



UniversitätsKlinikum Heidelberg

Häusliche Gewalt

– kein Tabuthema in der Medizin

Erste Fachtagung für Ärztinnen und Ärzte,
Pflegekräfte und bestehende Netzwerke
8. Oktober 2008

Dokumentation



Impressum

Häusliche Gewalt –
kein Tabuthema in der Medizin

Erste Fachtagung für Ärztinnen
und Ärzte, Pflegekräfte und
bestehende Netzwerke

8. Oktober 2008

Dokumentation

Herausgeberin:
Stadt Heidelberg,
Amt für Chancengleichheit

Text (wenn nicht genannt):
Susanne Eckl-Gruß

Redaktion:
Eva Maierl, Doris Rasch

Titel und Layout:
zet die agentur

Druck:
Baier Digitaldruck

Inhalt

4 Einleitung

Begrüßung

6 Leitender Ärztlicher Direktor Prof. Dr. Dr. h.c. J. Rüdiger Siewert

7 Bürgermeister Wolfgang Erichson

10 Ministerialrätin Dr. Christiane Hug-von Lieven

13 Prof. Dr. Manfred Cierpka

16 Vorstellung des Interventionsmodells S.I.G.N.A.L.

Dipl.-Päd. Hildegard Hellbernd, MPH

36 Vorstellung des Heidelberger Interventionsmodells
gegen Gewalt in Beziehungen

Dipl.-Soz. Dörthe Domzig, Leiterin Amt für Chancengleichheit

48 Podiumsdiskussion

56 Heidelberger Erklärung

59 Wichtige Adressen, Hinweise und Informationen im Internet

60 Literaturliste, Beitrag S.I.G.N.A.L.

Einleitung

Vor neun Jahren hat das Bundeskabinett den Aktionsplan der Bundesregierung zur Bekämpfung von Gewalt gegen Frauen verabschiedet. Damit hat die Bundesregierung erstmals ein umfassendes Gesamtkonzept für alle Ebenen der Gewaltbekämpfung entwickelt. Einen Monat später, nämlich zum 1. Januar 2000, wurde der Täter-Opfer-Ausgleich strafverfahrensrechtlich verankert.

Kurz darauf wurde eine Bund-Länder-Arbeitsgruppe zur Bekämpfung von Häuslicher Gewalt gegen Frauen einberufen, in der nicht nur die zuständigen Bundes- und Landesministerien, sondern auch die Kommunen, verschiedenste Organisationen und Institutionen und natürlich die Frauenhäuser vertreten sind. Im Juni 2000 wurde in Baden-Württemberg die Ausweitung des Platzverweisverfahrens auf den privaten Raum in einem Modellversuch gestartet und dann landesweit eingeführt.

Im November des gleichen Jahres wurde das Gesetz zur gewaltfreien Erziehung im Bürgerlichen Gesetzbuch verankert. Am 1. Januar 2002 trat schließlich das „Gesetz zur Verbesserung des zivilrechtlichen Schutzes bei Gewalttaten und Nachstellungen sowie zur Erleichterung der Überlassung der Ehewohnung bei Trennung“ in Kraft. All diese Gesetze mit ihren Festsetzungen, Überarbeitungen und Änderungen ermöglichen es, dass die betroffenen Opfer schneller und einfacher zu ihrem Recht kommen. Darüber hinaus ist aber ein weiteres Bündel an Maßnahmen notwendig, um die „Häusliche Gewalt“ einzudämmen.

In Heidelberg wurde im Juli 2000 mit der Ausweitung des Platzverweisverfahrens – der Wegweisung von gewalttätigen Partnern aus der Wohnung – das „Heidelberger Interventionsmodell gegen Gewalt in Beziehungen (HIM)“ gegründet. Der Runde Tisch – eine Vernetzung von Ämtern der Stadtverwaltung, der Polizei, der Justiz und aller hier ansässigen Beratungsstellen – arbeitet eng verzahnt mit den zwei Anlaufstellen für Betroffene – der Interventionsstelle für Frauen und Kinder und der für Täter – an der Optimierung der Verfahren. Da für viele in einer Gewaltsituation lebende Personen die Ärztin, der Arzt nicht nur eine wichtige, sondern oft auch die einzige Ansprechperson ist, ist es folgerichtig, alle im Gesundheitswesen Arbeitenden mit in das Netzwerk einzubeziehen. Das Gesundheitssystem kann in diesem Fall nämlich die „Eingangstür“ in das professionelle Hilfesystem sein. Außerdem können hier die erlittenen Verletzungen gerichtsverwertbar dokumentiert werden, was im Falle eines Verfahrens äußerst wichtig ist.

Diese Schlüsselfunktion war ausschlaggebend für den Wunsch nach engerer Zusammenarbeit. So kam es im Oktober 2008 zur ersten Fachtagung „Häusliche Gewalt – kein Tabuthema in der Medizin“. Sie richtete sich an sämtliche MultiplikatorInnen im Gesundheitswesen und wurde gemeinsam von Stadt und Uniklinikum durchgeführt.

Unter „Häuslicher Gewalt“ versteht man übrigens die Gewaltanwendung in Ehe- und Partnerbeziehungen. Darüber hinaus fällt unter diesen Begriff aber auch Gewalt gegen die eigenen Kinder, Gewalt von Kindern gegenüber ihren Eltern, Gewalt zwischen Geschwistern und Gewalt gegen im Haushalt lebende ältere Menschen. Überwiegend (aber nicht ausschließlich) handelt es sich bei Partnergewalt um Gewalthandlungen von Männern gegenüber Frauen, die sich innerhalb des engsten sozialen Bezugsrahmens der Frau ereignen.

Häusliche Gewalt hat vielfältige Erscheinungsformen: von subtilen Formen der Gewaltausübung durch Verhaltensweisen, die Bedürfnisse und Befindlichkeiten der Geschädigten ignorieren, über Demütigungen, Beleidigungen und Einschüchterungen sowie psychischen, physischen und sexuellen Misshandlungen bis hin zu Vergewaltigungen oder – im schlimmsten Fall – zu Tötungen. Opfer Häuslicher Gewalt empfinden ihre Situation oft als ausweglos. Deshalb vertrauen sie sich meist niemanden an, schweigen, leiden und erdulden es.

„Nur wer einmal eine zusammengeschlagene Frau gesehen hat, weiß, beziehungsweise kann erahnen, welches Elend und Leid dahinter steckt, was die Betroffenen erdulden müssen. Es sind nicht die sichtbaren Verletzungen, die blauen Augen, Hämatome, die Kratzer, Schürfwunden und so weiter, sondern die seelischen Verletzungen, die einem zu denken geben müssen. Wir brauchen Konzepte.“ Mit diesen Worten leitete Prof. Dr. Manfred Cierpka, Koordinator des Arbeitskreises Häusliche Gewalt am Uniklinikum, die Fachtagung ein, zu der er Ärztinnen und Ärzte unterschiedlichster (Fach-)Bereiche, MitarbeiterInnen aus der Ambulanz, Pflegekräfte sowie VertreterInnen bereits bestehender Netzwerke begrüßen konnte.

Grußwort

Leitender Ärztlicher Direktor Prof. Dr. Dr. h.c. J. Rüdiger Siewert

6

Ärztinnen, Ärzte und Pflegende sind oftmals die einzigen potenziellen AnsprechpartnerInnen für Frauen, die in einer Gewaltsituation leben. Diese wichtige Schlüsselrolle wollen wir bestmöglich nutzen. Mit dem Ausbau der klinikinternen Intervention und einer vernetzten Zusammenarbeit mit den bestehenden Hilfesystemen können wir betroffene Frauen künftig verstärkt ermutigen und unterstützen, die Gewaltsituation zu verlassen.

Eine gelungene Kooperation setzt ein intensiveres Kennenlernen der unterschiedlichen Sichtweisen und Handlungsmöglichkeiten voraus. Diese gemeinsam von der Stadt Heidelberg und dem Uniklinikum ausgerichtete Fachtagung will dafür einen Beitrag leisten. Fachkräfte des Uniklinikums, aber auch Interessierte aus Krankenhäusern sowie niedergelassene ÄrztInnen sind herzlich eingeladen, in einen Austausch über die Verfahren bei Gewalt im sozialen Nahraum zu treten.



Begrüßung



Sehr geehrte Damen und Herren,
sehr geehrter Herr Prof. Cierpka, sehr geehrter Herr Prof. Verres!

Ich bin sehr stolz darauf, dass wir heute gemeinsam zu einer ersten Fachtagung für Ärztinnen und Ärzte, Pflegekräfte und bestehende Netzwerke zusammengekommen sind. Mit dem Anliegen der Stadt Heidelberg, gemeinsam mit dem Universitätsklinikum und dem Heidelberger Interventionsmodell gegen Gewalt am Uniklinikum ein Interventionsmodell zu installieren, bin ich bei Herrn Prof. Siewert, dem Leitenden Ärztlichen Direktor, sofort auf offene Türen gestoßen. Wir vereinbarten eine Kooperationsgruppe unter der Leitung von Prof. Cierpka, Prof. Verres und Frau Domzig, der Leiterin des Amtes für Chancengleichheit, und beauftragten diese mit der Erarbeitung eines Konzeptes.

Mit der heutigen ersten gemeinsamen Fachtagung des Uniklinikums und der Stadt Heidelberg wollen wir einen Überblick bieten zu Interventionsmöglichkeiten im Klinik- und Praxisalltag und zu den hier zur Unterstützung bestehenden Netzwerken und Hilfsangeboten. Vorstellen möchten wir Ihnen das S.I.G.N.A.L.-Interventionsmodell, das sich in der Praxis seit vielen Jahren bewährt hat und von einigen Kliniken in Deutschland bereits übernommen wurde. Wir freuen uns, dass wir Frau Hellbernd, die dieses Projekt begleitet hat, als Referentin gewinnen konnten und ich begrüße Sie ganz herzlich und danke Ihnen, dass Sie uns heute mit Rat zur Seite stehen. Besonders freut mich auch, dass Frau Dr. Kuhnert-Frey kurzfristig für Herrn Dr. Zeuner als Vorsitzendem der Heidelberger Ärzteschaft und Vorstandsmitglied der Landesärztekammer eingesprungen ist. Es ist uns wichtig, Sie von Anfang an an diesem Prozess zu beteiligen, denn es ist natürlich unser Wunsch, dass alle in der Gesundheitsversorgung Tätigen, wie zum Beispiel die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte, alle Heidelberger Krankenhäuser, die Möglichkeiten der Intervention zur Unterstützung Betroffener nutzen.

Gewalt im häuslichen Bereich ist nach Meinung von Experten die am meisten verbreitete Form von Gewalt in unserer Gesellschaft. Die Ergebnisse der vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend in Auftrag gegebenen Studie „Lebenssituation, Sicherheit und Gesundheit von Frauen in Deutschland“ (2004) zu Ausmaß und Verbreitung von körperlicher und sexueller Ge-

walt gegen Frauen bestätigen bisherige Dunkelfeldschätzungen und Untersuchungsbefunde. Bezogen auf Gewalt in Paarbeziehungen weisen die Befunde sogar über das bislang für Deutschland geschätzte Ausmaß hinaus. Nicht etwa jede fünfte bis siebte Frau, sondern mindestens jede vierte Frau (25 Prozent) im Alter von 16 bis 85 Jahren hat körperliche und/oder sexuelle Übergriffe durch einen Beziehungspartner erlebt. Um das mal auf Heidelberg hochzurechnen: Gemessen an der Einwohnerinnenzahl würde das bedeuten, dass in etwa 17.000 Frauen betroffen sein können.

Lange Zeit wurde Häusliche Gewalt als Privatsache abgehandelt, als „Familienstreitigkeit“. Aber zum Glück konnte die Politik davon überzeugt werden, das Platzverweisverfahren auf den privaten Raum auszuweiten. Polizei und Ordnungsamt haben nun eine gesetzliche Handhabe, bei Häuslicher Gewalt gezielt einzuschreiten und gewalttätige Partner und Partnerinnen in bestimmten Fällen aus der Wohnung zu verweisen. Dies schützt Opfer vor weiterer Gewaltanwendung und ermöglicht ihnen, ihre Situation ohne Bedrohung zu überdenken, Beratungsangebote wahrzunehmen und gegebenenfalls gerichtliche Schritte nach dem Gewaltschutzgesetz einzuleiten.

In meinen Zuständigkeitsbereich fällt das im Rahmen des Platzverweisverfahrens geschaffene und vom Amt für Chancengleichheit betreute Projekt „Heidelberger Interventionsmodell gegen Gewalt in Beziehungen (HIM)“. In diesem Projekt besteht ein gut funktionierendes Netzwerk gegen Häusliche Gewalt: ein Runder Tisch mit der Polizei, der Justiz, der Stadtverwaltung, allen einschlägigen Beratungsstellen und zwei Anlaufstellen, eine für Opfer und eine für Gewaltausübende. Frau Domzig wird in ihrem Redebeitrag das Projekt nachher noch ausführlich vorstellen. Aber dieses Verfahren muss im Hinblick auf eine optimale Vernetzung laufend entwickelt werden, insbesondere müssen weitere Kooperationen erschlossen werden.

Erkenntnisse darüber, wer als weiterer Kooperationspartner in Frage kommt, an wen sich von akuter Gewalt betroffene Frauen zur Unterstützung wenden, liefert die eingangs erwähnte Studie ebenfalls: An erster Stelle steht hier das soziale Umfeld, an zweiter Stelle wurden jedoch Ärzte und Ärztinnen genannt. Für viele in einer Gewaltsituation lebende Frauen sind sie nicht nur eine wichtige, sondern oft auch die einzige potenzielle Ansprechperson. Das Gesundheitssystem kann daher für viele Frauen gleichsam die Eingangstür in das professionelle Hilfesystem sein, das betroffene Frauen dabei unterstützen kann, die Gewaltsituation zu verlassen.

Nicht zuletzt kommt dem Gesundheitswesen eine wesentliche Rolle bei der Dokumentation der erlittenen Verletzungen zu. Die von uns angestrebte bessere Vernetzung des „Heidelberger Interventionsmodells gegen Gewalt in Beziehungen“ und der Einrichtungen des Gesundheitssystems ist daher ein weiterer folgerichtiger Schritt.

Wir möchten heute auch versuchen, mit Ihnen gemeinsam darüber zu diskutieren, wie ein solches Interventionsmodell im Berufsalltag stärker verankert werden kann. Wir würden uns fortlaufende Schulungen und Fortbildungen wünschen und darüber hinaus halten wir es für erforderlich, die Aufnahme dieses Themenfeldes im Ausbildungssektor sowohl in der Medizin als auch in der Pflege anzustreben.

Meine Damen und Herren, natürlich bin ich mir darüber im Klaren, wie stressig Ihr Berufsalltag in Kliniken und Praxen ist und dass die Vorstellung, noch mehr Zeit investieren zu müssen, schwer fällt. Aber ich bin überzeugt, dass wir zusammen einen wichtigen Beitrag zur Bekämpfung von Gewalt leisten können. Wir wissen, dass jene, die Gewalt als erfolgreiches Konfliktlösungsmittel erleben, dieses später mit hoher Wahrscheinlichkeit auch anderswo anwenden werden. Hier nicht zu handeln, kann nicht unser gemeinsames Ziel sein.

Ich wünsche Ihnen und uns, dass es gelingt, mit dieser ersten Fachtagung unterschiedliche Sichtweisen und Handlungsmöglichkeiten kennen zu lernen, um uns dann gemeinsam auf den Weg zu machen, eine erfolgreiche Kooperation in Heidelberg zum Erfolg zu führen.

Als Vertreterin des Ministeriums für Arbeit und Soziales bedanke ich mich beim Veranstaltungsteam für die freundliche Einladung zur ersten Fachtagung „Häusliche Gewalt – kein Tabuthema in der Medizin“.

Das gewählte Motto der heutigen Fachtagung ist bemerkenswert, und zwar in doppelter Hinsicht. Zum einen zeigt die Bezeichnung „erste“ Fachtagung, dass Sie noch weitere Fachtagungen und Initiativen vorhaben. Zum anderen verdeutlicht der Zusatz „kein Tabuthema in der Medizin“, dass sich in der gesellschaftlichen Einstellung zu „Häuslicher Gewalt“ in den letzten Jahren viel verändert hat. Die Einführung des Platzverweisverfahrens in Fällen Häuslicher Gewalt hat einen Paradigmenwechsel eingeleitet. Der Staat macht klar, dass er keine Gewalt duldet; weder im öffentlichen, noch im privaten Raum. Dies hat auch zu einer breiten Enttabuisierung des Themas „Häusliche Gewalt“ in der Öffentlichkeit geführt.

Ich bin heute nach Heidelberg gekommen, um Ihnen die Grüße von Frau Ministerin Dr. Monika Stolz zu überbringen. Sie dankt Ihnen allen für Ihre Initiative und beglückwünscht das Universitätsklinikum Heidelberg, dass es als erstes Universitätsklinikum plant, das Interventionsmodell S.I.G.N.A.L. zu übernehmen. Es ist Frau Ministerin auch wichtig, bei diesem bedeutenden Thema von politischer Seite aus ein „S.I.G.N.A.L.“ zu setzen.

Häusliche Gewalt gilt weltweit als eine der größten Gesundheitsrisiken für Frauen und Kinder. Häusliche Gewalt ist Ursache vieler gesundheitlicher Probleme. Die Gewaltfolgen zeigen sich zum einen in sichtbaren Verletzungen, Knochenbrüchen und Narben. Nicht weniger schwer wiegen aber auch die seelischen Verletzungen. Frauen, die gewalttätige Übergriffe erlebt haben, leiden im Vergleich zum Durchschnitt dreimal so häufig an psychischen Erkrankungen und vermehrt an Süchten aller Art.

Vor diesem Hintergrund ist es zur Beendigung der Gewaltspirale besonders wichtig, dass alle potenziellen Anlaufstellen einfühlsam und kompetent auf die Situation der Frauen reagieren und eng miteinander kooperieren. Der Ärzteschaft und dem Pflegepersonal kommt dabei eine Schlüsselrolle bei der Prävention von und der Intervention gegen Gewalt zu. Sie sind häufig die ersten Ansprechpersonen, die mit den Gewaltfolgen konfrontiert werden. Ärztinnen und Ärzte, aber auch andere im Gesundheitsbereich tätige



Berufsgruppen sind deshalb wichtige Kooperationspartnerinnen und -partner, wenn es darum geht, eine erste Hilfestellung zu geben und Häusliche Gewalt aufzudecken.

Sie können neben ihren Aufgaben der medizinischen Diagnostik und Behandlung für die betroffenen Frauen eine wesentliche Unterstützung beim ersten Schritt aus einer Gewaltbeziehung sein. Es ist daher wichtig, die Ärzteschaft und das Pflegepersonal für die Gewaltthematik zu sensibilisieren und das Erkennen und die notwendige Handlungssicherheit im Umgang mit Gewaltopfern zu fördern. So können Misshandlungsverletzungen erkannt und angesprochen werden, selbst wenn eine Patientin behauptet, sich ihre Verletzungen durch einen Sturz oder sonstigen Unfall zugezogen zu haben.

Ich begrüße es außerordentlich, dass das Universitätsklinikum Heidelberg das in Berlin bereits erprobte „S.I.G.N.A.L.-Interventionsprojekt“ aufgreifen möchte. S.I.G.N.A.L. steht für die einzelnen Schritte des Interventionsprojektes:

S wie: Sprechen Sie die Patientin an

I wie: Interview mit konkreten einfachen Fragen

G wie: gründliche Untersuchung alter und neuer Verletzungen

N wie: Notieren und Dokumentieren aller Befunde und Angaben, so dass sie gerichtsverwertbar sind

A wie: Abklären des aktuellen Schutzbedürfnisses

L wie: Leitfaden mit Notrufnummern und Unterstützungsangeboten anbieten

S.I.G.N.A.L. wurde zunächst in Baden-Württemberg von den SLK-Kliniken Heilbronn umgesetzt. Deshalb werden wir auch die von den SLK-Kliniken erarbeiteten Handlungsansätze zur strukturierten Fortbildung des Personals allen Runden Tischen gegen Häusliche Gewalt auf Stadt- und Landkreisebene zur Verfügung stellen und bei den Krankenhäusern für eine entsprechende Schulung des Personals werben.

Ich wünsche mir, dass möglichst viele Kliniken dem Heidelberger Beispiel folgen werden. Das Universitätsklinikum nimmt eine Vorreiterrolle ein. Ich denke mit diesem innovativen Ansatz können Sie einen wesentlichen Beitrag zur Durchbrechung der Gewaltspirale leisten. Dies ist wichtig für die Frauen selbst. Wir wissen aber auch aus dem Modellversuch zum Platzverweis, dass in den meisten Fällen Kinder mit betroffen sind. Dies bedeutet, dass diese Kinder von den Erwachsenen lernen, Konflikte mit Gewalt zu lösen. Eine gelungene Intervention wirkt somit auch in die nächste Generation hinein.

Das Ministerium für Arbeit und Soziales unterstützt die Fortentwicklung der Vernetzung durch eine kontinuierliche fachliche und strategische Begleitung. Die Bekämpfung von Gewalt gegen Frauen und von Häuslicher Gewalt im Besonderen wird auch künftig ein bestimmendes Thema der Landesregierung bleiben.

Ich wünsche nun der „ersten“ Fachtagung einen guten Verlauf, allen Teilnehmenden gewinnbringende Erkenntnisse und die notwendige Kraft bei der Umsetzung des Vorhabens.

Begrüßung

Prof. Dr. Manfred Cierpka



Liebe Kolleginnen und Kollegen, meine Damen und Herren,

ich darf Sie, auch im Namen unseres Leitenden Ärztlichen Direktors, Herrn Prof. Dr. Dr. Rüdiger Siewert, recht herzlich zu dieser Veranstaltung begrüßen. Das Ziel dieser Fachtagung wurde Ihnen genannt und geht auch unmittelbar aus dem Untertitel der Veranstaltung hervor. Wir wollen dazu beitragen, dass das Thema „Häusliche Gewalt“ bei uns kein Tabuthema darstellt. Es geht uns darum, den Opfern von Häuslicher Gewalt in unseren medizinischen Einrichtungen die bestmögliche Betreuung und Behandlung zukommen zu lassen.

Die Gewalt von Männern gegenüber Frauen ist circa zehnfach häufiger als von Frauen gegenüber Männern. Zu über 90 Prozent machen die Opfer ihre Gewalterfahrungen in der eigenen Familie (Engfer, 2004). Gewalt innerhalb der Familie gehört zu den wichtigsten Ursachen körperlicher und seelischer Verletzungen. Wie Sie wissen, zählen deshalb Häusliche Gewalt und körperliche Misshandlung weltweit und in allen sozialen Schichten zu den wesentlichen Gesundheitsrisiken von Frauen. Durch körperliche Misshandlung werden mehr Frauen verletzt als durch Autounfälle und Überfälle zusammen. Es gibt US-amerikanische Zahlen, dass 21 Prozent aller Notoperationen an Frauen aufgrund von Verletzungen durch körperliche Misshandlung erfolgen (van der Kolk und andere, 1994). Eine der häufigsten Formen familiärer Gewaltanwendung ist die Gewalt gegen die (Ehe-)Frau, wobei die Vergewaltigung die schwerwiegendste Form von Gewalt in der Ehe ist.

Die Bekämpfung Häuslicher Gewalt ist nicht nur Aufgabe von Polizei und Justiz. Auch wir, die Beschäftigten im Gesundheitsbereich, wir, die Ärzte, Krankenschwestern und Krankenpfleger können durch unsere medizinische Tätigkeit den Opfern unmittelbar helfen und durch unsere Sensibilisierung zur Eindämmung von Gewalt beitragen. Für die Opfer von Gewalt sind wir in den Praxen und in den Ambulanzen der Kliniken eine zentrale Anlaufstelle.

Unsere Hilfeleistung ist vielfältig:

- durch die unmittelbare Behandlung von Verletzungen
- durch Informationen über Beratungsangebote und weiterführende Hilfen

- durch eine gerichtsverwertbare Dokumentation der Verletzungen
- durch das Achten auf chronische Gewaltfolgen im späteren Krankheitsverlauf

Die Sensibilisierung mit dem Thema ist ganz entscheidend. Gerade weil sich die Patientinnen mit akuten Verletzungen aufgrund von Angst, Scham oder Schuldgefühlen nicht immer und oft auch nicht sofort als Opfer zu erkennen geben, ist eine erhöhte Sensibilität bei den Ärzten und dem Pflegepersonal notwendig, um den Opfern die Schwellenangst zu nehmen. Grundsätzlich sollten Frauen auf einen möglichen Verdacht angesprochen und ermutigt werden, über ihre Erfahrungen zu sprechen.

Als Expertinnen und Experten für den Körper bieten wir uns als Ansprechpartner in besonderem Maße an. Wir wissen um den Schmerz, den Menschen ertragen müssen, wenn sie körperlich verletzt werden. Gewalt ist meist ein körperlicher Akt, der mit der Absicht ausgeführt wird, einen anderen zu verletzen oder eine Sache zu beschädigen oder zu zerstören, so die Definition von Gewalt von Bründel und Hurrelmann, 1994. Wolfgang Sofsky, ein Soziologe und Gewaltforscher, weist darauf hin, dass man dem geschundenen Leib nicht entkommen kann, „der Schmerz zerreißt das Opfer“. Dem Gefühl, dem Täter ausgeliefert gewesen zu sein, folgt häufig beim Opfer das Gefühl, jetzt auch noch dem schmerzenden und beschämten eigenen Körper hilflos ausgesetzt zu sein. Deshalb sind unsere Berufsgruppen dazu aufgerufen, den Opfern in diesem Gefühl der Schwäche und Hilflosigkeit beizustehen.

Unsere heutige Veranstaltung ist auch politisch eingebettet. Die Bundesregierung legte zunächst 1999 und dann 2007 einen Aktionsplan zur Bekämpfung von Gewalt gegen Frauen vor, dessen landesweite Umsetzung von einer Bund-Länder-Arbeitsgruppe begleitet wird. Fast alle Bundesländer haben entsprechende Maßnahmen beschlossen. Im Rahmen dessen wurden Materialien entwickelt, deren Kern gerichtsverwertbare Dokumentationssysteme zu Häuslicher Gewalt und körperlicher Misshandlung sind, die speziell für die ärztliche Untersuchung konzipiert wurden. Mit der Einführung des Gewaltschutzgesetzes 2002 ist die Relevanz der ärztlichen Attestierung noch gestiegen. Auch wenn sich misshandelte Frauen nicht gleich entscheiden können, Anzeige zu erstatten, gilt dieses Dokument auch nach Jahren noch als Beweismittel.

Die Vorbereitungsgruppe hat sich entschieden, daran mitzuwirken, dass dieser Aktionsplan in Heidelberg noch besser als bisher umgesetzt wird. Dazu will das Uniklinikum seinen Teil beitragen. Als Mitarbeiter dieses Uniklinikums kann ich sagen, dass wir unsere Aufgaben nicht nur auf die rein medizinische und pflegerische Behandlung beschränkt sehen. Wir sehen den Menschen nicht nur mit seinem körperlichen, sondern auch mit seinem seelischen Leiden. Und Patientinnen und Patienten mit Gewalterfahrungen leiden an Körper und Seele.

Ich wünsche Ihnen, meine Damen und Herren, viele Anregungen, die Sie aus dieser Fachtagung mitnehmen können. Ich wünsche uns aber auch, dass wir diese Tagung als Auftakt für die Arbeit in einem Arbeitskreis sehen und in den nächsten Jahren kontinuierlich darauf hinwirken, dass wir durch verbesserte Kooperation, bessere Übergänge an den Schnittstellen im Netzwerk und einer verbesserten Sensibilisierung dem Thema gegenüber unseren Beitrag zur optimalen Behandlung der Opfer, zum Opferschutz und zur Eindämmung von Gewalt leisten.



Von links nach rechts, stehend:
Prof. Dr. Manfred Cierpka, Hildegard Hellbernd,
sitzend: Dörthe Domzig und Bürgermeister Wolfgang
Erichson (Foto: Susanne Eckl-Gruß)

Vorstellung des S.I.G.N.A.L.- Interventionsprogramms

Diplom-Pädagogin Hildegard Hellbernd, MPH

16

Sehr geehrte Damen und Herren,

es ist mir eine Freude und Ehre, dass ich auf Ihrer Fachtagung „Häusliche Gewalt – kein Tabuthema in der Medizin“ das S.I.G.N.A.L.-Interventionsmodell vorstellen darf. Das S.I.G.N.A.L.-Projekt startete 1999 an dem damaligen Berliner Universitätsklinikum Benjamin Franklin und heutigen Campus Benjamin Franklin (CBF) der Charité. Wir haben vom Institut für Gesundheitswissenschaften/Public Health an der Technischen Universität in Berlin die Implementierung des ersten Interventionsprojekts gegen Gewalt an Frauen in einem Krankenhaus drei Jahre lang wissenschaftlich begleitet. Im Rahmen dieser Forschung konnten wir erste Erhebungen zu den gesundheitlichen Folgen von Gewalt in der Rettungsambulanz der Klinik durchführen und neue Erkenntnisse zur Versorgungsrealität und zu den Erwartungen gewaltbetroffener Frauen gewinnen.

In meinem Beitrag möchte ich zunächst die Gründe anführen, weshalb die Gewaltthematik in der Gesundheitsversorgung nicht tabuisiert werden darf und beginne mit einem Überblick zum Ausmaß und den gesundheitlichen Folgen von häuslicher und sexualisierter Gewalt. Ich werde kurz auf die Versorgungssituation eingehen, die gewaltbetroffene Frauen häufig vorfinden und Präventions- und Interventionsmöglichkeiten gegen Gewalt am Beispiel des S.I.G.N.A.L.-Programms aufzeigen. S.I.G.N.A.L. ist nicht nur ein Handlungskonzept für Behandelnde und Pflegendе, sondern bietet ein komplexes Interventionsprogramm. Die Maßnahmen zur Implementierung des Programms möchte ich vorstellen und in der anschließenden Podiumsdiskussion daran anknüpfen.

Häusliche Gewalt – Angaben zur Prävalenz

Der Begriff „Häusliche Gewalt“ beschreibt Gewalt zwischen Erwachsenen, die in engen sozialen Beziehungen zueinander stehen oder standen und bezeichnet vor allem Gewalt in intimen Beziehungen. Häusliche Gewalt benennt kein einmaliges Gewaltereignis,



sondern ein komplexes Misshandlungssystem, das körperliche, psychische, sexualisierte und soziale Gewalt umfasst und auf Macht und Kontrolle über eine andere Person zielt. Die vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) in Auftrag gegebene repräsentative Studie zur „Lebenssituation, Sicherheit und Gesundheit von Frauen in Deutschland“, bei der über 10.000 Frauen zwischen 16 und 85 Jahren befragt wurden, kommt zu dem Ergebnis, dass jede vierte Frau (25 Prozent) körperliche und/oder sexuelle Gewalt in mindestens einem Fall durch aktuelle oder frühere Beziehungspartner erlebt hat. Knapp ein Drittel der befragten Frauen berichtete über eine einzige Gewalterfahrung, ein Drittel über zwei bis zehn Situationen und ebenfalls ein Drittel über häufige und langanhaltende Gewalt. Zwei Drittel der Frauen erlebten mittlere bis schwere Formen der Gewalt mit Verletzungsfolgen und Angst vor ernsthaften und lebensgefährlichen Verletzungen. Bei 40 Prozent der gewaltbetroffenen Frauen dauerte die Gewaltbeziehung länger als ein Jahr, bei 17 Prozent mehr als fünf Jahre. Jede siebte Frau berichtete über Vergewaltigung, versuchte Vergewaltigung oder Nötigung zu sexuellen Handlungen (Müller/Schröttle, 2004).

Vorliegende Daten zeigen, dass es sich bei Gewalt in Partnerschaften überwiegend um Gewalt von Männern gegenüber Frauen handelt. Wenige Erkenntnisse liegen bislang zu Gewalt in gleichgeschlechtlichen Beziehungen oder zu Männern als Betroffene von Gewalt in heterosexuellen Beziehungen vor. Der nicht repräsentativen Pilotstudie „Gewalt gegen Männer“ (Forschungsverbund, 2004) zufolge besteht eine scheinbar gleiche Gewaltbetroffenheit von Männern in heterosexuellen Beziehungen – auch 25 Prozent der Männer hatten mindestens einmal eine Form von Gewalt erlitten – aber Männer werden seltener durch Gewalt verletzt und in ihrer Gesundheit beeinträchtigt. Nach Polizeiberichten ist die Anzahl männlicher Opfer Häuslicher Gewalt deutlich geringer als die von Frauen, jedoch auch stark tabuisiert, was es für die Betroffenen schwer macht, Unterstützung zu suchen.

Während der S.I.G.N.A.L.-Begleitforschung konnten wir erstmals in Deutschland in einer Querschnittsstudie Daten in der Rettungsstelle des Klinikums zum Ausmaß von Häuslicher Gewalt erheben. In der federführend von meiner Kollegin Petra Brzank durchgeführten S.I.G.N.A.L.-Patientinnenstudie waren von 806 befragten Frauen im Alter von 18 bis 60 Jahren 36,6 Prozent der Befragten nach dem 16. Lebensjahr mindestens einer Häuslichen Gewalthandlung ausgesetzt. Davon hatten 27 Prozent körperliche, 13 Prozent sexuelle und 31 Prozent emotionale Gewalthandlungen erlebt. Zwei Drittel der von Häuslicher Gewalt betroffenen Frauen waren mehrmals oder häufiger Gewalthandlungen ausgesetzt. Über 80 Prozent der körperlichen und 55 Prozent der sexuellen Gewalt standen in Zusammenhang mit Häuslicher Gewalt (Hellbernd/Brzank et al., 2004).

Auffallend deutlich sind multiple Gewalterfahrungen und eine hohe Überschneidung von körperlicher, sexueller und emotionaler Gewalt. Die Patientinnen-Befragung bestätigt, dass es sich bei Häuslicher Gewalt um ein komplexes Misshandlungssystem handelt, bei dem selten nur eine Form von Gewalt vorkommt (ebd.).

Weitere Ergebnisse unserer Befragung betreffen die Häufigkeit beziehungsweise Prävalenz von Gewalt in der Gesundheitsversorgung. In der S.I.G.N.A.L.-Studie betrug die Lebenszeitprävalenz 36 Prozent, im vergangenen Jahr hatten 4,6 Prozent der befragten Frauen Häusliche Gewalt erfahren und 1,5 Prozent der Frauen suchten die Erste Hilfe wegen akuter gewaltverursachter Verletzungen auf. Von den gewaltbetroffenen Patientinnen hatten 13,5 Prozent während der Schwangerschaft Gewalt erlebt.

Angaben zur Prävalenz sind aufgrund unterschiedlicher Gewaltdefinition, Studiendesigns und -populationen nur bedingt vergleichbar, dennoch möchte ich ähnliche internationale Studien anführen. Angloamerikanische Studien zeigen, dass circa zwei bis vier Prozent aller Frauen Rettungssambulanzen aufgrund akuter Gewaltverletzungen durch den (Ex-)Partner aufsuchen, die Ein-Jahres-Prävalenz wird auf zehn bis zwölf Prozent und die Lebenszeitprävalenz auf 37 Prozent bis 54 Prozent geschätzt. Während der Schwangerschaft erleiden circa vier bis acht Prozent aller Frauen Gewalt (Hellbernd/Brzank, 2006).

gesundheitliche Folgen von Gewalt

Gewalt hat gravierende Auswirkungen auf die Gesundheit. Die systematische Untergrabung des Selbstwertgefühls, ein Leben in ständiger Angst und Bedrohung, Stressbelastung und permanente Anspannung machen krank. Die folgenden Äußerungen zeigen, wie Frauen die Auswirkungen von Partnergewalt auf ihre Gesundheit beschreiben:

- „Ich wurde immer leiser, immer kleiner, weil ich Angst hatte, dass er wieder zuhaut beim geringsten Ding.“
- „Ich habe nachts nicht geschlafen, ich konnte nichts essen, ich hab ständig irgendwo Geräusche gehört.“
- „... und dann bin ich krank geworden. Autoimmunerkrankung, ich denke mal, das ist alles zu viel geworden, diese ganzen Belastungen und dieses Hickhack.“

Die Zitate stammen aus qualitativen Interviews mit Frauen, die Unterstützung in Anspruch genommen haben. Sie sind einer Veröffentlichung über neuere Forschungsergebnisse zu den Gewaltfolgen und Interventionsmöglichkeiten bei Häuslicher Gewalt entnommen (GiGnet, 2008).

Die WHO (Weltgesundheitsorganisation, englisch World Health Organization) hat bereits seit den 90er Jahren Gewalt zu einem weltweiten Problem der öffentlichen Gesundheit erklärt. In dem Weltgesundheitsbericht wird davon ausgegangen, dass Gewalt gegen Frauen ein globales Gesundheitsproblem darstellt, das in seiner Dimension mit den durch andere Risikofaktoren verursachten Gesundheitsschäden bei Frauen – wie HIV (Humanes Immundefizienz-Virus), Tuberkulose, Sepsis bei der Geburt, Krebs und Herz-Kreislauferkrankungen – zu vergleichen ist (WHO, 2002).

Schätzungen zufolge erleiden circa 22 Prozent aller Frauen in Deutschland geschlechtsbezogene Gewalt in einer Ausprägung, die Folgen für die Gesundheit hat (Hagemann-White/Bohne, 2003). Die immensen Auswirkungen von Gewalt auf die Gesundheit sind durch eine Vielzahl – vor allem internationaler – Studien belegt. Die Auswirkungen häuslicher und sexueller Gewalt reichen von körperlichen Verletzungen, somatischen und psychosomatischen Beschwerden, psychischen Störungen und Erkrankungen bis hin zum Tod.

Körperliche Verletzungen

Sie gehören zu den sichtbaren Folgen von Gewalt. Dazu gehören:

Hämatome, Prellungen, Stich- und Hiebverletzungen, Schnitt- und Brandverletzungen, Kopf-, Nacken- und Wirbelsäulenverletzungen, Frakturen des Nasenbeins sowie Kiefer- und Zahnverletzungen. Häufig zeigen sich langfristig funktionelle Beeinträchtigungen durch diese Verletzungen. Es können dauerhafte Behinderungen eintreten, wie zum Beispiel Schwerhörigkeit durch Trommelfellverletzungen oder Einschränkungen der Sehfähigkeit.

Somatische und psychosomatische Folgen

Zu verbreiteten somatischen Beschwerden gehören Kopf-, Rücken-, Brust- und Unterleibsschmerzen. Signifikant sind Magen-Darm-Störungen, Atembeschwerden und Essstörungen, Harnwegsinfekte, Reizdarm- und Fybromyalgie-Syndrom. Gewaltbetroffene Frauen leiden unter chronischen Anspannungen, Bedrohung und Verunsicherung, die sich als Stressfolgen in psychosomatischen Beschwerdebildern und chronischen Erkrankungen und Syndromen niederschlagen können. Chronische Schmerzsyndrome stehen häufig in Verbindung mit Gewalt. Rubin (2005) stellte in einer Untersuchung fest, dass 40 bis 60 Prozent der Frauen und 20 Prozent der Männer mit chronischen Schmerzsyndromen, Misshandlungen im Kindes- und/oder im Erwachsenenalter erlitten hatten. Vor allem Unterleibsbeschwerden (wie zum Beispiel Irritable Bowel Syndrome) werden häufig in Verbindung mit sexualisierter Gewalt in der Kindheit sowie in unmittelbarem Zusammenhang mit einer gewalttätigen Beziehung diagnostiziert.

Psychische Folgen

Stress und Gewalttraumata wirken sich gravierend auf die psychische Gesundheit aus. Gewaltbetroffene Frauen betonen vielfach, dass Verletzungen heilen, aber der seelische Schmerz lange anhält. Am häufigsten treten Depressionen sowie Angst- und Panikattacken auf, die oft einen ganz realen Hintergrund haben, wenn zum Beispiel Frauen von ihren derzeitigen oder ehemaligen Partnern bedroht und verfolgt werden. Eine weitere Folge sind Nervosität, Schlafstörungen, Konzentrationsschwäche, Verlust von Selbstachtung und Selbstwertgefühl sowie selbstverletzendes Verhalten und Suizidalität. Borderline-Störungen und Multiple Persönlichkeitsstörungen sind häufig auf wiederholte Gewaltereignisse zurückzuführen, denen Betroffene bereits in der Kindheit ausgesetzt waren. Da sich sexualisierte Gewalt vor allem gegen Frauen und Mädchen richtet, besteht für sie ein besonders hohes Risiko für posttraumatische Belastungsstörungen. Die Wahrscheinlichkeit, dass Frauen nach sexueller Gewalt mit einer Traumatisierung reagieren, liegt bei 50 Prozent, das Erkrankungsrisiko liegt bei 20 Prozent (Hagemann-White/Bohne, 2003).

Folgen für die reproduktive Gesundheit

Studien belegen, dass gewaltbetroffene Frauen im Vergleich zu Frauen, die keine Gewalt erfuhren, dreimal häufiger unter gynäkologischen Beschwerden leiden. Dazu gehören: Infektionen des Urintrakts, Unterleibsentzündungen, HIV-Infektionen und andere sexuell übertragbare Erkrankungen (Cambell, 2002). Es kann davon ausgegangen werden, dass bei Patientinnen mit vielfachen Unterleibsoperationen (sogenannten „gynäkologischen Operationskarrieren“) häufig ein Gewalthintergrund besteht.

Schwangerschaft und Geburt

Die Auswirkungen von Gewalt auf Schwangerschaft und Geburt werden bislang noch wenig in der Medizin wahrgenommen. Folgen der Gewalt sind ungewollte Schwangerschaften, Infektionen, Anämie, Blutungen im ersten und dritten Trimester, ein geringeres Geburtsgewicht und eine späte Inanspruchnahme der Schwangerenversorgung. Im Vergleich zu Frauen ohne Gewalterleben zeigen Untersuchungen ein um das Vierfache erhöhtes Risiko einer Frühgeburt. Gewaltattacken während der Schwangerschaft führen zu Plazentalösungen, Uterusrupturen und Frakturen beim Fötus. Neue Erkenntnisse der Hirnforschung zeigen, dass Beeinträchtigungen bereits für Ungeborene bestehen (Hellbernd, 2006). Hohe Evidenz liegt auch für den Zusammenhang von Gewalt und Niereninfektionen sowie Kaiserschnittentbindung und einem niedrigen Geburtsgewicht vor (Campbell, 2002).

Auswirkungen auf das Gesundheitsverhalten

Gewalt beeinträchtigt ebenfalls das Gesundheitsverhalten. Der Konsum von Substanzen wie Nikotin, Alkohol, Medikamenten und Drogen kann bekanntlich nicht nur berauschen, sondern auch beruhigen. Er dient oft als eine Form von „Selbstmedikation“ der inneren Flucht, dem Verdrängen und Vergessen und ist nicht selten eine „Überlebensstrategie“. Der kontinuierliche Konsum kann zu einem ausgeprägten Suchtverhalten führen, was größere Vulnerabilität und ein erhöhtes Gewaltisiko bedeutet.

Die verbreitete geschlechtsspezifische Medikamentenverschreibung verstärkt vielfach Abhängigkeiten, anstatt Betroffene durch eine Stärkung des Selbstbewusstseins beim Ausstieg aus einer gewalttätigen Beziehung zu unterstützen.

Gewalt kann bei betroffenen Frauen dazu führen, dass die Beziehung zum eigenen Körper grundlegend gestört ist. Das Erleben, dass Grenzen unter Umständen schon seit der Kindheit ständig überschritten wurden, kann ein risikoreiches Sexualverhalten, wie zum Beispiel ungeschützten Sexualverkehr, sexuell übertragbare Krankheiten und ungewollte Schwangerschaften nach sich ziehen.

Anführen möchte ich kurz Studienergebnisse, die mittlerweile in Deutschland zu gesundheitlichen Folgen von Häuslicher Gewalt vorliegen. In der bundesweiten Repräsentativstudie gaben zwei Drittel der gewaltbetroffenen Frauen Verletzungen (Prellungen, Verstauchungen, Knochenbrüche, offene Wunden et cetera) als Folge der gewaltsamen Übergriffe an. Sexualisierte und psychische Gewalt führten bei etwa 80 Prozent der Betroffenen zu hohen psychischen und psychosomatischen Beeinträchtigungen. Gewaltbetroffene Frauen haben eine höhere Anzahl von gesundheitlichen Beschwerden in den letzten zwölf Monaten. Signifikant waren Kopfschmerzen, Magen-/Darmprobleme und Unterleibs- beziehungsweise gynäkologische Beschwerden (Müller/Schröttle, 2004).

Bei der S.I.G.N.A.L.-Patientinnen-Befragung berichteten 56,7 Prozent der gewaltbetroffenen Frauen über gesundheitliche Folgen. Nach der Häufigkeit der Angaben dominierten unter Verletzungen Hämatome/Prellungen (44 Prozent), Frakturen/Rupturen (17,3 Prozent), Stich-/Schuss- oder Brandverletzungen (10 Prozent). Als Beschwerden wurden am häufigsten gastrointestinale Beschwerden (23 Prozent), Kopfschmerzen/Migräne (18 Prozent), Herzkreislaufbeschwerden (14 Prozent) angegeben. Unter den psychischen Folgen überwogen Angst/Panikattacken (33 Prozent), Depressionen (15 Prozent), selbstverletzendes Verhalten/Suizidversuch (5 Prozent) (Hellbernd/Brzank et al., 2004).

Sexualisierte Gewalt und Häusliche Gewalt werden in dem Weltbericht der WHO (2002) weltweit als signifikante Ursachen für Invaliderität und Tod von Frauen gesehen. In Deutschland zeigt eine Analyse kriminalpolizeilicher Ermittlungsakten über versuchte und vollendete Tötungsdelikte an Frauen in Nordrhein-Westfalen, dass der aktuelle beziehungsweise ehemalige Ehe- oder Lebenspartner in circa 60 Prozent aller Fälle der Tatverdächtige war. Ein Drittel der Partnerschaften befand sich zum Tatzeitpunkt in Trennung (Herbers, Lütgert und Lambrecht, 2007).

Mit dieser umfassenden Darstellung der Gesundheitsfolgen möchte ich verdeutlichen, dass in einem Krankenhaus nahezu jede Disziplin mit den Auswirkungen von Gewalt in Kontakt ist.

Wie stellt sich die aktuelle Versorgungssituation dar?

In der bundesweiten repräsentativen Studie zu Gewalt an Frauen hatte jede fünfte Frau (20 Prozent), die von körperlicher oder sexueller Gewalt betroffen war, ärztliche Hilfe in Anspruch genommen. Allerdings gaben 14 Prozent der Frauen mit schweren Verletzungen durch körperliche Gewalt und 27 Prozent der Frauen mit Verletzungen durch sexuelle Gewalt an, keine medizinische Hilfe beansprucht zu haben, obwohl die Verletzungsfolgen es erfordert hätten. Insbesondere im Fall von sexualisierter Gewalt scheint Frauen die Inanspruchnahme medizinischer Hilfe schwer zu fallen. Nur zwölf Prozent dieser Frauen hatte einen Arzt aufgesucht (Müller/Schröttle, 2004).

Wenn Frauen Arztpraxen aufsuchen, müssen sie damit rechnen, dass die Ursachen der Verletzungen und Beschwerden nicht erkannt werden. Gewalt als Hintergrund und Kontext gesundheitlicher Beschwerden und Verletzungen ist oft unterschätzt. Einer Berliner Studie zufolge erkannten niedergelassene Ärzte und Ärztinnen nur jeden zehnten Fall von Häuslicher Gewalt (Mark, 2000).

Eine Nichtberücksichtigung der Ursachen von Verletzungen und Beschwerden erhöht die Gefahr von Über-, Unter- und Fehlversorgung. Ausbleibende oder inadäquate Behandlungen können zu einer Chronifizierung von Beschwerden bis hin zu dauerhaften Behinderungen und Beeinträchtigungen führen. Insgesamt lässt sich bei gewaltbetroffenen Frauen eine höhere Inanspruchnahme gesundheitlicher Versorgungsleistungen erkennen, wie zum Beispiel psychische Behandlungen, eine höhere Anzahl von Operationen und stationären Aufenthalten (Verbundprojekt, 2001).

Gesundheitsfachkräfte sind Schlüsselpersonen bei der Intervention gegen Gewalt

Durch eine rechtzeitige Intervention können nicht nur Fehlversorgungen, sondern auch weitere Gewalt verhindert werden. Fachkräfte in der Gesundheitsversorgung sind nicht selten die einzigen außen stehenden Personen, die die körperlichen Folgen Häuslicher Gewalttaten zu sehen bekommen.

In der bundesdeutschen Repräsentativbefragung wurden Ärztinnen und Ärzte als erste Ansprechpersonen genannt, soweit gewaltbetroffene Frauen außerhalb des Familien- und Freundeskreises institutionelle Hilfe suchen. An zweiter Stelle nannten die befragten Frauen Frauenberatungs- und Zufluchtseinrichtungen, an dritter Stelle die Polizei (Müller/Schröttle, 2004).

Die Befragung unter 806 Patientinnen der Rettungsstelle einer Berliner Universitätsklinik zeigte, dass für 67 Prozent der Frauen Ärzte und Ärztinnen im Fall von Gewalt wichtige AnsprechpartnerInnen wären. Aber nur 7,5 Prozent aller Frauen waren jemals von ihrem Arzt/ihrer Ärztin nach Gewalterfahrung gefragt worden (Hellbernd/Brzank et al., 2004).

Fachkräften der Gesundheitsversorgung kommt eine wichtige Schnittstellenfunktion zu, um Frauen den Zugang zum weiteren Hilfesystem zu ermöglichen. Sie können eine Schlüsselposition in der Unterstützung von gewaltbetroffenen Frauen und bei der Prävention Häuslicher Gewalt einnehmen. Für die Nutzung von Interventionschancen ist es bedeutsam, dass das Gesundheitspersonal über entsprechende Kompetenzen verfügt.

Eine Voraussetzung ist das Erkennen von gewaltverursachten Verletzungen und Beschwerden und Sensibilität für die Problematik. Ein Gespräch mit der Patientin über die Gewalt zu einem frühen Zeitpunkt, der Hinweis auf gezielte Unterstützungsangebote können entscheidende Schritte bedeuten, um Gewalt abzubauen. Patientinnen akzeptieren Ärztinnen und Ärzte sowie Pflegekräfte als potentielle Gesprächspersonen, wenn sie aktiv und zugewandt angesprochen werden.

Auch wenn Gesundheitsfachkräfte wichtige Ansprechpersonen für gewaltbetroffene Frauen sind, bestehen auf beiden Seiten Barrieren, die ein Gespräch über die erlittene Gewalt behindern. Wenn eine Patientin Scham und Ängste überwindet und über schmerzhaftere Erinnerungen an Gewalt spricht, hat sie immer auch das Risiko, nicht ernst genommen und verstanden zu werden oder Ratschläge zu erhalten, die ihrer Lebensrealität nicht angemessen sind.

Ob eine Interventionskette beginnt, hängt in entscheidendem Maße davon ab, dass gewaltbetroffene Patientinnen auf kompetente Fachkräfte in der Gesundheitsversorgung treffen. Vor diesem Hintergrund entstand in Berlin das S.I.G.N.A.L.-Interventionsprogramm.

Was kann getan werden? – Intervention bei Häuslicher Gewalt

Interventionsmodelle und -maßnahmen gegen Häusliche Gewalt, an denen sich das S.I.G.N.A.L.-Interventionsprogramm orientiert, wurden zunächst in angloamerikanischen Ländern entwickelt und erprobt. Das S.I.G.N.A.L.-Programm basiert wie andere Interventionsmodelle auf folgenden Interventionsschritten:

- Die aktive Befragung von Patientinnen nach Gewalterfahrungen.
- Die detaillierte, rechtsverwertbare Dokumentation vorliegender Verletzungen und Beschwerden.
- Die Klärung der Gefährdung sowie die Gewährleistung von Schutz und Sicherheit.
- Die Vermittlung von Informationen über weiterführende Behandlungs-, Beratungs-, und Zufluchtseinrichtungen.

Diese Interventionsschritte finden Sie in dem S.I.G.N.A.L.-Handlungsleitfaden wieder, der als Orientierung für den angemessenen Umgang mit Betroffenen von sexualisierter und Häuslicher Gewalt von den Projektgründerinnen entwickelt wurde. Als Akronym steht jeder Buchstabe für eine Handlungsempfehlung.

Ich möchte zunächst zwei Aspekte beleuchten, die zu beachten sind, bevor Patientinnen auf einen möglichen Gewalthintergrund angesprochen werden.

Hinweise auf Gewalt – „Red Flags“

Es gibt Hinweise, in welchen Fällen und bei welchen Symptomkomplexen der Verdacht auf das Vorliegen von Gewalt begründet ist. Diese werden als Alarmzeichen oder „Red-Flags“ bezeichnet und betreffen:

Situative Anzeichen, wie zum Beispiel, dass der Partner nicht von der Seite der Partnerin weicht, für die Patientin antwortet und sich überfürsorglich gibt. Oft stimmen Erklärungen zum Entstehen der Verletzung nicht mit Art und Lage der Verletzungen überein, sie sind lückenhaft oder widersprüchlich, mitunter spielt die Patientin Verletzungen herunter oder versucht sie zu verdecken. Auch wenn der Zeitraum zwischen Aufsuchen der Versorgung und Entstehen der Verletzung auffällig lang ist, sollten Sie aufmerken.

Die Art der Verletzungen und Beschwerden, wie zum Beispiel typische Abwehrverletzungen, multiple Verletzungen über den gesamten Körper verteilt; Verletzungen in unterschiedlichem Heilungsstadium, bereits angeführte typische Verletzungen wie Trommelfellverletzungen, körperliche Verletzungen während der Schwangerschaft, Frakturen des Nasenbeins, Arm- und Rippenbrüche, Kiefer- und Zahnverletzungen. Untersuchungen zeigen, dass vor allem Kopf und Gesicht bei körperlicher Gewalt betroffen sind.

Gewalt sollte immer auch als möglicher Kontext bei unspezifischen Beschwerden wie einer Vielzahl psychosomatischer und psychischer Erkrankungen beziehungsweise Beschwerden mitgedacht werden. Vor allem aber bei Ängsten, Panikattacken, Bauch- und Unterleibsbeschwerden und ungeklärten Schmerzsyndromen.

Weiter sind Aspekte des Gesundheitsverhaltens zu beachten, wie zum Beispiel unachtsamer Umgang mit chronischen Erkrankungen wie Bluthochdruck, Diabetes, Asthma oder HIV-Infektionen oder der späten und unregelmäßigen Inanspruchnahme von Früherkennungsuntersuchungen.

Voraussetzungen für ein Ansprechen auf Gewalterfahrungen

Bevor eine Patientin auf mögliche Gewalterfahrungen angesprochen wird, sollten Bedingungen geschaffen werden, die eine vertrauensvolle Begegnung ermöglichen. Erst wenn sich eine Patientin sicher, angenommen und respektiert fühlt, wird sie sich entschließen, sich den Behandelnden und Pflegenden anzuvertrauen. Das beinhaltet:

- Einen geschützten Raum schaffen.
- Schilderungen Ihrer Patientin ernst nehmen.
- Eine klare Haltung gegenüber Häuslicher Gewalt.
- Der Patientin mit Respekt begegnen, Entscheidungen akzeptieren.
- Die Gefährdung der Patientin bedenken.
- Auf die eigene Sicherheit achten.

S.I.G.N.A.L.-Handlungsleitfaden

Bevor ich den S.I.G.N.A.L.-Leitfaden im Einzelnen darstelle, möchte ich erwähnen, dass mittlerweile in vielen Bundesländern entsprechende Handlungsempfehlungen vorliegen, die häufig von den jeweiligen Ärztekammern entwickelt und veröffentlicht wurden, so dass Ihnen einige Empfehlungen sicher bekannt sein werden.

Sprechen Sie die Patientin an, S.I.G.N.A.L.isieren Sie Ihre Bereitschaft. Frauen öffnen sich, wenn sie spüren, dass ihre Situation verstanden wird.

Ein aktives Ansprechen nach Gewalterfahrungen ist wichtig, da die wenigsten Frauen aus Scham und Angst von sich aus über Gewalt als Ursache von Erkrankungen oder Verletzungen sprechen. Aus Studien wissen wir, dass Sie als Ärztinnen, Ärzte und Pflegekräfte als Ansprechpersonen geschätzt werden und Patientinnen der Vorstellung, nach Gewalt gefragt zu werden, offen und positiv gegenüber stehen (Hellbernd/Brzank et al., 2004, Müller/Schröttle, 2004).

Es war uns ein besonderes Anliegen, bei der Patientinnen-Befragung in der Rettungsstation des CBF, Frauen zu ihrer Einstellung gegenüber einer Routinefrage nach Gewalterfahrung zu befragen. Dies geschah vor dem Hintergrund, dass es in angloamerikanischen Ländern die Empfehlung und Kampagne gibt, die Frage nach Gewalterfahrungen routinemäßig in die Anamnese aufzunehmen. Wir stellten allen Patientinnen die Frage, wie sie zur Aufnahme der Frage nach Gewalterfahrung in der Ersten-Hilfe-Anamnese stehen. Die Antworten waren eindeutig: Nahezu 80 Prozent der befragten Frauen wünschten sich eine routinemäßige Aufnahme der Frage nach Gewalt in die Anamnese. Von den befragten Frauen betrachteten 39 Prozent die Frage nach Gewalterfahrungen prinzipiell als wichtig, 39 Prozent wäre es zwar unangenehm, dennoch finden sie eine Routinefrage nach Gewalt wichtig. Die Studie zeigte keine nennenswerten Unterschiede zwischen Frauen, die von Gewalt betroffen waren und Frauen, die keine Gewalt erlebt hatten (Hellbernd/Brzank et al., 2004).

Bei Fragen nach Gewalt sollte der jeweilige Kontext der Patientin beachtet werden. Bei Frauen mit geringen Deutschkenntnissen sollte ein neutraler Sprachmittler einbezogen werden. Weiter ist zu berücksichtigen, dass Frauen mit Behinderungen von einem hohen Gewaltisiko betroffen sind.

Interview mit konkreten einfachen Fragen. Hören Sie zu, ohne zu urteilen. Den meisten Frauen fällt es schwer, über Gewalterlebnisse zu sprechen.

Über Häusliche Gewalt zu sprechen, ist weder für das medizinische Personal noch für gewaltbetroffene Frauen leicht. Ein direktes Fragen nach Gewalt empfinden Fachkräfte ebenso wie Patientinnen oftmals als unvermittelt. Es empfiehlt sich zu begründen, warum danach gefragt wird und der Patientin zu vermitteln, dass Gewalt ein Thema ist, das für Beschäftigte in Behandlung und Pflege eine grundsätzliche Bedeutung hat. Vielfach werden Beispiele gewünscht, wie ein Gespräch beginnen kann:

- „Wir erleben häufig, dass Verletzungen durch andere Personen verursacht wurden. Wir haben uns daher angewöhnt, jede Patientin zu fragen.“
- „Wir wissen, dass viele Frauen von Gewalt betroffen sind. Daher fragen wir alle Patientinnen, ob sie körperlich, seelisch, sexuell verletzt wurden.“

Auf die Frage, ob die Patientin „Häusliche Gewalt“ erlitten hat oder „misshandelt“ wurde, antworten betroffene Frauen selten mit ja, da sich die meisten Frauen nicht mit diesen Begriffen identifizieren. Geeignet ist ein direktes Fragen, ob die Patientin geschlagen wurde, sie zu Hause sicher und gut versorgt ist oder sie jemand verletzt hat. Der Begriff „verletzt“ macht es der Patientin möglich, über emotionale wie über körperliche Verletzungen zu sprechen. Als Beispiele können genannt werden:

- „Kann es sein, dass Sie von einer anderen Person geschlagen, getreten, geschubst, gebissen et cetera wurden? War es Ihr Partner oder Freund?“
- „Wie ist es dazu gekommen, dass Sie die Treppe hinunter gefallen sind? Hat Sie vielleicht jemand gestoßen oder hat Ihnen jemand Angst gemacht?“
- „Ihre Beschwerden können Ausdruck von Belastungen sein. Wie geht es Ihnen zuhause/in Ihrer Partnerschaft? Fühlen Sie sich zuhause sicher?“

Opfer von Gewalt sind oft in Misshandlungsdynamiken verstrickt, so dass sie die Perspektive der gewalttätigen Person übernehmen und sich schuldig und verantwortlich für die Gewalt fühlen. Es ist wichtig, Frauen, die mitunter jahrelang gedemütigt und erniedrigt wurden, zu vermitteln, dass niemand das Recht hat, sie gewalttätig zu behandeln. Es sollte nicht unterschätzt werden, welche Bedeutung eine eindeutige Verurteilung von Gewalt für eine misshandelte Person hat.

Es sollte respektiert werden, wenn die Patientin kein Gespräch wünscht. Wir wissen, dass es in helfenden Berufen nicht immer leicht fällt, dass eine Frau in einer gewalttätigen Beziehung bleibt.

Studien zur Gewaltintervention machen deutlich, dass gewaltbetroffene Frauen einen unterschiedlichen Unterstützungsbedarf formulieren. Hierzu wurde in Baden-Württemberg eine wichtige Studie von Frau Helfferich (2005) veröffentlicht, die vielen von Ihnen sicher bekannt ist.

In diesem Zusammenhang möchte ich auf ein Modell hinweisen, das in der medizinischen Versorgung bei Häuslicher Gewalt zunehmend Beachtung findet und als „Stages of Change“ oder Prozessänderung beschrieben ist. Dieses Aktionsphasenmodell berücksichtigt, dass gewaltbetroffene Frauen verschiedene Phasen der Reflexion durchlaufen (Zink et al., 2004). Es ist ein trans-theoretisches Modell der Verhaltensänderung, das auf die Psychologen Prochaska und DiClemente zurückgeht und zum Beispiel im Suchtbereich genutzt wird. Zu den einzelnen Phasen der Auseinandersetzung gehören:

Absichtslosigkeit oder Vorüberlegungen: Gewalt wird nicht als solche wahrgenommen und Rationalisierung und Widerstände sind typische Merkmale dieser Phase.

Erwägungen: Überlegung, etwas zu verändern, weil zum Beispiel die negativen Auswirkungen von Gewalt stärker beachtet werden.

Vorbereitung zum Handeln: Dies beinhaltet zum Beispiel Informationen über Unterstützungsangebote einholen.

Handeln: Aktion, um konkrete Veränderungen zu erzielen, wie zum Beispiel eine Beratungsstelle aufzusuchen.

Aufrechterhaltung der Veränderung: Entwicklung neuer Perspektiven und Nutzung von Ressourcen im Unterstützungssystem.

Ambivalenz: Abwägen einer Entscheidung, zum Beispiel einer Trennung.

Die beschriebenen Stadien verlaufen dabei keineswegs aufeinander folgend, sondern eher zirkulär.

Das Erkennen der spezifischen Phase bedeutet, dass Ärztinnen und Ärzte effektiver handeln können, indem sie gewaltbetroffene Frauen konkret ansprechen und mit gezielten Informationen aufklären beziehungsweise die Patientin mit entsprechenden Botschaften auch „therapeutisch“ erreichen können. Sie können genauer einschätzen, welche Unterstützungsangebote hilfreich sind. Das Konzept des „Veränderungsprozesses“ ermöglicht, Unterstützungsmöglichkeiten differenzierter zu betrachten und auch eigenen Frustrationen vorzubeugen (Zink et al., 2004, Hellbernd, 2006).

Gründliche Untersuchung alter und neuer Verletzungen. Verletzungen in unterschiedlichen Heilungsstadien können Hinweise auf Häusliche Gewalt sein.

Die Dokumentation von Gewaltspuren kann von zentraler Bedeutung für Betroffene von Häuslicher Gewalt sein. In der Regel haben Frauen keine „Beweise“, da Gewalt hinter verschlossenen Türen stattfindet. Erfahrungen von Mitarbeiterinnen aus Frauenberatungs- und Zufluchtseinrichtungen zeigen, dass Frauen oft keine rechtsverwertbare Dokumentation ihrer Verletzungen haben und sie vor Gericht außer ihren Schilderungen keine objektiven Belege für die Gewaltfolgen vorlegen können.

Eine rechtsverwertbar verfasste Dokumentation unterstützt Frauen, rechtliche Schritte gegen die Tatperson zu unternehmen. Sie kann aber auch für Sorgerechtsentscheidungen, Aufenthaltsklärungen und ähnliches von zentraler Bedeutung sein.

Eine gründliche Untersuchung der Verletzungen und Beschwerden ist erforderlich, nicht selten werden Verletzungen unter der Kleidung „versteckt“. Neben offensichtlichen Verletzungen sollte insbesondere auf „kleinere“ Verletzungen wie Hämatome, Prellungen, Abschürfungen in unterschiedlichen Heilungsstadien geachtet werden, die von den Frauen häufig gar nicht erwähnt werden. Vielfach wird „Bagatell-Verletzungen“ eher wenig Aufmerksamkeit geschenkt, da sie nicht behandlungsbedürftig sind. RechtsmedizinerInnen weisen darauf hin, dass gerade leicht zu übersehende, kleine Verletzungen wie leichte Markierungen darauf deuten, ob und welche Form von Gewalt angewendet wurde.

Bei einer Untersuchung besteht immer auch die Gefahr einer Retraumatisierung. So können routiniert und schnell durchgeführte Untersuchungen oder professionelle Handlungen einen Kontrollverlust und ein Objektgefühl bei der Patientin auslösen. Daher sollte die Patientin gefragt werden, ob sie für die Untersuchung bereit ist. Ebenfalls sollten Untersuchungsschritte transparent sein und ihre Notwendigkeit erklärt werden.

Notieren und dokumentieren Sie alle Befunde und Angaben, so dass sie rechtsverwertbar sind.

Damit eine medizinische Dokumentation vor Gericht verwertbar ist, müssen die Verletzungen rechtssicher und nachvollziehbar dokumentiert werden. In vielen Städten bieten rechtsmedizinische Institute Unterstützung bei der Dokumentation von Verletzungen an. Es liegen von rechtsmedizinischer Seite vielfache Hinweise vor, was eine aussagekräftige ärztliche Befunddokumentation beinhalten sollte (Graß, 2004). Mittlerweile wurden in vielen Bundesländern eigenständige Dokumentationsbögen für Häusliche Gewaltfolgen erstellt. Sie umfassen stets:

- Angaben zur untersuchenden Person
- Angaben zur Patientin
- Angaben der Patientin zum Kontext beziehungsweise Hintergrund der Beschwerden
- Detaillierte Befundbeschreibung körperlicher Verletzungen, der psychischen Situation und neurologischen Befunde
- Angaben zu Gegenständen und Kleidungsstücken, die gegebenenfalls archiviert wurden
- Angaben zu weiteren eingeleiteten Maßnahmen wie Arbeitsunfähigkeit, Überweisung an andere ärztliche Disziplinen, Aufklärung über Schutzmöglichkeiten, Weitervermittlung an ein Frauenhaus oder eine Beratungseinrichtung.

Eine rechtsverwertbare Dokumentation der gesundheitlichen Folgen erlittener Gewalt kann von entscheidender Bedeutung dafür sein, ob die gewalttätige Person für ihr Handeln in Verantwortung genommen werden kann oder nicht. Eine gute Dokumentation kann Frauen bestärken und ermutigen, strafrechtliche Schritte gegen den Täter einzuleiten oder zivilrechtliche Schutzanordnungen zu beantragen.

Abklären des aktuellen Schutzbedürfnisses. Schutz und Sicherheit für die Patientin sind Grundlage und Ziel jeder Intervention.

Die Gefahr, dass Gewalt eskaliert, ist dann am größten, wenn eine Frau ihre Misshandlungen öffentlich macht und/oder sich trennt. Es ist deshalb sinnvoll abzuklären:

- Kann und will die Patientin nach Hause zurück, fühlt sie sich dort sicher?
- Möchte die Patientin in ein Frauenhaus oder zu FreundInnen oder Verwandten gehen? Ist es möglicherweise erforderlich, dass die Polizei zum Personenschutz eingeschaltet wird?
- Ist die Aufnahme für eine Nacht innerhalb des Krankenhauses möglich? So wurde innerhalb des S.I.G.N.A.L.-Programms die Möglichkeit geschaffen, gewaltbetroffene Frauen kurzfristig stationär aufzunehmen.

Kinder sind von Häuslicher Gewalt stets mit betroffen, wie unter anderem eine Untersuchung zu Unterstützungsangeboten für Kinder und Jugendliche bei Häuslicher Gewalt von Seith und Kavemann (2007) in Baden-Württemberg eindrücklich belegt. Studien in den USA zeigen, dass Gewalt durch den Partner häufig mit Kindesmisshandlung in Verbindung steht. Eine Auswertung verschiedener Studien kam zu dem Ergebnis, dass im Fall von Kindesmisshandlung zu 45 bis 59 Prozent die Mütter gleichfalls von Gewalt betroffen waren (vgl. Hellbernd/Brzank et al., 2004).

Somit stellt sich immer die Frage, inwieweit Kinder direkt oder indirekt von Häuslicher Gewalt betroffen sind. Wenn die Patientin nicht nach Hause möchte, ist zu berücksichtigen, ob Kinder möglicherweise unversorgt zuhause sind und abgeholt werden müssen.

Unterstützung und Informationen sollten mit dem Ziel vermittelt werden, der Patientin zu helfen, Wege aus der Gewalt zu finden. Es geht nicht darum, Patientinnen dazu zu bringen, den gewalttätigen Partner zu verlassen oder die Beziehung zum Partner „in Ordnung zu bringen“. Eine Frau, die in einer gewalttätigen Beziehung ist, kann oft am besten einschätzen, ob das Verlassen einer Beziehung die Beendigung von Gewalt bedeutet oder ob damit eine zunehmende Gefährdung verbunden ist.

Eine umfassende Gefährdungsabklärung wird in der medizinischen Praxis in der Regel nicht möglich sein, dies fällt in das Aufgaben-

gebiet von Frauenberatungsstellen oder der Polizei. Es sollte überlegt werden, wie ihre Sicherheit gewährleistet wird und ihr mitgeteilt werden, dass man sich sorgt. Vorhandene Fragebögen zum Abklären der Gefährdung enthalten hilfreiche Hinweise zur Sicherheit.

Leitfaden mit Notrufnummern und Unterstützungsangeboten anbieten. Frauen werden zu einem für sie richtigen Zeitpunkt von ihnen Gebrauch machen.

Viele Frauen sind nicht oder nur begrenzt über das aktuelle Hilfsangebot informiert. Die Befragung unter 806 Patientinnen der Ersten-Hilfe-Station des Klinikums Charité Campus Benjamin Franklin im Rahmen der S.I.G.N.A.L.-Begleitforschung hat ergeben, dass nur ein Viertel der befragten Frauen Hilfsangebote kannte. 26 Prozent der Befragten hatten gehört, dass es entsprechende Beratungsstellen gibt. 48 Prozent der Befragten kannten keine entsprechenden Unterstützungseinrichtungen (Hellbernd/Brzank et al., 2004). Aus diesem Grund ist es wichtig, Patientinnen Telefonnummern und Adressen von Hilfs- und Schutzeinrichtungen anzubieten.

Gewaltbetroffene Patientinnen haben häufig einen Bedarf an Aufklärung über:

- Beratungsstellen für von Gewalt betroffene Frauen, Zufluchtseinrichtungen
- psychologische Gesprächsangebote
- rechtliche Handlungsmöglichkeiten

Die Vermittlung dieser Informationen und Unterstützung bei der Kontaktaufnahme kann für die Frau von entscheidender Bedeutung sein. Bewährt haben sich „Notfallkärtchen“ mit Adressen von Hilfsangeboten, die auch zu einem späteren Zeitpunkt genutzt werden können. Sie können so ausgelegt werden, dass Frauen sie auch unauffällig mitnehmen können.

Das S.I.G.N.A.L.-Interventionsprogramm zielt darauf ab, der einzelnen Patientin zu helfen, ihre Situation zu stärken und sie zu ermutigen, die Dynamik des Gewaltkreislaufes und ihre soziale Isolation zu durchbrechen.

Ich möchte abschließend auf Handlungen hinweisen, die weniger geeignet sind, Betroffene zu unterstützen: Patientinnen sollten nicht gedrängt werden, eine Anzeige bei der Polizei aufzugeben. Ist das Opfer nicht von einer Anzeige überzeugt, ist oft die Folge, dass ein Ermittlungsverfahren eingestellt wird und sich Täter in ihrem Verhalten bestätigt fühlen. Ebenso wenig sollte eine Ehe- und Paartherapie bei Gewalt empfohlen werden, solange die Tatperson sich nicht mit der Verantwortlichkeit für ihre Gewalttätigkeit auseinandersetzt. Es gibt spezielle Beratungsstellen und Programme für gewalttätige Partner.

Die Implementierung des S.I.G.N.A.L.-Interventionsprogramms

Das S.I.G.N.A.L.-Projekt am Berliner Klinikum hat sich zum Ziel gesetzt, die im Gesundheitsbereich bestehenden Präventionschancen zu nutzen und gewaltbetroffenen Frauen eine gezielte Unterstützung und Versorgung anzubieten. Individuelle Handlungsanweisungen für die Beschäftigten einer Klinik reichen allerdings nicht aus, um eine verbesserte Versorgung von Betroffenen von Gewalt zu erreichen. Es braucht neben der Sensibilisierung und Kompetenz der ärztlich und pflegerisch Tätigen den Aufbau interner und externer Kooperationsstrukturen sowie strukturelle Maßnahmen, um ein Interventionsprojekt langfristig zu verankern.

Für die Umsetzung des Programms und seiner Ziele in den Alltag der medizinischen und pflegerischen Versorgung wurden verschiedene Maßnahmen und Materialien entwickelt:

- zielgruppenspezifische Schulungen und Fortbildungen für pflegerische und ärztliche Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen
- Entwicklung eines Dokumentationsbogens zur rechtsverwertbaren Dokumentation der Beschwerden und Verletzungen der Patientin
- Entwicklung und Bereitstellung zielgruppenspezifischer Informationsmaterialien für gewaltbetroffene Patientinnen
- Aufbau von Kooperationsstrukturen zwischen unterschiedlichen Abteilungen innerhalb des Universitätsklinikums zur Sicherstellung einer adäquaten Unterstützung/Versorgung gewaltbetroffener Patientinnen bei stationärer Aufnahme
- Aufbau von Kontakten zu externen Unterstützungs- und Hilfeeinrichtungen
- Enttabuisierung der Gewaltproblematik durch kontinuierliche in- und externe Öffentlichkeitsarbeit

Das Projekt wurde zunächst in der Ersten Hilfe/Notaufnahme des Klinikums implementiert, um zu einem späteren Zeitpunkt auf andere Abteilungen und Stationen ausgeweitet zu werden.

Grundlage für die erfolgreiche Implementierung des S.I.G.N.A.L.-Programms bildete eine multidisziplinär besetzte „Projektsteuerungsgruppe“ mit klinikinternen und externen Teilnehmerinnen. Mitarbeiterinnen aus dem sogenannten Anti-Gewalt-Bereich brachten inhaltliches Wissen zur Gewaltproblematik ein und sorgten für die Berücksichtigung der Betroffenenperspektive. Die Gruppe trug die Verantwortung für den Implementierungsverlauf, das heißt für die Umsetzung und fachlich-inhaltliche Weiterentwicklung des Konzeptes, die Struktur und Organisation des Projekts, die in- und externe Öffentlichkeitsarbeit, die Durchführung von Fortbildungen und die Information der involvierten MitarbeiterInnen, den Aufbau von Vernetzungs- und Kooperationsstrukturen und die Finanz-

akquisition. Im Laufe der Implementierung erwies sich die Einrichtung einer klinikinternen Koordinationsstelle als unverzichtbar. Darüber hinaus wurde in der Ersten Hilfe/Aufnahme eine Arbeitsgruppe engagierter Pflegekräfte – die sogenannte „Vor-Ort-Gruppe“ – aufgebaut, um das Projekt in der Notaufnahme zu verankern. Die Gruppe bearbeitete wechselnde Fragestellungen, die vorrangig aus der praktischen Arbeit mit Intervention und aus der Behandlung gewaltbetroffener Patientinnen entstanden.

Die Evaluation des S.I.G.N.A.L.-Projekts zeigt, dass die Implementierung eines Interventionsprogramms insgesamt ein langfristiges Unterfangen ist, das etappenweise verläuft. So wurde das Projekt wesentlich schneller von Pflegekräften als von Ärztinnen und Ärzten angenommen und umgesetzt. Der Pflegebereich bildet bis heute eine tragende Säule in dem Projekt, was unter anderem auf die Nähe zu Patientinnen wie auf die zeitlich umfassenderen Fortbildungen für Pflegenden als für Ärztinnen und Ärzte (das heißt zweitägige Schulungen statt einstündige Fortbildungen) zurückzuführen sein mag. Eine adäquate Unterstützung im Interesse der Patientin bedarf ebenso der Kooperation und Vernetzung zwischen Einrichtungen der medizinischen Versorgung und der sozialen Unterstützung. Hierzu ist ein Netz von Beratungs- und Zufluchtsprojekten auf lokaler Ebene erforderlich.

Wie innerhalb eines Krankenhauses eine bessere Versorgung für Gewaltbetroffene erreicht werden kann und welche Aspekte bei der Implementierung zu beachten sind, ist in dem S.I.G.N.A.L.-Handbuch (Hellbernd/Brzank et al., 2004) sowie in den Materialien zur Implementierung von Interventionsprogrammen (Brzank, 2005) ausführlicher beschrieben.

Etablierung des S.I.G.N.A.L.-Interventionsprogramms in allen Rettungsstellen der verschiedenen Charité-Standorte

Zum Ende meines Vortrags möchte ich über den derzeitigen Stand des Projekts berichten. Seit der Fusion der verschiedenen Universitätskliniken in Berlin unter dem Dach der Charité bezeichnet sich diese als das größte Krankenhaus Europas. Für das S.I.G.N.A.L.-Projekt war diese Veränderung mit dem Vorteil verbunden, dass die Übertragung des Programms als bewährtes Modell in die Rettungsstellen aller Standorte der Charité beschlossen wurde. Das S.I.G.N.A.L.-Projekt ist in der Pflegedirektion etabliert und Bestandteil des Qualitätsmanagements der Charité. Dies beinhaltet:

- Verpflichtende Schulungen auf Basis von zielgruppenspezifischen Konzepten
- Integration des Interventionsprogramms in die Routineabläufe der Notaufnahmen
- Dauerhafte Etablierung und Qualitätssicherung durch koordinierende Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter vor Ort
- Evaluation des Implementierungsprozesses

Die jährlichen Treffen zu Qualitätssicherung, Evaluation und Weiterentwicklung des Projekts werden von der Pflegedirektion und dem Dekanat einberufen, an denen die ärztlichen und pflegerischen Leitungen der Rettungsstellen sowie weitere Fachrichtungen teilnehmen. Auf dem diesjährigen Treffen wurde beschlossen, dass zukünftig alle Ärztinnen und Ärzte, die in der Rettungsstelle tätig sind, an einer S.I.G.N.A.L.-Fortbildung teilnehmen müssen, um sich für die Tätigkeit in der Rettungsstelle zu qualifizieren. Weiter hat sich eine Projektgruppe gegründet, die die Routinebefragung nach Gewalt in der Geburtshilfe einführen will.

Bislang liegen in Deutschland keine „Outcome“-Untersuchungen zu Interventionen gegen Häusliche Gewalt in Gesundheitseinrichtungen vor. Dennoch möchte ich meinen Vortrag mit dem Hinweis abschließen, dass sich das zeit- und arbeitsintensive Vorhaben, ein Interventionsprogramm innerhalb eines Krankenhauses zu etablieren, lohnt. Neuere Untersuchungen zur Effektivität von interdisziplinären Interventionsprogrammen aus England zeigen, dass sich nicht nur die Lebensqualität für Frauen, die von Gewalt betroffen waren, verbessert hat, sondern dass sich eine Intervention auch finanziell auszahlt: bereits in einem Jahr rechneten sich die Kosten mehr als doppelt, zeigt eine Studie in einem Londoner Krankenhaus (Bacchus et al., 2007).

Ich freue mich sehr über die Entscheidung des Universitätsklinikums Heidelberg, die Gewaltthematik nicht zu tabuisieren und ein Interventionskonzept einzuführen. Der S.I.G.N.A.L.-Verein, der inzwischen viele Interventionsprojekte in Kliniken und in der niedergelassenen Versorgung begleitet und berät, ist sehr an einem Erfahrungsaustausch interessiert und bietet gern Unterstützung an.

Kontakt

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

Modellprojekt „Medizinische Intervention gegen Gewalt“

Hildegard Hellbernd

Rungestraße 22 – 24, 10179 Berlin

Telefon 030 24630579

Fax 030 27595366

hellbernd@S.I.G.N.A.L.-intervention.de

www.S.I.G.N.A.L.-intervention.de

Vorstellung des Heidelberger Interventionsmodells gegen Gewalt in Beziehungen

Diplom-Soziologin Dörthe Domzig, Leiterin des Amtes für Chancengleichheit



Sehr geehrte Damen und Herren,

es freut mich sehr, dass Sie heute so zahlreich zu uns gefunden haben. Wenn ich sehe, auf wie viel aktives Entgegenkommen wir im Universitätsklinikum, in der Ärzteschaft der Niedergelassenen und bei den Pflegekräften bei der Vorbereitung dieser Fachtagung gestoßen sind, kann ich nur sagen, das ist ein sehr ermutigender Start für den Versuch, den Problemen der Gewalt in Beziehungen auch von der medizinischen Seite her zu Leibe zu rücken.

Ich möchte Sie jetzt kurz in wichtige neue Aspekte bei der Bekämpfung der Beziehungsgewalt in Heidelberg einführen.

„Für ein Zuhause OHNE Gewalt“, das ist der Titel unseres Plakates, das Ihnen bestimmt schon an der einen oder anderen Stelle im Stadtgebiet begegnet ist. Wir haben hier keinen frommen Wunsch zu Papier gebracht, sondern unter anderem die Existenz eines neuen Netzwerkes bekanntgegeben, das „Für ein Zuhause OHNE Gewalt“ eintritt: Das Netzwerk „Heidelberger Interventionsmodell gegen Gewalt in Beziehungen“.

Entstanden ist dieses Netzwerk im Herbst 2000 aufgrund eines Verfahrens, das in Baden-Württemberg als Modellversuch startete und inzwischen bundesweit verbindliche Praxis ist. Es handelt sich um die Ausweitung des im öffentlichen Raum bekannten Platzverweisverfahrens auf den privaten Raum. Wer in privaten Beziehungen gewalttätig wird, muss jetzt damit rechnen, aus der Wohnung gewiesen und unter Umständen mit Kontakt-, Belästigungs- und Näherungsverbot belegt zu werden. Diesen Platzverweis kann die Ortspolizeibehörde – bei Bedarf auch mehrmals – verlängern.

Diese Neuerung gleicht einem Paradigmenwechsel. Bisher wurden Straftaten im persönlichen Umfeld von Frauen allgemein als Privatangelegenheit, Familienkonflikt oder Beziehungsproblem behandelt. Üblich war – und dies Problem ist leider noch nicht vom Tisch –, dass von Gewalt betroffene Frauen ihre Situation nach außen hin vertuscht haben. Viele aus Angst vor der Aggression des Täters, auch

weil sie befürchteten, selbst als Schuldige behandelt zu werden oder aus Angst vor der Ungewissheit, allein mit Kindern dazustehen. Erstmals hat heute nicht das Opfer, sondern der Täter, und zwar ganz unmittelbar, die Konsequenzen seines Handelns zu tragen. Damit wird dem Verursacherprinzip Rechnung getragen und zugleich ein wichtiger Beitrag zum Schutz der Opfer geleistet. Insbesondere mit einer Verlängerung des Platzverweises gewinnen Opfer Zeit, ihre Situation zu überdenken und gegebenenfalls gerichtliche Schritte einzuleiten. Auch Täter werden in die Lage versetzt, ihre Situation zu überdenken.

Zu den Verboten für den Täter ist zu bemerken, dass es sich dabei um unterschiedliche, voneinander unabhängige Rechtsgrundlagen handelt: 1. um den polizeirechtlichen Platzverweis und 2. um die Schutzanordnungen nach dem Gewaltschutzgesetz.

Die Polizei bewegt sich beim Platzverweis allein im klassischen Gefahrenabwehrrecht. Sie sorgt mit dem Platzverweis für den sofortigen Opferschutz und wird im wahrsten Sinne des Wortes als „Schutzpolizei“ tätig. Dreh- und Angelpunkt ist die Gefahrenprognose, der Wille des Opfers hat allenfalls Indizwirkung.

Das Gewaltschutzgesetz des Bundes dagegen erfordert zwingend den Antrag des Opfers.

Unter anderem können sie beim Amtsgericht nach dem Gewaltschutzgesetz zivilrechtliche Schutzanordnungen beantragen, die dem Täter untersagen,

- die Wohnung zu betreten,
- andere Orte aufzusuchen, an denen sich das Opfer regelmäßig aufhält,
- Kontakt zu dem Opfer aufzunehmen und
- ein Zusammentreffen mit dem Opfer herbeizuführen.

Die Stadt Heidelberg geht mit dem Heidelberger Interventionsmodell nun noch einige Schritte weiter. Zum einen mit der Einrichtung des Runden Tisches, bereits in der Modellversuchsphase im Jahr 2000, der Schritt für Schritt alle in den Problemzusammenhang dieser Gewalt im sozialen Nahraum involvierten Institutionen und Initiativen einbinden möchte, um zu einer abgestimmten und vernetzten Zusammenarbeit zu finden. Sicherzustellen soll, dass Opfer den Schutz und die Hilfe bekommen, die sie brauchen und Täter für ihr Handeln angemessen in Verantwortung genommen werden, beziehungsweise Unterstützung bekommen, um nachhaltig ein gewaltfreies Leben zu führen. Die bislang gewonnenen Erfahrungen zeigen eindeutig, dass diese Vernetzung ein wesentlicher Faktor für den Erfolg des Platzverweisverfahrens ist.

An diesem Runden Tisch beteiligt sind bislang folgende Institutionen:

- Amtsgericht (Familien- und Strafgericht)
- AusländerInnenrat/Migrationsrat
- Bildungs- und Beratungszentrum zur Förderung und Integration behinderter/chronisch kranker Frauen und Mädchen e. V. (BiBeZ)
- Frauen helfen Frauen mit Interventionsstelle für Frauen und Kinder
- Frauennotruf
- Fachanwältin für Familienrecht
- Internationaler Bund
- Internationales Frauen- und Familienzentrum Heidelberg e.V. (IFZ)
- JederMann mit Interventionsstelle für Täter
- Kinderschutz-Zentrum der AWO
- Luise-Scheppeler-Heim
- Mädchenhausverein
- Migrationsberatungsdienste der Caritas und der Diakonie
- Polizeidirektion
- Staatsanwaltschaft
- Uniklinikum
- Stadt Heidelberg:
Amt für Chancengleichheit (Leitung)
Bürgeramt/Ortspolizeibehörde
Kinder- und Jugendamt

Darüber hinaus hat die Stadt Heidelberg zwei Anlauf- und Beratungsstellen neu eingerichtet: Eine Interventionsstelle für Frauen und Kinder und eine für Täter.

Die Beratung der Opfer muss möglichst zeitnah nach der Verhängung des Platzverweises erfolgen: Zum einen, um die Opfer bei der Bewältigung der durch den Platzverweis entstandenen Ausnahmesituation zu unterstützen. Zum anderen, um gegebenenfalls Entscheidungen der Zivilgerichte – zum Beispiel über die Verhängung von Schutzmaßnahmen oder die Zuweisung der gemeinsamen Wohnung zur alleinigen Nutzung – möglichst noch innerhalb der Dauer des Platzverweises herbeizuführen.

Eine besondere Bedeutung für eine dauerhafte Lösung kommt der Beratung des Täters zu. Insofern gilt es, nicht nur beim Opfer mit Schutz und Hilfe anzusetzen, sondern auch bei den Tätern anzusetzen. Wer schlägt, trägt hierfür die Verantwortung. Wo immer möglich, sollte er verpflichtet werden, zum Beispiel an einem Anti-Gewalt-Training teilzunehmen. Die Staatsanwaltschaft beziehungsweise das Strafgericht kann



zum Beispiel eine Einstellung beziehungsweise Bewährungsstrafe mit einer Therapieaufgabe verbinden. Auf jeden Fall muss der Täter angehalten werden, Verhaltensmuster zur gewaltfreien Konfliktlösung zu erlernen.

Schnell wurde deutlich, dass eine möglichst zeitnahe und zeitintensive Betreuung der Opfer mit den Kapazitäten der bestehenden Beratungsstellen nicht machbar war und dass auch für Täter eine Anlaufstelle geschaffen werden musste. Der Gemeinderat folgte den Empfehlungen des Runden Tisches und so konnten die Interventionsstelle für Frauen und Kinder und die Interventionsstelle für Täter eingerichtet werden und im Mai 2003 ihre Arbeit aufnehmen.

Die Interventionsstelle für Frauen und Kinder des Trägervereins Frauen helfen Frauen hat ihr Domizil in der Mannheimer Straße 226. Das Angebot der Interventionsstelle umfasst folgende Maßnahmen (auch mit Dolmetscherin für Migrantinnen):

- Telefonische und persönliche Beratung (Hausbesuche möglich)
- Kontaktaufnahme und Begleitung zu Ämtern, Behörden, RechtsanwältInnen
- Information über mögliche gerichtliche Schutzmaßnahmen
- Klärung der Situation der Kinder
- Eigenständige Betreuung von Kindern (Hausbesuche möglich)
- Vermittlung weiterer Hilfsangebote
- Paargespräche in Kooperation mit der Interventionsstelle für Täter

Die von JederMann betriebene Interventionsstelle für Täter befindet sich in der Kaiserstraße 6.

Das Angebot:

- Telefonische und persönliche Beratungsgespräche oder per Internet
- Anti-Gewalt-Trainingsgruppen
- Kontaktaufnahme zu Ämtern, Behörden, RechtsanwältInnen
- Vermittlung weiterer Hilfsangebote
- Paargespräche in Kooperation mit der Interventionsstelle für Frauen und Kinder

Um mit dem Platzverweisverfahren Gewalt im häuslichen Bereich nicht nur kurzfristig zu unterbrechen, sondern nachhaltig und auch langfristig wirksam zu bekämpfen, wurde in Heidelberg ein abgestimmtes Verfahren im Sinne einer Gesamtkonzeption, bestehend aus vier Säulen aufgebaut:

1. Akute polizeiliche Krisenintervention,
2. flankierende Beratung der Betroffenen,
3. konsequente Strafverfolgung und
4. rechtzeitige Herbeiführung zivilrechtlichen Schutzes.

Ein Platzverweis läuft in der Regel folgendermaßen ab:

Die Polizei erstellt am Tatort eine Gefahrenprognose. Zentrale Weichenstellung für das polizeiliche Einschreiten: Liegt „lediglich“ ein Streit vor oder geht es um körperliche Gewalt? Wenn nicht mehr („nur“) gestritten, sondern geschlagen wird, handelt es sich regelmäßig um strafbare Gewalt, die in einem Rechtsstaat entsprechende Konsequenzen nach sich ziehen muss. Das heißt: Die Polizei sichert die erforderlichen Beweise, führt Vernehmungen durch, fertigt eine Strafanzeige und legt diese der Staatsanwaltschaft vor. Ist das Opfer erheblich verletzt oder zeichnet sich ab, dass sich die Gewalttätigkeit unmittelbar nach dem Polizeieinsatz fortsetzt, erteilt die Polizei einen Platzverweis. Dem Täter wird Hausverbot erteilt und er muss die Wohnungsschlüssel abgeben. Sind Kinder im Haushalt anwesend, wird das Jugendamt verständigt.

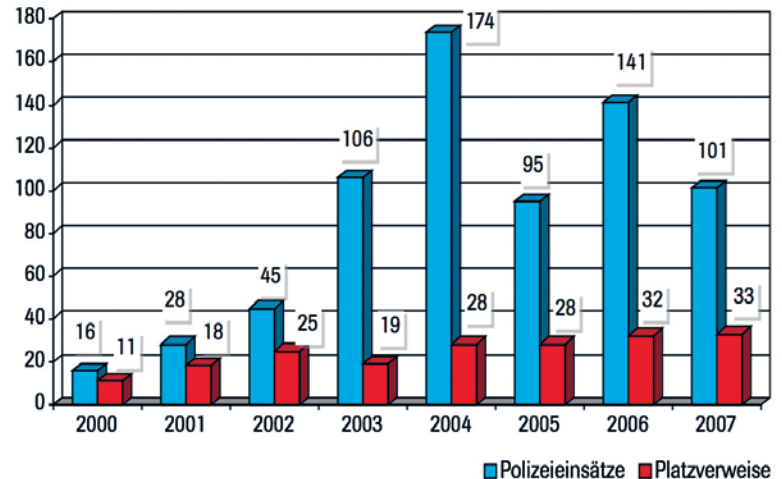
Die Polizei weist Opfer und Täter auf die Möglichkeit hin, sich an die Interventionsstellen zu wenden und stellt gegebenenfalls den ersten Kontakt her. Wenn gewünscht, nimmt die Interventionsstelle für Frauen und Kinder Kontakt mit dem Opfer auf.

Der Vorgang wird an den „Sachbearbeiter Häusliche Gewalt“ im jeweiligen Polizeirevier und an die Ortspolizeibehörde weitergeleitet. Nach Rücksprache mit dem Opfer entscheidet die Ortspolizeibehörde, ob eine Verlängerung des Platzverweises in Frage kommt. Wenn Kinder involviert sind, erhält das Jugendamt wiederum Kenntnis von der Verlängerung. Bei Kindeswohlgefährdung greift das Jugendamt ein.

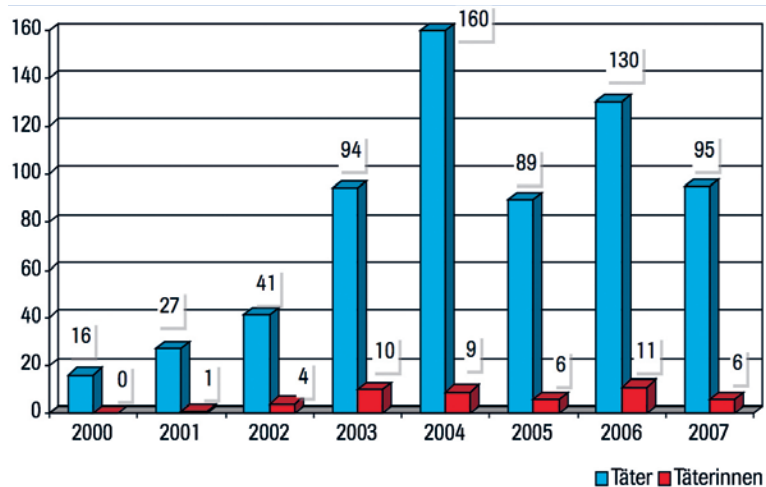
Welche Erfahrungen haben wir gemacht?

Zahlen zum Platzverweisverfahren im Stadtgebiet Heidelberg – Polizeieinsätze und Platzverweise

Wie Sie sehen, hatten wir am Anfang der Modellversuchsphase von August bis September 2000 sechzehn Polizeieinsätze Häuslicher Gewalt und es wurden elf Platzverweise erteilt. Während sich die Einsätze Häuslicher Gewalt sehr unterschiedlich darstellen, steigen die Platzverweise – zwar langsam – aber kontinuierlich an auf 33 im Jahr 2007.



Auch Männer sind Opfer Häuslicher Gewalt – Zahlen zum Platzverweisverfahren im Stadtgebiet Heidelberg – Täter und Täterinnen

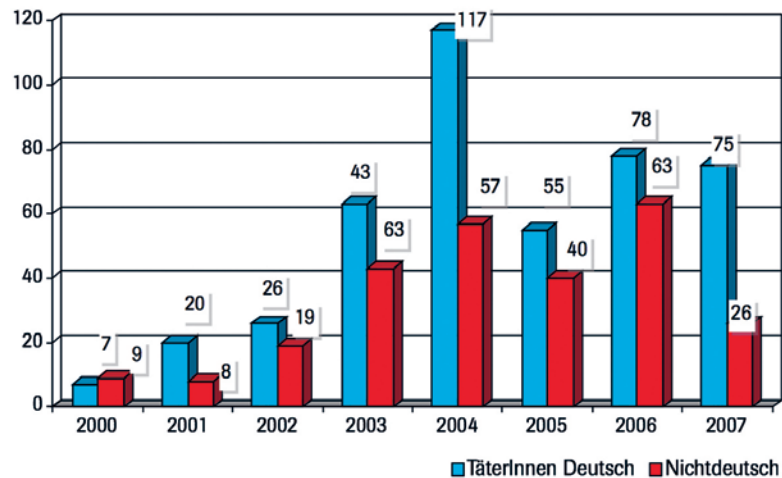


Nach den von 2000 bis 2007 aktenkundigen Fällen schwankt der Anteil der Täterinnen zwischen drei und zehn Prozent.

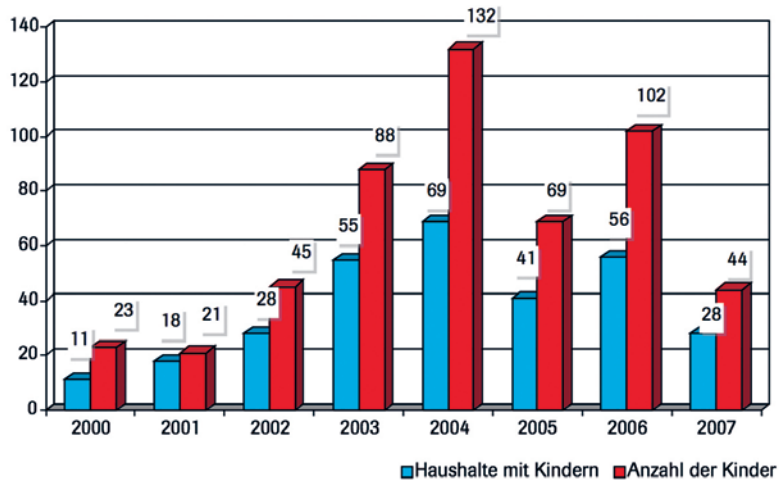
Die niedrige Zahl der bekannt gewordenen Fälle rechtfertigt die Einrichtung einer Interventionsstelle für männliche Opfer bislang nicht. Diese werden daher nach wie vor kompetent von der Polizei beraten. Die Polizei arbeitet gegebenenfalls mit dem Verein JederMann zusammen, der seit Jahren hervorragende Arbeit gegen Männergewalt leistet.

Zahlen zum Platzverweisverfahren im Stadtgebiet Heidelberg – Nationalitäten

Deutlich über die Hälfte der TäterInnen hat die deutsche Staatsangehörigkeit, ihr Anteil liegt – außer im Jahr 2000, da waren lediglich 43 Prozent Deutsche – zwischen 55 und 74 Prozent.



Zahlen zum Platzverweisverfahren im Stadtgebiet Heidelberg – involvierte Kinder



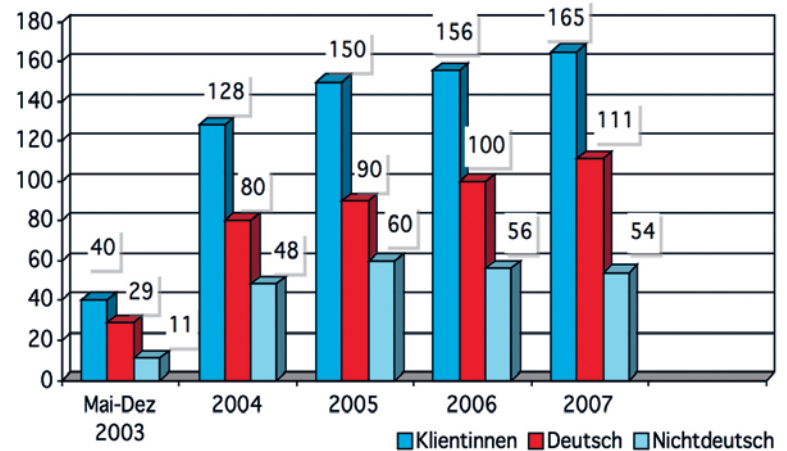
Sehr unterschiedlich sind Haushalte mit Kindern betroffen, die Palette reicht von 27 bis 68 Prozent.

Für Kinder sind Gewalterfahrungen – sei es, dass sie die Gewalt gegen einen Elternteil miterleben, sei es, dass sie selbst geschlagen werden – stets traumatische Erlebnisse. Wer Gewalt in der Familie als erfolgreiches Konfliktlösungsmittel kennen gelernt hat, wird diese später mit hoher Wahrscheinlichkeit auch andernorts als probates Mittel zur Konfliktlösung anwenden. Diese Gewaltkreisläufe gilt es zu durchbrechen!

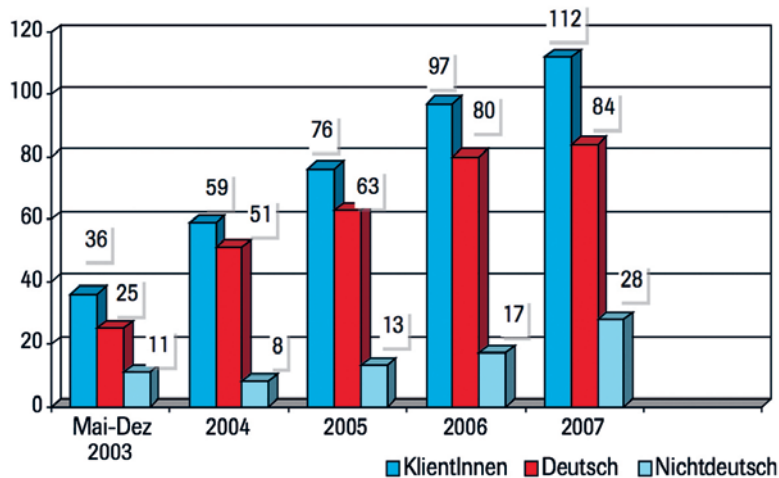
Zahlen der Interventionsstelle für Frauen und Kinder

Die stetig steigende Anzahl der Klientinnen belegt, dass sich die Interventionsstelle bewährt hat. Bewährt auch insoweit, als Hilfesuchende mehr und mehr nicht nur über den Platzverweis kommen, sondern durch andere Quellen von dieser Anlaufstelle erfahren haben. Sei es über andere Beratungsstellen, die verstärkte öffentliche Debatte in den Medien oder die bereits zum zweiten Mal stattfindende Plakataktion an City-Light-Plakatflächen und an den ÖPNV-Haltestellen.

Ein Blick auf die Nationalitäten zeigt, dass überwiegend deutsche Frauen die Beratungsstelle aufsuchen. Der Anteil ausländischer Frauen schwankt zwischen 28 und 40 Prozent. Mit dem Ende 2007 der Öffentlichkeit vorgestellten und an einschlägige Beratungsstellen und publikumswirksamen Plätzen verteilten Flyer in acht Fremdsprachen hoffen wir, künftig auch Migrantinnen besser erreichen zu können.



Zahlen der Interventionsstelle für Täter



Auch bei der Interventionsstelle für Täter zeigt die Statistik steigende KlientInnenzahlen. Auch hier setzt sich der Trend fort, dass Betroffene außerhalb des Platzverweisverfahrens den Kontakt suchen, vermutlich auch auf Druck der PartnerInnen, endlich etwas gegen ihre Gewalttätigkeit zu unternehmen. Seit 2007 arbeitet JederMann auch mit Täterinnen.

Der Anteil ausländischer Täter, die die Interventionsstelle aufsuchen, bewegt sich lediglich zwischen 17 und 30 Prozent. Das eingangs erwähnte im Jahr 2007 neu gestaltete Plakat weist in Deutsch, Englisch und Türkisch erstmals auch auf das Angebot der Interventionsstelle für Täter hin. Wir sind gespannt, ob und wie sich diese ausgeweitete Öffentlichkeitsarbeit – die einjährige Plakataktion und der Druck von Fremdsprachenvlyern – in den Beratungszahlen niederschlägt.

Gewaltkreisläufe durchbrechen durch Netzwerkverstärkung

- Vernetzung flexibel fortentwickeln
- Schlüsselfunktion Gesundheitswesen: Oftmals erste und einzige potenzielle AnsprechpartnerInnen
- Unterstützung anbieten
- Verletzungen gerichtsverwertbar dokumentieren
- Informationen über Hilfsorganisationen und gegebenenfalls Vermittlung

Das Platzverweisverfahren ist kein statisches Gebilde, sondern muss sich mit Blick auf eine optimale Vernetzung flexibel fortentwickeln und weitere KooperationspartnerInnen erschließen, um die Situation für gewaltbetroffene Frauen und Kinder zu verbessern. Den Ärztinnen und Ärzten sowie den Pflegekräften kommt eine besondere Rolle bei der Prävention und Intervention von Gewalt zu. Häufig sind sie die ersten und einzigen außenstehenden Personen, die die Folgen Häuslicher Gewalt zu sehen bekommen. Wir hoffen, dass wir mit dieser Tagung dazu beitragen können, das Erkennen und die notwendige Handlungssicherheit im Umgang mit Opfern Häuslicher Gewalt zu fördern. Frau Hellbernd hat eindrucksvoll geschildert, wie Betroffene durch Beschäftigte des Gesundheitssystems konkret unterstützt werden können.

- Die am Infotisch ausliegenden Dokumentationsbogen versetzen das Opfer in die Lage, seine Verletzungen gerichtsverwertbar nachzuweisen. Dies stärkt die Position des Opfers wesentlich; ohne eine solche Dokumentation würde das Opfer nach Abheilen der Verletzungen mit leeren Händen dastehen.
- Auf Seiten der Täter kann schon allein das Wissen um die Existenz einer außerhalb ihres Zugriffsbereichs befindlichen Dokumentation entsprechender Verletzungen mit dazu beitragen, ihre Hemmschwelle zur Anwendung weiterer Gewalt zu erhöhen.
- Flankierend dazu ist auch die Auslage von Informationsmaterialien über bestehende Hilfsangebote in Wartezimmern hilfreich, über die sich Opfer gegebenenfalls anonym informieren können. Plakate und Flyer können Sie sich gerne nachher vom Infotisch mitnehmen, bei uns anfordern oder bei Bedarf auch von unserer Internetseite herunterladen.

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit. Wir würden uns sehr freuen, wenn Sie sich auch an der anschließenden Podiumsdiskussion rege beteiligen würden.

Podiumsdiskussion



Von links nach rechts: Moderator Prof. Dr. Rolf Verres, Dr. Eginhard Koch, Kinder- und Jugendpsychiatrie; Dr. Stephanie Gawlik, Frauenklinik; Dr. Bärbel Kuhnert-Frey, Vorstandsmitglied der Landesärztekammer Baden-Württemberg und der Heidelberger Ärzteschaft; Dörthe Domzig, Leiterin des Amtes für Chancengleichheit, Stadt Heidelberg, HIM; Dr. Roland Hennes, Chirurgie; Dipl.-Pädagogin Hildegard Hellbernd, S.I.G.N.A.L.; Dr. Peter Burgard, Kinderklinik. Nicht auf dem Foto: Prof. Dr. Manfred Cierpka, Koordinator des Arbeitskreises Häusliche Gewalt am Uniklinikum (Foto: Susanne Eckl-Gruß)

„Im ersten Teil wurden Ihnen unterschiedliche Modelle, Herangehensweisen und Umsetzungen vorgestellt. Was finden Sie daran interessant? Welche Erfahrungen haben Sie schon in der Praxis gemacht?“ Mit diesen Worten wandte sich **Moderator Prof. Dr. Rolf Verres** an seine Podiumsgäste. Bevor er ihnen die Möglichkeit zu einer kurzen Stellungnahme gab, ging er kurz auf den seiner Meinung nach äußerst treffenden Namen für das Projekt S.I.G.N.A.L. ein: „Zeichen setzen auf der einen Seite, auf S.I.G.N.A.L.e achten auf der anderen – und darüber hinaus, dass bei einem selbst ein S.I.G.N.A.L.lämpchen angeht – das bedeutet der Name für mich.“

Dr. Roland Hennes (Chirurgie) sah Bedarf an Information und Hintergrundwissen, auch an Fortbildungen. Allerdings fehlten ihm bei den vorgestellten Modellen sowohl die Kinder als auch die Männer. Gerne würde er das Ganze auf Gewalt in Beziehungen, in der Partnerschaft, erweitert sehen: Denn heute gebe es sehr wohl auch Frauen, die ihre Männer verprügeln und unterdrücken. Für wichtig erachtete er zudem die Ursachensuche: „Warum sind viele Menschen heute beziehungsunfähig, warum können sie Ängste nicht äußern und lassen daher lieber Fäuste sprechen?“ Sein Statement: „Handlungsbedarf ist da: Aber wie gehen wir es an? Wer kann weiterhelfen? Wie sieht es mit Kooperationen aus?“

Dr. Stephanie Gawlik (Frauenklinik) erläuterte das Aufnahmeverfahren. Wenn Frauen (mit Schmerzen) zu ihnen kämen, kläre man vor allem (Schwangerschafts-)Beschwerden ab, beruhige die Frauen und behalte sie vorsorglich über Nacht da. Vor allem in der Ambulanz habe man nur begrenzt Möglichkeiten, weitere Fragen zu stellen. Insgesamt gehe man in der Geburtshilfe sehr sensibel vor, versuche stets die Frau in ihrer Gesamtheit, auch in ihrem Umfeld, zu sehen. Ihr Statement: „Es wäre sicher gut, wenn man auch hier für das Thema Häusliche Gewalt zusätzlich sensibilisiert und geschult würde. Die Schwierigkeit bei uns: Die Frauen kommen selten allein, der Partner ist meist als Begleitperson dabei und die ganze Zeit anwesend. Da ist es schwierig, Frauen auf das Thema anzusprechen.“ In diesem Zusammenhang schätzte sie es auch als schwierig ein, Flyer auszulegen oder Plakate aufzuhängen.

Für Dr. Eginhard Koch (Kinder- und Jugendpsychiatrie) war die Kooperation sehr wichtig, vor allem hielt er eine bessere Vernetzung unter den Institutionen, den Abteilungen für nötig – und die systematische Erfassung. Als unbedingt notwendig bewertete er die Sensibilisierung für das Thema, und das möglichst schon während der Ausbildung. Zudem erschien es ihm äußerst wichtig zu klären: „Wie reagiere ich, wenn ich so einen Fall habe, mir aber nicht hundertprozentig sicher bin? Wohin kann ich mich wenden? Wer könnte mir dann weiterhelfen?“

„Ich weiß heute, wie viel Diagnostik und Gewalt notwendig ist, damit die Staatsanwaltschaft aktiv wird. Denn das, was man im Verdachtsmoment in Bewegung setzt, geschieht gegen den Willen der Eltern, es wird dann vorm Familien- und vorm Strafgericht verhandelt“, berichtete **Dr. Peter Burgard** (Kinderklinik). Ihn würde der Vergleich zwischen dem, was zur Anzeige gebracht wird, und dem, was zur Verurteilung kommt, auf der Grundlage der Polizeistatistik interessieren. Er betonte, dass schon seit zehn Jahren eine Kooperation zwischen der Kinderklinik, den Jugendämtern, der Psychiatrie und der Kriminalpolizei bestehe. Für das Thema Häusliche Gewalt sah er großen Handlungsbedarf bei den jungen AssistenzärztInnen: „Sie treffen oft als erste auf die Kinder, die Familien. Sie müssen in ihrer Ausbildung über dieses Thema intensiv informiert und im Alltag besser unterstützt werden.“

Das Thema Häusliche Gewalt sei ein sehr wichtiges Thema und müsse immer wieder angesprochen werden. Nur so werde es bewusst wahrgenommen, konstatierte **Dr. Bärbel Kuhnert-Frey** (Vorstandsmitglied der Landesärztekammer Baden-Württemberg und der Heidelberger Ärzteschaft). Sowohl niedergelassenen Ärzten als auch Ärzten in Kliniken komme schließlich die Schlüsselfunktion zu, wenn es um Erkennen von Gewalt als Ursache unterschiedlichster Beschwerden gehe. Ihr Statement: „Der Leitfaden, der von der Landesärztekammer Baden-Württemberg herausgegeben wurde, muss präsent, in den Köpfen der Ärztinnen und Ärzte sein. Hier wird ganz genau aufgezeigt, wie man als Arzt am besten handelt und welche Bedeutung die Dokumentation hat.“ Aus ihrer Sicht sei es eine große Hilfe, dass man immer das Gerichtsmedizinische Institut hinzuziehen könne: „Die Ärzte dort besitzen große Erfahrung, können viele Verletzungen interpretieren und in Beziehung setzen.“

Das Publikum nutzte die Möglichkeit, Nachfragen zu den Modellen aus Heidelberg und Berlin zu stellen: „Gibt es seit bei der Heidelberger Initiative mehr Anrufe und Meldungen von Nachbarn, seit es die Plakate gibt? Gibt es mehr Anzeigen von Häuslicher Gewalt?“

Dörthe Domzig erläuterte, dass in der Zeit, in der die Plakate an Bushaltestellen und anderen Stellen im Stadtgebiet präsent seien, auch mehr Meldungen eingingen. Insgesamt sei festzustellen, dass das Bewusstsein für das Thema wachse, es verstärkt wahrgenommen werde. „Der Zenit ist allerdings noch nicht überschritten. Wir müssen noch mehr und immer wieder auf mögliche Hilfe, Hilfsangebote hinweisen.“

Weitere Fragen aus dem Publikum:

- Ist das Modell auf die Stadt Heidelberg beschränkt oder bezieht es sich auf den ganzen Rhein-Neckar-Kreis?
- Können auch andere Gemeinden am Runden Tisch teilnehmen, sich anschließen und bekämen sie Hilfe, beispielsweise das Nennen von Ansprechpartnern?
- Wie lässt sich hier die Zusammenarbeit intensivieren?

Dörthe Domzig: „Wir haben ganz am Anfang den Landrat und alle Umlandgemeinden angeschrieben und unser Modell vorgestellt. Es bestand und besteht jederzeit die Möglichkeit, am Runden Tisch teilzunehmen. Teilweise wurden im Rhein-Neckar-Kreis eigene Beratungsangebote geschaffen, teilweise nehmen UmlandbewohnerInnen unsere Interventionsstellen in Anspruch. Abgewiesen wird hier niemand, allerdings kann Heidelberg das finanziell nicht alleine schultern, wir stehen daher in Kontakt mit dem RNK zwecks eines Finanzausgleichs.“

Hildegard Hellbernd erklärte zu einer Nachfrage zu ihrem Referat, dass das Thema sexuelle Gewalt an Frauen lange vor dem Thema Häusliche Gewalt präsent war und öffentlich gemacht wurde: „Hier gibt es auch genauere Zahlen als bei Häuslicher Gewalt.“ Der bei S.I.G.N.A.L. verwandte Gewaltbegriff beziehe sich in den meisten Fällen auf Gewalt unter Erwachsenen, Ehepartnern, manchmal auch auf Gewalt von älteren Söhnen gegenüber ihren Müttern. „Es geht vor allem um die Minderung des Selbstbewusstseins, um chronische Unterdrückung, sei es durch soziale, emotionale oder/und finanzielle Gewalt. Die Frauen fühlen sich hilflos, eingeschlossen, sehen meist keinen Ausweg aus der Situation.“

Aus ihrer Arbeit in der Gesundheitsforschung wisse sie, dass heute durchaus auch Männer Opfer von Beziehungsgewalt sind: „Es fällt ihnen aber noch schwerer als Frauen, darüber zu sprechen.“ Kindesmisshandlung sei dagegen kein Delikt nur von Männern, Vätern, sondern auch von Frauen, also Müttern. Hier sei es ganz schwierig, getrennt Gespräche zu führen – auch wenn man wisse, dass es sich bei den Verletzungen um Gewalteinwirkung handele.

Alle PodiumsteilnehmerInnen stimmten darin überein, dass die Thematisierung von Häuslicher Gewalt sehr wichtig sei. Einigkeit herrschte zudem darüber, dass Hilfestellungen, Schulungen und Zusammenarbeit gewünscht und notwendig sind. Gleichzeitig waren sie sich auch alle der Problematik (Verdacht – Ansprechen) bewusst.

Dazu berichtete **Dr. Peter Burgard** von seinen Erfahrungen in der Kinderklinik. Er versuche mit seinen KollegInnen, den Schuldvorwurf abzuschwächen oder außer Kraft zu setzen: „Wir haben uns seit langem angewöhnt, das Wort Gewalt durch Kraft zu ersetzen. So sagen wir: Wir wissen nicht, wodurch es zur Verletzung, beispielsweise zu einer Rippenfraktur kam, dafür ist allerdings eine erhebliche (äußere) Krafteinwirkung notwendig.“ Mit diesem „Schachzug“ könne das Thema Gewalt indirekt zur Sprache gebracht werden. Man bleibe im Gespräch mit den Eltern, denn es sei nichts über Schuldhaftigkeit gesagt. „Diplomatie ist hier auf allen Ebenen und mit allen Beteiligten gefordert.“

„Bei dem, der Gewalt ausübt, handelt es sich oft um den Noch-Freund, den Ex-Freund, den Wieder-Freund. Da ist es sehr schwierig, etwas zu raten, sich einzumischen“, konstatierte jemand aus dem Publikum. Derjenige, der das Thema anspreche, sitze immer zwischen den Stühlen, selbst wenn die Ursache eindeutig sei. Eine andere Teilnehmerin ergänzte diese Einschätzung: „Wie problematisch es ist, das Thema anzusprechen, merkt man, wenn eine Kollegin Betroffene ist. Niemand weiß, ob oder wie er etwas sagen soll, wie sie darauf reagieren würde, wenn sie angesprochen wird.“ Es herrsche auf allen Seiten große Sprachlosigkeit. Mut sei gefordert, bei einer Patientin, die man das erste Mal sähe, sei das nicht anders. Man müsse sehr behutsam vorgehen – und auch damit rechnen, dass man sie nie mehr wieder sieht, selbst bei geschickten Fragestellungen oder beim Hinweis auf die Schweigepflicht.

„Wenn man eine Diagnose stellt, man eine Ganzkörperanamnese machen möchte, muss man sagen, wovon man ausgeht“, war von einem Arzt zu hören. „Dies ist eine Entscheidung unter Unsicherheit, noch dazu, wenn man später den Vorwurf zurücknehmen muss.“

Fragen aus dem Publikum:

- „Was ist, wenn jemand der Tat verdächtigt wird, alles ins Rollen kommt – und es falscher Alarm war?“
- „Wer rehabilitiert den vermeintlichen Täter in solchen Fällen?“

Hier ergriff Moderator **Prof. Dr. Rolf Verres** das Wort. Er machte deutlich, dass es hier nicht um den Arzt in der Rolle des Detektivs, des Spurensuchers oder des Staatsanwalts gehe: „Ein Arzt wird nicht Partei ergreifen. Er wird Worte finden, damit der Faden der Beziehung nicht abbricht. Für den Patienten muss klar sein, dass er mit seinem Arzt über alles, auch über Gewalterfahrung, sprechen kann.“

Aus dem Publikum kam der Einwand, dass eben nicht jede Ärztin, jeder Arzt das nötige Fingerspitzengefühl und das richtige Händchen dafür habe, um dieses Thema anzusprechen. Andere wiederum betonten, dass ÄrztInnen in ihrer Arbeit oft kommunikativ und psychologisch gefordert seien und dafür auch speziell geschult werden: „Ärztinnen und Ärzte müssen oft komplizierte Gespräche führen. Sie müssen beispielsweise vermitteln, wenn jemand unheilbar krank ist, oder Themen wie die Organspende ansprechen. In diesen Gesprächen werden immer Schwellen überschritten.“

Ob jemand offen und kommunikativ sei, liege vor allem an der Persönlichkeit des Arztes. „Frauen, die von Gewalt betroffen sind, brauchen offene Menschen, Menschen, die die richtigen Fragen stellen, sich in die Situation einfühlen – und dafür benötigt man Raum und Zeit. Und mit der Zeit sieht es bei Ärzten in Kliniken, aber auch in Praxen schlecht aus.“

Das Problem mit der Zeit sei allen Anwesenden hinreichend bekannt, äußerten mehrere FachtagungsteilnehmerInnen. Trotzdem sei es gerade in dem Kontext äußerst traurig. Es sei bekannt, dass Häusliche Gewalt über mehrere Jahre, meist zwischen fünf bis sieben Jahren, ausgeübt werde, bevor es jemand von außen mitbekomme. Zudem wisse man aus Statistiken, dass Häusliche Gewalt öfter vorkomme als Verkehrsunfälle. Zeit im Vorfeld, am Anfang, wenn Gewaltausübung sichtbar wurde, helfe allen Beteiligten: Man könne sich schneller und intensiver sowohl um Opfer als auch um Täter kümmern.

Dies bestätigte auch **Meinolf Hartmann** von der Täter-Interventionsstelle: „Bei den Männern, mit denen wir es hier zu tun haben, besteht eine große Unfähigkeit zu lieben. Wir können mit ihnen erst arbeiten, wenn klar über Gewalt geredet wird. Dazu muss sie aufgedeckt sein, muss ein Stopp ausgesprochen sein. Vorher bekommen wir den Mann nicht, können nicht mit ihm arbeiten.“

Hier unterbrach Moderator **Prof. Dr. Rolf Verres** kurz die Diskussion, um die Leiterin des Runden Tisches zu fragen, wie sie das bisher zur Sprache Gebrachte einschätze. Für **Dörthe Domzig** war klar: „Es ist eindeutig, dass die überwiegende Mehrheit zustimmt, dass im klinischen Bereich etwas getan werden muss. Der Wunsch, die Forderung, ein Bewusstsein für das Thema zu schaffen, Schulungen dazu anzubieten, ist vorhanden. Daher bin ich sehr optimistisch, was das weitere Vorgehen angeht.“

Mehrere TeilnehmerInnen betonten daraufhin, dass sie gerade bei den AssistenzärztInnen und AssistentInnen einen hohen Schulungsbedarf sehen, sowohl was die Information zum Thema angehe als auch, wie man damit umgehe. Sie seien nämlich nachts in der Ambulanz, hätten in der Aufnahme weder die Zeit zu kommunizieren, noch die Möglichkeit zur Überprüfung der Verletzung. „Wenn

die Frau behauptet, sie ist gegen den Schrank gelaufen, obwohl es die Faust vom Ehemann war, können sie es nicht nachprüfen, sondern müssen es so hinnehmen.“ Ihre Aufgabe sei es, eine Diagnose zu stellen, die mit der Kasse abgerechnet werden kann. Es fehle die Zeit, die ganze Patientin anzuschauen oder zu überprüfen, ob sie vor zwei Wochen vielleicht schon einmal mit Prellungen da war, bei einem anderen Dienst habenden Kollegen oder gar in einem anderen Krankenhaus.

Fragen aus dem Publikum:

- Dürfen Assistenten überhaupt solche Gespräche führen?
- Müssen sie nicht jemanden Erfahrenen dazu holen?
- Wäre nachts überhaupt jemand greifbar?
- Wie sieht es in der Realität denn aus?

In jeder Klinik sei es üblich, dass Nacht für Nacht andere KollegInnen Dienst haben. Man könne davon ausgehen, dass ÄrztInnen die Patientin nur einmal sehen, auch wenn sie öfter käme, war aus dem TeilnehmerInnenkreis zu hören. Die Situation des wechselnden Dienstes und das Vorstelligwerden der Patientin in unterschiedlichen Kliniken erschwere alles noch. Selbst wenn es für den Bereich ausgebildete SpezialistInnen in jeder Klinik gäbe und die Netzwerke und AnsprechpartnerInnen bekannt wären, so eine weitere Einschätzung, sei die Realität nachts um halb drei einfach die, dass schlichtweg niemand als AnsprechpartnerIn da sei. Idealziel wäre, so die einhellige Meinung der Anwesenden, jeden im Gesundheitswesen Tätigen zum Thema Häusliche Gewalt intensiv zu schulen. Da dies aber wahrscheinlich nicht durchführbar sei, plädierte man für eine Grundschulung sowie für die Ausbildung von SpezialistInnen. Diese müssten in jeder Klinik, in jeder Abteilung, namentlich bekannt sein.

Dass diese flächendeckenden Schulungen durchaus organisatorisch möglich seien, war nicht nur von Seiten der Ärzteschaft, sondern auch von der Pflegedienstleitung zu hören. Wichtig sei, dass alle am Runden Tisch vertreten seien, und zwar fächerübergreifend: Aufnahmedienst, Sozialarbeit, Röntgenassistenz, Pflegekräfte und so weiter.

Interdisziplinäres Arbeiten, so die TeilnehmerInnen, – und zwar nicht nur zwischen den einzelnen Kliniken, sondern vor allem auch zwischen ÄrztInnen und Pflegekräften – müsse das Ziel sein: „Wir müssen eine interne Feuerwehr haben. Allen muss bekannt sein, wen sie in dieser Situation anrufen können. Auch dem begnadeten Arzt, der kein begnadeter Kommunikator ist, steht der Experte zur Seite.“

Ergänzung aus dem Publikum (Mitarbeiterin Sozialer Dienst): Es gäbe diese SpezialistInnen schon in manchen Klinikbereichen, sie seien greifbar, man müsse nur die Möglichkeit haben, sie überall abzurufen. Denn: „Sie wissen, an wen man sich bei der Diagnose „Krafteinwirkung“, weiter wenden kann, welches Netzwerk hilft.“

„Nach all Ihren Anregungen, Ideen und Vorschlägen müssen wir nun innerhalb der Universitätsklinik geeignete Strukturen definieren“, konstatierte Moderator **Prof. Dr. Rolf Verres**. „Es muss nicht jeder Experte sein, aber er muss die Netzwerke kennen und keine Scheu haben, sich dort Hilfe zu holen. Daran müssen wir weiterarbeiten.“

Hildegard Hellbernd bemerkte abschließend im Hinblick auf ihre jahrelange Erfahrung durch S.I.G.N.A.L.: „In Berlin hat man sehr schnell erkannt, dass Pflegekräfte kommunikativ näher an den Patientinnen sind. Daher hat man beschlossen, dass alle Pflegekräfte geschult sein müssen, das Problem nicht nur zu erkennen, sondern auch anzusprechen.“ Aber nicht nur sie würden geschult, auch die Ärztinnen und Ärzte hätten die Pflicht, den Umgang mit Gewaltopfern zu trainieren. Und: „Von den Ärzten selbst kam der Vorschlag, einmal im Monat an einer Fortbildung teilzunehmen!“

Als sehr ermutigend für die Weiterarbeit bewertete **Dörthe Domzig** die Fachtagung: „Ein gegenseitiges Entgegenkommen ist da. Es wurden heute noch nicht alle Fragen geklärt, dafür viele Themen, mögliche Probleme angesprochen, aber auch zahlreiche Ideen eingebracht.“

Weitere Schritte wären nun für sie das Verknüpfen der verschiedenen Abteilungen, Institute, Kliniken, der ÄrztInnen und Pflegekräfte. „Wir geben gerne Materialien dazu weiter. Ich glaube, dass die Zusammenarbeit funktioniert – und dass man auf einem guten Fundament auch leichter arbeiten kann.“ Aus diesem Grund habe man die Heidelberger Erklärung formuliert, mit der sich die Unikliniken dem Heidelberger Interventions-Modell anschließen werden (siehe Anhang, Seite 56).

Auch der Koordinator des Arbeitskreises Häusliche Gewalt am Uniklinikum, Prof. Dr. Manfred Cierpka, beurteilte die Bereitschaft und die Zustimmung zum Handeln sehr positiv: „Nun ist es an uns, intern über die Vorgehensweise zu entscheiden. Wir müssen den nächsten „Tisch“, die nächsten Treffen möglichst effektiv gestalten. Und zwar gemeinsam, über alle Bereiche hinweg. Eine verbesserte Sensibilisierung aller ist das Ziel. Und das Ganze über zwei Schienen, nämlich Sozialer Dienst und Freiwillige in den Kliniken. Vielen Dank allen Anwesenden für die interessante und lebhaftige Diskussion.“

HEIDELBERGER ERKLÄRUNG

Am 8. Oktober 2008 fand die erste Fachtagung zum Thema „Häusliche Gewalt“ am Universitätsklinikum Heidelberg statt. Mit dieser Tagung wollte das Uniklinikum Heidelberg ein Zeichen setzen und sich dem Heidelberger Interventionsmodell anschließen. Zukünftig soll in einer gemeinsamen Initiative ein Interventionsprogramm „Häusliche Gewalt“ entwickelt werden.

Stadt und Universitätsklinikum Heidelberg werden in Zukunft auf diesem Gebiet enger zusammenarbeiten. Die Stadt Heidelberg gründete zum Schutz und zur Betreuung von Gewaltopfern das „Heidelberger Interventionsmodell gegen Gewalt in Beziehungen (HIM)“. Der Runde Tisch, eine Vernetzung von Ämtern der Stadtverwaltung, der Polizei, der Justiz und allen einschlägigen Beratungsstellen arbeitet eng verzahnt mit den zwei Anlaufstellen für Betroffene – der Interventionsstelle für Opfer und der für TäterInnen – an der Optimierung der Verfahren.

Die Ausweitung des Platzverweisverfahrens auf den privaten Raum ermöglicht es Polizei und Ordnungsamt, bei Häuslicher Gewalt gezielt einzuschreiten und gewalttätige Partner/Partnerinnen in bestimmten Fällen aus der Wohnung zu verweisen. Dies schützt Opfer vor weiterer Gewaltausübung und ermöglicht ihnen zugleich, ihre Situation ohne Bedrohung zu überdenken, Beratungsangebote wahrzunehmen und gegebenenfalls gerichtliche Schritte nach dem Gewaltschutzgesetz einzuleiten.

Die Vernetzung des „Heidelberger Interventionsmodells gegen Gewalt in Beziehungen“ und der Einrichtungen des Gesundheitssystems ist ein weiterer folgerichtiger Schritt zu einer nachhaltigen Verbesserung der Situation für Gewaltbetroffene.

Intervention in der Gesundheitsversorgung

Von Häuslicher Gewalt gehen erhebliche Gesundheitsrisiken für die Betroffenen aus. Die Opfer sind zu über 90 Prozent Frauen und Kinder. In Deutschland erfährt jede vierte Frau körperliche, psychische und/oder sexualisierte Gewalt durch einen Beziehungspartner. Ein Drittel der Frauen erlebt die Gewalthandlungen systematisch und über viele Jahre.

Physische, psychosomatische oder psychische Misshandlungsfolgen führen Betroffene (eventuell mit ihren Kindern) früher oder später in eine Einrichtung des Gesundheitswesens. MitarbeiterInnen der Gesundheitsversorgung sind häufig auch die ersten Außenstehenden, bei denen Misshandlungsoffer Hilfe suchen. Sie spielen daher eine entscheidende Rolle, wenn es darum geht, Gewalt im Kontext von gesundheitlichen Störungen zu erkennen, PatientInnen zu unterstützen und erneute Misshandlungen zu verhindern (Sekundärprävention).

Diese Interventionschancen in der Gesundheitsversorgung gegen häusliche und sexualisierte Gewalt sollen künftig in Einrichtungen des Uniklinikums verstärkt genutzt werden.

Manchmal sind Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter unsicher, wie sie Gewalterfahrungen bei den Patientinnen und Patienten ansprechen können. Betroffene versuchen eher, den Gewalthintergrund ihrer Verletzungen aus Angst vor weiterer Misshandlung, aber auch aus Scham zu verschweigen oder zu verschleiern. Für Ärztinnen und Ärzte und für Pflegekräfte stellt sich in solchen Fällen die Frage, wie sie

- Gewalterfahrungen durch aktives und sensibles Nachfragen im Rahmen der Anamnese und Behandlung erkennen,
- chronische Beschwerden mit früheren Gewalterfahrungen in Verbindung bringen,
- Verletzungen und Beschwerden rechtsverwertbar dokumentieren und Frauen dadurch in straf- und zivilrechtlichen Auseinandersetzungen stärken,
- PatientInnen über weiterführende Krisen-, Beratungs- und Schutzeinrichtungen informieren können.

Weiteres Vorgehen

Erfahrungen anderer Städte zeigen, dass die unterstützenden Maßnahmen im Gesundheitsbereich den Betroffenen Mut machen und ihnen helfen, Wege aus der Gewaltspirale zu finden. Nur eine ursachenorientierte Gesundheitsversorgung bietet nachhaltig Gesundheitschancen für Gewaltbetroffene, wirkt präventiv und reguliert Folgekosten.

Die gemeinsam von der Stadt und dem Uniklinikum Heidelberg ausgerichtete Fachtagung leistete einen ersten Beitrag dazu, am Beispiel des Interventionsmodells S.I.G.N.A.L. die Möglichkeiten einer Intervention im Gesundheitsbereich auszuloten und die Kooperation mit dem bestehenden Heidelberger Netzwerk gegen Häusliche Gewalt zu verstärken.

Zur nachhaltigen Etablierung eines Interventionsablaufs im Klinikalltag ist eine weitere Sensibilisierung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter für die Thematik Häusliche Gewalt durch Schulungen und Fortbildungen erforderlich, um das Erkennen und die notwendige Handlungssicherheit im Umgang mit Opfern Häuslicher Gewalt zu fördern. Ein „Arbeitskreis Häusliche Gewalt“ soll Empfehlungen für eine weiterführende Verankerung von Maßnahmen erarbeiten, die die Zusammenarbeit der Hilfesysteme und die Betreuung und Behandlung von Betroffenen verbessern können.



Professor Dr. Dr. h.c. J. Rüdiger Siewert
Leitender Ärztlicher Direktor



Bürgermeister Wolfgang Erichson
Dezernat für Integration, Chancengleichheit und Bürgerdienste

Adressen, Hinweise, Informationen im Internet

- Der Leitfaden der Landesärztekammer wurde anlässlich der Fachtagung aktualisiert beziehungsweise neu aufgelegt. Er kann unter www.aerztekammer-bw.de/20/gewzuhause/leitfaden.pdf im Internet heruntergeladen werden.
- Amt für Chancengleichheit www.heidelberg.de/chancengleichheit
- Interventionsstelle für Frauen und Kinder: www.interventionsstelle-heidelberg.de
- Interventionsstelle für Täter und Täterinnen: www.him-maenner.org
- Gewaltschutz-Info für Betroffene: www.gewaltschutz.info

Literaturliste, Beitrag S.I.G.N.A.L.

Bacchus L, Aston G, Torres Vitolas C, Jordan P, Murray S.F. (2007) A theory-based evaluation of a multi-agency domestic violence service at Guy's & St Thomas' NHS Foundation Trust. London: King's College London. <http://www.kcl.ac.uk/nursing/research/violence>

Brzank, Petra (2005). Häusliche Gewalt gegen Frauen: gesundheitliche Versorgung. Das S.I.G.N.A.L.-Interventionsprogramm. Materialien zur Implementierung von Interventionsprogrammen. Berlin, Gefördert vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend.

Campbell, Jacquelyn C. (2002). „Health consequences of intimate partner violence.“ *Lancet* 359(9314): 1331-6.

Forschungsverbund „Gewalt gegen Männer“ (2004): Gewalt gegen Männer in Deutschland. Personale Gewaltwiderfahrnisse von Männern in Deutschland. Pilotstudie. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.). Berlin.

Graß, H. (2004). Rechtsmedizinische Kompetenz im Netzwerk gegen Häusliche Gewalt. Optimierung der ambulanten Versorgung gewaltbetroffener Frauen. Implementierungsworkshop der BKF, Hamburg 21./22.11.2003. S. Bohne. BKF – Bundeskoordination Frauengesundheit. Bremen.

GiG-net – Gewalt im Geschlechterverhältnis (Hrsg.) (2008). Gewalt im Geschlechterverhältnis. Erkenntnisse und Konsequenzen für Politik, Wissenschaft und soziale Praxis. Opladen.

Hagemann-White, Carol, Bohne, Sabine (2003). Versorgungsbedarf und Anforderungen an Professionelle im Gesundheitswesen im Problembereich Gewalt gegen Frauen. Expertise für die Enquetekommission Zukunft einer frauengerechten Gesundheitsversorgung in Nordrhein-Westfalen. Osnabrück.

Helfferich, Cornelia (2005). Die Wahrnehmung der eigenen Handlungsmacht und die Konstellation Opfer – Polizei – Täter bei Häuslicher Gewalt. Die subjektive Perspektive von Frauen. Gewalt in der Familie. Für und Wider den Platzverweis. Kury H /Oberfell-Fuchs J (Hg.). Freiburg i.B.

Hellbernd, Hildegard, Wieners, Karin (2002). „Gewalt gegen Frauen im häuslichen Bereich - Gesundheitliche Folgen, Versorgungssituation und Versorgungsrealität.“ *Jahrbuch Kritische Medizin* 36 (Versorgungsbedarfe und Versorgungsrealitäten): 135-148.

Hellbernd, Hildegard, Brzank, Petra, Wieners, Karin, Maschewsky-Schneider, Ulrike (2004). Häusliche Gewalt gegen Frauen: gesundheitliche Versorgung. Das S.I.G.N.A.L.-Interventionsprogramm. Handbuch für die Praxis, Wissenschaftlicher Bericht. Gefördert mit Mitteln des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Berlin.

Hellbernd, Hildegard, Brzank, Petra (2006): Häusliche Gewalt im Kontext von Schwangerschaft und Geburt: Interventions- und Präventionsmöglichkeiten für Gesundheitsfachkräfte. In: B. Kavemann/U. Kreyszig (Hrsg.): *Handbuch Kinder und Häusliche Gewalt*. Wiesbaden.

- [Hellbernd, Hildegard](#) (2006). Häusliche Gewalt gegen Frauen: gesundheitliche Versorgung. Das S.I.G.N.A.L. – Interventionsprogramm. Curriculum. Gefördert mit Mitteln des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Berlin.
- [Herbers, Karin, Lütgert, Heike, Lambrecht, Jürgen](#) (2007): Tötungsdelikte an Frauen durch (Ex-) Intimpartner – Polizeiliche und nicht-polizeiliche Erkenntnisse zur Tatvorgeschichte. In: Kriminalistik 6, S. 377-385.
- [Kavemann, Barbara, Seith, Corinna](#) (2006): „Es ist ganz wichtig, die Kinder da nicht alleine zu lassen“, Unterstützungsangebote für Kinder als Zeugen und Opfer Häuslicher Gewalt. Eine Evaluationsstudie, Arbeitspapier der Landesstiftung Baden-Württemberg, Soziale Verantwortung & Kultur Nr. 3.
- [Mark, Heike](#) (2000). „Häusliche Gewalt gegen Frauen aus der Sicht niedergelassener Ärztinnen und Ärzte: Ergebnisse einer Befragung in den Berliner Bezirken Hohenschönhausen und Lichtenberg.“ Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften 8 (4): 332-46.
- [Müller, Ursula, Schröttle, Monika](#) (2004). Lebenssituation, Sicherheit und Gesundheit von Frauen in Deutschland. Eine repräsentative Untersuchung zu Gewalt gegen Frauen in Deutschland. Im Auftrag des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Berlin.
- [Rubin, J.](#) (2005). „Psychosomatic pain: new insights and management strategies.“ South Med J Nov. 98 (11): 1099-110.
- [Verbundprojekt, Ed.](#) (2001). Bericht zur gesundheitlichen Lage von Frauen in Deutschland. Schriftenreihe des BMFSFJ. Stuttgart.
- [WHO](#) (2002). World report on violence and health. Genf.
- [Zink, T., Elder, N., Jacobson, J., Klostermann, B.](#) (2004). Medical management of intimate partner violence considering the stages of change: Precontemplation and contemplation. Annals of Family Medicine, 2, 231-239

