zur Unterstützung nach sexueller Nötigung/Vergewaltigung in das Gesundheitswesen wird empfohlen, die Forschung zu SANE-Programmen auszuweiten, insbesondere in Ländern mit niedrigem und mittlerem Einkommen.
- Standard-Versorgungsmodelle (beispielsweise für chronische Erkrankungen) könnten im Hinblick auf eine Anpassung oder Übertragbarkeit für die Versorgung von Überlebenden von Gewalt in Partnerschaften und/oder Vergewaltigung untersucht werden.
- Es sollten Studien durchgeführt werden, die sich speziell mit dem Erbringen von Versorgungsangeboten für Jugendliche befassen, die Gewalt ausgesetzt waren.

Meldepflicht bei Gewalt in Partnerschaften

- Es sind weitere Studien erforderlich, um zu ermitteln, wie die Vernetzung von Gesundheitsdiensten für von Gewalt in der Partnerschaft betroffene Frauen mit der Polizei und mit den Kinderschutzdiensten optimiert werden kann.

Verbreitung und Umsetzung der Leitlinien

Das oberste Ziel dieser Leitlinien ist die Verbesserung der Versorgungsqualität und der gesundheitlichen Ergebnisse in Bezug auf Gewalt gegen Frauen. Daher ist die Verbreitung und Umsetzung der Leitlinien durch die internationale Gemeinschaft, Gesundheitsministerien und regionale Gesundheitsdienste von entscheidender Bedeutung. Zur Verbreitung, Anpassung und Umsetzung der Leitlinien hat das RHR ein formelles Rahmenkonzept „Wissen-zum-Handeln“ verabschiedet. Neben diesem Rahmenkonzept wird eine Liste von vorrangigen Maßnahmen erstellt, um die WHO und andere Partner bei der Verbreitung und Umsetzung zu unterstützen.

Verbreitung der Leitlinien

Die Empfehlungen in diesen Leitlinien werden über ein umfassendes Netzwerk internationaler Partner, einschließlich Länder- und Regionalbüros der WHO, Gesundheitsministerien, WHO-Kollaborationszentren, Fachverbänden, anderen Organisationen der Vereinten Nationen, insbesondere UNFPA und UN Women, und NGOs verbreitet. Sie werden auch zusammen mit einer unabhängigen Rezension auf der Website der WHO und in der WHO-Bibliothek für reproduktive Gesundheit veröffentlicht. Darüber hinaus wird ein Grundsatzpapier für Gesundheitspolitiker/innen, programmleitende oder -koordinierende Personen sowie Gesundheitsfachkräfte entwickelt und über die Länderbüros der WHO und deren Partner verbreitet.

Auf Grundlage der Empfehlungen in diesen Leitlinien werden ein klinisches Handbuch für Gesundheitsfachkräfte und Anbieter von Gesundheitsleistungen sowie Grundsatzpapiere für Gesundheitspolitiker/innen erstellt.

Umsetzung der Leitlinien

Die erfolgreiche Integration evidenzbasierter Leitlinien in Bezug auf Gewalt gegen Frauen in nationale Programme und Gesundheitsdienste erfordert sorgfältig geplante, durch partizipative Entscheidungsfindung entwickelte Adaptionen- und Umsetzungsprozesse. Dazu kann auch die Entwicklung oder Überarbeitung vorhandener nationaler Richtlinien oder Protokolle gehören.

Die Empfehlungen in diesen Leitlinien sollten in ein regionalspezifisches Dokument integriert werden, das den Anforderungen des jeweiligen Landes und Gesundheitsdienstes entspricht und die verfügbaren finanziellen und personellen Ressourcen berücksichtigt. Dies bezieht sich auch auf nationale Richtlinien sowie örtliche klinische Empfehlungen. In diesem Kontext können Änderungen erfolgen, soweit eingeschränkte Empfehlungen berührt werden. Die Änderungen müssen ausdrücklich und nachvollziehbar begründet werden.

Darüber hinaus sollte ein Rahmenkonzept erstellt werden, um sicherzustellen, dass ein förderliches Umfeld zur Umsetzung dieser Empfehlungen geschaffen wird und Gesundheitsfachkräfte in der Anwendung evidenzbasierter Praktiken unterstützt werden. Bei diesem Prozess haben auch die lokalen Berufsverbände eine wichtige Rolle, und es sollte ein ganzheitlicher, partizipatorischer Prozess gefördert werden.

Überprüfung und Evaluation der Umsetzung der Leitlinien

Idealerweise sollte die Umsetzung der Empfehlungen auf der Ebene der Gesundheitseinrichtungen überprüft werden. Unterbrochene Zeitreihen klinischer Audits oder kriterienbasierte klinische Audits können eingesetzt werden, um relevante Daten im Hinblick auf Änderungen in der Versorgung von weiblichen Betroffenen von Gewalt zu erhalten. Es sind klar definierte Review-Kriterien und Überprüfungs- und Bewertungsindikatoren erforderlich, die mit regional vereinbarten Zielen verknüpft werden können. In diesem Zusammenhang bietet *Violence against women and girls: a compendium of monitoring and evaluation indicators* von *Measure Evaluation* eine umfassende Liste von Indikatoren, die für Gesundheitsprogramme im Bereich Gewalt gegen Frauen und Mädchen berücksichtigt werden können (Bloom, 2005). Im Folgenden werden einige Indikatoren vorgeschlagen. Bei der endgültigen Auswahl sollte die Messbarkeit und Umsetzbarkeit berücksichtigt werden.

- Anzahl der medizinischen Fakultäten und Schulen für Gesundheitsfachberufe, die obligatorische grundständige und postgraduale Kurse zu Gewalt in Paarbeziehungen und sexueller Gewalt eingeführt haben.
- Anzahl der Staaten, in denen Leitlinien für die Primärversorgung bei Gewalt in Paarbeziehungen/sexueller Gewalt erstellt werden. Anzahl der Staaten, in denen Änderungen von nationalen Leitlinien/Versorgungsleitlinien gemäß den WHO-Leitlinien erfolgen.
- Anteil der Gesundheitsfachkräfte, die geschult sind zu den Themen: Prävalenz und gesundheitliche Folgen von Gewalt in Paarbeziehungen, Ersthilfe/einfühlsame Versorgung und verfügbare lokale Unterstützungsangebote.
- Anteil der weiblichen Betroffenen von Gewalt in Paarbeziehungen, die im Rahmen des Erstkontakts mit Gesundheitsfachkräften (emotionale) Ersthilfe erhalten haben, nachdem sie sich anvertraut haben.
- Anteil der weiblichen Betroffenen von Gewalt in Paarbeziehungen, die im Rahmen des Erstkontakts mit Gesundheitsfachkräften, nachdem sie sich anvertraut haben, ein Danger Assessment¹ (Gefährdungseinschätzung) erhalten haben.
- Anteil der Frauen, die innerhalb von 72 Stunden nach einer Vergewaltigung gesundheitliche Versorgung in Anspruch genommen und Notfallverhütung, HIV-PEP und eine psychologische Ersthilfe erhalten haben.
- Anteil der Gesundheitsdienste, die eine Überprüfung aller Richtlinien, Protokolle und Verfahren ihrer Institution bzw. Einrichtung durchgeführt haben, die Auswirkungen auf den Umgang mit Gewalt gegen Frauen haben. Dazu gehören: Privatsphäre und Vertraulichkeit innerhalb der klinischen Praxis, personelle Ressourcen, angebotene Schulungen und im Rahmen der Schulungen erkannte Lücken sowie materielle Ressourcen (verteilte schriftliche Richtlinien und Handlungsanleitungen).

¹ Das Danger Assessment ist ein Instrument zur Ermittlung, wie groß die Gefahr für eine misshandelte Frau ist, durch ihren Beziehungspartner getötet zu werden. Es wurde noch nicht in Ländern mit niedrigem und mittlerem Einkommen getestet. Für weitere Informationen siehe <http://www.dangerassessment.org/About.aspx>

Aktualisierung der Leitlinien

Diese Leitlinien werden in fünf Jahren oder bei Vorliegen neuer Evidenz, aus der sich Bedarf für eine Änderung der Empfehlungen ergibt, aktualisiert. Die WHO nimmt Vorschläge für weitere Fragen, die in zukünftige Versionen der Leitlinien aufgenommen werden, gerne entgegen. Bitte senden Sie Ihre Vorschläge per E-Mail an Dr. Claudia García-Moreno: garciamorenoc@who.int

Anhang

I. Referenzen

Hintergrund

Ansara, D. L.; Hindin, M. J.; Formal and informal help-seeking associated with women's and men's experiences of intimate partner violence in Canada. *Social Science and Medicine*, 2010. 70:1011–1018

AuCoin, K.; Family violence in Canada: a statistical profile. Ottawa, Statistics Canada, 2005

Black, C. M.; Intimate partner violence and adverse health consequences: implications for clinicians. *American Journal of Lifestyle Medicine*, 2001. 5:428–439

Bott, S. et al.; Violence against women in Latin America and Caribbean: a comparative analysis of population-based data from 12 countries. Washington, PAHO, 2012

Campbell, J.; García-Moreno, C.; Sharps, P.; Abuse during pregnancy in industrialized and developing countries. *Violence Against Women* 2004. 10(7):770–789

Ellsberg, M. et al.; Intimate partner violence and women's physical and mental health in the WHO multi-country study on women's health and domestic violence: an observational study. *The Lancet*, 2008. 371(9619):1165–1172

Feder, G. S. et al.; Women exposed to intimate partner violence: expectations and experiences when they encounter health care professionals: a meta-analysis of qualitative studies. *Archives of Internal Medicine*, 2006. 166:22–37

García-Moreno, C. et al.; WHO multi-country study on women's health and domestic violence against women: initial results on prevalence, health outcomes and women's responses. Genf, Weltgesundheitsorganisation, 2005

Taket, A. et al.; Routinely asking women about domestic violence in health settings. *British Medical Journal*, 2003. 327(7416):673–676

Tjaden, P.; Thoennes, N.; Full report of the prevalence, incidence, and consequences of violence against women. Findings from the National Violence Against Women Survey. Washington, D.C., National Institute of Justice, 2000

Walby, S.; Allen, J.; Domestic violence, sexual assault and stalking: findings from the British Crime Survey. London, Home Office, 2004. (Home Office Research Study 276)

Weltgesundheitsorganisation, Guidelines for medico-legal care of sexual violence survivors. Genf, Weltgesundheitsorganisation, 2002. http://www.who.int/violence_injury_prevention/publications/violence/med_leg_guidelines/en/, aufgerufen am 10. April 2013

WHO/UNHCR/UNFPA, Clinical management of rape survivors. E-Learning-Programm. Genf, WHO/UNHCR/UNFPA, 2009. <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/emergencies/9789241598576/en/>, aufgerufen am 10. April 2013

Methoden

Schünemann, H.; Brozek, J.; Oxman, A. (Hrsg.); GRADE handbook for grading quality of evidence and strength of recommendation. Version 3.2 (aktualisiert im März 2009), The GRADE Working Group, 2009. http://www.who.int/hiv/topics/mtct/grade_handbook.pdf, aufgerufen am 12. April 2013

Weltgesundheitsorganisation, Expert meeting on health-sector responses to violence against women, 17–19 März 2009. Genf, Schweiz. Genf, Weltgesundheitsorganisation, 2010a. <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/9789241500630/en/>, aufgerufen am 10. April 2013

Weltgesundheitsorganisation, Guidelines development handbook, Genf, Weltgesundheitsorganisation, 2010b

Weltgesundheitsorganisation, mhGAP intervention guide for mental, neurological and substance use disorders in non-specialized health settings. Genf, Weltgesundheitsorganisation, 2010c. http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241548069_eng.pdf

Evidenz und Empfehlungen

1. Frauenzentrierte Versorgung

Weltgesundheitsorganisation, Psychological first aid. Genf, Weltgesundheitsorganisation, 2011. http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241548205_eng.pdf, aufgerufen am 10. April 2011

2. Gewalt in Partnerschaften: Erkennen und Versorgung von Betroffenen

2.1 Erkennen von Gewalt in Partnerschaften

Ahmad, F. et al.; Computer-assisted screening for intimate partner violence and control: a randomized trial. *Annals of Internal Medicine*, 2009. 151(2):93–102

Bacchus, L. J. et al.; Evaluation of a domestic violence intervention in the maternity and sexual health services of a UK hospital. *Reproductive Health Matters*, 2010. 18(36):147–157

Feder, G. et al.; How far does screening women for domestic (partner) violence in different health-care settings meet criteria for a screening programme? Systematic reviews of nine UK National Screening Committee criteria. *Health Technology Assessment*, 2009. 13(16)

Humphreys, J. et al.; Increasing discussions of intimate partner violence in prenatal care using video doctor plus provider cueing: a randomized, controlled trial. *Women's Health Issues*, 2011. 21(2):136–144

Klevens, J. et al.; Effect of screening for partner violence on women's quality of life: a randomized controlled trial. *The Journal of the American Medical Association*, 2012. 308(7):681–689

Koziol-McLain, J. et al.; A randomized controlled trial of a brief emergency department intimate partner violence screening intervention. *Annals of Emergency Medicine*, 2010. 56(4):413–423

MacMillan, H. L. et al.; McMaster Violence Against Women Research Group. Screening for intimate partner violence in health care settings: a randomized trial. *The Journal of the American Medical Association*, 2009. 302:493–501

Rhodes, K. V. et al.; Lowering the threshold for discussions of domestic violence: a randomized controlled trial of computer screening. *Archives of Internal Medicine*, 2006; 166(10):1107–1114

2.2 Versorgung von Betroffenen von Gewalt in Partnerschaften

Dua, T. et al.; Evidence-based guidelines for mental, neurological, and substance use disorders in low- and middle-income countries: summary of WHO recommendations. *PLoS Medicine*, 2011. 8(11):e1001122

Kiely, M. et al.; An integrated intervention to reduce intimate partner violence in pregnancy. *Obstetrics and Gynecology*, 2010. 115:273–283

Ramsay, J. et al.; Interventions to reduce violence and promote the physical and psychosocial well-being of women who experience partner abuse: a systematic review. London, Department of Health, 2006

Sadowski, L.; Casteel, C.; Intimate partner violence towards women. *Clinical Evidence (Online)*, 2010. Feb 24, pii:1013

2.2.1 Interventionen im Bereich psychische Gesundheit

Bisson, J. et al.; Psychological treatments for chronic post-traumatic stress disorder: systematic review and meta-analysis. *British Journal of Psychiatry*, 2007. 10(1):16–23

Gilbert, L. et al.; An integrated relapse prevention and relationship safety intervention for women on methadone: testing short-term effects on intimate partner violence and substance use. *Violence and Victims*, 2006. 21(5):657–672

Howard, L. M.; Trevillion, K.; Agnew-Davies, R.; Domestic violence and mental health. *International Review of Psychiatry*, 2010. 22(5):525–534

Kiely, M. et al.; An integrated intervention to reduce intimate partner violence in pregnancy. *Obstetrics and Gynecology*, 2010. 115:273–283

Kubany, E. S.; Hill, E. E.; Owens, J. A.; Cognitive trauma therapy for battered women with PTSD: preliminary findings. *Journal of Trauma and Stress*, 2003. 16(1):81–91

Kubany, E. S. et al.; Cognitive trauma therapy for battered women with PTSD (CTT-BW). *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 2004. 72(1):3–18

- Lieberman A. F.; Van, H. P.; Ippen, C. G.; Toward evidence-based treatment: child-parent psychotherapy with preschoolers exposed to marital violence. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 2005. 44(12):1241–1248
- Lieberman, A. F.; Ghosh, I. C.; Van, H. P.; Child-parent psychotherapy: 6-month follow-up of a randomized controlled trial. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 2006. 45(8):913–918
- Weltgesundheitsorganisation, mhGAP intervention guide for mental, neurological and substance use disorders in non-specialized health settings. Genf, Weltgesundheitsorganisation, 2010. http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241548069_eng.pdf
- Zlotnick, C.; Capezza, N.; Parker, D; An interpersonally based intervention for low-income pregnant women with intimate partner violence: a pilot study. *Archives of Women's Mental Health*, 2011. 14(1):55–65
- 2.2.2 Fachberatung/Empowerment-Interventionen**
- Bair-Merritt, M. H. et al.; Reducing maternal intimate partner violence after the birth of a child: a randomized controlled trial of the Hawaii Healthy Start Home Visitation Program. *Archives of Pediatric and Adolescent Medicine*, 2010. 164:16–23
- Constantino, R.; Kim, Y.; Crane, P. A.; Effects of a social support intervention on health outcomes in residents of a domestic violence shelter: a pilot study. *Issues in Mental Health Nursing*, 2005. 26(6):575–590
- Cripe, S. W. et al.; Intimate partner violence during pregnancy: a pilot intervention program in Lima, Peru. *Journal of Interpersonal Violence*, 2010. 25:2054–2076
- Gillum, T. L.; Sun, C. J.; Woods, A. B.; Can a health clinic-based intervention increase safety in abused women: results from a pilot study. *Journal of Women's Health*, 2009. 8(8):1259–1264
- Humphreys, J. et al.; Increasing discussions of intimate partner violence in prenatal care using video doctor plus provider cueing: a randomized, controlled trial. *Women's Health Issues*, 2011. 21(2):136–144
- Kiely, M. et al.; An integrated intervention to reduce intimate partner violence in pregnancy. *Obstetrics and Gynecology*, 2010. 115:273–283
- McFarlane, J.; Soeken, K.; Wiist, W.; An evaluation of interventions to decrease intimate partner violence to pregnant women. *Public Health Nursing*, 2000. 17(6):443–451
- McFarlane, J. et al.; Secondary prevention of intimate partner violence: a randomized controlled trial. *Nursing Research*, 2006. 5(1):52–61
- Ramsay, J. et al.; Advocacy interventions to reduce or eliminate violence and promote the physical and psychosocial well-being of women who experience intimate partner abuse. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2009. (3):CD005043
- Sullivan, C. M.; Bybee, D.; Allen, N.; Findings from a community based program for battered women and their children. *Journal of Interpersonal Violence*, 2002. 17:915–936
- Taft, A. J. et al.; Mothers's Advocates in the Community (MOSAIC) – non-professional mentor support to reduce intimate partner violence and depression in mothers: a cluster randomized trial in primary care. *BMC Public Health*, 2011. 11:178–187
- Tiwari, A. et al.; A randomized controlled trial of empowerment training for Chinese abused pregnant women in Hong Kong. *An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 2005. 112(9):1249–1256
- Tiwari, A. et al.; Effect of an advocacy intervention on mental health in Chinese women survivors of intimate partner violence: a randomized controlled trial. *The Journal of the American Medical Association*, 2010a. 304(5):536–543
- Tiwari, A. et al.; Effectiveness of an empowerment intervention in abused Chinese women, Hong Kong. *Hong Kong Medical Journal*, 2010b. 16(3):33–37
- 2.2.3 Mutter-Kind-Interventionen**
- Bair-Merritt, M. H. et al.; Reducing maternal intimate partner violence after the birth of a child: a randomized controlled trial of the Hawaii Healthy Start Home Visitation Program. *Archives of Pediatric and Adolescent Medicine*, 2010. 164:16–23
- Cohen, J.; Mannarino, A. P.; Iyengar, S.; Community treatment of posttraumatic stress disorder for children exposed to intimate partner violence. A randomized controlled trial. *Archives of Pediatric and Adolescent Medicine*, 2011. 165(1):16–21
- Jouriles, E. N. et al.; Reducing conduct problems among children of battered women. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 2001. 9(5):774–785

McFarlane, J. et al.; Secondary prevention of intimate partner violence: a randomized controlled trial. *Nursing Research*, 2006. 5(1):52–61

Lieberman, A. F.; Van, H. P.; Ippen, C. G.; Toward evidence-based treatment: child-parent psychotherapy with pre-schoolers exposed to marital violence. *Journal of the American Academy of Child Adolescent Psychiatry*, 2005. 4(12):1241–124

Lieberman, A. F.; Ghosh, I. C.; Van, H. P.; Child-parent psychotherapy: 6-month follow-up of a randomized controlled trial. *Journal of the American Academy of Child Adolescent Psychiatry*, 2006. 45(8):913–918

Sullivan, C. M.; Bybee, D.; Allen, N.; Findings from a community based program for battered women and their children. *Journal of Interpersonal Violence*, 2002. 17:915–936

2.2.4 Andere Interventionen

Franzblau, S. H. et al.; A preliminary investigation of the effects of giving testimony and learning yogic breathing techniques on battered women's feelings of depression. *Journal of Interpersonal Violence*, 2008. 23(12):1800–1808

Koopman, C. F. et al.; The effects of expressive writing on pain, depression and posttraumatic stress disorder symptoms in survivors of intimate partner violence. *Journal of Health Psychology*, 2005. (10):211–221

3. Sexueller Nötigung/Vergewaltigung: Klinische Versorgung von Überlebenden

Weltgesundheitsorganisation, Guidelines for medico-legal care of sexual violence survivors. Genf, Weltgesundheitsorganisation, 2003. http://www.who.int/violence_injury_prevention/publications/violence/med_leg_guidelines/en/, aufgerufen am 10. April 2013

Weltgesundheitsorganisation, WHO/UNHCR Guidance on clinical management of rape. Genf, WHO/UNHCR, 2004

WHO/UNHCR/UNFPA, Clinical management of rape survivors. E-Learning-Programm. Genf, WHO/UNHCR/UNFPA, 2009

Weltgesundheitsorganisation, Psychological first aid. Genf, Weltgesundheitsorganisation, 2011. http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241548205_eng.pdf, aufgerufen am 10. April 201

3.1 Interventionen in den ersten 5 Tagen nach dem Gewaltereignis

3.1.2 Notfallverhütung

American College of Obstetricians and Gynecologists, Emergency contraception: practice bulletin. *Obstetrics & Gynecology*, 2010. 115(5):1100–1109

Cheng, L. et al.; Interventions for emergency contraception. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2008. (2):CD001324

Creinin, M. D. et al.; Progesterone receptor modulator for emergency contraception: a randomized controlled trial. *Obstetrics & Gynecology*, 2006. 108(5):1089–1097

Glasier, A. F. et al.; Ulipristal acetate versus levonorgestrel for emergency contraception: a randomized non-inferiority trial and meta-analysis. *The Lancet*, 2010. 375:555–562

Holmes, M. M. et al.; Rape-related pregnancy: Estimates and descriptive characteristics from a national sample of women. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 1996. 175:320–325

Jina, R. et al.; Report of the FIGO Working Group on Sexual Violence/HIV: guidelines for the management of female survivors of sexual assault. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 2010. 109:85–92

McFarlane, J. et al.; Intimate partner sexual assault against women: frequency, health consequences, and treatment outcomes. *Obstetrics and Gynecology*, 2005. 105 (1):99–108

Pallitto, C. C. et al.; Intimate partner violence, abortion and unintended pregnancy: Results from the WHO Multi-country study on women's health and domestic violence. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 2013. 120(1):3-9

Weltgesundheitsorganisation, WHO medical eligibility criteria. Genf, Weltgesundheitsorganisation, 2010

WHO Department of Reproductive Health and Research and Family and Community Health, Selected practice recommendations for contraceptive use, 2. Ausg. Genf, Weltgesundheitsorganisation, 2004

Weltgesundheitsorganisation, WHO Model lists of essential medicines: Adults. Genf, Weltgesundheitsorganisation, 2011

3.1.3 HIV-Postexpositionsprophylaxe: Therapietreue (Compliance)

Abrahams, N. et al.; Impact of telephonic psychosocial support on adherence to post-exposure prophylaxis (PEP) after rape. *AIDS Care*, 2010. 22 (10):1173–1181

Boily, M. C.; Baggaley, R. F. et al.; Heterosexual risk of HIV infection per sexual act: systematic review and meta-analysis of observational studies. *Lancet Infectious Disease*, 2009. 9(2):118–29

Cardo, D. M. et al.; A case-control study of HIV seroconversion in health care workers after percutaneous exposure. *New England Journal of Medicine*, 1997. 337:1485–90

Drezett, J.; Post-exposure prophylaxis in raped women. In: IV International Conference on HIV infection in women and children. Rio de Janeiro, Livro de Resumos. Universidade, Federal do Rio De Janeiro, Brazil e Institute of Virology of Maryland, USA, 2002

Garcia, M. T. et al.; Postexposure prophylaxis after sexual assaults: a prospective cohort study. *Sexually Transmitted Diseases*, 2005. 32 (4):214–219

Roland, M. E. et al.; Preventing human immunodeficiency virus among sexual assault survivors in Cape Town, South Africa: an observational study. *AIDS and Behavior*, 2012. 16(4):990–998

Wiebe, E. R. et al.; Offering HIV prophylaxis to people who have been sexually assaulted: 16 months' experience in a sexual assault service. *Canadian Medical Association Journal*, 2000. 162(5):641–645

Weltgesundheitsorganisation/International Labour Organization, Post-exposure prophylaxis to prevent HIV infection. Joint WHO/ILO guidelines on post-exposure prophylaxis (PEP) to prevent HIV infection. Genf, Weltgesundheitsorganisation, 2007. http://www.who.int/hiv/pub/prophylaxis/pep_guidelines/en/index.htm, aufgerufen am 10. April 2013

3.1.4 Postexpositionsprophylaxe gegen sexuell übertragbare Infektionen

Centers for Disease Control and Prevention, Sexually Transmitted Diseases Treatment Guidelines, 2010. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 2010. 59:91–93

Jina, R. et al.; Report of the FIGO Working Group on Sexual Violence/HIV: Guidelines for the management of female survivors of sexual assault. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 2010. 109: 85–92

3.2 Psychologische Interventionen und Interventionen im Bereich der psychischen Gesundheit

American Psychiatric Association, Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4. Ausg. Arlington, VA, American Psychiatric Association, 1994

Anderson, T. et al.; Effects of clinician-assisted emotional disclosure for sexual assault survivors: a pilot study. *Journal of Interpersonal Violence*, 2010. 25(6):1113–1131

Bisson, J. et al.; Psychological treatments for chronic post-traumatic stress disorder: systematic review and meta-analysis. *British Journal of Psychiatry*, 2007. 10(1):16–23

Echeburua, E. et al.; Treatment of acute posttraumatic stress disorder in rape victims: an experimental study. *Journal of Anxiety Disorders*, 1996. 10(3):185–199

Foa, E. B. et al.; Treatment of posttraumatic stress disorder in rape victims: a comparison between cognitive-behavioural procedures and counseling. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1991. 59(5):715–723

Galovski, T. E. et al.; Does cognitive-behavioural therapy for PTSD improve perceived health and sleep impairment? *Journal of Traumatic Stress*, 2009. 22(3):197–204

Rahman, A. et al.; Cognitive behaviour therapy based intervention by community health workers for mothers with depression and their infants in rural Pakistan: a randomized controlled trial. *Lancet*, 2008. 372(9642): 902–9

Resick, P. A. et al.; A comparative outcome study of behavioural group therapy for sexual assault victims. *Behavior Therapy*, 1988. 19:385–401

Resick, P. A. et al.; A comparison of cognitive-processing therapy with prolonged exposure and a waiting condition for the treatment of chronic posttraumatic stress disorder in female rape victims. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 2002. 70(4):867–879

Resick, P. A.; Schnicke, M. K.; Cognitive processing therapy for sexual assault victims. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1992. 60(5):748–756

Rothbaum, B. O.; A controlled study of eye movement desensitization and reprocessing in the treatment of posttraumatic stress disorder sexual assault victims. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 1997. 61(3):1–18

Rothbaum, B. O.; Astin, M. C.; Marsteller, F.; Prolonged exposure versus eye movement desensitization and reprocessing for PTSD rape victims. *Journal of Traumatic Stress*, 2005. 18(6):607–616

Weltgesundheitsorganisation, Psychological first aid. Genf, Weltgesundheitsorganisation, 2011. http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241548205_eng.pdf, aufgerufen am 10. April 2011

Weltgesundheitsorganisation, Pharmacological treatment of mental disorders in primary health care. Genf, Weltgesundheitsorganisation, 2009

Weltgesundheitsorganisation, mhGAP intervention guide for mental, neurological and substance use disorders in non-specialized health settings. Genf, Weltgesundheitsorganisation, 2010c. http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241548069_eng.pdf

4. Gewalt in Paarbeziehungen und sexueller Gewalt: Schulung von Gesundheitsfachkräften

Bott, S.; Guedes, A. C.; Guezmes, A.; The health service response to sexual violence: lessons from IPPF/WHR members associations in Latin America. In: Jejeeboy, S. J.; Shah, I.; Thapa, S. (Hrsg.); Sex without consent: young people in developing countries. London, Zed Books Ltd, 2005:251–268

Campbell, J. C. et al.; An evaluation of a system-change training model to improve emergency department response to battered women. *Academic Emergency Medicine: Official Journal of the Society for Academic Emergency Medicine*, 2001. 8(2):131–138

Coonrod, D. V. et al.; A randomized controlled study of brief interventions to teach residents about domestic violence. *Academic Medicine: Journal of the Association of American Medical Colleges*, 2000. 75(1):55–57

Donohoe, J.; Uncovering sexual abuse: evaluation of the effectiveness of The Victims of Violence and Abuse Prevention Programme. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 2010. 17 (1):9–18

Dubowitz, H. et al.; The safe environment for every kid model: impact on pediatric primary care professionals. *Pediatrics*, 2011. 127 (4):e962–970

Feder, G. et al.; Identification and Referral to Improve Safety (IRIS) of women experiencing domestic violence: a cluster randomised trial of a primary care

training and support programme. *The Lancet*, 2011. 19:1788–1795

Garg, A. et al.; Improving the management of family psychosocial problems at low-income children's well-child care visits: the WE CARE Project. *Pediatrics*, 2007. 120(3):547–558

Grisurapong, S.; Health sector responses to violence against women in Thailand. *Journal of the Medical Association of Thailand*, 2004. 87(Suppl. 3):S227–234

Lo Fo Wong, S. et al.; Increased awareness of intimate partner abuse after training: a randomized control trial. *British Journal of General Practice*, 2006. 56:249–257

McLaughlin, S. A. et al.; Implementation and evaluation of a training program for the management of sexual assault in the emergency department. *Annals of Emergency Medicine*, 2007. 49(4):489–494

Milone, J. M. et al.; The effect of lecture and a standardized patient encounter on medical student rape myth acceptance and attitudes toward screening patients for a history of sexual assault. *Teaching and Learning in Medicine*, 2010. 22(1):37–44

Parekh, V.; Currie, M.; Brown, C. B.; A postgraduate sexual assault forensic medicine program: sexual assault medicine from scratch. *Medicine, Science and the Law*, 2005. 45(2):121–128

Weltgesundheitsorganisation, WHO medical eligibility criteria. Genf, Weltgesundheitsorganisation, 2010

Weltgesundheitsorganisation, Guidelines for medico-legal care of sexual violence survivors. Genf, Weltgesundheitsorganisation, 2002

WHO/UNHCR/UNFPA, Clinical management of rape survivors. E-Learning-Programm. Genf, WHO/UNHCR/UNFPA, 2009. <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/emergencies/9789241598576/en/>, aufgerufen am 10. April 2013

5. Gesundheitspolitik und Gesundheitsversorgung

Coyer, S. M. et al.; Screening for violence against women in a rural health care clinic. *Online Journal of Rural Nursing and Health Care*, 2006; 6(1)

Crandall, C. S.; Helitzer, D.; Impact evaluation of a sexual assault nurse examiner (SANE) programme. Final Report for the U.S. Department of Justice, Document No. 203276, Award Number: 98-WT- VX-0027, December 2003

Derhammer, F. et al.; Using a SANE interdisciplinary approach to care of sexual assault victims. The Joint Commission Journal on Quality Improvement, 2000. 26 (8):488–496

Fanslow, J. L.; Norton, R. N.; Robinson, E. M.; One year follow up of an emergency department protocol for abused women. Australian and New Zealand Journal of Public Health, 1999. 23(4):418–420

Fanslow, J. L. et al.; Outcome evaluation of an emergency department protocol of care on partner abuse. Australian and New Zealand Journal of Public Health, 1998. 22(5):598–603

Feder, G. S. et al.; Identification and Referral to Improve Safety (IRIS) of women experiencing domestic violence: a cluster randomized controlled trial of a primary care training and support programme. The Lancet, 2011. 378(9805):1788–1795

Gregory, A. et al.; Primary care Identification and Referral to Improve Safety of women experiencing domestic violence (IRIS): protocol for a pragmatic cluster randomized controlled trial. BMC Public Health, 2010. 10(1):54

Harwell, T. S. et al.; Results of a domestic violence training programme offered to the staff of urban community health centres. American Journal of Preventive Medicine, 1998. 15(3):235–242

Kim, J. C. et al.; Comprehensive care and HIV prophylaxis after sexual assault in rural South Africa: the Refentse intervention study. BMJ, 2009. 338:1559–1562

McCaw, B. et al.; Beyond screening for domestic violence: a systems model approach in a managed care setting. American Journal of Preventive Medicine, 2001. 21(3):170–176

Muñoz, C. F. et al.; Improving care for victims of domestic violence. Impact of a priority intervention. Atención primaria/Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria, 2001. 28(4):241

Ramsden, C.; Bonner, M.; A realistic view of domestic violence screening in an emergency department. Accident and Emergency Nursing, 2002. 10(1):31–39

Sampsel, K. et al.; The impact of a sexual assault/domestic violence program on ED care. Journal of Emergency Nursing, 2009. 35(4):282–289

Spinola, C. et al.; Developing and Implementing an Intervention. Evaluation & The Health Professions, 1998. 21(1):91

6. Meldepflicht bei Gewalt in Partnerschaften

Feldhaus, K. M. et al.; Physicians' knowledge of and attitudes toward a domestic violence mandatory reporting law. Annals of Emergency Medicine, 2003. 41; 1:159

Gerbert, B. et al.; A qualitative analysis of how physicians with expertise in domestic violence approach the identification of victims. Annals of Internal Medicine, 1999. 131(8):578–584

Glass, N.; Dearwater, S.; Campbell, J. C.; Intimate partner violence screening and intervention: data from eleven community hospital emergency departments in Pennsylvania and California Community Hospital Emergency Departments. Journal of Emergency Nursing, 2001. 27:141–149

Rodriguez, M. et al.; Patient attitudes about mandatory reporting of domestic violence: implications for health care professionals. West Journal of Medicine, 1998. 169:337–341

Sachs, C. et al.; Failure of the mandatory domestic violence reporting law to increase medical facility referral to police. Annals of Emergency Medicine, 1998. 31:488–494

Smith, J. S. et al.; Barriers to the mandatory reporting of domestic violence encountered by nursing professionals. Journal of Trauma Nursing, 2008. 1:9–11

Tilden, V. P. et al.; Factors that influence clinicians' assessment and management of family violence. American Journal of Public Health, 1994. 84(4):628–633

Evaluation und Beurteilung der Umsetzung der Leitlinien

Bloom, S. S.; Violence against women and girls: a compendium of monitoring and evaluation indicators. Chapel Hill, NC, Measure Evaluation, 2005. <http://www.cpc.unc.edu/measure/publications/ms-08-30>, aufgerufen am 12. April 2013

Weltgesundheitsorganisation, Psychological first aid. Genf, Weltgesundheitsorganisation, 2011. http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241548205_eng.pdf, aufgerufen am 10. April 2011

II. An der Vorbereitung der Leitlinien beteiligte externe Experten/innen und WHO-Mitarbeiter/innen

Mitglieder der Leitlinienentwicklungsguppe

* Mitglieder des Lenkungsausschusses

Siti Hawa Ali

Associate Professor
School of Health Sciences
Universiti Sains Malaysia
Kampus Kesihatan, Kubang Krian, 16150
Kota Bharu, Kelantan
Malaysia

Maha A. Almuneef

(konnte nicht an der Tagung teilnehmen, wurde jedoch zur Überprüfung der Endfassung des Dokuments eingeladen)
Executive Director, National Family Safety Program
Mitglied des Princess Nora Bint Abdullah
Women's Health Research Chair
King Saud University
Riad
Saudi Arabien

Jacquelyn C. Campbell

Anna D. Wolf Chair,
Gilman-Wissenschaftlerin und Professorin
Nationale Direktorin, Robert Wood Johnson
Foundation
Nurse Faculty Scholars
The Johns Hopkins University School of Nursing
525 N. Wolfe St., RM 436
Baltimore, MD 21205-2110
USA

Padma Deosthali*

Koordinatorin
Centre for Enquiry into Health & Allied Themes
Research Centre of Anusandhan Trust Sai Ashray,
Aram Society Road
Vakola, Santacruz (E), Mumbai 55
Indien

Gene Feder (Vorsitzender der LEG)*

Professor an der Primary Health Care Academic
Unit of Primary Health Care School of Social and
Community Medicine University of Bristol
Canyng Hall, 39 Whatley Road
Bristol BS8 2PS
Großbritannien

Kelsey Lee Hegarty

Associate Professor
Department of General Practice
University of Melbourne
Victoria 3010
Australien

Louise M. Howard

Professorin für Women's Mental Health und Fachleiterin des Women's Mental Health Health Service and Population Research Department
PO31 Institute of Psychiatry
King's College London
De Crespigny Park
London SE5 8AF,
Großbritannien

Rachel Jewkes*

Leiterin
Gender & Health Research Unit Medical Research Council
Private Bag X385
Pretoria 0001
Südafrika

Ruxana Jina

University of the Witwatersrand
PRIVATE BAG 3, WITS
Post Office WITS Johannesburg
Johannesburg, Gauteng
Südafrika

Joanne Klevens

Centers for Disease Control
National Center for Injury Control and Prevention
Division of Violence Prevention
Prevention Development and Evaluation
4770 Buford Hwy, Mailstop F-63
Atlanta, GA 30341
USA

Sylvie Lo Fo Wong

Allgemeinmedizinerin/leitende Wissenschaftlerin
Radboud University Nijmegen Medical Centre
Department of Primary & Community Care Gender & Women's Health
POB 9101/ 117
6500 HB Nijmegen
Niederlande

Judith McFarlane

Parry Chair in Health Promotion & Disease Prevention
 Prüfärztin, Mother Child Study To Inform Practice & Policy
 Professorin, Texas Woman's University,
 College of Nursing Houston, TX 77030
 USA
 Gastprofessorin
 Aga Khan University, School of Nursing and Midwifery, Karachi, Pakistan

Harriet MacMillan

Professorin, Departments of Psychiatry and Behavioural Neurosciences and Pediatrics David & Dan Offord Chair in Child Studies Offord Centre for Child Studies
 McMaster University
 Patterson Building, 1280 Main Street West
 Hamilton, Ontario L8S 4K1
 Kanada

Sandra L. Martin*

Professorin, The University of North Carolina at
 Department of Maternal and Child Health
 Rosenau Hall, CB#7400
 Chapel Hill, NC 27599-7400
 USA

Jagadeesh Narayana Reddy

Professor für forensische Medizin
 Vydehi Institute of Medical Sciences & Research Centre
 82, EPIP area, Whitefield
 Bangalore-560066, Karnataka
 Indien

Josephine Njoroge (bis Januar 2012)

Liverpool VCT Care & Treatment
 P.O. Box 19835-00202
 Nairobi
 Kenia

Ana Flávia Pires Lucas d'Oliveira

Departamento de Medicina Preventiva FMUSP
 Av Dr Arnaldo, 455, segundo andar
 São Paulo – SP
 CEP: 01246903
 Brasilien

Aurora del Río Zilezzi

Stellvertretender Generaldirektor für Geschlechtergleichheit
 National Center for Gender Equity and Reproductive Health
 Ministry of Health Mexico
 Mexico D.F.
 Mexiko

Laura Sadowski*

Ko-Leiterin
 Cook County Hospital
 1900 W. Polk Street 16th floor
 Chicago, Illinois 60612
 USA

Agnes TIWARI

Professorin und Direktorin School of Nursing
 The University of Hong Kong
 Li Ka Shing Faculty of Medicine
 4/F, William MW Mong Block
 21 Sassoon Road, Pokfulam
 Hong Kong

Gengli Zhao

Dozentin und Direktorin Women's and Children's Health Center of Peking University
 #1 XiAnMen Street
 Beijing, 100034
 Volksrepublik China

WHO-Sekretariat**Regionalbüro Amerika (AMRO)****Alessandra C. Guedes**

Regionalberaterin, Intra-Family Violence Area of Sustainable Development and Environmental Health (SDE)
 Washington, D.C.,
 USA

Regionalbüro Europa (EURO)**Isabel Yordi**

Regionale Gender-Beraterin,
 Kopenhagen
 Dänemark

WHO/HQ – Abteilung für reproduktive Gesundheit und Forschung (RHR)**Claudia García-Moreno (Leitung)***

Koordinatorin
 Gender, Rights, Sexual Health and Adolescence (GRR)

Metin Gülmezoglu

Medical Officer
 Technical Cooperation with Countries for SRH (TCC)

Catherine Daribi

Assistentin, GRR

Nancy Turnbull*

Projektmanagerin
 London, UK

WHO/HQ – Department of Mental Health and Substance Abuse

Mark van Ommeren

Wissenschaftler
Mental Health: Evidence and Research (MER)

WHO/HQ – Department of Injuries and Violence Prevention

Christopher Mikton

Technical Officer, VIP

Peer-Reviewer

Dr. Nicola Christofides

School of Public Health Sciences Faculty
University of the Witwatersrand
7 York Road Parktown 2193
Südafrika

Lina Digolo-Nyagah

Liverpool VCT Care & Treatment
PO Box 19835–00202
Nairobi
Kenia

Dr. Jill Keesbury

Ehemalige Programmplanerin des Population Council
Zambia

Prof. Bob Mash

Abteilungsleiter, Family Medicine and Primary Care University of Stellenbosch
Südafrika

Dr. Maha Al-Muneef

Saudia Arabien – siehe LEG

Dr. Vivienne Nathanson

im Namen der World Medical Association
13 Chemin du Levant (bâtiment A)
01210 Ferney-Voltaire
Frankreich

Prof. Michael Rodriguez

Department of Family and Community Medicine San Francisco General Hospital Medical Center University of California, San Francisco (UCSF)
San Francisco, CA 94110
USA

Dr. Francelina Romao

Gender Adviser
Ministry of Health
Maputo
Mosambik

Dr. Nadine Wathen

McMaster University
Patterson Building, 1280 Main Street West
Hamilton, Ontario L8S 4K1
Kanada

Jiuling Wu

National Center for Women & Children Health,
Chinese Center for Disease Control and Prevention
Building A No.13 Dongtucheng Rd.
Chaoyang District, Beijing 100013
China

Erklärung zu möglichen Interessenkonflikten der Leitlinienentwicklungsgruppe

Alle Mitglieder haben das Formular zu möglichen Interessenkonflikten ausgefüllt. Zu Beginn der Tagung teilten alle Mitglieder ihre Interessen der Gruppe mündlich mit. Zwar ist das wirtschaftliche Interesse in diesem Bereich nicht signifikant, doch es gibt klare öffentlich geäußerte Meinungen und Forschungsinteressen, einschließlich finanzieller Zuschüsse. Zudem ist das Forschungsfeld klein, und die Verfasser/innen vieler Artikel, die untersucht wurden, gehörten zur LEG. Daher erklärten die Mitglieder vor jedem behandelten Thema, ob sie:

- Prüfer/in einer der besprochenen Studien waren
- gegenwärtig in dem jeweiligen Bereich forschten
- bewusst eine öffentliche Meinung vertreten

Der Vorsitzende saß der Screening-Diskussion aufgrund einer öffentlich geäußerten Meinung bezüglich generellem Screening nicht vor. Viele LEG-Mitglieder waren Wissenschaftler/innen, die an behandelten Forschungsstudien beteiligt waren und daher an den entsprechenden Diskussionen nicht aktiv teilnahmen, sondern lediglich als Experten/innen fungierten. In allen anderen Fällen galt eine volle Beteiligung als angemessen. Andere Teilnehmer/innen gaben keine Interessenkonflikte an.

III. Liste vollständiger Reviews und Evidenztabellen

Die bei der Klassifizierung der Evidenz verwendeten standardisierten Kriterien und die GRADE-Tabellen sind nicht in diesem Dokument aufgeführt. Die vollständigen Reviews und alle Evidenztabellen liegen vor. Eine Liste der einzelnen Dokumente (erhältlich auf Anfrage bei reproductivehealth@who.int) ist im Folgenden aufgeführt.*

	Ergänzung	
	Review	Evidenztabellen
Klinische Interventionen bei Gewalt in Paarbeziehungen, einschließlich Identifizierung	<i>1a Zusammenfassung der Evidenz:</i> Gewalt in Paarbeziehungen: Erkennen und Versorgen von Betroffenen	<i>1b Datenextraktionstabellen:</i> Gewalt in Paarbeziehungen: Erkennen und Versorgen von Betroffenen
Klinische Interventionen bei sexueller Nötigung/Vergewaltigung	<i>2a Zusammenfassung der Evidenz:</i> Sexuelle Nötigung/Vergewaltigung: Versorgung von Überlebenden	<i>2b Datenextraktionstabellen:</i> Sexuelle Nötigung/Vergewaltigung: Versorgung von Überlebenden
Schulung	<i>3a Zusammenfassung der Evidenz:</i> Gewalt in Paarbeziehungen und sexuelle Gewalt: Schulung von Gesundheitsfachkräften	<i>3b Datenextraktionstabellen:</i> Gewalt in Paarbeziehungen und sexuelle Gewalt: Schulung von Gesundheitsfachkräften
Erbringung von Gesundheitsleistungen	<i>4a Zusammenfassung der Evidenz:</i> Gesundheitspolitik und Versorgung	<i>4b Datenextraktionstabellen:</i> Gesundheitspolitik und Versorgung
Meldepflicht	<i>5a Zusammenfassung der Evidenz:</i> Meldepflicht bei Gewalt in Paarbeziehungen	<i>5b Datenextraktionstabellen:</i> Meldepflicht bei Gewalt in Paarbeziehungen

* Die Dokumente sind in englischer Sprache erhältlich.

Kontakt für weitere Informationen:

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

Sprengelstraße 15

13353 Berlin

Telefon 030 - 275 95 353

Fax 030 - 275 95 366

Email: info@signal-intervention.de

www.signal-intervention.de