

Maßnahmenkatalog zur Einbindung des Gesundheitswesens in die Hilfenetzwerke zur Bekämpfung häuslicher Gewalt in Sachsen

Empfehlungen für eine bedarfsgerechte Versorgung gewaltbetroffener Personen | April 2016

Vorgelegt von:

Dr. med. univ. Julia Schellong

Unter Mitarbeit von:

Dr. med. Ulrike Böhm

Dipl.-Psych. Franziska Epple

Dipl.-Psych. Patrick Lorenz

Dr. phil. Gesine Märtens

Dr. sc. Dipl.-Psych. Friederike Meyer

Dr. rer. nat. Barbara Strotmann

1. Status Quo: Häusliche Gewalt in Sachsen

1.1 Definition: Häusliche Gewalt

Der Begriff *häusliche Gewalt* bezeichnet „gewalttätige Übergriffe innerhalb einer partnerschaftlichen Beziehung oder zwischen erwachsenen Personen, die in einem Angehörigenverhältnis zueinander stehen und/oder in einem Haushalt zusammen leben (z. B. Gewalt gegenüber Ehepartnern, zu pflegenden Angehörigen etc.); auch unabhängig vom Ort des Geschehens“ (Hornberg, Schröttle, Khelaifat, Pauli, & Bohne, 2008).

1.2 Prävalenzen

Fälle häuslicher Gewalt in Sachsen

Im Jahr 2014 wurden laut des „Lagebildes Häusliche Gewalt“ des Landeskriminalamtes Sachsen 3153 Fälle häuslicher Gewalt als Straftaten von der Polizei erfasst, d. h. 69 mehr als im Vorjahr. Der Anteil nicht-deutscher Opfer lag bei 9,6%. Bei zwei Drittel der Fälle handelte es sich um Körperverletzungen. 77,1% der Opfer waren Frauen, 37 von ihnen waren zum Tatzeitpunkt schwanger. 1876 der 2311 Tatverdächtigen waren männlich. Die Täter sind in der Regel Familienangehörige, zumeist der (Ehe)Partner oder die (Schwieger)Eltern. Die meisten der häuslichen Gewalttaten wurden in Dresden registriert (725), gefolgt von Leipzig (528).

Diese Zahlen stellen allerdings lediglich die Spitze des Eisberges dar. Zum einen ist „häusliche Gewalt“ kein eigener Straftatbestand. In der polizeilichen Statistik treten daher nur solche Fälle in Erscheinung, bei den die diensthabenden PolizistInnen eine Zusatzcodierung (sogenannter „Merker häusliche Gewalt“) vorgenommen haben. Ob dies geschieht liegt im Ermessen des jeweiligen Beamten und ist auch abhängig vom Fortbildungsstand. Zum anderen werden bei weitem nicht alle Fälle häuslicher Gewalt überhaupt polizeibekannt. Es liegt im Wesen dieser Form der Gewaltausübung, dass sie im privaten Raum und häufig unbemerkt von Dritten geschieht.

Europaweite Zahlen

Das Ausmaß sexueller und häuslicher Gewalt gegen Frauen, gesundheitliche Folgen von Gewalt und Inanspruchnahme von Hilfeangeboten in Europa wurde durch die Europäische Agentur für Grundrechte in der FRA-Studie (FRA - European Union Agency For Fundamental Rights, 2014) untersucht. Laut dieser Studie hat jede 10. in Europa lebende Frau seit dem 15. Lebensjahr sexuelle Gewalt verschiedener Form erlebt, jede 20. Frau wurde vergewaltigt, jede 4. bis 5. Frau hat körperliche oder sexuelle Gewalt durch einen Partner erfahren, 43% der befragten Frauen haben psychische Gewalt durch einen Partner erfahren.

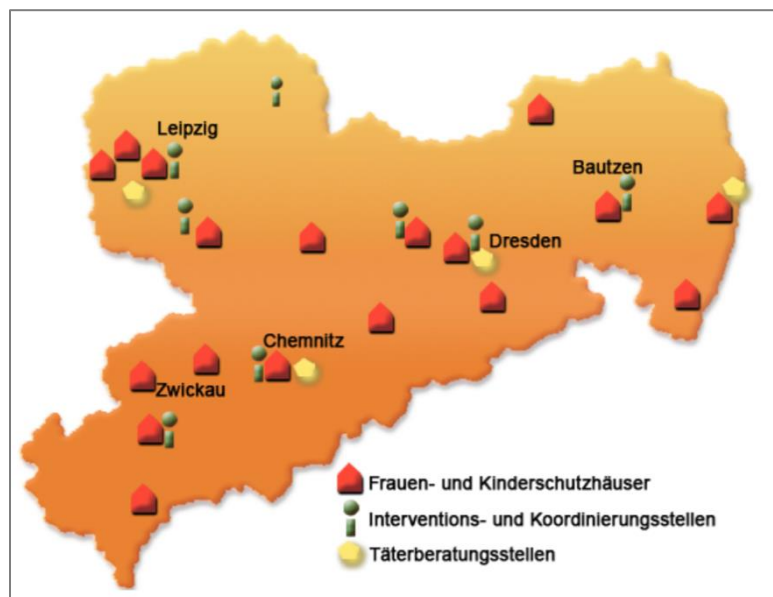
1.3 Gesundheitliche Folgen – Konsequenzen für die körperliche und psychische Gesundheit

Es werden verschiedene gesundheitliche Folgen häuslicher Gewalt auf Seiten der Betroffenen verzeichnet. Mindestens jede zweite Frau weist körperliche Verletzungen, (z. B. in Form von

Hämatomen, Kopf- und Gesichtsverletzungen, genitale und anale Verletzungen sowie Abwehrverletzungen an Händen und Unterarmen), auf. Typisch sind weiterhin Verletzungen unterschiedlicher Heilungsstadien (Hornberg u. a., 2008; Müller & Schröttle, 2004). Das (insbesondere wiederholte) Erleben von Gewalt kann psychosomatische Beschwerden verursachen. In verschiedenen Studien wurde auf das häufige Vorliegen von gastrointestinalen Beschwerden, Herz-Kreislauf-Beschwerden, Schmerzsyndrome und Hauterkrankungen bei gewaltbetroffenen Personen hingewiesen (FRA - European Union Agency For Fundamental Rights, 2014; Hornberg u. a., 2008; Müller & Schröttle, 2004)

1.4 Hilfenetzwerk zur Bekämpfung häuslicher Gewalt in Sachsen

Für Betroffene häuslicher Gewalt steht in sachsenweites Netz aus Frauenschutzhäusern, Interventions- und Koordinierungsstellen zur Verfügung. Dieses Netz wird ergänzt durch Täterberatungsstellen. Daneben gibt es weitere Beratungsstellen, die Betroffenen häuslicher Gewalt Unterstützung anbieten. Dieses System aus



Beratungsstellen existiert weitgehend unabhängig vom medizinischen Unterstützungssystem.

Abbildung 1: Sächsisches Netz aus Unterstützungsmöglichkeiten für Opfer häuslicher Gewalt, Quelle: www.gewaltfreies-zuhause.de

Um die landesweiten Bemühungen zur Bekämpfung häuslicher Gewalt zu steuern wurde im Jahr 2003 der Lenkungsausschuss zur Bekämpfung häuslicher Gewalt in Sachsen gegründet. Er ist ein Zusammenschluss aus den Ministerien Justiz, Kultus, Soziales und Inneres und einer Vielzahl von Nichtregierungsorganisationen mit dem Ziel der nachhaltigen Bekämpfung häuslicher Gewalt. Organisatorisch ist er am Landespräventionsrat angebunden.

Der Lenkungsausschuss unterstützt die landesweite sowie regionale Vernetzung der einzelnen Akteure und die Sensibilisierung der unterschiedlichen Professionen für den Umgang mit häuslicher Gewalt. Initiierung und Durchführung interdisziplinärer Weiterbildungsveranstaltungen inklusive begleitender Öffentlichkeitsarbeit zählen weiterhin zu den Aufgabenbereichen des Lenkungsausschusses (<http://www.lpr.sachsen.de/11029.htm>).

Im 2013 durch den Lenkungsausschuss fortgeschriebenen Landesaktionsplan wurden neben der Darstellung der bereits erreichten Teilziele folgende Empfehlungen für den Bereich häusliche Gewalt und Gesundheitswesen ausgesprochen:

- Aktualisierung und Weiterentwicklung des „Leitfadens für Ärztinnen und Ärzte zum Umgang mit Opfern häuslicher Gewalt und des „Leitfadens „Gewalt gegen Kinder. Misshandlung

Minderjähriger“ unter Berücksichtigung der Ergebnisse des Modellprojekts „Hinsehen – Erkennen – Handeln“,

- Prüfung der Neuentwicklung eines Leitfadens „Gewalt in der häuslichen Pflege“,
- Ausweitung der im Rahmen der beiden Teilprojekte „Hinsehen– Erkennen – Handeln“ für den Raum Dresden entwickelten Strukturen, Verfahren und Fortbildungen auf ganz Sachsen,
- Fortsetzung der Projekte zur Sensibilisierung und Schulung der Professionen im Gesundheitswesen,
- Implementierung der oben genannten Themen in medizinische Studiengänge und pflegerische Weiterbildungsordnungen in Sachsen,
- Erleichterung des Zugangs für Opfer von häuslicher Gewalt zu traumaspezifischen Versorgungsangeboten.

1.5 Gesundheitswesen und häusliche Gewalt

„Kommission Häusliche Gewalt - Gewalt in der Familie“

Die Fachkommission der Sächsischen Landesärztekammer wurde 1994 als "Kommission Gewalt gegen Kinder/Misshandlung Minderjähriger" gegründet und hat 2007 ihr Aufgabenspektrum in "Kommission Häusliche Gewalt - Gewalt in der Familie" erweitert.

Hintergrund ist die enge Verknüpfung von Gewalt in der Familie (Misshandlung und sexueller Missbrauch von Kindern) und Häuslicher Gewalt (Gewalt in Partnerbeziehungen). In 30 bis 60 % der jeweils untersuchten Fälle kommt es zu einer Überschneidung beider Gewaltformen (DHHS-Department of Health and Human Services, 2003).

Die Kommission verfolgt das Ziel, potentielle Kontaktpersonen von Opfern wie Ärzte, Psychologen, Lehrer und Erzieher für diese Thematik zu sensibilisieren und zu schulen. Zudem werden ihnen Leitlinien zur Erkennung, Dokumentation und Meldung dieser Tatbestände zur Verfügung gestellt und Rechtssicherheit vermittelt. 2007 wurde u.a. der "Sächsische Leitfaden für Ärztinnen und Ärzte zum Umgang mit Opfern häuslicher Gewalt" (S. u.) im Auftrag des Sächsischen Staatsministeriums für Soziales und Verbraucherschutz erstellt.

Ein weiterer Tätigkeitsschwerpunkt ist die interdisziplinäre Vernetzung ihrer Tätigkeit mit anderen Hilfseinrichtungen; die Mitglieder der Kommission engagieren sich im "Bündnis gegen Gewalt" der Stadt Dresden. Zu den Aufgaben der Kommission zählt die Ausweitung der interdisziplinären Kontakte bezüglich „Häusliche Gewalt“ und „Gewalt in der Familie“ (<https://www.slaek.de/de/05/06kommiss/gewalthaus.php>).

Leitfaden „Zum Umgang mit Opfern häuslicher Gewalt – Leitfaden für Ärztinnen und Ärzte in Sachsen“

Unter Federführung der Landesärztekammer (SLÄK) entstand in Zusammenarbeit mit der AG Gesundheit im Jahr 2007 der „Leitfaden für Ärztinnen und Ärzte zum Umgang mit Opfern häuslicher Gewalt“.

Befragungsergebnisse im Modellprojekt „Hinsehen-Erkennen-Handeln“

In einer 2009 bei knapp 5000 sächsischen Ärztinnen und Ärzten, Hebammen und PhysiotherapeutInnen durchgeführten Befragungsstudie wurde die Wahrnehmung der Problematik häusliche Gewalt im medizinischen Alltag erfragt. Deutlich wurde, dass die Auftretenshäufigkeit von häuslicher Gewalt von den Fachkräften deutlich unterschätzt wurde,

dass es nur sehr wenig Wissen um die Unterstützungsmöglichkeiten gibt und eine große Unzufriedenheit mit diesem Zustand besteht. Erfreulicherweise wurde eine hohe Fortbildungsbereitschaft festgestellt (Epple, Croy, Schellong 2011).

2. Leitlinien und Projekte für die Gesundheitsversorgung und Gesundheitspolitik bei Häuslicher Gewalt

2.1 WHO-Leitlinien

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) hat 2013 Leitlinien zum Umgang mit Gewalt in Paarbeziehungen und mit sexueller Gewalt gegen Frauen vorgelegt, die auch in deutscher Übersetzung vorliegen (WHO, 2013a, 2013b).

Die Leitlinien der WHO beinhalten evidenzbasierte Empfehlungen zur angemessenen Versorgung von Frauen, die Gewalt in Paarbeziehungen oder sexuelle Gewalt erlitten haben, einschließlich klinischer Intervention und emotionaler Unterstützung. Die Leitlinien richten sich an Ärztinnen und Ärzte sowie an alle anderen Gesundheitsfachkräfte, die eine Schlüsselposition in der Versorgung von Gewaltopfern einnehmen. Sie können helfen, indem sie Betroffene ermutigen, sich ihnen anzuvertrauen, Unterstützung und Weitervermittlung anbieten, angemessene medizinische Versorgung und Nachsorge bieten oder gerichtsfeste Beweise aufnehmen.

Die Leitlinien sollen außerdem das Bewusstsein von Gesundheitsfachkräften und allen Akteuren des Gesundheitswesens für Gewalt gegen Frauen sensibilisieren und zur Verbesserung der Kompetenz von betroffenen Fachkräften und anderen Mitgliedern multidisziplinärer Teams beitragen. Sie können auch genutzt werden für die Entwicklung von Lehrplänen in den Bereichen Medizin, Pflege und öffentliche Gesundheit.

Im Mai 2015 forderte der Deutsche Ärztetag die Umsetzung der genannten Leitlinie auf allen Qualifizierungsebenen. „Das Thema sollte systematisch und umfassend in die Längsschnittcurricula im Medizinstudium eingebaut werden. Es sollte bei der Novellierung der (Muster-) Weiterbildungsordnung (MWBO) berücksichtigt werden. Der Erwerb von Weiterbildungsqualifikationen würde dann voraussetzen, dass die nötigen Kenntnisse und Fähigkeiten in diesem Bereich erworben wurden.“

2.2 Interventionsprojekte im Gesundheitswesen in Deutschland

"Medizinische Intervention gegen Gewalt an Frauen" MIGG

Das Modellprojekt **"Medizinische Intervention gegen Gewalt an Frauen"** (MIGG) wurde durch das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend gefördert (2008-2011). Ziel war es, die gesundheitliche Versorgung von gewaltbetroffenen Frauen im ambulanten Bereich zu verbessern. Niedergelassene Ärztinnen und Ärzte sollten beim Erkennen und Ansprechen der Folgen von Gewalt, der gerichtssicheren Dokumentation und dem fachgerechten Umgang mit den Patientinnen unterstützt werden. An fünf Standorten in Deutschland wurde daher die Einführung eines Interventionsprogramms auf Basis internationaler Standards in Arztpraxen verschiedener Fachrichtungen erprobt. Träger der Modellprojekte waren das Institut für Rechtsmedizin des

Universitätsklinikums Düsseldorf an den Standorten Düsseldorf, Kiel und München, S.I.G.N.A.L e.V. in Berlin und das GESINE-Netzwerk im Ennepe-Ruhr-Kreis.

Im Rahmen dieses Projektes wurde im Auftrag des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend eine Informationsmappe für Gesundheitsfachkräfte erstellt. Die Veröffentlichung "Häusliche Gewalt: Erkennen und Helfen" unterstützt Ärztinnen und Ärzte beim Diagnostizieren, Ansprechen und gerichtsfesten Dokumentieren von Gewalt sowie den körperlichen und seelischen Folgen. Die im Modellprojekt „Medizinische Intervention gegen Gewalt an Frauen“ (MIGG) gewonnenen Erkenntnissen und Erfahrungen sollen dadurch an Fachkräfte des Gesundheitswesens vermittelt werden (<http://www.gesundheit-und-gewalt.de/migg>).

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

Das Projekt „S.I.G.N.A.L.-Hilfe für Frauen“ ist im medizinischen Bereich ein Interventionsprojekt gegen Gewalt an Frauen, das im September 1999 in der Ersten Hilfe des Universitätsklinikums Benjamin Franklin (Charité Campus Benjamin Franklin—CBF) eingerichtet wurde. Ziel des Projekts ist es, häusliche Gewalt als mögliche Ursache und Kontext von Verletzungen, Erkrankungen und Beschwerden zu erkennen und betroffenen Patientinnen eine problemorientierte weiterführende Unterstützung anzubieten. Frauen, die Opfer häuslicher Gewalt wurden, erhalten in der Ersten Hilfe des Klinikums neben der direkten medizinischen Versorgung Gesprächsangebote, Informationen über Zufluchtsmöglichkeiten und Hilfeangebote, Unterstützung bei der Kontaktaufnahme sowie eine umfassende gerichtsverwertbare Dokumentation vorliegender Verletzungen und weiterer Beschwerden.

GESINE-Netzwerk

Das Ziel des Netzwerkes GESINE ist die Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung gewaltbetroffener Frauen und ihrer Kinder im Ennepe-Ruhr-Kreis. Das Netzwerk ist bemüht, kurze Wege zu spezialisierten Hilfsangeboten für gewaltbetroffene Frauen im Projekteinzugsbereich zu ermöglichen. Es stellt Betroffenen Adressen gewaltsensibler Gesundheitsanbieter zur Verfügung sowie Fachkräften des Gesundheitswesens Dokumentationshilfen für eine gerichtsverwertbare ärztliche Dokumentation von Verletzungen. Das Netzwerk bietet eine Fachberatung für Professionelle im Gesundheitswesen sowie Fortbildungsangebote und Informationsveranstaltungen an und organisiert Netzwerktreffen. GESINE konzipiert Plakate und Patient*inneninformationen als Aufklärungshilfen.

GOBSIS (Gewaltopfer-Beweissicherungs-Informationssystem)

Um den mit häuslicher Gewalt assoziierten multiplen Problemen entgegenzuwirken, gibt es in Nordrhein-Westfalen seit ca. zehn Jahren Modelle und Ansätze einer gerichtsverwertbaren Befunddokumentation und Spurensicherung nach Gewalttaten, insbesondere Sexualstraftaten, die es Betroffenen ermöglichen, ohne direkte Anzeigenerstattung Beweissicherungen durchführen zu lassen. GOBSIS verfolgt das Ziel der Entwicklung eines Gewaltopfer-Beweissicherungs-Informationssystems (GOBSIS), das alle Anforderungen an die Sicherstellung eines qualitätsgesicherten Systems zur vertraulichen Spurensicherung adressieren soll. Zu diesen Anforderungen zählen u. a.:

- Sicherstellung einer „gerichtsfesten“ Dokumentation und Spurensicherung durch eine rechtsmedizinische Beratung behandelnder Ärztinnen und Ärzte über eine professionelle Kommunikationsplattform in rechtssicherer und datenschutzkonformer Form
- Sicherstellung der Archivierung der Befunde in einer Datenbank in rechtssicherer und datenschutzkonformer Form

Nachdem GOBSIS in Modell-Kliniken sowie –Praxen und einem nordrhein-westfälischen Institut für Rechtsmedizin erfolgreich etabliert wurde, werden die Projektziele und Praxistauglichkeit des Systems gegenwärtig im Echteininsatz geprüft (<http://gobsis.de/>).

IRIS (Identification and Referral to Improve Safety; Feder u. a., 2011)

IRIS unterstützt niedergelassene Ärzte und ihre Praxisteams im professionellen Umgang mit dem Thema häusliche Gewalt durch ein Trainingsprogramm. Hauptelemente des Programms sind Wissensvermittlung über häusliche Gewalt, Training der behandelnden Teams im Umgang mit Gewaltbetroffenen, deren klinische Untersuchungen, Informationsvermittlung über Behandlungsmöglichkeiten mit einem besonderen Schwerpunkt auf der Vermittlung von Wissen über und Vermittlungsmöglichkeiten an spezialisierte Hilfeeinrichtungen. Das Interventionsprogramm basiert auf einer Kooperation zwischen medizinischen Grundversorgungseinrichtungen und auf die Bekämpfung häuslicher Gewalt und Missbrauch spezialisierte Hilfeeinrichtungen. Ein Rechtskundler mit Kontakt zum Hilfenetzwerk, schult und berät die Praxen in rechtlichen Belangen.

Die Intervention wurde – erstmalig für den europäischen Raum – im Rahmen einer kontrolliert-randomisierten Studie evaluiert. An der Studie nahmen zwischen 2007 und 2010 insgesamt 48 Praxen in zwei britischen Städten teil. In jeder Stadt gab es eine Interventions- und eine Kontrollgruppe (Gruppengröße: n = 12). Frauen, die in den Interventionspraxen behandelt wurden, wurden mit höherer Wahrscheinlichkeit (OR = 22) von ihrem behandelnden Arzt auf die Möglichkeit, eine Beratungsstelle aufzusuchen, hingewiesen. Diese Frauen wurden daraus resultierend signifikant öfter (OR = 6) an Beratungsstellen überwiesen und suchten diese mit einer um 3 erhöhten Wahrscheinlichkeit im Vergleich zu Frauen aus Kontrollpraxen auf. (Details s. <http://www.irisdomesticviolence.org.uk/iris/>).

2.3 Interventionsprojekte in Sachsen: Modellprojekt(e) HEH: *Hinsehen – Erkennen – Handeln*

Häusliche Gewalt (d.h. Partnerschaftsgewalt, Gewalt gegen pflegebedürftige Angehörige) und Gewalt in der Familie (d.h. Gewalt gegen Kinder) sind mit immensen körperlichen, psychosozialen und psychischen Folgen für die Betroffenen verbunden. Ärzte und Pflegekräfte sind oft erste Ansprechpartner für Betroffene. Häufig sind diese sich Ihrer Schlüsselposition aber nicht bewusst – wie in zahlreichen Studien festgestellt wurde.

Daher wurden in den Dresdner Modellprojekten *Hinsehen – Erkennen – Handeln – Häusliche Gewalt* (2008/10) und *Hinsehen – Erkennen – Handeln – Gewalt in der Familie* (2011) sowie in den Projekten *Hinsehen – Erkennen – Handeln – Kinderschutz im Gesundheitswesen in Sachsen* (2012/13) und *Kinderschutz im Gesundheitswesen in Sachsen* (2014/15) Fachkräfte im

Gesundheitswesen (Ärzte, Therapeuten, Pflegekräfte usw.) in Dresden bzw. Sachsen für das Thema „häusliche Gewalt“ und Kindeswohlgefährdung/-missbrauch qualifiziert und sensibilisiert.

In zielgruppenspezifisch adaptierten Schulungen des Modellprojektes HEH – häusliche Gewalt wurden zentrales Wissen zum Thema häusliche Gewalt und praktische Strategien für den oft schwierigen Umgang mit Betroffenen vermittelt. Ziel war eine optimierte Versorgung der Opfer und eine Entlastung der medizinischen Fachkräfte. Eine Verbesserung der Zusammenarbeit zwischen Beratungs- bzw. Jugendhilfesystem (im Modellprojekt HEH – Gewalt in Familien) und dem medizinischen System war und ist dabei ein weiterer Schwerpunkt der Arbeit.

Die Modellprojekte wurden gefördert vom Sächsischen Staatsministerium für Soziales und Verbraucherschutz, Referate Gleichstellung und Integration bzw. Kinder- und Jugendhilfe, und aktiv unterstützt durch die Sächsische Landesärztekammer (SLÄK). Träger des Projektes war die Klinik für Psychotherapie und Psychosomatik des Universitätsklinikums Carl Gustav Carus. Es bestand eine enge Kooperation mit dem Dresdner Jugendamt, dem Gesundheitsamt, dem Kinderschutzbund und weiteren Kliniken und Instituten des Universitätsklinikums und des Krankenhauses Dresden Neustadt.

In enger Kooperation mit der Dresdener Interventions- und Koordinierungsstelle zur Bekämpfung Häuslicher Gewalt (D.I.K.) und dem Institut für Rechtsmedizin der TU Dresden entstand eine Schulungsanleitung auf Grundlage des o. g. ärztlichen Leitfadens. Hinweise zur Vernetzung standen ganz im Vordergrund. Außerdem fanden und finden sowohl durch die Fachkommission der SLÄK als auch unabhängig davon zahlreiche Fortbildungen von niedergelassenen und angestellten Ärzten wie auch von anderen mit dieser Thematik befassten Professionen zur Thematik häuslicher Gewalt statt.

Materialien aus dem Modellprojekt, z. B. ein einheitlicher Dokumentationsbogen, stehen seither zur Verfügung (auch digital unter: <http://www.hinsehen-erkennen-handeln.de/>).

Nichtsdestotrotz sind die Verbindungen zwischen beratendem Hilfenetzwerk und dem Gesundheitswesen noch sehr lückenhaft. Die Vernetzung des Gesundheitswesens mit den Hilfesystemen zur Bekämpfung häuslicher Gewalt erscheint weiterhin als essentiell und verbesserungsfähig, um eine optimale medizinische und psychosoziale Behandlung der von häuslicher Gewalt betroffenen Patientinnen und Patienten zu gewährleisten.

3. Ergebnisse des Projektes „Verbesserung der Kooperation der Netzwerke zur Bekämpfung Häuslicher Gewalt mit dem Gesundheitswesen“

3.1 Befragungsstudie: Häusliche Gewalt als Gesundheitsrisiko und Thema im ärztlichen und zahnärztlichen Berufsalltag

3.1.1 Beschreibung

Befragt wurden alle zum Ende des Jahres 2015 in der Sächsischen Landesärztekammer bzw. der Landes Zahnärztekammer registrierten 20.712 sächsischen Ärzt_innen und Zahnarzt_innen. Die Fragebögen wurden als Papierversion zugestellt und konnten wahlweise schriftlich und elektronisch beantwortet werden. 1346 Antwortfragebögen (Papierversion und online) konnten insgesamt ausgewertet werden. Dies entspricht einer Rücklaufquote von lediglich 6,5%. 70% der zurückgesandten Fragebögen wurden von Frauen, 30% von Männern beantwortet. Die geringe Rücklaufquote ist u.a. sicherlich dem kurzen Befragungszeitraum geschuldet, ist aber auch Ausdruck von einem gewissen Desinteresse gegenüber dieser Thematik. Bei der Bewertung der Antworten ist zu berücksichtigen, dass eher interessierte und engagierte Teilnehmer sich zu einer Antwort entschlossen haben.

3.1.2 Erfahrungen zum Umgang mit betroffenen Patientinnen und Patienten

Die Antwortenden schätzten ihren eigenen Informationsstand zum Thema Häusliche Gewalt überwiegend als mittelgut ein. Der tatsächliche Kontakt mit Patient_innen, die häusliche Gewalt erlebt haben wird von der Mehrheit der Antwortenden als sehr gering eingeschätzt. So geben 84% der Antwortenden an, gar keinen Kontakt oder zu unter 2% Kontakt zu haben (siehe Abbildung 2).

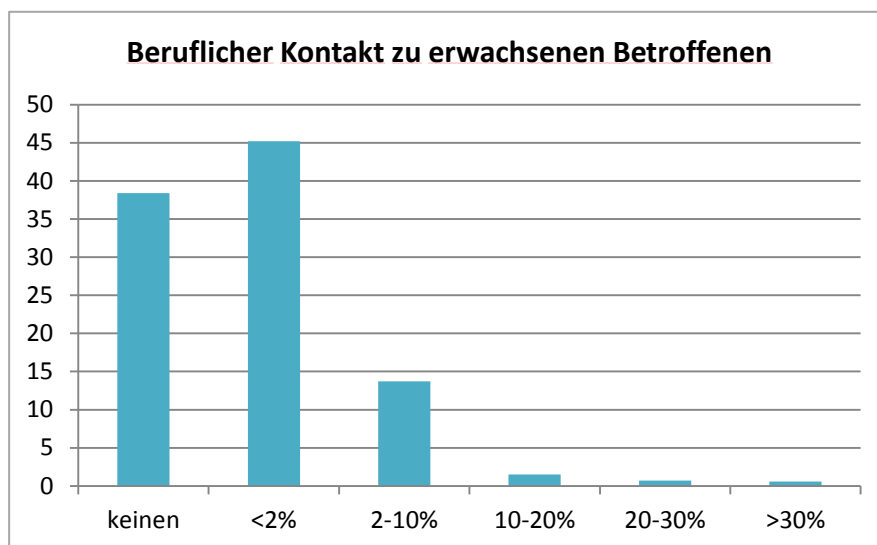


Abbildung 2: Beruflicher Kontakt zu erwachsenen Betroffenen

Die Gewaltbetroffenheit von Männern und Frauen wird von den Befragten je nach Geschlecht unterschiedlich eingeschätzt. Insgesamt wird die Gewaltbetroffenheit der Frauen höher eingeschätzt als die der Männer (Tab. 1).

	gegenüber Frauen		gegenüber Männern	
	körperlich u./o. sexuell	psychisch	körperlich u./o. sexuell	psychisch
<2%	2,7%	0,8%	28,1%	7,5%
2%-10%	33,3%	12,2%	46,8%	30,4%
10%-20%	34,9%	31,0%	18,1%	32,7%
20%-30%	21,6%	31,2%	5,2%	19,2%
>30%	7,5%	24,9%	1,7%	10,1%

Tabelle 01. Schätzungen von ÄrztInnen und ZahnärztInnen zur Prävalenz häuslicher Gewalt gegen Erwachsene

Auf die Frage, ob sie bei Verdacht auf häusliche Gewalt, ihre Patientinnen und Patienten auf das Thema ansprechen, geben die Antwortenden mehrheitlich an, immer oder oft das Gespräch zu suchen (Abb. 3).

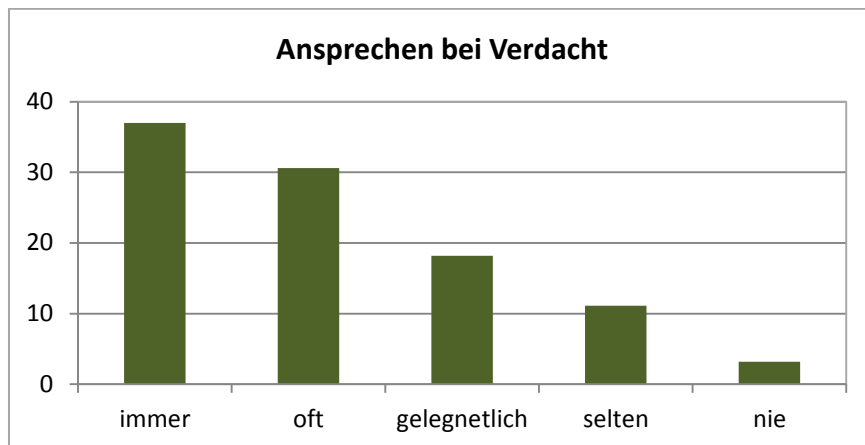
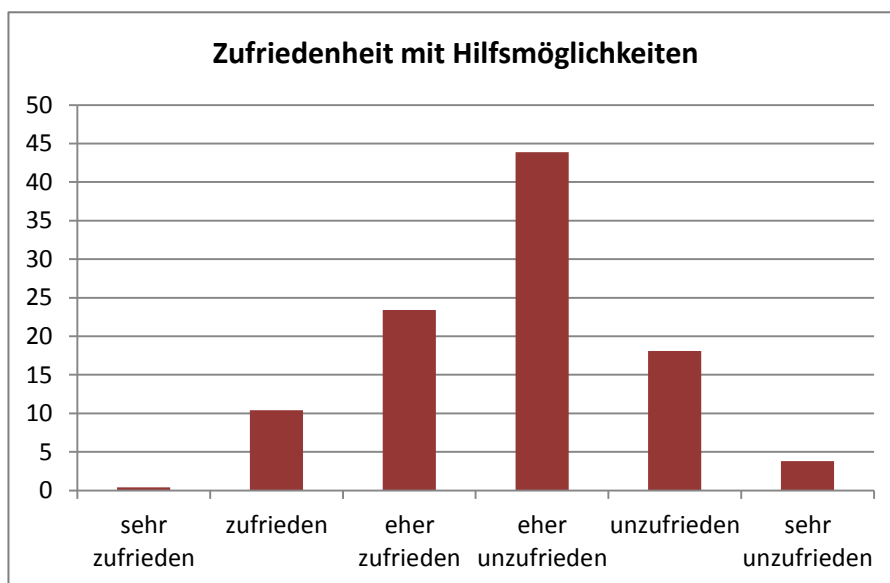


Abbildung 3: Ansprechen beim Verdacht auf Gewaltbetroffenheit der Patientin oder des Patienten

3.1.3 Erfahrungen mit dem Hilffsystem für Betroffene

Die Mehrheit der Antwortenden ist mit ihren Möglichkeiten als Helfer eher unzufrieden (Abb. 4).



Diese Unzufriedenheit wurde auch schon in der Befragung 2009 festgestellt. In der damaligen Befragung gaben 77% der Antwortenden an, eher unzufrieden oder sehr unzufrieden zu sein. In dieser Befragung waren es 66%, die eher unzufrieden bis sehr unzufrieden waren.

Abbildung 4: Zufriedenheit mit den Hilfsmöglichkeiten

Besonders erwähnenswert erscheint hier die wahrgenommene schlechte Vermittelbarkeit Betroffener in eine Psychotherapie und die nicht ausreichenden Veranstaltungsangebote für Fachkräfte im Gesundheitswesen. Aus den Antworten wird zudem deutlich, dass zu wenige spezielle Schulungen zu den gesetzlichen Regelungen im Umgang mit häuslicher Gewalt angeboten werden.

3.1.4 Schwierigkeiten im Umgang mit betroffenen Patientinnen und Patienten

Die Befragten konnten aus einer Liste mit 12 Aussagen diejenigen auswählen, die ihre Schwierigkeiten im Umgang mit Betroffenen abbilden. Hier wurde deutlich, dass das Unwissen über Vermittlungsmöglichkeiten in das Hilffsystem die Hauptschwierigkeit darstellt. Auch wurden bei dieser Frage wieder die rechtlichen Unsicherheiten genannt, gefolgt von der Aussage, die Grenzen der Betroffenen oder des Betroffenen zu verletzen (siehe Tabelle 2).

	Prozent
Mir fehlen Informationen darüber, an welche Stellen ich den_ die Patienten_in weiterleiten kann.	53
Ich bin unsicher bezüglich rechtlicher Regelungen (z. B. Gewaltschutzgesetz).	48
Ich bin besorgt, dass ich die Grenzen des_ der Patienten_in überschreite.	34
Im beruflichen Alltag fehlt mir die Zeit, dieses Thema mit meinen Patient_innen zu besprechen.	33
Ich vermute, dass der_ die Patient_in nicht angesprochen werden möchte.	28
Ich fühle mich unsicher im Umgang mit Patient_innen (z. B. hinsichtlich Gesprächsführung und Dokumentation).	27
Es besteht die Gefahr, damit unvorhersehbare Folgen auszulösen (z. B. Retraumatisierung).	20
Ich möchte mich nicht in Familienangelegenheiten einmischen.	14
Der_ die mutmaßliche Täter_in ist auch bei mir in Behandlung.	10
Ich habe Zweifel an der Glaubhaftigkeit des_ der Betroffenen.	9
Es gibt sprachliche Barrieren.	9
Ich fürchte um meine eigene Sicherheit und die meiner Mitarbeiter_innen oder Kolleg_innen.	5

Tabelle 02. Wahrgenommene Schwierigkeiten im Umgang mit von häuslicher Gewalt betroffenen Patient_innen

*Aufgrund der Möglichkeit zur Mehrfachauswahl summieren sich die Prozente nicht zu 100% auf.

3.1.5 Kenntnisstand von Materialien, Hilfseinrichtungen und Bewertung des Dokumentationsbogens

Viele der erfragten Arbeits- und Informationshilfen sind den Antwortenden nicht bekannt. Zudem zeigt sich, dass eine Bekanntheit nicht zwangsläufig ein Nutzen dieser Informationshilfen nach sich zieht. Am bekanntesten ist das bundesweite Hilfstelefon Gewalt gegen Frauen, das dennoch lediglich von 11% der Antwortenden genutzt wird (siehe Abbildung 5).

Ähnlich unbekannt sind auch die Koordinierungsstellen gegen häusliche Gewalt. Lediglich die Frauenschutzhäuser der jeweiligen Region sind den Medizinerinnen und Medizinerinnen etwas bekannter (44%). Außerdem werden die rechtsmedizinischen Institute und Praxen häufiger als bekannt eingestuft (Abb. 6). Erfreulich zu verzeichnen ist, dass beispielsweise die Dresdner Interventions- und Koordinierungsstelle ihren Bekanntheitsgrad im Vergleich zu 2009 steigern konnten (von 9 auf 25%).

Der zu beurteilende Dokumentationsbogen wurde gemeinsam mit den Fragebögen versandt. Er wurde überwiegend positiv bewertet. Lediglich die zum Ausfüllen benötigte Zeit wurde hin und wieder (in 15%) kritisch angemerkt.

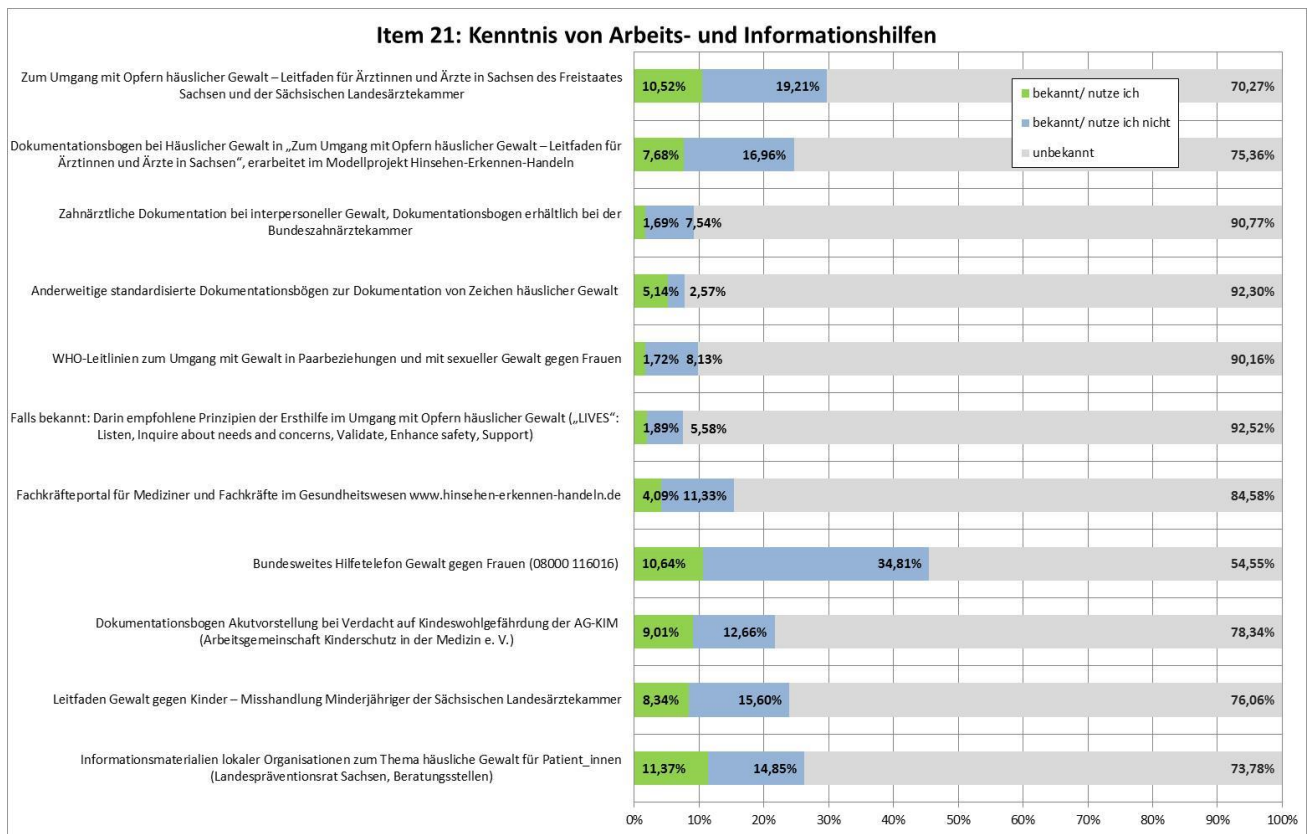


Abbildung 5: Kenntnis und Nutzen der bestehenden Arbeits- und Informationshilfen

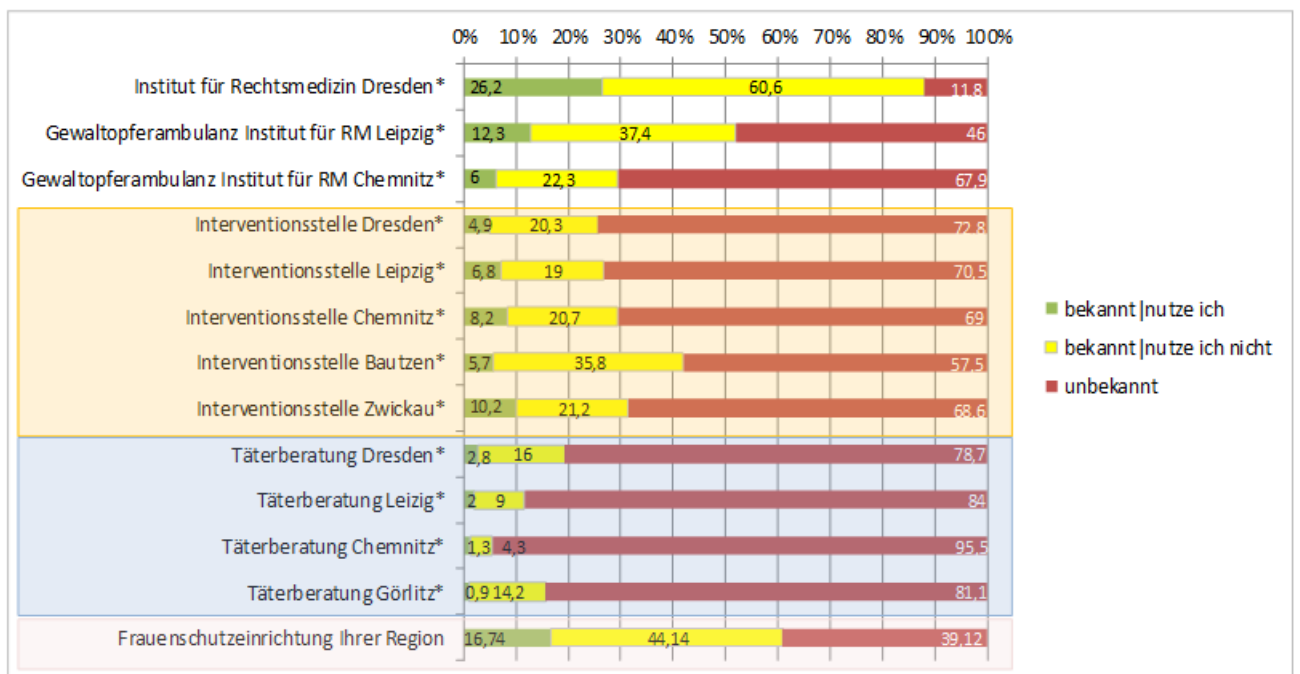


Abbildung 6: Bekanntheit und Nutzen bestehender Hilfsangebote für Betroffene

3.1.6 Fortbildungsinteresse

79% der Antwortenden gab an, Interesse an Fortbildungen zu haben. Der zeitliche Rahmen wurde dabei mehrheitlich bei bis zu zwei Stunden angegeben (Abb. 7)

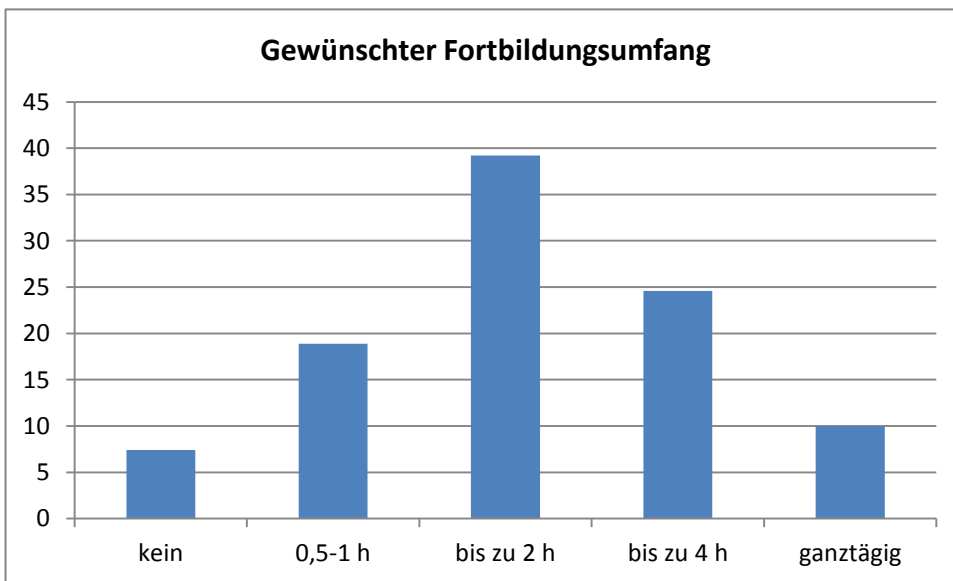


Abbildung 5: Gewünschter Fortbildungsumfang

3.2 Interviewstudie mit Vertretern der Hilfenetzwerke (Krisen- und Interventionsstellen (KIS) in Sachsen) und ihren ärztlichen Kooperationspartnern

3.2.1 Beschreibung

Es wurden qualitative Interviews mit sechs Interventions- und Koordinierungsstellen gegen häusliche Gewalt (Leipzig, Dresden, Radebeul, Bautzen, Grimma/Borna, Zwickau) und vier Beratungsstellen der Opferhilfe (Leipzig, Dresden, Bautzen, Zwickau) geführt. Weiterhin wurden fünf mit den Beratungseinrichtungen kooperierende ÄrztInnen, und sieben RechtsmedizinerInnen (Leipzig, Dresden, Chemnitz) befragt. Von den Teilnehmern (N=22) waren 77% weiblich und 18% männlich.

Mit den MitarbeiterInnen der Beratungsstellen wurde ein strukturiertes Interview geführt, welches 42 Einzelfragen zu verschiedenen Kriterien der schon bestehenden Kooperation, zu den Bemühungen, eine solche Kooperation zu vertiefen und über die Hindernisse, die einer Kooperation entgegenstehen, enthielt. Weitere Fragenkomplexe waren Vorschlägen gewidmet, die aus der Alltagserfahrung der Befragten heraus zu einer Verbesserung der angestrebten Netzwerkbildung führen könnten. Außerdem wurden ÄrztInnen verschiedener Fachgebiete befragt, die von den Beratungsstellen als deren Kooperationspartner genannt wurden, sowie ÄrztInnen mit der Gebietsbezeichnung „Rechtsmedizin“. Das mit den ÄrztInnen geführte Interview glich dem o.g. im Wesentlichen, war aber noch um Fragen erweitert, die dem Leitfaden für Ärztinnen und Ärzte „Zum Umgang mit Opfern häuslicher Gewalt“, dessen Bekanntheitsgrad und Handhabbarkeit gewidmet waren. Dieses Interview enthielt 69 Fragen.

Das Interview wurde von einer Diplom - Psychologin persönlich im jeweiligen Berufsumfeld der Befragten (Arztpraxis, Beratungsstelle) geführt, den beteiligten RechtsmedizinerInnen wurden die Interviewfragen nach einem einführenden persönlichen Gespräch zur schriftlichen Beantwortung vorgelegt.

3.2.2 Wahrnehmung der Kooperation

Vier der sechs befragten Interventionsstellen zur Bekämpfung häuslicher Gewalt in Sachsen waren mit der bisherigen Kooperation mit dem Gesundheitswesen unzufrieden bis absolut unzufrieden. Dagegen gab die Hälfte der befragten Beratungsstellen der Opferhilfe an, mit der derzeitigen Kooperation mit dem Gesundheitswesen zufrieden zu sein.

Dabei werden die persönlichen Kontakte zu ÄrztInnen und anderen Mitarbeitern des Gesundheitswesens als punktuell und einzelfallbezogen beschrieben, daneben fänden selten auch telefonische Kontakte statt. Mitunter käme es zu Kontakten, wenn Betroffene häuslicher Gewalt in Kliniken oder Arztpraxen körperlich untersucht bzw. behandelt werden müssten.

Von 67% der Beratungsstellen werden regelmäßig Fort- und Weiterbildungen zum Thema Häusliche Gewalt vor Mitarbeitern des Gesundheitswesens durchgeführt (ÄrztInnen, ZahnärztInnen, Hebammen, PsychotherapeutInnen). Von den Beratungsstellen wird den verschiedenen Einrichtungen des Gesundheitswesens Informationsmaterial (z.B. Flyer) zur Verfügung gestellt, jedoch nicht regelmäßig. Meist erfolgt die Weitergabe von Informationsmaterial initiativ, selten auf Anfrage.

Über die Hälfte (50% der Beratungsstellen der Opferhilfe, 67% der Interventionsstellen) der befragten MitarbeiterInnen der Beratungsstellen gehen davon aus, dass das Gesundheitswesen insgesamt gut über das Thema Häusliche Gewalt informiert ist.

Dagegen wird die Kompetenz der ÄrztInnen in Bezug auf den Umgang mit PatientInnen, die häusliche Gewalt erfahren haben, von den MitarbeiterInnen der Interventionsstellen als wenig ausgeprägt eingeschätzt. Insbesondere werden die kommunikativen Fähigkeiten der ÄrztInnen in Bezug auf diese Thematik als nicht hoch eingeschätzt. Darüber hinaus würden ÄrztInnen ihre PatientInnen nur selten routinemäßig auf häusliche Gewalt ansprechen.

Die Bereitschaft der ÄrztInnen zur Kooperation mit dem Netzwerk gegen häusliche Gewalt wird von den MitarbeiterInnen der Beratungsstellen mit „gelegentlich“ eingeschätzt. 50% der Interventionsstellen waren der Meinung, dass sich ÄrztInnen nur selten am ärzteleitfadens orientieren. Von den MitarbeiterInnen der Opferhilfe glauben 75%, dass sich ÄrztInnen am Leitfaden orientieren. Insgesamt wird das Interesse bzw. die Motivation der ÄrztInnen, sich mit dem Thema „Häusliche Gewalt“ auseinanderzusetzen (also z.B. Fortbildungen zu besuchen, Befunddokumentationen anzufertigen), von den MitarbeiterInnen der Beratungsstelle als „neutral“ eingeschätzt.

Die von uns befragten ÄrztInnen (also solche, die sich regelmäßig mit der Thematik beschäftigen) gaben durchweg an, nicht gut genug über das Thema „Häusliche Gewalt“ informiert zu sein, allerdings nahmen einige RechtsmedizinerInnen an, dass das Gesundheitswesen an und für sich gut über dieses Thema informiert sei. Mehr als die Hälfte aller befragten ÄrztInnen gaben darüber hinaus an, keinen Überblick über die juristischen Hintergründe bei Häuslicher Gewalt zu haben.

Dennoch schätzten die befragten ÄrztInnen sich selbst als durchaus kompetent beim Umgang mit PatientInnen, die häusliche Gewalt erfahren haben, ein. Mehr als drei Viertel von ihnen hatten in den vergangenen 5 bis 10 Jahren an mindestens einer einschlägigen Fortbildung teilgenommen. Sie

schätzten sich überwiegend als praktisch sicher agierend und auch kommunikativ sicher gegenüber den betroffenen PatientInnen ein.

Dabei orientieren sich 80% der befragten ÄrztInnen am Leitfaden, sie dokumentieren die Verletzungen entsprechend und informieren die PatientInnen über das lokale Hilfesystem. Die RechtsmedizinerInnen gaben an, zu 100% Verletzungsbefunde zu dokumentieren. Davon orientiert sich aber nur etwa die Hälfte am Leitfaden, und weniger als die Hälfte der ÄrztInnen dieses Fachgebietes informiert die PatientInnen über bestehende Hilfsangebote. Die befragten ÄrztInnen zeigten eine sehr hohe Motivation (durchschnittlich 4,5 von 5 Punkten), sich bei dem Thema „Häusliche Gewalt“ zu engagieren. 100% der ÄrztInnen gaben an, an einer entsprechenden Fortbildung teilnehmen zu wollen, wenn es ihr Tagesablauf zulassen würde. Für 80% der ÄrztInnen spielt es überhaupt keine Rolle, ob die Befunddokumentation vergütet wird oder nicht.

Alle befragten ÄrztInnen gaben an, dass 80% der Beratungsstellen Fortbildungen anböten und auch Informationsmaterial zur Verfügung stellten, allerdings lag zum Zeitpunkt der Befragung bei keinem der Befragten Informationsmaterial (Flyer) der Beratungsstelle in der Praxis aus.

Die Wahrnehmung der derzeitigen Qualität der Kooperation des Netzwerkes gegen häusliche Gewalt mit den MitarbeiterInnen des Gesundheitswesens ist in zusammengefasster Form Tabelle 3 zu entnehmen.

Fragestellung	Beratungsstellen	Interviewte ÄrztInnen
Allgemeine „Zufriedenheit“ mit der Zusammenarbeit	Nicht zufrieden bis absolut unzufrieden	Nicht zufrieden bis absolut unzufrieden
Aktueller (theoretischer) Informationsstand der MitarbeiterInnen des Gesundheitswesens zum Thema „Häusliche Gewalt“	Insgesamt gut informiert	Nicht gut informiert, insbesondere nicht über gesetzliche Hintergründe
Praktische Kompetenz der ÄrztInnen beim Umgang mit PatientInnen, die häusliche Gewalt erfahren haben	Eher gering ausgeprägt, einzelfallbezogen	Überwiegend vorhanden und gut ausgeprägt
Motivation, sich intensiver mit dem Thema „Häusliche Gewalt“ zu beschäftigen	Eher gering	Eher hoch, weitgehend unabhängig von Vergütung
Orientierung am Ärzteleitfaden	-	ÄrztInnen: 80% RechtsmedizinerInnen: 47,5%

Tabelle 03: Wahrnehmung der derzeitigen Kooperation zwischen Hilfesystem und involvierten ÄrztInnen („Ist-Stand“)

3.2.3 Bisherige Maßnahmen zur Verbesserung der Kooperation

Hier sind in erster Linie Weiterbildungsveranstaltungen zu nennen, die überwiegend von den Einrichtungen des Hilfenetzwerkes organisiert und durchgeführt wurden. Die Vergabe der Leitfäden erfolgte in den Jahren 2008 bis 2010, verschiedentlich darüber hinaus, im Rahmen solcher Veranstaltungen. Diese richteten sich prinzipiell an alle ÄrztInnen.

Von Seiten der Interventionsstellen wurde außerdem mitgeteilt, dass - sofern dies gewünscht wurde - Informationsmaterialien in Arztpraxen und Krankenhäusern ausgelegt wurde. KlientInnen der Beratungsstellen wurden zu Arztbesuchen begleitet, und es wurden telefonisch Erstkontakte zu ÄrztInnen hergestellt. Hierbei standen jedoch die Belange der betroffenen KlientInnen im Vordergrund. Eine Interventionsstelle organisierte einen Fachtag für ZahnärztInnen.

Die MitarbeiterInnen der Beratungsstellen der Opferhilfe kontaktierten einzelne, dem Thema gegenüber aufgeschlossene ÄrztInnen und schrieben „flächendeckend“ PsychotherapeutInnen an.

Sie gaben an, in Rundschreiben an Kliniken, KinderärztInnen, PsychiaterInnen und PsychotherapeutInnen auf ihr Arbeitsspektrum hingewiesen zu haben. Des Weiteren seien über das Netzwerk der Rechtsmedizin HausärztInnen und GynäkologInnen kontaktiert worden.

3.2.4 Hindernisse für eine erfolgreiche Kooperation aus Sicht der Beratungseinrichtungen

Von Seiten der Interventions- und Beratungsstellen wurde beklagt, dass es sowohl an zeitlichen, als auch an personellen und finanziellen Ressourcen fehle, um gezielt eine Kooperation mit dem Gesundheitswesen aufzubauen und diese auch nachhaltig zu gestalten. Im Folgenden finden sich weitere, in den Interviews mit den MitarbeiterInnen der Interventions- und Beratungsstellen angegebene Hinderungsgründe für die Netzwerkbildung:

- Erschwerter Zugang zu Kliniken, deren Organisation von außen schwer erkennbar ist. Es fehlen dort feste AnsprechpartnerInnen.
- Geringer Zeitrahmen bei den ÄrztInnen.
- Fehlendes Screening (gemeint ist die routinemäßige Ansprache aller PatientInnen auf das Thema der häuslichen Gewalt).
- Fehlende Kenntnisse bei den ÄrztInnen über die „Beratungslandschaft“.
- Fehlendes Vertrauen der ÄrztInnen in die bestehende „Beratungslandschaft“.
- Beratung sei nicht Bestandteil der hausärztlichen Medizin, ÄrztInnen wüssten zu wenig über die Tätigkeit der Beratungsstellen.
- Berührungängste der ÄrztInnen in Bezug auf das Thema „Häusliche Gewalt“, dies sei nach wie vor ein Tabuthema.
- Die Anzahl von Fällen häuslicher Gewalt wird von den ÄrztInnen unterschätzt, diese würden daher fachliche Weiterbildungen in ihrem Gebiet vorziehen.
- Die ärztliche Schweigepflicht würde die ÄrztInnen davon abhalten, denn ohne Entbindungserklärung könnten sie keinen Kontakt zu einer Beratungsstelle aufnehmen.
- Bei den ÄrztInnen bestünde teilweise Unkenntnis über die langwierigen psychischen Folgen häuslicher Gewalt. Die Redewendung „Pack schlägt sich, Pack verträgt sich“ werde auch in der heutigen Zeit noch von ÄrztInnen als Argument verwendet.

3.2.5 Anregungen für eine bessere Kooperation

Von Seiten der Interventions- und Beratungsstellen wird sich für eine Verbesserung der hausärztlichen Versorgung der von häuslicher Gewalt Betroffenen ausgesprochen, darüber hinaus besteht der dringende Wunsch eines besseren Kontaktes zu PsychotherapeutInnen (50% - 83%). Nahezu 100% aller MitarbeiterInnen des Hilfenetzwerkes wünschten sich eine bessere und vor allem häufiger durchgeführte Befunddokumentation. Aber auch ein besserer, nachhaltiger und persönlicher Kontakt zur Exekutive, wie auch zu RechtsanwältInnen, wurde gewünscht.

83,3% bräuchten mehr Arbeitszeit (min. 4h, max. 40h/Woche). 100% sprachen sich für koordinierte und finanzierte interdisziplinäre Fachrunden aus, eine langfristige Finanzierung für eine nachhaltige Kooperation, und dass sie Informationen zu Ärztestammtischen etc. bräuchten sowie einen „direkten

Draht“ zu den ÄrztInnen. 33% sind der Meinung, dass besseres Informationsmaterial benötigt werde. 83% der Mitarbeiterinnen der Interventionsstellen und 75% der MitarbeiterInnen der Beratungsstellen der Opferhilfe sprachen sich dafür aus, dass vorhandene Mittel zunächst genutzt werden sollten, um die ÄrztInnen generell für das Thema „Häusliche Gewalt“ zu sensibilisieren und sie zu befähigen, Folgen häuslicher Gewalt bei ihren PatientInnen zu erkennen. Unterstützung in der Netzwerkarbeit wird zudem durch das Gesundheitsamt und die Landesärztekammer (dafür sprachen sich 100% aus) erwartet, durch die Krankenkassen (83%), und durch die Stadtverwaltungen (67%). Zusätzlich wird die Unterstützung der Kassenärztlichen Vereinigung gefordert und ganz allgemein Unterstützung bei der Sprachmittlung bei Flüchtlingen.

100% der befragten Interventionsstellen - MitarbeiterInnen sprachen sich für eine Vernetzung auf lokaler Ebene aus, nur 33% für eine Vernetzung auf Landesebene.

80% der befragten ÄrztInnen gaben an, dass eine engere Zusammenarbeit mit der Exekutive und RechtsanwältInnen den Beratungsstellen bei der Arbeit helfen könnte. Die befragten ÄrztInnen erklärten, dass mehr Personal und mehr Ressourcen in den Beratungsstellen gebraucht werden und mehr Öffentlichkeitsarbeit notwendig sei.

60% der ÄrztInnen sprachen sich für eine Vernetzung auf lokaler Ebene aus und 80% glauben, dass keine Vernetzung auf Landesebene notwendig sei. 80% sprachen sich für interdisziplinäre Fachrunden aus und dafür, dass für eine nachhaltige Kooperation auch eine langfristige Finanzierung erforderlich sei. Modellprojekte seien meist schon abgeschlossen, bevor sie richtig wirksam werden konnten. 60% bzw. 80% der ÄrztInnen denken, dass mehr und besseres Informationsmaterial benötigt wird und dass die Beratungsstellen mehr Informationen zu Ärzten benötigen würden (Ärztstammtisch, Fachgruppenansprechpartner).

Nur 40% der von uns befragten, bereits kooperierenden ÄrztInnen glauben allerdings, dass eine generelle Sensibilisierung zum Thema „Häusliche Gewalt“ bei den ÄrztInnen notwendig wäre.

71,4% der befragten RechtsmedizinerInnen sprachen sich für eine Vernetzung auf lokaler Ebene und 85,7% gegen eine Vernetzung auf Landesebene aus. Hervorzuheben ist, dass keiner der befragten RechtsmedizinerInnen angab, dass eine Sensibilisierung der Ärzte, Betroffene häuslicher Gewalt zu erkennen, notwendig sei.

3.2.6 Reflexion zum sächsischen Ärzteleitfaden

100% der Mitarbeiterinnen der Interventionsstellen, aber nur 25% der MitarbeiterInnen der Opferhilfe Sachsens sprachen sich dafür aus, dass der Leitfaden weiter verbreitet werden sollte. Der „Nutzen“ des Leitfadens wird mit der Note 2 - 3 (5 mögliche) angegeben, die Hälfte der Befragten fände es besser, wenn der Leitfaden in einer kürzeren Form vorläge. Er sei dennoch durchaus gelungen und mit ausreichend Praxisbeispielen versehen, sollte aber im Rahmen von mehr Weiterbildungsveranstaltungen an die ÄrztInnen vergeben werden. Der zu diesem Leitfaden gehörende Dokumentationsbogen sollte „verbessert“ werden, dafür sprachen sich 83,3% der MitarbeiterInnen der Interventionsstellen und 50% der MitarbeiterInnen der Opferhilfe Sachsen aus. 60% der befragten ÄrztInnen kannten den Ärzteleitfaden gar nicht. Eine Ärztin gab an, ihn einmal durchgelesen und dann nicht wieder benutzt zu haben. Ein Arzt fand ihn gut, übersichtlich und einfach verständlich. Ein weiterer Arzt schätzte den Nutzen des Leitfadens mit der Note „gut“ ein. 50% der ÄrztInnen, denen der Leitfaden bekannt war, meinten, dass er übersichtlicher und kürzer sein sollte, 40% hielten ihn für gut verständlich und 50% fanden, dass er ausreichend Praxisbeispiele

enthalte. Alle befragten Ärzte hielten ihn für vollständig, wünschten, dass er einer breiteren Ärzteschaft zugänglich gemacht werden und es mehr Weiterbildungsveranstaltungen dazu geben sollte. Die Hälfte stimmte der Aussage zu, dass der Ärzteleitfaden durchaus gelungen sei.

Nahezu 50% der RechtsmedizinerInnen kannten den Ärzteleitfaden nicht und hatten keine Erfahrungen damit gemacht. Eine Rechtsmedizinerin meinte, es handle sich um eine gute theoretische Wissensvermittlung und einen guten Dokumentationsbogen, wünschte sich aber ein weibliches Körperschema im Dokumentationsbogen und zusätzlich eine online- Version der Kontakte der Beratungsstellen. Eine weitere Rechtsmedizinerin gab an, dass der Ärzteleitfaden informativ und strukturiert sei. Es wurde insgesamt die Note 2,16 vergeben. 42,9% meinte, dass der Leitfaden kürzer und übersichtlicher sein sollte, 85,7% hielten ihn für verständlich, dass ausreichend Praxisbeispiele beschrieben würden und keine wichtigen Aspekte zum Thema „Häusliche Gewalt“ fehlten.

Danach befragt, was am Leitfaden zu verbessern wäre, wurden folgende Vorschläge gemacht (Tabelle 4).

	Beratungsstellen	Interviewte Ärztinnen
Aktualisierung der Adressen	Ja	-
Einarbeitung neuer Gesetzesvorlagen	Ja	Ja
Reduzierung des Umfangs des Leitfadens	Ja	Ja
Sichtbarkeit des lokalen Hilfenetzwerkes	Ja	-
Übergabe des Leitfadens im Rahmen von Weiterbildungen	Ja	Ja
Dokumentationsbogen als Tool der Praxissoftware	-	Ja
Variante des Leitfadens für „Papierlose Praxis“	-	Ja
Geschlechtsspezifische Varianten des Dokumentationsbogens	Ja	Ja

Tabelle 04: Vorschläge der Befragten zur Verbesserung der Handhabbarkeit des Leitfadens

3.3 Zusammenfassung

Die derzeitige Kooperation zwischen den bestehenden Netzwerken zur Bekämpfung häuslicher Gewalt und den sächsischen ÄrztInnen ist nicht ausreichend, dies spiegelt sich insbesondere in den Angaben der MitarbeiterInnen der Beratungsstellen wider. Die Zusammenarbeit mit dem Gesundheitswesen wird vor allem als punktuell und einzelfallbezogen wahrgenommen.

Bei der Befragung der sächsischen ÄrztInnen zum Thema „Häusliche Gewalt“ gaben nur 0,7% aller TeilnehmerInnen an, dass sie im vergangenen Jahr zwischen 20% und 30% ihrer PatientInnen als von häuslicher Gewalt betroffen einschätzten. Dagegen gaben 83,5% der TeilnehmerInnen an, dass keine oder unter 2% ihrer PatientInnen von häuslicher Gewalt betroffen waren. Vor dem Hintergrund wissenschaftlicher Erhebungen zur Häufigkeit häuslicher Gewalt (etwa jede 4. Frau erleidet diese mindestens einmal in ihrem Leben) ist davon auszugehen, dass Opfer häuslicher Gewalt in den sächsischen Arztpraxen und in den Notaufnahmen der Kliniken tatsächlich überwiegend nicht als solche wahrgenommen werden.

Insofern kann der Annahme der MitarbeiterInnen der Beratungsstellen, die bei den sächsischen ÄrztInnen eine geringe Kompetenz im Umgang mit dem Thema „Häusliche Gewalt“ vermuten, gefolgt werden. Die von uns befragten ÄrztInnen schätzen sich selbst zwar als kompetent im Umgang mit von häuslicher Gewalt Betroffenen ein, allerdings handelte es sich um ÄrztInnen, die als „positive Beispiele“ ausgewählt wurden. Diese wiederum gaben an, sich selbst mangelhaft insbesondere über die theoretischen, insbesondere juristischen Hintergründe beim Umgang mit Opfern häuslicher Gewalt informiert zu fühlen.

Um die Kooperation zwischen den professionellen Beratungsstellen und den sächsischen ÄrztInnen in Zukunft zu verbessern, wurden insbesondere von den MitarbeiterInnen der Beratungsstellen zahlreiche Vorschläge unterbreitet. Auch hier wird deutlich, dass vor allem eine langfristig zu verbessernde Aus- und Weiterbildung (Sensibilisierung) der ÄrztInnen zum Thema „Häusliche Gewalt“ anzustreben ist. Die MitarbeiterInnen der Beratungsstellen sehen sich hier nach den Ergebnissen unserer Interviewstudie durchaus in der Pflicht (Organisation von interdisziplinären Fachrunden, Fallbesprechungen, Informationsveranstaltungen im Rahmen von Ärzttestammtischen, Distribution von Informationsmaterial), geben aber auch an, dies aufgrund mangelnder Ressourcen nicht leisten zu können. Daher erfolgt die Konzentration in der Regel auf einen Arzt/ eine Ärztin, die bereit sind, sich den betroffenen KlientInnen zu widmen. Dieser Arzt/ diese Ärztin nimmt dann im Bedarfsfall auch seinerseits/ihrerseits Kontakt zur Beratungsstelle auf und vermittelt betroffenen PatientInnen den Kontakt dahin. Die Kontakte bestehen somit im Wesentlichen auf der persönlichen Ebene. Offenbar aus dieser Erfahrung heraus wird eine landesweite Vernetzung von Beratungsstellen und Kliniken bzw. Arztpraxen überwiegend abgelehnt. Die Hilfe vor Ort soll schnell und unkompliziert erfolgen, daher sprach sich die Mehrheit der von uns befragten Personen für eine gute Vernetzung auf lokaler Ebene aus.

Der Leitfaden für Ärztinnen und Ärzte in Sachsen war mehr als der Hälfte der von uns befragten ÄrztInnen nicht bekannt. Bemerkenswert war hier, dass auch nahezu die Hälfte der befragten RechtsmedizinerInnen den Leitfaden nicht kannte. Zum Vergleich: Mehr als 2/3 (70,3%) der an der o.g. Befragung aller sächsischen ÄrztInnen teilnehmenden Personen war der Leitfaden ebenfalls unbekannt.

Es wird daher neuer bzw. anderer Wege bedürfen, die Fachkräfte im sächsischen Gesundheitswesen, insbesondere aber die ÄrztInnen für das Thema „Häusliche Gewalt“ zu sensibilisieren und ihnen in Zukunft auch Handlungssicherheit im Umgang mit betroffenen PatientInnen zu vermitteln. Zur Bildung einer leistungsfähigen Vernetzung zwischen den bestehenden Hilfestrukturen und den ÄrztInnen in Sachsen sollten dann neben Erfahrungen aus anderen Bundesländern auch die Ergebnisse der vorliegenden Studie herangezogen werden.

4. Notwenige Maßnahmen zur Optimierung der Bekämpfung häuslicher Gewalt unter besonderer Berücksichtigung der Schlüsselrolle des medizinischen Fachpersonals

Basierend auf dem oben geschilderten Status quo und den Ergebnissen des Projektes „Verbesserung der Kooperation der Netzwerke zur Bekämpfung Häuslicher Gewalt mit dem Gesundheitswesen“ wurden die folgenden Empfehlungen entwickelt:

Grundsätzlich ist davon auszugehen, dass eine spezifische Sensibilisierung von Ärztinnen und Ärzten sinnvoll, zielführend und dringend nötig ist. Dabei ist darauf zu achten, dass das Thema häusliche Gewalt auch langfristig betrachtet immer wieder in den Fokus des fachlichen Interesses gebracht werden muss. Zeitlich begrenzte Modellprojekte sind zwar ambitioniert, verpuffen aber mittel- und langfristig gesehen in ihrer Wirkung deutlich. Die Problematik häusliche Gewalt muss, da sie von den Ärztinnen und Ärzten nicht als originär medizinisches Thema betrachtet wird, stetig gefördert und durch eine sensible Öffentlichkeitsarbeit begleitet werden.

Wichtig - und von den Medizinerinnen und Medizinern selbst gefordert - ist eine umfassende Fortbildung nicht nur zu den rein fachlichen Fragestellungen sondern ebenso zu den Möglichkeiten des Hilfesystems und den rechtlichen Rahmenbedingungen. Häusliche Gewalt ist eine Thematik, bei der auch von den Ärztinnen und Ärzten selbst die Notwendigkeit der Zusammenarbeit mit anderen Professionen gesehen und gewünscht wird.

Dringend empfohlen wird die **Einrichtung eines Kompetenzzentrums Häusliche Gewalt im Freistaat Sachsen**. Übergeordnete Ziele sind:

- Klare und hauptamtliche Verantwortung für die Koordination aller Maßnahmen zur Versorgungsverbesserung Gewaltbetroffener im Medizinbereich
- Forcierung von Veränderungsbemühungen auf Bundesebene
- Umsetzung und Evaluation konkreter Maßnahmen

In Verantwortung und mit Unterstützung des Kompetenzzentrums sollten folgende Maßnahmen in Sachsen und teilweise bundesweit umgesetzt werden:

- A) Aktualisierung/Erstellung der Leitfäden und Dokumentationsbögen** unter Berücksichtigung der aktuellen Studienergebnisse
- *Aktualisierung* des Leitfadens „Zum Umgang mit Opfern häuslicher Gewalt – Leitfaden für Ärztinnen und Ärzte in Sachsen“
 - Erweiterung des o. g. Leitfadens um die Thematik „Hilfestellung für Kinder als Zeugen häuslicher Gewalt“
 - Integration der Bedarfe für Zahnärzt*innen in Leitfäden (z. B. Kiefer-/Zahnschemata)
 - Ergänzung der Thematik Umgang mit dem Thema häuslicher Gewalt bei Personen mit Migrationshintergrund (z.B. ärztliche Erst- und Folgeversorgung)
 - Entwicklung eines gesonderten Dokumentationsbogens für die gynäkologische Befunderhebung
 - *Erstellung* eines übersichtlichen Kurzleitfadens mit den wesentlichen Interventionsschritten

- *Aktualisierung* der Leitfäden für Häusliche Gewalt, Gewalt gegen Kinder – Misshandlungen Minderjähriger
- *Konzipierung* eines Leitfadens zum Umgang mit dem Thema Gewalt in der häuslichen Pflege

B) Entwicklung eines papierlosen Dokumentationstools mit Einbindung in die Praxissoftware

Entwicklung eines Praxistool zur Befunddokumentation für die papierlose Dokumentation, das den Anwenderinnen möglichst kostenfrei zur Verfügung gestellt wird. Dabei soll die Möglichkeit einer Fotodokumentation integriert werden. Hierzu wird eine Kooperation auf Bundesebene angestrebt.

C) Verbesserung der Abrechenbarkeit von Dokumentationsleistungen

Ziel ist die Schaffung einer Abrechnungsziffer (EBM-Codierung) bzw. InEK DRG-Codes für die Abrechenbarkeit von ärztlichen Dokumentationsleistungen bei häuslicher Gewalt. Diese Abrechenbarkeit ist bisher nicht gegeben.

D) Öffentlichkeitsarbeit und mediale Vernetzung

- **Webseitentaugliche Aufbereitung von fachspezifischen Informationen, Vernetzung von Internetseiten**

Ziel ist eine möglichst weite Verbreitung von Informationen zu häuslicher Gewalt, zum Hilfesystem und zur Befunddokumentation.

Die Informationen des Leitfadens müssen als Kurzform als Internetangebot aufgearbeitet werden (Vgl. <http://www.befund-gewalt.de>). Diese Informationen sollten auf mehreren Webseiten eingestellt und möglichst gut mit vielen Seiten verlinkt werden. Als Kooperationspartner sollten hier einbezogen werden: das Sächsische Staatsministerium für Soziales und Verbraucherschutz, die Sächsische Landesärztekammer, Hinsehen-Erkennen-Handeln, die Landesarbeitsgemeinschaft der Frauenhäuser und Interventionsstellen. Die Zusammenarbeit der genannten Kooperationspartner wird mit einem Kooperationsvertrag geregelt.

Unter Führung des Kompetenzzentrums erarbeitet eine Arbeitsgruppe die entsprechenden Web-Inhalte als Module und stellt sie den Kooperationspartnern zur Verfügung. Diese werden in der Implementierung der Inhalte auf ihren Seiten finanziell und technisch unterstützt. Der Webstart wird mit der Schaltung von Werbebannern in Sozialen Netzwerken und wichtigen Webseiten befördert. Das Kompetenzzentrum stellt zweijährlich eine Aktualisierung der Webinhalte zur Verfügung.

- **Öffentlichkeitswirksame Verbreitung von Informationsmaterialien**

Ziel ist eine möglichst weitgehende Versorgung von Informationsmaterial für Betroffene in den Wartezimmern oder durch die Ausreichung der Ärztinnen und Ärzte an die Betroffenen. Dazu soll ein Paket erstellt werden aus Landesinformationen, lokalen Informationen für Betroffene und einem öffentlichkeitswirksamen Plakat für die Wartezimmer.

Nach Erstellung dieser Medien soll eine Bedarfserhebung per Email/Telefon/Fax der niedergelassenen Hausärzte und Gynäkologen erfolgen, ob die Zusendung von Informationsmaterial erwünscht ist. Entsprechend der entstandenen Empfängerliste soll eine

regelmäßige Verschickung von Materialien stattfinden. Dies kann entweder zentral erfolgen oder regional über die Interventions- und Koordinierungsstellen. Dabei ist auf die finanzielle Ausstattung für Druck und Porto zu achten.

E) Flächendeckende Implementierung von Fort-/Weiterbildungsveranstaltungen

• Kombinierte Fortbildungsleitung

Fortbildungsveranstaltungen sollten immer als gemeinsame, interdisziplinäre Fortbildung aus einer ärztlichen Kollegin und mindestens einer Vertreterin des möglichst regional etablierten Hilfesystems (z. B. Mitarbeiter der Interventionsstellen, Rechtsmediziner, Juristen, Polizeimitarbeiter, Mitarbeiter der psychosozialen Notfallversorgung) konzipiert werden. Dies bietet den Vorteil, dass die große Unbekanntheit des Hilfesystems reduziert wird und spezifische Fragen auch an die jeweilige Fachkraft gerichtet werden können. Zudem reduziert die Begegnung mit den regional tätigen Akteuren des Hilfesystems die Schwelle der Weitervermittlung und fördert so schon eine niedrigschwellige Vernetzung.

• Hilfe bei Akkreditierung von Weiterbildungsveranstaltungen (Entgeltbefreiung)

Ärztliche Weiterbildungsveranstaltungen müssen über die Sächsische Landesärztekammer akkreditiert werden. Dies ist durch die Frauenberatungsstellen nicht zu leisten, da hierfür für jede Veranstaltung ein Beitrag von 150,- € zu zahlen ist. Lediglich Universitäre Einrichtungen oder Veranstalter, die sehr viele Fortbildungen anbieten, können davon befreit werden.

• Kombination mit Fortbildung anderer medizinischer Thematik

Das Thema häusliche Gewalt wird von vielen Ärztinnen und Ärzten nicht unmittelbar als medizinische Problematik gesehen. Dass sie eine wichtige Rolle bei der Versorgung der Betroffenen spielen, ist vielen nicht bewusst. Auch wird die Auftretenshäufigkeit in der praktischen Tätigkeit mutmaßlich deutlich unterschätzt. Daher ziehen es viele auch nicht als ein mögliches Fortbildungsthema in Betracht. Die Erfahrungen zeigen, dass eine isolierte Fortbildung nur zu dieser Thematik nicht optimal angenommen wird. Kombiniert man das Thema allerdings mit anderen medizinischen Fortbildungen, können Ärztinnen und Ärzte erreicht werden, die sonst mit der Thematik nicht hätten erreicht werden können.

• Fortbildung zu rechtlichen Aspekten

Neben der Unbekanntheit des Hilfesystems wurde in der Befragung auch deutlich, dass eine große Unsicherheit bezüglich der rechtlichen Rahmenbedingungen besteht. Hier wäre wünschenswert, Polizeibeamte oder auch Juristinnen in die Fortbildungen zu integrieren und so dem Unsicherheitsgefühl aktiv zu begegnen.

• Kreative Lösungen für Integration des Themas häusliche Gewalt in Weiterbildung und Lehre

- Anpassung und Entwicklung von modularen Fortbildungsblöcken (Entwicklung eines 30-minütigen Konzeptes zur Vorstellung der Thematik)
Um die Idee der Kombination mit anderen medizinischen Themen umzusetzen, bedarf es der Entwicklung auch kurzer Fortbildungssequenzen von beispielsweise 30minütiger Dauer. Diese können dann im Sinne einer Sensibilisierung eingesetzt werden und möglicherweise das Interesse an weiterführenden Fortbildungen wecken.
- Stammtische, klinikinterne Fortbildungen

Eine Möglichkeit, die Thematik überhaupt ins Blickfeld der Ärztinnen und Ärzte zu rücken ist die Nutzung bestehender „Fortbildungszeiten“. Möglich ist die Platzierung kurzer Fortbildungssequenzen in „Ärztstammtischen“ und Qualitätszirkeln für Niedergelassene und auch in Klinikweiterbildungen. Allerdings muss darauf hingewiesen werden, dass diese Art der „aufsuchenden“ Fortbildung einen sehr hohen Organisationsaufwand mit sich bringt.

- Konzepte für Lehre

Die Thematik häusliche Gewalt muss in einem noch breiteren Ausmaß als bisher in die Lehre Eingang finden. Das regelmäßige – allerdings zeitlich stark begrenzte - Angebot in den Vorlesungen der Rechtsmedizin und Psychosomatik muss ergänzt werden durch das Angebot von vertiefenden Seminaren (beispielsweise als Wahlpflichtfach), die den bereits erwähnten interdisziplinären Charakter aufgreifen. Günstig wäre aus didaktischer Sicht eine immer wiederkehrende, fachrichtungsspezifische Platzierung des Themas in verschiedenen Studienabschnitten. (Beispielsweise auch in den Fächern Gynäkologie, Kinder- und Jugendmedizin, Rechtsmedizin, Psychosomatik, Notfallmedizin, Chirurgie und Allgemeinmedizin).

- Entwicklung von Finanzkonzepten für Kooperationen

F) Beachtung spezifischer Zielgruppen

In die Fortbildungen müssen auch die besonderen Problematiken von Menschen mit Behinderungen, Menschen mit psychischen Erkrankungen, Menschen mit Migrationshintergrund, ältere Menschen oder auch Jugendliche (auch als Täter) einbezogen werden.

Nach neuesten wissenschaftlichen Erkenntnissen sind Männer in etwa gleich häufig von häuslicher Gewalt betroffen wie Frauen. Auch hier muss, was das Angebot an Hilfsmöglichkeiten angeht, entsprechend nachgebessert werden.

G) Strukturen sachsenweit zur Implementierung und Verstetigung von Maßnahmen zur Einbindung des Gesundheitswesens in die Hilfenetzwerke zur Bekämpfung häuslicher Gewalt

- Etablierung bedarfsgerechter Versorgung auch im ländlichen Raum
- Beauftragte*r des Gesundheitswesens im Hilfenetzwerk HG
- GOBSIS – HG-spezifisch für Sachsen
- Fallanalysen nach Todesfällen und schwersten Verletzungen (Zwischenfallmeldesystem), Gefährdungsanalyse, CIRS (Berichtssystem zur anonymisierten Meldung von kritischen Ereignissen und Beinahe-Schäden in Einrichtungen des Gesundheitswesens, formalisierte/standardisierte Meldung)

5. Literatur

- DHHS-Department of Health and Human Services. (2003). In Harm's Way: Domestic Violence and Child Maltreatment. Abgerufen von Washington
- Epple F, Croy I & Schellong, J (2011). Häusliche Gewalt bei Patienten–durch medizinische Fachkräfte vermutlich unterschätzt: Eine Vollerhebung bei Dresdner und Chemnitzer niedergelassenen medizinischen Fachkräften und solchen des Dresdner Universitätsklinikums. *Zeitschrift fuer Evidenz, Fortbildung und Qualitaet im Gesundheitswesen*, 105(6), 452-458.
- FRA - European Union Agency For Fundamental Rights. (2014). Violence against women: an EU-wide survey. Main results report. Abgerufen von <http://fra.europa.eu/en/publication/2014/violence-against-women-eu-wide-survey-main-results-report>
- Hornberg, C., Schröttle, M., Khelaifat, N., Pauli, A., & Bohne, S. (2008). GBE Booklet 42 „Health consequences of violence“. Abgerufen von <http://edoc.rki.de/docviews/abstract.php?lang=ger&id=1518>
- Müller, U., & Schröttle, M. (2004). Lebenssituation, Sicherheit und Gesundheit von Frauen in Deutschland. Eine repräsentative Untersuchung zu Gewalt gegen Frauen in Deutschland. *IFF Info, Zeitschrift des Interdisziplinären Zentrums für Frauen- und Geschlechterforschung*, 21(28). Abgerufen von <http://pub.uni-bielefeld.de/publication/1873245>
- WHO. (2013a). Responding to intimate partner violence and sexual violence against women. WHO clinical and policy guidelines.
- WHO. (2013b). Umgang mit Gewalt in Paarbeziehungen und mit sexueller Gewalt gegen Frauen. Leitlinien der WHO für Gesundheitsversorgung und Gesundheitspolitik.