



Bundesministerium
für Familie, Senioren, Frauen
und Jugend

Implementierungsleitfaden

zur Einführung der
Interventionsstandards in die
medizinische Versorgung von Frauen

Inhalt

I.	Den Implementierungsleitfaden verstehen	5
II.	Die lokale Infrastruktur: beschreiben – bewerten – nutzen.....	13
III.	Die Einführung der Interventionsstandards planen	22
IV.	Für die Einführung der Interventionsstandards werben.....	33
V.	Regional kooperieren und vernetzen	49
VI.	Fortbildung für Ärztinnen und Ärzte informativ, attraktiv und praxisnah gestalten	63
VII.	Fachlichen Austausch sicherstellen – die ärztliche Weiterbildung nutzen	88
VIII.	Materialien für Patientinnen und Praxen kennen und einsetzen.....	98

I.

Den Implementierungsleitfaden verstehen

Kapitel 1 enthält Informationen:

- | zur Geschichte und zum Hintergrund des Leitfadens,
- | zu seiner Funktion,
- | zu den Zielgruppen für den Leitfaden und
- | zu seiner Gestaltung.

1.1 Geschichte und Hintergrund des Leitfadens

1.1.1 Geschichte

Im September 2007 hat die Bundesregierung mit dem „Aktionsplan II der Bundesregierung zur Bekämpfung von Gewalt gegen Frauen“¹ ein Handlungskonzept vorgelegt mit Antworten auf die aktuellen Herausforderungen zum Schutz der von Gewalt betroffenen Frauen und ihren Kindern. Ein zentraler Handlungsschwerpunkt des Aktionsplans ist der Gesundheitsbereich. Nach den positiven Erfahrungen im klinischen Bereich hat das **Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend** im Rahmen des Aktionsplans II ein Modellprojekt zur angemessenen Unterstützung von gewaltbelasteten Frauen in der ambulanten medizinischen Versorgung auf den Weg gebracht und gefördert.

1 <http://www.bmfsfj.de/BMFSFJ/gleichstellung.did=73000.html>

Auszug aus „Aktionsplan II der Bundesregierung zur Bekämpfung von Gewalt gegen Frauen“

Gewalt ist einer der zentralen Risikofaktoren für die Gesundheit von Frauen. Dies hat der Bericht der Weltgesundheitsorganisation (WHO) 2002 international belegt. Auch die deutsche Repräsentativuntersuchung zeigt: Die meisten Frauen erleiden mindestens einmal in ihrem Leben Verletzungen physischer und psychischer Art; alle Formen von Gewalt sind mit zum Teil erheblichen gesundheitlichen, psychischen und psychosozialen Folgen verbunden. Eine optimale medizinische Versorgung der betroffenen Frauen durch die Erleichterung des Zugangs zu den Angeboten des Gesundheitswesens ist daher ein wichtiges Anliegen der Bundesregierung. Auch bezogen auf die Inanspruchnahme institutioneller Hilfen in und nach Gewaltsituationen kommt dem Gesundheitsbereich und hier insbesondere den Ärztinnen und Ärzten als Berufsgruppe eine wichtige Schlüsselrolle zu. Das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend hatte daher die wissenschaftliche Begleitung eines Gesundheitsinterventionsprogramms im Bereich der Krankenhäuser gefördert. Die komplexe Bedeutung der Ärzteschaft zur Verbesserung der Situation gewaltbetroffener Frauen soll in einem neuen Projekt aufgegriffen werden, das den **Bereich der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte betrifft**.

http://www.bmfsfj.de/RedaktionBMFSFJ/Broschuerenstelle/Pdf-Anlagen/aktionsplan-II-zur-bek_C3_A4mpfung-von-gewalt-gegen-frauen,property=pdf,bereich=bmfsfj,sprache=de,rwb=true.pdf, S. 39 ff.

Das Modellprojekt „**Medizinische Intervention gegen Gewalt an Frauen**“ (MIGG) mit einer Laufzeit von drei Jahren (2008 bis 2011) war an niedergelassene Ärztinnen und Ärzte gerichtet. Sie wurden unterstützt beim Erkennen und Ansprechen der Folgen von Gewalt, der gerichtssicheren Dokumentation und dem fachgerechten Umgang mit gewaltbelasteten Patientinnen in ihrer Praxis.

Im Modellprojekt MIGG wurden an fünf Standorten in der Bundesrepublik Deutschland (Berlin, Düsseldorf, Kiel, München und dem Ennepe-Ruhr-Kreis) die international eingeführten Interventionsstandards in Praxen der am Modellprojekt MIGG teilnehmenden niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte unterschiedlicher Fachrichtungen eingeführt. Träger der Modellprojekte waren das **Institut für Rechtsmedizin des Universitätsklinikums Düsseldorf** (am Standort Düsseldorf; an den Standorten in Kiel und München in Kooperation mit den dort ansässigen Instituten für Rechtsmedizin der Universitätskliniken), **Signal e. V.** (Berlin) und das **GESINE-Netzwerk** (Ennepe-Ruhr-Kreis).

Im Modellprojekt MIGG wurden drei zentrale Ziele verfolgt:

- die Entwicklung eines für die Praxen von niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten tauglichen eigenen Interventionsprogramms, mit dem die ambulante medizinische Versorgung von gewaltbelasteten Frauen verbessert werden kann. Zu diesem Programm gehört auch, dass die Praxen mit für sie geeigneten Maßnahmen dazu beitragen, den Patientinnen den Zugang zu spezialisierten medizinischen Angeboten und Unterstützungseinrichtungen zu erleichtern;

- | die Einbeziehung der ambulanten medizinischen Versorgung in niedergelassenen Praxen in die multiprofessionelle Interventionskette, zu der Frauenhäuser und Beratungseinrichtungen ebenso gehören wie die Polizei, Staatsanwaltschaft und Gerichte. Weiter gehört neben der Klärung interner Abläufe auch die Schnittstellenklärung dazu mit den unterschiedlichen regionalen Akteurinnen und Akteuren (Weitervermittlungspraxis aus und in die ärztliche Praxis, Verfahren in Fällen hoher Gefährdung, Kommunikationsstrukturen etc.);
- | die Implementierung des Interventionsprogramms und die Integration von niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten in vorhandene Netzwerkstrukturen.

Dem Beirat, der das Modellprojekt MIGG fachlich unterstützt hat, gehörten Vertreterinnen/Vertreter aus den ärztlichen Landesorganisationen und relevanten medizinischen Fachgesellschaften an sowie Vertreterinnen/Vertreter von Bundesorganisationen der Hilfeinrichtungen und kommunaler Frauenbüros.

Das Modellprojekt wurde von der **Gesellschaft für Sozialwissenschaftliche Frauen- und Genderforschung e. V. (GSF e. V.)** in Frankfurt wissenschaftlich begleitet. Auftrag der wissenschaftlichen Begleitung war, auf der Grundlage der Erfahrungen im Modellprojekt diesen Implementierungsleitfaden zu erarbeiten.

Das Modellprojekt wurde im Mai 2011 mit der Vorlage des Implementierungsleitfadens von GSF e. V. abgeschlossen.

Hintergrund

Nach der Studie „Lebenssituation, Sicherheit und Gesundheit von Frauen in Deutschland“ 2004² hat jede vierte Frau im Alter zwischen 16 und 85 Jahren in Deutschland mindestens einmal in ihrem Leben körperliche und/oder sexuelle Gewalt erlebt. Alle Formen von Gewalt können zu erheblichen psychischen, psychosozialen und gesundheitlichen Folgen für Betroffene führen. In ihrer Dimension sind – nach einer Studie der Weltbank – die vielfältigen gewaltbedingten Gesundheitsschäden mit denen von HIV, Tuberkulose, Krebs und Herz-Kreislauf-Erkrankungen vergleichbar.

Das Gesundheitswesen und hier insbesondere Ärztinnen und Ärzte haben in Bezug auf die Hilfe für die Frauen eine Schlüsselrolle. Sie sind in vielen Fällen die ersten Ansprechpersonen für gewaltbelastete Frauen.

„Das Department of Health in Großbritannien hat in einem Handbuch für Gesundheitsfachkräfte folgende Indikatoren für Good Practice bei der Intervention gegen häusliche Gewalt aufgeführt:

- | Entwicklung einer Definition von häuslicher Gewalt in Zusammenhang mit einem angemessenen Versorgungskonzept,
- | ein umfassendes Konzept gegen häusliche Gewalt mit Empfehlungen für den Umgang mit vulnerablen Erwachsenen sowie Maßnahmen zum Kinderschutz,
- | Gewährleistung der Sicherheit von Gewaltbetroffenen,

2 Müller, Ursula/Schrötte, 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. Kurzzusammenfassung zentraler Studienergebnisse. Broschüre. Download unter: www.bmfsfj.de/Kategorien/Forschungsnetz/forschungsberichte,did=20560.html

- | Sensibilisierung der Fachkräfte durch Fortbildungen und Schulungen,
- | Evaluation, Audits und Datenerhebung,
- | multidisziplinäre Interventionsstrategie.“³

„Sie gelten als Standard bei der Intervention gegen Gewalt und wurden in Handlungsempfehlungen für Gesundheitsfachkräfte zur Versorgung von gewaltbetroffenen Frauen aufgenommen, die in den meisten Bundesländern vorliegen.

Für den Krankenhausbereich wurden Handlungsempfehlungen und Interventionsmöglichkeiten innerhalb des SIGNAL-Projekts erprobt und evaluiert.“⁴

Mittlerweile wurden in nahezu allen Bundesländern Leitfäden, Handlungsempfehlungen und Dokumentationsbögen für den Gesundheitsbereich erarbeitet, die von Landesärztekammern oder zuständigen Ministerien herausgegeben wurden. An deren Erstellung waren Ärztekammern, Mitarbeiterinnen aus dem Frauenunterstützungsbereich, aus Frauen-, Sozial- wie auch Gesundheitsministerien beteiligt.

„Rechtsmedizinische Institute haben einen wesentlichen Anteil an der Erstellung der Leitfäden und den Hinweisen zu einer rechtssicheren Dokumentation gewaltbedingter Verletzungen. Wichtige Impulse gingen von dem Rechtsmedizinischen Institut der Universitätsklinik Hamburg-Eppendorf (Frau PD Dr. D. Seifert) und der Rechtsmedizin Köln bzw. Düsseldorf (in beiden Städten Frau PD Dr. H. Graß) aus.“⁵

Beispiel: Interventionsstandards vom GESINE-Netzwerk – Ennepe-Ruhr-Kreis

Das Netzwerk GESINE hat als bundesweit erstes Projekt ein Konzept für die Implementierung von Interventionsschritten in der niedergelassenen ärztlichen Praxis sowie eine umfassende Zusammenarbeit zwischen dem Frauenunterstützungsbereich und unterschiedlichen Gesundheitsakteurinnen und -akteuren sowie die Einbeziehung des Netzwerkes in die regionale interinstitutionelle Kooperation entwickelt und etabliert.

Das Interventionskonzept für ärztliches Handeln basiert auf Handlungsempfehlungen internationaler Standards bei häuslicher Gewalt:

- | Erkennen von gewaltbedingten Verletzungen und Beschwerden und
- | aktives Ansprechen der Patientinnen auf mögliche Gewalterfahrungen.
- | Detaillierte, rechtssichere Dokumentation der Verletzungen und Beschwerden.
- | Gewährleistung von Schutz und Sicherheit für Betroffene von Gewalt.
- | Vermittlung von Informationen über weiterführende Behandlungs-, Beratungs- und Zufluchtseinrichtungen.⁶

³ Bestandsaufnahme zur Entwicklung der Intervention gegen häusliche Gewalt in der Gesundheitsversorgung in Deutschland (GESINE/SIGNAL, unveröffentlichte Arbeitsvorlage, 2009), S. 3.

⁴ a. a. O., S. 4.

⁵ a. a. O., S. 6.

⁶ a. a. O., S. 6 ff.

Beispiel: Interventionsstandards von S. I. G. N. A. L. e. V. – Berlin

Das S. I. G. N. A. L.-Interventionsprogramm orientiert sich an international erprobten Interventionsmodellen wie dem RADAR⁷-Programm und beinhaltet neben konkreten Handlungsanweisungen ein Bündel von Maßnahmen, um ein Interventionsprogramm innerhalb eines Krankenhauses zu etablieren.

Die einzelnen Buchstaben des Akronymes S. I. G. N. A. L. vermitteln wichtige Handlungsschritte und -ziele des Interventionsprogramms in kurzer, einprägsamer Form.

- | **S** Sprechen Sie die Patientin an, signalisieren Sie Ihre Bereitschaft. Frauen öffnen sich, wenn sie spüren, dass ihre Situation verstanden wird.
- | **I** Interview mit konkreten einfachen Fragen. Hören Sie zu, ohne zu urteilen. Den meisten Frauen fällt es schwer, über Gewalterlebnisse zu sprechen.
- | **G** Gründliche Untersuchung alter und neuer Verletzungen. Verletzungen in unterschiedlichen Heilungsstadien können Hinweise auf häusliche Gewalt sein.
- | **N** Notieren und dokumentieren Sie alle Befunde und Angaben, sodass sie gerichtsverwertbar sind.
- | **A** Abklären des aktuellen Schutzbedürfnisses. Schutz und Sicherheit für die Patientin sind Grundlage und Ziel jeder Intervention.
- | **L** Leitfaden mit Notrufnummern und Unterstützungsangeboten anbieten. Frauen werden zu einem für sie richtigen Zeitpunkt von ihnen Gebrauch machen.⁸

Funktion des Leitfadens

Mit dem Implementierungsleitfaden soll bundesweit die regionale Einführung der Interventionsstandards in die ambulante medizinische Versorgung von Frauen unterstützt und gefördert werden.

Die Interventionsstandards sind ein evidenzbasiertes Handlungskonzept für die medizinische Versorgung von gewaltbelasteten Frauen in der Praxis von niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten. Sie umfassen – orientiert an den internationalen Standards und den Konzepten der Träger des Modellprojektes MIGG – vier zentrale Aufgaben für niedergelassene Ärztinnen/Ärzte:

- | Gewalterfahrungen und Folgen von Gewalt erkennen und ansprechen.
- | Die gesundheitlichen Folgen von Gewalt gerichtsverwertbar dokumentieren.
- | Hilfen zum Schutz und zur Beendigung der Gewalt vermitteln durch Zusammenarbeit und Vernetzung mit Hilfeeinrichtungen, aber auch mit Polizei und Justiz in der Region.
- | Die Sicherheit für Patientinnen und Praxisteam in der Praxis gewährleisten.

Die unterschiedlichen Implementierungsschritte und ihre Ergebnisse an den Modellstandorten wurden im Leitfaden systematisch aufbereitet. Sie können von vernetzt arbeitenden Akteurinnen/Akteuren regional aufgegriffen und – an die jeweiligen lokalen Gegebenheiten angepasst – umgesetzt werden.

7 Das RADAR-Projekt wurde u. a. in Krankenhäusern in New York umgesetzt. Es enthält vier Interventionschritte, die aktive Befragung der Patientinnen, die gerichtsverwertbare Dokumentation, die Klärung der Gefährdung und die Informationen zu Hilfeangeboten (vgl. Hellbernd, Hildegard; Brzank, Petra; Wieners, Karin; Maschwesky-Schneider, Ulrike: Häusliche Gewalt gegen Frauen: gesundheitliche Versorgung. Das S. I. G. N. A. L.-Interventionsprogramm, Berlin 2003 (<http://www.signal-intervention.de/download/Handbuch.pdf>).

8 a. a. O., S. 7.

Dazu werden im Leitfaden im Sinne von Beispielen für „gute Praxis“ (Good Practice) die Erfahrungen an den Modellstandorten so eingesetzt, dass sie als Anregung und Hilfe für Akteurinnen/Akteure in anderen Kommunen und Landkreisen dienen können. Der Leitfaden enthält Anregungen, um Ärztinnen und Ärzte zu gewinnen, das Interventionsprogramm in ihren Praxen einzuführen, und sie dabei zu unterstützen. Außerdem kann der Leitfaden auch dazu dienen, Ärztinnen und Ärzte in regionale Vernetzungsstrukturen einzubeziehen.

Zielgruppen für den Leitfaden

Zielgruppen für den Leitfaden sind Personen oder Institutionen, die die Interventionsstandards in einer Region einführen wollen. Die Initiative dazu kann von Akteurinnen/Akteuren mit unterschiedlichen Professionen und aus verschiedenen Arbeitszusammenhängen ausgehen und getragen werden. Das können sein:

- | Träger von Einrichtungen der Hilfeinfrastruktur für gewaltbelastete Frauen, wie z. B. im Ennepe-Ruhr-Kreis das GESINE-Netzwerk Gesundheit, dessen Träger der Verein Frauenberatung EN ist.
- | Koordinierungs- und Interventionsstellen gegen häusliche und sexualisierte Gewalt.
- | Träger von Einrichtungen im Gesundheitswesen, wie z. B. im Modellprojekt MIGG die Institute für Rechtsmedizin in Düsseldorf, Kiel und München oder der Verein Signal e. V. in Berlin, auch Gesundheitsämter, Traumaambulanzen oder Ärztekammern, hier insbesondere Akteurinnen/Akteure auf der Ebene der Bezirks- oder Kreisstellen.
- | Kommunale Gleichstellungsbeauftragte, die in ihrem Zuständigkeitsbereich dazu beitragen wollen, die gesundheitliche Versorgung von gewaltbelasteten Frauen zu verbessern.
- | Sogenannte Runde Tische, deren Arbeit in vielen Kommunen die Hilfe für die Frauen verbessert hat durch die Institutionalisierung der Zusammenarbeit aller an der Hilfe beteiligten Einrichtungen und Institutionen.
- | Regionale kriminalpräventive Räte oder kommunale Gesundheitskonferenzen, wie sie z. B. in Nordrhein-Westfalen arbeiten.

Die Gestaltung des Leitfadens

Der Prozess der Implementierung wird im Leitfaden nach dem Verlauf der Arbeit im Modellprojekt MIGG modelliert. In den einzelnen Kapiteln werden die verschiedenen Aktivitäten im Implementierungsprozess dargestellt. Für die Übertragung sowohl des Gesamtkonzeptes als auch der einzelnen Aktivitäten sind die jeweiligen lokalen Rahmenbedingungen von Bedeutung, z. B. der aktuelle Stand von Kooperations- und Vernetzungsstrukturen in der Region. Dazu enthält der Leitfaden Hinweise und Links.

Die Kapitel im Überblick:

Kapitel 2 enthält eine Anleitung, wie mit ausgewählten Daten die örtliche Infrastruktur, in die die Interventionsstandards bei häuslicher Gewalt in die medizinische Versorgung von Frauen eingeführt werden sollen, charakterisiert werden kann und wie die Daten in Bezug auf die Implementierung interpretiert werden können.

In Kapitel 3 werden die für ein Konzept zur Einführung der Interventionsstandards in die medizinische Versorgung gewaltbelasteter Frauen relevanten Grundinformationen erläutert.

Kapitel 4 enthält Anregungen, wie Ärztinnen und Ärzte für die Einführung der Interventionsstandards gewonnen werden können.

In Kapitel 5 werden Formen der lokalen Zusammenarbeit dargestellt und Aufbau und Funktionen von Netzwerkstrukturen, die Bedingungen für ihren Erfolg sowie ihre Leistungen erläutert.

Kapitel 6 enthält Anregungen zur inhaltlichen und methodischen Gestaltung von Fortbildungsangeboten für niedergelassene Ärztinnen und Ärzte. Eine Übersicht über die konkrete Planung und den Ablauf von Fortbildungsveranstaltungen enthält das Curriculum, das von den Projektträgern ergänzend erarbeitet wurde. Darin sind auch Materialien für die Fortbildung enthalten, die an den einzelnen Modellstandorten entwickelt wurden.

Kapitel 7 enthält einen Überblick über Arbeitsgruppen und Veranstaltungen für Ärztinnen/Ärzte, die in den Prozess der Implementierung der Interventionsstandards in der Region begleitend neben der Fortbildung einbezogen werden können.

Kapitel 8 informiert anhand von Beispielen über die Bedeutung von Materialien für die Praxen. Materialien für die Fortbildung, die an den einzelnen Modellstandorten eingesetzt wurden, enthält das Curriculum zur Fortbildung, das die Projektleitungen entwickelt haben.

Jedes Kapitel enthält Beispiele „guter Praxis“ aus den Modellstandorten zur Veranschaulichung und zur Anregung. Außerdem werden in jedem Kapitel die für den Prozess der Implementierung zentralen Ergebnisse in Handlungsempfehlungen zusammengefasst. In allen Kapiteln sind Literatur und Links zur Vertiefung des Themas zusammengestellt.

Dank

Zu den Ideen und Anregungen zur Implementierung der Interventionsstandards in die ärztliche Versorgung gewaltbelasteter Frauen im Leitfaden haben viele beigetragen. Dazu gehören die Projektleitungen, Mitarbeiterinnen und die beteiligten Ärztinnen und Ärzte an den Modellstandorten, die Referentinnen/Referenten in den Fortbildungsveranstaltungen, der Beirat zum Modellprojekt MIGG sowie Autorinnen/Autoren aus vielen Ländern, die ihr Wissen und ihre Erfahrung in diesem Bereich dokumentiert haben. Dafür danken wir, das Team der wissenschaftlichen Begleitung, allen sehr herzlich.

Zentrale Quellen

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend: Aktionsplan II der Bundesregierung zur Bekämpfung von Gewalt gegen Frauen:

<http://www.bmfsfj.de/BMFSFJ/gleichstellung,did=73000.html>

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. Kurzzusammenfassung zentraler Studienergebnisse. Broschüre:

www.bmfsfj.de/Kategorien/Forschungsnetz/forschungsberichte,did=20560.html

GESINE-Netzwerk Gesundheit, Ennepe-Ruhr-Kreis

www.gesine-intervention.de

SIGNAL e. V., Berlin

www.signal-intervention.de

Institut für Rechtsmedizin am Universitätsklinikum Düsseldorf

[http://www.uniklinik-duesseldorf.de/deutsch/unternehmen/institute/
institutfrrechtmedizin/page.html](http://www.uniklinik-duesseldorf.de/deutsch/unternehmen/institute/institutfrrechtmedizin/page.html)

(Stichwort Forschung)

Empfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG) zu häuslicher Gewalt:

http://www.dggg.de/fileadmin/public_docs/Leitlinien/1-8-4-haeusliche-gewalt.pdf

Empfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG) zur ärztlichen Gesprächsführung, Untersuchung und Nachbetreuung von Frauen nach mutmaßlicher sexueller Gewaltanwendung

http://www.dggg.de/fileadmin/public_docs/Leitlinien/4-1-6-sexuelle-gewalt-2010.pdf

II.

Die lokale Infrastruktur: beschreiben – bewerten – nutzen

Kapitel 2 enthält eine Anleitung,

- | wie mit ausgewählten Daten die örtliche Infrastruktur, in die die Interventionsstandards bei häuslicher Gewalt in die medizinische Versorgung von Frauen eingeführt werden sollen, charakterisiert werden kann und
- | wie die Daten in Bezug auf die Implementierung zu interpretieren sind.

Durch die Zusammenstellung der Daten entsteht eine Übersicht über:

- | die geografischen, wirtschaftlichen und sozialen Bedingungen in der Region, einschließlich der Bedeutung häuslicher Gewalt in der Region,
- | die Infrastruktur der medizinischen Versorgung in der Region, einschließlich relevanter Berufsverbände, Standesorganisationen und örtlicher Vereinigungen von Medizinerinnen/Medizinern,
- | Unterstützungsangebote für Frauen,
- | relevante Kooperationsgremien/Netzwerke,
- | die für die Bekämpfung von Gewalt an Frauen und die Einführung der Interventionsstandards relevanten kommunalen Behörden,
- | die regionalen und landesweiten Aktivitäten im Bereich Gewaltprävention und -bekämpfung.

Aus der Gesamtheit der Daten werden vorhandene Ressourcen, mögliche Anknüpfungspunkte und wichtige Kooperationspartner sowie mögliche Schwerpunkte bzw. erste Ansatzpunkte für die Einführung der Interventionsstandards erkennbar. Sie bilden die Grundlage für die Entwicklung eines Implementierungskonzeptes (siehe Kapitel III).

2.1 Daten und Fakten

2.1.1 Geografische, wirtschaftliche und soziale Rahmenbedingungen

Mit Daten zur Fläche und Verkehrsinfrastruktur, zur wirtschaftlichen Struktur der Region und zu Einwohnerinnen/Einwohnern ohne und mit Migrationshintergrund werden die geografische und wirtschaftliche Lage der Region und die soziale Struktur der Bevölkerung gekennzeichnet.

Beispiel: Ennepe-Ruhr-Kreis

Landkreis in Nordrhein-Westfalen

- | Fläche: 408,28 km²; öffentlicher Personennahverkehr mit wenigen Straßenbahnen und einem Bussystem im Landkreis mit Unterschieden in der Versorgung zwischen Süd- und Nordkreis
- | 9 Städte, davon zwei große mit mehr als 50.000 Einwohnerinnen/Einwohnern
- | 339.492 Einwohnerinnen/Einwohner, davon etwa 28.000 Migrantinnen ohne deutschen Pass, durchschnittliche Erwerbslosenquote bei 7,8%
- | Anzahl der Polizeieinsätze bei häuslicher Gewalt: 253 Einsätze im Jahr 2008

Quelle: GESINE-Netzwerk, Ennepe-Ruhr-Kreis

Interpretation der Daten

Der Landkreis hat sowohl städtische als auch ländliche Infrastruktur, mit unterschiedlich gut ausgestatteter öffentlicher Verkehrsinfrastruktur. Bei der Planung sind diese räumlichen Gegebenheiten der Kreisstruktur mit zu berücksichtigen.

2.1.2 Struktur der medizinischen Versorgung

Mit den Strukturdaten zu niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten, Zahnmedizinerinnen/ Zahnmedizinern, ärztlichen und psychologischen Psychotherapeutinnen/Psychotherapeuten, medizinischen Einrichtungen einschließlich Opferambulanzen und rechtsmedizinischem Institut kann ein Überblick über die gesundheitliche Versorgung durch niedergelassene Ärztinnen/Ärzte und Einrichtungen des Gesundheitswesens in der Region gewonnen werden. Erkennbar wird auch, wie groß die Zielgruppe der niedergelassenen Ärztinnen/Ärzte ist, die für die Einführung der Interventionsstandards angesprochen werden können.

Beispiel: Berlin

- | 6.961 niedergelassene Ärztinnen/Ärzte (alle Fachgebiete), davon
- | 2.544 Allgemeinmedizin, Innere Medizin und 566 Gynäkologie/Geburtshilfe (ca. 1 Ärztin/Arzt auf 500 Einwohnerinnen/Einwohner)
- | 3.800 Zahnärztinnen/Zahnärzte
- | etwa 1.860 ärztliche und psychologische kassenärztlich zugelassene Psychotherapeutinnen/Psychotherapeuten
- | Universitätsmedizin Charité mit 3 Hauptstandorten (Maximalversorgung, Spezialambulanzen)
- | 120 Krankenhäuser
- | 5 Rettungsstellen mit S. I. G. N. A. L.-Programm (Programm zur medizinischen Versorgung von Opfern von Gewalt)

Quelle: Signal e. V., Recherche GSF e. V.

Interpretation der Daten

Aufgrund der großen Zahl niedergelassener Ärztinnen/Ärzte in Berlin, die allein in der hausärztlichen und gynäkologischen Versorgung tätig sind, muss der Prozess der Implementierung der Interventionsstandards für einen längeren Zeitraum geplant werden.

Durch die Einführung des S. I. G. N. A. L.-Programms in 5 Rettungsstellen ist der Ansatz der Interventionsstandards in der medizinischen Versorgung in Berlin bereits bekannt, was für die weitergehende Implementierung positiv genutzt werden kann.

Mit der Einbeziehung von Landesorganisationen, Berufsverbänden und Ärztevereinigungen, soweit sie in der Region angesiedelt sind, werden auch die übergeordneten Arbeitszusammenhänge von Ärztinnen/Ärzten sichtbar, die jeweils berücksichtigt werden können. Mit der Identifikation von Schlüsselpersonen werden die in der medizinischen Versorgung fachlich akzeptierten Medizinerinnen/Mediziner erkennbar, die die Einführung der Interventionsstandards mit ihrer Autorität unterstützen könnten.

Beispiel: München

Verbände der Ärztenetze, z. B.:

- | Kassenärztliche Vereinigung
- | Landes- und Bezirksärztekammer
- | Kreisärzterverband
- | Regionalgruppen von Berufsverbänden (z. B. gynäkologische- und hausärztliche Praxen)
- | Regionalgruppe des Deutschen Ärztinnenbundes

Quelle: Institut für Rechtsmedizin, Düsseldorf, Recherche GSF e. V.

Interpretation der Daten

In der Großstadt München sind neben örtlichen Zusammenschlüssen von Ärztinnen/Ärzten auch die überörtlichen Landesorganisationen für das Land Bayern angesiedelt, die zur Unterstützung der Akquise von niedergelassenen Ärztinnen/Ärzten zur Einführung der Interventionsstandards angesprochen werden können. Die Vertreterinnen/Vertreter von Landesorganisationen und ärztlichen Berufsverbänden haben zudem einen Überblick über die Struktur der Praxen (Einzelpraxen, Gemeinschaftspraxen und medizinische Versorgungszentren).

Weiter können dort die Aktivitäten von Landesorganisationen und ärztlichen Berufsverbänden in Bezug auf die Entwicklung und Einführung einzelner Interventionsstandards ermittelt werden. Beispiele sind: die Entwicklung von Dokumentationsbögen für die gerichtsfeste Dokumentation der Folgen von häuslicher und sexualisierter Gewalt, spezifische Fortbildungsangebote in ärztlichen Fachzeitschriften oder Online-Fortbildung zum Thema „Gewalt gegen Frauen und die gesundheitlichen Folgen“.

2.1.3 Relevante Kooperationsgremien (Netzwerke)

In der Bundesrepublik haben – je nach der Ausgestaltung von landesweiten Aktionsplänen – in fast allen Städten und Landkreisen staatliche Institutionen, wie Polizei und Staatsanwaltschaft, städtische Einrichtungen, wie Gleichstellungsbeauftragte und Sozial-/Jugendämter, sowie freie Träger, wie Beratungsstellen oder Frauenhäuser, einen Arbeitszusammenhang aufgebaut zur Koordinierung der Aktivitäten im Bereich Gewalt gegen Frauen. Die Einführung der Interventionsstandards könnte daher an die Aktivitäten der in der Stadt oder in der Region relevanten Kooperationsgremien zur Bekämpfung der Gewalt gegen Frauen und zum Aufbau einer Hilfeinfrastruktur angebunden werden.

Die Arbeitszusammenhänge werden unterschiedlich bezeichnet, z. B. „Arbeitskreis Gewalt gegen Frauen“, „Runder Tisch“ oder „Kriminalpräventiver Rat“. Häufig gibt es eine Koordinierungsstelle bzw. eine Geschäftsstelle zur Organisation der Aktivitäten. Das kann eine kommunale Stelle sein, wie die Gleichstellungsstelle, aber auch ein freier Träger, wie z. B. das Berliner Interventionsprojekt gegen Gewalt an Frauen (BIG e. V.). In einigen Kommunen oder Landkreisen sind auch Fachkräfte aus dem Gesundheitswesen einbezogen, z. B. Vertreterinnen/Vertreter eines Instituts für Rechtsmedizin oder von ärztlichen Berufsverbänden.

Wichtig sind außerdem Informationen zu den Strategien in Bezug auf häusliche Gewalt, die in den Regionen bereits verfolgt werden, um zu klären, wo die Einführung der Interventionsstandards angedockt werden könnte. Das sind z. B. die Aktivitäten einer Landesregierung zur Bekämpfung der Gewalt an Frauen, die um die Einführung der Interventionsstandards in die medizinische Versorgung von Frauen erweitert werden könnten. Damit könnten vielleicht schon vorhandene Ressourcen erschlossen und genutzt werden. Das können auch kommunale Aktivitäten sein, die von Gleichstellungsbeauftragten koordiniert werden. Die Einführung der Interventionsstandards könnte in das Gesamtkonzept integriert werden und erhielte damit mehr Nachdruck.

Beispiel: Düsseldorf

Gewaltopferverbund Kriminalpräventiver Rat mit der Fachgruppe „Häusliche Gewalt“: In der Fachgruppe fließen unterschiedliche Kenntnisse und praktische Erfahrungen zusammen, die das Düsseldorfer Interventionsprojekt gestalten. Mit gemeinsamen Kräften und einer Reihe von Projekten und Aktionen soll in Düsseldorf häusliche Gewalt effektiv bekämpft und letztendlich verhütet werden.

Quelle: http://www.duesseldorf.de/kpr/fachgruppen/fg_haesusliche_gewalt.shtml

Düsseldorfer Gesundheitskonferenz mit dem Arbeitskreis Gewalt und Gesundheit: Schwerpunkt dieses Arbeitskreises ist die Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung von Gewaltopfern. Neben einer weiteren Vernetzung der Institutionen wird angestrebt, ein qualitätsgesichertes Gesamtkonzept für die therapeutische, medizinische und psychosoziale Versorgung von Gewaltopfern in Düsseldorf zu entwickeln und den Erfolg des Konzeptes zu evaluieren

Quelle: [http://www.duesseldorf.de/gesundheit/gesundheitskonferenz/themen.shtml#Gewalt und Gesundheit](http://www.duesseldorf.de/gesundheit/gesundheitskonferenz/themen.shtml#Gewalt%20und%20Gesundheit)

Interpretation der Daten

In Düsseldorf arbeiten alle für den Bereich „Gewaltprävention und Hilfe“ relevanten Organisationen und Einrichtungen seit Jahren erfolgreich zusammen. Durch die Bildung von Arbeitsgruppen wurden Schwerpunkte gebildet. Durch die inhaltliche Zusammenarbeit, z. T. in Personalunion, mit der Düsseldorfer Gesundheitskonferenz ist auch das Gesundheitswesen eingebunden.

In beiden Zusammenschlüssen arbeiten die im Bereich „Gewalt“ tätigen Schlüsselpersonen, die zur Unterstützung der Einführung der Interventionsstandards gewonnen werden können.

In einigen Bundesländern haben die zuständigen Ministerien, z. B. ein Sozialministerium infolge des 1. Aktionsplans der Bundesregierung zur Bekämpfung der Gewalt an Frauen, ebenfalls landesweite Programme aufgelegt, in denen mit ergänzenden Maßnahmen auf Landesebene die kommunalen Aktivitäten in diesem Bereich unterstützt werden. Die für die Programme zuständigen Fachkräfte in dem jeweiligen Ministerium und die regionalen Koordinierungsstellen, die in einigen Ländern eingerichtet wurden, könnten ebenfalls als Bündnispartnerinnen/Bündnispartner gewonnen werden. In der Regel sind Informationen zu den Programmen bei den Kooperationsbündnissen auf lokaler Ebene verfügbar.

Beispiel: Kiel

Kooperations- und Interventionsprojekt bei häuslicher Gewalt (KIK)

KIK ist das Kooperations- und Interventionskonzept bei häuslicher Gewalt, das in Schleswig-Holstein die Zusammenarbeit der verschiedenen Institutionen und Einrichtungen, die mit häuslicher Gewalt befasst sind, sichert. Im KIK-Netzwerk arbeiten regional Fachkräfte aus den unterschiedlichen Arbeitsbereichen, die mit dem Problem Gewalt gegen Frauen befasst sind, zusammen. In allen Regionen Schleswig-Holsteins sind Koordinatorinnen eingesetzt, die Ansprechpartnerinnen sind.

Quelle: Recherche GSF e. V.

Interpretation der Daten

KIK ist ein seit Jahren erfolgreich erprobtes Konzept, das wissenschaftlich begleitet wird. Die KIK-Koordinatorinnen sind erfahren in der Kooperation mit anderen Fachdiensten und engagiert in der Einführung neuer Konzepte.

So konnte die KIK-Koordinatorin in Kiel für die Unterstützung der Einführung der Interventionsstandards gewonnen werden und hat aktiv an der Fortbildung von Ärztinnen/Ärzten mitgewirkt. Landesweit haben andere Koordinatorinnen den Ansatz des MIGG-Projektes inzwischen aufgegriffen, mit dem Ziel, ihn in ihrer Region umzusetzen.

2.1.4 Unterstützungsangebote für Frauen

In den regionalen Kooperationsgremien/Netzwerken arbeiten auch qualifizierte und in der Arbeit mit gewaltbelasteten Frauen erfahrene Mitarbeiterinnen aus den Unterstützungsangeboten für Frauen, Migrantinnen und behinderte Frauen mit, zu denen niedergelassene Ärztinnen/Ärzte Patientinnen bei Bedarf vermitteln können. Diese Einrichtungen/Angebote bilden die Infrastruktur, die in der Region für die weiblichen Opfer von häuslicher und sexualisierter Gewalt vorgehalten werden. Mit einer Liste aller Einrichtungen kann ein Überblick über das Angebot vermittelt werden; zugleich werden Defizite deutlich, wenn z. B. Angebote für behinderte Frauen fehlen.

Beispiel: Berlin

- | 6 Frauenhäuser (292 Plätze)
- | 10 Zufluchtswohnungsträger
- | Berliner Krisendienst
- | BIG-Hotline
- | 2 Beratungsstellen gegen sexualisierte Gewalt
- | Verschiedene Beratungsstellen für unterschiedliche Zielgruppen, z. B. behinderte Frauen oder Frauen mit Migrationshintergrund
- | Staatlich anerkannte Schwangerschaftskonfliktberatungsstellen bei Gesundheitsämtern und von 14 freien Trägern
- | 5 Zentren für sexuelle Gesundheit und Familienplanung

Quelle: Signal e. V., Recherche GSF e. V.

Interpretation der Daten

In der Großstadt Berlin haben Vereine, Selbsthilfegruppen und Wohlfahrtsverbände über Jahrzehnte eine differenzierte Hilfeinfrastruktur aufgebaut, die über BIG e. V. gut vernetzt ist und zusammen an der Weiterentwicklung von Hilfskonzepten arbeitet. Für niedergelassene Ärztinnen/Ärzte, die nicht vertraut sind mit dem Hilfesystem, kann das jedoch unübersichtlich sein. Eine Möglichkeit ist hier, Angebote räumlich zu gliedern entsprechend dem Einzugsbereich der Praxen.

BIG – die Berliner Interventionszentrale bei häuslicher Gewalt arbeitet an der Entwicklung, Veränderung und Verbesserung von Maßnahmen und Strategien gegen häusliche Gewalt gegenüber Frauen und ihren Kindern auf struktureller und politischer Ebene. Träger des Projekts ist der Verein „Berliner Initiative gegen Gewalt an Frauen“ (BIG e. V.). BIG e. V. hat eine Adressenliste mit den in Berlin tätigen Einrichtungen im Bereich von Hilfe und Schutz bei häuslicher Gewalt zusammengestellt (<http://www.big-koordination.de/adressen>).

2.1.5 Kommunale Behörden

Aus der Auflistung von relevanten kommunalen Behörden kann ein Überblick gewonnen werden über mögliche Bündnispartnerinnen/Bündnispartner.

Beispiel: München

Gleichstellungsstelle für Frauen der Landeshauptstadt München mit 8 Mitarbeiterinnen, davon eine zuständig u. a. für die Förderung frauenspezifischer und geschlechterbezogener Arbeit in städtischen Angeboten der Gesundheit – untersteht direkt dem Oberbürgermeister.

Referat für Gesundheit und Umwelt mit der Fachstelle Frau und Gesundheit
Sozialreferat

Quelle: Institut für Rechtsmedizin, Düsseldorf; Recherche GSF e. V.

Interpretation der Daten

In der Stadtverwaltung München sind Fachkräfte in verschiedenen Fachbereichen/Referaten zuständig für die Gleichstellung von Frauen in verschiedenen Lebensbereichen und bearbeiten in diesem Zusammenhang auch das Problem der Gewalt gegen Frauen.

Hier können Kooperationspartner, möglicherweise auch Koordinatorinnen/Koordinatoren, für die Einführung der Interventionsstandards gewonnen werden.

2.2 Empfehlungen

2.2.1 Daten dokumentieren

Um einen Überblick zu gewinnen, können die ermittelten Daten in einer Tabelle oder kartografisch auf der Landkarte der Region dokumentiert werden. Diese Darstellung kann gleichzeitig als Grundlage dienen für die Entwicklung eines Konzeptes und die Zusammenarbeit mit möglichen Bündnispartnerinnen/Bündnispartnern.

2.2.2 Regionale Unterschiede beachten

Die Rahmenbedingungen sind in eher städtisch geprägten Regionen andere als in eher ländlichen Regionen, z. B. in Bezug auf die soziale Infrastruktur oder den öffentlichen Personennahverkehr. Ärztliche Standesvertretungen, Berufsverbände oder große gesundheitliche Einrichtungen wie Universitätskliniken oder ein Institut für Rechtsmedizin sind nur in Großstädten oder Universitätsstädten mit medizinischer Fakultät angesiedelt. Das bedeutet in einer ländlich geprägten Region, dass Frauen Hilfeeinrichtungen vielleicht weniger gut erreichen, wenn sie von niedergelassenen Ärztinnen/Ärzten dorthin vermittelt werden. Für niedergelassene Ärztinnen/Ärzte wird die fachliche Kommunikation über

den Einzelfall hinaus eher in städtischen Regionen aufgrund des breiteren Spektrums an fachlichen und berufspolitischen Zusammenschlüssen erleichtert. Vor diesem Hintergrund kann für die Gewinnung von Ärztinnen/Ärzten zur Einführung der Interventionsstandards z. B. eher der fachlich/kollegiale Kommunikationszusammenhang genutzt werden. Gleichzeitig ist der ländliche Raum in Bezug auf die Anzahl der Unterstützungsangebote für Ärztinnen/Ärzte eher überschaubar bzw. lassen sich leichter persönliche Kontakte knüpfen, als für die Kolleginnen/Kollegen im städtischen Raum mit der Vielzahl differenzierter Hilfeangebote für Frauen dort.

In Großstädten wie in Berlin oder in München ist aufgrund der großen Zahl niedergelassener Ärztinnen/Ärzte bzw. der Komplexität der Hilfeinfrastruktur für die Planung wichtig, den Prozess der Implementierung der Interventionsstandards räumlich und fachlich zu strukturieren. So könnten Ärztinnen/Ärzte nach Bezirken/Stadtteilen oder auch nach Fachgebieten gewonnen werden.

2.2.3 Vorhandene Kooperationsstrukturen nutzen

Die Kenntnis vorhandener Netzwerkstrukturen und beruflicher Arbeitskreise zum Thema „Gewalt gegen Frauen“ ermöglicht, auf deren Arbeit aufzubauen, nicht neue Strukturen zu schaffen für die Einführung der Interventionsstandards in einer Region. Bündnispartnerinnen/Bündnispartner mit Fachkompetenz, die erfahren sind in Kooperation und Vernetzung, sind eher bereit, neue Ansätze aufzugreifen und sich dafür auch zu engagieren. In einigen Bundesländern, z. B. in Hessen, Niedersachsen, Rheinland-Pfalz oder Schleswig-Holstein, haben außerdem auf Landesebene Kooperationsbündnisse im Bereich häusliche Gewalt mit Landesärztekammern zusammen einen Dokumentationsbogen für die gerichtsfeste Dokumentation der Folgen von Gewalt entwickelt und in die Praxis der ärztlichen Versorgung eingeführt. An diese Aktivitäten kann angeknüpft werden.

2.2.4 Kommunale Behörden einbinden

Kommunale Behörden, z. B. die Gleichstellungsstelle oder die Sozialverwaltung, vereinzelt auch das Gesundheitsamt, haben aufgrund ihrer Zuständigkeit den Auftrag, an Maßnahmen zum Schutz von Frauen vor Gewalt und dem Aufbau eines effektiven Hilfesystems mitzuwirken. In vielen Kommunen und Landkreisen nehmen Gleichstellungsbeauftragte diese Aufgabe engagiert wahr und haben gemeinsam mit Polizei, Staatsanwaltschaft und Hilfeeinrichtungen ein funktionierendes Kooperationsgremium/Netzwerk aufgebaut. Hier liegt ein weiteres Potenzial, Unterstützung auch für die Einführung der Interventionsstandards in die medizinische Versorgung von Frauen zu gewinnen.

2.2.5 Mit Frauenunterstützungseinrichtungen kooperieren

Mitarbeiterinnen von Frauenunterstützungsangeboten wirken in der Regel in vielen Kommunen und Landkreisen mit am Aufbau von Kooperationsgremien/Netzwerken zur Verbesserung der Hilfe und Versorgung von Frauen, die Opfer von Gewalt sind. Sie kennen die Schlüsselpersonen in den verschiedenen Organisationen und Einrichtungen, haben einen Überblick über kommunale oder landesweite Aktivitäten und wissen, welche weiteren

Angebote vorhanden sind bzw. für welche Gruppen Angebote fehlen. In der Regel kennen sie auch die Ärztinnen/Ärzte in der Region, die bereits das Thema „Gewalt gegen Frauen“ in ihrer Praxis aufgegriffen oder schon an Fortbildungsveranstaltungen im Gesundheitswesen mitgewirkt haben. Ihre Erfahrungen und Kenntnisse können für die Entwicklung eines Konzeptes zur Implementierung genutzt werden. Zudem sind sie potenzielle Bündnispartnerinnen/Bündnispartner.

2.2.6 Quellen für Recherchen

Daten zur Struktur und zur Infrastruktur der Region	Websites der Landkreise und Städte
Informationen der ärztlichen Standesorganisationen	Bundesärztekammer: http://www.bundesaerztekammer.de/
alle Adressen der Landesärztekammern	http://www.bundesaerztekammer.de/page.asp?his=0.8.5585
Materialien der Bundesregierung	http://www.bmfsfj.de/BMFSFJ/Gleichstellung/frauen-vor-gewalt-schuetzen.html
Leitfäden und Materialien der Länder	Websites der zuständigen Landesministerien
Baden-Württemberg	http://www.sm.baden-wuerttemberg.de/de/Gewalt_gegen_Frauen/82115.html
Bayern	http://www.stmas.bayern.de/frauen/gewalt/index.htm
Berlin	http://www.berlin.de/sen/frauen/gewalt/index.html
Brandenburg	http://www.masf.brandenburg.de/cms/detail.php/bb1.c.186211.de
Bremen	http://www.frauen.bremen.de/sixcms/detail.php?gsid=bremen94.c.1666.de
Hamburg	http://www.hamburg.de/haeusliche-gewalt/
Hessen	http://www.hsm.hessen.de/irj/HSM_Internet?cid=175a4e9fe94d6b8a08f7b923fc051a31
Mecklenburg-Vorpommern	http://www.regierung-mv.de/cms2/Regierungsportal_prod/Regierungsportal/de/fg/Themen/Frauen_in_Krisensituationen/index.jsp
Niedersachsen	http://www.ms.niedersachsen.de/live/live.php?navigation_id=5022&article_id=14360&_psmand=17
Nordrhein-Westfalen	http://www.mgepa.nrw.de/Emanzipation/frauen/gewalt-gegen-frauen/index.php
Rheinland-Pfalz	http://masgff.rlp.de/frauen/aufgaben - www.rigg-rlp.de
Saarland	http://www.saarland.de/11293.htm
Sachsen-Anhalt	http://www.sachsen-anhalt.de/index.php?id=1305
Schleswig-Holstein	http://www.schleswig-holstein.de/MJGI/DE/Frauen/Schutz-Gewalt/SchutzGewalt_node.html
Thüringen	http://www.thueringen.de/de/gb/themen/gewaltgefra/content.html
Kommunale Programme gegen Gewalt an Frauen und „Runde Tische“	Bundesarbeitsgemeinschaft der kommunalen Frauenbüros http://www.frauenbeauftragte.de/bag-themen/gewalt-gegen-frauen/

III.

Die Einführung der Interventionsstandards planen

Kapitel 3 enthält Anregungen,

- welche Grundinformationen relevant sind für ein Konzept zur Einführung der Interventionsstandards in die medizinische Versorgung gewaltbelasteter Frauen.

Ein Konzept ist eine schriftliche Arbeitsgrundlage, in der Ausgangssituation, Ziele, die geplante Vorgehensweise, Inhalte und Auswertung in einen nachvollziehbaren Zusammenhang gebracht werden und so für alle (potenziellen) Kooperationspartner transparent sind. Das Konzept ist der erste Schritt in der Planung der Einführung der Interventionsstandards in der Region und dient damit als ein erster Handlungsentwurf. Im Prozess der Einführung der Interventionsstandards wird das Konzept dem jeweiligen Stand der Arbeit angepasst.

In Kapitel 3 werden die Grundinformationen in einem Konzept beschrieben. Sie werden in Form von möglichen Gliederungspunkten dargestellt und illustriert mit Beispielen aus den Konzepten der am MIGG-Projekt beteiligten Träger.

Angaben zu den Initiatorinnen/Initiatoren des Konzepts

Im ersten Abschnitt des Konzepts werden folgende Fragen beantwortet:

- Wer ist die koordinierende Person bzw. wer sind die koordinierenden Personen?
- Welche Einrichtungen repräsentieren sie? Was sind die zentralen Ziele und Aufgaben dieser Einrichtung?
- Wie ist der Bezug zur ärztlichen Versorgung gewaltbelasteter Frauen, d. h., über welche Erfahrungen verfügen die Person bzw. die Einrichtung in Bezug auf die Thematik?

Beispiel: Berlin

„S. I. G. N. A. L.-Intervention im Gesundheitsbereich gegen Gewalt an Frauen e. V.“

Die Koordinierungs- und Interventionsstelle zur Förderung und Weiterentwicklung der Intervention und Prävention in der Gesundheitsversorgung bei häuslicher und sexualisierter Gewalt (im Folgenden „Koordinierungs- und Interventionsstelle“) befindet sich in der Trägerschaft des S. I. G. N. A. L. e. V. Zentrales Ziel des S. I. G. N. A. L. e. V. ist es, die Gesundheitsversorgung in die Prävention und Intervention bei häuslicher und sexualisierter Gewalt einzubeziehen und Fachkräfte für das Thema zu sensibilisieren. S. I. G. N. A. L. e. V. begreift die Gesundheitsversorgung als einen bedeutenden Interventions- und Präventionsbereich, wenn es gelingt, Gewalt als Kontext oder Ursache von Verletzungen sowie gesundheitlichen Störungen und Beschwerden zu erkennen und bewusst in der Versorgung zu berücksichtigen. Einrichtungen der Gesundheitsversorgung erreichen grundsätzlich alle Menschen und können durch Aufklärung und Information eine wesentliche Schnittstelle zu allen übrigen Versorgungs- und Interventionsbereichen darstellen.

Quelle: www.signal-intervention.de/download/Kurzkonzept_Koordinierungsstelle.pdf

Anregung für die Konzeptarbeit

In der Darstellung der Initiatorinnen/Initiatoren werden deren Kompetenz und Erfahrungen in Bezug auf das Thema deutlich. Sie werden als kompetente und engagierte Kooperationspartner erkennbar. Gleichzeitig wird in den Leitzielen der Einrichtung vermittelt, dass sie bereit sind, sich für die Umsetzung ihrer Ziele zu engagieren. Als mögliche „Taktgeberinnen/Taktgeber“ für die Einführung der Interventionsstandards in der Region können sie zudem fachlich angemessen eingeordnet werden.

3.1 Hintergründe und Ausgangssituation

In diesem Abschnitt des Konzeptes wird der Zusammenhang von „Gewalt“ und „Gesundheit“ thematisiert. Dazu können u. a. die Ergebnisse der repräsentativen Studie „Lebenssituation und Gesundheit von Frauen“⁹ kurz referiert werden. Weiter können hier die Ergebnisse der Analyse der lokalen Infrastruktur (vgl. Kapitel II) zusammengefasst dargestellt und erste Ansatzpunkte und Handlungsbedarfe in Bezug auf die medizinische Versorgung von gewaltbelasteten Frauen aufgezeigt werden.

9 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. Kurzzusammenfassung zentraler Studienergebnisse. Broschüre. Download unter: www.bmfsfj.de/Kategorien/Forschungsnetz/forschungsberichte,did=20560.html

Beispiel: Berlin

Die hohe Bedeutung der Gesundheitsversorgung für Intervention und Prävention bei häuslicher und sexualisierter Gewalt wird in wissenschaftlichen Studien bestätigt. So zeigte die Repräsentativbefragung von Schröttle und Müller (2004), dass Ärztinnen und Ärzte von gewaltbetroffenen Frauen als erste Ansprechpersonen im professionellen Hilfesystem genannt werden und eine entscheidende Schnittstelle zwischen Patientin und dem Hilfesystem (Beratungsstellen und Schutzeinrichtungen) sein können. Die Studie belegte zudem das hohe Ausmaß und die Komplexität gewaltbedingter Gesundheitsfolgen und forderte eine verstärkte Beachtung der gesundheitlichen Versorgung in der Intervention und Prävention bei häuslicher und sexualisierter Gewalt.

Quelle: www.signal-intervention.de/download/Kurzkonzept_Koordinierungsstelle.pdf

Anregung für die Konzeptarbeit

In der Darstellung von Hintergründen und Ausgangssituation wird die Einführung der Interventionsstandards in der Region begründet. Gleichzeitig wird deutlich, dass die Initiatorinnen/Initiatoren über das dafür notwendige Wissen verfügen, also als Kooperationspartner ernst genommen werden können.

3.2 Ziele

„Ein Ziel ist die exakte Beschreibung eines zu erwartenden Ergebnisses oder die konkrete Beschreibung eines gewünschten Zustandes zu einem festgelegten Zeitpunkt“ (Meier, 1995, S. 13)¹⁰. In dieser Definition wird deutlich, dass bei der Formulierung von Zielen in einem Konzept auch die Frage beantwortet wird, was konkret zu welchem Zeitpunkt erreicht werden soll.

Bei der Formulierung von Zielen hat sich das SMART-Prinzip bewährt:

- S** = Spezifisch: Ziele werden präzise und in einem vollständigen Satz formuliert.
- M** = Messbar: Ziele enthalten Kriterien zur Überprüfung.
- A** = Akzeptiert: Ziele werden von allen Beteiligten mitgetragen.
- R** = Realistisch: Ziele sind erreichbar.
- T** = Terminiert: Ziele beinhalten Angaben, bis wann sie erreicht werden sollen.

Der Vorteil von klar formulierten Zielen ist, dass eine gemeinsame Orientierung an Vorgaben möglich ist und alle Beteiligten damit ähnliche Vorstellungen verbinden. Im Prozess der Implementierung werden diese Ziele immer wieder mit allen Beteiligten abgestimmt und bei Bedarf angepasst.

Als Einleitung wird meist ein zentrales Ziel formuliert, das dann in Unterzielen konkretisiert wird.

¹⁰ Rolf Meier: Führen mit Zielen. Berlin 1995.

Beispiel: Ennepe-Ruhr-Kreis und Berlin

Zentrales Ziel des Modellprojektes MIGG ist die Entwicklung eines praxistauglichen Interventionsprogramms, durch das Chancen der Intervention und Prävention in der ambulanten medizinischen Versorgung gegen häusliche und sexualisierte Gewalt genutzt werden.

- | Entlastung von Ärztinnen und Ärzten durch Entwicklung eines adäquaten Handlungskonzeptes zum Umgang mit gewaltbetroffenen Patientinnen
- | Implementierung eines gerichtsverwertbaren und dennoch zeitökonomischen Dokumentationsverfahrens bei häuslicher und sexualisierter Gewalt
- | Schaffung effektiver Vernetzungsstrukturen zur Intervention bei häuslicher Gewalt
- | Optimierung einer gezielten Weitervermittlung in spezialisierte Unterstützung für gewaltbetroffene Patientinnen
- | Verdeutlichung der Chancen und Grenzen ärztlicher Unterstützung bei häuslicher Gewalt
- | Berücksichtigung der Belange spezifischer Zielgruppen, wie Frauen mit Migrationshintergrund, Frauen mit Behinderungen, schwangere Frauen, ältere Frauen

Quelle: unveröffentlichtes Konzept von Signal e. V., Berlin, und GESINE-Netzwerk, Ennepe-Ruhr-Kreis

Anregung für die Konzeptarbeit

Während das zentrale Ziel meist noch relativ abstrakt sein kann, werden die Unterziele entsprechend dem SMART-Prinzip realistisch formuliert und terminiert. In den Unterzielen werden zugleich die verschiedenen Dimensionen entfaltet, die für die Implementierung der Interventionsstandards bedeutsam sind. Bei der Formulierung der Unterziele, insbesondere bei der Terminierung ihrer Umsetzung, werden daher immer auch die zur Verfügung stehenden Ressourcen mit reflektiert.

3.3 Leitlinien für das Vorgehen

Neben den Zielen können auch Handlungsmaximen bzw. Leitlinien beschrieben werden, mit denen das professionelle Verständnis und die ethische Grundhaltung der Initiatorinnen/Initiatoren charakterisiert werden.

Beispiel: Ennepe-Ruhr-Kreis

GESINE-Netzwerk beschreibt 6 Handlungsleitlinien:

- | Niederschwelligkeit als oberstes Prinzip
- | Verbindung zwischen Mainstream und Spezialisierung
- | Win-win-Situation für alle Beteiligten
- | Serviceangebot
- | Prozessualer Charakter des Konzepts
- | Anbindung an bestehende Kooperationsgremien

Weitere Ausführungen zu den einzelnen Punkten: www.gesine-intervention.de unter Handlungsleitlinien

Anregung für die Konzeptarbeit

Mit der Darstellung ihrer Leitlinien können die Initiatorinnen/Initiatoren des Konzeptes von potenziellen Kooperationspartnern auch fachpolitisch eingeordnet werden. GESINE-Netzwerk z. B. stellt sein Angebot in den Rahmen einer Dienstleistung. Zugleich weist GESINE-Netzwerk darauf hin, dass alle Beteiligten durch die Zusammenarbeit „gewinnen“ können. Das bedeutet, dass die Erwartung an Kooperation nicht verbunden wird mit Forderungen an die Kooperationspartner, sondern mit Angeboten.

3.4 Zielgruppe für das Implementierungskonzept

In diesem Abschnitt werden die Adressatinnen/Adressaten benannt, an die sich das Implementierungskonzept unmittelbar wendet. Das sind niedergelassene Ärztinnen und Ärzte und ihre Praxismitarbeiterinnen/-mitarbeiter in der Region, die für die Einführung der Interventionsstandards bei der ärztlichen Versorgung gewaltbelasteter Patientinnen gewonnen werden sollen.

Beispiel: Berlin

Das Modellprojekt richtet sich vor allem an allgemeinmedizinische/hausärztliche und gynäkologische Arztpraxen.

Darüber hinaus sind Praxen weiterer Fachrichtungen zur Teilnahme eingeladen. Während der Projektlaufzeit sollen in Berlin 20 bis 25 Arztpraxen in das Modellprojekt eingebunden werden.

Quelle: Signal e. V., Berlin

Anregung für die Konzeptarbeit

Im Konzept von Signal e. V. in Berlin werden als Zielgruppe besonders hausärztliche und gynäkologische Praxen angesprochen, ausgehend von der Erkenntnis, dass gewaltbelastete Patientinnen dort am häufigsten anzutreffen sind.

Diese Schwerpunktsetzung ist jedoch auch abhängig von den lokalen Strukturen der medizinischen Versorgung (vgl. Kapitel II).

3.5 Angebote

In diesem Abschnitt des Konzeptes werden die einzelnen Angebote oder Aufgaben beschrieben, die an die Zielgruppe gerichtet werden sollen und auf die diese zurückgreifen können. Implizit enthält dieser Abschnitt daher auch den Nutzen für die Zielgruppe.

Beispiel: Düsseldorf

Was erwartet mitwirkende Praxen an den Standorten Düsseldorf, Kiel und München?

Die mitwirkenden Praxen erwartet insbesondere

- | eine zielgruppenspezifische Fortbildung mit dem Fokus auf der Vermittlung von Kenntnissen zum Erkennen und Dokumentieren von Gewalt sowie zu einem sachgerechten Umgang mit gewaltbetroffenen Personen,
- | eine intensive Betreuung der Praxis und Hilfestellung im Einzelfall (Beratung und Supervision),
- | die Erarbeitung von praxistauglichen und als entlastend wahrgenommenen Struktur- und Arbeitshilfen,
- | die Vermittlung spezifischer Kommunikationskompetenzen zur angemessenen Ansprache von Gewaltopfern unter gleichzeitiger Ressourcenschonung im Praxisalltag sowie
- | der Aufbau bzw. die Einbindung der Praxis in ein psychosoziales Netz von regional bereits vorhandenen Hilfeangeboten.

Quelle: www.migg-frauen-de/02-rechtsmedizin.html#was

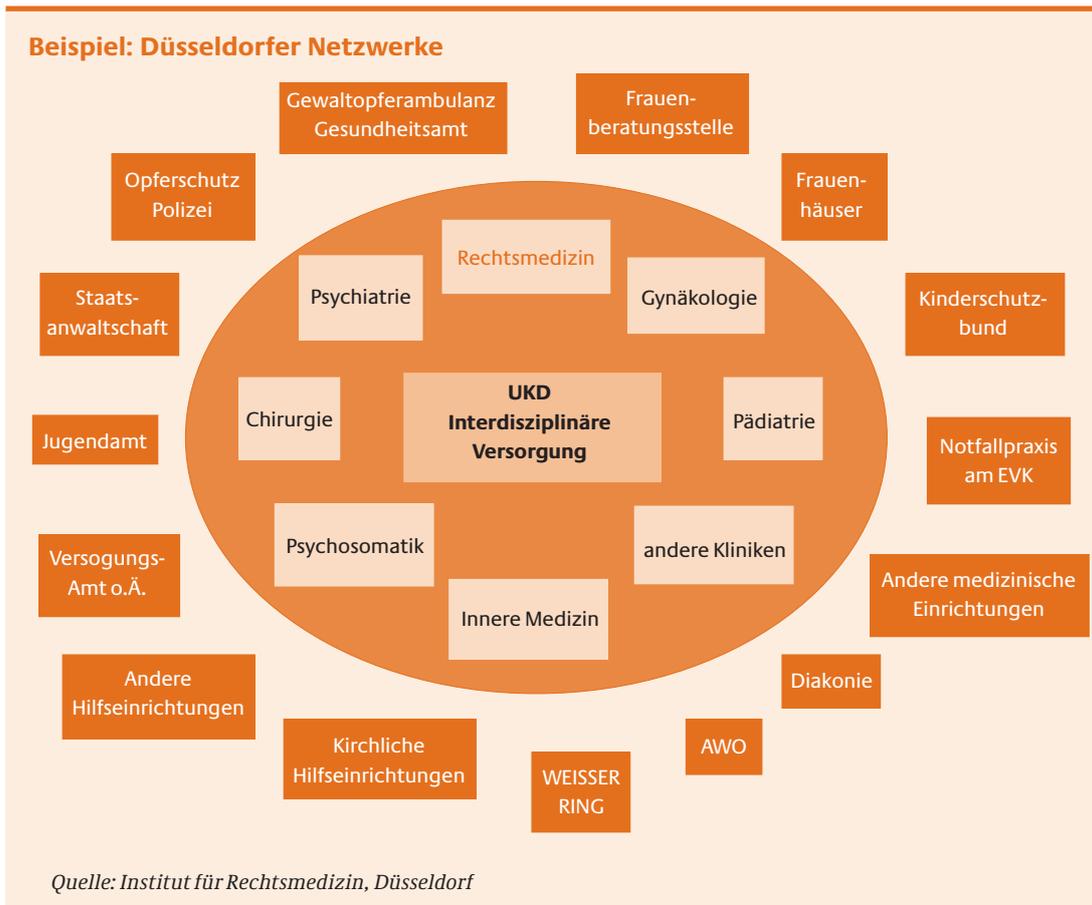
Anregung für die Konzeptarbeit

Die Angebote in diesem Beispiel sind sehr konkret benannt. Ihre Beschreibung ist orientiert am Alltag von Ärztinnen/Ärzten. Damit wird der Eindruck vermittelt, dass die Initiatorinnen/Initiatoren sich darin auskennen und an den Handlungsoptionen und -zwingen ansetzen werden.

Sie geben die klare Botschaft, dass es um eine praxisbezogene Unterstützung der Ärztinnen/Ärzte geht, die mit einem konkreten Nutzen für sie verbunden ist.

3.6 Kooperationen und Vernetzungen – Einbindung in die Region

In diesem Abschnitt des Konzeptes wird gezeigt, wie die Implementierung der Interventionsstandards in die medizinische Versorgung gewaltbelasteter Frauen innerhalb der lokalen Aktivitäten zur Bekämpfung der Gewalt an Frauen und ihrer Unterstützung verankert ist. Dies kann als Text, aber auch mit einer Grafik dargestellt werden.



Anregung für die Konzeptarbeit

Die Wahl der Darstellung ist abhängig von der lokalen Infrastruktur (vgl. Kapitel II). In Düsseldorf arbeiten Einrichtungen und Institutionen seit vielen Jahren eng vernetzt zusammen bei der Bekämpfung von Gewalt, der Hilfeleistung für die Opfer und bei der Verfolgung von Tätern. Das kann in einer Grafik übersichtlicher dargestellt werden als in einem Text. In anderen Regionen, in denen nur wenige Einrichtungen in diesem Bereich tätig sind, ist möglicherweise die Textform angemessener.

3.7 Ressourcen

In diesem Abschnitt des Konzeptes wird kurz dargestellt, welche Ressourcen in der Region zur Verfügung stehen bzw. welche zusätzlichen Mittel oder Personen benötigt werden.

Zu den Ressourcen gehören:

- ▮ Personen, die als „Taktgeberinnen/Taktgeber“ oder Koordinatorinnen/Koordinatoren tätig sein können und deren Qualifikationen und Fachkompetenzen.
- ▮ Sachausstattung wie Räume und technische Ausstattung.
- ▮ Finanzielle Mittel für Öffentlichkeitsarbeit.

Auch wenn keine oder nur wenig zusätzliche Ressourcen zur Verfügung stehen, sollten folgende Fragen in diesem Abschnitt beantwortet werden:

- | Welche Räume können für Fortbildungen etc. genutzt werden? Wer könnte sie zur Verfügung stellen?
- | Auf welche personellen Ressourcen und Kompetenzen kann zurückgegriffen werden? Was könnten z. B. Kooperationspartner beitragen?
- | Wo können Gelder für die Öffentlichkeitsarbeit (Flyer, Homepage, Plakate etc.) eingeworben werden?

Beispiel: Düsseldorf

Das Institut für Rechtsmedizin des Universitätsklinikums verfügt über mehrere Wissenschaftlerinnen/Wissenschaftler, die einschlägig erfahren sind und für das Projekt arbeitsteilig herangezogen werden können.

Um eine effektive Koordination des Projektes gewährleisten zu können, ist die Einstellung einer Wissenschaftlerin/eines Wissenschaftlers, möglichst mit ärztlicher Qualifikation, unabdingbar. Diese Mitarbeiterin/Dieser Mitarbeiter wird insbesondere auch verantwortlich sein für die Koordination der Tätigkeiten der rechtsmedizinischen Mediatorinnen/Mediatoren vor Ort.

Quelle: Institut für Rechtsmedizin, Düsseldorf

Anregung für die Konzeptarbeit

In diesem Konzeptauszug ist beispielhaft dargestellt, welche personellen Ressourcen die Initiatorinnen/Initiatoren für die Einführung der Interventionsstandards selbst zur Verfügung stellen können und wie viel zusätzliches Personal für das Vorhaben benötigt wird.

Wenn zusätzliche Mittel notwendig sind, kann in diesem Abschnitt dargelegt werden, wo sie eingeworben werden sollen bzw. welche Institutionen sich mit einem Beitrag beteiligen könnten.

3.8 Evaluation

Schon zu Beginn der Arbeit am Konzept wird auch mitbedacht, wie seine Umsetzung im Implementierungsprozess praxisorientiert evaluiert und bewertet werden kann. Die in der Evaluierung gewonnenen Erkenntnisse werden für die weitere Planung und Entwicklung des Implementierungsprozesses genutzt.

Hier könnte möglicherweise eine Universität oder Fachhochschule, die in der Region angesiedelt ist, zur Mitarbeit gewonnen werden, um die Rückmeldungen zur Praxistauglichkeit von Fortbildungsangeboten, Handlungsempfehlungen und sonstigen Unterlagen für die tägliche Arbeit in den Praxen aufgreifen und z. B. über Publikationen in medizinischen Fachzeitschriften der Praxis wieder zur Verfügung stellen.

Beispiel: Berlin und Ennepe-Ruhr-Kreis

Qualitätssicherung durch Dokumentation

Das Programm beinhaltet eine kontinuierliche Überprüfung und Modifikation des Interventionsprogramms für niedergelassene Ärztinnen und Ärzte. Dazu sind monatliche „Feedback-Schleifen“ geplant, z. B. das Erstellen von Dokumentationen und Protokollen zu „Lessons Learned“ im Implementierungsprozess.

Quelle: GESINE-Netzwerk, Ennepe-Ruhr-Kreis; Signal e. V., Berlin

Anregung für die Konzeptarbeit

In diesem Beispiel haben die Initiatorinnen/Initiatoren die kontinuierliche Evaluierung in den Kontext der Qualitätssicherung eingeordnet und die Methode konkret benannt. Damit erscheinen sie für (potenzielle) Kooperationspartner fachlich ausgewiesen und in ihrem Handeln transparent.

3.9 Empfehlungen

3.9.1 Das Konzept verständlich formulieren

Das Konzept muss von den verschiedenen Professionen verstanden werden, die als Kooperationspartner gewonnen werden sollen. Das ist mit einer Sprache ohne fachspezifische Begriffe und Abkürzungen gewährleistet. Da alle Fachkräfte in der Medizin, in der sozialen Arbeit sowie in Polizei und Justiz in der Regel ressourcenorientiert arbeiten müssen, sind sie dankbar, wenn das Konzept kurz und prägnant formuliert ist.

3.9.2 Kooperationspartner frühzeitig einbinden

Von Anfang an können (potenzielle) Kooperationspartner auch bei der Erarbeitung des Konzepts miteinbezogen werden. So kann z. B. die multiprofessionelle Perspektive bereits frühzeitig einfließen und muss nicht zu einem späteren Zeitpunkt nachgearbeitet werden. Wenn zudem verschiedene Organisationen das Konzept verantworten, wird seine Reputation in der Region erhöht, insbesondere wenn eine in der Region renommierte Persönlichkeit, z. B. aus dem Gesundheitswesen, das Konzept miterarbeitet hat.

3.9.3 Zentrale Ziele zu Beginn klären

Die (potenziellen) Kooperationspartner verfolgen aufgrund ihres Arbeitsauftrages und ihrer spezifischen Fachlichkeit spezifische Ziele, die nicht identisch sein müssen mit denen der Initiatorinnen/Initiatoren, die für die Einführung der Interventionsstandards in der Region werben wollen. Daher ist eine der ersten Aufgaben, die Ziele für die Einführung der Interventionsstandards in der Region zu Beginn der Arbeit am Konzept mit zentralen Kooperationspartnern abzustimmen, damit sichergestellt ist, dass sie von allen getragen werden.

3.9.4 Das Konzept bei der Implementierung als Anleitung nutzen

Der Formulierung des Konzepts sind grundsätzliche Überlegungen vorausgegangen, wie die Interventionsstandards in die ärztliche Versorgung gewaltbelasteter Frauen eingeführt werden können. Darin eingegangen sind Erfahrungen aus anderen innovativen Projekten und Ansätzen. Im Konzept sind daher Auftrag und Vorgehensweise systematisch aufeinander abgestimmt beschrieben. Wenn das Konzept übersichtlich gegliedert und entsprechend den Anforderungen an Kürze und Prägnanz formuliert ist, kann es für alle Beteiligten im Implementierungsprozess als Anleitung dienen. Nicht zuletzt kann es auch genutzt werden für die Qualitätssicherung der gemeinsamen Arbeit.

3.9.5 Das Konzept vielfältig einsetzen

Neben ihrer Fachlichkeit und Kompetenz, die die Initiatorinnen der Implementierung der Interventionsstandards mit einem stimmigen Konzept gegenüber Kooperationspartnern dokumentieren können, kann das Konzept im Verlauf seiner Umsetzung vielfältig eingesetzt werden. Das Konzept kann z. B. Grundlage für einen Antrag für zusätzliche Ressourcen sein. Teile des Konzeptes können beispielsweise auch genutzt werden für einen Flyer oder eine Homepage sowie zur Formulierung von Einladungen zu Fachtagen und Fortbildungsveranstaltungen. Die Abschnitte im Konzept können zu unterschiedlichen Zwecken als „Textbausteine“ eingesetzt werden.

3.10 Tipps zum Weiterlesen

www.signal-intervention.de/download/Kurzkonzept_Koordinierungsstelle.pdf

Häusliche Gewalt: Wissen Sie, wie Sie in Ihrer Praxis mit einem Gewaltopfer umgehen sollen?

<http://www.uniklinik-duesseldorf.de/img/ejbfile/Artikelautorisiert.pdf?id=13418>

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. Kurzzusammenfassung zentraler Studienergebnisse. Broschüre:

www.bmfsfj.de/Kategorien/Forschungsnetz/forschungsberichte,did=20560.html

Robert Koch-Institut/Statistisches Bundesamt (Hrsg.): Hornberg, Claudia; Schröttle, Monika; Bohne, Sabine; Khelaifat, Nadia; Pauli, Andrea (2008): Gesundheitliche Folgen von Gewalt unter besonderer Berücksichtigung von häuslicher Gewalt gegen Frauen. Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 42.

AWO Bundesverband (Hrsg.): Landgrebe, Gitta; Borris, Susanne; Schulz, Veronika; Sellach, Brigitte: Projekt PräGT: Ein Praxisleitfaden zur Prävention von häuslicher Gewalt in Kindertagesstätten, Bonn 2004.

Wir über uns: Das GESINE-Netzwerk Gesundheit. EN

http://www.gesine-intervention.de/index.php?option=com_content&view=article&id=46&Itemid=1

IV.

Für die Einführung der Interventionsstandards werben

Kapitel 4 enthält Anregungen, wie Ärztinnen und Ärzte für die Einführung der Interventionsstandards geworben werden können.

Grundlagen der Anregungen sind die Ergebnisse der ersten repräsentativen Untersuchung in Deutschland zum Themenbereich „Gewalt gegen Frauen“:¹¹

- | 37% aller Befragten haben seit ihrem 16. Lebensjahr mindestens einmal körperliche Gewalt erlebt.
- | 25% der Befragten haben nach ihren Angaben mindestens einmal Gewalt in einer Partnerschaft erlebt.
- | 13% der befragten Frauen waren seit ihrem 16. Lebensjahr Opfer sexueller Gewalt, d. h., jede 7. Frau hat diese Erfahrung.¹²
- | Mehr als die Hälfte der Frauen (58%) war bereits unterschiedlichen Formen von sexueller Belästigung ausgesetzt.
- | 42% der Befragten gaben an, Formen von psychischer Gewalt erlebt zu haben. Diese reichen von Eingeschüchtertwerden über aggressives Anschreien und Verleumdungen bis hin zu Drohungen, Demütigungen und Psychoterror.¹³

37% der Frauen, die Gewalt in Partnerschaften mit Verletzungsfolgen erlebt haben, haben sich zuerst an Medizinerinnen/Mediziner gewandt. Auch bei sexualisierter Gewalt wurde von 12% der Frauen medizinische Hilfe zuerst in Anspruch genommen. Niedergelassene Ärztinnen/Ärzte haben eine Schlüsselrolle im Erstkontakt mit gewaltbelasteten Patientinnen.

Niedergelassene Ärztinnen und Ärzte sollten daher die Anzeichen von Gewalt bei ihren Patientinnen erkennen können, um sie angemessen in die medizinische Versorgung einzubeziehen.

In Kapitel 4 wird dargestellt,

- | wie Ärztinnen und Ärzte erreicht werden können, um sie für die Einführung der Interventionsstandards zu gewinnen,

11 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. Kurzzusammenfassung zentraler Studienergebnisse. Broschüre. Download unter: www.bmfsfj.de/Kategorien/Forschungsnetz/forschungsberichte,did=20560.html

12 Darunter werden ausschließlich strafrechtlich relevante Formen wie Vergewaltigung, versuchte Vergewaltigung und unterschiedliche Formen von sexueller Nötigung unter Anwendung von körperlichem Zwang oder Drohung gefasst.

13 Bedrängung/Belästigung durch Bemerkungen, Berührungen oder Gesten auf der Straße, an öffentlichen Orten, am Arbeitsplatz, in der Ausbildung sowie im Freundes-, Bekannten- oder Familienkreis.

- welchen Beitrag Standesorganisationen, Berufsverbände und Einrichtungen des Gesundheitswesens dazu leisten können,
- wie lokale Kooperationsgremien/Netzwerke und Unterstützungsangebote für Frauen dabei eingebunden werden bzw. mitwirken können,
- wie typische Vorbehalte gegenüber dem Thema „häusliche Gewalt“ bei Ärztinnen und Ärzten überwunden werden können.

Die Erfahrungen im Projekt haben gezeigt, dass es nicht nur einen Weg gibt zur Gewinnung von Ärztinnen/Ärzten, sondern eine breit angelegte Strategie gewählt werden muss. In Kapitel 4 werden die unterschiedlichen Maßnahmen beschrieben, die jeweils entsprechend den örtlichen Rahmenbedingungen (Kapitel II) gewählt werden können.

4.1 Wege zur Werbung von Ärztinnen und Ärzten

4.1.1 Erreichbarkeit von Ärztinnen und Ärzten

Niedergelassene Ärztinnen und Ärzte führen in Einzel- oder Gemeinschaftspraxen oder in medizinischen Versorgungszentren Kleinbetriebe und entscheiden in der Regel eigenständig, wo sie ihre fachlichen Schwerpunkte innerhalb ihrer beruflichen Fortbildung setzen. Daher muss bei ihrer Gewinnung (Akquise) zur Einführung der Interventionsstandards die Freiwilligkeit ihrer Teilnahme vorausgesetzt werden.

Bei einer ersten Werbeaktion werden sich daher eher nur Interessierte melden bzw. die Ärztinnen und Ärzte, die sich aufgrund ihrer Erfahrungen mit Patientinnen mit dem Thema bereits beschäftigt haben, oder die einen hohen Problemdruck haben, weil sie für Frauen mit Gewalterfahrungen, die in die Praxis kommen, kein Handlungskonzept haben.

Beispiel Modellprojekt MIGG

Die meisten Ärztinnen und Ärzte (60%), die bereit waren, am Modellprojekt mitzuarbeiten, hatten bereits eigene Erfahrungen mit dem Thema „Gewalt gegen Frauen“ in der Praxis und haben sich deswegen für eine Teilnahme entschieden.

Etwa ein Viertel hatte Interesse, aber nur wenig oder keine Erfahrungen.

Die anderen Gründe waren vielfältig: aktuelle Erfahrungen im Praxisalltag, die Bedeutung des Themas und der eigene Anspruch, dem in der Praxis gerecht zu werden, Wunsch nach Kompetenz und Handlungssicherheit, das Engagement für Patientinnen, Wunsch nach einer guten Versorgung, die Verbesserung der Dokumentation, die Zusammenarbeit mit den Kooperationspartnern, das Bedürfnis, sich in diesem Bereich zu qualifizieren bzw. noch etwas lernen zu wollen.

Für einige Ärztinnen/Ärzte waren persönliche Kontakte mit der Projektleitung oder eine schon bestehende Kooperation als Gründe ausschlaggebend.

Quelle: GSF e. V., Frankfurt am Main

Anregung für die Akquise

In die Überlegungen, wie Ärztinnen/Ärzte gewonnen werden können, sollte an deren persönliche oder berufliche Motivation angeknüpft werden. So könnten zuerst die Ärztinnen/Ärzte angesprochen werden, die persönlich bekannt sind oder in Fachgebieten (z. B. Suchtmedizin) oder Stadtteilen mit hoher sozialer Problemdichte tätig sind. Zwar ist Gewalt gegen Frauen ein verbreitetes Problem in allen sozialen Gruppen, aber Alkohol- und Drogenkonsum sind häufige Kofaktoren. Außerdem ist die soziale Kontrolle in problembelasteten Stadtteilen in der Regel größer, sodass Familien mit einer Gewaltproblematik eher auffallen. Ärztinnen/Ärzte in diesen Stadtteilen haben möglicherweise häufiger Erfahrungen mit gewaltbelasteten Patientinnen in ihrer Praxis und sind daher vielleicht offener für das Angebot.

Der Erfolg der Akquise ist auch von anderen Faktoren abhängig, z. B. vom Umfang der Ressourcen, die für die Akquise von Ärztinnen/Ärzten eingesetzt werden können sowie von der Reputation oder der Vernetzung der Organisation, die sich dafür einsetzt.

Beispiel: Berlin

Förderlich für die Akquise von Praxen in Berlin waren der Bekanntheitsgrad und die hohe fachliche Reputation des Vereins Signal e. V. in Berlin durch seine Projekte im Universitätsklinikum Benjamin Franklin und die Train-the-Trainer-Seminare.

Quelle: GSF e. V., Frankfurt am Main

Anregung für die Akquise

Vergleichbare Vereine wie Signal e. V. sind noch eher selten. Aber im Rahmen der Analyse der lokalen Strukturen könnten Schlüsselpersonen im Gesundheitswesen mit hoher fachlicher und sozialer Reputation ermittelt werden, die für die Unterstützung bei der Akquise gewonnen werden können, z. B. Chefärztin/Chefarzt einer Klinik.

Aus der Sicht von niedergelassenen Ärztinnen/Ärzten ist weiter bedeutsam, dass die Gewinnung von Ärztinnen/Ärzten zur Einführung der Interventionsstandards und die dazu notwendige Fortbildung koordiniert werden sollten. Außerdem müssten die zusätzlichen ärztlichen Leistungen bzw. der erweiterte zeitliche und inhaltliche ärztliche Aufwand in der Gewaltopfersversorgung honoriert werden, wenn alle Ärztinnen/Ärzte sie einführen sollen. Mit Blick auf die Nachhaltigkeit von Interventionen mit dem Ziel der Verbesserung der Gewaltopfersversorgung ist langfristig auch die Frage der Honorierung von ärztlichen Leistungen zu beantworten.

Beispiel: Ennepe-Ruhr-Kreis

Zehn Ärztinnen und sieben Ärzte wurden am Ende des Modellprojekts befragt, wie nach ihren Erfahrungen ihre Kolleginnen/Kollegen gewonnen werden können, die Interventionsstandards in ihrer Praxis einzuführen. Sie wurden auch befragt, welche Voraussetzungen aus ihrer Sicht dafür günstig sind.

Etwa zwei Drittel sehen eine koordinierende Stelle wie das GESINE-Netzwerk als hilfreich an. Von dort können Ärztinnen/Ärzte angesprochen oder Fortbildungen angeboten werden. Sie vernetzt mit den Unterstützungseinrichtungen. Vor allem aber erinnert sie immer wieder an das Thema, das in der alltäglichen Aufgabenfülle oft in Vergessenheit gerät. Ein Drittel kann sich nicht vorstellen, dass diese Funktion von einer medizinischen Institution übernommen werden kann, ein Viertel kann sich das vorstellen, wenn diese Stelle finanziert würde. Für einige würde damit die Akzeptanz der Interventionsstandards erhöht.

Etwa die Hälfte der Befragten kann sich allerdings trotz der eigenen positiven Erfahrungen nicht vorstellen, dass alle Kolleginnen/Kollegen gewonnen werden können, wenn diese Leistung nicht honoriert wird.

Quelle: GSF e. V., Frankfurt am Main

Anregung für die Akquise

Eine Honorierung der Leistung kann Ärztinnen/Ärzten nicht zugesagt werden. Ein positiver Anreiz könnte aber sein, dass die Fortbildung zertifiziert ist, also auf ihre Fortbildungsverpflichtung angerechnet wird. Ebenso könnte die persönliche Entlastung ein positiver Anreiz sein, da Patientinnen mit Gewalterfahrungen an Netzwerkpartner verwiesen werden können.

Inwieweit eine Koordinierungsstelle in diesem Umfang tätig werden kann, wie z. B. die im Modellprojekt, ist abhängig von den personellen und finanziellen Ressourcen, die für die Einführung der Interventionsstandards in einer Region zur Verfügung stehen. Das Akquisekonzept muss an die vorhandenen Ressourcen angepasst werden. Wenn eher weniger Ressourcen zur Verfügung stehen, wird es länger dauern, Ärztinnen/Ärzte dafür zu gewinnen.

4.1.2 Beitrag der Standesorganisationen und Berufsverbände

Standesorganisationen und Berufsverbände kommt eine zentrale Rolle zu, wenn Ärztinnen/Ärzte erreicht werden sollen. Das wird deutlich bei der Frage, über welche typischen Wege niedergelassene Ärztinnen/Ärzte sich fachlich und berufspolitisch informieren:

- Publikationen der Standesorganisationen wie das Bundesärzteblatt und die Ärzteblätter der Landesärztekammern: Die ärztlichen Fachorganisationen (Landesärztekammern, Kassenärztliche Vereinigung, Berufsverbände) können die Akquise z. B. durch die Annahme von Zeitschriftenbeiträgen fördern.

- | Fortbildung gilt als ein zentrales Medium, niedergelassene Ärztinnen/Ärzte zu erreichen. Denn die Pflicht zur regelmäßigen Fortbildung und deren Nachweis durch Fortbildungspunkte beim Besuch zertifizierter Veranstaltungen ist gesetzlich verbindlich geregelt (§ 95d SGB V). Unabhängig davon besteht für jede Ärztin und jeder Arzt eine berufsrechtliche Verpflichtung zur Fortbildung (Berufsordnung).

Beispiel: Deutscher Hausärzterverband

Im Rahmen der Verträge zur hausarztzentrierten Versorgung verpflichten sich die teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte zur Fortbildung entsprechend den Vorgaben des § 73b SGB V. Das Institut für hausärztliche Fortbildung des Deutschen Hausärzterverbandes gestaltet die Fortbildung entsprechend aus und bietet sie flächendeckend an. In diese Fortbildung, die 2011 begonnen hat, wurde ein Modul „Gewalt oder Unfall?“ integriert mit den Themen „Kindesmisshandlung“, „Gewalt gegen Frauen“, „Dokumentation“, „Ansprechen“, „Unterstützungseinrichtungen“, „Rechtslage“.

Quelle: Dr. Sturm, Deutscher Hausärzterverband, Mitglied im Beirat des Projektes MIGG

Anregung für die Akquise

Zukünftig können Hausärztinnen/Hausärzte gezielt auf das Thema „häusliche Gewalt“ angesprochen und für die Einführung der Interventionsstandards gewonnen werden. Sie haben im Rahmen der regionalen Fortbildung des Deutschen Hausärzterverbandes im Jahr 2011 Informationen erhalten und sind daher sensibilisiert für den Bedarf nach dem im Modellprojekt abgesicherten Handlungskonzept. Dieses Angebot ist bereits ein wichtiges Ergebnis aus dem Modellprojekt.

- | Fortbildungsangebote z. B. der Akademien der Landesärztekammer: Häufig müssen Veranstaltungen ausschließlich zum Thema „häusliche Gewalt“ abgesagt werden, weil sich nicht genügend Teilnehmerinnen/Teilnehmer angemeldet haben. Eine Möglichkeit wäre, das Thema in eine Standardfortbildung zu integrieren bzw. in einer Veranstaltung Themen zu kombinieren als „Türöffner“, z. B. eine Fortbildung anzubieten „Tabuthemen in der Medizin“. Mit der Zertifizierung der Fortbildungsangebote gewährleisten die Kammern, dass die Teilnahme im Rahmen der Fortbildungsverpflichtung gewertet wird.
- | Schriftliche Einladungen von Institutionen, z. B. Kliniken, oder Berufsverbänden mit bekannten Referentinnen/Referenten. Insbesondere eine Referentin/einen Referenten mit hoher Reputation einzuladen, gilt als sehr wirksame Methode, um Teilnehmerinnen/Teilnehmer erfolgreich anzusprechen. Die Unterstützung könnte daher im Versand/Verteilen entsprechender Anschreiben bestehen.

Beispiel: Modellprojekt

Im Modellprojekt haben sich an fast allen Standorten niedergelassene Ärztinnen und Ärzte eher weniger auf die Anschreiben von Ärztevertretungen wie Kassenärztlicher Vereinigung oder Berufsverbänden gemeldet; aber im Ennepe-Ruhr-Kreis war dieser Weg erfolgreich, weil das Anschreiben mit einem Begleitschreiben der Ärztekammer und eines Netzwerkpartners verschickt worden war.

Quelle: GSF e. V., Frankfurt am Main

Anregung für die Akquise

Nach allen Erfahrungen werden niedergelassene Ärztinnen/Ärzte eher durch Angehörige ihrer eigenen Berufsgruppe erreicht als z. B. durch sozialpädagogische Fachkräfte. Daher sind Begleitbriefe von Medizinerinnen/Medizinern mit hoher fachlicher Reputation, die die Einführung der Interventionsstandards empfehlen, ergänzend zu der Einladung zu einer Veranstaltung hilfreich.

- I Fachkongresse von Berufsverbänden und medizinischen Fachgesellschaften: Hier kann überregional in Veranstaltungen und im kollegialen Austausch für das Thema „häusliche Gewalt“ sensibilisiert und erste Fachinformationen können vermittelt werden.
- I Qualitätszirkel: Qualitätszirkel und Balintgruppen sind zertifiziert, sodass sie im Rahmen der Fortbildungsverpflichtung wahrgenommen werden können und nur eine begrenzte zusätzliche Belastung sind.

Beispiel: Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV)

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) hat zum Thema „häusliche Gewalt“ eine Qualitätszirkel-Dramaturgie erarbeitet. Inhaltlich werden darin die Möglichkeiten der Intervention bei häuslicher Gewalt aufbereitet, auch mit Material aus dem Modellprojekt. Die Qualitätszirkeltutorinnen und -tutoren, die im Herbst 2010 geschult wurden, haben den Ansatz positiv bewertet.

Quelle: KBV (Hrsg.): Handbuch Qualitätszirkel, Möglichkeiten der Intervention bei häuslicher Gewalt, Berlin 2011

Anregung für die Akquise

In der Region könnten mit dem Hinweis auf die Dramaturgie Moderatorinnen/Moderatoren von Qualitätszirkeln angesprochen und um Unterstützung bei der Akquise gebeten werden, indem sie im Qualitätszirkel das Thema „häusliche Gewalt“ aufgreifen. Informationen über Qualitätszirkel in der Region haben die Landesärztekammer bzw. deren Bezirkeinstellen. Auch diese Initiative geht auf die Erfahrungen aus dem Modellprojekt und aus der gemeinsamen Arbeit im wissenschaftlichen Beirat hervor.

- I Weiterbildung in psychosomatischer Grundversorgung: Die psychosomatische Grundversorgung gehört zur ärztlichen Primärversorgung und ergänzt die organ- bzw. funktionsorientierte Behandlung. Vor allem der psychosoziale Hintergrund des Krankheitsgeschehens kann so besser erfasst und die Patientin ganzheitlich therapiert werden. Die Weiterbildung ist verpflichtend in den Fachgebieten Allgemeinmedizin, Innere Medizin

und Gynäkologie, sodass alle Ärztinnen/Ärzte, die an dieser Fortbildung teilnehmen, erreicht und für die Problematik „häusliche Gewalt“ sensibilisiert werden können. In Niedersachsen enthält z. B. das Curriculum für die Weiterbildung in der psychosomatischen Grundversorgung ein Modul zu häuslicher Gewalt.

Beispiel Weiterbildung in psychosomatischer Grundversorgung

In Niedersachsen enthält das Curriculum für die Weiterbildung in der psychosomatischen Grundversorgung ein Modul zu häuslicher Gewalt.

Quelle: Dr. Goesmann, Bundesärztekammer, Mitglied im Beirat des Projekts MIGG

Anregung für die Akquise

In der Akquise könnten zuerst Ärztinnen/Ärzte der Fachrichtungen Allgemeinmedizin, Innere Medizin und Gynäkologie angesprochen werden, weil sie aufgrund der Weiterbildung in der psychosomatischen Grundversorgung sensibilisiert sind für den psychosomatischen Hintergrund von Erkrankungen.

Standesorganisationen und Berufsverbände haben in der Wahrnehmung von Ärztinnen und Ärzten aufgrund ihrer Funktionen im Rahmen der ärztlichen Selbstverwaltung einen hohen Stellenwert.

Beispiel: Ennepe-Ruhr-Kreis

Die teilnehmenden Ärztinnen/Ärzte wurden gefragt, welche Aufgaben Standesorganisationen und Berufsverbände bei der Einführung der Interventionsstandards in die medizinische Versorgung von Frauen haben.

Zwei Drittel sehen Ärztekammern als Multiplikatorinnen/Multiplikatoren, die durch regelmäßige Artikel in Fachzeitschriften einschließlich der Ankündigungen von Fortbildungsangeboten, die Organisation von Fortbildungsveranstaltungen oder die Organisation von lokalen Ärztetreffen die Einführung unterstützen könnten. Etwa ein Drittel der befragten Ärztinnen/Ärzte sieht die Standesorganisationen als nicht geeignet an, zum einen, weil sie seit Langem das Thema „gemieden“ haben, zum anderen, weil das zu „zäh“ und langwierig würde.

Ein Viertel sieht sich eher selbst als Multiplikatorin/Multiplikator und setzt auf persönliche Kontakte zu Kolleginnen/Kollegen.

Quelle: GSF e. V., Frankfurt am Main

Anregung für die Akquise

Standesorganisationen und Berufsverbände vertreten die fachlichen und berufspolitischen Interessen von Ärztinnen/Ärzten und haben daher ein großes Gewicht in der Ärzteschaft. Das bringen Ärztinnen/Ärzte zum Ausdruck, wenn sie darauf hinweisen, dass ihre Beteiligung die Akzeptanz von Angeboten erhöht. Vertreterinnen/Vertreter von Standesorganisationen und Berufsverbänden sollten daher in die Akquise einbezogen werden.

4.1.3 Mitwirkung von lokalen Kooperationsgremien und -partnern

Von Kooperationsgremien, z. B. den sogenannten „Runden Tischen gegen Gewalt“, und von Unterstützungseinrichtungen wird schon seit Langem der Wunsch geäußert, dass niedergelassene Ärztinnen/Ärzte die Interventionsstandards in die ambulante Versorgung und in die Notfallversorgung einführen. Sie werden daher die Akquise in einer Region, um Ärztinnen/Ärzte dafür zu gewinnen, in der Regel mit den ihnen zur Verfügung stehenden Ressourcen unterstützen. Sie werden sich vor allem engagieren, wenn die Initiative von ihnen ausgeht oder sie selbst als Partnerin/Partner mit aktiv sind. Verschiedene Formen der Unterstützung sind möglich:

- I „Fachliche Beziehungen“ bzw. vorhandene Kontakte zwischen sozialen bzw. Antigewalt-Einrichtungen und niedergelassenen Arztpraxen können angesprochen werden, z. B. interessierte Einrichtungen können Praxen nach ihrem Interesse fragen.
- I Kooperationspartner wie Beratungsstellen, Frauenhäuser können im Sinne eines Schneeballsystems Kontakt zu Ärztinnen und Ärzten aufnehmen und sie für die Einführung der Interventionsstandards gewinnen.

Beispiel: Kiel

Am Projektende wurden Kooperationspartner in Kiel befragt, was ihre Einrichtung oder sie persönlich dazu beitragen können, die Interventionsstandards bei niedergelassenen Ärztinnen/Ärzten in der Region zu verbreiten.

Alle sehen sich als Multiplikatorinnen/Multiplikatoren, die in unterschiedlichen Zusammenhängen, z. B. in persönlichen oder beruflichen Kontakten mit Ärztinnen/Ärzten, am Runden Tisch oder bei Veranstaltungen für die Einführung der Interventionsstandards werben können.

Quelle: GSF e. V., Frankfurt am Main

Anregung für die Akquise

Die Partnerinnen/Partner in den Kooperationsgremien und Unterstützungseinrichtungen haben ein großes Interesse an der Zusammenarbeit mit Ärztinnen/Ärzten. Sie können in jedem Fall angefragt und um Unterstützung bei der Akquise gebeten werden. Im Rahmen ihrer Möglichkeiten, die allerdings bei den Unterstützungseinrichtungen oft begrenzt sind, werden sie mitwirken.

- | Über die Kooperationspartner können umfangreiche weitere Verteiler genutzt werden, die per E-Mail oder Plakat erreicht werden.
- | Kooperationspartner können zudem an einer „Auftaktveranstaltung“ zur Einführung der Interventionsstandards mitwirken. Die Einladung wird in Kooperation mit ihnen und mit den ärztlichen Landesorganisationen, lokalen Gruppen der Berufsverbände oder anderen ärztlichen Zusammenschlüssen in Form von persönlichen Anschreiben, E-Mails breit gestreut und mit Artikeln in der regionalen Ärzte- und lokalen Tagespresse ergänzt.

Beispiel: München Einladung zur ärztlichen Fortbildung

„Medizinische Intervention gegen Gewalt an Frauen – MIGG“

Projekt im Rahmen des Aktionsplanes „Gewalt gegen Frauen“ des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend

Veranstalter: Institute für Rechtsmedizin, Düsseldorf – München

Zielgruppe: Ärztinnen und Ärzte mit Interesse am Themengebiet Gewalt an Frauen

Zertifizierung: Punkte (sind beantragt bei der Ärztekammer)

Programm

Moderation: Frau PD Dr. med. Elisabeth Mützel (Institut für Rechtsmedizin, München)

Einführung: Frau PD Dr. med. Elisabeth Mützel, Institut für Rechtsmedizin, München

Interventionsstandards für die medizinische Versorgung gewaltbelasteter Frauen,
Frau PD Dr. med. Hildegard Grass, Institut für Rechtsmedizin, Düsseldorf

Vorstellung Staatsanwaltschaft, Oberstaatsanwalt Dr. Müller, Oberstaatsanwalt
Dr. Gierschik

Vorstellung der Netzwerkpartner

| Frauennotruf, Frau Orith Ghatan-Ertl

| Frauenhilfe, N. N.

Pause

Vorstellung der Netzwerkpartner

| IMMA e. V., Frau Astrid Siegmann

| Weißer Ring, Frau Rechtsanwältin Dr. Schöch

„Psychotraumatologische Aspekte im Umgang mit von Gewalt betroffenen Patientinnen“, Frau Courtial, Frauennotruf

Markt der Möglichkeiten: Möglichkeiten zur Information und zum Austausch mit den Hilfeeinrichtungen

Quelle: Institut für Rechtsmedizin, München

Anregung für die Akquise

Zu Beginn des MIGG-Projektes wurden an allen Standorten Auftaktveranstaltungen durchgeführt. Ziele der Veranstaltungen waren, über Ziele, Zielgruppen und Inhalte des Projektes zu informieren und durch die Veranstaltung niedergelassene Ärztinnen/Ärzte zur Teilnahme zu gewinnen. Außerdem sollten relevante Kooperationspartner von Beginn an einbezogen werden.

Alle Veranstaltungen waren als ärztliche Fortbildung ausgewiesen und von der zuständigen Ärztekammer zertifiziert.

Diese Veranstaltungsform kann überall zur Werbung von Ärztinnen/Ärzten eingesetzt werden. Einbezogen werden können auch Repräsentantinnen/Repräsentanten der lokalen Politik und Verwaltung, um die Bedeutung des Anliegens für die Region zu erhöhen. So hat z. B. im Ennepe-Ruhr-Kreis der Landrat die Auftaktveranstaltung eröffnet.

4.1.4 Überwindung typischer Vorbehalte

Leitfäden und Interventionskonzepte für die Behandlung von Opfern häuslicher Gewalt sind international und national seit vielen Jahren entwickelt und publiziert worden. Dennoch ist es bisher noch kaum gelungen, die Interventionsstandards in die ambulante und stationäre medizinische Versorgung von Frauen einzuführen. Daher wurde bereits in vielen internationalen Studien untersucht, welche typischen Vorbehalte Ärztinnen und Ärzte gegenüber dem Thema Gewalt haben bzw. warum sie die in Modellprojekten international vielfach abgesicherten Interventionsstandards nicht in ihr medizinisches Handlungskonzept aufnehmen.

Als typische Vorbehalte wurden immer wieder ermittelt:

- | mangelndes Wissen im konkreten Umgang mit den Patientinnen (Gesprächsführung, Dokumentation),
- | unzureichende Vernetzung und Wissen um Verweisungsmöglichkeiten,
- | Zeitmangel, mangelnde personelle Ressourcen, Schwierigkeiten, dies in den Praxisablauf zu integrieren,
- | rechtliche Unsicherheiten (Schweigepflicht),
- | Sorge, die Frauen zu verletzen, zu beleidigen oder Grenzen zu überschreiten,
- | „Büchse der Pandora“: Angst vor der Reaktion, vor den Folgen,
- | Mangel an finanziellen Ressourcen, unangemessene bzw. fehlende Vergütung.¹⁴

¹⁴ Vgl. Institut für Rechtsmedizin am Universitätsklinikum Düsseldorf (2008): Medizinische Intervention gegen Gewalt an Frauen (MIGG). Modellprojekt zur Unterstützung von niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten für das Erkennen, die Dokumentation und den sachgerechten Umgang mit gewaltbetroffenen Patientinnen. Analyse internationaler Publikationen und Entwicklungen zum Thema, Teil 2, S. 3 – 8.

Beispiel: Ennepe-Ruhr-Kreis

Die teilnehmenden Ärztinnen/Ärzte wurden gefragt, welche Barrieren sie aufgrund ihrer Erfahrungen im Modellprojekt bei den Kolleginnen und Kollegen sehen, die sie an der Einführung des MIGG-Ansatzes hindern könnten, bzw. welches für sie das größte Problem war.

Drei Viertel der Befragten halten den Zeitdruck für das größte Problem, wobei ein Drittel von ihnen glaubt, dass dem durch ein gutes Praxismanagement begegnet werden kann. Außerdem seien Patientinnen mit akuten Gewalterfahrungen nicht so häufig.

Ein Drittel der Ärztinnen/Ärzte hält den Zeitdruck nicht für vorrangig, weil sie entweder psychotherapeutisch arbeiten oder ebenfalls nicht so viele gewaltbelastete Patientinnen haben.

Ein Drittel vermutet einen Mangel an Motivation bei den Kolleginnen/Kollegen, z. T. aus persönlichen Gründen, z. B. wegen eigener Gewalterfahrungen, der Tabuisierung des Themas oder Berührungängsten.

Ein Viertel der Befragten meint, dass Ärztinnen/Ärzte nur über ein Honorar gewonnen werden können.

Für ein Viertel ist das Thema „häusliche Gewalt“ im Praxisalltag nicht immer präsent, sodass sie vermutlich Patientinnen mit Gewalterfahrungen übersehen.

Quelle: GSFe. V., Frankfurt am Main

Anregung für die Akquise

Der Zeitdruck wird vor allem von den hausärztlich tätigen Ärztinnen/Ärzten thematisiert, verbunden mit dem Hinweis auf die Vielfalt von Themen, die sie bearbeiten müssen. Vor diesem Hintergrund muss bereits in der Phase der Akquise ein realistisches Zeitmanagement geplant und den Ärztinnen/Ärzten vermittelt werden.

Zur Motivation von Ärztinnen/Ärzten bedarf es der Aufklärung über die Wirkung der Interventionsstandards für die Praxen und für die Frauen.

Die Honorarfrage kann lokal nicht geklärt werden.

Den Vorbehalten kann mit den vielen positiven Erfahrungen aus dem Modellprojekt begegnet werden, um Ärztinnen/Ärzte durch Aufklärung zu motivieren.

- Der Wunsch von Ärztinnen und Ärzten zu heilen, d. h. Behandlungserfolge zu erzielen, und die Chance, dies durch eine optimierte Praxis in der Behandlung gewaltbetroffener Patientinnen auch erreichen zu können, gelten als motivationsfördernde Faktoren.
- Das Engagement für einen zusätzlichen Themenbereich muss verbunden sein mit positiven Effekten für den eigenen Berufsalltag. Diese Effekte sind Zugewinn an Sicherheit im

Umgang mit einem Tabuthema, die Vorteile plausibler Erklärungsansätze für unerklärliche Verhaltensweisen oder Symptome bei Patientinnen sowie die Verlässlichkeit einer funktionierenden Weitervermittlungspraxis.¹⁵

- Ärztinnen/Ärzte werden durch die Einführung der Interventionsstandards entlastet; sie werden sicherer durch Informationen und praktischen Umgang mit den Interventionsstandards.
- Ärztinnen/Ärzte sehen das persönliche Kennenlernen von Vertreterinnen/Vertretern der Kooperationsgremien und Unterstützungseinrichtungen als Gewinn an.

Beispiel: Berlin

Ergebnisse der Abschlussbefragung von Ärztinnen/Ärzten, die am Modellprojekt teilgenommen haben:

Sensibilisierung: mehr Aufmerksamkeit gegenüber der Gewaltthematik und ihrer Komplexität; größeres Problembewusstsein („Ich war anfangs eher skeptisch dem Projekt gegenüber, habe aber eine ganze Menge mitgenommen.“ „Ich hätte nicht erwartet, dass es auch ‚in besseren Kreisen‘ so eine Rolle spielt.“)

Sicherheit beim Ansprechen von Gewalt: mehr Selbstvertrauen, um das Thema anzusprechen, Scheu verloren, Feinfühligkeit beim Umgang.

„Da habe ich mich gewandelt. Vorher habe ich gedacht: Das geht überhaupt nicht, dass ich jetzt diese Lehrerin nach Gewalt frage, jetzt mache ich das. Wenn sie pikiert ist, dann ist sie das eben. Sie kommt aber trotzdem wieder.“

Sicherheit im Umgang mit gewaltbetroffenen Patientinnen, größere Handlungskompetenz, Handlungssicherheit durch Qualifikation/Wissen, professionelleres Agieren/Reagieren („nicht mehr so schockiert“), wissen, was zu tun ist, Kontakte, Informationen zum Hilfesystem.

Quelle: Signal e. V., Berlin

Anregung für die Akquise

Diese positiven Einschätzungen von Kolleginnen/Kollegen, die sich freiwillig am Modellprojekt beteiligt haben, können genutzt werden, um Ärztinnen/Ärzte für die Einführung der Interventionsstandards und die Beteiligung am Implementierungsprozess zu gewinnen.

Die Einschätzungen wurden wissenschaftlich erhoben und ausgewertet, sind also evidenzbasiert.

¹⁵ Vgl. http://www.gesine-net.info/index.php?option=com_content&view=article&id=66&Itemid=67.

Beispiel: Düsseldorf/München/Kiel

Ergebnisse der Abschlussbefragung von Ärztinnen/Ärzten, die in Düsseldorf, München und Kiel am Modellprojekt teilgenommen haben

In der Erstbefragung zu Beginn des Modellprojektes haben nur zwei Teilnehmende angegeben, dass sie es nicht schwer finden, Gewaltopfer anzusprechen. In der Abschlussbefragung waren es 15 von 16 Teilnehmerinnen/Teilnehmern an der Befragung. Wesentliche Barrieren konnten somit ausgeräumt werden, insbesondere im Umgang mit Gewaltopfern, Ansprache, Dokumentation und Verweisung. Probleme bleiben bestehen im Bereich des Zeitkontingents und der sprachlichen Barrieren. Auch ist vermutete Scham bei der Patientin weiter ein Hinderungsgrund zu fragen.

Quelle: Institut für Rechtsmedizin, Düsseldorf

Anregung für die Akquise

In den Ergebnissen der Abschlussbefragung der Institute für Rechtsmedizin in Düsseldorf, München und Kiel wird deutlich, dass die Ärztinnen/Ärzte, die am Modellprojekt teilgenommen haben, ihre Barrieren, die in ihrer Haltung gegenüber dem Thema „häusliche Gewalt“ liegen, überwinden konnten. Eher strukturelle Probleme, wie der Zeitdruck oder sprachliche Barrieren, bleiben jedoch weiter bestehen, gelten jedoch gleichermaßen auch für andere Bereiche in der ambulanten medizinischen Versorgung.

Auch diese Argumente können daher im Rahmen der Akquise eingesetzt werden.

Beispiel: Ennepe-Ruhr-Kreis

Ergebnisse der Abschlussbefragung von Ärztinnen/Ärzten, die am Modellprojekt teilgenommen haben:

Acht von zehn Ärztinnen/Ärzten (80%) fühlen sich sicherer im Umgang mit gewaltbelasteten Patientinnen.

Zwei Drittel haben auch bei einer Verneinung des Verdachts durch eine Patientin ihr weitere Informationen angeboten. Hierbei sind die Materialien, die sie im Projekt erhalten haben, hilfreich.

Die Mehrheit schätzt die Materialien wie Patientinnenkarten, Plakat oder Infocard als hilfreich ein und hat sie genutzt.

Dokumentationsbogen und Homepage wurden von etwa der Hälfte der Teilnehmenden als hilfreich angesehen und von einem Drittel genutzt.

Quelle: GESINE-Netzwerk, Ennepe-Ruhr-Kreis

Anregung für die Akquise

Ärztinnen/Ärzte schätzen gute Materialien und setzen sie auch ein. Das wird deutlich aus den Ergebnissen der Abschlussbefragung, z. B. im Ennepe-Ruhr-Kreis. In der Akquise können sie bereits über die vorliegenden Materialien informiert werden, möglicherweise können bereits bei einer ersten Veranstaltung Beispiele zur Anschauung ausgelegt werden.

Die Materialien, die im Modellprojekt entwickelt und eingesetzt worden sind, sind in einem Materialienband zusammengefasst und können genutzt werden: Projektleitung GESINE-Netzwerk Gesundheit. EN Schwelm: Materialsammlung. Schwelm 2011; Bezug: <http://www.bmfsfj.de/BMFSFJ/Gleichstellung/frauen-vor-gewalt-schuetzen.html>.

4.2 Empfehlungen

Grundsätzlich gilt: Die Akquisestrategie sollte möglichst breit angelegt sein, sodass mehrere Wege genutzt werden können. Welche erfolgreich sein können, muss regional geprüft werden, denn es gibt kein Patentrezept.

4.2.1 Persönliche und berufliche Kontakte nutzen

Bei der Gewinnung von niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten für die Einführung der Interventionsstandards ist davon auszugehen, dass sich Ärztinnen/Ärzte freiwillig auf den Prozess der Sensibilisierung, Fortbildung und Einführung einlassen und dass sie daher von der Bedeutung des Handlungskonzeptes überzeugt sind bzw. sich überzeugen lassen. Im ersten Schritt sind daher die persönlichen und beruflichen Kontakte zu nutzen, um Ärztinnen/Ärzte anzusprechen, auch wenn das sehr zeitintensiv ist. Das gilt für alle Kooperationspartner, die sich in einer Region gemeinsam verschrieben haben, die ambulante medizinische Versorgung von gewaltbelasteten Frauen durch die Qualifizierung von niedergelassenen Ärztinnen/Ärzten zu verbessern. Kontakte zu Standesorganisationen und Berufsverbänden, die in der Region angesiedelt sind, sind dabei ebenso bedeutsam wie die zu Unterstützungseinrichtungen sowie zu Ärztinnen/Ärzten in der Region selbst. Dieses Netz informeller und formaler Kontakte und Arbeitsbeziehungen bildet die Grundlage für die Akquise.

4.2.2 Standesorganisationen, Berufsverbände und Kliniken ansprechen und als Unterstützung gewinnen

Standesorganisationen, Berufsverbände oder lokale ärztliche Zusammenschlüsse in die Akquise einzubeziehen, erscheint vor dem Hintergrund der Funktion der Standesorganisationen und deren Aufgaben zwingend erforderlich, um Akzeptanz für das Anliegen zu gewinnen. Standesorganisationen sind der organisierte Zusammenschluss aller Ärztinnen/Ärzte. Eine Landesärztekammer ist eine Körperschaft des öffentlichen Rechts und nimmt in Selbstverwaltung die beruflichen Belange ihrer Mitglieder gegenüber Staat und Gesellschaft wahr. Angehörige der Landesärztekammer sind alle Ärztinnen und Ärzte, die im Kammerbezirk ihren Beruf ausüben. Landesärztekammern haben einen umfangreichen Aufgabenkatalog zu Fortbildung, Beratung, Information und Hilfe.

Durch diese weitreichende und gesetzlich abgesicherte Form der Selbstverwaltung der Ärzteschaft werden auch die niedergelassenen Ärztinnen/Ärzte mit ihren selbstständigen Betrieben (Praxen) in ihrer Autonomie gestärkt, sodass sie gegenüber anderen Berufsgruppen manchmal als unerreichbar für eine gleichberechtigte Zusammenarbeit erscheinen. Vertreterinnen/Vertreter von Standesorganisationen können hier vermitteln. Über die Verteiler der Standesorganisationen können zudem alle Ärztinnen/Ärzte, die in einer Region tätig sind, erreicht werden. In einigen Bundesländern haben sich Landesärztekammern im Themenbereich „Gewalt gegen Frauen“ bereits engagiert. Daran könnte angeknüpft werden.

Standesverbände und Berufsverbände sind jedoch nicht in jeder Stadt oder in jedem Landkreis so präsent, dass sie auch auf der Ebene der lokalen gesundheitlichen Versorgung aktiv sind. Daher gehören zu den potenziellen Bündnispartnerinnen und Bündnispartnern bei der Gewinnung von Ärztinnen/Ärzten auch Chefärztinnen/Chefärzte in Kliniken oder eine Ärztin, ein Arzt mit einer hohen fachlichen Anerkennung, die/der als fachliche Autorität gilt. Das könnte auch die Moderatorin oder der Moderator eines Qualitätszirkels sein.

4.2.3 Die relevanten lokalen Bündnispartnerinnen und Bündnispartner einbinden

Die relevanten Kooperationspartner, zu denen neben den Unterstützungseinrichtungen auch kommunale Behörden, Polizei und Staatsanwaltschaft gehören können, können zum einen das Spektrum von Ärztinnen und Ärzten erweitern. Darüber hinaus können sie möglicherweise eigene Ressourcen für die Akquise zur Verfügung stellen.

4.2.4 Vorbehalte aufgreifen – Nutzen für die Praxis und die Patientinnen herausstellen

Vorbehalte beruhen in der Regel weniger auf eigenen Erfahrungen, sondern sind Ausdruck von Informationsdefiziten, Vorurteilen und Tabus. Gerade das Thema „häusliche Gewalt“ war lange Zeit gesellschaftlich tabuisiert. Inzwischen sind in vielen Berufsgruppen, z. B. bei der Polizei oder in Teilen der Justiz, die Tabus aufgebrochen zugunsten von Wissen und neuen Handlungskonzepten zugunsten der Opfer von Gewalt. An diese Entwicklung kann in der Diskussion mit Ärztinnen und Ärzten angeknüpft werden. Als Argumente zur Entkräftung der Vorbehalte können die evidenzbasierten positiven Erfahrungen im Modellprojekt „Medizinische Intervention gegen Gewalt an Frauen“ genutzt werden. Vor allem die „Win-Win“-Situation, das bessere Gefühl, einer Patientin wirklich helfen zu können und dabei durch die Zusammenarbeit mit Unterstützungseinrichtungen auch selbst entlastet zu werden, sind gute Argumente. Darauf haben die Ärztinnen/Ärzte, die am Modellprojekt teilgenommen haben, immer wieder hingewiesen. „Vorher dachte ich eher: Was nutzt es der Patientin, wenn ich es weiß und ihr nichts anbieten kann? Jetzt kann ich etwas anbieten, kann professioneller reagieren. Ich bin jetzt auch nicht so schockiert davon“ (Ärztin in Berlin).

4.3 Tipps zum Weiterlesen

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. Kurzzusammenfassung zentraler Studienergebnisse
www.bmfsfj.de/Kategorien/Forschungsnetz/forschungsberichte,did=20560.html

Weitere Informationen zur Akquise können bei den Projektleitungen in Berlin, Düsseldorf und im Ennepe-Ruhr-Kreis erfragt werden.

SIGNAL e. V., Berlin

www.signal-intervention.de

Institut für Rechtsmedizin am Universitätsklinikum Düsseldorf

www.uniklinik-duesseldorf/rechtsmedizin (Stichwort **Forschung**)

GESINE-Netzwerk Gesundheit, Ennepe-Ruhr-Kreis

www.gesine-intervention.de

V.

Regional kooperieren und vernetzen

In Kapitel 5 wird dargestellt,

- | welche Formen der lokalen Zusammenarbeit unterstützend für die dauerhafte Implementierung einer Interventionskette sind, welche Institutionen/Personen dort vertreten sein sollten und welche Aufgaben sie haben;
- | welche Funktionen eine koordinierende Stelle für den Aufbau und die Pflege von Kooperationsstrukturen und Netzwerken hat;
- | welche Bedingungen für eine gelingende Kooperation und Vernetzung förderlich sind;
- | was Netzwerke leisten können.

5.1 Formen der lokalen Zusammenarbeit

5.1.1 „Runder Tisch“

Ein „Runder Tisch Häusliche Gewalt“ ist ein lokales Arbeitsbündnis, dem Institutionen und Einrichtungen einer Kommune oder eines Landkreises angehören, zu deren Aufgabenbereich die Bearbeitung der Folgen „häuslicher Gewalt“ gehört. Dazu zählen Polizei, Staatsanwaltschaft, Familiengericht, Rechtsanwältinnen und Rechtsanwälte, Jugend- und Ordnungsämter, Frauenhäuser und Beratungsstellen, kirchliche Einrichtungen und Opferschutzorganisationen. Ziele der Arbeit des „Runden Tisches“ sind:

- | eine Interventionskette in der Region zur Gewährleistung von Schutz und Sicherheit für gewaltbelastete Frauen zu etablieren durch:
 - | die Bündelung des Wissens und der Erfahrungen der für das Thema „häusliche Gewalt“ zuständigen kommunalen/staatlichen Einrichtungen und freien Träger und
 - | durch die Koordinierung multiprofessioneller Aktivitäten im Einzelfall und einzelfallübergreifend,
- | präventiv Gewalt zu bekämpfen durch eine breite Öffentlichkeitsarbeit.

In vielen Städten und Landkreisen besteht bereits seit Jahren ein „Runder Tisch Häusliche Gewalt“, oft initiiert von der kommunalen Gleichstellungsbeauftragten in Kooperation mit Unterstützungseinrichtungen von Frauen. Diese Entwicklung wurde durch Landesaktionspläne zur Bekämpfung der Gewalt an Frauen gefördert. Auch größere Arbeitsbündnisse zur Bekämpfung aller Formen von Gewalt in der Region, z. B. ein Kriminalpräventiver Rat, hat in der Regel wenigstens eine Unterarbeitsgruppe zum Thema „häusliche Gewalt“, die im Sinne des „Runden Tisches“ arbeitet (vgl. Kapitel II).

Die Einrichtungen des Gesundheitswesens waren bisher in dieser Kooperationsstruktur nur in wenigen Kommunen/Landkreisen vertreten, sodass die Interventionskette in Bezug auf die gesundheitliche Versorgung gewaltbelasteter Frauen bisher noch nicht vollständig geschlossen werden konnte.

Beispiel: „Runder Tisch“ in Kiel

KiK ist ein seit Jahren arbeitender landesweiter „Runder Tisch“ mit lokalen Strukturen und Koordinatorinnen.

- | Die lokale Koordinatorin von KiK in Kiel hat die Koordinatorin des MIGG-Projektes (Ärztin im Institut für Rechtsmedizin) „an den Runden Tisch geholt“.
- | Die KiK-Koordinatorin hat an Fortbildungsveranstaltungen für Ärztinnen/Ärzte mitgewirkt und das Frauenunterstützungsnetz dort vorgestellt und vertreten.
- | Sie hat einzelfallbezogene Beratung für MIGG-Ärztinnen/-Ärzte angeboten und geleistet.
- | Sie hat im KiK-Netzwerk regelmäßig über das Modellprojekt berichtet.

Vertretung der Ärztinnen/Ärzte im Netzwerk: durch die MIGG-Koordinatorin.

Quelle: GSF e. V., Frankfurt am Main

Anregung für die Übertragung

Durch das Modellprojekt MIGG ist es gelungen, die Kooperation zwischen dem „Runden Tisch“ und Ärztinnen/Ärzten zu vermitteln. Die MIGG-Koordinatorin konnte am „Runden Tisch“ die Anliegen der Ärztinnen/Ärzte einbringen und den Ärztinnen/Ärzten wiederum die Ergebnisse der Arbeit des Gremiums vermitteln.

Diese besondere Form der Kooperation kann jedoch nur in den Kommunen aufgebaut werden, in denen ein Institut für Rechtsmedizin angesiedelt ist. In anderen Kommunen könnten andere Einrichtungen des Gesundheitswesens, z. B. das Gesundheitsamt oder eine Klinik, die koordinierende Funktion übernehmen.

„Runde Tische“ können Unterstützung bieten bei der Implementierung der Interventionsstandards, weil dort die lokalen Aktivitäten zur Bekämpfung der Gewalt gegen Frauen koordiniert werden. Außerdem arbeiten die Berufsgruppen und Fachkräfte dort mit, die auch Initiatorinnen/Initiatoren bzw. Multiplikatorinnen/Multiplikatoren für den Aufbau eines Gesundheitsnetzwerks zu Gewalt sein können.

5.1.2 „Multidisziplinäres Netzwerk“

„Multidisziplinäre Netzwerke sind stärker auf die Bedürfnisse der Gesundheitsanbieter zugeschnitten, behandeln eher deren konkrete Anliegen und orientieren sich an den Handlungsmöglichkeiten der angesprochenen Professionen. Sie vernetzen konkrete Angebote und Unterstützungsleistungen miteinander, um den Betroffenen einen schnelleren Zugang zu spezialisierten regionalen oder fachspezifischen Angeboten zu ermöglichen. Ziel der Zusammenarbeit ist die Implementierung einer spezifisch gesundheitsbezogenen Kooperation.“¹⁶

¹⁶ Vgl. unveröffentlichte Arbeitsvorlage von GESINE/ SIGNAL: Bestandsaufnahme GESINE/SIGNAL 2009, S. 16.

Ein multidisziplinäres Netzwerk mit seinem Schwerpunkt im Bereich gesundheitsbezogener Leistungen ist daher eine wichtige Ergänzung zur Arbeit des „Runden Tisches“.

Beispiel: Das GESINE-Netzwerk im Ennepe-Ruhr-Kreis

Frauen helfen Frauen EN e. V. ist der einzige Träger einer Einrichtung für gewaltbelastete Frauen im Landkreis:

- | Die Frauenberatung EN sowie die Koordinierungsstelle des GESINE-Netzwerkes sind am Runden Tisch vertreten, der von der Kreisgleichstellungsbeauftragten koordiniert wird.
- | Die Frauenberatung EN hat – parallel zur psychosozialen Versorgung – mit dem GESINE-Netzwerk ein neues Handlungsfeld im Bereich Gesundheit etabliert.
- | Die Frauenberatung EN hat eine Lotsenfunktion und arbeitet in enger Kooperation mit der GESINE-Koordinierungsstelle,
- | Das GESINE-Netzwerk sorgt für den Austausch zwischen den Gesundheitsanbietern und dem Runden Tisch. Zusätzlich werden Ärztinnen/Ärzte bei Bedarf als Expertinnen/Experten zum Runden Tisch eingeladen.

Vertretung der Ärztinnen/Ärzte im Netzwerk: durch GESINE-Netzwerk

Quelle: GSF e. V., Frankfurt am Main

Anregung für die Übertragung

Die Frauenberatung EN hat aufgrund ihrer Erfahrungen in der Arbeit mit gewaltbelasteten Frauen das GESINE-Netzwerk als eigenständigen Arbeitsbereich mit dem Schwerpunkt der gesundheitsbezogenen Kooperation aufgebaut. Die Frauenberatung EN übernimmt die Lotsenfunktion für gewaltbelastete Frauen für die GESINE-Netzwerkpartner. GESINE ist gleichzeitig am „Runden Tisch“ vertreten und kann die Interessen der Ärztinnen/Ärzte dort einbringen.

Das Modell erscheint gut geeignet für Landkreise mit wenigen Unterstützungseinrichtungen. Allerdings fehlen in der Regel Ressourcen, um ein Netzwerk aufzubauen und zu koordinieren. Daher ist die Frage nach ergänzenden Ressourcen mit Vertreterinnen/Vertretern lokaler Behörden und des „Runden Tisches“ zu klären, wer was einbringen kann.

5.1.3 Andere Modelle von Kooperation und Vernetzung

Andere Modelle für Kooperation und Vernetzung sind parallel organisierte Kooperationsstrukturen von Frauenunterstützungseinrichtungen und Einrichtungen im Gesundheitsbereich.

Beispiel: Berlin

Berlin hat zwei parallel arbeitende Netzwerke mit klarer Aufgabenteilung mit jeweils staatlich finanzierten Geschäftsstellen:

- | BIG e. V. für die Frauenunterstützungsstruktur und
- | Signal e. V. für den Gesundheitsbereich.

Die Aktivitäten der beiden Netzwerke werden jeweils koordiniert.

Vertretung der Ärztinnen und Ärzte im Netzwerk BIG e. V. durch Signal e. V.

Quelle: GSF e. V., Frankfurt am Main

Anregung für die Übertragung

Berlin kann beispielhaft sein für größere Kommunen mit einem vielfältig differenzierten Unterstützungsangebot. Der Verein Signal e. V. wird dazu vom Land Berlin für diese Aufgabe gefördert ebenso wie das Netzwerk der Unterstützungseinrichtungen. Damit sind günstige Voraussetzungen geschaffen worden, denn zu den Aufgaben beider Vernetzungsstellen gehört die Kooperation.

Beispiel: Düsseldorf

Düsseldorf hat zwei parallel arbeitende Kooperationsstrukturen, den Kriminalpräventiven Rat (KPR) und die Gesundheitskonferenz mit jeweils kommunal finanzierten Geschäftsstellen.

Zuständig für die gesundheitliche Versorgung gewaltbelasteter Frauen durch Kooperation ist die Gesundheitskonferenz.

- | Das Institut für Rechtsmedizin arbeitet mit im KPR.
- | Der KPR hat Arbeitsgruppen zu den Themen „häusliche und sexualisierte Gewalt“.
- | Parallel dazu arbeitet im Rahmen der Gesundheitskonferenz ebenfalls eine Arbeitsgruppe „häusliche Gewalt“.

Vertretung der Ärzte im KPR: bisher durch Ärztinnen/Ärzte aus dem Institut für Rechtsmedizin

Quelle: GSF e. V., Frankfurt am Main

Anregung für die Übertragung

Dieses Modell ist in alle Kommunen und Landkreise übertragbar, in denen kommunale Gesundheitskonferenzen wirken. Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Instituts für Rechtsmedizin haben im Rahmen des MIGG-Modellprojektes koordinierende Funktion übernommen. Zukünftig könnten ähnlich wie in Berlin die beiden „Runden Tische“, die für unterschiedliche fachliche Schwerpunkte in der Region zuständig sind, kooperieren und so auch die niedergelassenen Ärztinnen/Ärzte in die Interventionskette einbeziehen.

In allen Modellen, die im Modellprojekt MIGG erprobt wurden, ging es – unter Berücksichtigung des professionellen Selbstverständnisses und der wirtschaftlichen Rahmenbedingungen – um den Aufbau eines eigenständigen Netzwerks für Ärztinnen und Ärzte, um sie in bestehende Kooperationsstrukturen einzubeziehen. Im Ennepe-Ruhr-Kreis sollten die akquirierten Praxen langfristig in das GESINE-Netzwerk eingebunden werden. Dazu waren fast alle Ärztinnen/Ärzte, die am Modellprojekt teilgenommen haben, bereit. Welches der Modelle als geeignet erscheint bzw. inwieweit auch andere Formen einer institutionalisierten Zusammenarbeit entwickelt werden können, ist abhängig von den historisch gewachsenen Kooperationsstrukturen vor Ort (vgl. Kapitel II).

Das bedeutet, dass der Schwerpunkt bei der Einführung der Interventionsstandards in die medizinische Versorgung gewaltbelasteter Patientinnen entweder beim Aufbau eines eigenständigen „multidisziplinären Netzes“ liegen könnte oder bei der Vernetzung bereits vorhandener Kooperationsstrukturen im Arbeitsbereich „häusliche Gewalt“ und im Gesundheitswesen. Mitglieder des „Runden Tisches“ können initiativ werden, sich dafür engagieren und möglicherweise auch koordinierende Funktionen für die neuen Netzwerkstrukturen übernehmen.

5.2 Aufgaben des Netzwerkes

Aufgabe des (neuen) Netzwerkes ist die Verbesserung von Kommunikation und Kooperation zwischen den Professionellen im Gesundheitsbereich, insbesondere den Ärztinnen und Ärzten, und den Professionellen in den anderen relevanten Fachbereichen, insbesondere den Fachkräften in den Unterstützungseinrichtungen und der Polizei. Ziele der Arbeit des Netzwerkes sind:

- die Einführung der Interventionsstandards in die Praxis von Ärztinnen/Ärzten und anderen Berufsgruppen im Gesundheitswesen voranzubringen;
- die differenzierten Unterstützungsangebote für gewaltbelastete Frauen mit der ärztlichen Versorgung fachgerecht zu verknüpfen und die lokale Interventionskette weiterzuentwickeln;
- sich kontinuierlich fachlich auszutauschen, um neue Entwicklungen aufzugreifen und die Zusammenarbeit der Netzwerkpartner zu festigen;
- Schnittstellen und Lücken in der Interventionskette aufzudecken und zu klären, wer zukünftig welche Aufgaben übernehmen kann;
- als Multiplikatorin/Multiplikator innerhalb der eigenen Organisation/Praxis oder anderer Netzwerkstrukturen zu fungieren und damit zur Enttabuisierung des Themas „häusliche Gewalt“ beizutragen;
- eine gemeinsame und abgestimmte Öffentlichkeitsarbeit zum Thema „häusliche Gewalt“ zu leisten (z. B. gemeinsame Notfallkarte, Flyer);
- die Kommunikationsplattform für Austausch, Information, Kritik und Anregungen zu nutzen¹⁷;
- Schwerpunktthemen in Unter-/oder Fachgruppen zu bearbeiten und die Ergebnisse in das Netzwerk zurückfließen zu lassen.

¹⁷ Vgl. http://www.gesine-net.info/index.php?option=com_content&view=article&id=65&Itemid=66.

Beispiel: Berlin

Interdisziplinäre Fachgruppen

Gewalt und Sucht:

- | Verbesserung der Versorgung bei Gleichzeitigkeit von Suchtabhängigkeit und Gewaltbetroffenheit
- | Gegenseitige Fortbildungen
- | Entwicklung von Kooperation

Rechtssichere Dokumentation

- | Austausch, Erfahrungen in der Anwendung
- | Überarbeitung und Weiterentwicklung des Dokumentationsbogens von Signal e. V.
- | Verbreitung des Dokumentationsbogens

Quelle: Signal e. V., Berlin

Anregung für die Übertragung

Die Bildung von interdisziplinären Fachgruppen wird notwendig, wenn sich innerhalb des Netzwerkes Themenschwerpunkte herausbilden, die unterschiedliches Interesse finden. Das können auch räumlich und zeitlich begrenzte Projekte sein, z. B. die gemeinsame Vorbereitung eines Fachtages oder in Berlin beispielsweise die Fachgruppe „Rechtssichere Dokumentation“.

Mit diesem auf die gesundheitliche Versorgung gewaltbelasteter Frauen spezialisierten Netzwerk soll die Interventionskette bei häuslicher Gewalt geschlossen werden. Sie kann gleichzeitig einen Beitrag leisten zur Bekämpfung der Gewalt gegen Frauen in der Kommune bzw. im Landkreis.

5.3 Koordination des Netzwerks

Netzwerkstrukturen bedürfen der Koordination durch eine oder mehrere Personen. Zu den koordinierenden Aufgaben gehören:

- | die interne Strukturierung des Netzwerkes und seine Fokussierung auf die Einführung der Interventionsstandards in die ärztliche Versorgung gewaltbelasteter Frauen,
- | die Initiierung von Kommunikationsprozessen und die Beantwortung von Fragen von (potenziellen) Netzwerkpartnern sowie die Moderation der multidisziplinären Zusammenarbeit,
- | die Organisation und gegebenenfalls auch Durchführung von Fortbildungsangeboten und weiteren begleitenden Angeboten¹⁸,

¹⁸ Vgl. Refle, Margot/Günter Refle: Frühprävention und Intervention als Auftrag der Netzwerke für Kinderschutz in Sachsen. In: IZKK-Nachrichten, Heft 1, 2010, S. 41ff.

- | der Aufbau und die Pflege einer Kommunikationsplattform für die Netzwerkpartner,
- | die Sicherung der Ergebnisse und ihre Verbreitung,
- | die Präsentation der Leistungen des Netzwerks und die Werbung weiterer Praxen für die Mitarbeit durch Öffentlichkeitsarbeit.

Für den Aufbau des Netzwerkes und seine Koordinierung sind personelle und sachliche Ressourcen erforderlich, die in der Regel aber nicht „einfach so“ zur Verfügung stehen bzw. zur Verfügung gestellt werden können. Die Frage nach den Ressourcen für die Netzwerkkoordination wird daher bereits frühzeitig bei der Arbeit am Konzept für die Einführung der Interventionsstandards mit aufgegriffen (vgl. Kapitel III). Darüber hinaus wird die Einwerbung finanzieller Mittel für die Koordination des multidisziplinären Netzwerkes eine kontinuierliche Aufgabe der koordinierenden Stelle sein.

Beispiel: Berlin

„S. I. G. N. A. L.-Koordinierungsstelle“ eröffnet

Seit Anfang 2010 ist S. I. G. N. A. L. e. V. Träger der „Koordinierungs- und Interventionsstelle zur Förderung und Weiterentwicklung der Prävention und Intervention in der gesundheitlichen Versorgung bei häuslicher und sexualisierter Gewalt“.

Die S. I. G. N. A. L.-Koordinierungsstelle wird durch den Senat für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz gefördert.

Zentrales Ziel der Koordinierungsstelle ist es, erprobte und tragfähige Interventions- und Präventionskonzepte in der Gesundheitsversorgung zu verbreiten und langfristig zu verankern. Das Projekt bietet:

- | Informationen zur Intervention und Prävention bei häuslicher und sexualisierter Gewalt
- | Beratung und Begleitung bei der Implementierung und Verankerung des **S. I. G. N. A. L.**-Interventionsprogramms in Einrichtungen der Gesundheitsversorgung
- | Materialien zur Intervention und Prävention
- | Aus-, Fort- und Weiterbildung
- | Aufklärung und Öffentlichkeitsarbeit
- | Fachveranstaltungen, Fachgremien

Quelle: <http://www.signal-intervention.de/>

Anregung für die Übertragung

Die Finanzierung des Senats Berlin für den Verein S. I. G. N. A. L. e. V. konnte nach einer mehrjährigen erfolgreichen Arbeit des Vereins zur Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung gewaltbelasteter Frauen erreicht werden. Der Verein hat seine bisherigen Aktivitäten durch die Teilnahme an Modellprogrammen, die Beratung von Gesundheitseinrichtungen und Fortbildungsangebote finanziert. Die Förderung durch den Senat trägt nun zu einer Verstetigung der Arbeit bei.

Ähnlich sind viele Einrichtungen innerhalb der Interventionskette entwickelt und aufgebaut worden. Aus der Erkenntnis eines Bedarfs heraus sind sie initiiert und mit viel – auch ehrenamtlichem Engagement – aufgebaut worden. In der Förderung liegt schließlich die Anerkennung des Bedarfs als einer Aufgabe, für die die Gemeinschaft zuständig ist.

Neben einer guten fachlichen Arbeit, die Anerkennung findet, ist eine breite Öffentlichkeitsarbeit eine Voraussetzung, um das Ziel zu erreichen.

5.4 Voraussetzungen für eine gute Zusammenarbeit in Netzwerken

Die Voraussetzungen für das Gelingen der Kooperation werden in der Literatur zur Netzwerkarbeit im sozialen Bereich¹⁹ immer wieder ähnlich beschrieben wie von den Netzwerkpartnern im MIGG-Projekt. Die Aussagen von Netzwerkpartnern im MIGG-Modellprojekt, die zu den die Zusammenarbeit fördernden Voraussetzungen befragt wurden, können daher als allgemeine Qualitätskriterien formuliert werden, an denen die konkrete Netzwerkarbeit zur Einführung der Interventionsstandards in die Region jeweils gemessen werden kann:

- Die Haltung der Netzwerkpartner ist bestimmt durch gegenseitigen Respekt gegenüber der jeweils anderen Profession, Offenheit für Neues, das Engagement für den Aufgabenbereich und gegenseitiges Vertrauen. Dazu gehört auch die Bereitschaft, sich an gemeinsam vereinbarte Regeln für die Zusammenarbeit zu halten.
- Netzwerke haben eine feste Struktur. Sie sind multiprofessionell und multikulturell. Alle relevanten Einrichtungen und Berufsgruppen, die zum Thema „häusliche Gewalt“ arbeiten, sind vertreten. Ein Grundkonsens zum Thema ist erarbeitet. Die Ziele der Netzwerkarbeit sind gemeinsam festgelegt und werden von allen getragen. Die Zusammenarbeit ist durch eine Vereinbarung gefestigt, die auch für die Patientinnen transparent ist. Die Koordination der Zusammenarbeit ist professionell und zugleich niederschwellig.

¹⁹ Vgl. Nationales Zentrum Frühe Hilfen (Hrsg.): Ziegenhain, Ute; Schöllhorn, Angelika; Künster, Anne K.; Hofer, Alexandra; König, Cornelia; Fegert, Jörg M.: Modellprojekt „Guter Start ins Kinderleben“. Werkbuch Vernetzung. Ulm 2010.

Beispiel: Ennepe-Ruhr-Kreis

Die Netzwerkassoziation geschieht auf der Grundlage einer Vereinbarung. Diese beinhaltet eine Zusicherung, sich in der eigenen Berufspraxis an den genannten Standards zu orientieren. Erst die verbindliche Zusage, die grundlegenden Standards in der Behandlung gewaltbetroffener Frauen einzuhalten, ermöglicht es allen Netzwerkpartnern, Patientinnen bei Bedarf gezielt an gewaltsensibel handelnde Kliniken, Praxen oder Beratungsstellen weiterzuvermitteln.

Ein Aufkleber in der Praxis weist auf die Partnerschaft im Netzwerk hin.

Quelle: http://www.gesine-intervention.de/index.php?option=com_content&view=article&id=65&Itemid=66

Anregung für die Übertragung

Verbindliche Vereinbarungen können als Voraussetzung gelten für die Verbesserung der Qualität der Versorgung gewaltbelasteter Patientinnen. Die Netzwerkpartner haben einen gemeinsam gestalteten Rahmen, um z. B. gewaltbelastete Patientinnen zuverlässig an sensibilisierte Praxen vermitteln zu können.

Exemplarisch ist an diesem Beispiel, dass die Patientinnen mit einem Aufkleber in der Praxis über die Zusammenarbeit informiert werden.

- | Netzwerke entfalten ihren Nutzen durch attraktive Angebote wie Fortbildungsveranstaltungen oder Fachtage mit kompetenten Referentinnen/Referenten, die ergebnisorientiert arbeiten und/oder die Lösung eines Problems oder die Erarbeitung eines Produktes anstreben.
- | Netzwerke und die Netzwerkpartner sind öffentlich sichtbar, z. B. durch Aktionen, Plakate, Internetauftritt.
- | Die Arbeit im Netzwerk ist orientiert an der professionellen Praxis der Netzwerkpartner, insbesondere der Ärztinnen/Ärzte. Die kontinuierliche Zusammenarbeit der unterschiedlichen Professionen mit einzelfallbezogenen Verabredungen, z. B. „kurze Wege“, trägt zum Nutzen aller Netzwerkpartner bei (Win-win-Situation). Die Kooperation kann auch schriftlich vereinbart werden.

Beispiel Berlin

Name d. Praxisinhaberin/Praxisinhabers, Stempel:

Hiermit erkläre ich, dass ich mit meinem Praxisteam am bundesweiten Modellprojekt **MIGG** teilnehme.

Diese Kooperationsvereinbarung beinhaltet eine freiwillige Selbstverpflichtung. Ziel ist, eine gute Versorgung und Unterstützung für gewaltbetroffene Patientinnen in unserer Praxis zu gewährleisten. Gemeinsam mit den Projektmitarbeiterinnen und mit der wissenschaftlichen Begleitung soll so ein tragfähiges Konzept entstehen, das auch für andere Praxen nutzbar ist.

Um diese Ziele zu erreichen, wird Folgendes vereinbart:

Die Projektmitarbeiterinnen

- | unterstützen die Arztpraxis durch persönliche und telefonische Beratung,
- | bieten kostenlose Fortbildungen und Schulungsmaterialien an,
- | bieten Informationen zum regionalen Hilfesystem,
- | fördern Kontakte mit dem regionalen Hilfesystem,
- | stellen kostenloses Informationsmaterial für Patientinnen zur Verfügung.

Die Ärztinnen/Ärzte und Praxismitarbeiterinnen/Praxismitarbeiter

- | sind für eine Zusammenarbeit mit dem regionalen Hilfesystem offen,
- | nehmen an kostenlosen Fortbildungen zum Thema teil,
- | sind bereit, die Inhalte der Fortbildungen im Kontakt mit Patientinnen in der Praxis zu erproben.

Unterschrift von Teilnehmerin/Teilnehmer

Projektleitung

Quelle: Signal e. V., Berlin

Anregung für die Übertragung

Mit der schriftlichen Vereinbarung binden sich die Partnerinnen/Partner freiwillig an das Netzwerk. Zentral ist die Selbstverpflichtung, sich an den Interventionsstandards zu orientieren und damit eine gute ärztliche Versorgung und Weitervermittlung gewaltbelasteter Patientinnen zu gewährleisten. Mit dem Praxisaufkleber lassen sie ihre Öffnung zum Thema „häusliche Gewalt“ dann auch für die Patientinnen sichtbar werden.

Die im Modellprojekt MIGG entwickelte Vereinbarung sollte an die lokalen Bedingungen angepasst werden. Möglich ist, Netzwerkpartner bereits in die Formulierung einzubeziehen bzw. einen Entwurf mit ihnen abzustimmen.

Die Voraussetzungen für eine gelingende Kooperation und Vernetzung enthalten indirekt bereits Hinweise zu deren Nutzen.

5.5 Ergebnisse der Kooperation in einem Netzwerk

Den Nutzen des Netzwerkes, insbesondere für Ärztinnen/Ärzte, fassen die Netzwerkpartner im MIGG-Modellprojekt in drei zentralen Dimensionen zusammen:

- Die Sensibilisierung zum Thema „Gewalt gegen Frauen“ und das Wissen zu Ursachen und Erscheinungsformen von Gewalt führen zu mehr Fachlichkeit und damit auch zu mehr Sicherheit in der ärztlichen Versorgung gewaltbelasteter Patientinnen. Zusätzlich können die neuen Kenntnisse und Handreichungen auf andere Gewaltkontexte übertragen werden. Insofern wächst die ärztliche Kompetenz im Umgang mit Gewaltformen und -folgen sowie für die Gewaltopferversorgung.
- Das persönliche Kennenlernen der Netzwerkpartner unterschiedlicher Professionen und ihrer Arbeitsansätze und Unterstützungsangebote, zusammen mit konkreten Vereinbarungen für die Zusammenarbeit, führt zur fachgerechten Vermittlung weitergehender Hilfen mit einer kurzfristigen Terminierung („kurze Wege“); mit den Worten einer Ärztin: *„Ich habe konkrete Informationen erhalten, an wen ich mich wann wenden kann, damit habe ich mir viel Zeit für die Recherche gespart. Ich kenne die Leute jetzt auch, da fällt es leichter anzurufen.“*²⁰
- Durch den Kontakt zum Institut für Rechtsmedizin und die Kenntnis von dessen Möglichkeiten der Begutachtung wird die rechtssichere Dokumentation verbessert. Das gilt allerdings nur für die Orte, in denen Institute für Rechtsmedizin eine offene Sprechstunde bzw. ein Ambulanzangebot haben bzw. niedergelassene Ärztinnen/Ärzte kollegial beraten. Eine beratende Einbindung von rechtsmedizinischer Kompetenz ist in der Regel auch auf größere räumliche Entfernung möglich, z. B. telefonisch.

Diese Erhöhung der Professionalität durch die Einführung der Interventionsstandards in die ärztliche Versorgung nutzt auch den Frauen:

- Sie finden für das Thema „Gewalt“ sensibilisierte Ansprechpersonen in der Praxis und können das Thema von sich aus ansprechen oder werden danach gefragt.
- Frauen erhalten eine professionelle Beratung und werden fachgerecht weitervermittelt. Termine können kurzfristig vereinbart werden. Das gilt für alle Termine bei Netzwerkpartnern, in der ärztlichen Sprechstunde ebenso wie in der Beratungsstelle.
- Frauen können die Folgen der Gewalt rechtssicher dokumentieren lassen, um sie bei Bedarf, z. B. wenn sie sich für eine Anzeige entscheiden, entsprechend nachweisen zu können.

Die Leistungen des Netzwerkes werden auch für die lokale Öffentlichkeit mit einer gezielten Öffentlichkeitsarbeit sichtbar dargestellt. Gemeinsame „Produkte“ sind Flyer, eine Internetplattform, Dokumentationsbögen oder gemeinsame Fachtage.

²⁰ Interview von GSF e. V., 2009.

5.6 Empfehlungen

5.6.1 Traditionen lokaler Zusammenarbeit erkunden

Für die Unterstützung von gewaltbelasteten Frauen sind in fast allen Kommunen und Landkreisen lokale Vernetzungsstrukturen aufgebaut worden. Die Formen der Zusammenarbeit sind historisch gewachsen, abhängig von der Entstehungsgeschichte und der politischen und fachpolitischen Anerkennung und Unterstützung, die sie gefunden haben. Der Aufbau eines multiprofessionellen Netzwerks als Ergänzung zu bereits vorhandenen Kooperationsstrukturen muss in jedem Fall die Unterstützung von dort erhalten, um Synergieeffekte zu nutzen und Konkurrenz auszuschließen. Ebenso kann die Initiierung einer engen Kooperation von Netzwerken, die gleichzeitig in verschiedenen Fachbereichen aktiv sind, nur gelingen, wenn ihre Tradition der Zusammenarbeit respektiert wird.

5.6.2 Vernetzungsbereitschaft ermitteln

Die Vernetzungsbereitschaft der Akteurinnen/Akteure, die potenziell dem Netzwerk angehören sollen, könnte z. B. während der Vorbereitung und Durchführung eines Fachtags zum Thema „Hilfen für die ärztliche Versorgung von gewaltbelasteten Patientinnen“ erkundet werden. Potenzielle Netzwerkpartner können in die Planung und Durchführung der Veranstaltung einbezogen werden. Durch die Veranstaltung selbst, insbesondere bei Erfolg, können weitere Netzwerkpartner gewonnen werden. Darüber hinaus können Schlüsselpersonen in der Kommune und im Gesundheitswesen, z. B. die politisch Verantwortlichen oder Chefärztinnen/Chefärzte, gewonnen werden, gezielt für die Mitarbeit im Netzwerk zu werben und dadurch die Bereitschaft zur Kooperation zu erhöhen.

5.6.3 Voraussetzungen für die Zusammenarbeit klären

Als Vorbereitung der formalen Vereinbarung zur Zusammenarbeit sollten die Netzwerkpartner gemeinsam die Voraussetzungen dafür klären. Dazu gehört u. a. zu bestimmen, wer dem Netzwerk angehören sollte sowie die Klärung der Frage nach der Koordination, ihrer Ansiedlung im Netzwerk, ihren Aufgaben und Kompetenzen und ihren Ressourcen. Außerdem sollte von allen Beteiligten klar benannt werden, welche Erwartungen sie an die Kooperation haben und was sie selbst dazu beitragen können. In diesem Kontext können niedergelassene Ärztinnen/Ärzte und ihre Vertreterinnen/Vertreter dann den Netzwerkpartnern auch ihre berufsspezifischen Einschränkungen, z. B. an Flexibilität und Zeit, vermitteln.

5.6.4 Verbindlichkeiten festlegen

Für den Erfolg der Arbeit im Netzwerk sind verbindliche Regelungen förderlich, die von den Netzwerkpartnern gemeinsam vereinbart werden. Dabei sollten die Formen der Zusammenarbeit festgelegt werden, z. B. die Häufigkeit von Treffen, die Vorbereitung der Treffen oder die Arbeit des Netzwerks zwischen den gemeinsamen Sitzungen. Für ein Netzwerk, in dem Ärztinnen/Ärzte mitarbeiten sollen, könnte u. a. auch verbindlich festgelegt sein, dass die Treffen in der Regel mit Fortbildungsangeboten verknüpft werden, die bepunktet werden können (vgl. Kapitel VI).

5.7 Tipps zum Weiterlesen

GESINE-Netzwerk Gesundheit. EN Schwelm – Marion Steffens, Andrea Stolte, Ulrike Janz; SIGNAL Intervention im Gesundheitsbereich gegen Gewalt e. V., Hildegard Hellbernd, Dr. med. Heike Mark, Angelika May, Karin Wieners; Universitätsklinikum Düsseldorf, Priv.-Doz. Dr. med. Hildegard Graß, Dr. med. Lydia Berendes, Prof. Dr. med. Stefanie Ritz-Timme; Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Dr. med. Regina Schlenger, Prof. Dr. med. Hans-Jürgen Kaatsch; Ludwig-Maximilian-Universität München, Prov.-Doz. Dr. med. Elisabeth Mützel, Sabine Lüscher, Prof. Dr. Dr. med. Matthias Graw: Curriculum zum Modellprojekt „MIGG“, Medizinische Intervention gegen Gewalt an Frauen, Schwelm, Berlin, Düsseldorf 2011.

Das Curriculum enthält als Anlagen drei Materialbände, verantwortet von den drei Projektträgern.

Bezug: <http://www.bmfsfj.de/BMFSFJ/Gleichstellung/frauen-vor-gewalt-schuetzen.html>

Hier sind die Ausschreibungen der Fachtage vom GESINE-Netzwerk sowie die Dokumentation der jeweiligen Fachtage hinterlegt:

http://www.gesine-intervention.de/index.php?option=com_content&view=article&id=76&Itemid=77

Aufkleber „Wir sind PartnerInnen des Netzwerks GESINE“.

http://www.gesine-intervention.de/images/pdf/aufkleber_gesine.pdf

Stadt Münster: Arbeitskreis „Gesundheitliche Versorgung bei häuslicher Gewalt“ der Gesundheitskonferenz Münster: Handlungsempfehlung: Optimierung der gesundheitlichen Versorgung von Opfern häuslicher Gewalt in Münster

<http://www.muenster.de/stadt/gesundheitsamt/pdf/Gesundheitsamt-HE-Haeusliche-Gewalt.pdf>

Arbeitsbereich Psychotraumatologie der Klinik und Poliklinik für Psychosomatik und Psychotherapie des Universitätsklinikums Carl Gustav Carus Dresden: „Traumanetz Sachsen“

<http://www.traumanetz-sachsen.de/>

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.): Handbuch für Alleinerziehende

http://www.gesine-net.info/index.php?option=com_content&view=article&id=65&Itemid=66

Nationales Zentrum Frühe Hilfen (Hrsg.): Ziegenhain, Ute; Schöllhorn, Angelika; Künster, Anne K.; Hofer, Alexandra; König, Cornelia; Fegert, Jörg M.: Modellprojekt „Guter Start ins Kinderleben“. Werkbuch Vernetzung. Ulm 2010

http://www.fruehehilfen.de/fileadmin/user_upload/fruehehilfen.de/pdf/Werkbuch_Vernetzg_100420.pdf

Flyer für einen Fachtag „Häusliche Gewalt und ihre Folgen – Netzwerke helfen. Veranstaltet vom Runden Tisch Gewalt, Landkreis Ebersberg und dem Ärztlichen Kreisverband Ebersberg

http://www.kreisklinik-ebersberg.de/aktuelles/news/Einladungsflyer_Netzwerk_gegen_Gewalt.pdf

Heidelberger Erklärung: Häusliche Gewalt – kein Tabuthema in der Medizin

http://www.heidelberg.de/servlet/PB/show/1190416/16_pdf_him-hd-erklaerung_8-10-08.pdf

Eine Übersicht über alle deutschen rechtsmedizinischen Institute und deren Erreichbarkeiten ist auf der Homepage der Deutschen Gesellschaft für Rechtsmedizin abrufbar

<http://www.dgrm.de>

Refle, Margot/Günter Refle: Frühprävention und Intervention als Auftrag der Netzwerke für Kinderschutz in Sachsen. In: IZKK-Nachrichten, Heft 1, 2010

<http://dji.de/cgi-bin/projekte/bchlst1.php?browid=12510&projekt=53&kurzform=0>

VI.

Fortbildung für Ärztinnen und Ärzte informativ, attraktiv und praxisnah gestalten

Kapitel 6 enthält Anregungen,

- | welche Ziele für eine Fortbildungsveranstaltung zur Einführung der Interventionsstandards realistisch sind,
- | welche Themen erfahrungsgemäß für Ärztinnen/Ärzte interessant sind und welche Referentinnen/Referenten eingeladen werden sollten,
- | welche Methoden sich bewährt haben,
- | welchen Standards Veranstaltungen im Rahmen der ärztlichen Fortbildung genügen müssen und wie sie zertifiziert werden,
- | welche Institutionen und Einrichtungen gewonnen werden sollten, um Fortbildungen zur Einführung der Interventionsstandards anzubieten.

Sensibilisierung und Wissen sind Voraussetzungen dafür, dass niedergelassene Ärztinnen und Ärzte die Interventionsstandards in ihren Praxen einführen können. Da aber Sensibilisierung und Wissen zur Problematik häuslicher Gewalt in und für die ärztliche Praxis (noch) kaum in der medizinischen Aus- und Weiterbildung integriert sind, müssen niedergelassene Ärztinnen/Ärzte gewonnen werden, sich diese Kenntnisse anzueignen. Ärztinnen/Ärzte und ihre Praxismitarbeiterinnen bzw. Praxismitarbeiter können sich im Rahmen ihrer beruflichen Fort- und Weiterbildung das notwendige Wissen aneignen und im Austausch mit Kolleginnen/Kollegen die Erfahrungen mit der Einführung der Interventionsstandards reflektieren.

Anregungen für die konkrete Planung von Fortbildungsveranstaltungen enthält das Curriculum, das von den Projektträgern erarbeitet wurde: GESINE-Netzwerk Gesundheit. EN Schwelm – Marion Steffens, Andrea Stolte, Ulrike Janz; SIGNAL Intervention im Gesundheitsbereich gegen Gewalt e. V., Hildegard Hellbernd, Dr. med. Heike Mark, Angelika May, Karin Wieners; Universitätsklinikum Düsseldorf, Priv.-Doz. Dr. med. Hildegard Graß, Dr. med. Lydia Berendes, Prof. Dr. med. Stefanie Ritz-Timme; Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Dr. med. Regina Schlenger, Prof. Dr. med. Hans-Jürgen Kaatsch; Ludwig-Maximilians-Universität München, Priv.-Doz. Dr. med. Elisabeth Mützel, Sabine Lüscher, Prof. Dr. med. Matthias Graw: Curriculum zum Modellprojekt „MIGG“, Medizinische Intervention gegen Gewalt an Frauen, Schwelm, Berlin, Düsseldorf 2011.

Das Curriculum enthält als Anlagen drei Materialbände, jeweils verantwortet von den Projektleitungen.

Bezug: <http://www.bmfsfj.de/BMFSFJ/Gleichstellung/frauen-vor-gewalt-schuetzen.html>

6.1 Merkmale attraktiver Fortbildungsangebote

6.1.1 Realistische Ziele

Berufliche Fortbildung hat drei Anknüpfungspunkte:

- die persönliche und professionelle Haltung zum Aufgabenbereich (emotionale Dimension),
- Informationen und Wissen darüber (kognitive Dimension) und
- fachliche Handlungssicherheit (anwendungsbezogene Dimension).

Die Ziele der Fortbildung zur Qualifizierung von niedergelassenen Ärztinnen/Ärzten für die Einführung der Interventionsstandards werden – daran orientiert – positiv formuliert:

- Ärztinnen/Ärzte sind sensibilisiert für das Problem „Gewalt gegen Frauen“ und die Möglichkeiten und Anforderungen, die ihnen daraus für ihre berufliche Praxis erwachsen (emotionales Lernziel).
- Sie haben Informationen zum Umfang der Gewalt gegen Frauen und kennen die Handlungsoptionen für die ärztliche Praxis (kognitives Lernziel).
- Sie kennen die Möglichkeiten und Grenzen von Intervention, die über die rein medizinische Versorgung hinausgeht, und verfügen über Informationen zu Unterstützungsangeboten von Frauen, kennen dort z. T. Fachkräfte und haben auch Material zur Verfügung, das sie bei Bedarf weitergeben können (kognitives Lernziel).
- Sie können Frauen auf mögliche Gewalterfahrungen ansprechen (anwendungsbezogenes Lernziel).
- Sie verfügen über rechtsverwertbare Dokumentationsvorlagen und können diese auch anwenden (anwendungsbezogenes Lernziel).
- Sie können die rechtlichen Erfordernisse bei einer akuten Gefährdung einschätzen, z. B. in Bezug auf ihre Schweigepflicht (anwendungsbezogenes Lernziel).
- Sie wissen um eigene Reflexions- und Entlastungsmöglichkeiten, z. B. durch Supervision oder in Balintgruppen.

Beispiel Düsseldorf

Ziele der Fortbildung

Vermittlung von Handlungssicherheit in der medizinischen Versorgung gewaltbetroffener Frauen und Nachhaltigkeit durch:

- | Vermittlung eines praxistauglichen Interventionskonzeptes
 - | Verschiedene Formen von Gewalt als Ursache von Krankheiten wahrnehmen – akute und chronische gesundheitliche Störungen als Folge von Gewalt erkennen
 - | Sensibel ansprechen, offene, direkte Fragen stellen, zuhören, Gewalt als Unrecht benennen
 - | Die Betroffene sensibel untersuchen und Verletzungen und psychischen Status fachgerecht und konkret dokumentieren
 - | Fachgerechte medizinische Versorgung
 - | Schutzbedürfnis abklären, Betroffenheit von Kindern eruieren
 - | Über spezialisierte Hilfeinrichtungen informieren – Bahnung weiterer Hilfen
- | Erwerb von zielgerichteter Handlungskompetenz für die Dokumentation und Gesprächsführung
- | Berücksichtigung spezifischer Hindernisse, Reflexion eigener Barrieren und Ambivalenzen
- | Verständnis um die Dynamik von Gewaltbeziehungen
- | Einbindung der Praxen in regional vorhandene psychosoziale Hilfenetzwerke

Quelle: Institut für Rechtsmedizin, Düsseldorf

Anregung für die Formulierung von Zielen

Entsprechend den Anforderungen an die ärztliche Fortbildung (vgl. S. 80 f) sollen Ärztinnen/Ärzte „rechtzeitig, umfassend und formal angemessen“ über die Lernziele informiert werden.

Im Beispiel aus Düsseldorf wird deutlich, wie die Lernziele für eine thematisch aufeinander bezogene Veranstaltungsreihe formuliert werden können. Wenn sich Ärztinnen/Ärzte entscheiden, die Interventionsstandards für die Versorgung gewaltbelasteter Patientinnen in ihrer Praxis einzuführen, können sie an den Lernzielen erkennen, welche Erwartungen an sie gerichtet sind, welche Themenbereiche angesprochen werden und welchen Nutzen sie aus der Fortbildung ziehen können. Sie werden umfassend informiert.

6.1.2 Modulares Fortbildungskonzept²¹

Bewährt hat sich ein modulares Konzept mit Basisthemen und fakultativen Zusatzthemen. Die einzelnen Module (oder Bausteine) können jeweils thematisch aufeinander bezogen kombiniert werden.

²¹ Vgl. <http://www.bmfsfj.de/RedaktionBMFSFJ/Abteilung4/Pdf-Anlagen/gewalt-standards-aus-und-fortbildung-haeusliche.property=pdf,bereich=bmfsfj,sprache=de,rwb=true.pdf>.

Modul 1: Sensibilisierung und Hintergrundwissen zu Epidemiologie, Formen, Folgen und Dynamik häuslicher Gewalt. Schwerpunkt ist die Darstellung der gesundheitlichen Folgen von häuslicher Gewalt und die Bedeutung von niedergelassenen Ärztinnen/Ärzten für Intervention und Prävention. Die Informationen werden auf die berufliche Situation bezogen. Vorurteile und Mythen werden aufgegriffen und abgebaut.

Modul 2: Erkennen von häuslicher Gewalt als Ursache von Verletzungen und gesundheitlicher Beeinträchtigung. Frauen berichten nur in seltenen Fällen von Gewalterfahrungen. Sie geben jedoch häufig verdeckt oder offen eine Reihe von Hinweisen darauf. Inhalt des Moduls ist, diese Hinweise kennenzulernen, um gewaltbelastete Patientinnen erkennen und ansprechen zu können.

Beispiel: Düsseldorf

Begrüßung

Übersicht über das Programm, Vorstellung der Teilnehmerinnen/Teilnehmer und Referentinnen/Referenten

Frau PD Dr. Graß

Somatik (inkl. Sexualstraftat), Dokumentation, Recht

Erkennen von Gewalt, red flags, Gewaltformen und -folgen, häusliche Gewalt, sexualisierte Gewalt, Untersuchungsmethoden, Spurensicherung und Dokumentation, Med. Doc.card, andere Formen von Gewalt, praktische Anleitung zur Befunddokumentation, Übungen an Bildbeispielen mit Diskussion, Vorstellung des Vademecums, Schweigepflicht.

Frau PD Dr. Graß

Netzwerk

1. Vorstellung der Traumaambulanz am Gesundheitsamt Düsseldorf
Herr Pasch, Traumaambulanz
2. Vorstellung der Polizei-Opferschutzberatung
Frau Ettner, Kripo Düsseldorf
3. Vorstellung der Frauenberatungsstelle Düsseldorf
Frau Hallenga, Frauenberatungsstelle
4. Vorstellung der ärztlichen Kinderschutzambulanz am ev. Krankenhaus Düsseldorf
Herr Dr. Motzkau, Kinderschutzambulanz

Abschlussdiskussion inkl. Evaluationsbögen

Quelle: Institut für Rechtsmedizin, Düsseldorf

Anregung für die inhaltliche Gestaltung der Module

Das ist ein Beispiel für die inhaltliche Planung einer Fortbildungsveranstaltung, in der Modul 1 und 2 verknüpft werden. Ärztinnen/Ärzte werden so über die Einladung zur Fortbildungsveranstaltung über die Inhalte informiert.

Der zeitliche Umfang beträgt 4 Stunden.

Es werden sowohl ein theoretischer Überblick über das Gebiet familiärer Gewalt als auch praktische Übungen und Anleitungen in gerichtsfester Dokumentation gegeben.

Darüber hinaus stellen sich unter dem Aspekt des Kennenlernens und der Kooperation verschiedene Netzwerkpartner vor.

Die gemeinsame Diskussion über die Inhalte und die Feedback-Runde am Ende der Veranstaltung bieten die Möglichkeit, das Erfahrene zusammenzufassen und offene Fragen aufzugreifen.

Modul 3: Gesprächsführung und Handlungssicherheit im unterstützenden Umgang mit Patientinnen. Der Schwerpunkt in diesem Modul liegt bei der Vermittlung und der praktischen Einübung, ein Gespräch mit einer Patientin über mögliche Gewalterfahrungen zu eröffnen und der Reaktion der Patientin darauf angemessen zu begegnen. Dazu gehört auch, die Untersuchungssituation sensibel zu gestalten, um z. B. eine Retraumatisierung zu vermeiden.

Beispiel Kiel:

Psyche(o), -Traumatologie, Gespräch

Offizielle Begrüßung

Schulungsablauf und Vorstellung der Referentinnen/Referenten

Prof. Dr. med. Dr. jur. H.-J. Kaatsch

Psychotraumatologie – Gesprächsführung, Intervention bei Gewalt, Handouts

Prof. Dr. med. W.-D. Gerber, Dr. med. L. Berendes

AVA-Film und Diskussion

Rollenspiele in Kleingruppen

Prof. Dr. med. W.-D. Gerber und Mitarbeiterinnen/Mitarbeiter

Abschlussrunde: Diskussion, Feedback zur Schulung, weiteres Procedere

Dr. med. R. Schlenger

Quelle: Institut für Rechtsmedizin, Kiel

Anregung für die inhaltliche Gestaltung der Module

Das ist ein Beispiel für die inhaltliche und methodische Umsetzung von Modul 3 in ein Fortbildungsprogramm. Wenn das Programm auch Zeitangaben enthält, werden zugleich die Schwerpunkte deutlich. Ärztinnen/Ärzte können z. B. gut erkennen, welche Erwartungen an aktiver Mitwirkung (Interaktion) in der Veranstaltung an sie gerichtet sein werden.

Hier wird durch Kombination von Wissensvermittlung und praktischen Übungen (Rollenspiel) der Bezug zur Praxis hergestellt

Modul 4: Kooperation und Vernetzung mit dem örtlichen Frauenunterstützungssystem.

Dargestellt wird im lokalen Kontext, welche Kooperationen zwischen Einrichtungen des Gesundheitswesens und Frauenunterstützungseinrichtungen bereits vorhanden oder notwendig sind, um die Situation von Frauen mit Gewalterfahrungen nachhaltig zu verbessern. Ärztinnen/Ärzte erfahren, dass sie das aktuelle Schutzbedürfnis einer Frau ansprechen und ihr Informationen über weitergehende Hilfeinrichtungen geben können. Dazu lernen sie die lokalen Angebote und ihre Arbeitsweisen kennen.

Beispiel Berlin

Networking – Kontakte, kurze Wege, Perspektiven

Begrüßung

Dr. Sibyll Klotz, Stadträtin für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz

„Networking – Kontakte, kurze Wege, Perspektiven“

Hilde Hellbernd, MPH, SIGNAL e. V./Bundesmodellprojekt „Medizinische Intervention gegen Gewalt“

„Medizinische Versorgung und polizeiliches Handeln – Schnittstellen bei der Intervention gegen häusliche und sexuelle Gewalt“

Martina Linke, Kriminalhauptkommissarin, Zentralstelle für Prävention, Landeskriminalamt PräV 2

„Veränderungsprozesse initiieren – gewaltbetroffene Frauen begleiten“

Dr. Julia Schellong, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, Universitätsklinikum Dresden

„Sucht und Gewalt – eine Herausforderung für die medizinische und psychosoziale Versorgung?“

Dr. med. Chaim Jellinek, Facharzt für Allgemeinmedizin, suchtmedizinische Grundversorgung

Workshop 1: „Erfahrungen mit der rechtssicheren Dokumentation bei häuslicher Gewalt“

Moderation: Karin Wieners, MPH, SIGNAL e. V./ Bundesmodellprojekt MIGG

Workshop 2: „Von Stressabbau bis Psychotherapie – Ressourcen gewaltbetroffener Frauen stärken“

Moderation: Hilde Hellbernd, MPH, SIGNAL e. V./ Bundesmodellprojekt MIGG

Workshop 3: „Gewalt und Sucht – Behandlungskonzepte, die weiterführen“

Moderation: Angelika May, Dipl.-Soz. Päd., SIGNAL e. V./ Bundesmodellprojekt MIGG

Quelle: Signal e. V.

Anregung für die inhaltliche Gestaltung der Module

Das ist ein Beispiel für die inhaltliche Aufbereitung von Modul 4. So werden unter dem Aspekt von Kooperation und Vernetzung andere ärztliche Fachgebiete ebenso einbezogen wie die anderen Kooperationspartner bis hin zur Polizei. Je nach Schwerpunktsetzung könnten auch Vertreterinnen/Vertreter anderer lokaler Kooperationspartner einbezogen werden. Das Programm der Veranstaltung ist auch ein Beispiel für die Kombination unterschiedlicher Fortbildungsmethoden, z. B. Vortrag und Workshops, sowie die Präsentation der Arbeitsansätze unterschiedlicher Berufsgruppen.

Modul 5: Auswirkungen häuslicher Gewalt auf Kinder; Schutz vor Kindesmisshandlung und Vernachlässigung; häusliche Gewalt im Zusammenhang mit Schwangerschaft und Geburt.

Im Schwerpunkt des Moduls steht die „Verbesserung der medizinischen und psychosozialen Versorgung von Kindern, die in einer Atmosphäre häuslicher Gewalt aufwachsen“.²²

Beispiel Ennepe-Ruhr-Kreis

Häusliche Gewalt macht Kinder krank! Anforderungen an medizinische und psychosoziale Versorgung von Mädchen und Jungen

Kinder und häusliche Gewalt – Auswirkungen von Gewalt in der Partnerschaft der Eltern auf Kinder und Jugendliche

Prof. Dr. Barbara Kavemann

Wie krank macht Gewalt? Häusliche Gewalt und ihre Folgen für die Gesundheit der Kinder

Jessika Kuehn-Velten

Häusliche Gewalt in der kinderärztlichen Praxis

Uwe Momsen

Die Kindergruppe „Nangilima“ – Konzept und Erfahrungen aus der Gruppenarbeit mit von häuslicher Gewalt betroffenen Kindern

Luitgard Gauly

Perspektiven im EN-Kreis zur Unterstützung von Mädchen und Jungen, die häusliche Gewalt miterleben

Marion Steffens

Quelle: <http://www.gesine-intervention.de/pdf/fachtag-12-05-2007era.pdf>

Anregung für die inhaltliche Gestaltung der Module

Das Programm der Veranstaltung ist ein Beispiel für die Verknüpfung von gesundheitlichen und sozialen Aspekten des Themenbereichs „häusliche Gewalt und Kinder“.

Mit dem Abschluss der Diskussion von Perspektiven für die Region wird zum einen der Bezug zur Praxis der unterschiedlichen Berufsgruppen hergestellt, zum anderen werden weitere multiprofessionelle Netzwerke geknüpft. Diese Perspektivendiskussion ist zugleich eine Bündelung der Inhalte und Diskussionen der gesamten Veranstaltung und damit ihr positiver Abschluss.

Modul 6: Umgang mit Tätern häuslicher Gewalt. In diesem Modul werden Täterstrategien vorgestellt und über Hilfsangebote für Männer und täterorientierte Maßnahmen informiert. Denn gerade in den Praxen niedergelassener Ärztinnen/Ärzte ist nicht nur die gewaltbelastete Frau die Patientin, sondern häufig auch ihr Partner.

²² Vgl. <http://www.gesine-intervention/images/pdf/fachtag-12-05-2007era.pdf>.

Beispiel München

„Möglichkeiten der Täterarbeit bei häuslicher Gewalt an Frauen“

Einführung durch Rechtsmedizin vor Ort:

Frau PD Dr. med. E. Mützel

„Was treibt die Täter zur Gewalt? Formen und Ursachen der Gewalt gegen Frauen“

Herr PD Dr. med. M. Sack, Institut für Psychosomatik der TU München

„Arbeit mit Tätern häuslicher Gewalt in der Praxis“

Herr C. Liel, Münchner Informationszentrum für Männer e. V.

„Zu den Grenzen der Täterbehandlung – unter besonderer Berücksichtigung sexueller Gewalt“:

Frau Dr. Anita Heiliger, ehem. Deutsches Jugendinstitut, Kommunikationszentrum für Frauen zur Arbeits- und Lebenssituation e. V.

Schlusswort

Frau PD Dr. med. E. Mützel

Quelle: Institut für Rechtsmedizin, München

Anregung für die inhaltliche Gestaltung der Module

Im Programm dieser Veranstaltung ist beispielhaft, wie Referentinnen/Referenten aus der Region gewonnen werden konnten, die zum einen durch ihre Tätigkeit als Expertinnen/Experten ausgewiesen sind. Zum anderen können sie einen Bezug herstellen zu lokalen Projekten und Arbeitsansätzen in diesem Bereich.

Modul 7: Gerichtsfeste Befunddokumentation. Im Mittelpunkt dieses Moduls stehen die Vermittlung von Dokumentationstechniken und die praktische Einübung der Dokumentation und des Einsatzes von Dokumentationsbögen. Ärztliche Atteste, Befunde sowie ärztliche und pflegerische Dokumentationen haben erhebliche Bedeutung in Zivil- und Strafverfahren sowie bei der Klärung des Aufenthaltsstatus bei Migrantinnen. Sie müssen daher bestimmten Kriterien genügen, um gerichtsfest zu sein. Niedergelassene Ärztinnen/Ärzte sind oft die Ersten oder Einzigen, die die (sichtbaren) Verletzungen und Misshandlungsfolgen oder die psychischen Folgen wahrnehmen und diese dokumentieren können.

Beispiel Berlin

Rechtssichere Dokumentation bei häuslicher Gewalt und sexualisierter Gewalt (17.00 – 20.30 Uhr)

Befundsicherung und Dokumentation

Prof. Dr. Michael Tsokos, Institut für Rechtsmedizin der Charité

Morphologische Befunde bei häuslicher Gewalt

Dr. Lars Oesterhelweg, Institut für Rechtsmedizin der Charité

Morphologische Befunde bei sexualisierter Gewalt

Dr. Saskia Guddat, Institut für Rechtsmedizin der Charité

Quelle: Signal e. V., Berlin

Anregung für die inhaltliche Gestaltung der Module

Das ist ein Beispiel für die Gestaltung von Modul 7 in der Form einer Vortragsveranstaltung mit Expertinnen/Experten aus der Rechtsmedizin. Hier wurde zugunsten sachkundiger Informationen auf eine Übung zur rechtssicheren Dokumentation verzichtet. In anderen Veranstaltungen, z. B. in Düsseldorf und Kiel, wurde die Dokumentation ergänzend zur Vermittlung von Grundlagen mit Fotos von Verletzungen und Formulierungen geübt.

Modul 8: Berufsrechtliche, rechtsmedizinische Aspekte und rechtliche Regelungen zum Themengebiet „häusliche Gewalt“.

Im Mittelpunkt dieses Moduls stehen die für niedergelassene Ärztinnen/Ärzte relevanten Rechtsgebiete. Themen sind: Kollision mit ärztlicher Schweigepflicht, Pflichten aus dem zivilrechtlichen Behandlungsvertrag im Verhältnis zum schutzwürdigen Interesse, strafrechtliche Meldepflicht, Bedeutung der Schweigepflicht, Entbindung, Offenbarungsrecht, rechtfertigender Notstand, Schweigepflicht beim Kind in Beziehung auch zu den Eltern, Ziel der Offenbarung, Vorstufe der Meldung, Voraussetzung für Meldung, Meldung an Krankenkasse, zivilrechtliche Haftung, strafrechtliche Haftung, unterlassene Hilfeleistung sowie die Rechte, die die gewaltbelasteten Patientinnen wahrnehmen können, z. B. in Bezug auf eine Anzeige bei der Polizei oder in der Wahrnehmung ihrer Rechte aus dem Gewaltschutzgesetz (vgl. Beispiel zu Modul 9).

Modul 9: Formen und Folgen von psychischer Gewalt. Inhaltlicher Schwerpunkt in Modul 9 sind die Prävalenz, die Bedeutung und die Auswirkungen von psychischer Gewalt.

Beispiel Ennepe-Ruhr-Kreis

Grußworte

Dr. Armin Brux, Landrat des Ennepe-Ruhr-Kreises

Dr. med. Joachim Dehnst, Mitglied im Vorstand der Ärztekammer Westfalen-Lippe

Medizinische Intervention gegen Gewalt – Vorstellung des Bundesmodellprogramms

Marion Steffens, GESINE-Netzwerk

Prävalenz und Folgen psychischer Gewalt

Dr. Monika Schröttle, IFF Universität Bielefeld

Rechtsfragen im Zusammenhang mit Stalking und häuslicher Gewalt

Marcello Baldarelli, Dozent an der FH für öffentliche Verwaltung, Abteilung Köln

Worte für Unsagbares: Diagnose und Therapie psychischer und psychosomatischer Erkrankungen infolge psychischer Gewalt

Dr. Julia Schellong, Klinik für Psychotherapie und Psychosomatik des Universitätsklinikums Dresden

Wenn eine Patientin von psychischer Gewalt betroffen ist: Welche Antworten hat die Praxis im Ennepe-Ruhr-Kreis?

Gesprächsrunde mit GESINE-Netzwerkpartnern

Quelle: GESINE-Netzwerk, Ennepe-Ruhr-Kreis

Anregung für die inhaltliche Gestaltung von Modulen

Das ist ein Beispiel für die Gestaltung von Modul 8 und 9 im Rahmen eines multiprofessionellen Fachtages. Das Thema wird aus den verschiedenen fachlichen Perspektiven interdisziplinär aufbereitet. Die Referentinnen/Referenten gehören verschiedenen Berufsgruppen an.

Am Ende werden die Diskussionen wieder gebündelt in der Frage nach der medizinischen Versorgung und den Unterstützungsangeboten für gewaltbelastete Frauen im Landkreis.

Modul 10: Gewaltbetroffenheit von Frauen mit Migrationshintergrund und interkulturelle Kompetenz. In diesem Modul geht es darum, ausgehend vom Wissen und den Erfahrungen von Frauen mit Migrationshintergrund, angemessene Versorgungskonzepte und Unterstützungsangebote kennenzulernen.

Beispiel Berlin

„Häusliche und sexualisierte Gewalt im Leben von Migrantinnen – Anforderungen an die Versorgung“

Programm

1. Was wissen wir über die Situation gewaltbetroffener Migrantinnen? Forschungsergebnisse zur Gewaltsituation, Hilde Hellbernd

Praxiserfahrungen/Fallbeispiele, Neriman Fahrli, praktische Ärztin u. Psychotherapeutin

Austausch und Diskussion

2. Unterstützung für gewaltbetroffene Migrantinnen, Sybill Schulz: Balance, Familienplanungszentrum, Lina Ganama, Al Nadi – Treffpunkt, Beratung für arabische Frauen, Emsal Kiliç, BIG-Hotline – Hilfe für Frauen und ihre Kinder bei häuslicher Gewalt

Quelle: Signal e. V., Berlin

Anregung für die inhaltliche Gestaltung von Modulen

Die Veranstaltung ist ein Beispiel für die Aufbereitung von Modul 10. Ähnlich wurde in Berlin eine Veranstaltung für Frauen mit Behinderung durchgeführt. In beiden Angeboten werden Aspekte der ärztlichen Versorgung, z. B. die Verständigung bei Sprachproblemen, ebenso thematisiert wie die psychosoziale Unterstützung, die von den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der fachlich ausgewiesenen Unterstützungseinrichtungen eingebracht werden. Zentral ist wiederum der interdisziplinäre Austausch.

Die Basismodule für Ärztinnen/Ärzte sind die Module 1, 2, 3 und 4 sowie Modul 7, die nach internationalen Erfahrungen²³ und den in Deutschland entwickelten Standards für die Fortbildung zum Themenbereich „häusliche Gewalt“ als grundlegend gelten. Für Praxismitarbeiterinnen und Praxismitarbeiter können die Basismodule 1, 2, 3 und 4 in zwei thematisch aufeinander abgestimmten Veranstaltungen angeboten werden.

Die anderen Module enthalten relevante Themen, die ergänzend – am regionalen Bedarf und den Erwartungen der beteiligten Ärztinnen/Ärzte orientiert – angeboten werden können.

An den Beispielen wird deutlich, dass die Themen, die nach den Erfahrungen im MIGG-Projekt als relevant eingeschätzt werden, in unterschiedlicher Weise gebündelt werden können. Im Mittelpunkt stehen immer Aspekte der ärztlichen Versorgung, zu der auch die Einbeziehung der besonderen Situation gewaltbelasteter Patientinnen gehört. Die Ausgestaltung der Module ist orientiert an dem übergreifenden Ziel, dass sie Ärztinnen/Ärzten genügend Anregungen und Informationen vermitteln für die Einführung der Interventionsstandards.

²³ Vgl. <http://www.pro-train.uni-osnabrueck.de/>

6.1.3 Kompetente Referentinnen/Referenten

Eine der Säulen der Interventionsstandards ist die Kooperation und Vernetzung mit Unterstützungseinrichtungen für gewaltbelastete Frauen sowie mit Polizei und Staatsanwaltschaft. Das ist auch Thema in der Fortbildung, etwa in Modul 4. Daher bieten die Fortbildungsveranstaltungen den Rahmen, in dem niedergelassene Ärztinnen/Ärzte Mitarbeiterinnen/Mitarbeiter aus den verschiedenen Fachbereichen kennenlernen und sich über die verschiedenen Aspekte der Arbeit mit den Frauen informieren lassen können. Gleichzeitig können sie Kontakte knüpfen, sodass sie bei Bedarf Patientinnen angemessen beraten können.

Mitarbeiterinnen/Mitarbeiter der unterschiedlichen Institutionen können als kompetente Referentinnen/Referenten eingeladen werden. In der Verknüpfung der unterschiedlichen Aspekte von häuslicher Gewalt im multiprofessionellen Fortbildungsteam wird für die teilnehmenden Ärztinnen/Ärzte zugleich die Bedeutung von Zusammenarbeit und Vernetzung auch bei der ärztlichen Versorgung gewaltbelasteter Patientinnen beispielhaft erfahrbar. Günstig ist, wenn die Referentinnen/Referenten Erfahrungen in der Aus- und Fortbildung von Erwachsenen, Kenntnisse und Erfahrungen zum Thema „häusliche Gewalt“, sowie Kenntnisse und Informationen über das „lokale Projekt“ zur Einführung der Interventionsstandards haben.

Nach der Erfahrung im Projekt MIGG ist zudem eine gute Vorbereitung der/des jeweiligen Referentin/Referenten von zentraler Bedeutung. Nur so kann gewährleistet werden, dass das Thema an dem jeweiligen Kenntnisstand und Informationsbedarf der Ärztinnen/Ärzte ansetzt und der schnelle Nutzen für die Praxis sichtbar wird.

Beispiel Berlin

„Umgang mit Täterinnen und Tätern in Fällen häuslicher Gewalt“

Dipl.-Päd. Stefan Beckmann, BIG e. V.

Dipl.-Psych. Gerhard Hafner, Dipl.-Psych. Johanna Häussermann, Beratung für Männer – gegen Gewalt, Volkssolidarität Berlin e. V.

Quelle: Signal e. V., Berlin

Anregung für den Einsatz von Referentinnen/Referenten

Um Ärztinnen/Ärzte über die Arbeit mit Tätern und Täterinnen in Berlin zu informieren, wurden in diesem Beispiel erfahrene Mitarbeiterinnen/Mitarbeiter aus der Täterarbeit eingeladen. In einer anderen Fortbildungseinheit war z. B. die Leiterin der Beratungsstelle für Frauen mit Behinderung als Referentin gewonnen worden.

Außerdem können externe Sachverständige eingeladen werden mit unterschiedlicher Profession, z. B. Medizinerinnen/Mediziner oder Sozialwissenschaftlerinnen/Sozialwissenschaftler, die wissenschaftlich zu einem Problembereich gearbeitet oder ein Modell von „Guter Praxis“ aufgebaut haben.

Beispiel Ennepe-Ruhr-Kreis

Dr. Monika Schröttle, IFF Universität Bielefeld – Forschungsleiterin bei der ersten Prävalenzstudie in Deutschland²⁴

Dr. Julia Schellong, Klinik für Psychotherapie und Psychosomatik des Universitätsklinikums Dresden – Initiatorin des Traumanetzes Sachsen²⁵

Quelle: GESINE-Netzwerk, Ennepe-Ruhr-Kreis

Anregung für den Einsatz von Referentinnen/Referenten

In diesem Beispiel hat z. B. die Sozialwissenschaftlerin Ärztinnen/Ärzte über die Ergebnisse einer repräsentativen Studie, in der Frauen auch nach den gesundheitlichen Folgen von Gewalt gefragt worden waren, berichtet. Die zweite Referentin hat als Oberärztin im Universitätsklinikum praxisnah über die psychische Folgen häuslicher und sexualisierter Gewalt und die Konsequenzen für die ärztliche Praxis referiert.

Darüber hinaus können bereits qualifizierte Kolleginnen/Kollegen eingeladen werden, von ihren Erfahrungen mit den Interventionsstandards, die sie in der Praxis gesammelt haben, zu berichten und auf diese Weise als Multiplikatorinnen/Multiplikatoren zu wirken.

6.1.4 Praxisnahe Formen und Methoden

Formen und Methoden der Fortbildung sollten an der Praxis der ärztlichen Fortbildung anknüpfen und neben den informierenden und den zur Vermittlung von neuen Erkenntnissen eingesetzten frontalen Methoden auch interaktive Methoden umfassen.

Beispiel MIGG-Projekt

Befragung von Ärztinnen/Ärzten

Zu Beginn des MIGG-Projektes wurden an allen fünf Standorten 70 Ärztinnen/Ärzte nach Dauer der Fortbildung, für sie günstige Termine in der Woche und von ihnen bevorzugte Formen und Methoden befragt.

Die Mehrheit favorisierte ein- bis dreistündige Veranstaltungen an einem Mittwochnachmittag. Für etwa 40% war auch der Samstagvormittag als Fortbildungstag vorstellbar.

70% votierten für „Fallbesprechung“ als bevorzugte Methode, gefolgt von Workshop (65%) und Vortrag (60%). Rollenspiel als mögliche Methode des Wissenserwerbs wurde nur von 30% genannt.

Rollenspiele als Methode wurden jedoch im Nachhinein von den teilnehmenden Ärztinnen/Ärzten sehr positiv bewertet.

Quelle: GSF e. V., Frankfurt am Main

²⁴ <http://www.bmfsfj.de/BMFSFJ/Service/Publikationen/publikationen,did=20560.html>

²⁵ <http://www.traumanetz-sachsen.de/>

Anregung für die Wahl von Zeitpunkt und Methode

Hinweise auf in der Region günstige Zeiten für die ärztliche Fortbildung können von den Fortbildungsakademien der Landesärztekammern erfragt werden, die alle Fortbildungsangebote in der Region dokumentieren. Auch häufig nachgefragte Formen und Methoden können dort ermittelt werden.

In der Praxis haben sich zwei Formen von Fortbildung bewährt:

Schulungen: Das sind drei- bis vierstündige Veranstaltungen, die ausschließlich an Ärztinnen/Ärzte und ihre Praxismitarbeiterinnen und Praxismitarbeiter gerichtet sind. Das Thema der Schulung wird aus der Perspektive der teilnehmenden Ärztinnen/Ärzte bearbeitet. Die Schulungen können für eine größere Zahl von Praxen angeboten werden, sie können aber auch als Inhouse-Schulung mit einzelnen Praxen durchgeführt werden. Als Zeitpunkt für die Schulung wird der – nicht mehr überall verbreitete – praxisfreie Nachmittag – in der Regel der Mittwochnachmittag -, der Mittwochabend oder der Samstagvormittag gewählt.

Interdisziplinärer Fachtag/Fachveranstaltung: Zielgruppen von interdisziplinären Fachtagen sind Ärztinnen/Ärzte, ihre Praxismitarbeiterinnen/Praxismitarbeiter, Vertreterinnen/Vertreter von Standesorganisationen und Berufsverbänden sowie Mitarbeiterinnen/Mitarbeiter aus den verschiedenen sozialen und juristischen Fachbereichen in der Region. Das Thema des Fachtages wird aus der Perspektive des interdisziplinären Arbeitszusammenhanges beleuchtet, wobei die gesundheitlichen Aspekte und die ärztliche Versorgung den Schwerpunkt bilden. Die Fachtage werden meist mittwochs terminiert, aber auch der Samstag wurde von Ärztinnen/Ärzten als Veranstaltungstag angenommen.

Bewährte Methoden sind:

Vortrag mit Handout: In der Fortbildung von Ärztinnen/Ärzten wird häufig der mit dem Medium der Powerpointpräsentation unterstützte Vortrag eingesetzt. Der Vortrag enthält Informationen und Wissen, z. B. aus der Forschung, das den Teilnehmenden weitgehend unbekannt ist. Die/der Vortragende hat in Bezug auf das Thema des Vortrags einen Wissensvorsprung. Die Teilnehmenden erhalten die Folien als Handout und haben so die Möglichkeit, den Vortrag nachzuarbeiten bzw. bei Bedarf die Informationen abzurufen. Nach dem Vortrag können die Teilnehmenden nachfragen und mit den Vortragenden im Plenum diskutieren.

Murmelgruppen: Murmelgruppen dienen in der Fortbildung der Auflockerung, z. B. nach einem Vortrag. Die Teilnehmenden werden z. B. nach dem Vortrag gebeten, sich in einer begrenzten Zeit mit der Nachbarin oder dem Nachbarn über das Gehörte auszutauschen und den Bezug zur eigenen beruflichen Praxis herzustellen. Murmelgruppen sind bei jeder Sitzordnung eine wirksame Methode, nach einer rezeptiven Phase ein großes Bedürfnis nach Austausch zu befriedigen. Damit kann dem Wunsch von Ärztinnen/Ärzten nach kollegialem, fachlichem Austausch auch in Vortragsveranstaltungen relativ einfach entsprochen werden.

Arbeit in Kleingruppen: Arbeitsgruppen sind eine bewährte Methode in der beruflichen Fortbildung, um die Teilnehmenden aktiver einzubeziehen, indem sie mehr Raum für fachlichen Austausch und Diskussionen erhalten. Arbeitsgruppen sind eine Ergänzung zu Vorträgen im Frontalmodus. Bei einer größeren Anzahl von Teilnehmenden können Arbeitsgruppen gebildet werden, damit sich die Teilnehmenden, z. B. bei einem Rollenspiel oder einer Übung, aktiver einbringen können.

Rollenspiel: Das Rollenspiel ist eine systematische, regelhafte und interaktive Arbeitsmethode in der beruflichen Fortbildung. Im Rollenspiel werden reale Situationen, Probleme oder Konflikte spielerisch dargestellt und bearbeitet. Im Rollenspiel können eigene Verhaltensweisen reflektiert und neue eingeübt werden. In der Fortbildung kann z. B. im Rollenspiel geübt werden, Patientinnen auf mögliche Gewalterfahrungen anzusprechen. Spielende können die Teilnehmerinnen selbst sein, die sich als Ärztin/Arzt und Patientin in einer gespielten Untersuchungssituation begegnen.

Beispiel Ennepe-Ruhr-Kreis

Rollenspiele mit den Teilnehmerinnen und Teilnehmern in der Rolle

Die Teilnehmerinnen/Teilnehmer übernehmen neben der Rolle der Ärztin/des Arztes auch die Patientenrolle. Sie erhalten eine Spielanweisung für die Patienten und lesen diese kurz durch.

Feedback-Anweisungen werden im Vorfeld gegeben. Angesichts der hohen Bedeutung des Feedbacks für den Lerneffekt wird besonderer Wert auf ein adäquates Feedback gelegt.

Vorteil: Die Ärztin/der Arzt nimmt die Rolle der Patientin, des Patienten und ihre, seine Bedürfnisse stärker wahr.

Quelle: GESINE-Netzwerk, Ennepe-Ruhr-Kreis

Anregung zum Rollenspiel

Obwohl nur 30% der im MIGG-Projekt befragten Ärztinnen/Ärzte das Rollenspiel gewählt haben, hatte es beim Einsatz in der Fortbildung doch eine hohe Akzeptanz. Insbesondere die Teilnehmenden, die im Rollenspiel die Patientinnen waren, haben das Verhalten der Ärztin/des Arztes aus einer anderen Perspektive wahrgenommen und Defizite im ärztlichen Handlungskonzept aufgezeigt.

Das Rollenspiel kann mit Video aufgezeichnet werden. In der Videoaufzeichnung können sich „Ärztin/Arzt“ und „Patientin“ nach dem Rollenspiel sehen und ihr Verhalten reflektieren. Alternativ zur Videoaufzeichnung geben die Zuschauerinnen/Zuschauer, die den Auftrag haben, das Rollenspiel zu beobachten, direkt danach ein Feedback. Eine Videoaufzeichnung erlaubt wiederum eine ausführliche Schritt-für-Schritt-Analyse, die gut zur Auswertung des Rollenspiels in einer größeren Fortbildungsgruppe geeignet ist.

In die ärztliche Fortbildung ist inzwischen auch der Einsatz von Simulationspatientinnen/Simulationspatienten eingeführt worden, die im Rollenspiel eingesetzt werden.

Beispiel Düsseldorf

Einsatz Simulationspatientin/Simulationspatient

Im Medizinstudium werden verstärkt Simulationspatientinnen und Simulationspatienten (SP) eingesetzt; auf diese kann auch für andere Schulungen zugegangen werden.

Die SP werden allgemein geschult, insbesondere im Hinblick auf ein adäquates Feedback. Rollenanleitungen (Eckdaten) für Simulationspatientinnen und Simulationspatienten werden anhand eines Schemas erstellt. Die Dozentin, der Dozent geht im Vorfeld die Rolle mit der Simulationspatientin/dem Simulationspatienten durch. Die Simulationspatientin/der Simulationspatient arbeitet die Rolle selber aus und erlernt sie.

Vorteil des Einsatzes der Simulationspatientin/des Simulationspatienten ist, dass sehr authentisch eine Rolle übernommen, die Rolle einheitlich gespielt und das Feedback professionell gegeben wird.

Quelle: Institut für Rechtsmedizin, Düsseldorf

Anregung zum Einsatz von Simulationspatientinnen/Simulationspatienten

Als Vorteil des Einsatzes einer Simulationspatientin/eines Simulationspatienten wird hervorgehoben, dass sie/er sich professionell auf ihre/seine Rolle vorbereitet hat und sie daher wirklichkeitsnäher darstellen kann. Ihr/Sein Einsatz ist jedoch abhängig davon, ob diese Methode in der ärztlichen Fortbildung in der Region bereits eingeführt ist und ob dafür finanzielle Mittel zur Verfügung stehen.

Übung: Sie ist eine Form der beruflichen Fortbildung, in der die Anwendung theoretischer Kenntnisse an praxisnahen und spezifischen Problemstellungen geübt wird.

Beispiel Düsseldorf

Der Einstieg in die Fortbildung erfolgte über verschiedene Farbfotos von Verletzungen im DIN-A4-Format, die jeder Teilnehmerin/jedem Teilnehmer vorgelegt wurde. Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer mussten der Reihe nach eine Bildbeschreibung abgeben. Anhand dieser Bildbeschreibungen wurden die wesentlichen Merkmale der Befunddokumentation erarbeitet.

Quelle: GESINE-Netzwerk, Ennepe-Ruhr-Kreis

Anregung für den Einsatz von Übungen

Übungen werden in der ärztlichen Fortbildung relativ häufig eingesetzt, z. B. beim Erlernen neuer Behandlungstechniken, die unter Anleitung eingeübt werden. Übungen sind eine wichtige Ergänzung zum theoretischen Input, indem in der Übung ein konkreter Bezug zur Praxis hergestellt wird.

Workshop: Ein Workshop ist eine interaktive Methode der beruflichen Fortbildung, in der die Teilnehmenden in kleineren arbeitsfähigen Gruppen über den kollegialen Erfahrungsaustausch Anregungen für weitere Entwicklungen der eigenen beruflichen Praxis erhalten und gemeinsam praxisorientierte Problemlösungen erarbeiten. Im Workshop haben die

Einzelnen mehr Raum und Zeit, um sich aktiv am Lernprozess zu beteiligen. Moderierte Workshops dienen dem fachlichen Austausch auf gleicher „Augenhöhe“.

Beispiel Berlin

Workshop 1: „Erfahrungen mit der rechtssicheren Dokumentation bei häuslicher Gewalt“

Grundsätzlich wird die rechtssichere Dokumentation von Polizei, Justiz, Unterstützungseinrichtungen und betroffenen Frauen als hilfreich eingeschätzt. Bisher fehlt aber eine systematische Überprüfung ihrer Wirksamkeit.

Der Workshop bietet Raum für einen Erfahrungsaustausch der verschiedenen Professionen (Ärztinnen und Ärzte; Beraterinnen und Berater; Polizei, Staatsanwaltschaft, Rechtsmedizin usw.) und eine erste Diskussion darüber, wie sie evaluiert werden kann.

Quelle: Signal e. V., Berlin

Anregung für den Einsatz eines Workshops

In diesem Beispiel dient der Workshop dem interdisziplinären Erfahrungsaustausch. Ärztinnen/Ärzte lernen unterschiedliche Berufsgruppen und deren Arbeitsweise kennen und können sie bei der Versorgung ihrer Patientinnen fachlich angemessen einbeziehen.

Ebenso lernen die Angehörigen der anderen Professionen die Handlungsmöglichkeiten niedergelassener Ärztinnen/Ärzte besser einzuschätzen und können Frauen, z. B. in Unterstützungseinrichtungen, entsprechend informieren.

Über das persönliche Kennenlernen im Gespräch werden gleichzeitig Arbeitsbeziehungen hergestellt.

Im Curriculum sind die verschiedenen Angebote an die Modellpraxen an den fünf Standorten dargestellt und können als Anregung für die eigene Umsetzung genutzt werden.²⁶

6.1.5 Professionelle Standards und Rahmenbedingungen

Ärztliche Fortbildungsangebote zur Unterstützung der Einführung von Interventionsstandards müssen den für die ärztliche Fortbildung empfohlenen oder verbindlich festgelegten Standards entsprechen, damit sie von Ärztinnen/Ärzten angenommen werden.

Alle in ihrem Beruf tätigen Ärztinnen/Ärzte sind aufgrund ihrer Berufsordnung und gesetzlichen Vorgaben zur kontinuierlichen Fortbildung verpflichtet. Die Kontrolle

²⁶ GESINE-Netzwerk Gesundheit. EN Schwelm – Marion Steffens, Andrea Stolte, Ulrike Janz; SIGNAL Intervention im Gesundheitsbereich gegen Gewalt e. V., Hildegard Hellbernd, Dr. med. Heike Mark, Angelika May, Karin Wieners; Universitätsklinikum Düsseldorf, Priv.-Doz. Dr. med. Hildegard Graß, Dr. med. Lydia Berendes, Prof. Dr. med. Stefanie Ritz-Timme; Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Dr. med. Regina Schlenger, Prof. Dr. med. Hans-Jügen Kaatsch; Ludwig-Maximilian-Universität München, Priv.-Doz. Dr. med. Elisabeth Mützel, Sabine Lüscher, Prof. Dr. Dr. med. Matthias Graw: Curriculum zum Modellprojekt „MIGG“, Medizinische Intervention gegen Gewalt an Frauen, Schwelm, Berlin, Düsseldorf 2011. Das Curriculum enthält als Anlagen drei Materialbände, verantwortet von den drei Projektträgern.

Bezug: <http://www.bmfsfj.de/BMFSFJ/Gleichstellung/frauen-vor-gewalt-schuetzen.html>

darüber liegt bei den Standesorganisationen (Landesärztekammern bzw. den Bezirksärztekammern). Vertragsärztinnen/Vertragsärzte müssen ihre Fortbildung durch ein Fortbildungszertifikat der Landesärztekammer gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung nachweisen. Der Nachweis der Fortbildung erfolgt in Form von Punkten. Eine Ärztin/ein Arzt hat die Fortbildungspflicht erfüllt, wenn sie/er in fünf Jahren durch die Teilnahme an Fortbildungsveranstaltungen 250 Punkte erworben hat. Ärztinnen/Ärzte erhalten dann ein Zertifikat der zuständigen Landesärztekammer, das fünf Jahre gültig ist.

Voraussetzung für die Anrechnung einer Fortbildungsveranstaltung ist deren Zertifizierung durch die jeweils zuständige Landesärztekammer bzw. deren Bezirksstellen. Die Entscheidung über die Zertifizierung erfolgt nach Kriterien, die in der jeweiligen Satzung der Ärztekammer festgelegt sind. Die Bundesärztekammer hat Empfehlungen zur ärztlichen Fortbildung herausgegeben.

Empfehlungen zur ärztlichen Fortbildung der Bundesärztekammer

(Ausschnitt)

Fortbildungsinhalte müssen unabhängig vom individuellen Fortbildungsbedürfnis folgenden Kriterien standhalten:

- | Nutzen für Patientinnen und Patienten
- | Verständlichkeit
- | Relevanz und Aktualität
- | Wissenschaftliche Evidenz/dem allgemeinen Stand der Wissenschaft entsprechend
- | Anwendbarkeit des Erlernten in der beruflichen Praxis
- | Nutzen für den Arbeitsablauf
- | Transparenz (Kosten-Nutzen-Verhältnis/Qualitätssicherung/Fehlermanagement)
- | Kritische Wertung im Kontext des Themenfeldes
- | Unabhängigkeit von ideologischen und kommerziellen Interessen
- | Konformität mit den Vorgaben der verfassten Ärzteschaft (Fortbildungssatzungen, Berufsordnungen)
- | Konformität mit ethischen Grundsätzen (WHO-Deklaration) (S. 4)

Quelle: <http://www.bundesaerztekammer.de/page.asp?his=1.102>

Anregung zur Umsetzung der Empfehlungen

In der Ankündigung von Fortbildungsveranstaltungen zur Einführung der Interventionsstandards bzw. in den dazu verfassten Artikeln in den ärztlichen Publikationen können die Standards aufgegriffen werden. Z. B. wird der Nutzen für die Patientinnen verbunden mit dem Nutzen für den Arbeitsablauf in der Praxis dargestellt. Die wissenschaftliche Evidenz kann mit der Bedeutung von Gewalt gegen Frauen nachgewiesen werden.

Durch die Orientierung von Ausschreibungen und Texten dazu an den Empfehlungen kann die Akzeptanz des Angebotes bei Ärztinnen/Ärzten erhöht werden. Gleichzeitig ist ihre Erfüllung eine Voraussetzung für die Antragstellung auf Zertifizierung der Veranstaltung.

Maßgebend für die Vergabe von Punkten ist die Zeitdauer der Veranstaltung. Je länger eine Veranstaltung ist, desto höher ist die Zahl der Punkte, mit der sie bewertet wird.

Beispiel Punktwertung für zertifizierte ärztliche Fortbildungsveranstaltungen

- 1 Punkt für 1 Std. (mind. 45 Minuten),
- 2 Punkte für 2 Std. (mind. 90 Minuten),
- 3 Punkte für eine halbtägige und
- 5 Punkte für eine ganztägige Fortbildung.

Ein Zusatzpunkt für die Fortbildungsveranstaltung wird vergeben bei Durchführung in

- | Seminarform oder
- | anerkannten Qualitätszirkeln oder mit
- | abschließender Evaluation durch Kolloquium oder schriftlicher Lernerfolgskontrolle.

Quelle: <http://www.bundesaerztekammer.de/page.asp?his=1.102>

Anregung für die Anerkennung der Fortbildung

Auch ärztliche Fortbildungsveranstaltungen zum Themenschwerpunkt „häusliche Gewalt“ müssen von der Landesärztekammer zertifiziert sein, damit die teilnehmenden Ärztinnen/Ärzte Punkte für ihr Fortbildungspunktekonto erhalten können. Bei der Planung der Veranstaltung müssen daher auch die Standards der jeweiligen Landesärztekammer, die in der Satzung festgelegt sind, oder die Empfehlungen der Bundesärztekammer berücksichtigt werden.

Zu den Qualitätsanforderungen an (Präsenz-)Fortbildungsangebote der Bundesärztekammer, die für die Organisation einer Veranstaltung zu beachten sind, gehören u. a.:²⁷

- | Auswahl geeigneter Expertinnen/Experten, Referentinnen/Referenten,
- | Aufarbeitung und Vermittlung der Fortbildungsinhalte gemäß Standards,
- | rechtzeitige, umfassende und formal angemessene Information über Lernziele und Inhalte,
- | Wahl von Ort, Zeit, Raum und Medien, angepasst an Form und Zielsetzung der Fortbildungsveranstaltung sowie an den personellen Umfang der Fortbildungsgruppe,
- | barrierefreier Zugang für Menschen mit Behinderungen,
- | Einhalten der geplanten Zeitabläufe einer Fortbildungsveranstaltung bzw. das Anpassen des Veranstaltungsablaufs an die Aufnahmefähigkeit der Teilnehmerinnen und Teilnehmer unter Berücksichtigung ausreichender Pausen und Diskussionszeiten,
- | angemessene persönliche Betreuung der Fortbildungsteilnehmenden durch den Veranstalter und entsprechend geschultes Personal.

²⁷ Aus: Empfehlungen zur ärztlichen Fortbildung der Bundesärztekammer, 2008, <http://www.bundesaerztekammer.de/page.asp?his=1.102>.

Der Weg zur Zertifizierung

- | Der Veranstalter stellt einen Antrag zur Anerkennung der Fortbildungsveranstaltung bei der Ärztekammer, in deren Zuständigkeitsbereich die Fortbildung stattfindet.
- | Diese teilt nach Prüfung dem Veranstalter die auf der Grundlage der Fortbildungsrichtlinien der zuständigen Landesärztekammer zu erteilenden Fortbildungspunkte mit.
- | Der Veranstalter nimmt die Punkte in sein Veranstaltungsprogramm auf, führt eine Anwesenheitsliste und händigt Teilnahmebescheinigungen aus.
- | Die Anwesenheitsliste, in die sich die teilnehmenden Ärztinnen/Ärzte mit Unterschrift eintragen müssen, wird im Anschluss an die Veranstaltung an die zuständige Ärztekammer weitergegeben.
- | Die Evaluierung der Veranstaltung ist in einigen Bundesländern, z. B. in Berlin, durch die Landesärztekammer verbindlich geregelt, indem die Teilnehmenden gebeten werden, einen Evaluierungsbogen der Kammer auszufüllen.

Quelle: GSFe. V., Frankfurt am Main

Anregung für die Zertifizierung

Die regionale Zuständigkeit für die Zertifizierung und die jeweils spezifischen Modalitäten können bei der Landesärztekammer erfragt werden.

Im MIGG-Projekt waren alle Veranstaltungen zertifiziert.

6.1.6 In der ärztlichen Fortbildung erfahrene Veranstalter²⁸

Internationale Erfahrungen zeigen, dass in der Regel Ärztinnen/Ärzte von Angehörigen ihrer Profession bzw. ihren Standesorganisationen und Berufsverbänden erreicht werden, weniger von nichtärztlichen Professionen, wie sie z. B. in der Arbeit mit gewaltbelasteten Frauen vertreten sind. Dies gilt auch für Fortbildungsangebote. Aber selbst Angebote von Landesärztekammern zur Verbesserung der ärztlichen Versorgung von gewaltbelasteten Patientinnen oder zur gerichtsfesten Dokumentation, z. B. in Hessen oder in Niedersachsen, wurden nicht in dem gewünschten Umfang angenommen.

Dennoch sind Standesorganisationen, Berufsverbände und Ärztevereinigungen, die von ihren Aufgaben her im Bereich der ärztlichen Selbstverwaltung auch zuständig sind für die ärztliche Fortbildung bzw. zertifizierte Kongresse und Tagungen veranstalten, kompetente Partnerinnen/Partner bei Fortbildungsmaßnahmen zur Einführung der Interventionsstandards in die ärztliche Versorgung gewaltbelasteter Patientinnen. Mit der Beteiligung z. B. einer Landesärztekammer bzw. ihrer Bezirksstelle, der für die Ärzteschaft bedeutenden Standesorganisation, kann die fachliche Anerkennung und Akzeptanz des Fortbildungsangebotes gesteigert werden.

²⁸ Im Folgenden bleiben die Pharmaindustrie als Anbieterin von ärztlicher Fortbildung ebenso wie privatwirtschaftlich agierende Agenturen, die ärztliche Fortbildungsmaßnahmen organisieren, unberücksichtigt.

Beispiel Berlin

Einladung zu einer Fortbildung

Ärztchammer Berlin und S. I. G. N. A. L. e. V.

Fortbildung

„Rechtssichere Dokumentation bei häuslicher und sexualisierter Gewalt“

Veranstalter: S. I. G. N. A. L. e. V. in Kooperation mit der Ärztkammer Berlin

Quelle: Signal e. V., Berlin

Anregung für die Gestaltung der Kooperation bei Fortbildungsmaßnahmen

Kooperationsveranstaltungen werden im Ärzteblatt entsprechend beworben, finden in den Räumen der Ärztkammer statt, werden von einer/einem Verantwortlichen der Ärztkammer eröffnet und haben daher die für die Ärzteschaft notwendige Reputation. Das wird dokumentiert, indem die Ärztkammer als Mitveranstalterin fungiert.

Auch Berufsverbände, Kliniken und unterschiedliche ärztliche Arbeitszusammenhänge organisieren lokal Fortbildungsveranstaltungen und erreichen dort auch niedergelassene Ärztinnen/Ärzte. So bietet z. B. das städtische Krankenhaus Kiel jährlich eine Veranstaltung an zur ärztlichen Versorgung gewaltbelasteter Patientinnen, die auch für niedergelassene Ärztinnen/Ärzte zugänglich ist. Regional gibt es eine Vielfalt von Angeboten, die – sofern sie zertifiziert sind – auf der jeweiligen Homepage der Landesärztekammern abgerufen werden können.

Noch stärker als bei der Werbung von Ärztinnen/Ärzten für die Einführung der Interventionsstandards müssen für die erfolgreiche Umsetzung der dafür notwendigen Fortbildung Kooperationsstrukturen mit Standesorganisationen und Berufsverbänden aufgebaut werden.

6.2 Empfehlungen²⁹

6.2.1 Regionales und bedarfsgerechtes Fortbildungskonzept entwerfen

Bereits zu Beginn sollte eine Gesamtkonzeption für die Fortbildung entwickelt werden, die an dem regionalen Fortbildungsbedarf und den Erwartungen der Beteiligten ansetzt. Hierzu gehört u. a. die Festlegung der Zielgruppe, der Akquisewege, der Inhalte und Formen der Fortbildungen, z. B. die Strukturierung nach Basisfortbildung und Aufbaumodulen. Eine besondere Bedeutung kommt der Planung der Auftaktveranstaltung zu; hier kann nach den Erfahrungen im Projekt MIGG ein Fachtag besonders geeignet sein.

²⁹ Die Empfehlungen dazu sind abgeleitet aus der Evaluation aller Fortbildungsveranstaltungen im MIGG-Projekt und den Ergebnissen der Interviews mit den teilnehmenden Ärztinnen/Ärzten, die vom Team der wissenschaftlichen Begleitung des MIGG-Projektes und von den Projektverantwortlichen geführt wurden, der Interviews mit den Referentinnen und Referenten der Fortbildung, der Interviews mit den Mitgliedern des Beirates zum MIGG-Projekt sowie der Interviews mit den Projektverantwortlichen selbst.

6.2.2 Kontinuierlichen Einstieg ermöglichen

Interessierten sollte jederzeit der Einstieg in ein regelmäßiges Fortbildungsangebot ermöglicht werden.

6.2.3 Praxisorientierte Materialien aushändigen

Die Materialien sollen so aufbereitet sein, dass sie zum Nachlesen, Nachschlagen oder zur alltäglichen Anwendung anregen. Hier kann auf die im Projekt entwickelten Materialien zurückgegriffen werden (siehe Kap. 8 und Curriculum³⁰), die jeweils um regionalspezifische Informationen, z. B. Adressen oder Ansprechpartnerinnen/Ansprechpartner ergänzt werden können.

6.2.4 Zertifizierung garantieren

Die Fortbildungsangebote sollten die Standards der ärztlichen Fortbildung erfüllen und von der zuständigen Ärztekammer zertifiziert sein (Punktebewertung).

6.2.5 Günstige Zeiten und Räume wählen

Bei der Wahl von Zeitpunkt und Ort der Fortbildung sollten die Arbeitsbedingungen niedergelassener Ärztinnen/Ärzte berücksichtigt werden. Als geeignet haben sich Seminarräume erwiesen, ein Hörsaal dagegen als eher ungeeignet.

6.2.6 Theorie und Praxis ausgewogen kombinieren

Das Thema der Fortbildungsveranstaltung sollte kurz und prägnant aufbereitet werden. Dabei sollte der Bezug zur beruflichen Praxis hergestellt werden bzw. der Nutzen für die ärztliche Tätigkeit erkennbar sein und der Transfer in die Praxis mitberücksichtigt werden.

In den Fortbildungsveranstaltungen sollte eine gute Balance zwischen theoretischem Input und praktischer Übung gefunden werden, außerdem sollte genügend Raum für den kollegialen Austausch einschließlich Fallbesprechung zur Verfügung stehen.

6.2.7 Von der Ärzteschaft akzeptierte Fortbildungsinstitute gewinnen

Die Fortbildungen sollten von Institutionen angeboten werden, die von Ärztinnen/Ärzten für die Fortbildung akzeptiert sind, in der Regel Einrichtungen der ärztlichen Versorgung wie Kliniken oder Institute der Rechtsmedizin, Berufsverbände oder Ärztekammern, oder von Einrichtungen, die sich in der ärztlichen Fortbildung zum Themengebiet „häusliche

30 GESINE-Netzwerk Gesundheit. EN Schwelm – Marion Steffens, Andrea Stolte, Ulrike Janz; SIGNAL Intervention im Gesundheitsbereich gegen Gewalt e. V., Hildegard Hellbernd, Dr. med. Heike Mark, Angelika May, Karin Wieners; Universitätsklinikum Düsseldorf, Priv.-Doz. Dr. med. Hildegard Graß, Dr. med. Lydia Berendes, Prof. Dr. med. Stefanie Ritz-Timme; Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Dr. med. Regina Schlenger, Prof. Dr. med. Hans-Jürgen Kaatsch; Ludwig-Maximilian-Universität München, Priv.-Doz. Dr. med. Elisabeth Mützel, Sabine Lüscher, Prof. Dr. Dr. med. Matthias Graw: Curriculum zum Modellprojekt „MIGG“, Medizinische Intervention gegen Gewalt an Frauen, Schwelm, Berlin, Düsseldorf 2011. Das Curriculum enthält als Anlagen drei Materialbände, verantwortet von den drei Projektträgern.

Gewalt gegen Frauen und ihre medizinische Versorgung“ in der Region Akzeptanz erworben haben, wie z. B. der Verein Signal e. V. in Berlin, das GESINE-Netzwerk im Ennepe-Ruhr-Kreis oder das Institut für Rechtsmedizin in Düsseldorf.

6.2.8 Lokale Expertinnen/Experten einbeziehen

Als Referentinnen/Referenten sollten lokale Expertinnen/Experten einbezogen werden. Das können Ärztinnen/Ärzte aus anderen Fachgebieten sein sowie Mitarbeiterinnen/Mitarbeiter aus Unterstützungseinrichtungen, Mitarbeiterinnen/Mitarbeiter von Polizei und Justiz. Auch in der Versorgung von gewaltbelasteten Frauen erfahrene Ärztinnen/Ärzte in der Region können als Multiplikatorinnen/Multiplikatoren gewonnen werden. Die Fortbildung zum Thema „gerichts-feste Dokumentation“ sollte von einer Rechtsmedizinerin/einem Rechtsmediziner aus dem für die Kommune oder den Landkreis zuständigen Institut für Rechtsmedizin angeboten werden.

6.2.9 Evaluation der Fortbildung einplanen

Am Ende einer jeden Veranstaltung sollte eine Befragung der Teilnehmenden eingeplant werden. Hier müssen die Vorgaben, z. B. Evaluierungsbögen, der jeweils zuständigen Ärztekammer berücksichtigt werden. Darüber hinaus kann die Evaluierung aber an das konkrete Fortbildungsangebot angepasst werden, indem z. B. abgefragt wird, inwieweit die Ziele der Veranstaltung erreicht wurden. Die Referentinnen/Referenten könnten mit einem Fragebogen oder in einem Auswertungsgespräch nach ihrer Einschätzung des Verlaufs der Veranstaltung gefragt werden als Grundlage für die Verbesserung der Qualität des Angebotes. In einigen Bundesländern werden von den Landesärztekammern Evaluierungsbögen für zertifizierte Fortbildungsveranstaltungen für Ärztinnen/Ärzte verpflichtend vorgegeben.

6.3 Tipps zum Weiterlesen

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.): Standards und Empfehlungen für die Aus- und Fortbildung zum Thema häusliche Gewalt
<http://www.bmfsfj.de/RedaktionBMFSFJ/Abteilung4/Pdf-Anlagen/gewalt-standards-aus-und-fortbildung-haeusliche,property=pdf,bereich=bmfsfj,sprache=de,rwb=true.pdf>

Bundesärztekammer (Hrsg.): Empfehlungen zur ärztlichen Fortbildung, Berlin 2007 (3)
<http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/EmpfFortbildung3Auf10807.pdf>

Gewalt an Frauen und die gesundheitlichen Folgen – Ärztliches und pflegerisches Handeln bei Häuslicher Gewalt, Dokumentation zum 1. GESINE-Fachtag 2004
<http://www.gesine-intervention.de/images/pdf/dokufachtag2004.pdf>

Häusliche Gewalt macht Kinder krank! Anforderungen an medizinische und psychosoziale Versorgung von Mädchen und Jungen, Dokumentation zum 3. GESINE-Fachtag 2007)
<http://www.gesine-intervention.de/images/pdf/dokufachtag2007.pdf>

„Nicht nur seine Schläge verletzen“ – Psychische Gewalt und ihre Folgen, Dokumentation zum 4. Fachtag, 2009

<http://www.gesine-intervention.de/images/pdf/dokufachtagpsychischegewaltendversion.pdf>

Grenzüberschreitung: Wege zur Unterstützung und gesundheitlichen Versorgung gewaltbelasteter Migrantinnen, Dokumentation zum 5. GESINE-Fachtag 2010

<http://www.gesine-intervention.de/images/pdf/dokufachtagmigrationendversion.pdf>

Signal e. V. Veranstaltungsdokumentation

<http://www.signal-intervention.de/index.php?link=butt63>

Schulungsunterlagen des Instituts für Rechtsmedizin des Universitätsklinikums Düsseldorf

<http://www.uniklinik-duesseldorf.de/deutsch/unternehmen/institute/institutfrechtsmedizin/page.html> (Stichwort Forschung)

Universität Osnabrück: PRO TRAIN, Förderung interdisziplinärer Fortbildungen und Schulungen im Gesundheitswesen in Europa – aufbauend auf Beispielen guter Praxis in der Gewaltprävention (2007–2009) (Dieses Projekt ist Teil des Daphne-II-Programms der Europäischen Kommission zur Bekämpfung von Gewalt gegen Kinder, Jugendliche und Frauen.)

<http://www.pro-train.uni-osnabrueck.de/>

Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Familie und Frauen; Landeszentrale für Gesundheitsförderung in Rheinland-Pfalz e. V. (LZG)

Gewalt macht Frauen krank: Erkennen – ansprechen – helfen

Begleitmaterialien zur Fortbildung für Ärztinnen und Ärzte. Mainz 2008

http://rigg.rlp.de/fileadmin/rigg/downloads/aktuelle_infos/Materialien-Gewalt_macht_Frauen_krank.pdf

Bundesverband Frauenberatungsstellen und Frauennotrufe: Kino-Spot ‚Stairs‘ „Ich bin die Treppe heruntergefallen.“

<http://www.frauen-gegen-gewalt.de/aktuelles/>; <http://www.youtube.com/watch?v=l7HqwAleUQg>

Signal e. V. Berlin: Dokumentationsbogen zu häuslicher Gewalt (in Anlehnung an Materialien des Hessischen Sozialministeriums und der Universitätskliniken Kiel und Lübeck)

http://www.dggg.de/fileadmin/public_docs/Leitlinien/2010-Signal-Dokumentationsbogen.pdf

VII.

Fachlichen Austausch sicherstellen – die ärztliche Weiterbildung nutzen

Kapitel 7 enthält Hinweise

- auf lokale Arbeitsgruppen und Veranstaltungen von und für Ärztinnen/Ärzte, die entweder bereits bestehen oder organisiert werden können und die in den Prozess der Implementierung der Interventionsstandards in der Region einbezogen werden können;
- auf bereits bestehende Weiterbildungsveranstaltungen, in deren Curriculum die Interventionsstandards aufgenommen werden können.

Niedergelassene Ärztinnen/Ärzte haben auch außerhalb von Fortbildungsangeboten, wie landes- oder bundesweiten Kongressen und Tagungen ihrer Standesorganisationen, der medizinischen Fachgesellschaften, von Kliniken und Instituten, Orte, an denen sie sich austauschen, ihre Praxis reflektieren und sich über neue Entwicklungen in ihrem Fachgebiet informieren. Dazu gehören die lokalen Veranstaltungen und ärztlichen Zusammenschlüsse. Für die Implementierung der Interventionsstandards in die ärztliche Versorgung in der Region können daher auch die in der Region bereits eingeführten Arbeitsgruppen und Veranstaltungen genutzt bzw. zur Gründung neuer Arbeitsgruppen angeregt werden.

Auch die Assistenz-Berufe im Gesundheitswesen, wie z. B. Krankenpflegepersonal, medizinische Fachangestellte in den Praxen oder Hebammen, können einbezogen werden.

7.1 Lokale Arbeitsformen

7.1.1 Ärztliche Gesprächsrunde/Ärzttestammtisch

Mit dem Begriff ärztliche Gesprächsrunde oder auch Ärzttestammtisch werden regelmäßige Zusammenkünfte von Ärztinnen/Ärzten benannt, die der Intensivierung der fachlichen Kommunikation dienen sollen. Die Initiatorinnen/Initiatoren können Kliniken, eine Gruppe von Ärztinnen/Ärzten eines Fachgebietes oder eine Praxis sein. Bei den Treffen werden aktuelle Themen der Gesundheitspolitik oder der Medizin, bezogen auf die Region, vorgestellt und diskutiert. Häufig finden die Treffen in Gaststätten statt und haben neben dem fachlichen Teil auch einen geselligen Aspekt.

Die Formen der ärztlichen Gesprächsrunden bzw. der Ärzttestammtische sind vielfältig, formale Regeln ähnlich wie bei den Qualitätszirkeln sind nicht vorgegeben. Sie sind keine zertifizierten Fortbildungsveranstaltungen, sondern freiwillige Treffen zum kollegialen Austausch interessierter Ärztinnen/Ärzte.

Diese ärztlichen Gesprächsrunden können Koordinatorinnen/Koordinatoren nutzen, um die jeweilige Projektidee, d. h. die Einführung der Interventionsstandards, in der Region vorzustellen, um Mitarbeit zu werben und erste offene Fragen zu klären. Die Gesprächsrunden sind in der Regel offen. Wenn sie institutionalisiert sind, wird häufig z. B. auf den Seiten der regional zuständigen Ärztekammern dazu öffentlich eingeladen.

Beispiel: Ennepe-Ruhr-Kreis

Im Ennepe-Ruhr-Kreis gibt es ärztliche Gesprächsrunden z. B. von Hausärztinnen/Hausärzten, die mehrfach im Jahr zusammenkommen.

Quelle: GESINE-Netzwerk, Ennepe-Ruhr-Kreis

Anregung zur ärztlichen Gesprächsrunde

Nach Angabe einiger Ärztinnen/Ärzte im Ennepe-Ruhr-Kreis wurde die ärztliche Versorgung bei häuslicher Gewalt auch vor dem Projekt in diesem Kreis thematisiert, fand aber keine Resonanz und wurde daher nicht weiter diskutiert.

Hier könnte unterstützend sein, wenn eine in der Region angesehene Ärztin/ein angesehener Arzt gewonnen werden kann, das Thema fachlich kompetent und überzeugend zu vertreten.

7.1.2 Qualitätszirkel

Ärztliche Qualitätszirkel sind ein Instrument der Qualitätsentwicklung und -sicherung. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) hat 1994 Richtlinien dazu entwickelt. Qualitätszirkel werden von dafür ausgebildeten Moderatorinnen und Moderatoren geleitet und von der regional zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung (KV) finanziert. Sie finden kontinuierlich mehrmals im Jahr statt mit einem festen Kreis von Ärztinnen/Ärzten und Psychotherapeutinnen/Psychotherapeuten gleicher oder unterschiedlicher Fachrichtung. Die Mindest- und Höchstanzahl pro Jahr ist von der Kassenärztlichen Vereinigung in den Bundesländern unterschiedlich geregelt. In kollegialem Diskurs werden vorher festgelegte und selbst gewählte Themen bearbeitet, wobei die Teilnehmerinnen/Teilnehmer ihre Erfahrungen einbringen sollen.

Die Ergebnisse werden in einem von der zuständigen Ärztekammer formalisierten Protokoll dokumentiert. Für die Teilnahme, die der KV nachgewiesen werden muss, werden Fortbildungspunkte vergeben. Qualitätszirkel sind ein anerkanntes Instrument der ärztlichen Fortbildung.

Die KBV hat das Thema „häusliche Gewalt“ in das Qualitätsmanagement im Qualitätszielkatalog integriert. Als Qualitätsziel wurde z. B. aufgenommen „Hinweise auf Vernachlässigung oder Missbrauch von Patienten werden erkannt und den Betroffenen Hilfsangebote unterbreitet“. Außerdem hat die KBV zum Thema „häusliche Gewalt“ eine Qualitätszirkel-Dramaturgie erarbeitet. Inhaltlich werden darin die Möglichkeiten der Intervention bei häuslicher Gewalt aufbereitet, auch mit Material aus dem MIGG-Projekt.

Beispiel Düsseldorf

Qualitätszirkelprotokoll

Datum: **02.09.2009** Ort: **Institut für Rechtsmedizin, Bibliothek, UKD Düsseldorf**

von ... 17.00 Uhr bis 19.00 Uhr

Thema: **Gewaltprävention**

Protokollführung: Frau Dr. Berendes

Moderation: Frau PD Dr. Graß

Teilnehmerinnen/Teilnehmer:

Thema: Medizinische Intervention gegen Gewalt an Frauen – Fotodokumentation, Praxismanagement

Inhalte der Sitzung:

1. Fotodokumentation: allg. Einführung und praktische Erprobung in Kleingruppen
Portrait – von der Übersicht zum Detail – mindestens ein Foto mit Maßstab – Datum, Uhrzeit – Überprüfung am PC – systematische Ablage im PC (Ordner, alle Fotos)

Rahmenbedingung: hellblauer Hintergrund, Nahbildmodus, Weißabgleich, +/- Blitz

2. Praxismanagement:

Ergebnisse:

Ad 1: Fotodokumentation: Voraussetzung: Equipment, Übung, Praxisorganisation

Fotodokumentation kann auch bei anderen Befunden z. B. Dermatologie genutzt werden

Ad 2:

- | Die Ansprache in der Praxis nach Gewalterfahrung wird von vielen Frauen als positiv wahrgenommen. Auch die Mundpropaganda wirkt als Informationsquelle sowie ein praxiseigener Flyer.
- | Die Fälle nehmen zu, nicht nur mit akuten, sondern auch vergangenen Gewalterfahrungen und daraus resultierender Beeinträchtigung der Gesundheit.
- | Diese Fälle brauchen oft zusätzlich Zeit.
- | Die Vermittlung von psychotherapeutischen Angeboten ist schwierig. Am ehesten lassen sich noch direkte Vermittlungen gestalten. Eine Liste mit Möglichkeiten wird von Frau PD Dr. Graß erstellt (Gewaltopferambulanz, AKNO, KVNO, Psychotherapeutenkammer, Alexianerkrankenhaus Krefeld etc.).
- | Bei Gewaltopfern kommt es auch immer zu rechtlichen Fragen. Die Rechtsmedizin stellt sich hier als Ansprechpartner zur Verfügung.

Nächstes Treffen: 02.12.2009, Düsseldorf, Institut für Rechtsmedizin, UKD, Bibliothek

Thema: Täterprogramme, Deeskalationstraining

Einladung durch: Graß Moderation: Graß

Quelle: Institut für Rechtsmedizin, Düsseldorf

Anregung zu Qualitätszirkeln

In den Qualitätszirkeln haben die Teilnehmenden den Raum, ihre berufliche Praxis zu reflektieren, im Erfahrungsaustausch mit Kolleginnen/Kollegen neue Erkenntnisse zu gewinnen und über neue Entwicklungen zu informieren.

Daher können sie auch ein Forum zur Einführung der Interventionsstandards sein. In Kooperation mit der regional zuständigen Ärztekammer, der KV und interessierten Moderatorinnen/Moderatoren können Qualitätszirkel gegründet und Teilnehmende dafür geworben werden.

Möglich ist auch, die Moderatorinnen/Moderatoren bestehender Qualitätszirkel zu bitten, Referentinnen/Referenten einzuladen, die über die Interventionsstandards informieren. Auch Netzwerkpartner können zur Vertiefung und zur Information über ihre Arbeitsbereiche eingeladen werden.

Qualitätszirkel ausschließlich zum Thema „Einführung der Interventionsstandards in die medizinische Versorgung von gewaltbelasteten Frauen“ wurden allerdings bei der Abschlussbefragung von einer größeren Gruppe von Ärztinnen/Ärzten im Ennepe-Ruhr-Kreis und in Berlin als zu aufwändig beschrieben. Sie wünschten sich eher die Integration des Themas in die bestehende Qualitätszirkelarbeit.

Auch das ist ein Ansatz, der – abhängig von den Erfahrungen in der Region – umgesetzt werden kann.

7.1.3 Multiprofessionelle Fachtage

Multiprofessionelle Fachtage sind Fachveranstaltungen, zu denen Angehörige verschiedener Berufsgruppen eingeladen werden, die das Thema der Veranstaltung bearbeiten. Das Thema wird in Vorträgen aufbereitet und in Workshops oder Arbeitsgruppen vertieft. Als Referentinnen/Referenten werden Expertinnen/Experten gewonnen, die sich aus ihrer jeweiligen beruflichen und fachpolitischen Perspektive mit dem Thema des Fachtages auseinandergesetzt haben. Sie haben insbesondere die Notwendigkeit für und den Bedarf an Kooperationen mit den Kolleginnen/Kollegen anderer Professionen reflektiert und das Thema aus dieser Perspektive bearbeitet.

Fachtage sind Informationsveranstaltungen und daher eine Ergänzung zu einem curricular aufbereiteten Fortbildungsangebot. In den Workshops oder Arbeitsgruppen wird an den Erfahrungen der Teilnehmenden angeknüpft und deren Kompetenz einbezogen.

Multiprofessionelle Fachtage haben sich im MIGG-Projekt als gut geeignet erwiesen, die Einführung der Interventionsstandards in die ärztliche Versorgung zu begleiten.

Beispiel: Berlin

3. Fachtag: „Brücken bauen – Kinderschutz und häusliche Gewalt“

Grußworte der Senatorin für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz,

Katrin Lompscher

„Intervention beginnt in der Schwangerschaft – Frühe Hilfen als Chance“

Hilde Hellbernd, MPH, S. I. G. N. A. L. e. V./ Bundesmodellprojekt „Medizinische Intervention gegen Gewalt“

„Bedeutung von Schutz- und Risikofaktoren für die Entwicklung von Kindern“

Dr. med. Wiebke Baller, Fachärztin für Psychiatrie, SAFE-Mentorin im St. Joseph-Krankenhaus Weißensee

„Interdisziplinäre Handlungskonzepte zum Kinderschutz“

Astrid Maschke, Kinderschutzkoordinatorin, Kinder- und Jugendgesundheitsdienst Tempelhof-Schöneberg

Pause (Getränke, Imbiss, Info-Stände)

Workshop 1: „Verdacht auf Kindesmisshandlung – Wie spreche ich mit den Eltern?“

Wie kann man mit Eltern sprechen, wenn man sich um ein Kind sorgt? Was bedeutet es, wenn die Mutter misshandelt wird? Wie kann man mit Abwehr umgehen und zur Hilfe motivieren? Der Workshop will sensibilisieren und praktische Erfahrungen für den Kontaktaufbau vermitteln.

Referentin: Astrid Schüler, Supervisorin

Moderation: Hilde Hellbernd, MPH, S. I. G. N. A. L. e. V./ Bundesmodellprojekt MIGG

Workshop 2: „Familiäre Belastung – Risikoeinschätzung – Handlungsspielräume“

Gefahren für die kindliche Entwicklung im Kontext häuslicher Gewalt sollten frühzeitig erkannt werden. Die Gesundheitsversorgung spielt hierbei eine wichtige Rolle. Der Workshop will die Sicherheit von Fachkräften bei der Risikoeinschätzung vergrößern und Handlungsoptionen und die Notwendigkeit von Kooperationen diskutieren.

Referentin: N. N., Kinderärztin

Moderation: Angelika May, Dipl.-Soz.Päd., SIGNAL e. V./ Bundesmodellprojekt MIGG

Workshop 3: „Fallmanagement und interdisziplinäre Kooperation“

Kinderschutz erfordert interdisziplinäres Handeln und das Wissen um Zuständigkeiten. Funktionierende Kooperationen entlasten. Im Workshop sollen Möglichkeiten und Ansätze der Zusammenarbeit zwischen der medizinischen Versorgung, Jugendämtern, Kinder- und Jugendgesundheitsdiensten, Anti-Gewalt-Einrichtungen, dem Kindernotdienst ausgelotet und diskutiert werden.

Moderation: Dr. med. Heike Mark, Allgemeinmedizin, S. I. G. N. A. L. e. V./ Bundesmodellprojekt MIGG

Gespräche/Getränke/Info-Stände

Die Veranstaltung wird für Ärztinnen und Ärzte mit 4 Punkten zertifiziert.

Quelle: Signal e. V., Berlin

Anregung für die Gestaltung von Fachtagen

In der Abschlussbefragung der teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte des MIGG-Projekts wurden multiprofessionelle Fachtage, die einmal jährlich stattfinden, als besonders geeignet angesehen, insbesondere von denen, die an einem Fachtag teilgenommen hatten.

„Die Fachtage waren sehr gut, da man persönliche Kontakte mit den verschiedensten Hilfestellen knüpfen konnte und auch mit Kolleginnen und Kollegen ins Gespräch kam.“

Beim Beispiel aus Berlin lag der inhaltliche Schwerpunkt beim Kinderschutz bei häuslicher Gewalt, der bezogen auf die ärztliche Praxis aufbereitet und diskutiert wurde.

Für die Fachvorträge werden in erster Linie Referentinnen/Referenten aus der Region eingeladen, sodass die teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte einen Bezug zu ihrem Wirkungskreis bekamen und anschließend Kontakt aufnehmen konnten.

In den Workshops oder Arbeitsgruppen erhalten die Teilnehmenden in den multiprofessionell besetzten Gruppen die Möglichkeit, die unterschiedlichen Arbeitsansätze kennen und verstehen zu lernen und in der jeweiligen fachspezifischen Zuständigkeit den eigenen Part zu bestimmen.

7.1.4 Supervision

Supervision ist eine Form der Beratung von Einzelpersonen, Teams, Gruppen und Organisationen. Es gibt z. B. Einzel-, Team-, Gruppen- und Fallsupervision. Die Supervisorin/Der Supervisor ist eine in dem betreffenden Gebiet fachkundige und in der Supervision geschulte Person, die von den jeweiligen Auftraggeberinnen/Auftraggebern oder Teilnehmenden finanziert wird. Intendiert ist die Reflexion und Verbesserung beruflichen Handelns. Supervision ist z. B. obligatorisch in der Ausbildung zur Psychotherapie. Sie wird jedoch auch zur Verbesserung der Zusammenarbeit in Teams, Gruppen und Organisationen eingesetzt.

Einzelfallsupervision kann von fachkundigen Personen auf dem Gebiet der Gewaltprävention, z. B. Rechtsmedizinerinnen/Rechtsmedizinern, Mitarbeiterinnen der Frauenberatungsstellen und Psychotherapeutinnen/Psychotherapeuten, angeboten werden. Die Inhalte können sich auf Probleme der Untersuchung, Dokumentation, Gesprächsführung und Weiterverweisung bei körperlichen oder/und psychischen Verletzungen der Frauen beziehen.

Teamsupervision wird vom Arbeitgeber häufig an psychisch besonders belastenden Arbeitsplätzen angeboten, wie z. B. in Frauenberatungsstellen, psychosozialen Beratungsstellen oder Erziehungsberatungsstellen. Teamsupervision dient dabei nicht nur der Entlastung der Beschäftigten, sondern auch dem professionellen Umgang mit Gewaltbetroffenen.

7.1.5 Fallevaluation

Fallevaluation ist die abschließende Betrachtung des Verlaufs (hier einer Konsultation). Durch sie können bereits erreichte Kompetenzen der Ärztinnen/Ärzte erfasst und die Praktikabilität und Nachhaltigkeit des Ansatzes ermittelt werden.

Beispiel: Berlin

Anlass der Konsultation (Stichworte):

Jetzt wegen der Gewalteinwirkung

Anlass war Gewalterfahrung Ja Nein

Verdacht Gewalterfahrung Ja Nein

Art der erlittenen Gewalt:

körperlich psychisch

sexuell keine Angabe

anderes _____

Körperlicher Befund Ja Nein

Stichworte (gewaltassoziiert)

Hämatome am Kopf u. li. Arm

Psychischer Befund Ja Nein

Stichworte

Depressiv, wütend

Geschlecht des Täters/der Täterin:

Weiblich **männlich**

Beziehung zum Täter/Täterin:

Aktuelle (Ehe-)Partnerin/Aktueller (Ehe-)Partner

Ehemalige (Ehe-)Partnerin/Ehemaliger (Ehe-)Partner

Familienangehörige

Bekannte/Bekannter

Fremde Person

Keine Angabe

Ansprache zu Gewalterfahrung

Spontanbericht Routinefrage

Dauer des Gesprächs

bis 10 min bis 20 min

bis 30 min über 30 min

Anmerkungen zum Gespräch

Pat. ist verzweifelt u. empört, berichtet von früheren Misshandlungen

Dokumentation Ja Nein

Wenn ja, Körperschema **Foto**

Zeitaufwand für Dokumentation

bis 30 min **über 30 min**

über 60 min

Schutzbedarf

Ja Nein ungeklärt

Vermittlung ins psychosoziale Hilfenetz

Ja Nein

Wenn ja, wohin _____

Wenn ja, Art der Vermittlung:

Infomaterial übergeben

Direkter Anruf bei Einrichtung und Termin

Weitere Anmerkungen

Pat. will Anzeige bei der Polizei erstatten

Quelle: Signal e. V., Berlin

Anregung zur Fallevaluation

Im MIGG-Projekt wurde von den Projektleitungen Fallevaluation angeboten, entweder im Rahmen der Ärztekonzferenzen oder im persönlichen Gespräch.

Grundlage für die Fallevaluation war ein formalisierter Evaluierungsbogen. Der Evaluierungsbogen aus Berlin enthält neben den hier dokumentierten Daten Angaben zur Person der Patientin wie Alter, Familienstand, Migrationshintergrund oder Berufstätigkeit, zum Kontakt mit der Praxis und zu weiteren ärztlichen Maßnahmen.

Das Instrument der Fallevaluation ist nicht von allen Praxen genutzt worden, mit der Begründung, dass nur wenige Patientinnen mit Gewalterfahrung in die Praxis kommen und der Bogen vergessen wird.

Der Bogen könnte auch für die fortlaufende Dokumentation von gewaltbelasteten Patientinnen in der Praxis dienen und sich über den Einzelfall hinaus für eine Einschätzung der besonders gefährdeten Gruppen unter den Patientinnen eignen.

7.2 Weiterbildung

7.2.1 Psychosomatische Grundversorgung

In der Weiterbildungsordnung für Fachärztinnen/Fachärzte für Allgemeinmedizin und Fachärztinnen/Fachärzte für Frauenheilkunde und Geburtshilfe ist die Absolvierung eines Kurses zur psychosomatischen Grundversorgung obligat. Außerdem schreiben die Kassenärztlichen Vereinigungen die Teilnahme an einem solchen Kurs ebenfalls vor, wenn bestimmte Gesprächsziffern abgerechnet werden.

Die Kurse zur psychosomatischen Grundversorgung umfassen nach den Vorgaben der Bundesärztekammer 20 Stunden Theorie, 30 Stunden verbale Intervention und 30 Stunden Balintgruppe.

In die Kurse zur psychosomatischen Grundversorgung könnten die Ausbilderinnen/Ausbilder die Interventionsstandards aufnehmen und vermitteln. Die Landesärztekammer Niedersachsen hat das Thema verbindlich in das Curriculum integriert.³¹

7.2.2 Balintgruppen

In Balintgruppen sprechen unter Anleitung erfahrener Psychotherapeutinnen/Psychotherapeuten, deren Tätigkeit von den Teilnehmerinnen und Teilnehmern honoriert wird, eine Gruppe von Ärztinnen und Ärzten über ihre „Problempatientinnen/Problempatienten“. Ziel dieser Gespräche ist, die emotionalen Hintergründe ärztlichen und therapeutischen Handelns aufzudecken und zu hinterfragen, um so die Behandlung schwieriger Patientinnen und Patienten zu verbessern. Durch die Arbeit in Balintgruppen erhalten Ärztinnen/Ärzte die Möglichkeit, die Barrieren beim Erkennen von Gewalt zu überwinden und so die ärztliche und soziale Versorgung gewaltbelasteter Patientinnen durch die Einführung der Interventionsstandards zu verbessern.

„Für die Facharzt-Weiterbildung ist Balintarbeit in den Fächern Allgemeinmedizin, hausärztlicher Internist, Gynäkologie, für alle Psych-Fächer und spezielle Schmerztherapie obligat.“ (www.balintgesellschaft.de)

7.3 Empfehlungen

7.3.1 Überblick gewinnen und Kontakte knüpfen

In Zusammenarbeit mit der regional zuständigen Ärztekammer und der KV können Veranstaltungen für Ärztinnen/Ärzte ermittelt werden, die für die Einführung der Interventionsstandards geeignet sein können. Über die Veranstalter oder Ärztinnen/Ärzte, die z. B. an dem Qualitätszirkel teilnehmen, können Kontakte geknüpft werden, um die Implementierungsstandards zu präsentieren und für ihre Einführung werben zu können.

7.3.2 Fachtage organisieren

In Kooperation mit Kliniken, interessierten Praxen und Versorgungszentren, der zuständigen Ärztekammer und der KV könnte jährlich wenigstens ein multiprofessioneller Fachtag organisiert werden. Die Themen werden jeweils gemeinsam abgestimmt, ebenso die Liste der Referentinnen/Referenten. Der thematische Schwerpunkt wird jeweils bei den medizinischen Aspekten gesetzt, die durch die Vermittlung von Erkenntnissen und Informationen und im kollegialen Austausch bearbeitet werden. Die Fachtage können langfristig als kontinuierliches Angebot in der Region etabliert werden, wenn Ärztinnen/Ärzte mit einer hohen lokalen Reputation, Vertreterinnen/Vertreter der Landesorganisationen und Repräsentantinnen und Repräsentanten des öffentlichen Lebens sich dabei engagieren.

31 Quelle: Dr. Goesmann, Bundesärztekammer, Mitglied im Beirat des Projektes MIGG.

7.3.3 Weiteren Bedarf an Austausch klären und koordinieren

An den Projektstandorten wurden unterschiedliche Methoden/Ansätze zum kollegialen Austausch angeboten. In Berlin und Düsseldorf waren dies insbesondere Qualitätszirkel und Arbeitsgruppen (siehe Kapitel V), im Ennepe-Ruhr-Kreis Ärztekonzferenzen und Fach-tage. Der Bedarf für zusätzliche Angebote zum kollegialen Austausch wurde z. T. mit einem Rundschreiben an die beteiligten Praxen abgefragt. Für alle Angebote sollte ergänzend die Zertifizierung bei den zuständigen Ärztekammern beantragt werden, sodass die teilneh-menden Ärztinnen/Ärzte nicht nur einen fachlichen Gewinn haben, sondern auch den Nachweis, ihrer Fortbildungsverpflichtung nachgekommen zu sein.

7.3.4 Für die Einführung des Themas „häusliche Gewalt“ in die ärztliche Weiterbildung werben

Die Landesärztekammern sind zuständig für alle Angelegenheiten der ärztlichen Weiter-bildung. Dazu gehören die fachärztliche Weiterbildung, die Weiterbildung zur Erlangung von Zusatztiteln und die Weiterbildung in psychosomatischer Grundversorgung. Daher sind in den Landesärztekammern in allen Bundesländern Ansprechpersonen für Angele-genheiten der Weiterbildung. Sie könnten z. B. eingeladen werden zu regionalen Fachtagen und Veranstaltungen, um sie über die Bedeutung der Interventionsstandards für die ärzt-liche Versorgung gewaltbelasteter Patientinnen zu informieren und für die Integration des Themas in die Curricula relevanter Weiterbildungsgänge zu integrieren.

7.4 Tipps zum Weiterlesen

Ein QZ-Handbuch, aktuelle Fortbildungen sowie ein Flyer „Qualitätszirkel in der ambulan-ten Versorgung“

www.kbv.de/qualitaetszirkel.html

Zahlreiche Dokumente rund um das Thema „Supervision“

<http://www.dgsv.de/> oder

<http://media.manila.at/bruecke/gems/HelmutUtzerberSupervision.pdf>

Anschauliches Beispiel eines Qualitätszirkels

www.hausaerzte-minden.de/2_verbund/quali/quali_hg.html

Auflistung der örtlichen Balintgruppen sowie aktueller Fortbildungen

www.balintgesellschaft.de

Bundesärztekammer – Arbeitsgemeinschaft der deutschen Ärztekammern (Hrsg.)
Curriculum Psychosomatische Grundversorgung – Basisdiagnostik und Basisversorgung
bei Patienten mit psychischen und psychosomatischen Störungen einschließlich Aspekte
der Qualitätssicherung –

<http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/Currpsych.pdf>

Deutsche Gesellschaft für Supervision e. V.

<http://www.dgsv.de/supervision.php>

VIII.

Materialien für Patientinnen und Praxen kennen und einsetzen

Kapitel 8 enthält Beispiele für Materialien für Patientinnen und Praxen.

Im Modellprojekt MIGG wurde eine Fülle von informativen und ansprechend gestalteten Materialien für Patientinnen und Ärztinnen/Ärzte entwickelt, auch zur Unterstützung der Implementierung der Interventionsstandards in den Praxisalltag, insbesondere in das Praxismanagement (Abläufe und Verantwortlichkeiten). Die Materialien können nach ihrer Funktion zwei Gruppen zugeordnet werden:

- Handreichungen und Arbeitshilfen, die in der Fortbildung eingesetzt werden können, und
- Materialien zur Information von Patientinnen und als Arbeitshilfen für die Praxen.

Handreichungen und Arbeitshilfen für die Fortbildung und für den Praxisalltag enthält das Curriculum: GESINE-Netzwerk Gesundheit. EN Schwelm – Marion Steffens, Andrea Stolte, Ulrike Janz; SIGNAL Intervention im Gesundheitsbereich gegen Gewalt e. V., Hildegard Hellbernd, Dr. med. Heike Mark, Angelika May, Karin Wieners; Universitätsklinikum Düsseldorf, Priv.-Doz. Dr. med. Hildegard Graß, Dr. med. Lydia Berendes, Prof. Dr. med. Stefanie Ritz-Timme; Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Dr. med. Regina Schlenger, Prof. Dr. med. Hans-Jürgen Kaatsch; Ludwig-Maximilian-Universität München, Prov.-Doz. Dr. med. Elisabeth Mützel, Sabine Lüscher, Prof. Dr. Dr. med. Matthias Graw: Curriculum zum Modellprojekt „MIGG“, Medizinische Intervention gegen Gewalt an Frauen, Schwelm, Berlin, Düsseldorf 2011, mit drei Materialbänden als Anlagen³².

In Kapitel 8 sind Beispiele von Materialien zur Information von Patientinnen und als Arbeitshilfen für die Praxen dokumentiert.

8.1 Informationen für Patientinnen

In der Form eines Faltblatts (Flyer) oder einer kurzen Broschüre werden die Patientinnen in der Praxis über die Formen von Gewalt und die gesundheitlichen Folgen häuslicher Gewalt informiert und ermutigt, das Gespräch darüber mit der Ärztin oder dem Arzt zu suchen. Flyer oder Broschüre werden in der Arztpraxis oder – wie beispielsweise die Notfallkarte – in der Damentoilette ausgelegt, da Frauen auf diese Weise die Informationen ungesehen mitnehmen können. Erfahrungen in den Projekten haben gezeigt, dass diese Informationsmaterialien immer sehr schnell vergriffen waren. Die Materialien sind mehrsprachig, sodass auch Frauen mit Migrationshintergrund damit erreicht werden können.

³² Bezug: <http://www.bmfsfj.de/BMFSFJ/Gleichstellung/frauen-vor-gewalt-schuetzen.html>

Beispiel: Ennepe-Ruhr-Kreis

Notfallkarte

<http://www.gesine-intervention.de/images/pdf/mini-folderdeutsch2008.pdf>

Broschüre

„Mehr als das Herz gebrochen“ (Patientinneninformation zu gesundheitlichen Folgen von Gewalt)

<http://www.gesine-intervention.de/images/pdf/mehr-als-das-herzera.pdf>

Auch Plakate und Aufkleber in der Praxis dienen dazu, Patientinnen zu informieren, dass die Ärztin oder der Arzt sensibilisiert und qualifiziert sind für das Thema „häusliche Gewalt“ und sie daher offen angesprochen werden können. Im Modellprojekt wurden derartige Angebote sehr positiv aufgenommen. Auch mit einem Plakat kann in der Praxis sehr niederschwellig auf das Thema und das in der Praxis dazu bestehende Gesprächs- und Unterstützungsangebot hingewiesen werden.

Beispiel: Ennepe-Ruhr-Kreis

Aufkleber

„Wir sind Partnerinnen/Partner des Netzwerks GESINE“

http://www.gesine-intervention.de/images/pdf/aufkleber_gesine.pdf

GESINE-Infoplakat DIN A5 und DIN A 2

<http://www.gesine-intervention.de/images/pdf/gesine-plakatera.pdf>

Der Aufkleber ist – ähnlich wie ein Gütesiegel – ein Hinweis darauf, dass die Praxis zum GESINE-Netzwerk im Landkreis gehört, sich für die ärztliche Versorgung gewaltbelasteter Patientinnen qualifiziert hat und mit Unterstützungseinrichtungen und anderen Akteurinnen und Akteuren zusammenarbeitet.

Von Bedeutung können auch Informationen sein, die sich auf die Auswirkungen der häuslichen Gewalt auf Kinder beziehen, die ebenfalls im Wartezimmer ausgelegt werden können.

Hier bieten sich die vom BMFSFJ veröffentlichten Elternbriefe „Kinder leiden mit, Hilfe bei häuslicher Gewalt“ an, die in mehreren Sprachen vorliegen.

<http://www.bmfsfj.de/BMFSFJ/Service/Publikationen/publikationen,did=133130.html>
(deutsch)

<http://www.bmfsfj.de/BMFSFJ/Service/Publikationen/publikationen,did=133156.html>
(russisch)

<http://www.bmfsfj.de/BMFSFJ/Service/Publikationen/publikationen,did=133150.html>
(türkisch)

<http://www.bmfsfj.de/BMFSFJ/Service/Publikationen/publikationen,did=133144.html>
(arabisch)

Die Aufnahme des Themas „häusliche Gewalt“ in der Präsentation der eigenen Homepage der jeweiligen niedergelassenen Ärztinnen/Ärzte signalisiert ebenfalls deren Offenheit:

Beispiel: Berlin

Ein niedergelassener Arzt hat direkt auf seiner ersten Seite der Homepage das Projekt MIGG und seine Beteiligung daran dargestellt.

<http://www.dr-frey-berlin.de/index.php?id=140>

Zusätzlich können Verweise auf regionale Hilfeangebote auch auf einer Praxishomepage niederschwellig angeboten werden.

8.2 Materialien und Leitfäden für Ärztinnen/Ärzte

Als Leitfäden für Ärztinnen/Ärzte wurden Materialien zur Untersuchung von Verletzungen und ihrer gerichtsfesten Dokumentation entwickelt, einschließlich einer Formulierungshilfe für eine gerichtsfeste Befundung.

Beispiele: Ennepe-Ruhr-Kreis und Düsseldorf

Med-Doc-card (PDF)

http://www.uniklinik-duesseldorf.de/img/ejbfile/Lehrmodul_Befunddokumentation-WEB.pdf?id=16267

Dokumentationsbogen:

a) zur Dokumentation von Verletzungen und Beschwerden

http://www.gesine-intervention.de/images/pdf/dokumentationsbogen_haesuliche_gewaltpdf.pdf

b) zur Dokumentation sexualisierter Gewalt

<http://www.gesine-intervention.de/images/pdf/frauennotruf-ffm-sexualisierte-gewalt-dokubogen.pdf>

Formulierungshilfe gerichtsfeste Befundung

http://www.uniklinik-duesseldorf.de/img/ejbfile/Formulierungshilfe_gerichts_Befund-doku.pdf?id=16358 (mit Passwort geschützt)

Für die interne Fallevaluation wurde ein Fallevaluationsbogen entwickelt (vgl. Kapitel VII), der jeweils regional angepasst wurde.

Beispiel Düsseldorf

Fallevaluationsbogen

<http://www.uniklinik-duesseldorf.de/img/ejbfile/FallevaluationsbogenStandApril09.pdf?id=16268> (mit Passwort geschützt)

Außerdem wurden Arbeitshilfen entwickelt, z. B. ein Arbeitsordner MIGG, Arztbriefmuster, ein Wegweiser zur Vermittlung von Hilfen oder ein Notfallplan für die Praxis sowie eine sogenannte Desktop-Karte mit ganz knappen Informationen zum Thema und zum Hilfenetzwerk (vgl. Notfallkarte von GESINE).

Beispiel Düsseldorf:

Vademecum (Praxishandbuch mit wesentlichen Informationen und Arbeitshilfen für den ärztlichen Alltag, einschließlich lokaler Adressen)

Aktuell sind auch die „Leitlinien, Empfehlungen, Stellungnahmen“ der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e. V., die gemeinsam mit der Deutschen Gesellschaft für Psychosomatische Frauenheilkunde und Geburtshilfe erarbeitet wurden (DGPGF in Zusammenarbeit mit S. I. G. N. A. L. Intervention im Gesundheitsbereich gegen Gewalt an Frauen e. V.).

http://www.dggg.de/fileadmin/public_docs/Leitlinien/1-8-4-haeusliche-gewalt.pdf

Hintergründe, Daten, Ausmaß und gesundheitliche Folgen von Gewalt können nachgelesen werden in Heft 42 „Gesundheitliche Folgen von Gewalt unter besonderer Berücksichtigung von häuslicher Gewalt gegen Frauen“, herausgegeben vom Robert Koch-Institut – Statistisches Bundesamt (2008).

http://www.rki.de/cIn_091/nn_199850/DE/Content/GBE/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsT/gewalt,templateId=raw,property=publicationFile.pdf/gewalt.pdf

Weitere Materialien können direkt von den Projektleitungen in Berlin, Düsseldorf und dem Ennepe-Ruhr-Kreis angefragt werden.

SIGNAL e. V., Berlin:

www.signal-intervention.de

Institut für Rechtsmedizin am Universitätsklinikum Düsseldorf:

<http://www.uniklinik-duesseldorf.de/deutsch/unternehmen/institute/institutfrrechtsmedizin/page.html> (Stichwort Forschung)

GESINE-Netzwerk Gesundheit Ennepe-Ruhr-Kreis:

www.gesine-intervention.de

Diese Broschüre ist Teil der Öffentlichkeitsarbeit der Bundesregierung;
sie wird kostenlos abgegeben und ist nicht zum Verkauf bestimmt.

Herausgeber:

Bundesministerium
für Familie, Senioren, Frauen
und Jugend
11018 Berlin
www.bmfsfj.de



Bezugsstelle:

Publikationsversand der Bundesregierung
Postfach 48 10 09
18132 Rostock
Tel.: 0180 5 778090*
Fax: 0180 5 778094*
Gebärdentelefon: gebaerdentelefon@sip.bundesregierung.de
E-Mail: publikationen@bundesregierung.de
www.bmfsfj.de

Autoren:

Gesellschaft für Sozialwissenschaftliche Frauen und Genderforschung e. V.
Frankfurt am Main
Dr. Brigitte Sellach, Dr. Helga Kühner,
Gitte Landgrebe, Petra Landgrebe

Für weitere Fragen nutzen Sie unser
Servicetelefon: 0180 1 907050**
Fax: 030 18555-4400
Montag–Donnerstag 9–18 Uhr
E-Mail: info@bmfsfj-service.bund.de

Einheitliche Behördennummer: 115***
Zugang zum 115-Gebärdentelefon: 115@gebaerdentelefon.d115.de

Artikelnummer: 4BR82

Stand: Dezember 2011, 1. Auflage

Gestaltung: www.avitamin.de

Druck: Silber Druck oHG, Niestetal

* Jeder Anruf kostet 14 Cent/Min. aus dem deutschen Festnetz,
max. 42 Cent/Min. aus den Mobilfunknetzen.

** 3,9 Cent/Min. aus dem deutschen Festnetz, max. 42 Cent/Min. aus den Mobilfunknetzen

*** Für allgemeine Fragen an alle Ämter und Behörden steht Ihnen auch die einheitliche
Behördenrufnummer 115 von Montag bis Freitag zwischen 8.00 und 18.00 Uhr zur Verfügung.
Diese erreichen Sie zurzeit in ausgesuchten Modellregionen wie Berlin, Hamburg, Hessen,
Nordrhein-Westfalen u. a.. Weitere Informationen dazu finden Sie unter www.d115.de;
7 Cent/Min. aus dem deutschen Festnetz, max. 42 Cent/Min. aus den Mobilfunknetzen.