



IMPLEMENT

HEALTH SYSTEM RESPONSE
TO GENDER BASED VIOLENCE

SCHULUNGS- HANDBUCH

„GESCHLECHTSBASIERTE GEWALT“ FÜR MEDIZINISCHE FACHKRÄFTE



With financial support
from the Rights, Equality
and Citizenship Programme
of the European Union



IMPLEMENT – SPEZIALISIERTE UNTERSTÜTZUNG FÜR OPFER VON GEWALT IM GESUNDHEITSSYSTEM EUROPAS | JUST/2014/DAP/5361



Herausgeber:

AÖF – Verein Autonome Österreichische Frauenhäuser
Bacherplatz 10/4, 1050 Wien, Österreich
Website: www.aeof.at
ZVR: 187 612 774

Leitende Koordinatorin des Handbuchs: Kelly Blank

Verfasserinnen: Kelly Blank, Maria Rösslhumer

Redaktion: Maria Rösslhumer, Mathilde Sengölge

Projektkoordinatorin: Maria Rösslhumer

Fachliche Leitung: Gene Feder, Medina Johnson

Ort und Jahr der Veröffentlichung: Wien, Mai 2015

Grafik Design: Monika Medvey

Titelbild: istock.com

Mit freundlicher Unterstützung von:

With financial support
from the Rights, Equality
and Citizenship Programme
of the European Union



UNIVERSITATEA
BABEŞ-BOLYAI



© Autonome Österreichische Frauenhäuser – AÖF 2015

Die Inhalte dieses IMPLEMENT-Schulungshandbuchs basieren mit freundlicher Genehmigung auf dem UNFPA-WAVE Handbuch „Strengthening Health System Responses to Gender-based Violence in Eastern Europe and Central Asia“ (2014)

SCHULUNGSHANDBUCH

„GESCHLECHTSBASIERTE GEWALT“ FÜR MEDIZINISCHE FACHKRÄFTE

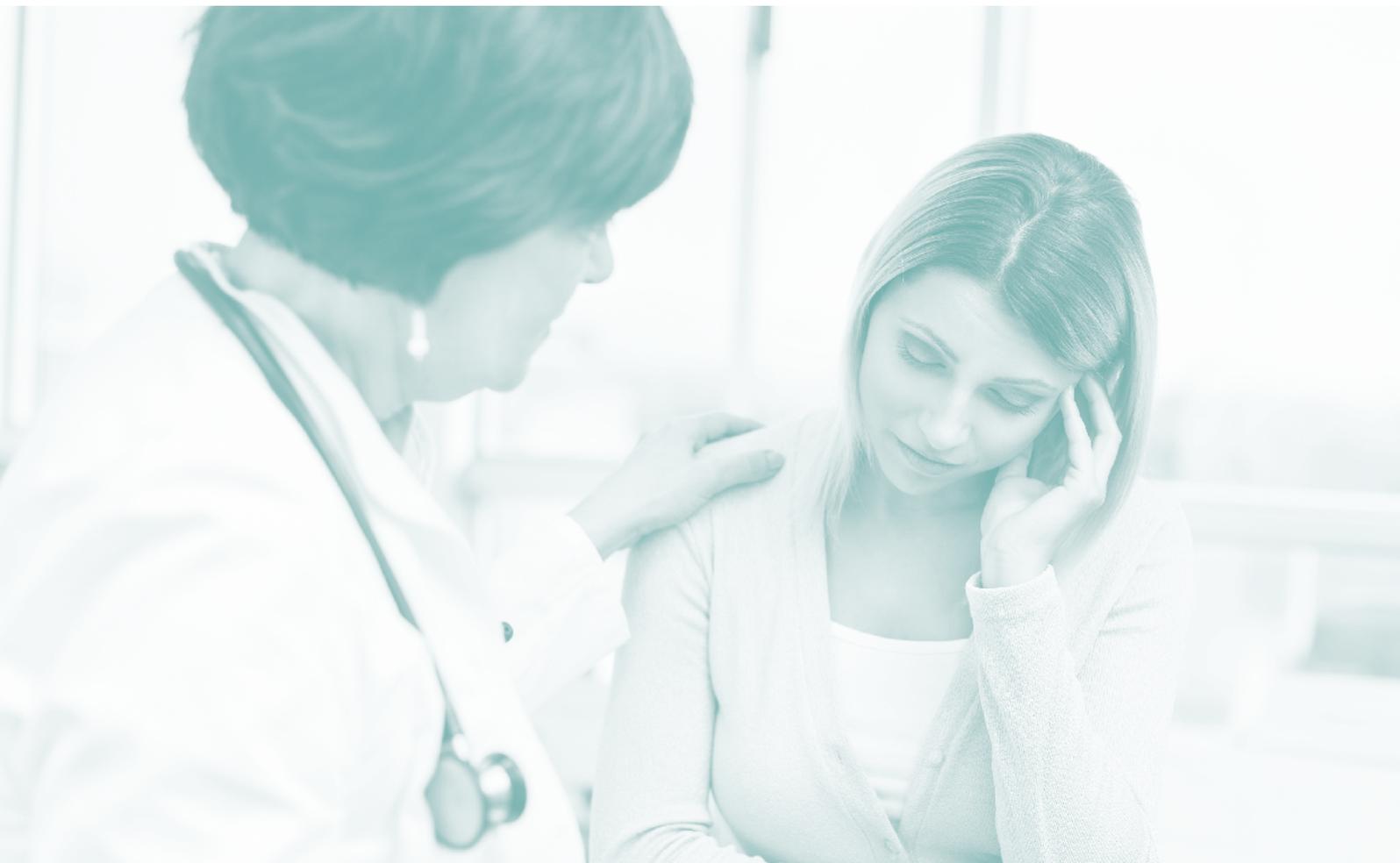
INHALTSVERZEICHNIS

● TEIL I: SCHULUNGSHANDBUCH

1. HINTERGRUND	5
1.1 Danksagungen.....	5
1.2 Das IMPLEMENT-Projekt.....	5
1.3 Hauptquellen für dieses Handbuch.....	7
1.4 Aufbau dieses Handbuchs	7
2. GESCHLECHTSBASIERTE GEWALT – GRUNDLEGENDE KONZEPTE	8
2.1 Geschlechtsbasierte Gewalt – Definitionen.....	9
2.2 Formen der geschlechtsbasierten Gewalt gegen Frauen	11
2.3 Die Dynamik der Gewalt in intimen Paarbeziehungen	13
2.4 Die Auswirkungen von geschlechtsbasierter Gewalt auf die Gesundheit von Frauen	15
2.4 Die Auswirkungen von geschlechtsbasierter Gewalt auf Kinder	15
2.6 Prävalenz der körperlichen und sexualisierten Gewalt	16
2.7 Die Rolle des Gesundheitssystems.....	17
3. GESCHLECHTSBASIERTE GEWALT ERKENNEN	19
3.1 Allgemeines Screening vs. Sondierung zur Fallerkennung	19
3.2 Symptome, Anzeichen und typische Verhaltensweisen für geschlechtsbasierte Gewalt.....	20
3.3 Hürden im Gesundheitswesen für die Bekämpfung von geschlechtsbasierter Gewalt.....	21
3.4 Voraussetzungen und Kriterien zum Erkunden nach geschlechtsbasierter Gewalt.....	23
3.5 Richtig nach geschlechtsbasierter Gewalt fragen	24
3.6 Durchführung einer medizinischen Untersuchung und Behandlung.....	26
4. GESCHLECHTSBASIERTE GEWALT DOKUMENTIEREN	29
4.1 Verletzungen protokollieren und einordnen.....	29
4.2 Gewalttaten dokumentieren.....	30
4.3 Fotos	31
4.4 Aufbewahrung von und Zugriff auf Akten und Daten von Patientinnen	32
4.5 Gerichtsmedizinische Untersuchungen	32
5. RISIKOBEWERTUNG UND SICHERHEITSPANUNG	33
5.1 Risikofaktoren für wiederholt vorkommende oder eskalierende Gewalttätigkeiten.....	34
5.2 Durchführung einer Risikobewertung.....	35
5.3 Unterstützung der Patientin beim Ausarbeiten eines Sicherheitsplans	36
6. ÜBERWEISUNGSWEGE	37
6.1 Überweisungswege – Grundlegende Konzepte	37
6.2 Vorteile von Überweisungen.....	38
6.3 Unterstützungseinrichtungen für Frauen	40
7. BEREICHSÜBERGREIFENDE ZUSAMMENARBEIT	42
7.1 Rollen und Grenzen der Zusammenarbeit verschiedener Einrichtungen	44
7.2 Schwierigkeiten bei der bereichsübergreifenden Zusammenarbeit	44
8. AUSWERTUNG UND FAZIT	46
8.1 Beurteilungsf formular Schulung	46

● TEIL II: ANHANG

1. Gruppenübung: Märchen und Mythen zu geschlechtsbasierter Gewalt	49
2. Handout: Räder der Macht und Kontrolle.....	50
3. Quiz: Geschlechtsbasierte Gewalt & Gesundheit	51
4. Übung: Räder der medizinischen Macht und Kontrolle	51
5. Fallstudie: Erfahrungen aus dem Klinikalltag – Die Geschichte von Trish	52
6. Fallstudie: Erlebnisse von Patientinnen – Die Geschichte von Kim	53
7. Übung: Zitate von Patientinnen aus IRIS	54
8. Fallstudie: Erlebnisse von Patientinnen – Die Geschichte von Catherine	55
9. Gruppenübung: Schwierigkeiten bei der effizienten Hilfe durch das Gesundheitssystem	57
10. Rollenspiel: 1	57
11. Rollenspiel: 2	58
12. Rollenspiel: 3	58
13. Übung: Klinische Sondierung – Beispielfragen	59
14. Beispiel für ein Dokumentationsformular für Fälle von geschlechtsbasierter Gewalt – Österreich	60
15. Risikoindikatoren und Sicherheitsplanung	63
16. Handout: Sicherheitsplanung Beispielformular	64
17. Einzelübung: Risikofaktoren ermitteln – Der Fall von Frau Y	66
18. Rollenspiel: Sicherheitsplanung – Der Fall von Dilorom	67
19. IRIS Überweisungsformular Beispiel.....	68
20. Übung: Schulungstipps.....	68
21. Übung: Was muss ich tun, wenn... ..	69
22. Übung: Wahrnehmung der eigenen Bedürfnisse	70
23. Handout: Einzelübung Maßnahmenplan	71
Basisreferenz-Tool für medizinische Fachkräfte	72
PowerPoint-Präsentationen (Tag 1 und 2) zum Seminar für AusbilderInnen.....	74



1. HINTERGRUND

Die Gesundheitssysteme der europäischen Länder sind nach wie vor ein wichtiger, aber vernachlässigter Zugangspunkt, durch den Opfer geschlechtsbasierter Gewalt (Gender-based Violence, GBV) erkannt und unterstützt werden können. Die medizinischen Fachkräfte sind in der Lage, das Schweigen zu brechen und Frauen und Kindern, die Opfer von Gewalt sind und zum Teil schon seit vielen Jahren gesundheitlich darunter leiden, die entscheidende Hilfe und Betreuung zu verschaffen. Außerdem sind sie meist diejenigen, die am ehesten Kontakt zu den Opfern haben. Dennoch übersehen medizinische Fachkräfte oft, dass Patientinnen misshandelt werden. Sie behandeln nur die akuten Beschwerden und verpassen die Gelegenheit, den Kontakt zu speziellen Hilfsdiensten für geschlechtsbasierte Gewalt herzustellen. Anderen wiederum fehlt die Infrastruktur oder rechtliche Unterstützung, die für die notwendige Versorgung benötigt wird. Medizinische Fachkräfte spielen eine entscheidende Rolle dabei, sicherzustellen, dass die Gesundheitssysteme unmittelbar auf geschlechtsbasierte Gewalt reagieren und die Gesundheit und Rechte der Frauen schützen. Dazu ist es jedoch unerlässlich, dass die Gesundheitssysteme **direkt mit den spezialisierten Hilfsdiensten und -organisationen verknüpft** sind. IMPLEMENT ist ein von der Europäischen Kommission (EC) kofinanziertes Projekt mit dem Ziel, in 6 europäischen Ländern (Österreich, Bulgarien, Deutschland, Frankreich, Italien und Rumänien) Kapazitäten aufzubauen, um die Unterstützung für Opfer geschlechtsbasierter Gewalt durch MitarbeiterInnen im Gesundheitswesen zu verbessern. Das Projekt ist bestrebt, die Bedürfnisse der Opfer geschlechtsbasierter Gewalt besser zu erfüllen, indem es eine enge Verbindung zwischen den Gesundheitssystemen und den speziellen Hilfsorganisationen für Frauen knüpft.

1.1 Danksagungen

Dieses Handbuch wurde von AÖF-Mitarbeiterin Kelly Blank, Projektmanagerin Mathilde Sengölge und Projektkoordinatorin Maria Rösslhumer erarbeitet. Des Weiteren haben alle IMPLEMENT-PartnerInnen (Marc Nectoux, Sonia Abluton, Ulrike Janz, Marion Steffens, Diana Rus, Daniela Gorbounova), AusbilderInnen (Gene Feder, Medina Johnson) und Mitglieder der Beratungsgruppe (Sabine Bohne, Carol Metters, Pascale Franck, Leo Pas) mit ihrem Feedback und ihren Vorschlägen zum Inhalt beigetragen. IMPLEMENT möchte sich bei der Europäischen Kommission bedanken, ohne deren Unterstützung dieses Schulungshandbuch und das IMPLEMENT-Projekt als Ganzes nicht realisierbar gewesen wären. Dieses Handbuch basiert auf dem **UNFPA-WAVE Schulungshandbuch** „Strengthening Health System Responses to Gender-based Violence in Eastern Europe and Central Asia“. Aus diesem Grund finden sich in dem Schulungshandbuch zahlreiche Module, Kapitel, Handouts und Tabellen aus dem UNFPA-WAVE (Women against Violence Europe) Handbuch sowie Informationen aus anderen Quellen, die in Abschnitt 1.3 und in den Zitaten aufgeführt sind. Das Projekt IMPLEMENT basiert auch auf den best practice Erfahrungen aus Österreich (Opferschutzgruppen) und UK (IRIS) (siehe Seite 40).

1.2 Das IMPLEMENT-Projekt

ZIELE

„IMPLEMENT: Spezialisierte Unterstützung für Opfer von Gewalt im Gesundheitssystem Europas“ unter der Finanzhilfvereinbarung JUST/2014/DAP/5361 begann am 1. Oktober 2014 und hat eine Laufzeit von 24 Monaten. Dieses Projekt hat folgende Ziele:

- ▶ Bestimmung der Stärken und Schwächen der gegenwärtigen Infrastruktur der Gesundheitssysteme in Bezug auf die Bereitstellung geburtshilflicher oder Notfallversorgung für Opfer, einschließlich einer Diskussion mit Führungskräften aus dem Gesundheitswesen aus jedem Land und Integration vorhandener Materialien/Ressourcen, die in den Ländern bereits eingesetzt werden.

- ▶ Ermittlung vorhandener nationaler gesetzlicher Rahmenbedingungen hinsichtlich der Betreuung von Opfern im Gesundheitswesen.
- ▶ Durchführung eines Seminars für AusbilderInnen, um sechs Beauftragte für Gewaltprävention (**GewaltexpertInnen**) und sechs medizinische Fachkräfte (**medizinische ProjektleiterInnen/ExpertInnen**) mit den Fähigkeiten und Kompetenzen auszustatten, die nötig sind, um in jedem der Partnerländer ein Kapazitätsaufbauseminar im Gesundheitswesen (Seminar für AusbilderInnen) und ein Folgeseminar für GeburtshelferInnen oder Notfallversorgungs-Teams zur Verbesserung der Unterstützung der Opfer geschlechtsbasierter Gewalt durchzuführen.
- ▶ Förderung von Sensibilisierungs- und Beistandsinitiativen auf der politischen Ebene des Gesundheitswesens, um die rechtliche Unterstützung der Opfer durch MitarbeiterInnen im Gesundheitswesen in den Partnerländern zu verbessern – einschließlich Bestimmung der aktuellen gesetzlichen Rahmenbedingungen auf nationaler Ebene in der EU im Hinblick auf die Unterstützung von Opfern geschlechtsbasierter Gewalt durch MitarbeiterInnen im Gesundheitswesen.
- ▶ Verbesserung der Weiterbildung des Personals und Überweisungsnetzwerke, um institutionelle Änderungen auf politischer Ebene zu unterstützen.
- ▶ Entwicklung und Umsetzung eines effizienten Kommunikations- und Informationsverbreitungsplans, um eine maximale Sichtbarkeit der Projektaktivitäten und -ergebnisse für wichtige Zielgruppen und Anspruchsberechtigte in der ganzen EU zu gewährleisten, einschließlich Austausch über bewährte Vorgehensweisen mit dem WAVE-Netzwerk und Einbeziehung medizinischer Konferenzen.

SCHAUPLATZ

IMPLEMENT spielt sich in erster Linie in medizinischen Einrichtungen in sechs Partnerländern der EU ab:

TABELLE 1: IMPLEMENT-PARTNER

Name	Land	Organisation/Hilfsdienst
Maria Rösslhuber	Österreich	AÖF
Genoveva Tisheva	Bulgarien	BGRF
Marc Nectoux	Frankreich	Psytel
Ulrike Janz	Deutschland	GESINE
Marion Steffens	Deutschland	GESINE
Sonia Abluton	Italien	Lamoro
Diana Rus	Rumänien	BBU

ZIELGRUPPEN

Dieses Projekt kommt Patientinnen der Notfallversorgung oder Geburtshilfe zugute, die Opfer von geschlechtsbasierter Gewalt sind, sowie medizinischen Fachkräften (ÄrztInnen, KrankenpflegerInnen, GeburtshelferInnen), die diese Patientinnen medizinisch versorgen.

Das Projekt richtet sich an folgende Zielgruppen: GewaltexpertInnen, die Opfern unmittelbare Unterstützung bieten; GeburtshelferInnen / NotfallmedizinerInnen in Einrichtungen, die nicht über die nötige Ausstattung verfügen, um Opfern von geschlechtsbasierter Gewalt bei ihren speziellen Bedürfnissen zu helfen; Verwaltungs- und Pflegepersonal; sowie politische Entscheidungsträger im Gesundheitswesen, z. B. Ministerien oder Gesundheitsbehörden auf Bundes- und Kommunalebene, die für die Zuteilung der Ressourcen und die institutionellen Maßnahmen zur spezialisierten Unterstützung der Opfer durch MitarbeiterInnen im Gesundheitswesen zuständig sind.

UMSETZUNG

Am 21. und 22. Mai 2015 fand in Wien (Österreich) ein Seminar für AusbilderInnen unter der Leitung eines fachkundigen Schulungsleiters und einer erfahrenen Ausbilderin aus Grossbritannien statt. Daran nahmen ausgewählte medizinische Fachkräfte und Gewaltpräventionsbeauftragte (jeweils ein/e medizinische/r ProjektleiterIn und ein/e GewaltexpertIn aus jedem Partnerland) teil, die anschließend den Kapazitätsaufbau in den medizinischen Einrichtungen in ihren jeweiligen Heimatländern (einem der sechs EU-Partnerländer) vorantreiben werden.

Die IMPLEMENT-Website ist zu finden unter:
gbv-implement-health.eu

1.3 Hauptquellen für dieses Handbuch

Dieses IMPLEMENT-Schulungshandbuch basiert auf dem UNFPA-WAVE Schulungshandbuch „Strengthening Health System Responses to Gender-based Violence in Eastern Europe and Central Asia“ (2014)¹ sowie Informationen der folgenden Institutionen:

- **Agentur der Europäischen Union für Grundrechte (Fundamental Rights Agency, FRA)** „Violence Against Women: An EU-Wide Survey“ (2014)²
- **PRO TRAIN Projekt** „Förderung interdisziplinärer Fortbildungen sowie Schulungen im Gesundheitswesen in Europa – aufbauend auf Beispiele guter Praxis in der Gewaltprävention“ (2007-2009)³
- **Weltgesundheitsorganisation (WHO)** „Responding to Intimate Partner Violence and Sexual Violence Against Women: WHO Clinical and Policy Guidelines“ (2013)⁴
- **Identification and Referral to Improve Safety (IRIS)** Schulungsmaterialien, Universität Bristol (2015)⁵
- **UNICEF** „Handbook for Coordinating Gender-based Violence Intervention in Humanitarian Settings“ (2010)⁶
- **Women Against Violence Europe (WAVE)** „WAVE Report 2014“ (2014)⁷

Tabelle 2: IMPLEMENT-AUSBILDERINNEN UND MITGLIEDER DER BERATUNGSGRUPPE:

Name	Land	Organisation	Position
Gene Feder	Grossbritannien	IRIS	Ausbilder
Medina Johnson	Grossbritannien	IRIS	Ausbilderin
Sabine Bohne	Deutschland	Universität Osnabrück	Beratungsgruppenmitglied
Carol Metters	Grossbritannien	IRIS	Beratungsgruppenmitglied
Pascale Franck	Belgien	Bundesland Antwerpen	Beratungsgruppenmitglied
Leo Pas	Belgien	EUROPREV	Beratungsgruppenmitglied

1.4 Aufbau dieses Handbuchs

Dieses Handbuch ist in zwei Abschnitte unterteilt: Teil I beinhaltet das Schulungshandbuch mit acht Kapiteln, Teil II enthält den Anhang mit 23 Elementen für die Schulungssitzungen und ein Basisreferenz-Tool.

¹ <http://eeca.unfpa.org/publications/strengthening-health-system-responses-gender-based-violence-eastern-europe-and-central>

² www.health-genderviolence.org/

³ www.pro-train.uni-osnabrueck.de/index.php/TrainingProgram/HomePage

⁴ http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85240/1/9789241548595_eng.pdf

⁵ <http://www.irisdomesticviolence.org.uk/iris/>

⁶ www.unicef.org/protection/files/GBV_Handbook_Long_Version.pdf

⁷ www.wave-network.org/sites/default/files/01%20WAVEREPORT_2014.pdf

TEIL I – SCHULUNGSHANDBUCH ●

Kapitel 1 enthält für die IMPLEMENT-Schulung relevante Hintergrundinformationen und praktische Leitfäden zur Unterstützung von Programmen, die den Gesundheitssystemen dabei helfen sollen, effizienter auf geschlechtsbasierte Gewalt zu reagieren. **Kapitel 2** „Geschlechtsbasierte Gewalt - Grundlegende Konzepte“ bietet einen kurzen Überblick über die Ursachen, Dynamik und Auswirkungen von geschlechtsbasierter Gewalt, Definitionen der beiden IMPLEMENT-Rollen (medizinische ProjektleiterIn/ ExpertIn und GewaltexpertIn) sowie Definitionen von Gewalt gegen Frauen, Beispiele für geschlechtsbasierte Gewalt gegen Frauen, die Prävalenz der körperlichen und sexualisierten Gewalt in den sechs Partnerländern und Statistiken zu Kontaktaufnahmen durch Frauen über 15, die sich nach schweren gewalttätigen Übergriffen an Hilfsorganisationen oder -dienste wenden. Zum Schluss geht das Kapitel auf die Rolle der medizinischen Fachkräfte beim Umgang mit geschlechtsbasierter Gewalt ein. **Kapitel 3** „Geschlechtsbasierte Gewalt erkennen“ beschreibt die verschiedenen Schritte der Intervention einer medizinischen Fachkraft in einem mutmaßlichen Fall von geschlechtsbasierter Gewalt. Unter anderem wird erläutert, wie man behutsam Fragen stellt und beantwortet, welche Anzeichen, Symptome und Verhaltensweisen darauf hindeuten, dass eine Frau Opfer von geschlechtsbasierter Gewalt wurde, welche Rolle das universelle Screening gegenüber der Fallerkennung spielt, welche grundlegenden Kommunikationsfähigkeiten von Bedeutung sind und wie eine medizinische Untersuchung und die entsprechende Behandlung durchgeführt werden sollten. **Kapitel 4** „Geschlechtsbasierte Gewalt dokumentieren“ zeigt auf, wie das Gesundheitswesen Fälle von geschlechtsbasierter Gewalt dokumentieren kann, unter anderem durch Protokollierung und Einordnung von Verletzungen, was wie dokumentiert werden sollte und wie Fotos zu Nachweis- und Dokumentationszwecken anzufertigen sind. **Kapitel 5** „Risikobewertung und Sicherheitsplanung“ behandelt die erforderlichen Schritte zur Risikobewertung und Sicherheitsplanung bei Fällen von geschlechtsbasierter Gewalt sowie den Aspekt der Vertraulichkeit und die Offenlegung bei Fällen, an denen Kinder beteiligt sind. Außerdem werden Risikofaktoren für Gewalt dargelegt. **Kapitel 6** „Überweisungswege“ beschreibt, welche Überweisungswege Opfern von geschlechtsbasierter Gewalt offenstehen. Es hebt hervor, welche Fachkräfte daran beteiligt sind, was nötig ist, um Opfer an eine Organisation oder einen Hilfsdienst zu überweisen und wie man ein effizientes Überweisungssystem einrichtet. Abschließend werden die verschiedenen Hilfsdienste für Frauen beschrieben, die für die Überweisungen von entscheidender Bedeutung sind. **Kapitel 7** „Bereichsübergreifende Zusammenarbeit“ erklärt, warum einrichtungsübergreifende Schulungen und Kooperationen so wichtig sind. Die Inhalte wurden aus dem PRO TRAIN Handbuch von Daphne (Modul 5) sowie aus dem UNICEF-Handbuch „Handbook for Coordinating Gender-based Violence Intervention in Humanitarian Settings“ übernommen. Das abschließende **Kapitel 8** „Auswertung und Fazit“ enthält das Beurteilungsformular für die Schulung.

TEIL II – ANHANG ●

Im Anhang finden AusbildungsleiterInnen universell einsetzbare, benutzerfreundliche Materialien, die sie bei ihren Schulungen für medizinische Fachkräfte in den EU-Ländern verwenden können. Die AusbilderInnen können die Schulungen gerne an die Lernbedürfnisse ihrer jeweiligen Zielgruppe anpassen. In diesem Anhang finden Sie Präsentationsfolien für Schulungen, Handouts, Übungen und Rollenspiele sowie ein Basisreferenz-Tool mit dem Titel „Vorgehensweise des Gesundheitssystems bei Opfern geschlechtsbasierter Gewalt“, das an die Fachkräfte verteilt wird.

2. GESCHLECHTSBASIERTE GEWALT – GRUNDLEGENDE KONZEPTE

Das Übereinkommen des Europarats zur Verhütung und Bekämpfung von Gewalt gegen Frauen und häuslicher Gewalt, besser bekannt als die **Istanbulkonvention** (2011), ist eine wegweisende europäische Konvention. Sie basiert auf der Auffassung, dass Gewalt gegen Frauen eine Form der geschlechtsbasierten Gewalt ist und aufgrund ihres Geschlechts gegen

Frauen ausgeübt wird. Die Konvention stellt vor allem die Prävention, den Schutz, die strafrechtliche Verfolgung und Überwachung in den Vordergrund.⁸ Ein sehr wichtiger Bestandteil der Verhütung von Gewalt gegen Frauen ist die Schulung von Fachkräften, die in engen Kontakt mit den Opfern kommen.

Geschlechtsbasierte Gewalt verletzt zahlreiche Menschenrechte von Frauen, darunter das Recht zu leben, das Recht, nicht gefoltert oder grausam, unmenschlich oder entwürdigend behandelt oder bestraft zu werden, das Recht auf gleichen Schutz vor dem Gesetz, das Recht auf Gleichberechtigung in der Familie oder das Recht auf das erreichbare Höchstmaß an körperlicher und geistiger Gesundheit.⁹ Geschlechtsbasierte Gewalt gegen Frauen und Mädchen ist eine der gängigsten Menschenrechtsverletzungen und hat schwerwiegende Auswirkungen auf die körperliche, seelische, sexuelle und reproduktive Gesundheit. Geschlechtsbasierte Gewalt ist ein strukturelles Problem, das fest in den unausgewogenen Machtverhältnissen zwischen Männern und Frauen verankert ist, und erstreckt sich auf alle Formen der sexuellen Belästigung und Ausbeutung.¹⁰ Dabei ist zu beachten, dass sich **geschlechtsbasierte Gewalt auch auf Gewalt gegen Männer und Jungen erstreckt**. So können Jungen beispielsweise von Familienmitgliedern sexuell missbraucht oder Opfer von Menschenhändlern werden, die sie sexuell ausbeuten. Es gibt auch Fälle, in denen Männer zu Opfern häuslicher Gewalt wurden. Aufgrund der ungleichen Machtverteilung zwischen Männern und Frauen stellen Frauen und Mädchen jedoch die überwiegende Mehrheit der Opfer geschlechtsbasierter Gewalt dar, und fast alle Täter sind männlich.¹¹

Die repräsentative Studie der Agentur der Europäischen Union für Grundrechte (Fundamental Rights Agency, FRA) aus dem Jahr 2014 zu Gewalt gegen Frauen in allen Mitgliedsstaaten der Europäischen Union (EU) ergab, dass **jede dritte Frau (33%) in der Europäischen Union seit ihrem 15. Lebensjahr körperliche und/oder sexualisierte Gewalt erlebt hat**, und 8% der Frauen innerhalb der letzten 12 Monate vor der Befragung Opfer eines körperlichen und/oder sexualisierte Übergriffs wurden. Das bedeutet, dass rund 13 Millionen Frauen in der EU Opfer körperlicher Gewalt geworden sind, und 3,7 Millionen Frauen in der EU innerhalb von zwölf Monaten vor der Befragung sexuell misshandelt wurden.¹²

2.1 Geschlechtsbasierte Gewalt – Definitionen

Geschlechtsbasierte Gewalt (Gender-based Violence, GBV) und Gewalt gegen Frauen (GGF) werden oft synonym verwendet, da Gewalt gegen Frauen größtenteils geschlechtsbezogen ist und die meisten geschlechtsbasierten Gewalttaten von Männern gegen Frauen und Mädchen verübt werden. Im Folgenden finden Sie Definitionen im Zusammenhang mit geschlechtsbasierter Gewalt und diesem Schulungshandbuch sowie kurze Definitionen zu den beiden wichtigsten IMPLEMENT-Rollen: medizinische ProjektleiterInnen/ ExpertInnen und GewaltexpertIn.

GEWALT

Geschlechtsbasierte Gewalt (Gender-based Violence, GBV)

„Gewalt, die sich gegen eine Frau richtet aufgrund ihres Geschlechts, oder Gewalt, die übermäßig stark Frauen betrifft.“¹³

Gewalt gegen Frauen ist geschlechtsbasiert und „sowohl Ursache als auch Auswirkung einer ungleichen Machtverteilung in einer Beziehung zwischen Mann und Frau“

(UNFPA-WAVE, S. 17)

Die häufigsten Formen der körperlichen Gewalt sind Schubsen oder Stoßen, Schlagen oder grobes Festhalten oder eine Frau an den Haaren ziehen. (FRA, S. 21)

⁸ UNFPA-WAVE, „Strengthening Health System Responses to Gender-based Violence in Eastern Europe and Central Asia“ (2014), S. 17.

⁹ Konvention zur Beseitigung aller Formen der Diskriminierung von Frauen (1992).

¹⁰ UNFPA-WAVE, „Strengthening Health System Responses to Gender-based Violence in Eastern Europe and Central Asia“ (2014), S. 18.

¹¹ UNFPA-WAVE, „Strengthening Health System Responses to Gender-based Violence in Eastern Europe and Central Asia“ (2014), S. 19.

¹² FRA, „Violence Against Women: an EU Wide Survey Main Results“ (2014), S. 21.

¹³ Komitee für die Beseitigung der Diskriminierung der Frauen, Allgemeine Empfehlung Nr. 19, Gewalt gegen Frauen (1992).

Gewalt gegen Frauen (GGF)

„(...) ein Ausdruck der historisch bedingt ungleichen Machtverteilung zwischen Männern und Frauen, die zur Herrschaft der Männer über die Frauen, deren Diskriminierung und zur Verhinderung ihrer vollen Entfaltung geführt hat [...] Gewalt gegen Frauen gehört zu den wesentlichen gesellschaftlichen Mechanismen, durch die Frauen in eine den Männern untergeordnete Position gezwungen werden.“¹⁴

(...) ist eine Verletzung der Menschenrechte und eine Form der Diskriminierung von Frauen. Sie bezieht sich auf alle geschlechtsbasierten Gewalttaten, die (voraussichtlich) zu körperlichen, sexuellen, psychischen oder wirtschaftlichen Schäden oder Leid für Frauen führen, einschließlich der Androhung solcher Handlungen, Nötigung und willkürliche Freiheitsberaubung, ungeachtet dessen, ob sie im öffentlichen oder privaten Bereich verübt werden.“¹⁵

Häusliche Gewalt und Missbrauch (HGM)

„Jeder Vorfall oder Reihe von Vorfällen, bei denen kontrollierendes¹⁶, Zwang ausübendes¹⁷ oder drohendes Verhalten, Gewalt oder Misshandlungen durch aktuelle oder ehemalige IntimpartnerInnen oder Familienmitglieder über 16 Jahren ausgeübt werden, ungeachtet ihres Geschlechts oder ihrer Sexualität. Dies umfasst insbesondere psychische, körperliche, sexuelle, finanzielle und emotionale Misshandlungen. Auch Gewalt 'im Namen der Ehre' und Zwangsehen fallen darunter.“¹⁸

Gewalt in der Partnerschaft (GiP)

„Handlungen eines Lebenspartners/ einer Lebenspartnerin, die körperliche, sexuelle oder psychische Schäden verursachen. Dazu gehören unter anderem körperliche Übergriffe, sexualisierte Nötigung, psychische Misshandlungen und kontrollierendes Verhalten. Sowohl gegenwärtige als auch ehemalige EhepartnerInnen und andere IntimpartnerInnen kommen als Täter in Frage.“¹⁹

SERVICES & UNTERSTÜTZUNG

Fallerkennung

Auch bekannt als klinische Sondierung. Bezieht sich darauf, „Frauen, die in einer medizinischen Einrichtung vorstellig werden, auf Grundlage des Krankheitsbildes, der Anamnese und (ggf.) einer Untersuchung der Patientin, nach möglichen Misshandlungen oder Gewalttaten zu fragen.“²⁰

Soforthilfe

„Bezieht sich auf das Mindestmaß an (in erster Linie psychologischer) Unterstützung und Bestätigung ihres Erlebnisses, das allen Frauen, die einer medizinischen Einrichtung oder einem anderen Ansprechpartner wie GewaltexpertIn gewalttätige Übergriffe

¹⁴ Erklärung zur Beseitigung von Gewalt gegen Frauen (1993), Präambel.

¹⁵ Übereinkommen des Europarates zur Verhütung und Bekämpfung von Gewalt gegen Frauen und häuslicher Gewalt (2011), Artikel 3.

¹⁶ „Kontrollierendes Verhalten umfasst verschiedene Handlungen, die eine Person unterwerfen und/oder abhängig machen sollen, indem man ihr Unterstützung vorenthält, ihre Ressourcen und Kapazitäten zur persönlichen Bereicherung nutzt, ihr die Mittel entzieht, die sie für ihre Unabhängigkeit, Widerstandsfähigkeit und für ihr Entkommen benötigt, und ihr alltägliches Verhalten bestimmt.“ Britisches Innenministerium, „Information for Local Areas on the change to the Definition of Domestic Violence and Abuse“ (2013), S. 2.

¹⁷ „Zwang ausübendes Verhalten sind einzelne oder mehrere Angriffshandlungen, Drohungen, Demütigungen und Einschüchterungen oder andere Formen der Misshandlung, die dem Opfer schaden, es bestrafen oder ihm Angst einflößen sollen.“ Britisches Innenministerium, „Information for Local Areas on the change to the Definition of Domestic Violence and Abuse“ (2013), S. 2.

¹⁸ Britisches Innenministerium, „Information for Local Areas on the change to the Definition of Domestic Violence and Abuse“ (2013), S. 2. www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/142701/guide-on-definition-of-dv.pdf

¹⁹ WHO, London School of Hygiene and Tropical Medicine, südadrkanischer Medical Research Council, „Global and Regional Estimates of Violence Against Women: Prevalence and Health Effects of Intimate Partner Violence and Non-Partner Sexual Violence“ (2013).

²⁰ UNFPA-WAVE, „Strengthening Health System Responses to Gender-based Violence in Eastern Europe and Central Asia“ (2014), S. 67.

offenbaren, zusteht. Deckt sich in großen Teilen mit der sogenannten psychologischen Ersten Hilfe im Rahmen von Notfallsituationen mit traumatischen Erlebnissen.“²¹

Gerichtsmedizinische Untersuchung

„Ärztliche Untersuchung, die in dem Bewusstsein durchgeführt wird, dass es möglicherweise zu einem Gerichtsverfahren kommt, in dem ein ärztliches Gutachten verlangt wird.“²² Bei einer gerichtsmedizinischen Untersuchung sollen in erster Linie Beweise gesammelt werden, die dabei helfen, eine Verbindung zwischen Personen und/oder zwischen Personen und Gegenständen oder Orten nachzuweisen oder zu widerlegen.²³

Überweisungssystem

„Ein umfassender institutioneller Rahmen, der verschiedene Einheiten mit klar definierten Aufgaben, Zuständigkeiten und Befugnissen zu einem Kooperationsnetzwerk verbindet. Das übergeordnete Ziel besteht darin, den Schutz und die Unterstützung der Opfer zu gewährleisten, ihnen dabei helfen, wieder vollständig zu genesen und ihr Selbstbewusstsein zurückzuerlangen, geschlechtsbasierte Gewalt zu verhindern und die Täter strafrechtlich zu belangen.“²⁴

Universelles Screening

Auch bekannt als routinemäßige Erkundung. Dabei werden Frauen, die in einer medizinischen Einrichtung vorstellig werden, routinemäßig gefragt, ob sie geschlechtsbasierter Gewalt ausgesetzt sind.²⁵

ROLLEN BEI IMPLEMENT

Medizinische ProjektleiterIn/ ExpertIn

Ein/e medizinische ProjektleiterIn/ ExpertIn ist eine in der Einrichtung angestellte medizinische Fachkraft, die eng mit dem/der GewaltexpertIn zusammenarbeitet, um Opfern von geschlechtsbasierter Gewalt die angemessene Unterstützung zukommen zu lassen und sie an andere Organisationen/Hilfsdienste zu überweisen. Die AnsprechpartnerInnen unterstützen und schulen andere medizinische Fachkräfte.

GewaltexpertIn

Ein/e GewaltexpertIn ist eine Person, die bei einer Frauenhilfsorganisation (zum Beispiel in einem Frauenhaus) oder Behörde arbeitet, die weiblichen Opfern Unterstützung bietet. Sie arbeitet eng mit dem/der medizinischen ProjektleiterIn/ ExpertIn zusammen, um weibliche Opfer von geschlechtsbasierter Gewalt angemessen zu unterstützen und sicherzustellen, dass sie, wenn nötig, weiter verwiesen werden.

2.2 Formen der geschlechtsbasierten Gewalt gegen Frauen

Geschlechtsbasierte Gewalt umfasst viele verschiedene Handlungen, zum Beispiel körperliche, sexualisierte, psychische und wirtschaftliche Gewalt. Darum ist es so wichtig, dass medizinischen Fachkräften bewusst ist, wie vielfältig die Ausprägungen der geschlechtsbasierten Gewalt sind (siehe Tabelle 3).²⁶

²¹ WHO "Responding to Intimate Partner Violence and Sexual Violence Against Women" (2013), S. vii.

²² UNFPA-WAVE, „Strengthening Health System Responses to Gender-based Violence in Eastern Europe and Central Asia“ (2014), S. 81.

²³ UNFPA-WAVE, „Strengthening Health System Responses to Gender-based Violence in Eastern Europe and Central Asia“ (2014), S. 81. Ebenfalls zitiert in WHO: „Guidelines for Medico-legal cares of Victims of Sexual Violence“ (2003).

²⁴ UNFPA-WAVE, „Strengthening Health System Responses to Gender-based Violence in Eastern Europe and Central Asia“ (2014), S. 88.

²⁵ UNFPA-WAVE, „Strengthening Health System Responses to Gender-based Violence in Eastern Europe and Central Asia“ (2014), S. 67.

²⁶ UNFPA-WAVE „Strengthening Health System Responses to Gender-based Violence in Eastern Europe and Central

TABELLE 3: FORMEN DER GESCHLECHTSBASIERTEN GEWALT ²⁷

Körperliche Gewalt	<p>Physische Gewaltanwendung, die zu körperlichen Verletzungen, Schmerzen oder Beeinträchtigungen führt. Der Schweregrad der Verletzungen reicht von geringfügigen Gewebeschäden über Knochenbrüche und bleibende Verletzungen bis hin zum Tod. Körperliche Gewalthandlungen beinhalten unter anderem:</p> <ul style="list-style-type: none">▶ Ohrfeigen, Stoßen, Schubsen, mit der Faust schlagen, Prügeln, Kratzen, Würgen, Beißen, grobes Festhalten, Schütteln, Anspucken, Verbrennen, Körperteile verdrehen, erzwungene Einnahme von Substanzen▶ Eine Frau mit Haushaltsgegenständen schlagen oder stechen oder Waffen (Messer, Feuerwaffen) anwenden
Sexualisierte Gewalt	<p>Jede vorgenommene oder versuchte sexuelle Handlung, unerwünschte sexuelle Bemerkungen oder Annäherungsversuche, Handlungen im Zusammenhang mit Menschenhandel oder andere Handlungen, durch die eine Person sexuell durch eine andere Person genötigt wird, ungeachtet ihrer Beziehung zum Opfer und unter beliebigen Umständen, insbesondere zu Hause und am Arbeitsplatz.²⁸ Sexualisierte Gewalt umfasst unter anderem:</p> <ul style="list-style-type: none">▶ Vergewaltigung oder anderweitige sexualisierte Übergriffe▶ Unerwünschte sexuelle Annäherungsversuche oder Belästigungen (einschließlich die Forderung nach Sex gegen Beförderung, beruflichen Aufstieg oder bessere Schulnoten)▶ Menschenhandel zur sexualisierten Ausbeutung▶ Erzwungener Kontakt mit Pornografie▶ Erzwungene Schwangerschaft, erzwungene Sterilisierung, erzwungene Abtreibung▶ Zwangsehe, Ehe im sehr jungen Alter/ Kindesalter▶ Genitalverstümmelung bei Frauen▶ Jungfräulichkeitstests▶ Inzest
Psychische (emotionale) Gewalt	<p>Eine oder mehrere Handlungen, die sich unmittelbar auf die psychische Unversehrtheit der Frau auswirken. Psychische Gewalthandlungen sind unter anderem:</p> <ul style="list-style-type: none">▶ Androhungen von Gewalt und Leid gegen die Frau oder ihr nahestehende Personen mit Worten oder Taten (z. B. Stalking oder Vorführen von Waffen)▶ Belästigung und Mobbing am Arbeitsplatz▶ Demütigen und Beleidigen▶ Isolierung und Einschränkung der Kommunikation▶ Ein Intimpartner, der die Kinder dazu benutzt, die Frau zu kontrollieren oder zu verletzen. Derartige Handlungen umfassen sowohl Gewalt gegen Kinder als auch Gewalt gegen Frauen.
Wirtschaftliche Gewalt	<p>Dient dazu, einer Frau den Zugang zu Ressourcen wie Zeit, Geld, Mobilität, Nahrung oder Kleidung zu verwehren bzw. diesen zu kontrollieren. Wirtschaftliche Gewalt beinhaltet unter anderem:</p> <ul style="list-style-type: none">▶ Einer Frau die Arbeit verbieten▶ Sie aus finanziellen Familienentscheidungen ausschließen▶ Ihr Geld oder finanzielle Informationen vorenthalten▶ Die Zahlung von Rechnungen oder Unterhalt für sie oder die Kinder verweigern▶ Gemeinsame Besitztümer zerstören

Asia" (2014), S. 20.

²⁷ UNFPA-WAVE "Strengthening Health System Responses to Gender-based Violence in Eastern Europe and Central Asia" (2014), S. 20.

²⁸ WHO, „World Report on Violence and Health“ (2002), S. 149..

2.3 Die Dynamik der Gewalt in intimen Partnerschaften

Weibliche Opfer, die eine medizinische Einrichtung aufsuchen, **verschweigen ihre Erlebnisse oftmals**. Negative Einstellungen gegenüber Frauen im Allgemeinen und Gewaltopfern im Besonderen können Frauen, denen Gewalt angetan wird, zusätzlich Schaden zufügen und verhindern, dass medizinische Fachkräfte diesen Frauen die angemessene medizinische Betreuung zukommen lassen.²⁹ Wenn medizinische Fachkräfte verstehen, von welchen Kräften eine von Gewalt geprägte intime Partnerschaft beeinflusst wird, **können sie den Gewaltopfern gegenüber eine förderliche, unvoreingenommene und affirmative Haltung einnehmen**, was wiederum eine wichtige Voraussetzung für eine wirkungsvolle Reaktion des Gesundheitssystems auf geschlechtsbasierte Gewalt ist.³⁰

Das **Rad der Macht und Kontrolle** liefert ein Rahmenkonzept, mit dem man die Ausprägungen und Mechanismen der Macht und Kontrolle in einer Partnerschaft besser verstehen kann.³¹ Dieses Modell wurde von dem Domestic Abuse Intervention Program-Hilfsprogramm in Minnesota (USA) entwickelt. Darin sind auch die Erfahrungen von Frauen, die in einer Partnerschaft Opfer von Gewalt wurden und an den Fokusgruppen teilgenommen hatten, eingeflossen. Das Rad besteht aus acht Speichen, in denen die Verhaltensmuster zusammengefasst werden, mit denen eine Person ihre/n IntimpartnerIn bewusst kontrollieren oder beherrschen will mittels Einschüchterung, emotionalem Missbrauch und Isolierung sowie Herunterspielen, Bestreiten und Schuld zuweisen; Kinder benutzen, männlichen Privilegien, wirtschaftlicher Ausbeutung, Zwang und Drohungen. Diese Handlungen dienen dazu, 'Macht und Kontrolle' auszuüben – diese Worte stehen im Mittelpunkt des Rades. Der äußere Rand des Rades steht für körperliche und sexualisierte Gewalt – diese Gewalt hält alles zusammen (siehe Abbildung 1).³²

Viele Opfer schweigen über ihre Erlebnisse, weil sie sich schämen, Angst um ihre Kinder und Angehörigen haben, sich allein gelassen fühlen oder fürchten, dass man ihnen nicht glauben wird, um nur einige Beispiele zu nennen. Darum ist es so wichtig, dass medizinische Fachkräfte verstehen, was hinter geschlechtsbasierter Gewalt steckt, und wissen, woran sie diese erkennen, um richtig darauf reagieren und die Betroffenen überweisen zu können.

²⁹ UNFPA-WAVE, „Strengthening Health System Responses to Gender-based Violence in Eastern Europe and Central Asia“ (2014), S. 31.

³⁰ UNFPA-WAVE, „Strengthening Health System Responses to Gender-based Violence in Eastern Europe and Central Asia“ (2014), S. 31.

³¹ UNFPA-WAVE, „Strengthening Health System Responses to Gender-based Violence in Eastern Europe and Central Asia“ (2014), S. 32. Ebenfalls zitiert in WHO: „Integrating Poverty and Gender into Health Programmes, A Sourcebook for Health Professionals Module on Gender-based Violence“, (2005).

³² UNFPA-WAVE, „Strengthening Health System Responses to Gender-based Violence in Eastern Europe and Central Asia“ (2014), S. 32.

Abbildung 1:
DAS RAD DER MACHT
UND KONTROLLE



Nach:
Domestic Abuse Intervention Project
Duluth, MN 218/722-2781
www.duluth-model.org

Abbildung 2:
DAS RAD DER GEWALTLOSIGKEIT
UND GLEICHBERECHTIGUNG



2.4 Die Auswirkungen von geschlechtsbasierter Gewalt auf die Gesundheit von Frauen

Geschlechtsbasierte Gewalt kann sich auf alle Aspekte der Gesundheit einer Frau auswirken – auf die körperliche, sexuelle und reproduktive ebenso wie auf die mentale Gesundheit und Verhaltensgesundheit. Die gesundheitlichen Folgen von geschlechtsbasierter Gewalt können unmittelbar und akut, aber auch langfristig und chronisch sein. Auch lange, nachdem die Gewalt vorüber ist, können gesundheitliche Beeinträchtigungen anhalten.³³

GESCHLECHTSBASIERTE GEWALT KANN FOLGENDE AUSWIRKUNGEN

HABEN:³⁴

- ▶ **Tod** – Todesfolge als unmittelbare Auswirkung (eine Frau wird vom Täter umgebracht) oder als Langzeitfolge anderer negativer Gesundheitsfolgen (z. B. Selbstmord oder Alkoholmissbrauch als psychische Auswirkungen eines Traumas, eine HIV-Infektion oder Herz-Kreislauf-Erkrankungen)
- ▶ **Geringere Lebenserwartung** – Schätzungen der Weltbank zufolge entfallen 5 % der verlorenen gesunden Lebensjahre, die Frauen in den Entwicklungsländern zwischen 15 und 44 entgehen, auf Vergewaltigung und häusliche Gewalt
- ▶ **Körperverletzung** – Verletzungen, Funktionsbeeinträchtigungen, bleibende Behinderungen
- ▶ **Gesundheitlich riskante Verhaltensweisen** – Alkohol- und Drogenkonsum, Rauchen, Eingehen sexueller Risiken, autoaggressives Verhalten
- ▶ **(Psycho)-somatische Auswirkungen** – chronischer Schmerzzustand, Reizdarmsyndrom, Magen-Darm-Beschwerden, Harnwegsinfektionen, Atemwegserkrankungen
- ▶ **Auswirkungen auf die Reproduktionsgesundheit** – Beckenentzündungen, sexuell übertragbare Krankheiten, ungewollte Schwangerschaft, Schwangerschaftskomplikationen, Fehlgeburten/ geringes Geburtsgewicht
- ▶ **Psychische Folgen** – Posttraumatische Belastungsstörungen, Depressionen, Ängste, Schlafstörungen, Essstörungen, Selbstmordgedanken, geringes Selbstwertgefühl

2.4 Die Auswirkungen von geschlechtsbasierter Gewalt auf Kinder

Geschlechtsbasierte Gewalt, insbesondere häusliche Gewalt und Misshandlungen, hat für Kinder verheerende Folgen. Kinder können unter Gewalt gegen ihre Mütter leiden und auch selbst vom Täter, oftmals ihrem Vater oder Stiefvater, misshandelt werden.³⁵ Eine Untersuchung der Agentur der Europäischen Union für Grundrechte (Fundamental Rights Agency, FRA) ergab, dass erwachsene Opfer oft schon in ihrer Kindheit Gewalt erleben mussten. Um diesen Kreis der Gewalt zu durchbrechen, ist es unerlässlich, Kindern, die häusliche Gewalt gegen ihre Mutter miterleben, zu helfen. „Das spielt auch bei der Prävention eine wichtige Rolle, da ... Kindern meist bewusst ist, dass ihre Mutter misshandelt wird.“³⁶

Darüber hinaus werden **„Kinder, die miterleben müssen, dass ihren Müttern Gewalt zugefügt wird, später eher selbst zu Gewalttätern oder -opfern.“**³⁷ Kinder, die Gewalt miterleben, sind mehr als nur Beobachter: „Sie wachsen in einer Atmosphäre der Angst, Machtausübung, Hilflosigkeit, Unsicherheit... und Anspannung auf.“³⁸ Außerdem können Kinder direkt durch häusliche Gewalt in Mitleidenschaft gezogen werden, wenn sie selbst Gewalt

„73% der Mütter, die Opfer körperlicher und/oder sexualisierter Gewalt durch ihren Partner wurden, geben an, dass mindestens eines ihrer Kinder bemerkt hat, dass derartige Gewalthandlungen stattfinden“
(WAVE Report 2014, S. 10)

³³ UNFPA-WAVE, „Strengthening Health System Responses to Gender-based Violence in Eastern Europe and Central Asia“ (2014), S. 39.

³⁴ UNFPA-WAVE, „Strengthening Health System Responses to Gender-based Violence in Eastern Europe and Central Asia“ (2014), S. 40.

³⁵ WAVE, „Away from Violence: Guidelines for Setting up and Running a Refuge“ (2004), S. 14.

³⁶ WAVE, „WAVE Report 2014“ (2014), S. 10.

³⁷ WAVE, „Away from Violence: Guidelines for Setting up and Running a Refuge“ (2004), S. 14.

³⁸ Wiener Interventionsstelle gegen Gewalt in der Familie, „Parent's Rights or Child Protection? Experience Concerning the new Act on Family Matters in view of Domestic Violence“ (2013), S. 4.

Rund ein Drittel (30%) der Frauen, die in einer früheren oder aktuellen Beziehung Opfer sexualisierter Gewalt wurden oder sind, geben an, in ihrer Kindheit sexualisierte Gewalt erlebt zu haben (FRA, S. 121).

ertragen müssen. Die Wahrscheinlichkeit, dass Kinder ihr Leben lang unter häuslicher Gewalt in ihrer Kindheit leiden, ist sehr hoch: Jungen werden eher selbst zu Tätern, Mädchen hingegen werden schneller zu Opfern von Gewalt.³⁹ Es ist unbedingt erforderlich, dass Kinder Hilfe und Unterstützung bekommen, um die erlebte Gewalt zu verarbeiten.

ANZEICHEN DAFÜR, DASS KINDER GEWALT AUSGESETZT SIND (offene Liste):⁴⁰

- ▶ Schlaf- und Essstörungen
- ▶ Bettnässen
- ▶ Sprachstörungen
- ▶ Zurückziehen
- ▶ Verhaltensstörungen
- ▶ Aggression
- ▶ Depression
- ▶ Schwierigkeiten in der Schule
- ▶ Selbstmordgedanken oder -handlungen

Tabelle 4 stammt aus der FRA-Studie zu Gewalt gegen Frauen in Europa 2014⁴¹ und zeigt den prozentualen Anteil der Frauen, die von Kindheitserlebnissen mit körperlicher, psychischer und/oder sexualisierter Kindesmisshandlung vor ihrem 15. Lebensjahr berichtet haben. In der folgenden Tabelle wird ersichtlich, dass in den 6 IMPLEMENT-Partnerländern ein Viertel bis ein Drittel der Frauen ihren eigenen Angaben zufolge vor ihrem 15. Lebensjahr Opfer von Gewalt wurden. Es gibt geringfügige Unterschiede zwischen den geschilderten Erfahrungen mit Kindesmisshandlung. Österreich gibt 5 % Erfahrungen mit sexualisierter Gewalt an, in Bulgarien hingegen berichten 28% der Frauen davon. Diese unterschiedlichen Zahlen könnten auch auf hohe Dunkelziffern und kulturelle, gesellschaftliche und politische Unterschiede beim allgemeinen Bewusstsein hinsichtlich des Themas Kindesmisshandlung zurückzuführen sein.

Tabelle 4: GESCHILDERTE FÄLLE VON KINDHEITSERLEBNISSEN MIT GEWALT:⁴²

Land	Körperliche Gewalt	Sexualisierte Gewalt	Psychische Gewalt	Sonstige Gewalt
Österreich	27 %	5 %	9 %	31 %
Bulgarien	28 %	28 %	5 %	30 %
Frankreich	33 %	20 %	14 %	47 %
Deutschland	37 %	13 %	13 %	44 %
Italien	25 %	11 %	9 %	33 %
Rumänien	23 %	(1)	4 %	24 %

2.6 Prävalenz der körperlichen und sexualisierten Gewalt

Tabelle 5 spiegelt die Ergebnisse der FRA-Studie wieder und gibt den prozentualen Anteil der Frauen an, die körperliche oder sexualisierte Gewalt durch aktuelle, frühere und/oder Nicht-Partner ab ihrem 15. Lebensjahr geschildert haben. Es wird deutlich, dass körperliche und sexualisierte Gewalt in ganz Europa verbreitet sind, und diese Statistik gibt nur die gemeldeten Fälle wieder.⁴³ Der Durchschnitt der EU (28) für die Prävalenz von körperlicher und/oder sexualisierte Gewalt durch einen Partner und/oder Nicht-Partner ab dem 15. Lebensjahr beträgt 33%⁴⁴; das entspricht in etwa der Prävalenz in den IMPLEMENT-Ländern, wobei Österreich mit 20% unter und Bulgarien mit 44% über dem EU-Durchschnitt liegt.⁴⁵

³⁹ WAVE, „Away from Violence: Guidelines for Setting up and Running a Refuge“ (2004), S. 14.

⁴⁰ Wiener Interventionsstelle gegen Gewalt in der Familie, „Parent’s Rights or Child Protection? Experience Concerning the new Act on Family Matters in view of Domestic Violence“ (2013), S. 4.

⁴¹ FRA, „Violence Against Women: an EU Wide Survey Main Results“ (2014), S. 123.

⁴² FRA, „Violence Against Women: an EU Wide Survey Main Results“ (2014), S. 123.

⁴³ FRA, „Violence Against Women: an EU Wide Survey Main Results“ (2014), S. 28.

⁴⁴ Daten nicht gezeigt

⁴⁵ FRA, „Violence Against Women: an EU Wide Survey Main Results“ (2014), S. 29.

Tabelle 5: FRAUEN, DIE SEIT IHREM 15. LEBENSJAHR KÖRPERLICHE UND/ODER SEXUALISIERTE GEWALT ERLEBT HABEN ⁴⁶

Land	Aktueller Partner	Vorheriger Partner	Kein Partner	Ein anderer Partner und/oder Nicht-Partner
Österreich	3 %	15 %	12 %	20 %
Bulgarien	11 %	38 %	14 %	28 %
Frankreich	11 %	31 %	33 %	44 %
Deutschland	7 %	24 %	24 %	35 %
Italien	9 %	25 %	17 %	27 %
Rumänien	14 %	30 %	14 %	30 %

2.7 Die Rolle des Gesundheitssystems

Das Gesundheitswesen ist ein entscheidender Zugangspunkt, um geschlechtsbasierte Gewalt zu erkennen, Opfer medizinisch zu betreuen und sie an Hilfsdienste wie Frauenhäuser, Beratungsstellen oder an eine spezielle medizinische Betreuung zu überweisen. **Für viele Gewaltopfer ist ein Arztbesuch die erste Anlaufstelle**,⁴⁷ bei der sie Unterstützung und Betreuung finden können. Darum ist es von entscheidender Bedeutung, medizinische Fachkräfte darin zu schulen, Gewaltopfer zu erkennen und zu unterstützen, um geschlechtsbasierte Gewalt zu verhindern bzw. angemessen darauf zu reagieren.

Die Agentur der Europäischen Union für Grundrechte (FRA) veröffentlichte 2014 eine Untersuchung, in der Gewalt gegen Frauen in der gesamten EU dokumentiert wurde. Den Ergebnissen zufolge hat sich jedes dritte Opfer körperlicher und/oder sexualisierter Gewalt in der Partnerschaft und jedes vierte Opfer körperlicher und/oder sexualisierter Gewalt außerhalb der Partnerschaft an einen Dienst oder eine Organisation gewendet und um Hilfe gebeten. Diese Resultate zeigen, dass nur 25% der Opfer den gewalttätigen Übergriff überhaupt zur Sprache bringen, und dass diejenigen, die sich dazu äußern, am ehesten mit einer medizinischen Fachkraft darüber sprechen. Erst dann folgt die Polizei als Ansprechpartner.⁴⁸ Daraus wird deutlich, dass ÄrztInnen und MitarbeiterInnen im Gesundheitswesen eine zentrale Rolle spielen für das allgemeine Wohlbefinden und die unmittelbare Unterstützung von Frauen, die Opfer von Gewalt geworden sind, unabhängig davon, ob das Opfer die Gewalttat offenbart oder nicht.

DIE HÄUFIGSTEN GRÜNDE, WARUM MANCHE FRAUEN NICHT UM HILFE BITTEN:

⁴⁹

- ▶ Sie entscheiden sich dafür, die Situation selbst zu bewältigen oder mit jemandem zu sprechen, der ihnen nahesteht
- ▶ Sie glauben, dass ihnen niemand helfen kann
- ▶ Sie glauben, dass ihre Situation zu 'unbedeutend' ist, als dass sie eine Organisation um Hilfe bitten könnten
- ▶ **Entweder wissen sie nicht, welche Hilfe ihnen zur Verfügung steht, oder es gibt tatsächlich keine Organisation, die ihnen helfen könnte**

Spezialisierte Dienste und Organisationen sind für Frauen besonders wichtig, da viele Frauen sich schämen oder sich selbst die Schuld geben für das, was ihnen angetan wurde. Spezialisierte Hilfsdienste und -organisationen für weibliche Gewaltopfer können den Heilungsprozess vor, während und nach dem Aufsuchen einer medizinischen Einrichtung vorantreiben, da die Frauen sich so in ihren Erlebnissen und Emotionen bestätigt fühlen. Die Organisationen gehen

ÄrztInnen sind meistens die erste Anlaufstelle für die Opfer – die Wahrscheinlichkeit, dass Frauen sich an eine medizinische Einrichtung wenden, ist höher als bei jedem anderen Hilfsdienst (FRA, S. 60).

Da viele Frauen, die unter geschlechtsbasierter Gewalt leiden, gar nicht wissen, welche Hilfsmöglichkeiten ihnen zur Verfügung stehen, ist eine enge Zusammenarbeit der medizinischen Fachkräfte mit den GewaltexpertInnen bei der Betreuung der Patientinnen unerlässlich, um diese Lücke zu schließen.

⁴⁶ FRA, "Violence Against Women: an EU Wide Survey Main Results" (2014), S. 28.

⁴⁷ FRA, "Violence Against Women: an EU Wide Survey Main Results" (2014), S. 60.

⁴⁸ FRA, "Violence Against Women: an EU Wide Survey Main Results" (2014), S. 60.

⁴⁹ FRA, "Violence Against Women: an EU Wide Survey Main Results" (2014), p. 66.

einfühlsam mit der Situation um, sind unvoreingenommen und verschaffen den Frauen ein Gefühl von Sicherheit. Darüber hinaus gibt es Anhaltspunkte dafür, dass Beistand hinsichtlich geschlechtsbasierter Gewalt zu besseren Ergebnissen für die Opfer führen kann.⁵⁰

Medizinische Fachkräfte müssen darin geschult werden, wie man sich nach Misshandlungen erkundigt, richtig reagiert und eine Überweisung an einen speziellen Hilfsdienst für geschlechtsbasierte Gewalt anbietet.

Aus diesem Grund zielt IMPLEMENT darauf ab, insbesondere die Zusammenarbeit des Gesundheitssystems mit dem Sektor geschlechtsbasierte Gewalt gezielt zu verbessern. Durch die Förderung und Verbesserung der einrichtungsübergreifenden Reaktion und Zusammenarbeit in Bezug auf geschlechtsbasierte Gewalt können die Bedürfnisse der Opfer effizienter und rücksichtsvoller erfüllt werden. Wie in diesem Handbuch ersichtlich wird, zeigt IMPLEMENT verschiedene Möglichkeiten auf, wie in den Partnerländern eine erfolgreiche einrichtungsübergreifende Zusammenarbeit beim Umgang mit geschlechtsbasierter Gewalt aufgebaut werden kann. Dabei spielen insbesondere die verbesserte Kommunikation und die effizienten Überweisungswege zwischen den Gesundheitseinrichtungen (**medizinische ProjektleiterIn/ ExpertIn**) und den Frauenhilfsorganisationen (**GewaltexpertIn**) eine große Rolle. Weitere Informationen zur bereichsübergreifenden Zusammenarbeit finden Sie in Kapitel 7.

Die FRA-Studie 2014 gibt an, wie viele Frauen in der EU sich nach der körperlichen und/oder sexualisierten Gewalttat an die Polizei oder andere Institutionen gewendet haben. Diese Zahlen in Tabelle 6 zeigen, dass sich Frauen am ehesten an eine/n Arzt/Ärztin oder eine Gesundheitseinrichtung wenden, gefolgt von der Polizei und Krankenhäusern. Frauen haben verschiedene Gründe, sich nicht an eine Hilfsorganisation zu wenden. Die häufigsten Gründe sind der FRA-Studie zufolge: Die Frauen ziehen es vor, die Situation alleine zu bewältigen oder mit jemandem zu sprechen, der ihnen nahesteht, zum Beispiel einem Familienmitglied oder einer Freundin; sie glauben, dass ihre Situation zu 'unbedeutend' ist, als dass sie um Hilfe bitten könnten, oder es ist ihnen einfach nicht in den Sinn gekommen, Hilfe bei einer Organisation zu suchen; sie wussten nicht, an wen sie sich wenden sollten; oder es gab tatsächlich keine Organisation, die ihnen helfen konnte.⁵¹

Tabelle 6: FRAUEN, DIE NACH IHREM 15. LEBENSJAHR SCHWERE FÄLLE VON GEWALT ERLEBT UND SICH HILFESUCHEND AN BEHÖRDEN ODER ORGANISATIONEN GEWENDET HABEN (EU 28)⁵²

Dienst	Körperliche Gewalt in der Partnerschaft	Sexualisierte Gewalt in der Partnerschaft	Körperliche Gewalt außerhalb der Partnerschaft	Sexualisierte Gewalt außerhalb der Partnerschaft
Polizei	14 %	15 %	13 %	14 %
Krankenhaus	11 %	12 %	9 %	12%
Arzt/Ärztin, Gesundheitszentrum oder andere medizinische Einrichtung	15 %	22 %	10 %	16 %
Frauenhaus	3 %	6 %	(0)	(1)
Hilfsorganisation zur Unterstützung von Opfern	4 %	4 %	1 %	4%

⁵⁰ Ramsay J, Carter Y, Davidson L, Dunne D, Eldridge S, Feder G et al. Advocacy interventions to reduce or eliminate violence and promote the physical and psychosocial well-being of women who experience intimate partner abuse. Cochrane Database Syst Rev 2009;(3):CD005043.

⁵¹ FRA, "Violence Against Women: an EU Wide Survey Main Results" (2014), S. 66.

⁵² FRA, "Violence Against Women: an EU Wide Survey Main Results" (2014), S. 65.

3. GESCHLECHTSBASIERTE GEWALT ERKENNEN

Obwohl Opfer geschlechtsbasierter Gewalt eher gesundheitliche Dienstleistungen in Anspruch nehmen als die allgemeine Bevölkerung, ist eine spontane Offenlegung eher unwahrscheinlich. Wenn eine Patientin Symptome aufweist, die auf geschlechtsbasierte Gewalt hindeuten, können medizinische Fachkräfte durch taktvolles Nachfragen die Patientin dazu bewegen, sich ihnen anzuvertrauen. Ein eindeutiges Bekenntnis zu geschlechtsbasierter Gewalt ist daher ein wichtiger Ansatzpunkt für jede Form einer Intervention durch die gesundheitliche Einrichtung. Wenn sich medizinische Fachkräfte sachlich und umsichtig nach geschlechtsbasierter Gewalt erkundigen, können sie der Patientin helfen, ihre Ausgrenzungs-, Schuld- und Schamgefühle zu überwinden, die viele Gewaltopfer empfinden, und ihr außerdem vermitteln, dass sie die zur Verfügung stehenden Hilfen in Anspruch nehmen kann, wenn sie bereit dafür ist.⁵³

87 % der Frauen würden es als angemessen empfinden, wenn Patientinnen bestimmte Verletzungen aufweisen und die ÄrztInnen sich deswegen nach Gewalttaten erkundigen (FRA, S. 69)

3.1 Allgemeines Screening vs. Sondierung zur Fallerkennung

Im Gesundheitswesen haben sich zwei Vorgehensweisen etabliert, mit denen Fälle von geschlechtsbasierter Gewalt aufgedeckt werden können: das universelle Screening und die Fallerkennung. Das universelle Screening wird auch als routinemäßige Erkundung bezeichnet, da bei diesem Ansatz alle Frauen, die in eine medizinische Einrichtung kommen, danach gefragt werden, ob sie geschlechtsbasierter Gewalt ausgesetzt sind. Im Gegensatz dazu bezieht sich die Fallerkennung (oder klinische Sondierung) darauf, Frauen mit bestimmten Symptomen, Krankheitsverläufen und (ggf.) nach einer Untersuchung der Patientin nach geschlechtsbasierter Gewalt zu fragen.⁵⁴

Universelles Screening: auch bekannt als routinemäßige Erkundung. Dabei werden Frauen, die in einer medizinischen Einrichtung vorstellig werden, routinemäßig gefragt, ob sie geschlechtsbasierter Gewalt ausgesetzt sind.

Fallerkennung: auch bekannt als klinische Sondierung. Bezieht sich darauf, Frauen, die in einer medizinischen Einrichtung vorstellig werden, auf Grundlage des Krankheitsbildes, der Anamnese und (ggf.) einer Untersuchung der Patientin, nach möglichen Misshandlungen oder Gewalttaten zu fragen.⁵⁵

Einer aktuellen WHO-Studie zufolge kann universelles Screening im Gesundheitswesen sehr aufwendig sein, vor allem, wenn die Möglichkeiten für Überweisungen und effiziente Maßnahmen begrenzt und die Ressourcen/Anbieter überlastet sind. Das kann wiederum erhebliche Auswirkungen auf Patientinnen haben, die sich eventuell dafür entscheiden, ihre Erlebnisse im Rahmen des universellen Screenings zu offenbaren, aber dann trotzdem keine wirkungsvolle Unterstützung bekommen.

Die auf ausgewählten und sorgfältigen klinischen Erwägungen basierende Fallerkennung hat sich als wirkungsvollste Maßnahme erwiesen, vor allem, wenn die medizinischen Fachkräfte speziell darin geschult wurden, wie sie richtig reagieren und die Patientinnen überweisen sollen. In dieser Beziehung ist IMPLEMENT ein gutes Beispiel. Das Projekt befolgt die WHO-Empfehlung und „verbessert die Fähigkeit der Versorger, angemessen auf Patientinnen, die Gewaltanwendungen zugeben, auf Gewalt deutende Anzeichen und Symptome zeigen oder unter schweren Misshandlungen leiden, zu reagieren.“⁵⁶

⁵³ UNFPA-WAVE, "Strengthening Health System Responses to Gender-based Violence in Eastern Europe and Central Asia" (2014), S. 66.

⁵⁴ UNFPA-WAVE, "Strengthening Health System Responses to Gender-based Violence in Eastern Europe and Central Asia" (2014), S. 67.

⁵⁵ UNFPA-WAVE, "Strengthening Health System Responses to Gender-based Violence in Eastern Europe and Central Asia" (2014), S. 67.

⁵⁶ WHO, "Responding to Intimate Partner Violence and Sexual Violence Against Women: WHO Clinical and Policy Guidelines" (2013), S. 19.

Aus diesem Grund wird von universellen Screenings abgeraten. Bei dieser Methode ist die Quote der aufgedeckten Fälle zwar höher, aber die anschließende Gewalt kann weder verringert werden noch wirkt sie sich positiv auf die Gesundheit der Frauen aus. Stattdessen wird die Fallerkennung empfohlen. Medizinische Fachkräfte sollten Patientinnen fragen, ob sie Gewalt ausgesetzt sind, wenn diese Beschwerden aufweisen, die möglicherweise durch Gewalt verursacht oder verschlimmert werden, um die Diagnose/Erkennung und entsprechende Behandlung zu verbessern.⁵⁷

Unter bestimmten Umständen kommt jedoch das universelle Screening in Frage:

- Bei Frauen mit psychischen Problemen und Störungen (Depressionen, Angst, PTBS, Selbstverletzung / Selbstmordversuche), da psychische Störungen bei Frauen stark mit Gewalt in Partnerschaften korrelieren
- HIV-Test und -Beratung, da Gewalt in der Partnerschaft sich auf die Offenbarung des HIV-Status auswirken, die Sicherheit der betroffenen Frauen gefährden oder ihre Fähigkeit, risikosenkende Maßnahmen zu ergreifen, beeinträchtigen kann
- Schwangerschaftsfürsorge, aufgrund der zweifachen Verwundbarkeit in der Schwangerschaft und auch unter Berücksichtigung der Möglichkeit zur Verlaufskontrolle in der Schwangerschaftsbetreuung⁵⁸

3.2 Symptome, Anzeichen und typische Verhaltensweisen für geschlechtsbasierte Gewalt

Nachstehend sind einige Anhaltspunkte aufgeführt, die darauf hinweisen, dass einer Patientin Gewalt zugefügt wurde oder wird, sowie einige Symptome im Zusammenhang mit geschlechtsbasierter Gewalt. **Dabei ist zu beachten, dass keines der unten aufgeführten Anzeichen, Symptome oder Verhaltensweisen automatisch bedeutet, dass eine Frau geschlechtsbasierter Gewalt ausgesetzt ist oder war. Sie sollten bei den medizinischen Fachkräften den Verdacht erwecken und sie dazu bewegen, in einer vertraulichen Umgebung mit der Frau zu sprechen und sie zu fragen, ob ihr Gewalt angetan wurde.** Selbst wenn sie zu diesem Zeitpunkt beschließt, nichts zu sagen, weiß sie, dass den medizinischen Fachkräften das Problem bewusst ist, und entscheidet sich möglicherweise dafür, später auf das Personal zurückzukommen und sich jemandem anzuvertrauen.⁵⁹

KRANKHEITSBILDER IM ZUSAMMENHANG MIT GESCHLECHTSBASIERTER GEWALT:⁶⁰

- ▶ Depressionen, Angst, PTBS, Schlafstörungen
- ▶ Selbstmordgedanken/-versuche oder Selbstverletzungen
- ▶ Alkohol-/Drogenmissbrauch
- ▶ Ungeklärte chronische gastrointestinale Beschwerden
- ▶ Ungeklärte Beschwerden an den Fortpflanzungsorganen, einschließlich Beckenschmerzen oder sexuelle Dysfunktion
- ▶ Fortpflanzungsschwierigkeiten, einschließlich mehrfache ungewollte Schwangerschaften und/oder Schwangerschaftsabbrüche, Verzögerungen bei der Schwangerschaftsvorsorge, Komplikationen während der Geburt
- ▶ Ungeklärte Urogenitalbeschwerden, darunter häufige Blasen- oder Nierenentzündungen
- ▶ Wiederholt auftretende vaginale Blutungen und sexuell übertragbare Krankheiten
- ▶ Ungeklärte chronische Schmerzen

⁵⁷ WHO, "Responding to Intimate Partner Violence and Sexual Violence Against Women: WHO Clinical and Policy Guidelines" (2013), S. 67.

⁵⁸ UNFPA-WAVE, ("Strengthening Health System Responses to Gender-based Violence in Eastern Europe and Central Asia" (2014), S. 68.

⁵⁹ UNFPA-WAVE, "Strengthening Health System Responses to Gender-based Violence in Eastern Europe and Central Asia" (2014), S. 68.

⁶⁰ UNFPA-WAVE, "Strengthening Health System Responses to Gender-based Violence in Eastern Europe and Central Asia" (2014), S. 67.

- ▶ Traumatische Verletzungen, insbesondere wiederholt auftretende Verletzungen mit unklaren und unglaubwürdigen Erklärungen
- ▶ Probleme mit dem zentralen Nervensystem, z. B. Kopfschmerzen, kognitive Probleme, Hörverlust
- ▶ Wiederholte Konsultationen ohne eindeutige Diagnose
- ▶ Zudringlicher Partner / Ehemann oder erwachsene Begleitpersonen beim Gespräch anwesend

VERHALTENSWEISEN IM ZUSAMMENHANG MIT GESCHLECHTSBASIERTE GEWALT:⁶¹

- ▶ Verletzungen, die nicht zu den Erklärungen für die Ursachen passen
- ▶ Häufige Konsultationen wegen unklarer Symptome
- ▶ Die Frau versucht, ihre Verletzungen zu verbergen oder deren Ausmaß herunterzuspielen
- ▶ Der Frau widerstrebt es, vor ihrem Partner oder der erwachsenen Begleitperson zu sprechen, oder sie erscheint gegenüber ihrem Partner oder der erwachsenen Begleitperson demütig oder ängstlich
- ▶ Keine Compliance bzgl. Behandlung
- ▶ Termine werden häufig nicht eingehalten
- ▶ Mehrere Verletzungen in verschiedenen Heilphasen
- ▶ Die Frau macht einen verängstigten, übermäßig nervösen oder deprimierten Eindruck
- ▶ Der Partner ist aggressiv oder dominant, spricht für die Frau oder weigert sich, den Raum zu verlassen
- ▶ Kaum oder gar keine Untersuchungen während der Schwangerschaft
- ▶ Vorzeitige Selbstentlassung aus dem Krankenhaus

3.3 Hürden im Gesundheitswesen für die Bekämpfung von geschlechtsbasierter Gewalt

Es gibt viele verschiedene Gründe, warum Frauen, die geschlechtsbasierter Gewalt ausgesetzt sind, davor zurückschrecken, medizinische Hilfe in Anspruch zu nehmen und den Ärztinnen zu offenbaren, dass ihnen Gewalt zugefügt wurde. Auch wenn sich diese Hemmnisse auf Beziehungs-, Familien- und der etwas breiteren Gesellschaftsebene abspielen und daher über das Gesundheitssystem hinausgehende Interventionen erfordern, müssen sich medizinische Fachkräfte dennoch darüber bewusst sein, um eine wirkungsvolle Betreuung und Überweisungen an entsprechende Hilfsdienste wie Frauenhäuser, Krisenzentren oder Beratungsstellen anbieten zu können. Diese Organisationen können Frauen dabei helfen, einige dieser Hindernisse zu überwinden, indem sie ihnen beispielsweise eine Unterkunft, rechtliche Beratung oder anderweitige Unterstützung bieten.⁶²

WEIBLICHE GEWALTOPFER HABEN MIT VIELFÄLTIGEN PROBLEMEN ZU KÄMPFEN, WENN SIE MEDIZINISCHE HILFE IN ANSPRUCH NEHMEN UND DIE GEWALTTAT OFFENBAREN WOLLEN:⁶³

- ▶ **Scham, Schuldbewusstsein und das Gefühl, teilweise oder ganz alleine für die zugefügte Gewalt verantwortlich zu sein:** Eine Frau, deren Partner Gewalt anwendet, ist mitunter überzeugt, dass sie die Gewalt aufhalten kann, wenn sie sich den Wünschen des Täters fügt und sich „bessert“.
- ▶ **Angst vor Repressalien des Täters:** Frauen, die in einer gewalttätigen Beziehung leben, haben möglicherweise Angst vor einer Eskalation der Gewalt und weiteren Drohungen, da

⁶¹ UNFPA-WAVE, "Strengthening Health System Responses to Gender-based Violence in Eastern Europe and Central Asia" (2014), S. 68.

⁶² UNFPA-WAVE, "Strengthening Health System Responses to Gender-based Violence in Eastern Europe and Central Asia" (2014), S. 182.

⁶³ UNFPA-WAVE, "Strengthening Health System Responses to Gender-based Violence in Eastern Europe and Central Asia" (2014), S. 182.

gewalttätige Partner den Frauen normalerweise verbieten, mit anderen über die Gewalt zu sprechen und ihnen noch mehr Gewalt androhen.

- ▶ **Angst vor Stigmatisierung und sozialer Ausgrenzung** durch ihre Familien und die Gesellschaft.
- ▶ **Soziale Ausgrenzung** und das Gefühl, ganz alleine mit der erlebten Gewalt zurechtkommen zu müssen.
- ▶ **Langanhaltende Misshandlungen**, die das Selbstbewusstsein und die Selbstachtung der Frau so weit herabsetzen können, dass die Suche nach und Annahme von Unterstützung schwierig wird.
- ▶ **Zu wenig sichere Möglichkeiten** für ihre Kinder und Angst, das Sorgerecht für die Kinder zu verlieren.
- ▶ Angst, dass Behörden auf einen irregulären **Einwanderungsstatus** aufmerksam werden, oder davor, den Status nach der Trennung vom gewalttätigen Ehemann zu verlieren.
- ▶ **Kaum realistische Möglichkeiten** (z. B. für finanzielle Mittel, Wohnung, Arbeit oder Sicherheit).

EINIGE HINDERNISSE FÜR WEIBLICHE GEWALTOPFER KÖNNEN UND SOLLTEN VOM GESUNDHEITSSYSTEM IN ANGRIFF GENOMMEN WERDEN, ZUM BEISPIEL:⁶⁴

- ▶ **Unzureichender physischer Zugang** zu medizinischen Dienstleistungen für Frauen in abgelegenen Gebieten;
- ▶ **Angst vor negativen Reaktionen** der Hilfsdienste und vor Vorwürfen, den gewalttätigen Partner nicht verlassen zu haben, insbesondere, wenn die Frau in der Vergangenheit schon einmal unangemessene und vorwurfsvolle Antworten von Hilfsdiensten bekommen hat;
- ▶ **Unwissen hinsichtlich der weiteren Vorgehensweise der medizinischen Fachkräfte**, zum Beispiel, ob die Polizei informiert oder der Täter dazu befragt wird;
- ▶ **Sprachliche und kulturelle Barrieren** bei Migrantinnen und Frauen, die einer ethnischen Minderheit angehören; und
- ▶ **Situationsbedingte Aspekte** der Beratung und Behandlung, zum Beispiel inadäquater baulicher Zustand der Einrichtung oder taktloses Verhalten der ÄrztInnen und Pflegekräfte.

SCHWIERIGKEITEN, VOR DENEN DIE MEDIZINISCHEN FACHKRÄFTE STEHEN, WENN SIE OPFERN GESCHLECHTSBASIERTER GEWALT WIRKUNGSVOLLE UNTERSTÜTZUNG BIETEN WOLLEN:⁶⁵

- ▶ **Unzureichende Kenntnisse über Ursachen, Auswirkungen und die Dynamik geschlechtsbasierter Gewalt:** Wenn medizinische Fachkräfte Symptome für geschlechtsbasierte Gewalt nicht erkennen oder nicht nachfragen, stellen sie den Opfern unter Umständen eine falsche Diagnose oder lassen ihnen nicht die richtige Betreuung zukommen.
- ▶ **Eigene Gesinnungen und falsche Vorstellungen** von geschlechtsbasierter Gewalt, die dazu führen könnten, dass man Gewalt in der Partnerschaft als Privatangelegenheit betrachtet oder dem Opfer die Schuld für die Gewalt zuweist.
- ▶ **Eigene Erfahrungen** mit geschlechtsbasierter Gewalt in der Vergangenheit.
- ▶ **Unzureichende klinische Kompetenzen beim Reagieren auf geschlechtsbasierte Gewalt:** Medizinische Fachkräfte könnten zögern, nach geschlechtsbasierter Gewalt zu fragen, weil sie keine „Lawine lostreten“ wollen. Unzureichende Kenntnisse und Fähigkeiten könnten außerdem die Sicherheit, das Leben und Wohlbefinden der Patientin gefährden, wenn medizinische Fachkräfte beispielsweise gegenüber einer Patientin, die vergewaltigt wurde, negative Einstellungen äußern oder die Verletzungen einer Frau so besprechen, dass ein potenziell gewalttätiger Ehemann, der vor der Tür wartet, mithören kann.
- ▶ **Unzureichende Informationen über verfügbare Hilfsdienste** und geeignete AnsprechpartnerInnen, die die Patientin weiter verweisen könnten.
- ▶ **Zu wenig Zeit für die medizinische Versorgung** und unzureichende finanzielle Mittel

Um Gewaltopfer ausreichend unterstützen zu können, müssen medizinische Fachkräfte die Dynamik geschlechtsbasierter Gewalt verstehen, die verfügbaren Hilfsdienste und -organisationen kennen und wissen, welche bereits vorhandenen Protokolle und Vorgehensweisen anzuwenden sind.

⁶⁴ UNFPA-WAVE, "Strengthening Health System Responses to Gender-based Violence in Eastern Europe and Central Asia" (2014), S. 182.

⁶⁵ UNFPA-WAVE, "Strengthening Health System Responses to Gender-based Violence in Eastern Europe and Central Asia" (2014), S. 182.

für die Beratung. Es ist nur schwer abzuschätzen, wie lange eine Unterhaltung dauern wird, und medizinische Fachkräfte befürchten, weniger Zeit für ihre anderen PatientInnen aufbringen zu können.

- ▶ **Fehlende interne Unterstützung** wie standardisierte Protokolle, Dokumentationsformulare oder Schulungen für das Personal zum Umgang mit Opfern geschlechtsbasierter Gewalt.
- ▶ **Unsicherheiten bezüglich der rechtlichen Verpflichtungen** wie Vorschriften zur Vertraulichkeit oder Berichterstattung.
- ▶ **Fehlende Standardabläufe, Richtlinien und Protokolle**, mit denen sichergestellt wird, dass medizinische Fachkräfte gemäß den anerkannten klinischen Standards auf geschlechtsbasierte Gewalt reagieren.

3.4 Voraussetzungen und Kriterien zum Erkunden nach geschlechtsbasierter Gewalt

Wenn nach geschlechtsbasierter Gewalt gefragt wird, müssen medizinische Einrichtungen und Dienstleister sicherstellen, dass bestimmte Voraussetzungen erfüllt sind, und die Sicherheit während des Gesprächs gewährleisten.⁶⁶

BEVOR SIE SICH NACH GESCHLECHTSBASIRTER GEWALT ERKUNDIGEN, MÜSSEN MEDIZINISCHE EINRICHTUNGEN:⁶⁷

- Ein Protokoll oder ein Standardvorgehen einführen, an dem sich die Intervention orientiert
- Ihre MitarbeiterInnen darin schulen, wie sie richtig nachfragen und reagieren, wenn Frauen geschlechtsbasierte Gewalt offenbaren
- Die Sicherheit gewährleisten und auf Vertraulichkeit und Privatsphäre achten
- Sich darüber informieren, an welche Stellen sie die Frauen verweisen können

SICHERHEITSKRITERIEN FÜR EIN GESPRÄCH:⁶⁸

- Private und vertrauliche Umgebung
- Vermeiden Sie es, in Anwesenheit von Familienmitgliedern, Freunden oder Kindern über 2 Jahren nach geschlechtsbasierter Gewalt zu fragen
- Stellen Sie Migrantinnen, Flüchtlingen oder Frauen, die einer ethnischen Minderheit angehören und die Landessprache nicht beherrschen, eine/n professionelle/n Dolmetscher/in zur Verfügung
- Vermeiden Sie es, Familienmitglieder als Dolmetscher/in zu nutzen

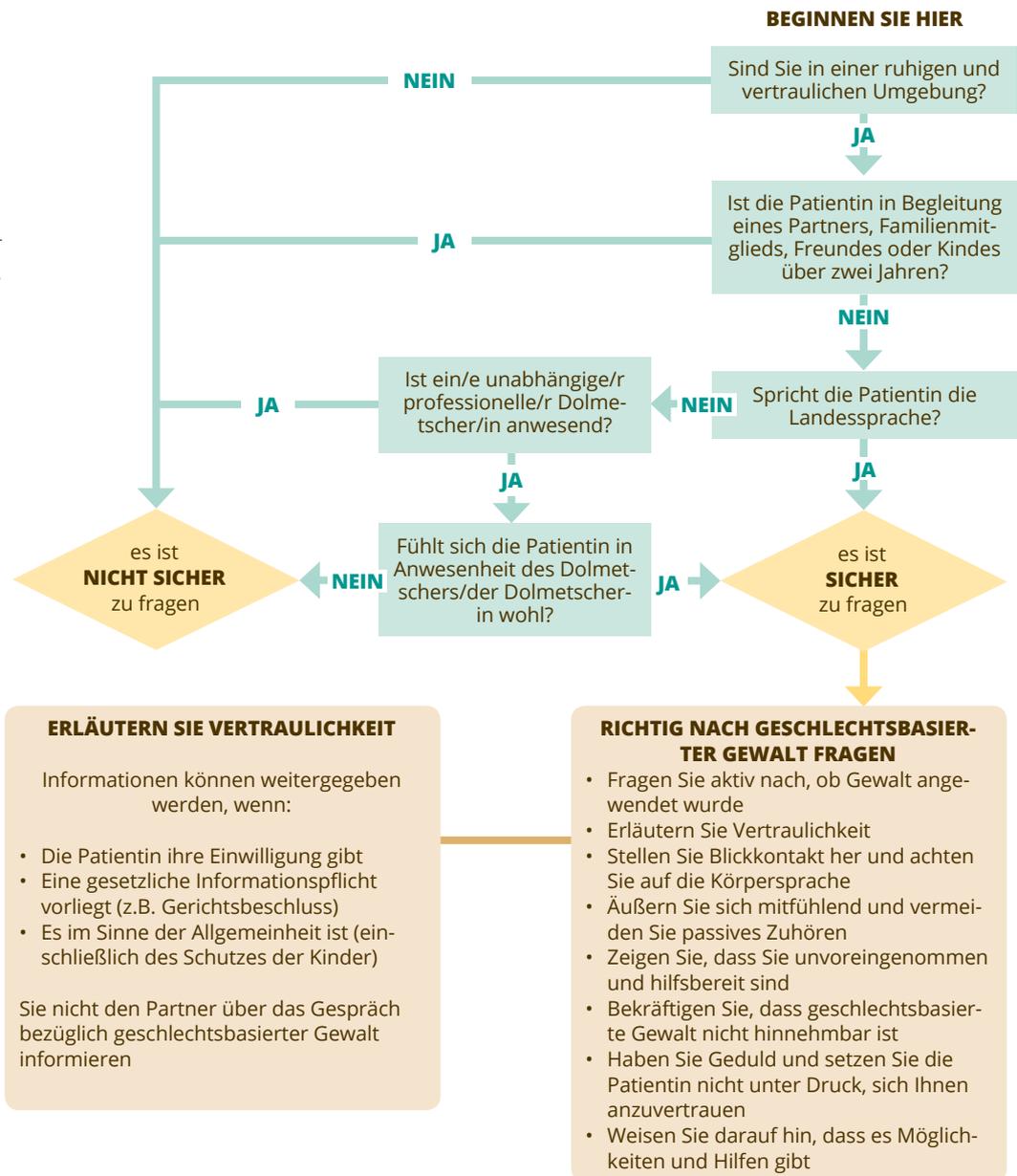
⁶⁶ UNFPA-WAVE, "Strengthening Health System Responses to Gender-based Violence in Eastern Europe and Central Asia" (2014), S. 68.

⁶⁷ UNFPA-WAVE, "Strengthening Health System Responses to Gender-based Violence in Eastern Europe and Central Asia" (2014), S. 68. Ebenfalls zitiert in WHO: "Responding to Intimate Partner Violence and Sexual Violence Against Women: WHO Clinical and Policy Guidelines" (2013), S. 19

⁶⁸ UNFPA-WAVE, "Strengthening Health System Responses to Gender-based Violence in Eastern Europe and Central Asia" (2014), S. 68.

Abbildung 3: WANN KANN IN SICHERHEIT NACH GESCHLECHTSBASIERTER GEWALT GEFRAGT WERDEN? ⁶⁹

i Wenn die medizinische Fachkraft alleine in einem ruhigen, diskreten Raum mit der Patientin ist, die Sprache der Patientin spricht oder diese der Anwesenheit eines Dolmetschers/einer Dolmetscherin zustimmt, ist die Sicherheit des Gesprächs gewährleistet. An dieser Stelle ist es wichtig, die **Vertraulichkeit zu erläutern**.



3.5 Richtig nach geschlechtsbasierter Gewalt fragen

Medizinischen Fachkräften fällt es mitunter schwer, eine Frau zu fragen, ob sie geschlechtsbasierte Gewalt erlebt hat. Mithilfe dieses Abschnittes sollen medizinische Fachkräfte ihr Wissen vertiefen und mehr Zuversicht beim Erkunden nach geschlechtsbasierter Gewalt erhalten. Sobald die medizinischen Fachkräfte, wie in Abschnitt 3.4 und Abbildung 3 dargestellt, die Sicherheit des Gespräches festgestellt haben, können sie mit ihren Erkundungen beginnen. ⁷⁰

⁶⁹ UNFPA-WAVE, „Strengthening Health System Responses to Gender-based Violence in Eastern Europe and Central Asia“ (2014), S. 69. (IMPLEMENT hat diese Abbildung für dieses Handbuch aktualisiert).

⁷⁰ UNFPA-WAVE, „Strengthening Health System Responses to Gender-based Violence in Eastern Europe and Central Asia“ (2014), S. 70.

EMPFEHLUNGEN UND TIPPS FÜR DIE KOMMUNIKATION MIT OPFERN GESCHLECHTSBASIERTER GEWALT:⁷¹

- ▶ **Fragen Sie aktiv nach, ob Gewalt gegen die Patientin angewendet wurde**, aber nicht, wenn der Partner, ein Familienmitglied oder Freund anwesend ist.
- ▶ **Erklären Sie, dass die Informationen vertraulich behandelt werden** (und weisen Sie auf Einschränkungen hin)
- ▶ **Stellen Sie Blickkontakt her** und widmen Sie Ihre Aufmerksamkeit voll und ganz der Patientin
- ▶ **Achten Sie auf Ihre Körpersprache** (insbesondere Ihren Tonfall und die Art und Weise, wie Sie sitzen, den Kopf halten, die Arme abstützen. All diese Dinge übermitteln der Patientin eine bestimmte Botschaft darüber, wie Sie die Situation wahrnehmen)
- ▶ **Vermeiden Sie passives Zuhören und Schweigen** – zeigen Sie, dass Sie aufmerksam zuhören
- ▶ **Zeigen Sie, dass Sie unvoreingenommen und hilfsbereit sind**, und bestätigen Sie das, was die Patientin sagt. Vermeiden Sie Fragen, die möglicherweise Schuldzuweisungen implizieren, zum Beispiel Fragen nach dem „Warum“
- ▶ **Bekräftigen Sie, dass geschlechtsbasierte Gewalt nicht hinnehmbar** und niemals in Ordnung ist, und versichern Sie ihr, dass ihre Gefühle normal sind
- ▶ **Haben Sie Geduld** mit dem Gewaltopfer. Denken Sie immer daran, dass sie sich in einer Krise befindet und vermutlich widersprüchliche Gefühle hat
- ▶ **Setzen Sie sie nicht unter Druck, sich Ihnen anzuvertrauen**, und erklären Sie ihr, dass sie auf Sie zurückkommen kann, wenn sie weitere Unterstützung braucht
- ▶ Betonen Sie, dass sie **keine Schuld** an der Gewalt trägt, sondern dass der Täter selbst für seine Handlungen verantwortlich ist
- ▶ **Äußern Sie sich mitfühlend**, zum Beispiel „Es tut mir leid, dass Ihnen so etwas widerfahren ist“. Dadurch können Sie die Frau eventuell ermutigen, mehr preiszugeben
- ▶ **Weisen Sie darauf hin, dass es Möglichkeiten und Hilfen gibt**
- ▶ Wenn Sie beginnen, sich nach geschlechtsbasierter Gewalt zu erkundigen, stellen Sie zuerst eine **einleitende Frage**, in der Sie der Patientin erläutern, dass geschlechtsbasierte Gewalt viele Frauen betrifft und sich nachteilig auf ihre Gesundheit auswirkt

Wenn Sie sich nach geschlechtsbasierter Gewalt erkundigen, setzen Sie Ihre Körpersprache gezielt ein, hören Sie aktiv zu, stellen Sie Blickkontakt her und vermitteln Sie Ihre Unterstützung durch Ihre Wortwahl.

BEISPIELE FÜR EINLEITENDE FRAGEN IM GESPRÄCH:⁷²

1. „Aus meinen Erfahrungen weiß ich, dass viele Frauen zuhause Misshandlungen und Gewalt ausgesetzt sind. Ist das bei Ihnen der Fall?“
2. „Wir wissen, dass viele Frauen zuhause misshandelt oder geschlagen werden und dadurch gesundheitliche Beeinträchtigungen davontragen. Könnte es sein, dass Ihnen zuhause Gewalt zugefügt wird oder wurde?“
3. „Viele meiner Patientinnen stecken in einer gewalttätigen Beziehung. Es kann sehr beunruhigend oder unangenehm sein, darüber zu sprechen. Sind Sie jemals von Ihrem Partner geschlagen oder misshandelt worden?“

BEISPIELE FÜR DIREKTE FRAGEN IM GESPRÄCH:⁷³

1. „Ich mache mir Sorgen, dass Ihre Symptome auf Verletzungen auf eine andere Person zurückzuführen sind. Hat Ihnen jemand wehgetan?“
2. „Aus unseren Erfahrungen wissen wir, dass diese Art Verletzung durch einen tätlichen Angriff entstehen kann. Ist Ihnen so etwas widerfahren?“

⁷¹ UNFPA-WAVE, „Strengthening Health System Responses to Gender-based Violence in Eastern Europe and Central Asia“ (2014), S. 70.

⁷² UNFPA-WAVE, „Strengthening Health System Responses to Gender-based Violence in Eastern Europe and Central Asia“ (2014), S. 71.

⁷³ UNFPA-WAVE, „Strengthening Health System Responses to Gender-based Violence in Eastern Europe and Central Asia“ (2014), S. 71.

i In medizinischen Einrichtungen ist es auch sinnvoll, schriftliche Informationen und Materialien zu geschlechtsbasierter Gewalt zu präsentieren, durch die Frauen dazu ermutigt werden könnten, über Gewalt zu sprechen.

Soforthilfe erfordert, neben der Unterstützung und Bestätigung, dass medizinische Fachkräfte Geduld haben, die Frauen nicht unter Druck setzen, über ihre Erlebnisse zu sprechen, und sicherstellen, dass die Frauen Informationen und Zugang zu Ressourcen bekommen (WHO, „Responding to Intimate Partner Violence and Sexual Violence Against Women“, S. 3)

3. „Wurden Sie jemals von Ihrem Partner, Ex-Partner oder einem erwachsenen Familienmitglied gedemütigt oder bedroht?“
4. „Haben Sie Angst vor Ihrem Partner, Ex-Partner oder einem erwachsenen Familienmitglied?“
5. „Wurden Sie zum Sex gezwungen?“
6. „Hat Ihr Partner jemals versucht, Ihre Freiheit einzuschränken oder Sie daran zu hindern, etwas zu tun, das Ihnen wichtig ist?“

SOFORTHILFE

Wenn eine Frau offenbart, dass ihr Gewalt angetan wurde, sollten die medizinischen Fachkräfte sofort Hilfe und Unterstützung anbieten. Wenn ihnen dies nicht möglich ist, sollten sie dafür sorgen, dass jemand anders (innerhalb der Einrichtung oder von einer leicht erreichbaren Hilfsorganisation) sofortige Hilfe bieten kann.

Soforthilfe „Bezieht sich auf das Mindestmaß an (in erster Linie psychologischer) Unterstützung und Bestätigung ihres Erlebnisses, das allen Frauen, die einer medizinischen Einrichtung oder einem anderen Ansprechpartner wie einer/m GewaltexpertIn gewalttätige Übergriffe offenbaren, zusteht. Sie deckt sich in großen Teilen mit der sogenannten psychologischen Ersten Hilfe im Rahmen von Notfallsituationen mit traumatischen Erlebnissen.“⁷⁴

RICHTLINIEN UND FAKTOREN FÜR FRAUENORIENTIERTE BETREUUNG:⁷⁵

- Seien Sie unvoreingenommen, hilfsbereit und affirmativ
- Bieten Sie der Patientin eine geeignete, ihren Bedürfnissen entsprechende Betreuung und Unterstützung, ohne aufdringlich zu sein
- Fragen Sie sie nach früheren Gewaltvorfällen. Hören Sie aufmerksam zu, aber zwingen Sie sie nicht zum Reden (gehen Sie besonders umsichtig vor, wenn Sie sich mithilfe eines Dolmetschers über heikle Themen unterhalten)
- Helfen Sie ihr, Informationen zu Ressourcen zu finden, einschließlich Rechtsberatungen und anderen Hilfsdiensten, die sie als nützlich erachtet
- Helfen Sie ihr, wenn nötig, die Sicherheit für sich selbst und ihre Kinder zu erhöhen
- Sorgen Sie dafür, dass das Gespräch unter vier Augen stattfindet, und informieren Sie sie über die Einschränkungen der Vertraulichkeit
- Bieten oder organisieren Sie soziale Unterstützung

3.6 Durchführung einer medizinischen Untersuchung und Behandlung

Nachdem geschlechtsbasierte Gewalt offenbart wurde, sollten medizinische Fachkräfte eine ärztliche Untersuchung durchführen und ggf. eine Behandlung vornehmen. Während der gesamten Untersuchung und Behandlung müssen medizinische Fachkräfte berücksichtigen, dass Opfer sexualisierter Gewalt oftmals äußerst wachsam sind und nach einem Übergriff sehr emotional reagieren. Das Mitgefühl der medizinischen Fachkraft kann dem Opfer dabei helfen, sich psychisch von dem Übergriff zu erholen. Unangebrachte Kommentare von Polizisten, Ärzten oder anderen Personen hingegen verstärken die seelische Not der Patientin während der Untersuchung nur noch und behindern die langfristige Genesung.⁷⁶

⁷⁴ WHO, „Responding to Intimate Partner Violence and Sexual Violence Against Women“ (2013), p. vii.

⁷⁵ UNFPA-WAVE, „Strengthening Health System Responses to Gender-based Violence in Eastern Europe and Central Asia“ (2014), S. 210. Ebenfalls zitiert in WHO: „Responding to Intimate Partner Violence and Sexual Violence Against Women“ (2013), Empfehlungen 1, 10, 12, 24.

⁷⁶ UNFPA-WAVE, „Strengthening Health System Responses to Gender-based Violence in Eastern Europe and Central Asia“ (2014), S. 73.

ANAMNESE UND UNTERSUCHUNG

Medizinische Fachkräfte müssen zuerst die Einwilligung der Patientin zu allen Aspekten der Konsultation einholen. Sie müssen der Patientin also alle Gesichtspunkte der Konsultation erläutern, damit sie versteht, welche Optionen sie hat, und eine fundierte Entscheidung über das weitere Vorgehen treffen kann. Dabei müssen die medizinischen Fachkräfte vor allem auf die Einschränkungen der Vertraulichkeit, zum Beispiel gesetzliche Verpflichtungen zur Meldung von Fällen geschlechtsbasierter Gewalt bei der Polizei oder anderen Behörden, hinweisen. Die medizinischen Fachkräfte müssen die Patientin bitten, die Einwilligungserklärung zu unterschreiben oder zu kennzeichnen, sofern die nationale Gesetzgebung dies erfordert. Die Untersuchung einer Person ohne ihr Einverständnis kann strafrechtliche Konsequenzen für medizinische Fachkräfte haben. Außerdem können die Ergebnisse einer Untersuchung, die ohne die Einwilligung der Patientin vorgenommen wurde, in einigen Rechtsprechungen nicht vor Gericht verwendet werden.⁷⁷

Die Einverständniserklärung gehört zu den wichtigsten Dingen, die vorliegen müssen, bevor Sie mit der Untersuchung und Dokumentation beginnen.

Im nächsten Schritt wird die Anamnese ermittelt. Dabei werden die verschiedenen Vorfälle dokumentiert, um herauszufinden, welche Maßnahmen sich anbieten. Darin enthalten sein sollten auch eine ausführliche Beschreibung des Übergriffs oder der psychischen Gewalt oder Zwangsausübung, die Dauer, ggf. der Einsatz von Waffen sowie Datum und Uhrzeit des Übergriffs.⁷⁸

IN FÄLLEN SEXUALISierter GEWALT SIND FOLGENDE INFORMATIONEN ZU ERGÄNZEN:⁷⁹

- ▶ Die seit dem Übergriff verstrichene Zeit und Art des Übergriffs
- ▶ Das Risiko einer Schwangerschaft
- ▶ Das Risiko einer Ansteckung mit HIV oder einer anderen sexuell übertragbaren Krankheit
- ▶ Die psychische Verfassung der Frau⁸⁰

BEIM GESPRÄCH MIT DER PATIENTIN ÜBER GESCHLECHTSBASIERTE GEWALT SOLLTEN MEDIZINISCHE FACHKRÄFTE:⁸¹

- ▶ sie bitten, **in ihren eigenen Worten** zu erzählen, was vorgefallen ist
- ▶ **unnötige Unterbrechungen vermeiden** und klärende Fragen erst dann stellen, wenn die Patientin ihre Schilderung beendet hat
- ▶ **sorgfältig vorgehen** und daran denken, dass manche Patientinnen besonders unangenehme Details des Übergriffs, zum Beispiel Einzelheiten zu Oral- oder Analverkehr, bewusst ausklammern
- ▶ **offene Fragen stellen** und Fragen, die mit „Warum“ beginnen, vermeiden, da diese eine Schuldzuweisung suggerieren können
- ▶ **unvoreingenommen und mitfühlend** auf die Fragen und Bedenken der Patientin eingehen, indem sie zum Beispiel einen sehr ruhigen Tonfall anschlagen, kulturell angemessenen Blickkontakt halten und keine Betroffenheit oder Zweifel zum Ausdruck bringen

Nach der Erhebung der Anamnese sollten medizinische Fachkräfte nur dann eine vollständige Untersuchung (von Kopf bis Fuß, bei Fällen sexualisierter Gewalt einschließlich Untersuchung der Genitalien) durchführen, wenn dies angemessen ist:

⁷⁷ UNFPA-WAVE, „Strengthening Health System Responses to Gender-based Violence in Eastern Europe and Central Asia“ (2014), S. 74. Ebenfalls zitiert in WHO: „Guidelines for Medico-Legal Cares of Victims of Sexual Violence“ (2003).

⁷⁸ UNFPA-WAVE, „Strengthening Health System Responses to Gender-based Violence in Eastern Europe and Central Asia“ (2014), S. 74.

⁷⁹ UNFPA-WAVE, „Strengthening Health System Responses to Gender-based Violence in Eastern Europe and Central Asia“ (2014), S. 74.

⁸⁰ UNFPA-WAVE, „Strengthening Health System Responses to Gender-based Violence in Eastern Europe and Central Asia“ (2014), S. 75.

⁸¹ UNFPA-WAVE, „Strengthening Health System Responses to Gender-based Violence in Eastern Europe and Central Asia“ (2014), S. 75.

CHECKLISTE FÜR ÄRZTLICHE UNTERSUCHUNGEN VON OPFERN GESCHLECHTSBASIERTER GEWALT: ⁸²

- ☑ Erklären Sie, was die ärztliche Untersuchung beinhaltet, warum und wie sie durchgeführt wird, um zu verhindern, dass die Untersuchung für die Patientin zu einem weiteren traumatischen Erlebnis wird. Geben Sie der Patientin auch die Möglichkeit, Fragen zu stellen.
- ☑ Fragen Sie die Patientin, ob sie eine Ärztin bevorzugt (insbesondere in Fällen sexualisierter Gewalt)
- ☑ Lassen Sie die Patientin nicht alleine (z. B. während des Wartens auf die Untersuchung)
- ☑ Bitten Sie sie, sich vollständig zu entkleiden und einen Patienten Kittel anzuziehen, so dass verborgene Verletzungen zu sehen sind
- ☑ Untersuchen Sie auch die mit Kleidung oder Haar bedeckten Bereiche
- ☑ Wenn die Patientin sexualisierte misshandelt wurde, untersuchen Sie ihren gesamten Körper, nicht nur die Genitalien oder die Bauchgegend
- ☑ Untersuchen Sie sowohl schwerwiegende als auch geringfügige Verletzungen
- ☑ Berücksichtigen Sie auch die emotionalen und psychischen Symptome
- ☑ Erläutern Sie der Patientin während der ganzen ärztlichen Untersuchung, was Sie als nächstes tun werden, und bitten Sie sie um ihre Zustimmung. Teilen Sie ihr stets mit, wann und wo Sie sie berühren werden; zeigen und erklären Sie ihr die Instrumente und Materialien für Probennahmen
- ☑ Manche Patientinnen verweigern die ärztliche Untersuchung ganz oder teilweise. Gestehen Sie ihr diese Kontrolle über die Untersuchung zu, sie ist ein wichtiger Bestandteil des Genesungsprozesses
- ☑ Während der Untersuchung sollten sowohl medizinische als auch gerichtsmedizinische Proben genommen werden (die gerichtsmedizinischen Proben sollte eine Fachkraft entnehmen, die speziell dafür geschult ist)
- ☑ Wenn medizinische und rechtliche (gerichtsmedizinische) Dienstleistungen simultan, am gleichen Ort und von ein und derselben Person durchgeführt werden, muss die Patientin weniger Untersuchungen über sich ergehen lassen. So kann besser auf die Bedürfnisse der Patientin eingegangen werden

⁸² UNFPA-WAVE, "Strengthening Health System Responses to Gender-based Violence in Eastern Europe and Central Asia" (2014), S. 215

4. GESCHLECHTSBASIERTE GEWALT DOKUMENTIEREN

Medizinische Fachkräfte haben eine **berufliche Verpflichtung**, Einzelheiten aller Konsultationen mit ihren PatientInnen aufzuzeichnen. Die Notizen der medizinischen Fachkraft sollten die Schilderungen der Patientin und das, was die Fachkraft gesehen und durchgeführt hat, wiedergeben. Diese Notizen sind ebenfalls vertraulich zu behandeln.

Die Einzelheiten genau zu erfassen ist nicht nur eine berufliche Pflicht, sondern ist auch wichtig für die **Patientenakten**, da diese **vor Gericht als Beweismittel dienen** können. Die Dokumentation der gesundheitlichen Auswirkungen kann dem Gericht helfen, eine Entscheidung zu treffen, und liefert Informationen zu früheren und gegenwärtigen Anwendungen von Gewalt. Wenn die medizinische Einrichtung und die Polizei / Strafverfolgungsbehörden sich nicht ausreichend miteinander abstimmen, können wichtige Beweise verloren gehen. Den medizinischen Fachkräften muss das Zusammenwirken von Gerichtsmedizin und Strafjustiz klar sein, um Frauen den Zugang zum Strafrechtssystem zu erleichtern.

Darüber hinaus kann die Dokumentation andere Gesundheitseinrichtungen, die sich später um die Patientin kümmern, auf ihre Erlebnisse bezüglich geschlechtsbasierter Gewalt aufmerksam machen und so dazu beitragen, dass sie die entsprechende **Nachsorge** bekommt.⁸³

4.1 Verletzungen protokollieren und einordnen

Medizinische Fachkräfte sollten sämtliche festgestellten Verletzungen sorgfältig beschreiben. Die Beschreibung sollte die Art und Anzahl der Verletzungen umfassen und ihre Lage exakt anhand eines **Körperschemas** bestimmen. Die Auswertung von Verletzungen zu medizinisch-rechtlichen Zwecken ist eine komplizierte, anspruchsvolle Angelegenheit und stellt hohe Ansprüche an das Fachwissen der ÄrztInnen, die dafür zuständig sind. In der Praxis werden oftmals PathologInnen von der Polizei, dem Gericht oder Anwälten nach ihrer Expertenmeinung zum Alter einer Verletzung, ihrer Entstehung oder der zu ihrer Herbeiführung erforderlichen Kraft gefragt. Auch medizinische Fachkräfte sollten dazu befragt werden.⁸⁴

Für die Dokumentation von Untersuchungen können handschriftliche Notizen, Abbildungen, Körperschemata und Fotos eingesetzt werden. Während der ganzen Dokumentation sollten medizinische Fachkräfte sicherstellen, dass die Patientin ihre **Einverständniserklärung** gibt.

In einigen Ländern werden Standarddokumentationsformulare von den Behörden bereitgestellt, einige davon sind vorgeschrieben. Im Anhang finden Sie ein Musterformular für die Protokollierung der Konsultationen mit Opfern sexualisierter Gewalt, das an lokale Bedürfnisse und Umstände angepasst werden kann.

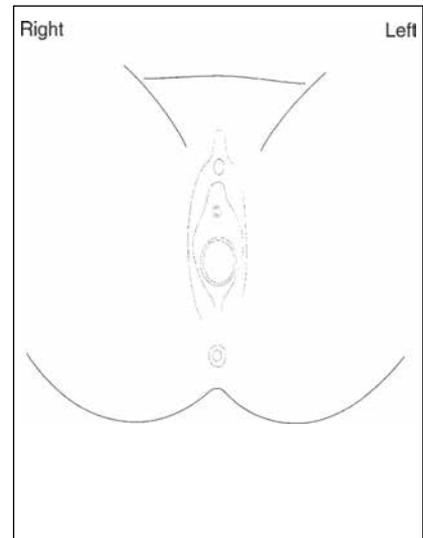
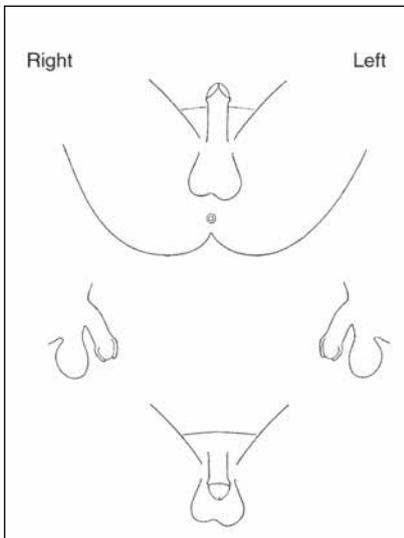
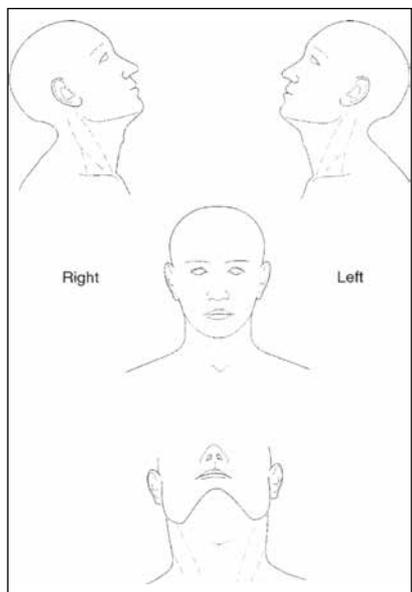
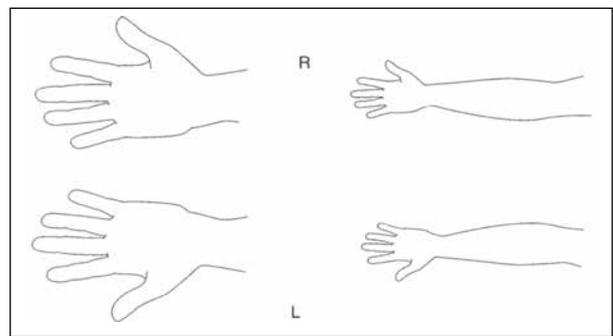
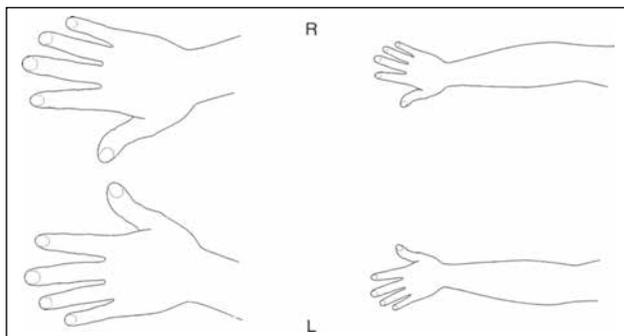
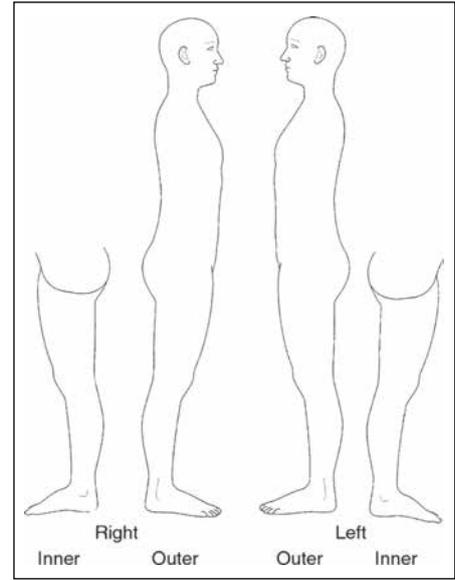
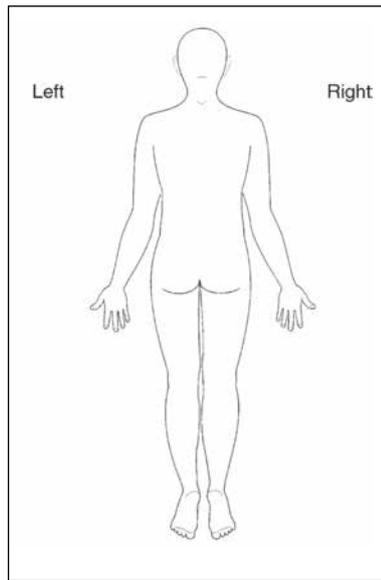
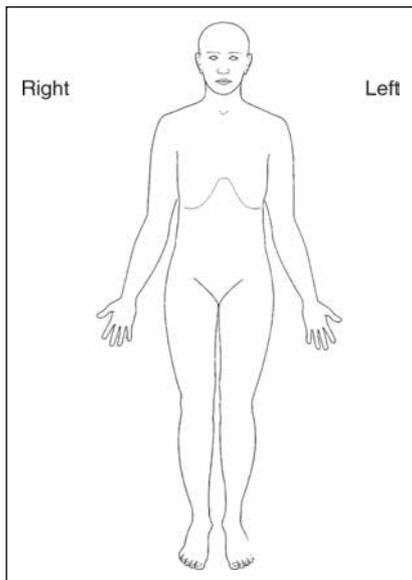
4.2 Gewalttaten dokumentieren

Für die Dokumentation von Untersuchungen können handschriftliche Notizen, Abbildungen, Körperschemata und Fotos eingesetzt werden. Während der ganzen Dokumentation sollten medizinische Fachkräfte sicherstellen, dass die Patientin ihre Einverständniserklärung gibt. In einigen Ländern stehen den medizinischen Fachkräften standardisierte Dokumentationsformulare zur Verfügung. Die folgenden Abbildungen stammen aus WHO-Dokumenten und dienen als Vorlage für Körperschemata.

⁸³ UNFPA-WAVE, "Strengthening Health System Responses to Gender-based Violence in Eastern Europe and Central Asia" (2014), p. 79.

⁸⁴ UNFPA-WAVE, "Strengthening Health System Responses to Gender-based Violence in Eastern Europe and Central Asia" (2014), S. 293-296.

WHO-KÖRPERSCHEMATA FÜR UNTERSUCHUNGEN⁸⁵



⁸⁵ UNFPA-WAVE, "Strengthening Health System Responses to Gender-based Violence in Eastern Europe and Central Asia" (2014), S. 293-296.

BEI FÄLLEN SEXUALISierter GEWALT SOLLTE DIE DOKUMENTATION FOLGENDES UMFASSEN:⁸⁶

- ▶ Demografische Angaben (Name, Alter, Geschlecht)
- ▶ Einverständniserklärung
- ▶ Anamnese (z. B. allgemeine medizinische und gynäkologische Vorgeschichte)
- ▶ Schilderung des Übergriffs
- ▶ Ergebnisse der ärztlichen Untersuchung
- ▶ Tests und deren Ergebnisse
- ▶ Behandlungsplan
- ▶ Verabreichte oder verschriebene Medikamente
- ▶ Aufklärung der Patientin
- ▶ Überweisungen

CHECKLISTE FÜR DIE DOKUMENTATION VON FÄLLEN SEXUALISIERTEN MISSBRAUCHS:⁸⁷

- ✓ Erfassen Sie den Umfang der durchgeführten ärztlichen Untersuchung sowie alle normalen oder relevanten negativen Befunde
- ✓ Dokumentieren Sie alle zweckdienlichen Informationen präzise und leserlich
- ✓ Während der Konsultation sollten Notizen und schematische Darstellungen angefertigt werden
- ✓ Die Notizen sollten nicht abgeändert werden, es sei denn, diese Bearbeitungen sind eindeutig als spätere Ergänzung oder Anpassung gekennzeichnet
- ✓ Achten Sie darauf, dass Ihre Notizen korrekt und präzise sind
- ✓ Zitieren Sie, wann immer dies möglich ist, die Worte des Opfers (drücken Sie sich neutral aus, z. B. „Frau Schmidt sagt,...“ anstatt „Die Patientin behauptet...“)
- ✓ Erfassen Sie auch Informationen, die für den medizinischen Sachverhalt irrelevant sind, zum Beispiel „Es war meine Schuld, dass er mich geschlagen hat, weil...“ oder „Ich verdiente die Prügel, denn...“
- ✓ Beim Dokumentieren von Überweisungen sollten die Namen, Anschriften oder Telefonnummern der Unterkünfte, die Sie der Patientin gegeben haben, im Interesse ihrer Sicherheit nicht aufgeschrieben werden

4.3 Fotos

Fotos sind ein wichtiges Instrument, das von allen medizinischen Fachkräften eingesetzt werden sollte – egal, ob sie sich auf Gerichtsmedizin spezialisiert haben oder nicht –, um durch geschlechtsbasierte Gewalt hervorgerufene Verletzungen zu dokumentieren, denn solche Fotos sind ein wichtiges Beweismittel in möglichen Gerichtsverhandlungen gegen den Täter. Wenn Fotos verwendet werden, sollten Sie jedoch im Hinterkopf behalten, dass Fotos die anderen, oben beschriebenen Methoden zur Aufzeichnung von Befunden zwar ergänzen, aber nicht ersetzen können.

⁸⁶ UNFPA-WAVE, “Strengthening Health System Responses to Gender-based Violence in Eastern Europe and Central Asia” (2014), S. 80.

⁸⁷ UNFPA-WAVE, “Strengthening Health System Responses to Gender-based Violence in Eastern Europe and Central Asia” (2014), S. 81.

CHECKLISTE FÜR DIE ANFERTIGUNG VON FOTOS ZUR DOKUMENTATION DER BEFUNDE:⁸⁸

- ✓ Nehmen Sie Rücksicht auf die Patientin und holen Sie ihre **Einverständniserklärung** ein: Erklären Sie ihr, welche Rolle Fotos spielen, und bitten Sie sie um ihre Einwilligung, Fotos machen zu dürfen.
- ✓ **Kennzeichnung:** Für jedes Foto müssen genaue Angaben zum Motiv, Datum und der Uhrzeit der Aufnahme vorliegen. Außerdem sollte es eine Notiz geben, aus wie vielen Fotos die Reihe besteht.
- ✓ **Skalen:** Die Fotoreihe sollte mit einer Fotografie des Farbdigramms beginnen. Skalen sind unerlässlich, um die Größe einer Verletzung zu veranschaulichen. Sie können horizontal oder vertikal angelegt werden. Fotos sollten mit und ohne Skala angefertigt werden.
- ✓ **Ausrichtung:** Das erste Foto sollte eine Aufnahme des Gesichts zu Identifikationszwecken sein. Wenn die Fotos ausreichend gekennzeichnet sind, ist dies unter Umständen nicht erforderlich. Die nachfolgenden Fotos sollten jeweils aus einer allgemeinen Aufnahme des relevanten Bereichs und einer Nahaufnahme der jeweiligen Verletzungen bestehen.
- ✓ **Beweismittelkette:** Sollte, genau wie bei anderen kriminaltechnischen Beweisen, protokolliert werden.
- ✓ **Sicherheit:** Fotos sind Teil der Patientenakte und sollten auch genauso vertraulich behandelt werden.
- ✓ **Einfühlungsvermögen:** In manchen Kulturen gilt Fotografieren als unangemessenes Verhalten, und für das Anfertigen der Fotos (und ihre Weitergabe) ist mitunter eine ausdrückliche Zustimmung erforderlich. Daher muss eine Einverständniserklärung eingeholt werden.

4.4 Aufbewahrung von und Zugriff auf Akten und Daten von Patientinnen

Patientenakten und -daten sind streng vertraulich. Sämtliche medizinischen Einrichtungen sind beruflich, gesetzlich und moralisch dazu verpflichtet, die Vertraulichkeit und Autonomie der PatientInnen zu bewahren und zu respektieren. Aufzeichnungen und Informationen dürfen nur denjenigen MitarbeiterInnen offenbart werden, die unmittelbar an dem Fall beteiligt sind, oder sofern dies aufgrund von lokalen, regionalen oder nationalen Bestimmungen erforderlich ist.

Alle Patientenakten (und ggf. Proben) sind an einem sicheren Ort aufzubewahren. Biologische Beweismittel müssen normalerweise gekühlt oder gefroren werden; sprechen Sie Ihr Labor auf die speziellen Lagervoraussetzungen für biologische Proben an.⁸⁹

4.5 Gerichtsmedizinische Untersuchungen

Eine gerichtsmedizinische Untersuchung ist eine „ärztliche Untersuchung, die in dem Bewusstsein durchgeführt wird, dass es möglicherweise zu einem Gerichtsverfahren kommt, in dem ein ärztliches Gutachten verlangt wird.“⁹⁰ Bei einer gerichtsmedizinischen Untersuchung sollen in erster Linie Beweise gesammelt werden, die dabei helfen, eine Verbindung zwischen

⁸⁸ UNFPA-WAVE, „Strengthening Health System Responses to Gender-based Violence in Eastern Europe and Central Asia“ (2014), S. 80. Ebenfalls zitiert in WHO: „Guidelines for Medico-legal cares of Victims of Sexual Violence“ (2003).

⁸⁹ UNFPA-WAVE, „Strengthening Health System Responses to Gender-based Violence in Eastern Europe and Central Asia“ (2014), S. 83.

⁹⁰ UNFPA-WAVE, „Strengthening Health System Responses to Gender-based Violence in Eastern Europe and Central Asia“ (2014), S. 81.

Personen und/oder zwischen Personen und Gegenständen oder Orten nachzuweisen oder zu widerlegen.⁹¹

In Fällen geschlechtsbasierter Gewalt, **in denen eine Straftat begangen wurde**, sind wie bei jedem anderen Ermittlungsverfahren die folgenden Richtlinien für die Probenahme genau zu befolgen:

- Gehen Sie bei der Entnahme der Proben sehr gründlich vor und vermeiden Sie Kontaminationen;
- Entnehmen Sie die Proben so schnell wie möglich – 72 Stunden nach dem Übergriff geht die Aussagekraft des Beweismaterials deutlich zurück;
- Beschriften Sie alle Proben korrekt;
- Trocknen Sie feuchte Proben;
- Sorgen Sie dafür, dass die Proben gesichert sind und nicht manipuliert werden können;
- Halten Sie die Beweismittelkette aufrecht; und
- Dokumentieren Sie die Einzelheiten aller Vorgehensweisen bei der Entnahme und Handhabung der Proben.

Medizinische Fachkräfte sollten die Fähigkeiten und Voraussetzungen ihrer gerichtsmedizinischen Labore kennen; es macht wenig Sinn, Proben zu nehmen, die nicht untersucht werden können.⁹²

i Bitte beachten Sie, dass diese Informationen möglicherweise nicht auf alle medizinischen Fachkräfte, insbesondere die medizinischen ProjektleiterInnen/ExpertInnen, die am IMPLEMENT-Projekt teilnehmen, zutreffen. Diese Informationen können jedoch, abhängig von den Stellenanforderungen der bezeichnete/n medizinischen ProjektleiterIn/ExpertIn und/oder medizinischen Fachkraft, zutreffen.

Tabelle 7: RICHTLINIEN FÜR DAS ERBRINGEN VON NACHWEISEN IN FÄLLEN SEXUALISIERTER GEWALT ⁹³

Berichte schreiben	Eine Aussage machen
<ol style="list-style-type: none"> 1. Erläutern Sie, was Ihnen erzählt wurde und was Sie beobachtet haben 2. Drücken Sie sich präzise aus 3. Bleiben Sie neutral 4. Bleiben Sie bei Ihrem Fachgebiet 5. Unterscheiden Sie Befunde von Ansichten 6. Beschreiben Sie ausführlich alle entnommenen Proben 7. Sagen oder schreiben Sie nur Dinge, die Sie vor Gericht unter Eid wiederholen würden 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Seien Sie vorbereitet 2. Hören Sie gut zu 3. Sprechen Sie klar und deutlich 4. Drücken Sie sich einfach und präzise aus 5. Bleiben Sie bei Ihrem Fachgebiet 6. Unterscheiden Sie zwischen Fakten und Ansichten 7. Bleiben Sie neutral

5. RISIKOBEWERTUNG UND SICHERHEITSPANUNG

Bei Interventionen durch Gesundheitseinrichtungen muss die **Sicherheit der Patientinnen**, die geschlechtsbasierte Gewalt erlebt haben, an erster Stelle stehen. Einzelfälle sind bei geschlechtsbasierter Gewalt eher selten, da diese Form der Gewalt oftmals durch wiederholtes, zwanghaftes Kontrollverhalten geprägt ist, und das Risiko weiterer Gewalttaten steigt direkt nach der Trennung sogar noch: Die meisten Morde, Mordversuche und schweren Gewalttaten werden begangen, wenn ein Opfer versucht, seinen gewalttätigen Partner zu verlassen.⁹⁴

⁹¹ UNFPA-WAVE, „Strengthening Health System Responses to Gender-based Violence in Eastern Europe and Central Asia“ (2014), S. 81. Ebenfalls zitiert in WHO: „Guidelines for Medico-legal cares of Victims of Sexual Violence“ (2003).

⁹² UNFPA-WAVE, „Strengthening Health System Responses to Gender-based Violence in Eastern Europe and Central Asia“ (2014), S. 81.

⁹³ UNFPA-WAVE, „Strengthening Health System Responses to Gender-based Violence in Eastern Europe and Central Asia“ (2014), S. 82

⁹⁴ UNFPA-WAVE, „Strengthening Health System Responses to Gender-based Violence in Eastern Europe and Central Asia“ (2014), S. 83

Medizinische Fachkräfte übernehmen eine wichtige Rolle, wenn sie eine Überweisung an eine/n GewaltexpertIn anbieten, der/die Kontakt zu speziellen Hilfsorganisationen herstellt und das Opfer bei der Risikobewertung und Sicherheitsplanung unterstützt.⁹⁵

5.1 Risikofaktoren für wiederholt vorkommende oder eskalierende Gewalttätigkeiten

Grundsätzlich gilt: Je mehr Risikofaktoren in einem bestimmten Fall auftreten, desto höher ist das Risiko, dass es erneut zu Gewalttätigkeiten kommt oder dass die Gewalt zunimmt oder sogar eskaliert.

RISIKOFAKTOREN:⁹⁶

- **Frühere Gewalttaten gegen die Frau, die Kinder oder andere Familienmitglieder sowie Ex-Partner:** Schauen Sie sich den Verlauf der Misshandlungen, Gewaltformen und -muster an und finden Sie heraus, ob es schon einmal Verurteilungen oder Anzeigen wegen Gewalt gab. Täter, die häufig schwere Gewalttaten begangen haben (zum Beispiel Waffen angewendet oder das Opfer gewürgt haben), sind besonders gefährlich.
- **Vorherige gewalttätige Übergriffe** außerhalb der Familie, z. B. gegen MitarbeiterInnen von Hilfsdiensten oder Behörden, deuten auf eine generelle Neigung zur Gewalttätigkeit – auch zuhause – hin.
- **Trennung und Scheidung** sind äußerst riskante Phasen.
- **Gewalttaten durch andere Familienmitglieder des Täters** können dazu dienen, das Opfer zu kontrollieren, und machen ihm die Flucht unmöglich.
- **Waffenbesitz und/oder -gebrauch:** Durch legalen oder illegalen Waffenbesitz steigt das Risiko für Waffengewalt, vor allem, wenn der Täter bereits bei früheren Gewalttätigkeiten Waffen angewendet oder damit gedroht hat.
- **Alkohol- und/oder Drogenmissbrauch** sind an sich keine Ursache für Gewalt, senken aber die Hemmschwelle und tragen so zu einer Eskalation der Gewalt bei.
- **Drohungen** sind immer ernst zu nehmen. Man sollte nicht davon ausgehen, dass jemand, der „nur“ Drohungen äußert, ungefährlich ist – tatsächlich gehen den meisten schweren Gewalttaten entsprechende Drohungen voraus. Insbesondere Morddrohungen sollten ernstgenommen werden. In zahlreichen Fällen, in denen Frauen von ihren Partnern ermordet wurden, hatten die Partner zuvor wiederholt damit gedroht, die Frau umzubringen.
- **Extrem eifersüchtig und besitzergreifend:** Täter, die ihre Partnerinnen umbringen oder schwer verletzen, sind oftmals besessen von ihrem Wunsch, ihre Partnerin zu besitzen und zu kontrollieren. Manchmal betrachten sie alle Männer im Umfeld ihrer Partnerin als Rivalen und werfen ihr immer wieder vor, untreu zu sein.
- **Extrem patriarchalische Konzepte und Einstellungen**, zum Beispiel, dass eine Frau oder ein Mädchen dem Ehemann oder Vater als Familienoberhaupt gehorchen oder sich an die starren Konzepte von Ehre und Sexualität halten muss.

⁹⁵ UNFPA-WAVE, "Strengthening Health System Responses to Gender-based Violence in Eastern Europe and Central Asia" (2014), S. 83

⁹⁶ UNFPA-WAVE, "Strengthening Health System Responses to Gender-based Violence in Eastern Europe and Central Asia" (2014), S. 83-84.

- **Verfolgung und Psychoterror (Stalking):** Etliche Täter sind nicht bereit, die Trennung von ihrer Partnerin zu akzeptieren, und versuchen, dies mit allen Mitteln einschließlich Gewalt zu verhindern. Das kann dazu führen, dass selbst viele Jahre nach der Trennung noch Gewalttaten begangen und Drohungen geäußert werden.
- **Kinder in Gefahr:** Während einer Trennung und Scheidung sind Kinder ebenfalls besonders gefährdet. Die Aggressionen des Täters gegen seine Partnerin können sich auf die Kinder erweitern, und er könnte sich rächen, indem er die Kinder misshandelt oder umbringt. Daher sind Kinder bei der Sicherheitsplanung stets zu berücksichtigen.
- **Missachtungen von einstweiligen Verfügungen durch Gerichte oder die Polizei** deuten auf ein hohes Risiko hin, denn sie zeigen, dass der Täter nicht gewillt ist, sein Verhalten zu ändern.
- **Mögliche Auslöser**, die zu einer plötzlichen Eskalation der Gewalt führen können, sind unter anderem Veränderungen in der Beziehung, zum Beispiel, wenn die Frau gegen den Willen ihres Partners einen Job annimmt, Hilfe sucht oder die Scheidung einreicht.

5.2 Durchführung einer Risikobewertung

Anhand einer Risikobewertung können die Strafverfolgungsbehörden Maßnahmen gegen den Täter festlegen. Außerdem sind medizinische Fachkräfte und Hilfsdienste dadurch in der Lage, der Patientin zu helfen, Maßnahmen zur Erhöhung ihrer Sicherheit festzulegen und ihr Risikobewusstsein zu erhöhen.⁹⁷

FRAGEN, DIE SIE ZUR RISIKOBEWERTUNG STELLEN SOLLTEN:

- ▶ Sind Sie zuhause in Sicherheit?
- ▶ Wovor haben Sie Angst, was könnte passieren?
- ▶ Womit hat Ihnen der Täter gedroht?
- ▶ Hat er gedroht, den Kindern etwas anzutun?

SPECCS⁹⁸

Medizinische ProjektleiterInnen/ ExpertInnen, medizinische Fachkräfte und GewaltexpertInnen greifen gerne auf Akronyme zurück, um sich wichtige Faktoren oder Schritte bei der Risikobewertung zu merken. Im Vereinigten Königreich beispielsweise wird „**S P E C S S**“ verwendet. Diese Abkürzung steht für:

SEPARATION/CHILD CONTACT (Trennung/Kontakt zu den Kindern): Die Trennung von einem gewalttätigen Partner ist mit einem hohen Risiko verbunden.

PREGNANCY (Schwangerschaft): (vor der Geburt und im ersten Lebensjahr): 30% der Misshandlungen und Fälle von häuslicher Gewalt beginnen in der Schwangerschaft.

ESCALATION OF VIOLENCE (Eskalation der Gewalt): Frühere Fälle von häuslicher Gewalt sind der sicherste Hinweis, dass es zu weiteren gewalttätigen Übergriffen kommen wird. In 35% der Haushalte kommt es innerhalb von fünf Wochen nach dem ersten Vorfall zu einem zweiten Übergriff.

CULTURAL FACTORS (kulturelle Faktoren): zum Beispiel Sprachbarrieren, Einwanderungsstatus und Vereinsamung.

STALKING: Untersuchungen haben ergeben, dass Stalker aus Paarbeziehungen ein gefährlicheres Stalking-Verhalten an den Tag legen als Stalker, die keine intime Beziehung mit dem Opfer haben oder hatten.

SEXUAL ASSAULT (sexualisierter Übergriff): Wenn die Täter sowohl körperliche als auch sexualisierte Gewalt anwenden, sind die Opfer einem höheren Risiko ausgesetzt.

Diese Liste erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit.

⁹⁷ UNFPA-WAVE, "Strengthening Health System Responses to Gender-based Violence in Eastern Europe and Central Asia" (2014), S. 84.

⁹⁸ UNFPA-WAVE, "Strengthening Health System Responses to Gender-based Violence in Eastern Europe and Central Asia" (2014), S. 85.

5.3 Unterstützung der Patientin beim Ausarbeiten eines Sicherheitsplans

Sicherheitspläne werden von GewaltexpertInnen der Hilfsorganisation erarbeitet. Trotzdem ist es wichtig, dass medizinische Hilfskräfte im Notfall die Vorgehensweise für die Sicherheitsplanung kennen. Wenn die Gefahr extrem hoch ist, sollte die Polizei verständigt werden, aber nur, wenn die Frau zustimmt.

Die Sicherheitsplanung gehört zum allgemeinen Risikomanagement, dessen Ziel es ist, Gewalt zu verhindern, indem es Risikofaktoren und protektive Faktoren beeinflusst. Die Sicherheitsplanung soll außerdem die Ressourcen des Opfers verbessern – sowohl dynamisch (z. B. das soziale Umfeld) als auch statisch (z. B. die äußeren Umstände, wie Schlösser, Videokameras usw.)

Die Ausarbeitung eines Sicherheitsplans kann der Frau helfen, ungefährdet aus der Beziehung zu fliehen, falls die Gewalt eskaliert. Gesundheitseinrichtungen sind dafür zuständig, Überweisungswege einzurichten, um die weiterführende Unterstützung für Frauen, denen Gewalt angetan wird, zu erleichtern. Hilfsdienste wie Frauenhäuser oder Hilfsorganisationen verfügen über das nötige Fachwissen, um die Opfer zu unterstützen. Die Erarbeitung eines solchen Sicherheitsplans kann sich jedoch als schwierig erweisen, wenn die Frau über geringe finanzielle Mittel verfügt, aus einer ländlichen Gegend stammt oder einer ethnischen Minderheit angehört und somit nicht auf die nötigen Ressourcen zurückgreifen kann, um den Täter zu verlassen, und mangels Notunterkünften keinen Zugang zu Zufluchtsmöglichkeiten hat und sich einen vorübergehenden Aufenthalt in einem Hotel oder einer Pension nicht leisten kann. Bei unmittelbarer Gefahr und wenn es keine Frauenhäuser gibt, können Gesundheitseinrichtungen auch in Betracht ziehen, der Frau eine kurzfristige Unterbringung in ihren Räumlichkeiten anzubieten.⁹⁹

Die folgende Checkliste dient medizinischen Fachkräften und GewaltexpertInnen als Orientierung bei der Ausarbeitung eines Sicherheitsplans zusammen mit der Patientin.

CHECKLISTE FÜR GEWALTEXPERTINNEN ZUR AUSARBEITUNG EINES SICHERHEITSPANS IN ZUSAMMENARBEIT MIT EINEM GEWALTOPFER:¹⁰⁰

- ☑ Suchen Sie sich einen oder mehrere Nachbarn, denen Sie Ihre Gewalterlebnisse anvertrauen können, und bitten Sie sie darum, Ihnen zu helfen, wenn sie verdächtige Geräusche aus Ihrer Wohnung wahrnehmen.
- ☑ Gibt es FreundInnen oder Verwandte, denen Sie vertrauen und bei denen Sie und Ihre Kinder für ein paar Tage unterkommen könnten?
- ☑ Suchen Sie sich einen Zufluchtsort, an dem Sie unterkommen können, wenn Sie Ihr Zuhause verlassen müssen, und überlegen Sie sich, wie Sie dorthin gelangen, selbst wenn Sie nicht glauben, dass es nötig ist zu gehen.
- ☑ Wenn ein Streit unumgänglich ist, versuchen Sie, ihn in einen Raum oder Bereich zu verlegen, den Sie schnell und einfach verlassen können.
- ☑ Halten Sie sich von Räumen fern, in denen Waffen greifbar sein könnten.
- ☑ Üben Sie, das Haus ungefährdet zu verlassen. Finden Sie heraus, welche Türen, Fenster, Aufzüge oder Treppen am besten geeignet sind.
- ☑ Halten Sie eine gepackte Tasche mit Ersatzschlüsseln, Geld, wichtigen Dokumenten und Kleidung bereit. Bewahren Sie diese Tasche in der Wohnung von Verwandten oder einer Freundin auf, falls Sie Ihr Zuhause überstürzt verlassen müssen.
- ☑ Einigen Sie sich mit Ihren Kindern, Familienmitgliedern, Freunden und Nachbarn auf ein Codewort, das Sie benutzen, wenn Sie sofort Hilfe benötigen oder wollen, dass die Polizei gerufen wird.

⁹⁹ UNFPA-WAVE, "Strengthening Health System Responses to Gender-based Violence in Eastern Europe and Central Asia" (2014), S. 85.

¹⁰⁰ UNFPA-WAVE, "Strengthening Health System Responses to Gender-based Violence in Eastern Europe and Central Asia" (2014), S. 86.

- ✔ Verlassen Sie sich auf Ihren Instinkt und Ihr Urteilsvermögen. Wenn die Situation gefährlich ist, ziehen Sie in Erwägung, dem Täter das zu geben, was er will, um ihn zu beruhigen. Sie haben das Recht, sich selbst und Ihre Kinder zu beschützen.
- ✔ Denken Sie daran: Sie haben das Recht auf ein Leben ohne Gewalt und Drohungen.

6. ÜBERWEISUNGSWEGE

Medizinische Fachkräfte sind meistens der erste Ansprechpartner für Opfer von geschlechtsbasierter Gewalt. Daher haben sie gute Chancen, geschlechtsbasierte Gewalt zu erkennen, die Opfer medizinisch zu versorgen und sie auch an die entsprechenden Dienste zu verweisen. Dazu gehören zum Beispiel Überweisungen an andere medizinische Fachkräfte in derselben oder einer anderen medizinischen Einrichtung, wie Psychotherapeuten oder HIV-Experten, sowie Überweisungen an Hilfseinrichtungen wie Frauenhäuser oder Organisationen, die psychische oder rechtliche Beratungen anbieten. Im Gegenzug können Frauen, die zu Gewaltopfern wurden, auch von der Polizei, Frauenhäusern oder anderen ÄrztInnen an die medizinischen Fachkräfte überwiesen werden.¹⁰¹

Das IMPLEMENT-Projekt zielt darauf ab, die Überweisungswege zwischen dem Gesundheitssystem und den Hilfsorganisationen auszubauen oder zu festigen. Die medizinische Fachkraft wird darin geschult, wie man geschlechtsbasierte Gewalt erkennt, und stellt den Überweisungskontakt zu einer/m GewaltexpertIn her. Der/die GewaltexpertIn arbeitet für eine bereits bestehende, spezialisierte Frauenhilfsorganisation in dem jeweiligen Land und sorgt dafür, dass das Opfer an die entsprechenden geeigneten Stellen überwiesen wird. Wenn es in dem jeweiligen Land keine Frauenhilfsorganisationen gibt, liegt es in der Hand der medizinischen Fachkräfte, die Einführung von Bestimmungen anzuregen, durch die weibliche Gewaltopfer in ihrer Gesundheitseinrichtung unterstützt werden können.

6.1 Überweisungswege – Grundlegende Konzepte

Frauen, denen geschlechtsbasierte Gewalt zugefügt wurde, haben vielfältige und komplexe Bedürfnisse. Dazu gehören unter anderem die medizinische Versorgung, eine sichere Unterkunft, psychosoziale Beratung, Polizeischutz und/oder Rechtsberatung; diese Liste ließe sich beliebig fortsetzen, es gilt viele verschiedene Faktoren zu berücksichtigen, darunter finanzielle Aspekte, Schutz für die Kinder usw. Aus diesem Grund ist eine ganze Reihe von Diensten und Services nötig, um effizient auf geschlechtsbasierte Gewalt zu reagieren. Da eine einzelne Organisation unmöglich all diese Leistungen mit der erforderlichen Qualität und Spezialisierung erbringen kann, ist eine bereichsübergreifende Herangehensweise erforderlich, bei der alle Leistungen durch die entsprechenden Dienste koordiniert werden und somit sichergestellt ist, dass Opfern geschlechtsbasierter Gewalt umfassende Unterstützung zur Verfügung steht. Eine wichtige Voraussetzung für die Gestaltung und Umsetzung effizienter Überweisungen ist, dass es ein institutionalisiertes **Betreuungssystem** gibt.

Zu den Partnern eines Überweisungsnetzwerks gehören normalerweise verschiedene Ministerien, Frauenorganisationen, Gemeindeorganisationen, medizinische Einrichtungen und noch viele weitere. Außerdem besteht die Möglichkeit der Selbstüberweisung, bei der eine Frau von sich aus auf eine Behörde zugeht. Einem Grundsatz der guten klinischen Praxis zufolge sollten Überweisungen nur mit der Zustimmung der betroffenen Frau erfolgen. In einigen Fällen jedoch sind Überweisungen durch ein Familienmitglied oder eine Behörde

Ein Betreuungssystem beinhaltet die Einrichtung eines Überweisungsprozesses, bei dem eine Frau Kontakt mit einem einzelnen Experten oder einer Institution bezüglich ihres Falls aufnimmt, und beschreibt, wie Experten und Institutionen miteinander kommunizieren und zusammenarbeiten, um ihr umfassende Unterstützung zu bieten. (UNFPA-WAVE, S. 87)

¹⁰¹ UNFPA-WAVE, "Strengthening Health System Responses to Gender-based Violence in Eastern Europe and Central Asia" (2014), S. 87.

ohne die Einwilligung der Frau gerechtfertigt, wenn beispielsweise ihr Leben in Gefahr ist, weil ein hohes Selbstmordrisiko besteht, Morddrohungen geäußert wurden oder ein Kind verheiratet werden soll.¹⁰²

Überweisungsmechanismen können sich auf verschiedenen Ebenen abspielen - auf nationaler, regionaler und/oder lokaler oder Gemeindeebene. Die lokalen und/oder regionalen Überweisungsmechanismen sollten in den nationalen Gesetzen und/oder Richtlinien verankert sein.

6.2 Vorteile von Überweisungen

Wenn die medizinischen ProjektleiterInnen/ ExpertInnen, medizinische Fachkräfte und GewaltexpertIn ein Opfer durch ein Überweisungssystem leiten, kann das Opfer auf weitere umfangreiche, spezialisierte und auf seine individuellen Bedürfnisse abgestimmte Versorgungsleistungen und Unterstützung zugreifen. Aus der Sicht der medizinischen Fachkräfte bietet die Festlegung eines eindeutigen und einfachen Überweisungsweges sowohl für sie selbst als auch für das Opfer etliche Vorteile:

Die medizinischen ProjektleiterInnen/ ExpertInnen und die medizinischen Fachkräfte haben die Aufgabe, sicherzustellen, dass Gewaltopfer zur weiteren Unterstützung an eine/n bestimmte/n GewaltexpertIn überwiesen werden.

- **Sie werden bei ihrer täglichen Arbeit entlastet**, denn sie können sich auf die Unterstützung durch die Überweisungspartner verlassen;
- **Die medizinischen Fachkräfte haben mehr Selbstvertrauen, wenn es darum geht, nach Gewaltauswirkungen zu fragen;**
- **Sie sind in der Lage, angemessen auf die Offenbarung von Gewalttätigkeiten zu reagieren.** Dabei ist zu berücksichtigen, dass das Vorhandensein eines Systems für die Überweisung von Gewaltopfern an weiterführende Dienste eine Mindestvoraussetzung dafür ist, dass medizinische Fachkräfte sich nach geschlechtsbasierter Gewalt erkundigen.¹⁰³

In der Realität ist die Unterstützung durch die GewaltexpertInnen eine große Hilfe, da die medizinischen ProjektleiterInnen/ ExpertInnen und die medizinischen Fachkräfte in ihrem hektischen Arbeitsalltag oftmals zu wenig Zeit und Ressourcen zur Verfügung haben.

EFFIZIENTE ÜBERWEISUNGEN SETZEN VORAUS, DASS MEDIZINISCHE FACHKRÄFTE:¹⁰⁴

- **in der Lage sind, geschlechtsbasierte Gewalt zu erkennen, es den Frauen erleichtern, darüber zu sprechen und Soforthilfe anbieten.**
- **die individuelle Situation und die Bedürfnisse der Patientin einschätzen können.** Wenn das Risiko als hoch eingeschätzt wird, benötigt das Opfer eine unmittelbare Krisenintervention, zum Beispiel sofortige medizinische oder psychologische Unterstützung und/oder Zugang zu einem Frauenhaus. Wenn das Risiko nicht besonders hoch eingestuft wird, kommen Überweisungen an soziale, psychologische oder rechtliche Betreuungseinrichtungen in Frage.
- **kennen sich mit den nationalen Gesetzen zu geschlechtsbasierter Gewalt aus**, auch mit allen Definitionen der jeweiligen Straftatbestände, verfügbaren Schutzmaßnahmen und Meldepflichten ihrerseits. Diese Kenntnisse sind nur in dem Ausmaß der entsprechenden beruflichen Verpflichtungen erforderlich.
- **die Einwilligung des Opfers einholen**, Informationen zu ihrem Fall an andere Behörden oder Hilfsdienste weitergeben zu dürfen, und die Vorgehensweisen, mit denen die Privatsphäre der Frau geschützt werden soll, befolgen. In manchen

¹⁰² UNFPA-WAVE, "Strengthening Health System Responses to Gender-based Violence in Eastern Europe and Central Asia" (2014), S. 87.

¹⁰³ UNFPA-WAVE, "Strengthening Health System Responses to Gender-based Violence in Eastern Europe and Central Asia" (2014), S. 90.

¹⁰⁴ UNFPA-WAVE, "Strengthening Health System Responses to Gender-based Violence in Eastern Europe and Central Asia" (2014), S. 251.

Situationen müssen Informationen auch ohne die Einwilligung des Opfers weitergegeben werden.

BESTANDTEILE EFFIZIENTER ÜBERWEISUNGSSYSTEME:¹⁰⁵

- ▶ **Eine gemeinsame Auffassung über den Zweck der Zusammenarbeit**, mit der sich alle kooperierenden Stellen identifizieren können und bereit sind, Ressourcen dafür aufzubringen. Die gemeinsame Vision sollte in einem Satz beschreiben, was die Netzwerkpartner erreichen wollen.
- ▶ **Eine tragfähige Struktur, die sich in die allgemeineren lokalen Strukturen einfügt.** Sie umfasst eine **strategische Gruppe**, deren Aufgabe es ist, Ziele für die kooperierenden Stellen gemeinsam mit ihnen festzulegen, sowie ein ausführendes Organ, das von thematischen Untergruppen unterstützt wird. Die strategische Leitung und operative Umsetzung müssen mit wirkungsvollen Ressourcen und Rechenschaftspflichten unterstützt werden.
- ▶ **Eine gemeinsame Strategie**, in der die strategischen Ziele und Anhaltspunkte für ihre Realisierung beschrieben werden, **zusammen mit einem operativen Aktionsplan**, der die wichtigsten Ergebnisse und geplanten Endresultate, die für die Erzielung der Ergebnisse zuständigen Personen, einen Zeitrahmen, ein Budget und ein System zur Überprüfung und Qualitätskontrolle festlegt.
- ▶ **Die Einbeziehung strategischer Führungspersonen** auf der strategischen Führungsebene, **mittlere Führungskräfte** mit Kontakt zu MitarbeiterInnen auf der Ebene der operativen Umsetzung **sowie die an vorderster Linie tätigen MitarbeiterInnen** auf der Ebene der Untergruppen, die Pläne umsetzen und zu möglichen Maßnahmen um Rat gebeten werden. Nichtstaatliche Organisationen müssen ebenfalls in diesen Prozess einbezogen werden.
- ▶ Der Aktionsplan erfordert **ausreichende personelle und finanzielle Ressourcen**.
- ▶ **Während die KoordinatorInnen eine übermittelnde Rolle spielen, sind es die Aktivitäten der beteiligten Stellen, die den Kern des Netzwerkes ausmachen.**
- ▶ **Die Schulung aller beteiligten Fachleute**, bei der Mythen hinterfragt, die Kompetenzen und das Selbstvertrauen der MitarbeiterInnen gefördert und lokale Besonderheiten, Vorgehensweisen und verfügbare Dienste besprochen werden. Die Netzwerkpartner sollten sich an der Ausarbeitung der Schlüsselbotschaften für Schulungen beteiligen und ManagerInnen und Vorgesetzte sowohl als TeilnehmerInnen als auch als Co-AusbilderInnen in die Schulungen einbeziehen.
- ▶ **Erarbeitung aussagekräftiger Datensätze** zur Umsetzung und Überwachung des Netzwerkes. Dazu gehört auch die Einigung auf einen Basisdatensatz zur Unterstützung der Strategie, Vereinbarung der Ziele und Indikatoren sowie die regelmäßige Überprüfung der Daten von den kooperierenden Stellen während der Netzwerktreffen.
- ▶ Zur Unterstützung der Nachhaltigkeit und Verantwortung des Netzwerkes müssen **Richtlinien, Protokolle und Standardvorgehensweisen vorhanden** sein.

Ein Betreuungssystem zu entwickeln erfordert mehr als nur Überweisungen anzubieten. Dazu sind Engagement, eine enge Zusammenarbeit, kontinuierliche Bemühungen und Kenntnisse über Protokolle, Richtlinien, Schulungen und verfügbare Hilfsnetzwerke nötig.

¹⁰⁵ UNFPA-WAVE, "Strengthening Health System Responses to Gender-based Violence in Eastern Europe and Central Asia" (2014), S. 251.

IDENTIFICATION & REFERRAL TO IMPROVE SAFETY (IRIS)¹⁰⁶ (ERKENNEN & ÜBERWEISEN ZUR ERHÖHUNG DER SICHERHEIT)

24 allgemeinmedizinische Praxen in London und Bristol:

- Schulung der medizinischen Fachkräfte und Verwaltungsangestellten
- Einrichtung eines einfachen Überweisungsweges an einen spezialisierten Hilfsdienst für Opfer häuslicher Gewalt
- Fachliche Unterstützung der Praxis-Teams

Auswertung: Vergleich mit 24 Kontrollpraxen

Ergebnisse: in den Interventionspraxen gab es

- eine 3x höhere Erkennungsquote
- 6x mehr Überweisungen (als in den Kontrollpraxen)

ERFOLGSMETHODEN UND “BEST PRACTICE” BEISPIELE IN ÖSTERREICH: “GEWALTOPFER-SCHUTZ-GRUPPEN IN KRANKENHÄUSERN UND SPITÄLERN”

2011 konnten die Österreichischen Gesundheitseinrichtungen die Verordnung der “Opferschutzgruppe” in Krankenhäuser und Spitäler implementieren. Das Gesetz besagt, dass für Kinder und Erwachsene die Opfer von häuslicher Gewalt wurden, spezielle Gruppen im Gesundheits- und Pflegebereich bereitgestellt werden müssen. Die Hauptziele dieser Opfer-Schutz-Gruppen sind, einerseits frühe Verhaltensauffälligkeiten zu erkennen und andererseits eine Sensibilisierung der Menschen die im Gesundheitswesen und speziell im Gewalt-Opfer-Sektor tätig sind, zu forcieren. Die Gruppen sollten jeweils mindestens aus zwei Fachärzten aus den Bereichen Unfallchirurgie und Gynäkologie/Geburtshilfe bestehen, sowie zusätzlichen KrankenpflegerInnen und Fachkräfte mit psychologischen Fachkompetenzen und/oder psychotherapeutischen Fähigkeiten inkludieren. Die Verordnung konnte die bereits bestehenden Prozesse erfolgreich an eine rechtsgültige Verordnungen binden. Im Allgemeinen Krankenhaus der Stadt Wien (AKH) konnte bereits 2011 eine “Opfer-Schutz-Gruppe” entwickelt werden, sowie eine spezifische Verfahrensordnung entwickelt werden. Nach diesen ersten erfolgreichen Anwendungen, können nun weitere bestehende Herausforderungen wie die Abdeckung des Finanziellen und der Personalressourcen, die Ausführung von Trainingsprogrammen in den Bereichen des Gesundheitswesens und in der Gewaltprävention angetreten werden. Die Zusammenarbeit von Arbeitskräften im Gesundheits- und Pflegebereich, Frauenhäuser, Polizei und AllgemeinmedizinerInnen soll intensiviert werden.¹⁰⁷

6.3 Unterstützungseinrichtungen für Frauen

Die Mitwirkung von Frauenhilfsorganisationen an der bereichsübergreifenden Bekämpfung von geschlechtsbasierter Gewalt ist besonders wichtig. Diese Organisationen haben oft langjährige Erfahrungen mit geschlechtsbasierter Gewalt. Außerdem sind sie als unmittelbare und spezialisierte Leistungserbringer nicht nur sehr gut in der Lage, viele Leistungen selbst zu erbringen, sondern können die Opfer auch durch den gesamten Prozess hindurch begleiten. Sie ergänzen die allgemeinen, von den Behörden angebotenen Hilfsdienste, können aber nicht durch diese ersetzt werden.

Spezielle Frauenhilfsorganisationen für Opfer geschlechtsbasierter Gewalt können viele verschiedene Hilfeleistungen anbieten, insbesondere Frauenberatungsstellen, Opferschutzeinrichtungen, Interventionsstellen, verschiedene andere Formen der Unterstützung sowie nationale und regionale Frauenhelplines für Opfer sexualisierter Gewalt. Diese Organisationen können Opfern geschlechtsbasierter Gewalt sehr spezifisch helfen oder sich auf Betroffene konzentrieren, die bestimmte Formen von Gewalt erlebt haben (wie Gewalt in der Partnerschaft,

¹⁰⁶ UNFPA-WAVE, “Strengthening Health System Responses to Gender-based Violence in Eastern Europe and Central Asia” (2014), S. 252.

¹⁰⁷ UNFPA-WAVE, “Strengthening Health System Responses to Gender-based Violence in Eastern Europe and Central Asia” (2014), S. 65.

Menschenhandel oder sexualisierte Gewalt) oder bestimmten Gruppen angehören (wie Migrantinnen, Jugendliche oder Prostituierte).¹⁰⁸

TABELLE 7: BEISPIELE FÜR FRAUENUNTERSTÜTZUNGSEINRICHTUNGEN ¹⁰⁹

Notrufnummern für Frauen Können die erste Anlaufstelle für Opfer sein, an der sie Informationen zu den verfügbaren Hilfen und ihren rechtlichen Möglichkeiten erhalten. Notrufnummern werden öffentlichkeitswirksam im großen Umkreis beworben und bieten Hilfe, Kriseninterventionen und Überweisungen zu persönlichen Hilfsdiensten wie Frauenhäusern oder der Polizei. Damit stellen sie einen wichtigen Eckpfeiler bei der bereichsübergreifenden Bekämpfung von geschlechtsbasierter Gewalt dar. Notrufnummern für Frauen sollten rund um die Uhr erreichbar, kostenlos und anonym sein und sich an Opfer aller Formen von geschlechtsbasierter Gewalt richten. Eine Notrufnummer sollte für alle Frauen im Land erreichbar sein. Es sollte also mindestens eine nationale Notrufnummer geben, die – zumindest für eine ausreichende Stundenanzahl pro Woche – Unterstützung in allen Landessprachen bietet.

Frauenhäuser Haben sich darauf spezialisiert, Frauen, die Opfer von Gewalt wurden, und ihren Kindern sofort eine sichere Unterkunft zu bieten. Außerdem bieten sie umfassende Unterstützung und helfen den Gewaltopfern, ihre traumatischen Erlebnisse zu verarbeiten, ihr Selbstbewusstsein zurückzugewinnen und die Voraussetzungen für ein selbstbestimmtes Leben zu schaffen. Frauenhäuser sollten rund um die Uhr zugänglich sein. Sie müssen spezielle Sicherheitsvorkehrungen treffen, unter anderem eine Risikobewertung und Sicherheitsplanung für jeden einzelnen Fall vornehmen, und sie müssen ihren Standort geheim halten und das Gebäude technisch sichern, um ihre Bewohnerinnen und die MitarbeiterInnen, aber auch die Nachbarn vor gewalttätigen Angriffen von Tätern zu schützen. Frauenhäuser sollten in ausreichender Anzahl im ganzen Land verteilt zu finden sein. Ein häufig genannter Richtwert ist ein Familienplatz im Frauenhaus pro 10.000 Einwohner. Zu den wichtigsten Aufgaben der Frauenhäuser gehört die Nachbereitung oder anschließende Unterstützung, um den Frauen und Mädchen nach ihrem Aufenthalt im Frauenhaus zu helfen, sich wieder in den Alltag und die Gesellschaft zu integrieren. Dazu müssen bestehende Risiken, das Einkommen und die Fähigkeit der Betroffenen, ihren Lebensunterhalt zu bestreiten, sowie zahlreiche andere Faktoren berücksichtigt werden. Die Wiedereingliederung sollte gut durchdacht werden. Die Sicherheit der Frau und ihrer Kinder muss sichergestellt und im weiteren Verlauf von den BetreuerInnen überwacht werden.

Frauzentren (Mancherorts auch „Frauen-Krisenzentren“ oder „Frauenberatungsstellen“ genannt) umfassen alle Frauenhilfsdienste, die weiblichen Opfern geschlechtsbasierter Gewalt und ihren Kindern Unterstützung jeder Art (psychologische, rechtliche oder anderweitige Beratung und Informationen, praktische Unterstützung, Begleitung zu Gerichtsterminen usw.) bieten. Diese Organisationen spielen besonders in Ländern oder Regionen, wo es keine Frauenhäuser gibt, eine wichtige Rolle. Außerdem helfen und beraten sie Frauen, die zwar keine Unterkunft benötigen, aber andere spezielle Unterstützung und Beistand in Anspruch nehmen wollen.

Hilfszentren für Opfer sexualisierter Gewalt Spezialisierte Hilfsdienste für Opfer sexualisierter Gewalt sind nötig, da sexualisierte Übergriffe überaus traumatische Auswirkungen haben und eine besonders taktvolle Vorgehensweise von speziell geschulten MitarbeiterInnen erfordern. Diese Dienste beinhalten eine sofortige medizinische Versorgung und Hilfe bei der Traumabewältigung, ergänzt durch mittel- und langfristige psychologische Beratung sowie unmittelbare gerichtsmedizinische Untersuchungen, bei denen die für die strafrechtliche Verfolgung nötigen Beweismittel gesichert werden. Gerichtsmedizinische Untersuchungen sollten möglichst immer durchgeführt werden, unabhängig davon, ob der Fall an die Polizei übergeben wird. Das Opfer sollte die Möglichkeit haben, Proben nehmen und aufbewahren zu lassen, damit es die Entscheidung, ob der Vorfall angezeigt werden soll oder nicht, auf einen späteren Zeitpunkt verschieben kann.

¹⁰⁸ UNFPA-WAVE, „Strengthening Health System Responses to Gender-based Violence in Eastern Europe and Central Asia“ (2014), S. 91.

¹⁰⁹ UNFPA-WAVE „Strengthening Health System Responses to Gender-based Violence in Eastern Europe and Central Asia“ (2014), S. 20.

Spezielle Hilfsdienste für Opfer sexualisierter Gewalt gibt es möglicherweise nicht in allen EU-Ländern. Dort, wo es keine derartigen Dienste gibt, ist es besonders wichtig, dass medizinische Fachkräfte, insbesondere Gynäkologinnen und GerichtsmedizinerInnen, darin geschult werden, sofort die nötigen Behandlungen vorzunehmen und die Traumabewältigung zu unterstützen.¹¹⁰

ALLGEMEINE HILFSDIENSTE

Allgemeine Hilfsdienste sind von den Behörden angebotene und finanzierte langfristige Hilfen, die nicht ausschließlich zugunsten der Opfer, sondern zum Nutzen der Allgemeinheit bereitgestellt werden. Dazu gehören neben Gesundheitsleistungen auch die Unterbringung, finanzielle Unterstützung und andere Sozialleistungen, Arbeitsvermittlungen, das Bildungswesen oder Kinderfürsorge. Diese Dienste werden von den Frauenhilfsorganisationen ergänzt, die sich darauf spezialisiert haben, auf die Bedürfnisse von Opfern geschlechtsbasierter Gewalt zugeschnittene Hilfe und Unterstützung anzubieten. Vor allem Gesundheits- und Sozialeinrichtungen sind oftmals die erste Anlaufstelle für Opfer geschlechtsbasierter Gewalt und sollten daher mit ausreichenden Ressourcen ausgestattet werden, um auf die langfristigen Bedürfnisse der Betroffenen eingehen zu können. Das Personal muss zu den verschiedenen Formen der geschlechtsbasierten Gewalt und den speziellen Bedürfnissen der Opfer geschult werden und lernen, wie man richtig reagiert (Artikel 20 der Istanbulkonvention und erläuternder Bericht).¹¹¹

POLIZEI UND JUSTIZ

Die Polizei und das Strafrechtssystem sind dafür zuständig, in Fällen geschlechtsbasierter Gewalt, die nach den jeweiligen nationalen Gesetzen einen Straftatbestand erfüllen, zu ermitteln, Strafen zu verhängen und die Schuldfähigkeit des Angeklagten zu bestimmen. In einigen Ländern hat die Polizei den gesetzlichen Auftrag, einstweilige Verfügungen auszustellen und durchzusetzen. Zivilgerichte sind für Scheidungs- und Sorgerechtsverfahren zuständig und können in manchen Ländern Kontaktverbote verhängen, um dem Täter die Annäherungen an das Opfer zu verbieten. Je nach Einzelfall werden Schadensersatzansprüche des Opfers im Zusammenhang mit geschlechtsbasierter Gewalt von Zivil- und/oder Strafgerichten verhandelt.

Damit Opfer geschlechtsbasierter Gewalt Zugang zum Justizsystem haben und die ihnen zustehenden Rechte tatsächlich wahrnehmen können, müssen Polizeibeamte, StaatsanwältInnen und RichterInnen zu geschlechtsbasierter Gewalt und dem Umgang mit Gewalt geschult werden. Außerdem sollten die Opfer angemessen geschützt werden, kostenlose Rechtsbeihilfe bekommen und einfühlsam und respektvoll behandelt und befragt werden, um weitere Traumata zu verhindern. Separate Warteräume in Gerichtsgebäuden können helfen, Konfrontationen mit dem Täter zu umgehen.¹¹²

7. BEREICHSÜBERGREIFENDE ZUSAMMENARBEIT

Da erwartungsgemäß viele verschiedene Bereiche an Programmen hinsichtlich geschlechtsbasierter Gewalt beteiligt sind, müssen die Maßnahmen verschiedene Akteure mit unterschiedlichen Absichten, Prioritäten und Zwecken einbeziehen. Ungeachtet dieser Unterschiede gibt es gemeinsame Ziele und Vorgehensweisen. So ist zum Beispiel jede Behörde dafür verantwortlich, die Sicherheit des Opfers zu gewährleisten, einfühlsam und verständnisvoll zu reagieren und sicherzustellen, dass die entsprechenden Maßnahmen ergriffen werden, damit das Opfer die nötige Unterstützung erhält, gestärkt wird und sein allgemeines Wohlbefinden während des gesamten Vorgangs sowie bei der Nachbereitung gesichert ist.¹¹³

¹¹⁰ UNFPA-WAVE "Strengthening Health System Responses to Gender-based Violence in Eastern Europe and Central Asia" (2014), S. 93.

¹¹¹ UNFPA-WAVE "Strengthening Health System Responses to Gender-based Violence in Eastern Europe and Central Asia" (2014), S. 93.

¹¹² UNFPA-WAVE "Strengthening Health System Responses to Gender-based Violence in Eastern Europe and Central Asia" (2014), S. 93.

¹¹³ UNICEF, "Handbook for Coordinating Gender-based Violence Intervention in Humanitarian Settings" (2010), p. 110.

Das Gewaltproblem muss im gesamten Gesundheits- und Sozialwesen anerkannt werden, vor allem in der medizinischen Grundversorgung und der spezialisierten Gesundheitsfürsorge sowie in den verschiedenen Organisationen und Institutionen, insbesondere Frauenhilfsorganisationen, die sich auf Hilfsdienste spezialisiert haben. Unter Umständen muss jeder einzelne dieser Sektoren sein eigenes Modell dafür entwickeln, wie man dies am besten umsetzt und darauf reagiert. Richtlinien und Protokolle helfen den Einrichtungen, entsprechend vorzugehen und professionell auf geschlechtsbasierte Gewalt zu reagieren. Außerdem ist es wichtig, Vorgaben für den Umgang mit Situationen und Problemen einzuführen, an denen mehrere Einrichtungen beteiligt sind.¹¹⁴ Und: „**Über Gewalt zu reden und sie ans Licht zu bringen ist eine gute Möglichkeit, Gewalt zu verhindern. Die Gewaltprävention sollte in sämtliche Teilgebiete der Sozialdienste, auf allen Verwaltungsebenen und in die Missionen, Richtlinien und Vorgehensweisen der operativen Einheiten integriert werden.**“¹¹⁵ Daher ist es wichtig, bei der Bekämpfung von geschlechtsbasierter Gewalt die einrichtungsübergreifende Zusammenarbeit kontinuierlich aufrecht zu erhalten, vor allem, da es sich beim Gesundheitssystem und den spezialisierten Frauenhilfsorganisationen um verschiedene Einheiten mit unterschiedlichen Bedürfnissen und Ergebnissen handelt, die jedoch gleichermaßen von Bedeutung sind und bei ihren Bemühungen, Opfern geschlechtsbasierter Gewalt zu helfen, voneinander profitieren.¹¹⁶

WESENTLICHE BESTANDTEILE DER BEREICHSÜBERGREIFENDEN ZUSAMMENARBEIT¹¹⁷

- Das Phänomen Gewalt und die Spirale der Gewalt verstehen
- Erscheinungsformen eines Traumas erkennen
- Alle Patientinnen routinemäßig auf Gewaltanwendungen überprüfen
- Sich nach möglichen Gewaltanwendungen erkundigen und wissen, was als nächstes zu tun ist
- Im Krisenfall reagieren – sich um die Sicherheit kümmern, entsprechende Informationen geben, Überweisungswege kennen
- Verlaufskontrollen durchführen
- Mit anderen Fachleuten und SpezialistInnen zusammenarbeiten

Darüber hinaus ist es zur Förderung der gemeinschaftlichen Leitung und Kooperation unerlässlich, dass Einzelpersonen und Organisationen:¹¹⁸

- Gemeinsame Ressourcen und Ziele haben
- Informationen austauschen und Aktivitäten gemeinsam ausführen

Wie in Kapitel 2 erläutert wurde, wenden sich weibliche Gewaltopfer eher an Gesundheitseinrichtungen (Krankenhaus, ÄrztInnen oder andere Gesundheitsdienste) als an irgendeinen anderen Dienst. **Die Unterstützung für die Opfer darf jedoch nicht in den Gesundheitseinrichtungen enden.** Darum ist es so wichtig, dass das Gesundheitssystem und die spezialisierten Frauenhilfsorganisationen eng zusammenarbeiten, um sicherzustellen, dass Frauen nach ihren Erlebnissen mit geschlechtsbasierter Gewalt die bestmögliche Hilfe bekommen, insbesondere, da viele Frauen sich schämen, wenn ihnen geschlechtsbasierte Gewalt angetan wurde, und darum davor zurückschrecken, andere Organisationen um Hilfe zu bitten.

¹¹⁴ PRO TRAIN Projekt „Förderung interdisziplinärer Fortbildungen und Schulungen im Gesundheitswesen in Europa – aufbauend auf Beispiele guter Praxis in der Gewaltprävention, Gesundheitswesen, Trainingsprogramm“ (2007-2009), S. 3.

¹¹⁵ PRO TRAIN Projekt „Förderung interdisziplinärer Fortbildungen und Schulungen im Gesundheitswesen in Europa – aufbauend auf Beispiele guter Praxis in der Gewaltprävention, Gesundheitswesen, Trainingsprogramm“ (2007-2009), S. 2-3.

¹¹⁶ PRO TRAIN Projekt „Förderung interdisziplinärer Fortbildungen und Schulungen im Gesundheitswesen in Europa – aufbauend auf Beispiele guter Praxis in der Gewaltprävention, Gesundheitswesen, Trainingsprogramm“ (2007-2009), S. 5.

¹¹⁷ PRO TRAIN Projekt „Förderung interdisziplinärer Fortbildungen und Schulungen im Gesundheitswesen in Europa – aufbauend auf Beispiele guter Praxis in der Gewaltprävention, Gesundheitswesen, Trainingsprogramm“ (2007-2009), S. 3.

¹¹⁸ UNICEF, „Handbook for Coordinating Gender-based Violence Intervention in Humanitarian Settings“ (2010), S. 110..

Durch eine effiziente bereichsübergreifende Zusammenarbeit bei der Bekämpfung von geschlechtsbasierter Gewalt können das Gesundheitssystem und die spezialisierten Frauenhilfsorganisationen gemeinsam dagegen ankämpfen, dass die Opfer verantwortlich gemacht werden oder dass die Frauen sich selbst die Schuld geben, was viele Frauen daran hindert, sich Unterstützung zu suchen; **darüber hinaus steigt durch eine erfolgreiche bereichsübergreifende Zusammenarbeit die Wahrscheinlichkeit, dass die Frauen darauf aufmerksam werden, welche Hilfsdienste ihnen in ihrer Gemeinde zur Verfügung stehen, was zur Sensibilisierung beiträgt und die Chancen, dass Frauen geschlechtsbasierte Gewalt melden, erhöht.** Die FRA-Studie deutet außerdem darauf hin, dass die bereichsübergreifende Zusammenarbeit die Harmonisierung und Effizienz der Datenerfassung verbessert. Viele Frauen, die Opfer von Gewalt werden, wenden sich aus verschiedenen Gründen an mehrere Hilfsdienste, daher ist eine Zusammenarbeit unverzichtbar. Je besser das Gesundheitssystem, die Polizei, die Justiz und Frauenhilfsorganisationen zusammenarbeiten und spezielle Schulungen durchführen, desto größer ist die Wahrscheinlichkeit, dass Frauen nicht nur genauer wissen, welche Dienste ihnen zur Verfügung stehen, sondern auch stärker darauf vertrauen, dass diese Dienste in der Lage sind, ihre Bedürfnisse zu erfüllen.¹¹⁹

7.1 Rollen und Grenzen der Zusammenarbeit verschiedener Einrichtungen

In einer effizienten Zusammenarbeit hat jede Fachgruppe ihre eigenen Ansichten zur Präventionsarbeit. Darum ist es so wichtig, die Rollen, Sichtweisen und Zuständigkeiten der Gesundheitseinrichtungen und Frauenorganisationen, die im Bereich geschlechtsbasierter Gewalt tätig sind, zu klären.

DER AUFBAU DER ZUSAMMENARBEIT IN ACHT SCHRITTEN:¹²⁰

1. Eine gemeinsame Philosophie der Zusammenarbeit, Prinzipien und Ziele: die Sicherheit der Opfer, Haftbarkeit des Täters und Abwendung von (Selbst-)Vorwürfen gegen die Opfer
2. Einigung auf Vorgehensweisen: taktvoller Umgang mit den Erlebnissen des Opfers
3. Nachverfolgung von Fällen, um die Zuständigkeiten der Fachleute sicherzustellen: eindeutige Rollen für jede Fachgruppe
4. Koordination des Informationsaustauschs zwischen den Fachleuten: gegenseitiges Verständnis der Vertraulichkeitsregeln und Informationen
5. Ressourcen und Dienste für Opfer
6. Für Strafmaßnahmen, Auflagen und Strafen für die Täter sorgen
7. Maßnahmen erarbeiten, um zu verhindern, dass Kinder Schaden nehmen, und therapeutische Ansätze entwickeln, um die traumatischen Erlebnisse der Kinder aufzuarbeiten
8. Kontinuierliche Weiterbildung

7.2 Schwierigkeiten bei der bereichsübergreifenden Zusammenarbeit

Für eine erfolgreiche, bereichsübergreifende Zusammenarbeit zur Prävention geschlechtsbasierter Gewalt müssen viele Dinge gegeben sein, zum Beispiel die Unterstützung der Gemeinden und Arbeitgeber, Steuerung und Leitung der Arbeit, Weiterbildung und Vertiefung der Kenntnisse (einschließlich fortlaufender Schulungen), eine einheitliche Kommunikation der Sektoren untereinander, Delegieren von Aufgaben, Inkaufnahme von Einschränkungen der Arbeit (einschließlich, dass es dem Opfer obliegt, eine gewalttätige Beziehung zu beenden und/oder Hilfe zu suchen) und Wahrnehmung der eigenen (physischen und emotionalen) Bedürfnisse. Da es mitunter schwierig sein kann, eine erfolgreiche und wirkungsvolle bereichs-

¹¹⁹ FRA, "Violence Against Women: an EU Wide Survey Main Results" (2014), S. 70.

¹²⁰ PRO TRAIN Projekt „Förderung interdisziplinärer Fortbildungen und Schulungen im Gesundheitswesen in Europa – aufbauend auf Beispiele guter Praxis in der Gewaltprävention, Gesundheitswesen, Trainingsprogramm“ (2007-2009), Modul 5.

übergreifende Zusammenarbeit aufzubauen, ist es wichtig, die Einschränkungen bei ihrer Umsetzung zu realisieren:¹²¹

- Gesellschaftliche Werte, Normen und Einstellungen
- Politische Vorgaben
- Finanzielle Ressourcen
- Stereotypen von geschlechtsbasierter Gewalt
- Qualität und Quantität der spezialisierten Dienste
- Schulungen für Fachkräfte
- Werte, Normen und Überzeugungen der medizinischen Fachkräfte
- Persönliche Vorstellungen von Professionalität und Rollen
- Bildung und Kenntnisse der medizinischen Fachkräfte
- Gefühle der Fachkraft in Bezug auf Gewalt

¹²¹ PRO TRAIN Projekt „Förderung interdisziplinärer Fortbildungen und Schulungen im Gesundheitswesen in Europa – aufbauend auf Beispiele guter Praxis in der Gewaltprävention, Gesundheitswesen, Trainingsprogramm“ (2007-2009), Modul 5.

8. AUSWERTUNG UND FAZIT

8.1 Beurteilungsformular Schulung¹²²

1. Wie bewerten Sie die Schulung insgesamt? <input type="checkbox"/> sehr gut <input type="checkbox"/> gut <input type="checkbox"/> nicht so gut <input type="checkbox"/> schlecht				
2. Was sind die drei wichtigsten Dinge, die Sie bei dieser Schulung gelernt haben? A. B. C.				
3. Gab es bei dieser Schulung etwas, das Sie weniger nützlich fanden?				
Bitte bewerten Sie die folgenden Aspekte der Schulung (Struktur, Inhalt, Methodik).	Ja, auf jeden Fall	Irgendwie schon	Nein, eher nicht	Ganz und gar nicht
Die Schulung war gut strukturiert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Für jedes Modul war genügend Zeit vorgesehen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Zeit für Diskussionen war ausreichend.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Methoden haben mir beim Lernen geholfen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Handouts und Materialien waren hilfreich.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Schulung war themenbezogen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Schulung hat mir neue Perspektiven eröffnet.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe neue Kompetenzen erworben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich gehe das Problem der geschlechtsbasierten Gewalt bei meiner täglichen Arbeit jetzt mit mehr Zuversicht an.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Durch die Schulung konnte ich von den Erfahrungen und Methoden der anderen TeilnehmerInnen/aus anderen Ländern lernen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Durch die Schulung sind mir neue Ideen für die Zusammenarbeit gekommen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie Anmerkungen oder Vorschläge zur Verbesserung der Struktur, Inhalte oder Methoden der Schulung?				

¹²² UNFPA-WAVE "Strengthening Health System Responses to Gender-based Violence in Eastern Europe and Central Asia" (2014), S. 263-265.

5. Wie bewerten Sie die AusbilderInnen?	Ja, auf jeden Fall	Irgendwie schon	Nein, eher nicht	Ganz und gar nicht
Ich fand die AusbilderInnen kompetent.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich fand, dass die AusbilderInnen für ein gutes Zusammenspiel und einen Austausch der TeilnehmerInnen untereinander und mit den AusbilderInnen gesorgt haben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich fand, dass die AusbilderInnen gut präsentieren können.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich würde die AusbilderInnen für ähnliche Schulungen weiter empfehlen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie noch weitere Anmerkungen oder Vorschläge?				
6. Gibt es Themen, die Sie gerne ausführlicher behandelt hätten?				
Gibt es Themen, die gar nicht behandelt wurden?				
7. Wie bewerten Sie die allgemeine Gestaltung/Organisation der Schulung?				
Vor der Schulung	Ausgezeichnet	Gut	Nicht so gut	Schlecht
Vorab-Informationen zur Schulung von und Kommunikation mit den Organisatoren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Planung der Reise und Unterbringung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Während der Schulung	Ausgezeichnet	Gut	Nicht so gut	Schlecht
Unterbringung (Hotelzimmer)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schulungsräume	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dolmetschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kaffeepausen, Mittagspausen, Abendessen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Veranstaltungsort	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lage des Veranstaltungsortes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie Fragen oder Anmerkungen zur Verbesserung der allgemeinen Gestaltung/Organisation?				
8. Bitte nennen Sie ein Beispiel dafür, wie die Lernerfahrungen aus dieser Schulung Ihnen bei Ihrer Arbeit helfen werden.				
9. Haben Sie noch weitere Anmerkungen oder Vorschläge, wie wir die Schulung weiter verbessern könnten?				
Vielen Dank für Ihre Mithilfe!				

ANHANG

1. Gruppenübung: Märchen und Mythen zu geschlechtsbasierter Gewalt ¹²³

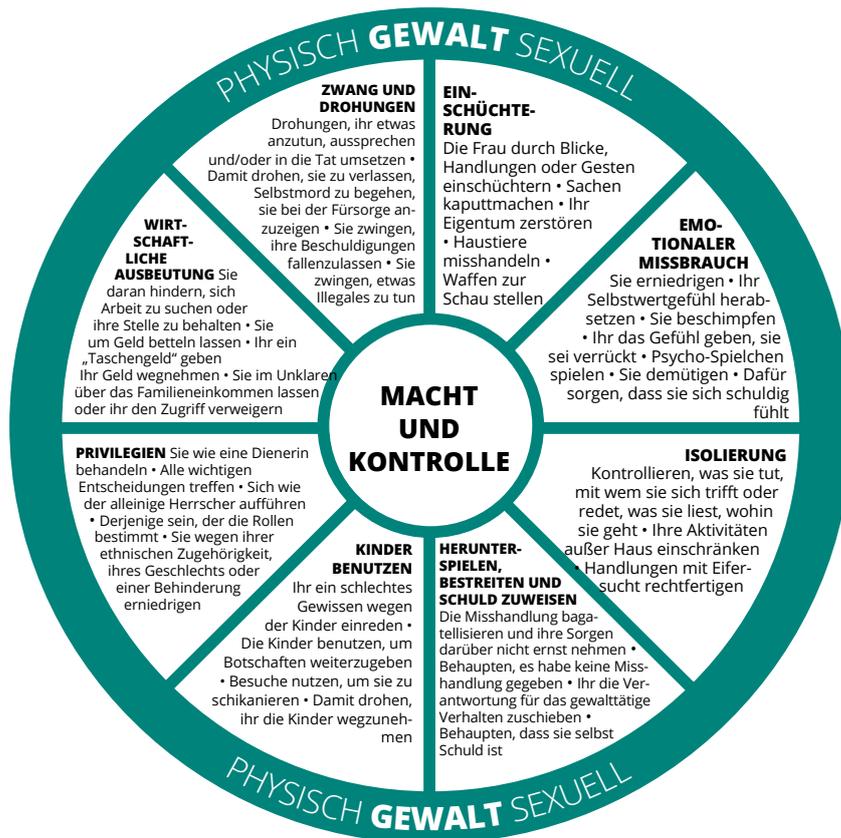
Die Gruppe stellt sich hin und hört den folgenden Aussagen, die laut von dem/der AusbilderIn vorgelesen werden, zu. Die eine Seite des Raums steht für „Ich stimme der Aussage uneingeschränkt zu“, die andere Seite hingegen steht für „Ich bin mit der Aussage überhaupt nicht einverstanden“. Die TeilnehmerInnen entscheiden, auf welcher Seite der Linie zwischen uneingeschränkter Zustimmung und starker Ablehnung sie sich aufstellen wollen, wenn die einzelnen Aussagen vorgelesen werden. Der/die AusbilderIn fragt die TeilnehmerInnen, warum sie auf ihrer jeweiligen Position stehen, und fordert sie nach jeder Aussage zum Diskutieren auf.

- ▶ Sie hat ihn provoziert – sie hat es verdient/ hat förmlich darum gebettelt.
- ▶ Es gilt viele Faktoren zu beachten, bevor man eine gewalttätige Beziehung beendet oder daraus flieht. Es hilft nicht, einer Patientin zu sagen, dass sie „einfach gehen“ soll.
- ▶ Gewalt gibt es nur in sozial benachteiligten / einkommensschwachen / bildungsfernen Familien.
- ▶ Er hatte eine schwere Kindheit, er ist mit Gewalt aufgewachsen.
- ▶ Hilfsdienste für Opfer häuslicher Gewalt helfen Frauen, die von ihren Partnern geschlagen und misshandelt werden, Entscheidungen zu treffen und ihre Möglichkeiten zu erkunden. Sie sind nicht dafür da, die Leute zu retten.
- ▶ Er hat sein Temperament nicht im Griff und/oder macht es nur, wenn er betrunken ist.
- ▶ Frauen, die unter häuslicher Gewalt und Misshandlungen leiden, haben viele Möglichkeiten.
- ▶ Manche Frauen aus bestimmten Kulturkreisen sind passiv und ordnen sich einer patriarchalen Kultur und einer Religion mit strengen Sitten (einschließlich Züchtigung, Verstümmelung und Ermordung der Ehefrau) unter.
- ▶ Sie sollte den Kindern zuliebe bei ihm bleiben (oder ihn verlassen).
- ▶ Es ist sinnlos, helfen zu wollen, weil die Frauen immer zurückkehren.

¹²³ IRIS (Identification & Referral to Improve Safety) © University of Bristol, UK (2015).

2. Handout: Räder der Macht und Kontrolle

DAS RAD DER MACHT UND KONTROLLE¹²⁴



Nach:
Domestic Abuse Intervention Project
Duluth, MN 218/722-2781
www.duluth-model.org

DAS RAD DER GEWALTLOSIGKEIT UND GLEICHBERECHTIGUNG¹²⁵



¹²⁴ UNFPA-WAVE "Strengthening Health System Responses to Gender-based Violence in Eastern Europe and Central Asia" (2014), S. 159.

¹²⁵ IRIS (Identification & Referral to Improve Safety) © University of Bristol, UK (2015).

3. Quiz: Geschlechtsbasierte Gewalt & Gesundheit ¹²⁶

1. Wieviel Prozent aller Frauen über 16 Jahren konsultieren über einen Zeitraum von 5 Jahren mindestens einmal ihre/n Hausarzt/-ärztin?

- a) 10% b) 50% c) 90%

2. Wie hoch sind die Kosten, die geschlechtsbasierte Gewalt in der EU jedes Jahr verursacht?¹²⁷

- a) 228 Mrd. EUR b) 928 Mio. EUR c) 528 Mio. EUR

3. Wieviel höher ist die Wahrscheinlichkeit des Drogenkonsums bei Frauen, die unter HGM leiden, als bei Frauen, die keine HGM erleben?

- a) 2x b) 9x c) 15x

4. Wieviel höher ist die Wahrscheinlichkeit des Alkoholmissbrauchs bei Frauen, die unter HGM leiden, als bei Frauen, die keine HGM erleben?

- a) 2x b) 9x c) 15x

5. Wieviel höher ist die Wahrscheinlichkeit, Depressionen zu bekommen, bei Frauen, die unter HGM leiden, als bei Frauen, die keine HGM erleben?

- a) 2x b) 4x c) 6x

6. Was ist der größte Unterschied in Bezug auf die körperliche Gesundheit zwischen misshandelten Frauen und Frauen, die gewaltfrei leben?

- a) Mehr gynäkologische Probleme b) Mehr Knochenbrüche c) Höherer Blutdruck

4. Übung: Räder der medizinischen Macht und Kontrolle ¹²⁸

Der Kurs wird in zwei Lager geteilt. Eine Gruppe bekommt das unvollständige Rad der medizinischen Macht und Kontrolle, und die andere Gruppe erhält das unvollständige Rad des Beistands. Jede Gruppe muss das Rad ihren Kenntnissen entsprechend ausfüllen.

Die Gruppe, die das Rad der medizinischen Macht und Kontrolle bearbeitet, muss bedenken, wie die Reaktion der medizinischen Fachkräfte unbeabsichtigt mit dem Verhalten des Täters zusammenspielen, das Opfer entmachten oder von der Suche nach Unterstützung abhalten kann usw. Die Gruppe sollte Beispiele für einige Segmente des Rades nennen, zum Beispiel Informationen ohne Einwilligung weitergeben, vorschlagen, mit dem gewalttätigen Partner/Familienmitglied zu reden usw.

Die Gruppe, die das Rad des Beistands bearbeitet, sollte berücksichtigen, wie die Reaktion der medizinischen Fachkräfte das Opfer unterstützen, ihm zur Selbstbestimmung verhelfen und es dazu ermutigen kann, sich Hilfe zu suchen. Die Gruppe sollte Beispiele für einige Segmente des Rades nennen, zum Beispiel Zuhören und Bestätigen, eine Überweisung anbieten usw.

Jede Gruppe sollte zu einigen Segmenten Feedback geben, bevor die vollständigen Versionen der beiden Räder ausgeteilt werden.

¹²⁶ IRIS (Identification & Referral to Improve Safety) © University of Bristol, UK (2015).

¹²⁷ WAVE, "Wave Report 2014" (2014), S. 7.

¹²⁸ IRIS (Identification & Referral to Improve Safety) © University of Bristol, UK (2015).

Die Räder zeigen, wie wichtig unsere Wortwahl beim Umgang mit den Patientinnen ist, da wir mit unseren Worten entweder die Patientin dazu ermuntern können, sich uns anzuvertrauen, oder uns unbeabsichtigt auf die Seite des Täters stellen, indem wir zum Beispiel sagen: „Wir können alle gemeinsam an einer Lösung für das Problem arbeiten“.

5. Fallstudie: Erfahrungen aus dem Klinikalltag – Die Geschichte von Trish ¹²⁹

Dr. Trish McQuoney ist Chefarztin bei Air Balloon Surgery in Bristol, einer großen Praxis im Zentrum eines Arbeiterviertels mit über 12.000 PatientInnen. Die Praxis setzt sich sehr für Innovationen ein und wird seit 1996 als nationale Forschungs- und Entwicklungspraxis für Allgemeinmedizin finanziell unterstützt. Vor drei Jahren wurde Air Balloon Surgery zur Teilnahme an einem Forschungsprojekt namens IRIS (Identification and Referral to Improve Safety – Erkennen und Überweisen zur Erhöhung der Sicherheit von Frauen, die häusliche Gewalt erleben) von der Universität Bristol eingeladen. Die Cluster-randomisierte kontrollierte Studie überprüfte die Wirksamkeit eines Schulungs- und Unterstützungsprogramms, das Hausarztpraxen dabei hilft, Misshandlungen bei PatientInnen zu erkennen und diese an die entsprechenden Stellen zu überweisen.

Trish hatte im Rahmen ihrer Tätigkeit schon öfters mit Patientinnen zu tun gehabt, die häuslicher Gewalt ausgesetzt waren, und wollte dieses Forschungsprojekt unbedingt unterstützen. „Wir hatten schon mehrere Fälle von häuslicher Gewalt in unserer Praxis und auch im Krankenhaus gehabt, daher fand ich, dass dieses Programm sehr vielversprechend klingt“, erklärt sie. „Aber ich war auch ein wenig skeptisch, was den Zeitaufwand für die Schulung anging, vor allem, da ich der Meinung war, wir wüssten schon, worum es geht. Alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Praxis – von den Sprechstundenhilfen bis hin zu den ÄrztInnen – wurden gleichzeitig geschult, darum mussten wir die Praxis einen ganzen Nachmittag lang schließen.“

Trotz ihrer anfänglichen Bedenken fanden Trish und ihr Team die Schulung äußerst hilfreich. Die MitarbeiterInnen wurden darin unterrichtet, nach Anzeichen und Symptomen Ausschau zu halten, die darauf hindeuten, dass ein/e PatientIn zuhause misshandelt wird. Außerdem wurden sie dazu angehalten, Möglichkeiten zu finden, um nachzufragen. Dies wurde in Form von Rollenspielen und Szenarien geübt. Trish fährt fort: „Das war für uns eine neue Herangehensweise, und wir waren verständlicherweise besorgt, dass die PatientInnen sich über unsere Fragen ärgern oder sie als aufdringlich empfinden würden. Aber das IRIS-Forschungsteam versicherte uns anhand zahlreicher Daten, dass die PatientInnen das Nachfragen begrüßten. Das verschaffte uns jede Menge Zuversicht.“

Nachdem das Team die Schulung absolviert hatte, wurden ein Überweisungssystem und ein sehr einfaches Betreuungssystem eingerichtet. Damit sollte sichergestellt werden, dass die betroffenen Patientinnen an einen speziellen IRIS-Beistand bei Next Link, einer örtlichen Hilfsorganisation für Opfer von häuslicher Gewalt, überwiesen werden. Auch männliche Patienten, die von Misshandlungen berichteten, wurden unterstützt und an eine Hilfsorganisation weitergeleitet. „Ich glaube, dass – neben der Schulung – das zuverlässige Überweisungssystem einen großen Teil zum Erfolg dieses Projektes beitrug“, sagt sie. „Ohne dieses System hätten wir nicht auf die passende Unterstützung zurückgreifen können, um die PatientInnen zu ermutigen, von ihren Erfahrungen zu berichten.“ Im Anschluss an die Rückmeldungen der Praxen, die an der Studie teilgenommen hatten, wird derzeit ein neues Programm für Täter entwickelt.

Trish arbeitet seit 23 Jahren als Ärztin in der Praxis und dachte, sie würde ihre Patientinnen gut kennen. Manche Familien aus der Gegend behandelt sie schon seit Generationen – Pati-

¹²⁹ IRIS (Identification & Referral to Improve Safety) © University of Bristol, UK (2015).

entInnen, die schon als Kinder in ihre Praxis kamen und die mittlerweile erwachsen sind und eine eigene Familie haben. Aber sie beschreibt das ganze Projekt als „Offenbarung“. „Nachdem ich gelernt hatte, welche Anzeichen und Symptome auf Misshandlungen hindeuten – zum Beispiel längerfristige Angstgefühle und Depressionen, wiederholte Arztkonsultationen wegen geringfügigen Symptomen, ungeklärte gynäkologische Beschwerden – wurde mir erst bewusst, wie viele PatientInnen Misshandlungen erleben und welche schädlichen Folgen das für ihre Gesundheit hat. Mir wurde klar, welches Ausmaß dieses Problem bei unseren PatientInnen hat und wie viele eigentlich davon betroffen sind.“

Seit dem Projekt hat Trish viele Misshandlungsfälle aufgedeckt und Frauen an die entsprechenden Hilfsdienste überwiesen. Sie gesteht: „Bei einigen Enthüllungen war ich wirklich verblüfft. Eine Patientin, die sich mir anvertraute, kannte ich schon seit 21 Jahren. All die Jahre hatte ich keine Ahnung, dass sie mit einem kontrollsüchtigen Ehemann zusammenlebt, der sie psychisch misshandelt, und dass diese Misshandlungen wesentlich zu ihren Gesundheitsproblemen beitragen. Außerdem hatte ich einige Patientinnen in den Sechzigern oder Siebzigern, die Misshandlungen offenbarten. Diese Frauen haben die Gewalt sehr lange hingenommen, aber wenn man ihnen die richtige Unterstützung anbietet, sind sie in der Lage, wirklich mutige Entscheidungen zu treffen und ihr Leben zum Besseren zu verändern.“

Neben erwachsenen Opfern hat Trish auch zahlreiche Mädchen im Teenager-Alter überwiesen. „Diese Mädchen haben oftmals ein geringes Selbstbewusstsein und Depressionen. Ihnen ist nicht bewusst, dass sie in einer gewalttätigen Beziehung stecken, da die Misshandlungen nicht unbedingt körperlich erfolgen. Vielleicht kontrolliert ihr Freund sie, indem er Anrufe oder Nachrichten auf ihrem Handy überprüft. Oder der Ex-Freund stalkt sie über Facebook oder misshandelt sie psychisch.“ In diesen Fällen kann ein Hausarzt hilfreich sein, oder eine Ärztin, die sie schon seit der Kindheit kennen und der sie vertrauen. Diese Fachleute können ihnen die nötige Unterstützung bieten und sie an eine geeignete Hilfsorganisation wie eine Beratungsstelle oder einen speziellen Hilfsdienst überweisen.“

Bei der IRIS-Studie stellte sich heraus, dass es erhebliche Unterschiede zwischen den 24 Interventionspraxen und den 24 Kontrollpraxen in Bristol und London gab, was die Erkennung und Überweisung von misshandelten Frauen betraf. Die vollständigen Ergebnisse werden vor Jahresende veröffentlicht.

Seit der Teilnahme der PraxismitarbeiterInnen an der Studie werden bei Air Balloon Surgery deutlich mehr Gewaltopfer weiter verwiesen. Für Trish war die Teilnahme an dem Programm eine überaus positive Erfahrung. „Ich bin nun überzeugt, dass Gewalt gegen Frauen und Kinder ein ernsthaftes Problem für die öffentliche Gesundheit mit langfristigen Folgen für die Frauen und ihre Familien ist“, erklärt sie. „Das gesamte Projekt hat mir als erfahrene Hausärztin wirklich die Augen geöffnet.“

6. Fallstudie: Erlebnisse von Patientinnen – Die Geschichte von Kim ¹³⁰

„Ich suchte das erste Mal einen Arzt auf, nachdem mein Partner auf mich eingestochen hatte. Ich lief mit meinem Baby auf dem Arm und einer stark blutenden Verletzung am Bein aus der Wohnung, direkt zum Hausarzt, der meine Wunde behandelte. Ich suchte ihn noch mehrere Male auf, wenn ich misshandelt wurde, und er dokumentierte jedes Mal, was passiert war. Irgendwann diagnostizierte er Depressionen bei mir, verschrieb mir Antidepressiva und überwies mich an einen Psychiater. Nachdem ich erfahren hatte, dass ich Depressionen habe, fühlte ich mich erst einsam, aber gleichzeitig war ich auch erleichtert, dass mir endlich jemand zuhören würde.“

¹³⁰ IRIS (Identification & Referral to Improve Safety) © University of Bristol, UK (2015).

Ich hatte einen Termin bei einem Psychiater, der mich an eine psychiatrische Gemeindegeschwester (Community Psychiatric Nurse, CPN) überwies. Liz besuchte mich zuhause, aber da sie auch den Vater meines gewalttätigen Mannes behandelte, hatte ich das Gefühl, ihr gegenüber nicht völlig offen sein zu können. Sie riet mir, mich auf eine Schilddrüsenunterfunktion testen zu lassen, da diese Erkrankung dieselben Symptome wie eine Depression haben kann. Der Test fiel positiv aus, und man verschrieb mir Thyroxin. Aber immer nur gesagt zu bekommen 'Nimm einfach weiter deine Medikamente', reichte mir nicht aus, und ich fühlte mich alleingelassen. Nachdem ich mehrere Jahre medikamentös behandelt wurde, wies man mir einen neuen CPN, Richard, zu. Mit ihm kam ich besser klar, aber hatte immer noch nicht den Eindruck, dass mir wirklich geholfen wurde. Ich dachte vermutlich, dass die Fachleute schon wissen würden, was mir hilft, und war enttäuscht, dass dies nicht der Fall war. Das war der Zeitpunkt, an dem ich anfang, Speed zu nehmen, um mit meinem Leben klarzukommen. Die Droge sorgte für Glücksgefühle und, noch wichtiger, ließ mich wach bleiben, um bereit zu sein, wenn mein gewalttätiger und meistens betrunkenener Mann nach Hause kam.

Einige Jahre später wurde ich zurück an Liz überwiesen. Aber selbst da hatte ich nicht das Gefühl, die dringend nötige Hilfe zu bekommen. Ich mochte Liz und sie gab mir das Gefühl, willkommen zu sein, aber ich hatte auch den Eindruck, dass sie immer 'zu gestresst' war und sich darauf verließ, dass mir die Medikamente helfen würden, anstatt mir eine andere Form der Therapie anzubieten. Am Ende der Sitzungen fühlte ich mich kein bisschen besser als am Anfang. Meine negativen Gedanken zu und Erfahrungen mit den psychiatrischen Diensten überwogen meine positiven Eindrücke bei Weitem. Mir war klar, dass meine psychischen Probleme auf die Schläge, Drohungen und die ständigen Demütigungen durch meinen Mann zurückzuführen waren. Er ließ mich glauben, ich sei verrückt. Er erzählte der Polizei: 'Ich habe gar nichts gemacht, sie ist diejenige, die verrückt ist'. Irgendwann hatte er mich so weit, dass ich tatsächlich glaubte, ich sei wahnsinnig.

Ich verließ ihn, aber hatte mein Leben trotzdem nicht im Griff. Ich hatte Probleme mit meinem Sohn, dem eine Sozialarbeiterin zugeteilt wurde. Sie überwies uns beide an das Hilfsteam für häusliche Gewalt. Zum ersten Mal in 20 Jahren hatte ich das Gefühl, endlich dort anzukommen, wo man mir helfen konnte. Ich war vorher noch nie bei einer Gruppensitzung gewesen. Wenn ich schon früher dort gewesen wäre, hätte ich diesen Teufelskreis vielleicht eher durchbrechen können. In dieser Gruppe bemerkte endlich jemand – und zwar Sue, die Gruppenleiterin –, dass ich Probleme hatte. Sie sagte, sie könnte mir helfen. Ich war so überwältigt von ihrer Fürsorge. Endlich konnte und würde mir jemand helfen. Ich werde ihr und den anderen Mitgliedern der Gruppe für häusliche Gewalt für immer dankbar sein. Ich weiß, dass noch ein langer und harter Weg vor mir liegt, aber ich sehe endlich ein Licht am Ende des Tunnels und kann meine schlechten Erfahrungen hinter mir lassen.“

7. Übung: Zitate von Patientinnen aus IRIS ¹³¹

**Diskutieren Sie in der Gruppe die folgenden Aussagen von Patientinnen.
Was sind die zentralen Botschaften der Patientinnen zu ihren Wünschen?
Was glauben Sie, was die Patientinnen wollen und brauchen?**

☞ *„Da geht man zum Arzt, weil man sich richtig schlecht fühlt, und er misst nur den Blutdruck und gibt einem Blutdruck-Tabletten. Und ich dachte nur: Ich muss mit jemandem reden. Also sagte ich: Ich kann überhaupt nicht schlafen. Und er sagt: Oh, na gut, dann bekommen Sie Tabletten gegen dies und Medikamente gegen das.“*

(IRIS-Patientin – Äußerung über den Hausarzt)

¹³¹ IRIS (Identification & Referral to Improve Safety) © University of Bristol, UK (2015).

- ☞ *„Man leidet an Depressionen, und für die ist das einfach nur eine medizinische Sache, als ob nichts weiter dahinter steckt.“* (IRIS-Patientin – Äußerung über Krankenhausarzt)
- ☞ *„Er hatte mir die Schulter gebrochen... Aber mein Freund kam mit, weil er für mich dolmetschen musste, also gab mir der Arzt einen Zettel mit einer Telefonnummer, an die ich mich wenden kann, und ich beobachtete die Reaktion meines Freundes.“*
(IRIS client – comment on clinician) (IRIS-Patientin – Äußerung über Krankenhausarzt)
- ☞ *„Wenn sie mich fragen würden, würde ich antworten.“*
(IRIS-Patientin – Äußerung über Kranken)
- ☞ *„...der einzige Arzt, der jemals nachgefragt hat... ich war einfach nur erleichtert, dass endlich mal jemand etwas sagte. Und er gab mir die Schachtel mit den Taschentüchern und ich saß da und heulte... und er sagte: 'Sagen Sie Bescheid, wenn Sie soweit sind', und dass es Hilfe für mich gibt. Ich sei nicht auf mich allein gestellt. Und wenn ich Hilfe wolle, würde ich sie bekommen, und es gäbe keinen Grund, sich zu schämen. Aber so war es, ich schämte mich, und er sagte: 'Sie sind nicht allein. Wir besorgen Ihnen Hilfe.' Und das hat er gemacht. Er hat dafür gesorgt, dass ich Hilfe bekomme.“*
(IRIS-Patientin – Äußerung über den Hausarzt)
- ☞ *„Ich habe es ihr erzählt. Es war, als ob der Knoten geplatzt ist. Die Ärztin sagte, das erklärt es... Ich habe häusliche Gewalt erwähnt... meine Ärztin ist sofort darauf eingegangen.“*
(IRIS-Patientin – Äußerung über die Hausärztin)
- ☞ *„Ich hätte nie geglaubt, dass ich diesen Tag noch erleben würde... Ich fühle mich stark genug, um das zu meistern. Ohne Ihre Unterstützung und Geduld hätte ich es niemals geschafft. Ich musste viel durchmachen.“* (IRIS-Patientin – Äußerung über den Beistand)
- ☞ *„Und ich dachte nur: Jetzt ist es endlich soweit. Jetzt bekomme ich Hilfe. Und ich lächelte. Ja, das tut man. Man lächelt innerlich.“* (IRIS-Patientin – Äußerung über den Beistand)
- ☞ *„Ich habe meine Freiheit nach und nach zurückgewonnen. Ich bin so glücklich, endlich meine eigenen Entscheidungen treffen zu können und mein Leben selbst in die Hand zu nehmen. Das ist nicht nur für mich, sondern für meine Kinder und alle anderen Frauen, denen es genauso geht wie mir.“* (IRIS-Patientin – Äußerung über den Beistand)

8. Fallstudie: Erlebnisse von Patientinnen – Die Geschichte von Catherine ¹³²

Catherine ist eine 49jährige Schwarze, stammt aus der Karibik, ist behindert und hat 4 erwachsene Kinder.

Catherine wurde von ihrer Hausarztpraxis, deren MitarbeiterInnen an der IRIS-Schulung teilgenommen haben und fortlaufend unterstützt werden, an das IRIS-Programm überwiesen. Nachdem Catherine das IRIS-Poster in der Praxis gesehen hatte, sprach sie ihre Ärztin auf häusliche Gewalt an. Die Ärztin überwies sie direkt an den IRIS-Beistand. Catherine traf ihn in der Praxis und sprach mit ihm über die ständigen Misshandlungen. Catherine wird von ihrem Mann gedemütigt und emotional und finanziell von ihm misshandelt, und das schon seit über 26 Jahren. Bei ihrem ersten Gespräch erzählte Catherine an, sie sei unglücklich, fühle sich minderwertig und nicht dazu fähig, die Situation zu bewältigen.

Catherine war seit 16 Jahren Patientin in der Praxis und hatte noch nie mit jemandem über

¹³² IRIS (Identification & Referral to Improve Safety) © University of Bristol, UK (2015).

ihre Misshandlungserlebnisse gesprochen. Vorher hatte sie keinen Zugang zu speziellen Hilfsdiensten für Opfer häuslicher Gewalt, und es war für sie zu unsicher, andere Organisationen aufzusuchen. Catherines Fall lässt sich nur schwer in eine der Risikokategorien der anderen lokalen Hilfsdienste für Gewaltopfer, wie mittleres oder hohes Risiko wiederholter Misshandlungen, einordnen. Ohne das IRIS-Programm wäre Catherine nicht in der Lage gewesen, sich Hilfe zu suchen oder Informationen über ihre Situation einzuholen. Da ihre Hausarztpraxis am IRIS-Programm teilnahm, konnte Catherine ganz unkompliziert und geschützt Termine vereinbaren und sich in der Praxis mit dem Beistand treffen. Der Beistand bot ihr diverse praktische Unterstützungsmöglichkeiten, informierte sie und zeigte Catherine ihre Optionen auf. Außerdem unterstützte der Beistand Catherine emotional, gab ihr Rückhalt und achtete immer auf ihre Sicherheit und die ihrer Kinder.

Der Beistand arbeitete 12 Monate lang mit Catherine zusammen. In den ersten beiden Monaten trafen sie sich alle zwei Wochen, die nächsten zwei Monate gab es einen Termin im Monat und in den restlichen acht Monaten fand alle zwei Monate ein Gespräch statt (jedes Treffen dauerte ungefähr eine Stunde). Insgesamt gab es zehn Gespräche zwischen Catherine und dem Beistand. Catherine bestimmte, wie oft sie sich trafen, was für ihre Selbstverantwortung von Vorteil war und dazu beitrug, dass sie die Entscheidungen über ihr Leben wieder selbst in die Hand nahm. Außerdem bekam sie zusätzliche Unterstützung in fünf Telefonaten und einer Textnachricht pro Monat.

Catherine bleibt bei ihrem Ehemann, und in den vergangenen 12 Monaten haben sich viele Dinge in ihrem Leben zum Positiven verändert:

- Sie verlässt das Haus mindestens einmal am Tag und geht alleine aus
- Sie trifft sich jede Woche mit FreundInnen oder Verwandten
- Sie hat ein eigenes Bankkonto eröffnet
- Sie hat berufliche Ziele
- Sie macht Ferien, um ihre Familie zu besuchen
- Sie nimmt sich Zeit für sich selbst und für ihre Kinder
- Sie bildet sich weiter
- Sie hat, ihren eigenen Worten zufolge, ihre Freiheit zurückerlangt, trifft ihre eigenen Entscheidungen und nimmt ihr Leben selbst in die Hand

Catherine fühlt sich gestärkt, Entscheidungen für sich selbst und ihre Familie zu treffen, sich selbst zu schützen und den Kreislauf der Gewalt zu durchbrechen. Sie sagt, sie habe das Gefühl, „ihr Leben zurückgewonnen zu haben“ und sich „stärker zu fühlen“. Sie ist nicht mehr so ängstlich und gibt an, zufrieden zu sein und an sich selbst zu glauben. Außerdem berichtet Catherine, dass sie ihre Hausärztin nun nicht mehr so häufig aufsucht.

Catherines Ärztin sagt, seit die häusliche Gewalt ans Tageslicht gekommen ist, sei es, als ob „ein Licht angeknipst wurde“. Dr. Smith zufolge haben sich nicht nur die Gesundheit und das psychische Wohlbefinden, sondern noch viele weitere Aspekte verbessert. Catherine ist selbstständiger, selbstbewusster, zuversichtlicher, hat sich persönliche Ziele gesetzt und „wird immer stärker“. Catherines Besuche in der Arztpraxis sind um zwei Drittel zurückgegangen. In den letzten 12 Monaten, bevor Catherine Hilfe bekam, suchte sie die Arztpraxis einmal im Monat auf. In den 12 Monaten, in denen sie Unterstützung von IRIS bekam, konsultierte Catherine ihre Hausärztin nur noch alle 3 Monate (einmal im Quartal). Laut Dr. Smith leidet Catherine an einer dauerhaften chronischen Erkrankung (im Zusammenhang mit der häuslichen Gewalt), daher soll Catherine einmal im Quartal ihre Praxis aufsuchen. Außerdem nimmt Catherine nun deutlich weniger Medikamente gegen ihre Depressionen und Schlaflosigkeit.

Die Ärztin findet, dass ihre Praxis durch die Teilnahme am IRIS-Programm besser gerüstet ist, Catherine medizinisch optimal zu betreuen und ihr die nötige Unterstützung zukommen zu lassen.

Catherine sagt: „Ich habe mir selbst Mut zugesprochen und gesagt, ich kann das... Ich fühle mich stark! Und ich bin stolz auf mich selbst. Danke, dass Sie an mich geglaubt haben.“

9. Gruppenübung: Schwierigkeiten bei der effizienten Hilfe durch das Gesundheitssystem ¹³³

Ermitteln Sie in Ihrer jeweiligen Arbeitsgruppe Aspekte, die das Gesundheitssystem daran hindern, effizient auf geschlechtsbasierte Gewalt zu reagieren.

Gruppe(n), die an Schwierigkeiten für die Opfer arbeitet/n:

1. Welche Schwierigkeiten halten weibliche Opfer von geschlechtsbasierter Gewalt davon ab, Gesundheitsleistungen in Anspruch zu nehmen (Schwierigkeiten für Opfer)?
2. Was können Sie als medizinische Fachkraft bei Ihrer täglichen Arbeit tun, um diese Hindernisse zu überwinden? (2-3 Vorschläge)
3. Welche Unterstützung benötigen Sie von der Verwaltung Ihrer medizinischen Einrichtung, um diese Hindernisse zu überwinden?

Gruppe(n), die an Schwierigkeiten für das Gesundheitssystem arbeitet/n:

1. Welche Schwierigkeiten halten medizinische Fachkräfte davon ab, Patientinnen, die geschlechtsbasierte Gewalt erlebt haben, effizient zu behandeln und zu betreuen (Schwierigkeiten für das Gesundheitssystem)?
2. Was können Sie als medizinische Fachkraft bei Ihrer täglichen Arbeit tun, um diese Hindernisse zu überwinden? (2-3 Vorschläge)
3. Welche Unterstützung benötigen Sie von der Verwaltung Ihrer medizinischen Einrichtung, um diese Hindernisse zu überwinden?

Schreiben Sie Ihre Schwierigkeiten und Vorschläge bitte auf einem Flipchart-Blatt auf. Sie haben 20 Minuten Zeit für Diskussionen mit der Gruppe.

Jede Gruppe sollte eine/n SprecherIn ernennen, der/die die Stichpunkte auf dem Flipchart dem Kurs präsentiert.

10. Rollenspiel: 1 ¹³⁴

Bilden Sie Zweiergruppen. Eine Person spielt die Patientin, die andere ist medizinische ProjektleiterIn/ GewaltexpertIn. Spielen Sie die folgende Situation in Ihren jeweiligen Rollen durch. Wie würden Sie sich verhalten?

PATIENTIN

- Sie sind 34 Jahre alt und haben zwei kleine Kinder im Vorschulalter.
- Sie wollen sich ein neues Rezept für Ihre Antidepressiva, die Sie seit 9 Monaten einnehmen, geben lassen.
- Sie arbeiten halbtags als Anwältin, Ihr Ehemann ist Arzt.
- Es ist ein heißer Tag, aber Sie tragen ein Halstuch, um die Hämatome an Ihrem Hals zu verbergen, die Ihr Mann Ihnen gestern Abend im Laufe eines Streits zugefügt hat.
- Sie hatten einmal eine Trommelfellperforation, als Ihr Mann Sie in den Flitterwochen geschlagen hat (davon haben Sie aber noch niemandem erzählt).
- Sie hatten zwei Fehlgeburten.
- Sie fühlen sich sehr niedergeschlagen und wollen mehr Antidepressiva. Sie sind verzweifelt und haben Angst.

¹³³ UNFPA-WAVE "Strengthening Health System Responses to Gender-based Violence in Eastern Europe and Central Asia" (2014), S. 181.

¹³⁴ IRIS (Identification & Referral to Improve Safety) © University of Bristol, UK (2015).

MEDIZINISCHE FACHKRAFT

- Sie sind neu in der Praxis und kennen die Patientin noch nicht.
- Beim Durchsehen ihrer Patientenakte fällt Ihnen auf, dass sie während ihrer Flitterwochen ein perforiertes Trommelfell hatte.
- Außerdem hatte sie zwei Fehlgeburten.
- Als die Patientin den Raum betritt, sehen Sie, dass sie ein Halstuch trägt, obwohl es ein sehr warmer Tag ist.
- Sie macht einen erschöpften und angespannten Eindruck.

11. Rollenspiel: 2 ¹³⁵

Bilden Sie Zweiergruppen. Eine Person spielt die Patientin, die andere ist medizinische ProjektleiterIn/ GewaltexpertIn. Spielen Sie die folgende Situation in Ihren jeweiligen Rollen durch. Wie würden Sie sich verhalten?

PATIENTIN

- Sie sind 18 Jahre alt und in der 32. Woche schwanger. Es ist bereits Ihre zweite Schwangerschaft, Sie hatten mit 15 eine Abtreibung.
- Sie suchen Ihren Hausarzt auf, weil Sie in letzter Zeit häufig Kopfschmerzen haben und sich nicht sicher sind, woran das liegt.
- Sie sind vor kurzem aus Ihrem Elternhaus aus- und bei Ihrem Freund eingezogen.
- Ihr Freund begleitet Sie überall hin, wartet jedoch vor der Tür, während Sie im Behandlungsraum sind.
- Sie sind seit etwas mehr als einem Jahr mit Ihrem Freund zusammen. Er lässt Sie nirgends alleine hingehen, er schüchtert Sie ein und es gefällt ihm nicht, wenn Sie mit anderen Leuten reden oder Ihre Familie treffen.

MEDIZINISCHE FACHKRAFT

- Ihre Patientin ist 18 Jahre alt.
- Ihrer Akte zufolge ist sie schwanger.
- Sie kennen sie noch nicht.
- In ihrer Patientenakte ist ein Vermerk einer anderen Arztpraxis, die mit der Mutter gesprochen hat und sagt, 'die Mutter macht sich Sorgen, weil ihre Tochter immer dünner wird, sich zurückzieht und weniger Selbstbewusstsein als früher hat'.

12. Rollenspiel: 3 ¹³⁶

Bilden Sie Zweiergruppen. Eine Person spielt die Patientin, die andere ist medizinische ProjektleiterIn/ GewaltexpertIn. Spielen Sie die folgende Situation in Ihren jeweiligen Rollen durch. Wie würden Sie sich verhalten?

PATIENTIN

- Sie sind 30 Jahre alt und suchen Ihre/n Hausarzt/-ärztin auf, weil Sie Schmerzen beim Wasserlassen und Rückenschmerzen haben.
- Sie haben 3 Töchter, die jüngste ist 5 Jahre alt.
- Sie leben mit Ihrem Partner (dem Vater der jüngsten Tochter) zusammen. Ihre anderen Töchter haben unterschiedliche Väter und leben nicht bei Ihnen.
- Am Sonntag hat Ihr Partner Sie angegriffen (getreten).
- Sie haben Schmerzen im unteren Rückenbereich und können deswegen nicht auf Toilette

¹³⁵ IRIS (Identification & Referral to Improve Safety) © University of Bristol, UK (2015).

¹³⁶ IRIS (Identification & Referral to Improve Safety) © University of Bristol, UK (2015).

gehen. Sie haben Quetschungen am Steißbein und Ihre Lendenwirbelsäule ist äußerst schmerzempfindlich.

- Ihr Partner hat Sie schon öfters misshandelt. Sie waren vor 2 Jahren schon einmal mit Hämatomen im Gesicht, die Ihnen Ihr Partner zugefügt hatte, beim Arzt.
- In den letzten 4 Jahren waren Sie außerdem wegen Schmerzen im Brustbereich in der Sprechstunde (der Arzt sagte, das seien Muskelschmerzen).
- Des Weiteren hatten Sie Schmerzen in der Hand sowie Ohrenscherzen und wurden deswegen an eine HNO-Praxis überwiesen.
- Manchmal betrinken Sie sich, um den Stress und die Anspannung abzubauen.
- Sie rauchen.
- Mit 19 nahmen Sie eine Überdosis.
- Sie haben Angst vor Ihrem Partner und wollen, dass er geht, aber er will seine Tochter nicht verlassen. Sie haben das Gefühl, dass die Situation immer schlimmer wird.

MEDIZINISCHE FACHKRAFT

- Ihre Patientin ist 30 Jahre alt.
- Sie kennen sie noch nicht.
- Ihren Unterlagen zufolge hat sie Depressionen, trinkt/raucht zu viel und nahm mit 19 eine Überdosis.
- In den letzten 4 Jahren kam sie wegen Schmerzen in der Hand in die Praxis.
- Sie wurde an eine HNO-Praxis überwiesen.
- Sie hatte eine Zeit lang Brustschmerzen.
- Vor 2 Jahren wurde sie misshandelt und kam mit Gesichtsverletzungen in die Sprechstunde.

13. Übung: Klinische Sondierung – Beispielfragen¹³⁷

Bitte kennzeichnen Sie diese Fragen mit rot, gelb oder grün.

- **Rot** bedeutet „Das ist eine furchtbare Frage. So eine Frage würde ich meinen Patientinnen niemals stellen.“
- **Gelb** bedeutet „Diese Frage ist im Großen und Ganzen in Ordnung, müsste aber verbessert werden.“ Machen Sie bitte einen Vorschlag, wie Sie diese Frage abändern würden.
- **Grün** bedeutet „Das ist eine akzeptable Frage, die ich so auch meinen Patientinnen stellen würde.“

	●	●	●
Der Computer sagt, ich soll Sie nach häuslicher Gewalt fragen. Sind Sie davon betroffen?			
Wir wissen, dass jede vierte Frau im Laufe ihres Lebens zuhause misshandelt wird. Werden Sie von Ihrem Partner oder einem Familienmitglied geschlagen oder getreten?			
Wie sieht es bei Ihnen zuhause mit Ihrem Ehemann/Partner/Ihrer Familie aus? Wurden Sie von jemandem verletzt?			
Wir wissen, dass manche Menschen unter häuslicher Gewalt leiden. Leiden Sie darunter?			
Bei manchen Menschen mit psychischen Problemen haben größere Umbrüche in ihrem Leben dazu geführt, dass sie Depressionen/ein geringes Selbstbewusstsein haben und sich niedergeschlagen fühlen. Dazu gehört auch, eine gewalttätige Beziehung zu führen. Ist das vielleicht bei Ihnen der Fall?			
Ich bin mir zwar sicher, dass das bei Ihnen nicht der Fall ist, aber ich muss fragen, ob Sie häusliche Gewalt erleben?			
Uns ist bewusst, dass Frauen oftmals mit diesen Symptomen zu uns kommen, wenn sie von ihrem Mann geschlagen werden. Ist das bei Ihnen der Fall?			

¹³⁷ IRIS (Identification & Referral to Improve Safety) © University of Bristol, UK (2015).

14. Beispiel für ein Dokumentationsformular für Fälle von geschlechtsbasierter Gewalt – Österreich ¹³⁸

Ort der Untersuchung: Arzt/Ärztin: _____ Tel. _____ Überwiesen von: Beginn der Untersuchung: _____ : _____ (Datum) (Uhrzeit)	PATIENTIN: Geburtsdatum: _____ Tel. _____ Adresse: Sonstige Anwesende:
--	--

ALLGEMEINE ANGABEN ZUR PATIENTIN Größe: _____ Gewicht: _____ Psychische Verfassung während der Untersuchung:	Die Patientin ist: <input type="checkbox"/> Rechtshänderin <input type="checkbox"/> Linkshänderin Bewusstseinslage: <input type="checkbox"/> klar <input type="checkbox"/> geringfügig <input type="checkbox"/> beeinträchtigt <input type="checkbox"/> deutlich beeinträchtigt <input type="checkbox"/> bewusstlos Hinweise auf: <input type="checkbox"/> Alkoholkonsum <input type="checkbox"/> Drogenkonsum
Kommunikation: <input type="checkbox"/> fließend <input type="checkbox"/> beeinträchtigt <input type="checkbox"/> DolmetscherIn erforderlich ↳ DolmetscherIn: Gefährliche Situation für MitarbeiterInnen <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	

EINZELHEITEN ZUM ÜBERGRIFF Ort: Zeit (Datum): _____ (Uhrzeit) _____ (ungefähre) Dauer des Vorfalls: _____	<input type="checkbox"/> Angreifer bekannt <input type="checkbox"/> Angreifer unbekannt Anzahl der Angreifer:
Beschreibung des Übergriffs , eingesetzte Waffen, Einzelheiten zum Vorfall, subjektive Störungen : (Grundlage für die klinische Untersuchung und gerichtsmedizinische Datenerfassung, keine suggestive Befragung.)	
Gibt es Zeugen für den Übergriff (Kinder, Nachbarn)?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> weiß nicht
↳ Wenn ja, wurden diese ebenfalls angegriffen/verletzt?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> weiß nicht
Wurden Gegenstände (Werkzeuge, Waffen) verwendet?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> weiß nicht
Hat das Opfer versucht, sich zu wehren?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> weiß nicht
Hat die Patientin den/die Angreifer gekratzt?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> weiß nicht ↳ Wenn ja, machen Sie bitte mit einem nassen Wattestück einen Abstrich von der Unterseite der Fingernägel

¹³⁸ UNFPA-WAVE "Strengthening Health System Responses to Gender-based Violence in Eastern Europe and Central Asia" (2014), S. 228-231.

Wurde Gewalt gegen den Hals angewendet (würgen, strangulieren)?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> weiß nicht ↳ <input type="checkbox"/> Anzeichen für Kongestion <input type="checkbox"/> Bewusstlosigkeit <input type="checkbox"/> Schwindel <input type="checkbox"/> Wasserlassen und/oder Stuhlgang <input type="checkbox"/> Schmerzen im Hals, Schwierigkeiten beim Schlucken
Hat die Patientin vor, während oder nach dem Übergriff Alkohol, Drogen oder Medikamente zu sich genommen?	<input type="checkbox"/> ja wann, was, wieviel: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> weiß nicht
Gab es zuvor schon ähnliche Vorfälle?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> k.A.

BEWEISSICHERUNG		
Beschädigte Kleidung (Foto)?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Kleidung sichergestellt <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein → Separat in Papiertüten verpackt
Verschmutzte Kleidung (Blut, Schmutz usw.)?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Sonstige Spuren gesichert?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein ↳ welche:	

ÄRZTLICHE UNTERSUCHUNG	
KOPF	Kopfhaut (palpieren, kahle Stellen?):
	Stirn-/Schläfenbereich:
	Augen (inkl. Bindehaut):
	Ohren (Rückseite):
	Nase (Nasenlöcher):
	Wangen:
	Mund (Lippen, Zähne, Mundschleimhaut):
	Kinn:
	Gibt es Anzeichen für eine Kongestion ? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein ↳ <input type="checkbox"/> Lidhaut <input type="checkbox"/> Bindehaut <input type="checkbox"/> Haut hinter den Ohren <input type="checkbox"/> Gesichtshaut <input type="checkbox"/> Mundschleimhaut
HALS	Front side:
	Neck:
THORAX	Mammae:
	Anterior rib cage:
	Back:
ARME	Shoulder:
	Upper arms (even inside):
	Forearms (wrists):
	Hands:
ABDOMEN	
GESÄSS	
GENITALBEREICH	

BEINE	Oberschenkel (Innenseite)
	Unterschenkel:
	Füße:
▶ Ist ein offensichtliches Verletzungsmuster sichtbar? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein (gehäufte oder geformte Verletzungen, Verbrennungen, Abdrücke, z. B. Schuhabdruck, Reifenabdruck, doppelte Quetschungen):	
▶ Schusswunde Entfernung des Projektils, gekennzeichnet und erfasst	
Vorläufiger medizinischer Befund:	
Weitere Maßnahmen (z. B. interdisziplinäre Beratung, psychologische Betreuung, Einschalten der Polizei...)	
Wurde die Patientin über Hilfsdienste (Frauenhaus, Notrufnummer) informiert? <input type="checkbox"/> ja Anmerkungen:	
Ende der Untersuchung: _____ Uhrzeit : _____ Unterschrift des Arztes/der Ärztin: _____	

ÜBERMITTLUNG VON BEWEISMITTELN	
Beweismaterialien (Kleidung, Instrumente, Projektile, entnommene Gewebeproben usw.):	
Übergeben von: _____ (capital letters)	Übernommen von: _____
Datum und Unterschrift: _____, _____	Datum und Unterschrift: _____, _____
FOTOGRAFISCHE DOKUMENTATION	
Wurden Fotos gemacht? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein ↳ wenn nicht, warum nicht: ↳ wenn ja, Aufbewahrungs- bzw. Speicherort:	Anzahl der aufgenommenen Fotos:

Empfehlung für Untersuchung und allgemeine Angaben:

15. Risikoindikatoren und Sicherheitsplanung¹³⁹

RISIKOINDIKATOREN

SPECCS+ ist eine Checkliste mit geläufigen Risikoindikatoren (Richards, 2004)

- ☑ **Separation** (Trennung) – Hat das Opfer den Täter erst kürzlich verlassen/hat vor, ihn zu verlassen? Probleme durch Kontakt des Täters zu den Kindern
- ☑ **Pregnancy** (Schwangerschaft) – Ist die Frau schwanger oder hat sie innerhalb der letzten sechs Wochen entbunden?
- ☑ **Escalation** (Eskalation) – Werden die Misshandlungen schlimmer oder kommen häufiger vor?
- ☑ **Cultural issues/sensitivity/isolation** (kulturelle Probleme, Feingefühl, Isolierung) – Gibt es diesbezüglich bestimmte Probleme?
- ☑ **Stalking** – Wird die Frau von jemandem, insbesondere von einem Ex-Partner, belästigt oder bedroht? (einschließlich E-Mails/Textnachrichten)
- ☑ **Sexual assault** (sexualisierte Nötigung) – Hat die Frau im Zusammenhang mit der Misshandlung einen sexualisierte Übergriff gemeldet?
- ☑ **Sonstige aktuelle Risikofaktoren**
 - Selbstmordgedanken
 - Mordgedanken
 - Drohungen, die Patientin oder andere Familienmitglieder umzubringen
 - Misshandlungen des Haustiers
 - Zugang zu Waffen
 - Alkohol-/Drogenkonsum
 - Frühere Übergriffe

SICHERHEITSPLAN

Ein Sicherheitsplan kann mehrere Phasen beinhalten.

Sicherheit in der Beziehung

- Orte, die es zu vermeiden gilt, wenn sich ein Übergriff anbahnt (z. B. die Küche, wo es viele potenzielle Waffen gibt).
- Ein möglicher Ausgang, durch den das Haus verlassen werden kann, falls die Gewalt eskaliert (z. B. unverschlossene Tür/Fenster)
- Personen, die die Frau um Hilfe bitten kann oder denen sie mitteilen kann, dass sie in Gefahr ist
- Nachbarn oder Freunde bitten, den Notruf zu wählen, wenn sie irgendetwas hören, dass darauf hindeutet, dass eine Frau oder ihre Kinder in Gefahr sind
- Orte, an denen wichtige Telefonnummern (z. B. Notrufnummern) aufbewahrt werden
- Die Kinder in Sicherheit bringen, wenn ein gewalttätiger Übergriff beginnt
- Den Kindern beibringen, sich in Sicherheit zu bringen oder Hilfe zu holen, indem sie z. B. den Notruf wählen
- Wichtige persönliche Dokumente an einem zentralen Ort aufbewahren, sodass sie schnell zugänglich sind, wenn die Frau das Haus überstürzt verlassen muss
- Jemanden über die Misshandlungen in Kenntnis setzen, sodass die Geschehnisse erfasst werden können (wichtig bei Fällen, die vor Gericht gehen, oder z. B. bei Asylanträgen)

Flucht im Notfall

- Eine Notfalltasche packen und an einem sicheren Ort verstecken, falls die Frau das Haus schnell verlassen muss
- Pläne, wen die Frau anrufen und wohin sie sich wenden kann (z. B. Frauenhaus)
- Wichtige Dinge, die mitgenommen werden müssen, einschließlich Dokumente der Kinder, Medikamente, Schlüssel oder ein Foto des Täters (hilfreich für Gerichtsunterlagen)
- Zugang zu einem Telefon-/Adressbuch

¹³⁹ IRIS (Identification & Referral to Improve Safety) © University of Bristol, UK (2015).

- Zugang zu Geld oder Kredit-/EC-Karten, die die Frau eventuell beiseitegelegt hat
- Pläne für den Transport
- Pläne für die Mitnahme von Kleidungsstücken, Hygieneartikeln und Spielzeug für die Kinder
- Mitnahme von Beweisen für die Misshandlungen, z. B. Fotos, Notizen oder Angaben zu Zeugen

Sicherheit nach Ende der Beziehung

- Kontaktdaten für SpezialistInnen, die die Frau beraten oder unterstützen können
- Neue Festnetz- und Mobiltelefonnummern
- Geheimhaltung des neuen Aufenthaltsortes vor ihrem Partner (z. B. indem sie gemeinsamen Freunden nicht verrät, wo sie sich befindet)
- Eine Verfügung gegen Belästigung, einen Unterlassungsanspruch oder eine einstweilige Verfügung erwirken
- Mit den Kindern darüber sprechen, wie wichtig es ist, in Sicherheit zu sein
- Den Arbeitgeber um Hilfe bitten, um die Sicherheit während der Arbeitszeit zu gewährleisten

16. Handout: Sicherheitsplanung Beispielformular¹⁴⁰



Vorschläge zur Erhöhung der Sicherheit – wenn die Beziehung beendet ist

- ▶ Ich Sorge dafür, dass ich und meine Kinder wichtige Telefonnummern sofort zur Hand haben.
- ▶ Ich kann _____ und _____ von den Misshandlungen erzählen und sie bitten, die Polizei zu rufen, wenn sie verdächtige Geräusche aus unserem Haus hören.
- ▶ Wenn ich mein Zuhause verlasse, kann ich unterkommen in/bei (vier Zufluchtsmöglichkeiten aufzählen):
 - _____.
 - _____.
 - _____.
 - _____.
- ▶ Ich kann etwas Geld, Autoschlüssel, Kleidung und Kopien wichtiger Dokumente bei _____ deponieren.
- ▶ Wenn ich gehe, nehme ich _____ mit.
- ▶ Zu meiner eigenen Sicherheit und Unabhängigkeit werde ich:
 - Jederzeit Kleingeld für Telefonate dabei haben
 - Dafür sorgen, dass mein Handy immer aufgeladen ist
 - Einen Panikalarm verwenden
 - Mein eigenes Sparkonto eröffnen
 - Meine Wege von/zu _____ verändern
 - Meinen Fluchtweg mit jemandem, der mir hilft, üben; und den Sicherheitsplan am _____ (Datum) erneut überprüfen.
- ▶ Welche Bereiche des Hauses sollte ich meiden, wenn ein Übergriff beginnt?

¹⁴⁰ IRIS (Identification & Referral to Improve Safety) © University of Bristol, UK (2015).

z. B. Bad (keine Fluchtmöglichkeit), Küche (potenzielle Waffen) _____
_____.

Vorschläge zur Erhöhung der Sicherheit – wenn die Beziehung beendet ist

- ▶ Ich kann die Schlösser austauschen, Türen aus Stahl/Metall einbauen, ein Sicherheitssystem, Rauchmelder und ein Außenbeleuchtungssystem installieren.
- ▶ Ich werde _____ und _____ darüber informieren, dass mein Partner nicht mehr bei mir wohnt, und sie bitten, die Polizei zu rufen, wenn er in der Nähe meines Hauses oder meiner Kinder auftaucht.
- ▶ Ich werde denjenigen, die meine Kinder betreuen, sagen, wer sie abholen darf und wer nicht. Meine Kinder dürfen abgeholt werden von: _____, _____ und _____.
- ▶ Wenn ich jemanden anrufe, kann ich 141 verwenden, sodass meine Nummer nicht zurückverfolgt werden kann
- ▶ Ich kann meine/n ArbeitskollegIn _____ über meine Situation informieren und _____ darum bitten, meine Anrufe zu filtern.
- ▶ Ich kann Geschäfte, Banken und _____, die ich aufsuchte, als ich noch mit meinem gewalttätigen Partner zusammen war, meiden. Ich kann mir einen anderen Weg von/nach _____ suchen.
- ▶ Wenn es mir schlecht geht und ich das Bedürfnis verspüre, zu meinem gewalttätigen Partner zurückzukehren:
 - kann ich _____ um Unterstützung bitten.
 - kann ich die _____ -Termine beim _____-Hilfsdienst verlegen,
 - mir einen neuen Weg dorthin suchen oder alternativ den _____-Hilfsdienst aufsuchen.
- ▶ Wichtige Telefonnummern
 - Polizei _____
 - Notrufnummer _____
 - Freunde _____
 - Frauenhaus _____

Checkliste: Was muss ich mitnehmen?

- Ausweis
- meine eigene Geburtsurkunde und die meiner Kinder
- Sozialhilfe-Dokumente
- Krankenversicherungskarten
- Telefonkarte, Handy oder Kleingeld für Telefonzellen
- Geld, Sparbücher, Kreditkarten
- Schlüssel (Haus, Auto, Büro)
- Schlüssel für das Haus von Freunden oder Verwandten
- Medikamente, Arzneimittel
- Führerschein
- Wechselkleidung
- Reisepässe, sonstige wichtige Behördendokumente, Arbeitsgenehmigungen
- Scheidungspapiere

- Mietvertrag, Immobilienurkunde
- Hypothekenzahlungsdokumente, aktuelle unbezahlte Rechnungen
- Versicherungsdokumente
- Adressbuch
- Bilder, Schmuck, Gegenstände von immateriellem Wert
- Lieblingsspielzeug und/oder Decken der Kinder
- Beweise für die Misshandlungen: Notizen, Aufnahmen, Agenda, Ermittlungsaktenzeichen, Namen und Nummern von Fachleuten

Im Notfall immer die Polizei rufen

17. Einzelübung: Risikofaktoren ermitteln – Der Fall von Frau Y ¹⁴¹

Frau Y wurde zum wiederholten Mal von ihrem Mann angegriffen. Sie kommt ins Krankenhaus, um ihre Verletzungen behandeln zu lassen. Beurteilen Sie mithilfe des Gefahrenbewertungs-Tools von Jacquelyn Campbell, wie hoch die Gefahr ist, in der Frau Y schwebt. Wie beurteilen Sie die Gefahr für Frau Y? Welche Risikofaktoren können Sie anhand der Fallstudie ermitteln?

Frau Y ist seit eineinhalb Jahren mit ihrem Mann verheiratet; für beide ist es die zweite Ehe. Herr und Frau Y leben in Land A, stammen aber ursprünglich aus Land B. Beide haben Kinder aus ihren vorherigen Ehen; nur die 5 Jahre alte Tochter von Frau Y lebt bei ihnen.

Vor ihrer Hochzeit war Herr Y seiner Frau gegenüber sehr fürsorglich und liebevoll. Aber kurz nach der Hochzeit begann er, sie zu kontrollieren, und versucht, sie daran zu hindern, ihre Familie zu besuchen oder sich mit Freunden zu treffen. Wenn sie allein aus dem Haus geht, muss sie ihm über jede einzelne Minute Rechenschaft ablegen. Wenn sie einmal etwas später von der Arbeit nach Hause kommt, rastet er aus und beschuldigt sie, eine schlechte Ehefrau zu sein und mit ihren Kollegen „rumzuhuren“.

Frau Y lässt sich dieses Verhalten nicht gefallen und weigert sich, seinen „Befehlen“ nachzukommen. Als seine Herrschsucht und sein besitzergreifendes Verhalten immer schlimmer werden, sagt sie ihm, dass sie sich scheiden lassen will. Von diesem Moment an droht er ihr, sie umzubringen, wenn sie ihn verlässt; er droht ihr auch damit, ihre Kinder zu töten. Frau Y hat die Staatsbürgerschaft von Land A, aber Herr Y nicht, darum ist er für sein Visum auf sie angewiesen.

Trotz seiner Drohungen reicht Frau Y die Scheidung ein. Als Herr Y das herausfindet, verprügelt er sie und droht ihr erneut mit Mord, wenn sie den Scheidungsantrag nicht zurückzieht.

Frau Y meldet die körperliche Gewalt und die Drohungen bei der Polizei. Die Polizei erlässt einen Ausweisungsbefehl und eine Sperrauflage, die Herrn Y dazu zwingen, das gemeinsame Heim für 10 Tage zu verlassen. Obwohl ihr Mann des Hauses verwiesen wurde, beschließt Frau Y, mit ihrer Tochter aus dem Heim der Familie auszuziehen, weil sie große Angst vor ihm hat. Sie bittet eine Beratungsstelle für häusliche Gewalt und Unterstützung und lässt sich beraten; die Beraterin rät ihr, nicht zurück nach Hause zu gehen.

¹⁴¹ UNFPA-WAVE "Strengthening Health System Responses to Gender-based Violence in Eastern Europe and Central Asia" (2014) S. 242.

Herr Y ist nach wie vor gewalttätig. Er folgt Frau Y zu ihrem Arbeitsplatz und bedroht sie auch dort. Er sagt, er werde sie umbringen und in sein Heimatland fliehen, und alle Zeitungen werden über sie berichten. Frau Y ruft die Polizei, aber bevor die Beamten eintreffen, flüchtet Herr Y. Sie berichtet der Polizei von den erneuten Drohungen; die Polizei informiert die Staatsanwaltschaft, die jedoch beschließt, Herrn Y nicht verhaften zu lassen.

Mit der Unterstützung der Beratungsstelle für häusliche Gewalt erwirkt Frau Y eine richterliche Anordnung, die es ihrem Mann untersagt, zu ihrer Wohnung oder ihrer Arbeit zu kommen oder Kontakt mit ihr aufzunehmen. Aber Herr Y verfolgt und bedroht seine Frau weiter.

18. Rollenspiel: Sicherheitsplanung – Der Fall von Dilorom¹⁴²

Ziel dieses Rollenspiels ist es, die Sicherheitsplanung in einem Fall von geschlechtsbasierter Gewalt und die Kommunikation mit dem Gewaltopfer gemäß den während der Schulung besprochenen Grundsätzen zu üben. In diesem Rollenspiel gibt es drei Rollen: Dilorom (ein Opfer, das Hilfe benötigt), eine medizinische Fachkraft (Arzt/Ärztin oder PflegerIn) einer Gesundheitseinrichtung und ein/e BeobachterIn. Maximale Dauer des Gespräches zwischen der medizinischen Fachkraft und der Patientin: 15 Minuten. Kommen Sie nach dem Rollenspiel bitte wieder zurück in die große Gruppe für eine Feedback-Runde (Patientin, medizinische Fachkraft, BeobachterIn). Anschließend hat die große Gruppe die Gelegenheit, Anmerkungen zu äußern.

Die Situation

Dilorom sucht eine Klinik in ihrer Heimatstadt auf, da sie unter chronischen Magenschmerzen und Schlafstörungen leidet. Die medizinische Fachkraft bemerkt mehrere Hämatome an ihren Armen und am Nacken. Dilorom erzählt, dass ihr Mann sie regelmäßig verprügelt und manchmal auch die Kinder schlägt. Er hat sie schon mehrere Male zum Sex gezwungen. Außerdem beleidigt und demütigt er sie und droht ihr, sie umzubringen, wenn sie ihn verlässt. Dilorom will ihn verlassen, aber sie hat Angst davor, wie er reagieren wird, wenn sie es tatsächlich tut. Sie lebt mit ihrem Mann und den Kindern bei ihren Schwiegereltern. Von den Eltern ihres Mannes kann sie keinerlei Hilfe erwarten – sie beleidigen sie immer wieder und geben ihr die Schuld für das gewalttätige Verhalten ihres Mannes. Dilorom fragt die medizinische Fachkraft, was sie für ihre eigene Sicherheit tun könnte.

Fragen:

- Fragen an die Person, die das Opfer spielt: Wie haben Sie sich in Ihrer Rolle gefühlt? War das Verhalten der medizinischen Fachkraft hilfreich? Was hätte die medizinische Fachkraft anders machen können?
- Fragen an die Person, die die medizinische Fachkraft spielt: Wie haben Sie sich in Ihrer Rolle gefühlt? Was haben Sie gut gemacht? Was fanden Sie am schwierigsten? Was hätten Sie anders machen können? Was müssen Sie bei Ihrer Arbeit tun, um eine Patientin bei der Sicherheitsplanung zu unterstützen?

Bitte Sie den/die BeobachterIn, seine /ihre Beobachtungen und sein/ihr Feedback mitzuteilen. Anschließend eröffnen Sie die Diskussion mit der Gruppe.

¹⁴² UNFPA-WAVE “Strengthening Health System Responses to Gender-based Violence in Eastern Europe and Central Asia” (2014), S. 246.

19. IRIS Überweisungsformular Beispiel¹⁴³



IRIS ÜBERWEISUNGSFORMULAR

Fax: _____

E-Mail: _____

Telefon: _____

Überweisende/r Ärztin/Arzt:

Name: _____

E-Mail-Adresse: _____

Praxisanschrift: _____

Telefonnummer der Praxis: _____

PatientIn

Name: _____

Adresse: _____

Geburtsdatum: _____

Sprache: Englisch Somalisch Punjabi

Urdu Polnisch

Sonstige Sprache : _____

Bitte geben Sie eine sichere Telefonnummer (oder eine andere Möglichkeit der Kontaktaufnahme) an, unter der sie ungefährdet kontaktiert werden kann: _____

Ist es sicher, unter dieser Nummer Nachrichten zu hinterlassen/ Textnachrichten an diese Nummer zu senden?

Grund für die Überweisung: _____

Datum der Überweisung: _____

Anzahl der Konsultationen in den letzten 6 Monaten: _____

Anzahl der Verschreibungen in den letzten 6 Monaten: _____

20. Übung: Schulungstipps¹⁴⁴

Erarbeiten Sie in der Gruppe Lösungsvorschläge für die folgenden Szenarien:

1. Sie verlieren den Faden und wissen nicht mehr, was Sie sagen wollten. Was tun Sie?
2. Kurz vor Beginn einer Schulung werden Sie nervös und geraten in Panik. Was tun Sie?
3. Sie können eine Frage nicht beantworten. Was tun Sie?

¹⁴³ IRIS (Identification & Referral to Improve Safety) © University of Bristol, UK (2015).

¹⁴⁴ IRIS (Identification & Referral to Improve Safety) © University of Bristol, UK (2015).

4. Ein/e TeilnehmerIn widerspricht allem, was Sie sagen, und seufzt die ganze Zeit. Was tun Sie?
5. Drei ÄrztInnen stellen Ihnen gleichzeitig eine Frage. Was tun Sie?
6. Sie werden ganz nervös und merken, dass Sie abschweifen. Was tun Sie?
7. Sie merken, dass Sie in den ersten 10 Minuten viel zu schnell waren und einige TeilnehmerInnen scheinbar das Interesse verloren haben. Was tun Sie?
8. Bei Ihrer Ankunft erfahren Sie, dass Ihnen in einem Meeting nur 10 Minuten eingeräumt werden, obwohl 30 Minuten vereinbart waren.
9. Bei einer zweiten Schulungsveranstaltung erzählt Ihnen ein Arzt, dass er von einer Patientin, die er vor kurzem an Sie überwiesen hat, die Rückmeldung bekommen hat, der Service sei überhaupt keine Hilfe gewesen.
10. Bei Ihrer Schulung sagt eine Teilnehmerin, sie glaube nicht, dass jede vierte Frau von häuslicher Gewalt betroffen ist. Es könnten gar nicht so viele sein.
11. Sie kommen in eine Praxis und die Sprechstundenhilfe fragt Sie lautstark, wer Sie sind, woher Sie kommen und warum Sie die Patientin, mit der Sie einen Termin haben, sehen wollen.
12. Sie kommen in eine Praxis, weil Sie einen Termin mit einer Patientin haben, aber der Raum, den Sie reserviert haben, ist nicht mehr verfügbar und es gibt auch keinen anderen geeigneten Raum.

21. Übung: Was muss ich tun, wenn...¹⁴⁵

Erörtern Sie in der Gruppe, was Sie in folgenden Situationen tun würden:

1. Eine Frau willigt ein, sich mit Ihnen zutreffen, aber als es so weit ist, will sie nicht reden und sitzt schweigend da.
2. Eine Frau ist wütend und beginnt, Sie anzuschreien.
3. Eine Frau sagt zu Ihnen, dass ihr niemand helfen kann, dass sich nichts ändern wird und dass sie genug hat.
4. Eine Frau fragt Sie, ob Sie mit ihrem Mann sprechen und ihn überreden könnten, selbst mit dem Arzt zu reden.
5. Eine Frau erscheint zu ihrem Termin, ist aber eindeutig betrunken.
6. Eine Frau bringt ihre 4 und 6 Jahre alten Kinder mit zu dem Treffen.
7. Eine Frau kommt in Begleitung ihres Partners.
8. Kurz vor dem vereinbarten Termin ruft eine Frau Sie an und behauptet, jetzt sei alles in Ordnung und sie müsse Sie nicht mehr treffen oder mit Ihnen sprechen.

¹⁴⁵ IRIS (Identification & Referral to Improve Safety) © University of Bristol, UK (2015).

22. Übung: Wahrnehmung der eigenen Bedürfnisse¹⁴⁶

Die TeilnehmerInnen sollen jede/r für sich darüber nachdenken, wie sie auf ihre eigenen Bedürfnisse achten können, wenn sie beruflich mit geschlechtsbasierter Gewalt zu tun haben, und wie sie vermeiden können, sekundäre Traumatisierungen zu erleiden.

Der/die AusbilderIn stellt 3 Papier-Flipcharts mit folgenden Überschriften auf:

- Körperlich
- Emotional
- Beruflich

Dann werden die TeilnehmerInnen gebeten, unter jeder Überschrift aufzuschreiben, wie sie sich um ihre eigenen Bedürfnisse kümmern. Anschließend wird in der Gruppe darüber diskutiert.

¹⁴⁶ IRIS (Identification & Referral to Improve Safety) © University of Bristol, UK (2015).

23. Handout: Einzelübung Maßnahmenplan¹⁴⁷

MASSNAHMENPLAN

Überlegen Sie sich drei Maßnahmen, die Sie mitnehmen und ausarbeiten werden, und halten Sie diese schriftlich fest. Denken Sie darüber nach, worum es sich bei diesen Maßnahmen handelt, ob Sie weitere Unterstützung oder Ressourcen dabei benötigen und mit wem Sie darüber sprechen können. Legen Sie einen realistischen Zeitrahmen für Ihre Maßnahmen und einen Termin für ihre Überprüfung fest.

Achten Sie darauf, dass Ihre Maßnahmen SMART sind:
Spezifisch, messbar, ausführbar, realistisch, terminiert



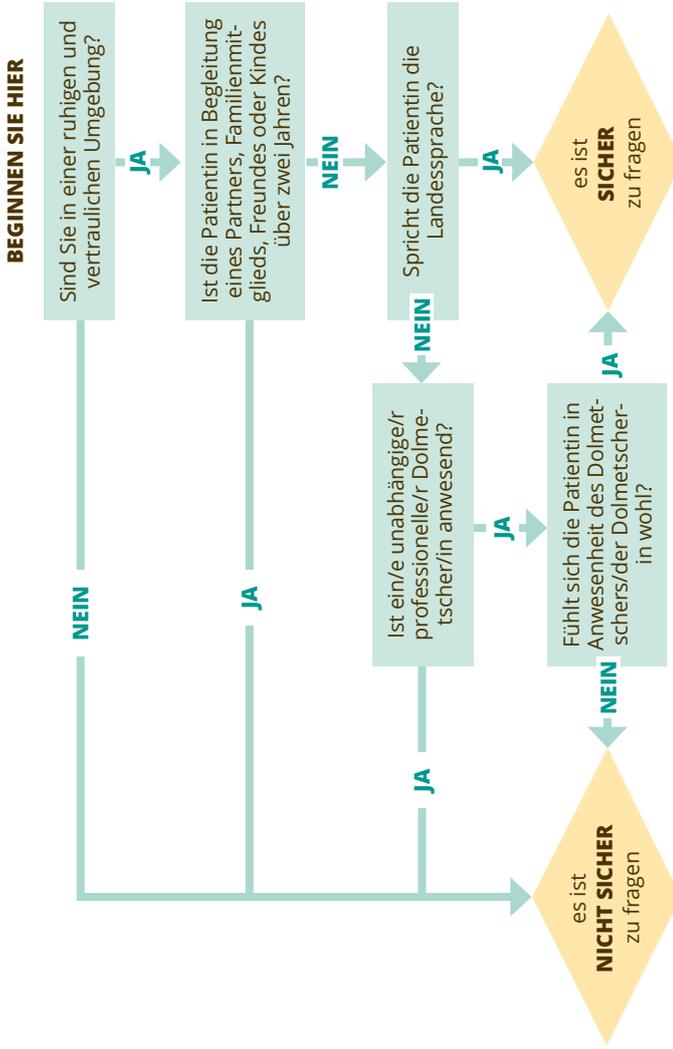
1)

2)

3)

¹⁴⁷ IRIS (Identification & Referral to Improve Safety) © University of Bristol, UK (2015).

WANN KANN GEFahrLOS NACH GESCHLECHTSBASIERTER GEWALT GEFragt WERDEN?



ÜBERWEISUNGSWEG

Name der überweisenden Person
Name der überweisenden Einrichtung
Kontaktdaten der überweisenden Person



BEISPIELE FÜR EINLEITENDE FRAGEN

„Aus meinen Erfahrungen weiß ich, dass viele Frauen zuhause Misshandlungen und Gewalt ausgesetzt sind. Ist das bei Ihnen der Fall?“
„Viele meiner Patientinnen stecken in einer gewalttätigen Beziehung. Es kann sehr beunruhigend oder unangenehm sein, darüber zu sprechen. Sind Sie jemals von Ihrem Partner geschlagen oder misshandelt worden?“

BEISPIELE FÜR DIREKTE FRAGEN

„Ich habe die Sorge, dass Ihre Symptome auf Verletzungen durch eine andere Person zurückzuführen sind. Hat Ihnen jemand wehgetan?“
„Aus unseren Erfahrungen wissen wir, dass diese Art Verletzung durch einen tätlichen Angriff entstehen kann. Ist Ihnen so etwas widerfahren?“
„Würden Sie jemals von Ihrem Partner, Ex-Partner oder einem erwachsenen Familienmitglied gedemütigt oder bedroht?“
„Haben Sie Angst vor Ihrem Partner, Ex-Partner oder einem erwachsenen Familienmitglied?“
„Hat Ihr Partner jemals versucht, Ihre Freiheit einzuschränken oder Sie daran zu hindern, etwas zu tun, das Ihnen wichtig ist?“

ERLÄUTERN SIE VERTRAULICHKEIT

Informationen können weitergegeben werden, wenn:

- Die Patientin ihre Einwilligung gibt
- Eine gesetzliche Informationspflicht vorliegt (z.B. Gerichtsbeschluss)
- Es im Sinne der Allgemeinheit ist (einschließlich des Schutzes der Kinder)

Sie nicht den Partner über das Gespräch bezüglich geschlechtsbasierter Gewalt informieren

RICHTIG NACH GESCHLECHTSBASIERTER GEWALT FRAGEN

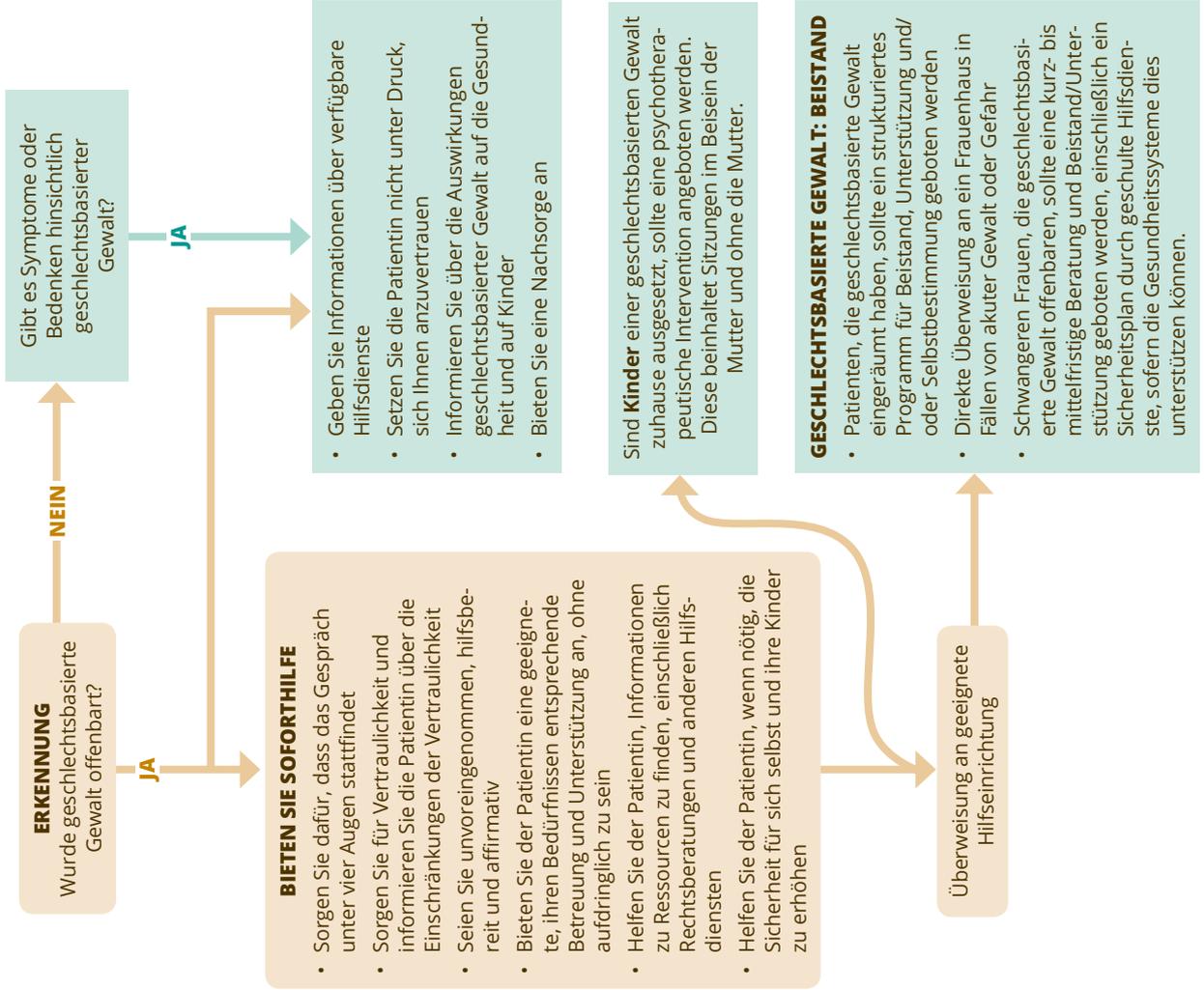
- Fragen Sie aktiv nach, ob Gewalt angewendet wurde
- Erläutern Sie Vertraulichkeit
- Stellen Sie Blickkontakt her und achten Sie auf die Körpersprache
- Außen Sie sich mitfühlend und vermeiden Sie passives Zuhören
- Zeigen Sie, dass Sie unvoreingenommen und hilfsbereit sind
- Bekräftigen Sie, dass geschlechtsbasierte Gewalt nicht hinnehmbar ist
- Haben Sie Geduld und setzen Sie die Patientin nicht unter Druck, sich Ihnen anzuvertrauen
- Weisen Sie darauf hin, dass es Möglichkeiten und Hilfen gibt

SICHERHEIT IM GESUNDHEITSSYSTEM

- Das Personal weiß, wie es in akuten Gewaltfällen vorgehen muss, insbesondere, wie man eine Frau in privater Atmosphäre fragt, ob sie geschlechtsbasierter Gewalt ausgesetzt ist
- Sicherheitspläne für Mitarbeiterinnen
- Informationen über Prävention und Unterstützung sind in vollem Umfang verfügbar
- Das Personal lernt, Informationen diskret weiterzuleiten und niemals Informationen an den Täter herauszugeben – die Vertraulichkeit muss gewährleistet werden
- Systemüberweisung vorhanden

VORGEHENSWEISE DES GESUNDHEITSSYSTEMS BEI OPFERN GESCHLECHTSBASIERTER GEWALT

BETREUUNGSSYSTEM FÜR GESCHLECHTSBASIERTE GEWALT



WAS SOLLTE DOKUMENTIERT WERDEN?

- Demografische Angaben (Name, Alter, Geschlecht, Kinder im Haushalt)
- Einwilligung
- Anamnese (ggf. medizinische und gynäkologische Untersuchungen)
- Schilderung der Misshandlung / Gewalttat
- Ergebnisse der ärztlichen Untersuchung (falls zutreffend)
- Tests und deren Ergebnisse (falls zutreffend)
- Vorgehensweise
- Dokumentation der Überweisung oder Ablehnung der Überweisung durch die Patientin

WARNHINWEISE IN BEZUG AUF GESCHLECHTSBASIERTE GEWALT

- Hinweise auf Depressionen, Unruhe, PTBS, Schlafstörungen
- Selbstmordneigung oder Selbstverletzung
- Alkohol-/Drogenmissbrauch
- Ungeklärte chronische gastrointestinale Beschwerden
- Ungeklärte Beschwerden an den Fortpflanzungsorganen, einschließlich Schmerzen oder sexuelle Dysfunktion
- Fortpflanzungsschwierigkeiten, einschließlich mehrfacher ungewollter Schwangerschaften und/oder Schwangerschaftsabbrüche, Verzögerungen bei der Schwangerschaftsvorsorge, Komplikationen während der Geburt
- Ungeklärte Urogenitalbeschwerden, darunter häufige Blasen- oder Nierenentzündungen
- Wiederholt auftretende vaginale Blutungen und sexuell übertragbare Krankheiten
- Chronische Schmerzen (ungeklärte Ursache)
- Traumatische Verletzungen, insbesondere wiederholt auftretende Verletzungen mit unklaren und unglaubwürdigen Erklärungen
- Probleme mit dem zentralen Nervensystem – Kopfschmerzen, kognitive Probleme, Hörverlust
- Wiederholte Konsultationen ohne eindeutige Diagnose
- Zudringlicher Partner oder Ehemann beim Gespräch anwesend

**IMPLEMENT
SEMINAR FÜR
AUSBILDERINNEN**
PowerPoint-Präsentationen

TAG 1



With financial support from the Rights, Equality and Citizenship Programme of the European Union



Adonze Österreichische FRAUENHÄUSER



Teil 1 BEGRÜSSUNG & VORSTELLUNG

Gene Feder & Medina Johnson
Wien, 21.-22. Mai 2015

IMPLEMENT – Spezialisierte Unterstützung für Opfer von Gewalt im Gesundheitssystem Europas
JUST/2014/0419/3/01



Ausblick

- o Organisatorisches und Pausenzeiten
- o Ziel der Schulung
- o Hintergrund – verwendete Schulungsmaterialien

IMPLEMENT – Spezialisierte Unterstützung für Opfer von Gewalt im Gesundheitssystem Europas
JUST/2014/0419/3/01



Übereinkunft mit der Gruppe

IMPLEMENT – Spezialisierte Unterstützung für Opfer von Gewalt im Gesundheitssystem Europas
JUST/2014/0419/3/01

Ausblick auf den ersten Schulungstag

- Übereinkunft mit der Gruppe
- IMPLEMENT-Handbuch und Ziel
- Ihre Rolle bei IMPLEMENT
- Mythen zu geschlechtsbasierter Gewalt
- Definitionen – Gewalt gegen Frauen (GGF)
- Geschlechtsbasierte Gewalt: Dynamik
- Geschlechtsbasierte Gewalt erkennen
- Schwierigkeiten im Gesundheitssystem
- Richtig nach geschlechtsbasierter Gewalt fragen
- Durchführung einer medizinischen Untersuchung
- Verletzungen protokollieren und einordnen
- Abschluss

Überblick: das IMPLEMENT- Schulungshandbuch

Das IMPLEMENT-Schulungshandbuch

- Unterteilt in 2 Abschnitte

I. **Handbuch:** 8 Kapitel – Informationen zur Ergänzung der Schulungsinhalte

II. **Anhang:** Übungen, Handouts und Präsentationen

Ziel von IMPLEMENT

Das Hauptziel besteht darin, in 6 europäischen Ländern (Frankreich, Italien, Deutschland, Bulgarien, Rumänien und Österreich) Kapazitäten aufzubauen, **um die Unterstützung für Opfer geschlechtsbasierter Gewalt (GBV) durch MitarbeiterInnen im Gesundheitswesen zu verbessern, insbesondere im Hinblick auf Gewalt in Paarbeziehungen.**

IMPLEMENT-Rollen



Medizinische Projektleiterin/Expertin

- unterstützt das medizinische Personal und schult es zum Umgang mit geschlechtsbasierter Gewalt (Begreifen und Reagieren)
- animiert das medizinische Personal dazu, geschlechtsbasierte Gewalt zu erkennen und richtig zu reagieren, Fälle zu dokumentieren, unmittelbare Risiken zu beurteilen und PatientInnen zu überweisen
- bietet Peer-Beratung und pflegt eine enge Beziehung zum medizinischen Personal und zu der Gewaltexpertin

Gewaltexpertin

- unterstützt das medizinische Personal und schult es zum Umgang mit geschlechtsbasierter Gewalt (Begreifen und Reagieren)
- bestärkt medizinische Fachkräfte darin, geschlechtsbasierte Gewalt zu erkennen und richtig zu reagieren
- baut enge Beziehungen zum medizinischen Personal und der medizinischen Projektleiterin/Expertin auf und pflegt diese
- bietet Informationen, Unterstützung und Beistand für Frauen, die offenbaren, dass sie Opfer geschlechtsbasierter Gewalt sind oder waren

IMPLEMENT – Spezialisierte Unterstützung für Opfer von Gewalt im Gesundheitssystem Europas
JULI 2014 (CAP 636)



Teil 2 GRUNDLEGENDE KONZEPTE GESCHLECHTSBASIERTER GEWALT

IMPLEMENT – Spezialisierte Unterstützung für Opfer von Gewalt im Gesundheitssystem Europas
JULI 2014 (CAP 636)



Mythen zu geschlechtsbasierter Gewalt

1. Frauen lassen es zu, dass ihnen Gewalt angetan wird, und können ihre gewalttätigen Partner verlassen, wenn sie es nur wirklich wollen
2. Konflikte und Streitigkeiten gehören zu jeder Beziehung
3. Frauen werden genauso gewalttätig gegen Männer wie umgekehrt
4. Geschlechtsbasierte Gewalt geschieht nur einem bestimmten Typ Menschen
5. Geschlechtsbasierte Gewalt entsteht durch Alkohol- und/oder Drogenmissbrauch
6. Frauen sollten Gewalt hinnehmen, damit die Familie zusammenbleibt
7. Ein Mann kann seine Ehefrau nicht vergewaltigen

(UNFPA-WAVE, S. 161)

IMPLEMENT – Spezialisierte Unterstützung für Opfer von Gewalt im Gesundheitssystem Europas
JULI 2014 (CAP 636)

Geschlechtsbasierte Gewalt

Was ist
geschlechtsbasierte
Gewalt?

Geschlechtsbasierte Gewalt

Definitionen

- Gewalt gegen Frauen
- Häusliche Gewalt und Missbrauch
- Gewalt in der Partnerschaft & Gewalt von anderen erwachsenen

Familienmitgliedern

- Genitalverstümmelung bei Frauen
- Sexualisierte Gewalt
- Zwangsehe
- Gewalt im Namen der Ehre

Geschlechtsbasierte Gewalt

Formen der Gewalt gegen Frauen (GGF)

- körperlich
- sexualisiert
- psychisch
- wirtschaftlich
- Isolierung
- Drohungen
- Zwanghaftes Kontrollverhalten

Was hat das mit dem Geschlecht zu tun?



- 89 % der Betroffenen, die mindestens viermal in ihrem Leben Opfer häuslicher Gewalt wurden, sind Frauen (Wolby & Allen 2004)
- Gewalt gegen Frauen kommt häufiger vor und ist gravierender – Frauen werden verprügelt, gewürgt oder vergewaltigt (Canadian General Social Survey, 2006)
- 38 % der Frauen und 7 % der Männer in von Gewalt geprägten Beziehungen fürchten um ihr Leben (s.o.)
- Erhebliches Sterblichkeitsrisiko: über 50 % der Tötungsdelikte an Frauen werden von ihren gegenwärtigen oder ehemaligen Beziehungspartnern verübt, bei Tötungsdelikten an Männern sind es 5 %. (Krug E. et al., 2002)
- Männliche Opfer müssen ebenfalls Zugang zu Unterstützung haben

IMPLEMENT – Spezialisierte Unterstützung für Opfer von Gewalt im Gesundheitssystem Europas
JURISD/ADAP/361

Das Rad der Macht und Kontrolle



IMPLEMENT – Spezialisierte Unterstützung für Opfer von Gewalt im Gesundheitssystem Europas
JURISD/ADAP/361

Das Rad der Gewaltlosigkeit und Gleichberechtigung



IMPLEMENT – Spezialisierte Unterstützung für Opfer von Gewalt im Gesundheitssystem Europas
JURISD/ADAP/361

Auswirkungen von geschlechtsbasierter Gewalt auf die Gesundheit von Frauen

Geschlechtsbasierte Gewalt kann drastische Folgen haben:

- Tod
- Geringere Lebenserwartung
- Körperverletzung
- Ungesunde Bewältigungsmechanismen
 - Alkohol-/Drogenkonsum
 - Selbstverletzung
- (Psycho-)somatische Auswirkungen
- Auswirkungen auf die Reproduktionsgesundheit
- Psychische Folgen

[UNFPA-WAVE, S. 39]

IMPLEMENT - Spezialisierte Unterstützung für Opfer von Gewalt im Gesundheitssystem Europas
JULI 2014 (CAPS36)

Sammeldaten aus WHO-Studie (2005)

	Unadjusted OR	95% CI	Adjusted OR	95% CI
Self-reported general health: poor or very poor	1,9	1,7-2,1	1,6	1,5-1,8
Difficulty walking in past 4 weeks	2,0	1,8-2,1	1,6	1,5-1,8
Difficulty with daily activities in past 4 weeks	1,9	1,8-2,1	1,6	1,5-1,8
Pain in past 4 weeks	1,8	1,7-2,0	1,6	1,5-1,7
Memory loss in past 4 weeks	2,0	1,9-2,2	1,8	1,6-2,0
Dizziness in past 4 weeks	2,0	1,9-2,2	1,7	1,6-1,8
Vaginal discharge in past 4 weeks	2,3	2,1-2,5	1,8	1,7-2,0
Ever suicidal thoughts	2,4	2,2-2,6	2,9	2,7-3,2
Ever suicidal attempts	3,5	3,0-4,1	3,8	3,3-4,5

Adjusted ORs were adjusted for site, age group, current marital status, and education. *ORs and 95% CI are given for the

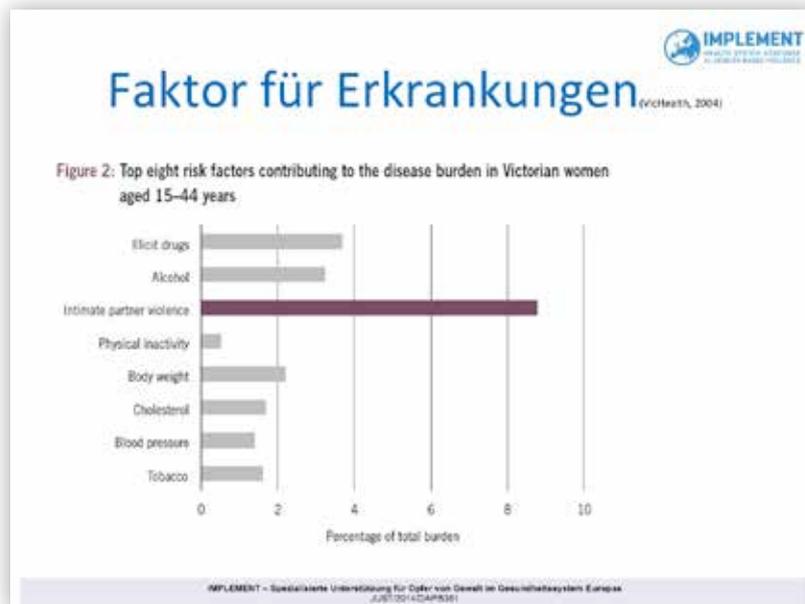
IMPLEMENT - Spezialisierte Unterstützung für Opfer von Gewalt im Gesundheitssystem Europas
JULI 2014 (CAPS36)

Auswirkungen auf die psychische Verfassung

(Howard 2013, CoMing 1098)

	OR (95 % CI)
Depression	2,8 (2,0 bis 3,9)
PTBS	7,3 (4,5 bis 12,0)
Alkoholmissbrauch	5,6 (3 bis 9)
Selbstmordgedanken	3,6 (2,7 bis 4,6)

IMPLEMENT - Spezialisierte Unterstützung für Opfer von Gewalt im Gesundheitssystem Europas
JULI 2014 (CAPS36)



- ## Warum geht sie nicht einfach
- Normalisierung von Gewalt, kulturelle Einstellungen und soziale Erwartungen
 - Diskriminierung und Stereotypen
 - Das Leben der Frau ist in Gefahr
 - Die Frau kann nicht fliehen oder fühlt sich verpflichtet, die Familie zusammenzuhalten
 - Die Frau fühlt sich alleingelassen oder weiß nicht, an wen sie sich wenden kann
 - Zwischen den Misshandlungen gibt es immer wieder Phasen, in denen alles gut ist
 - Eingeschränkter Zugang zur Justiz und Gesundheitseinrichtungen, Sprachprobleme (Migrantinnen)
 - Angst, dass ihr niemand glaubt
 - Sieht das Verhalten nicht als Misshandlung an oder glaubt nicht, dass es Alternativen gibt
 - Die Frau liebt den Täter und will, dass er damit aufhört
- IRIS Schulung, Bristol, UK
- IMPLEMENT – Spezialisierte Unterstützung für Opfer von Gewalt im Gesundheitssystem Europas
JUST/2014/SAP/6361

- ## Auswirkungen von geschlechtsbasierter Gewalt auf Kinder I
- 73 % der Mütter, die Opfer körperlicher und/oder sexualisierter Gewalt durch ihren Partner wurden, geben an, dass mindestens eines ihrer Kinder das Stattfinden derartiger Gewalthandlungen bemerkt hat (WAVE Report 2014, S. 14).
 - Kinder, die miterleben müssen, dass ihren Müttern Gewalt zugefügt wird, werden später mit größerer Wahrscheinlichkeit selbst zu Gewalttätern (WAVE, Away from Violence, S. 14).
 - Rund ein Drittel (30 %) der Frauen, die in einer früheren oder aktuellen Beziehung Opfer sexualisierter Gewalt wurden oder sind, geben an, in ihrer Kindheit sexualisierte Gewalt erlebt zu haben (FRA, Violence Against Women, S. 123).
- IMPLEMENT – Spezialisierte Unterstützung für Opfer von Gewalt im Gesundheitssystem Europas
JUST/2014/SAP/6361

Auswirkungen von geschlechtsbasierter Gewalt auf Kinder II



- Häusliche Gewalt und Missbrauch (HGM) der Eltern untereinander sind die am häufigsten gemeldete Ursache für Traumatisierungen bei Kindern (Melzer et al, 2009)
- Die mentale, emotionale und psychische Gesundheit der Kinder und ihre soziale und schulische Entwicklung werden beeinträchtigt (Stanley, 2011)
- Bei 63 % der Überprüfungen von schwerwiegenden Fällen von 2009 bis 2011 gehörte HGM zum Familienleben (Brandon et al, 2012)
- Laut dem britischen Gesetz „Adoption & Children Act“ von 2002 bezieht sich „Schaden“ auch auf „Beeinträchtigungen, die durch das Mitansetzen oder Anhören von Misshandlungen anderer entstehen.“

IMPLEMENT – Spezialisierte Unterstützung für Opfer von Gewalt im Gesundheitssystem Europas
JUST/2014/DAP/6361

Geschilderte Fälle von Kindheitserlebnissen mit Gewalt



Land	Körperliche Gewalt	Sexualisierte Gewalt	Psychische Gewalt	Sonstige Gewalt
Österreich	27 %	5 %	9 %	31 %
Bulgarien	28 %	28 %	5 %	30 %
Frankreich	33 %	20 %	14 %	47 %
Deutschland	37 %	13 %	13 %	44 %
Italien	25 %	11 %	9 %	33 %
Rumänien	23 %	(1)	4 %	24 %

(FRA, Violence Against Women, S. 128)

IMPLEMENT – Spezialisierte Unterstützung für Opfer von Gewalt im Gesundheitssystem Europas
JUST/2014/DAP/6361

Warum wenden sich manche Frauen nicht an einen Dienst und bitten um Hilfe?



- Sie entscheiden sich dafür, die Situation selbst zu bewältigen oder mit jemandem zu sprechen, der ihnen nahesteht
- Sie glauben, dass ihnen niemand helfen kann
- Sie haben in der Vergangenheit schlechte Erfahrungen damit gemacht, um Hilfe zu bitten
- Sie glauben, dass ihre Situation zu 'unbedeutend' ist, als dass sie eine Organisation um Hilfe bitten könnten, oder dass ihre Erlebnisse nicht ausreichen, um die Hilfe der Dienste in Anspruch nehmen zu dürfen
- Entweder wissen sie nicht, welche Hilfe ihnen zur Verfügung steht, oder es gibt tatsächlich keine Organisation, die ihnen helfen könnte. (FRA, Violence Against Women, S. 66)

IMPLEMENT – Spezialisierte Unterstützung für Opfer von Gewalt im Gesundheitssystem Europas
JUST/2014/DAP/6361

Anlaufstellen, an die sich weibliche Opfer wenden und um Hilfe bitten können

Frauen, die nach ihrem 15. Lebensjahr schwere Fällen von Gewalt erlebt und sich hilfesuchend an Behörden oder Organisationen gewendet haben (EU 28):

Dienst	Körperliche Gewalt in der Partnerschaft	Sexualisierte Gewalt in der Partnerschaft	Körperliche Gewalt außerhalb der Partnerschaft	Sexualisierte Gewalt außerhalb der Partnerschaft
Polizei	14 %	15 %	13 %	14 %
Krankenhaus	11 %	12 %	9 %	12 %
Arzt/Ärztin oder medizinische Einrichtung	15 %	22 %	10 %	16 %
Frauenhaus	3 %	6 %	(0)	(1)
Hilfsorganisation für Opfer	4 %	4 %	1 %	4 %

[FRA, Violence Against Women, S. 65]

IMPLEMENT – Spezialisierte Unterstützung für Opfer von Gewalt im Gesundheitssystem Europas
JUST/2014/DAP/6361

Europäische Statistiken zur geschlechtsbasierten Gewalt

Die wichtigsten FRA-Ergebnisse zur Prävalenz von körperlicher und sexualisierte Gewalt

- 1 von 3 Frauen hat seit ihrem 15. Lebensjahr einen körperlichen und/oder sexualisierten Übergriff erlebt = das sind 62 Millionen Frauen in der gesamten EU
- 1 von 10 Frauen hat seit ihrem 15. Lebensjahr in irgendeiner Form sexualisierte Gewalt erlebt
- 1 von 20 Frauen wurde seit ihrem 15. Lebensjahr vergewaltigt

[FRA, Violence Against Women, S. 23]

IMPLEMENT – Spezialisierte Unterstützung für Opfer von Gewalt im Gesundheitssystem Europas
JUST/2014/DAP/6361

Prävalenz geschlechtsbasierter Gewalt in den IMPLEMENT-Ländern

Frauen, die seit ihrem 15. Lebensjahr körperliche und/oder sexualisierte Gewalt erlebt haben:

Land	Aktueller Partner	Vorheriger Partner	Kein Partner	Ein anderer Partner und/oder Nicht-Partner
Österreich	3 %	15 %	12 %	20 %
Bulgarien	11 %	38 %	14 %	28 %
Frankreich	11 %	31 %	33 %	44 %
Deutschland	7 %	24 %	24 %	35 %
Italien	9 %	25 %	17 %	27 %
Rumänien	14 %	30 %	14 %	30 %

[FRA, Violence Against Women, S. 28]

IMPLEMENT – Spezialisierte Unterstützung für Opfer von Gewalt im Gesundheitssystem Europas
JUST/2014/DAP/6361

Rolle des Gesundheitssystems



- Sofortige Unterstützung (+ gerichtsmedizinische Untersuchung) bieten, an speziellen Dienst für geschlechtsbasierte Gewalt überweisen, fortlaufende Betreuung
- Geschlechtsbasierte Gewalt betrifft die gesamte öffentliche Gesundheit
- Jedes dritte Opfer körperlicher und/oder sexualisierter Gewalt in der Partnerschaft und jedes vierte Opfer körperlicher und/oder sexualisierte Gewalt außerhalb der Partnerschaft hat sich an einen Dienst oder eine Organisation gewendet und um Hilfe gebeten
- **Frauen wenden sich eher an eine medizinische Einrichtung als an irgendeinen anderen Dienst**, einschließlich Polizei oder Sozialeinrichtungen.

(PRA, Violence Against Women, S. 6C)

IMPLEMENT – Spezialisierte Unterstützung für Opfer von Gewalt im Gesundheitssystem Europas
JUST/2014/CAP/6361

Teil 3 GESCHLECHTSBASIERTE GEWALT ERKENNEN



IMPLEMENT – Spezialisierte Unterstützung für Opfer von Gewalt im Gesundheitssystem Europas
JUST/2014/CAP/6361

Berichte von Opfern



„...der einzige Arzt, der jemals nachgefragt hat... ich war einfach nur erleichtert, dass endlich mal jemand etwas sagte. Und er gab mir ein Päckchen Taschentücher und ich saß da und heulte... und er sagte: 'Sagen Sie Bescheid, wenn Sie soweit sind', und dass es Hilfe für mich gibt. Ich sei nicht auf mich allein gestellt. Und wenn ich Hilfe wolle, würde ich sie bekommen, und es gäbe keinen Grund, sich zu schämen. Aber so war es, ich schämte mich, und er sagte: 'Sie sind nicht allein. Wir besorgen Ihnen Hilfe.' Und das hat er gemacht. Er hat dafür gesorgt, dass ich Hilfe bekomme.“

IMPLEMENT – Spezialisierte Unterstützung für Opfer von Gewalt im Gesundheitssystem Europas
JUST/2014/CAP/6361

Berichte von Opfern

„Er hatte mir die Schulter gebrochen... Aber mein Freund kam mit, weil er für mich dolmetschen musste, also gab mir der Arzt einen Zettel mit einer Telefonnummer, an die ich mich wenden kann, und ich beobachtete die Reaktion meines Freundes.“

Symptome und Anzeichen für geschlechtsbasierte Gewalt

- Depressionen, Unruhe, posttraumatische Belastungsstörung (PTBS), Schlafstörungen
- Selbstmordgedanken/-versuche oder Selbstverletzungen
- Alkohol-/Drogenmissbrauch
- Ungeklärte chronische gastrointestinale Beschwerden
- Ungeklärte Beschwerden an den Fortpflanzungsorganen, einschließlich Beckenschmerzen oder sexuelle Dysfunktion
- Fortpflanzungsschwierigkeiten
- Ungeklärte Urogenitalbeschwerden
- Wiederholt auftretende vaginale Blutungen und sexuell übertragbare Krankheiten
- Ungeklärte chronische Schmerzen
- Traumatische Verletzungen
- Probleme mit dem zentralen Nervensystem (Kopfschmerzen, kognitive Probleme, Hörverlust)
- Wiederholte Konsultationen ohne eindeutige Diagnose
- Zudringlicher Partner / Ehemann oder erwachsene Begleitpersonen beim Gespräch

(UNFPA-WAVE, S. 67)

Mögliche Hinweise auf geschlechtsbasierte Gewalt

- Verletzungen, die nicht zu den Erklärungen für die Ursachen passen
- Die Frau versucht, ihre Verletzungen zu verbergen oder deren Ausmaß herunterzuspielen
- Der Frau widerstrebt es, vor ihrem Partner zu sprechen, oder sie erscheint demütig oder ängstlich
- Die Behandlung wird nicht befolgt
- Termine werden häufig nicht eingehalten
- Mehrere Verletzungen in verschiedenen Heilphasen
- Die Frau macht einen verängstigten, übermäßig nervösen oder deprimierten Eindruck
- Der Partner ist aggressiv oder dominant, spricht für die Frau oder weigert sich, den Raum zu verlassen
- Kaum oder gar keine Untersuchungen während der Schwangerschaft
- Vorzeitige Selbstentlassung aus dem Krankenhaus

Hürden im Gesundheitswesen für die Bekämpfung von geschlechtsbasierter Gewalt



Patientinnen	Medizinische Fachkräfte
<ul style="list-style-type: none"> o Scham, Schuldgefühl o Angst vor negativen Reaktionen oder Schuldzuweisungen o Angst vor einer Eskalation der Gewalt o Gesellschaftliche Isolierung o Keine sicheren Zufluchtsmöglichkeiten für sich selbst und die Kinder o Kaum Zugang zu Hilfe, insbesondere in entlegenen Gebieten o Sprachliche und kulturelle Barrieren 	<ul style="list-style-type: none"> o Unzureichende Kenntnisse über geschlechtsbasierte Gewalt und inkompetenter Umgang mit Fällen o Zeitmangel o Unzureichende Unterstützung durch die Einrichtung, z. B. keine standardisierten Protokolle oder hausinternen Schulungen o Eigene Einstellung und falsche Vorstellungen von geschlechtsbasierter Gewalt

(UNFPA-WAVE, S. 176)

IMPLEMENT - Spezialisierte Unterstützung für Opfer von Gewalt im Gesundheitssystem Europas
JUB2014CAP001

IMPLEMENT SEMINAR FÜR AUSBILDERINNEN
PowerPoint-Präsentationen
TAG 1

Voraussetzungen, um nach geschlechtsbasierter Gewalt zu fragen



Mindestvoraussetzungen für Fragen:

- o Protokoll oder Standardvorgehensweise
- o Medizinische Fachkräfte werden darin geschult, zu fragen und auf Enthüllungen zu reagieren
- o Privatsphäre und Vertraulichkeit
- o Arzt/Ärztin ist bereits sensibilisiert und sachkundig oder/und verfügt über Materialien und Überweisungssystem (IMPLEMENT Baseline-Tool)

Wann kann gefragt werden?

- o Private und vertrauliche Umgebung
- o Die Frau ist allein
- o Bei Migrantinnen, Flüchtlingen oder Angehörigen ethnischer Minderheiten, die die Landessprache nicht sprechen, sollte ein professioneller Dolmetscher hinzugezogen werden (sehen Sie davon ab, Familienmitglieder dolmetschen zu lassen) (IMPLEMENT Baseline-Tool)

WANN KANN GEFÄHRLOS NACH GESCHLECHTSBASIERTER GEWALT GEFRAGT WERDEN?



IMPLEMENT - Spezialisierte Unterstützung für Opfer von Gewalt im Gesundheitssystem Europas
JUB2014CAP001

Klinische Sondierung (Fallerkennung)



- o Es ist nicht bei allen Frauen möglich, gefahrlos nachzufragen
- o Es gibt keine hinreichende Evidenz, die ein Screening /Routinebefragung rechtfertigen
- o Fragen Sie nach, wenn Frauen mit bestimmten Verletzungen oder Beschwerden kommen
- o Haben Sie keine Hemmungen, zu fragen
- o Die Frage zu stellen legitimiert das Gespräch über geschlechtsbasierte Gewalt

IMPLEMENT - Spezialisierte Unterstützung für Opfer von Gewalt im Gesundheitssystem Europas
JUB2014CAP001

Nachfragen



- Ergreifen Sie die Initiative, um zu fragen
 - Fragen Sie nicht in Anwesenheit anderer, insbesondere nicht vor dem Partner
- Vertraulichkeit
- Augenkontakt
- Körpersprache
- Aktiv zuhören
- Bestätigung
- Geduld
- Unterstützende Äußerungen
- Ressourcen hervorheben
- Unvoreingenommen

[JNPPA-WAVE, S. 20]

IMPLEMENT – Spezialisierte Unterstützung für Opfer von Gewalt im Gesundheitssystem Europas
JULI 2014 (ADAPK30)

Fragen



„Aus meinen Erfahrungen weiß ich, dass viele Frauen zuhause Misshandlungen und Gewalt ausgesetzt sind. Ist das bei Ihnen der Fall?“

„Wir wissen, dass viele Frauen zuhause misshandelt oder geschlagen werden und dadurch gesundheitliche Beeinträchtigungen haben. Könnte es sein, dass Ihnen zuhause Gewalt angetan wird oder wurde?“

„Viele meiner Patientinnen stecken in einer gewalttätigen Beziehung. Es kann sehr beunruhigend oder unangenehm sein, darüber zu sprechen. Sind Sie jemals von Ihrem Partner geschlagen oder misshandelt worden?“

„Haben Sie Angst vor einem Mitglied Ihrer Familie? Wurden Sie von jemandem verletzt?“

„Manche Frauen erleiden solche Verletzungen, wenn sie misshandelt werden. Ist Ihnen so etwas widerfahren?“

„Manche Menschen mit diesen Symptomen haben Probleme zuhause. Wie sieht es bei Ihnen aus? Haben Sie vor jemandem Angst, werden gedemütigt oder verletzt?“

„Versucht jemand, darüber zu bestimmen, was Sie tun und wen Sie treffen dürfen?“
(JIS Schulungsunterlagen, Bristol, UK, 2015)

IMPLEMENT – Spezialisierte Unterstützung für Opfer von Gewalt im Gesundheitssystem Europas
JULI 2014 (ADAPK30)

Fragen



Forschungen haben ergeben, dass Frauen nicht unbedingt anfangen, über Gewalt zu sprechen, sondern vor allem positiv auf die Nachfrage reagieren

Stellen Sie Fragen, die für das Alter, die Kultur und die momentane Verfassung der Patientin angemessen sind

Vermeiden Sie Fachausdrücke wie „häusliche Gewalt“ – die Frauen wissen vielleicht nicht genau, was das zu bedeuten hat, und können sich daher nicht damit identifizieren

[JNPPA-WAVE, S. 200]

IMPLEMENT – Spezialisierte Unterstützung für Opfer von Gewalt im Gesundheitssystem Europas
JULI 2014 (ADAPK30)

Frauenorientierte Soforthilfe

- **Soforthilfe**
 - sofortige Unterstützung
 - Beistand und Bestätigung
 - 'psychologische Erste Hilfe'
- **Frauenorientierte Betreuung**
 - Bestätigung
 - praktische Versorgung, unaufdringlich
 - einfühlsam und geduldig
 - informierend
 - mehr Sicherheit und besseres Kontrollgefühl
 - Vertraulichkeit und Privatsphäre
 - soziale Unterstützung
 - hilfreiche Überweisungen

(WHO, „Responding to Intimate Partner Violence and Sexual Violence Against Women“ (2018), S. vi.)
(UNFPA/ISAVE, 5, 74)

IMPLEMENT – Spezialisierte Unterstützung für Opfer von Gewalt im Gesundheitssystem Europas
JUST/2014/DAP/5361

Berichte von Opfern

„Ich habe es ihr erzählt. Es war, als ob der Knoten endlich geplatzt ist. Die Ärztin sagte, das erklärt es... Ich habe häusliche Gewalt erwähnt... meine Ärztin ist sofort darauf eingegangen.“

IMPLEMENT – Spezialisierte Unterstützung für Opfer von Gewalt im Gesundheitssystem Europas
JUST/2014/DAP/5361

Teil 4 AUF GESCHLECHTSBASIERTE GEWALT REAGIEREN UND FÄLLE DOKUMENTIEREN



Reagieren

Schlüsselbotschaften:

- „Ich glaube Ihnen“
- „Es ist nicht Ihre Schuld“
- „Es gibt Hilfe und Unterstützung“
- „Danke, dass Sie sich mir anvertraut haben“
- „Jede/r hat das Recht darauf, (zu Hause) in Sicherheit zu sein“

IMPLEMENT – Spezialisierte Unterstützung für Opfer von Gewalt im Gesundheitssystem Europas
JUST/2014/CAP/6361



Nutzung der Dokumentation

Rechtliche Aspekte für medizinische Fachkräfte	Rechtliche Aspekte für Patientinnen	Für eine gute klinische Versorgung
<ul style="list-style-type: none"> • berufliche Verpflichtung, Einzelheiten aller Gespräche mit der Patientin aufzuzeichnen • Notizen, was die Patientin gesagt hat, was man gesehen und getan hat • vertraulich behandeln 	<ul style="list-style-type: none"> • Patientenakten können vor Gericht als Beweismittel verwendet werden • dokumentierte gesundheitliche Folgen können dem Gericht bei der Entscheidungsfindung helfen und Informationen zu früheren/aktuellen Gewalttätigkeiten liefern • durch mangelhafte Koordination zwischen der Gesundheitseinrichtung und der Polizei/den Strafverfolgungsbehörden können Beweise verloren gehen 	<ul style="list-style-type: none"> • die Dokumentation kann andere Gesundheitseinrichtungen, die sich später um die Patientin kümmern, auf ihre Erlebnisse geschlechtsbasierter Gewalt aufmerksam machen und so dazu beitragen, dass sie die entsprechende Nachsorge bekommt • Geschlechtsbasierte Gewalt ist eine besondere Form der Gewalt und erfordert eine spezielle Ausbildung

[UNFPA WAVE, S. 79]

IMPLEMENT – Spezialisierte Unterstützung für Opfer von Gewalt im Gesundheitssystem Europas
JUST/2014/CAP/6361



Die Anamnese erheben

- Warum aufzeichnen?
- Einverständniserklärung

1. Lassen Sie sich eine schriftliche Einverständniserklärung geben

- Legen Sie alle Aspekte der Konsultation dar
- Erläutern Sie, inwiefern der Vertraulichkeit Grenzen gesetzt sind
- Bitten Sie die Patientin, die Einverständniserklärung zu unterzeichnen oder zu kennzeichnen, falls dies gesetzlich vorgeschrieben ist

→

2. Erstellen sie eine vollständige Anamnese

- Zeitpunkt und Art des Übergriffs
- das Risiko einer Schwangerschaft, sexuell übertragbarer Krankheiten oder sonstiger Infektionen
- die psychische Verfassung der Frau
- demografische Angaben
- Ergebnisse der ärztlichen Untersuchung und Tests
- Behandlungsplan
- Medikation
- Symptome oder offenkundige Verletzungen
- Häufigkeit und Schwere der Misshandlungen
- Aufzeichnung der Zustimmung und Maßnahme (Überweisung)

[UNFPA WAVE, S. 80]

IMPLEMENT – Spezialisierte Unterstützung für Opfer von Gewalt im Gesundheitssystem Europas
JUST/2014/CAP/6361

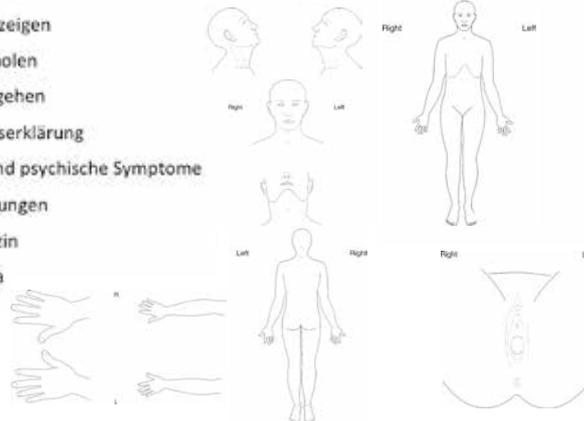
Dokumentieren

- **Befragen**
 - bitten Sie sie, in ihren eigenen Worten zu erzählen, was vorgefallen ist
 - stellen Sie offene Fragen, vermeiden Sie „Warum“
 - vermeiden Sie unnötige Unterbrechungen
 - hören Sie aktiv zu
 - bekräftigen Sie sie
 - seien Sie unvoreingenommen
- (UNFPA-WAVE, S. 75)
- **Fälle sexualisierten Missbrauchs dokumentieren**

Ärztliche Untersuchung

- Erläutern und zeigen
- Erlaubnis einholen
- Sorgfältig vorgehen
- Einverständniserklärung
- Emotionale und psychische Symptome
- Körperverletzungen
- Gerichtsmedizin
- Körperschema

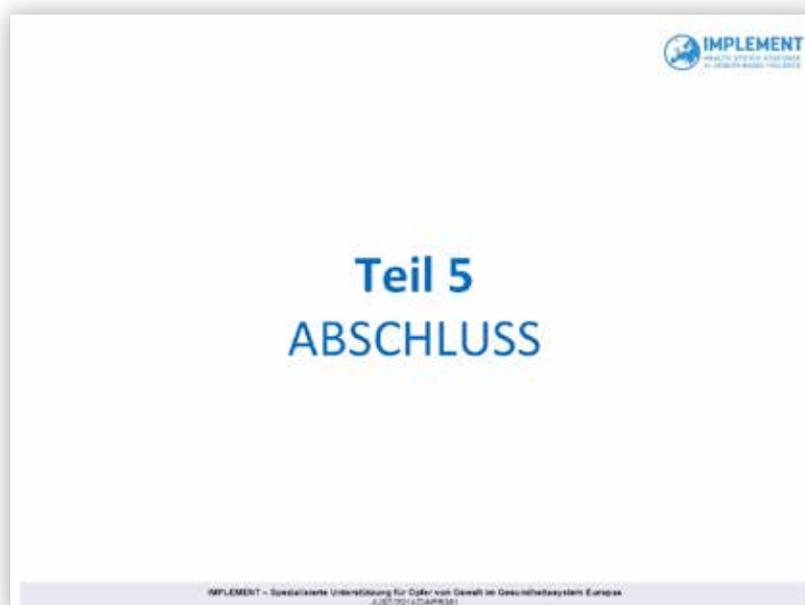
(UNFPA-WAVE, S. 75)



Fotos

- Erlaubnis einholen
- Kennzeichnung
- Skalen
- Ausrichtung
- Beweismittelkette
- Sicherheit
- Einfühlungsvermögen

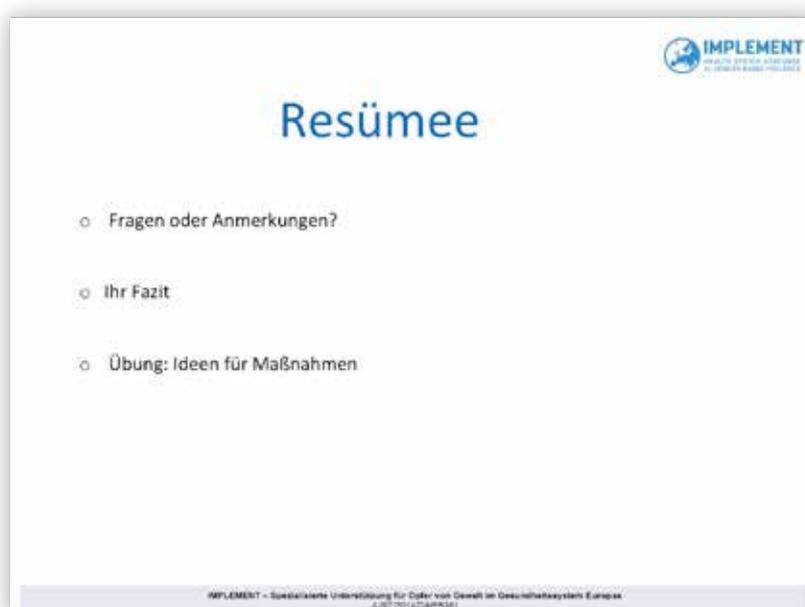
(UNFPA-WAVE, S. 80)



IMPLEMENT
HEALTH SYSTEM STRENGTHENING
IN LOW AND MIDDLE INCOME COUNTRIES

Teil 5 ABSCHLUSS

IMPLEMENT – Spezialisierte Unterstützung für Länder von Gewalt im Gesundheitssystem Europas
JUST/2014/0416/01



IMPLEMENT
HEALTH SYSTEM STRENGTHENING
IN LOW AND MIDDLE INCOME COUNTRIES

Resümee

- Fragen oder Anmerkungen?
- Ihr Fazit
- Übung: Ideen für Maßnahmen

IMPLEMENT – Spezialisierte Unterstützung für Länder von Gewalt im Gesundheitssystem Europas
JUST/2014/0416/01

Ausblick auf den zweiten Schulungstag

- Resümee
- Risikofaktoren
- Risikobewertungen
- Sicherheitsplanung
- Überweisungswege
- Basisreferenzblatt
- IMPLEMENT-Protokoll für Überweisungen
- Präsentationen
- Schwierigkeiten bei Schulungen
- Geschlechtsbasierte Gewalt: Beistand
- Wahrnehmung der eigenen Bedürfnisse
- Nächste Schritte & Maßnahmenpläne
- Auswertung und Feedback

TAG 2

With financial support
from the Rights, Equality
and Citizenship Programme
of the European Union



Autonome Österreichische
FRAUENHÄUSER



Teil 6 RISIKOBEWERTUNG UND SICHERHEITSPANUNG

Risikofaktoren

- Vorhergehende Gewalttaten
- Trennung und Scheidung
- Gewalttätige Übergriffe durch andere Familienmitglieder
- Waffenbesitz/-gebrauch
- Alkohol- /Drogenmissbrauch
- Drohungen
- Extrem eifersüchtig und besitzergreifend
- Patriarchalische Konzepte und Einstellungen
- Stalking
- Kinder in Gefahr
- Mögliche Auslöser
- Missachtung von einstweiligen Verfügungen

Fragen zur Risikobewertung



Sicherheit – fragen Sie die Patientin:

- „Sind Sie zuhause in Sicherheit?“
- „Wovor haben Sie Angst, was könnte passieren?“
- „Welche Drohungen wurden ausgesprochen?“
- „Was ist mit Drohungen in Bezug auf die Kinder, andere Familienmitglieder, Haustiere?“

Risiko – fragen Sie die Patientin:

- „Glauben Sie, dass er Sie oder die Kinder ernsthaft verletzen wird?“
- „Gab es noch schwerwiegendere Vorfälle?“ (noch mehr Angst, noch schlimmere Verletzung)
- „Verschlimmert sich die Situation?“ (Häufigkeit, Art, Schwere, Eskalation) (IKIS Schulung, Bristol, UK, 2015)

IMPLEMENT – Spezialisierte Unterstützung für Opfer von Gewalt im Gesundheitssystem Europas
JUST/2014/AGAP/6361

SPECCS



Separation/Child Contact (Trennung/Kontakt zu den Kindern): Die Trennung von einem gewalttätigen Partner ist mit einem hohen Risiko verbunden.

Pregnancy (Schwangerschaft): (vor der Geburt und im ersten Lebensjahr): 30 % der Misshandlungen und Fälle von häuslicher Gewalt beginnen während der Schwangerschaft.

Escalation of Violence (Eskalation der Gewalt): Frühere Fälle von häuslicher Gewalt sind der sicherste Hinweis, dass es zu weiteren gewalttätigen Übergriffen kommen wird. In 35 % der Haushalte kommt es innerhalb von fünf Wochen nach dem ersten Vorfall zu einem zweiten Übergriff.

Cultural Factors (kulturelle Faktoren): zum Beispiel Sprachbarrieren, Einwanderungsstatus und Vereinsamung.

Stalking: Untersuchungen haben ergeben, dass Stalker aus Paarbeziehungen ein gefährlicheres Stalking-Verhalten an den Tag legen als Stalker, die keine intime Beziehung mit dem Opfer haben oder hatten.

Sexual Assault (sexualisierter Übergriff): Wenn die Täter sowohl körperliche als auch sexualisierte Gewalt anwenden, sind die Opfer einem höheren Risiko ausgesetzt. (Laura Richards, 2003)

IMPLEMENT – Spezialisierte Unterstützung für Opfer von Gewalt im Gesundheitssystem Europas
JUST/2014/AGAP/6361

DASH



Domestic Abuse, Stalking and Harassment & Honor-based Violence (häusliche Gewalt, Stalking, Belästigung und Gewalt im Namen der Ehre) Risikobewertung

- In Fällen häuslicher Gewalt ist das Formular von allen beteiligten MitarbeiterInnen auszufüllen
- Ermitteln Sie die Risikofaktoren, die gefährdeten Personen und entscheiden Sie, welche Maßnahmen erforderlich sind
- Machen Sie auch Angaben zu den im Haushalt lebenden Kindern
- Halten Sie fest, welche Schritte Sie unternommen haben, um die unmittelbare Sicherheit des Opfers und der Kinder zu gewährleisten
- Fragen Sie sich: „Habe ich alles getan, was in meiner Macht steht?“

IMPLEMENT – Spezialisierte Unterstützung für Opfer von Gewalt im Gesundheitssystem Europas
JUST/2014/AGAP/6361

Sicherheitsplanung

- Sicherheit in der Beziehung
- Flucht im Notfall
- Sicherheit nach Ende der Beziehung

Berichte von medizinischen Fachkräften

„Seit der Schulung konnten wir mehr Fälle aufdecken und Frauen helfen, die vorher nicht imstande waren, über das, was ihnen angetan wurde, zu sprechen. Außerdem können wir die Risiken für die Frauen und ihre Kinder nun besser einschätzen.“

-Ärztin

Berichte von medizinischen Fachkräften

„Vielen, vielen Dank. Ich traf sie kurz darauf wieder, und sie war so froh über die Hilfe und Unterstützung. Wirklich bewegend. Das ist einer dieser besonderen Momente im Leben eines Arztes, wenn man merkt, dass es für diejenigen, die am dringendsten darauf angewiesen sind, die richtige Unterstützung gibt. Einfach wunderbar.“

-Arzt

Überweisungswege



- **Was ist eine Überweisung?**
umfassender institutioneller Rahmen, der verschiedene Einheiten mit klar definierten Aufgaben, Zuständigkeiten und Befugnissen zu einem Kooperationsnetzwerk verbindet
- Ziel:
 - den **Schutz und die Unterstützung** der Opfer gewährleisten und ihnen dabei helfen, wieder vollständig zu genesen und ihr Selbstbewusstsein zurückzuerlangen;
 - Geschlechtsbasierte Gewalt zu **verhindern**;
 - dafür sorgen, dass die Täter **strafrechtlich verfolgt** und belangt werden

(UNIPA-WAVE, S. 88)

IMPLEMENT - Spezialisierte Unterstützung für Opfer von Gewalt im Gesundheitssystem Europas
AUST-001420476361

Überweisen



- Wann und wie sollte eine Überweisung erfolgen?
- Dos und Don'ts, zum Beispiel: bieten Sie eine Überweisung an, auch wenn dies zuvor bereits abgelehnt wurde; zwingen Sie niemanden, eine Überweisung anzunehmen
- Siehe Basisreferenzblatt
- Wie läuft eine Überweisung ab?
- Ihre Rolle im Überweisungsprozess

IMPLEMENT - Spezialisierte Unterstützung für Opfer von Gewalt im Gesundheitssystem Europas
AUST-001420476361

Basisreferenzblatt



- Dient den medizinischen ProjektleiterInnen/ExpertInnen als Orientierung, wie sie auf geschlechtsbasierte Gewalt reagieren sollen, einschließlich:
 - Name und Kontaktdaten des festgelegten Überweisungsweges (Gewaltexpertin)
 - Beispiele für Fragen (direkt/indirekt)
 - Diagramm „Wann kann gefahrlos nach geschlechtsbasierter Gewalt gefragt werden?“
 - Was sollte dokumentiert werden?
 - Warnhinweise in Bezug auf geschlechtsbasierte Gewalt
 - Diagramm „Betreuungssystem für geschlechtsbasierte Gewalt“
 - Elemente zur Gewährleistung von Sicherheit und Schutz im Gesundheitssystem

IMPLEMENT - Spezialisierte Unterstützung für Opfer von Gewalt im Gesundheitssystem Europas
AUST-001420476361

IMPLEMENT- Protokoll

Sie haben einen Fall von geschlechtsbasierter Gewalt erkannt, und die Frau ist dazu bereit, sich an eine/n GewaltexpertIn zu wenden. Was tun Sie jetzt?

Teil 7 SCHWIERIGKEITEN BEI SCHULUNGEN

Präsentationen

- Aufteilung in Zweiergruppen
- 20 Minuten Vorbereitungszeit
- 5 Minuten Präsentationen
- Stellen Sie sich selbst und Ihre Rolle in IMPLEMENT vor
- IMPLEMENT, die Vorteile für die Abteilung, einzelne medizinische Fachkräfte und PatientInnen erklären
- Nächste Schritte und Anmeldung
- Feedback

Schulungstipps I

- **Haben Sie etwas vergessen?** Atmen Sie tief durch, nehmen Sie sich kurz Zeit, werfen Sie einen Blick auf Ihre Notizen und machen Sie weiter
- **Nervös?** Stellen Sie sich vor, dass Ihr Publikum interessiert und motiviert ist – halten Sie sich ein positives Bild vor Augen und stellen Sie Blickkontakt her
- **Keine Antwort auf eine Frage?** Halten Sie kurz inne, seien Sie ehrlich und sagen Sie, dass Sie darauf zurückkommen werden
- **Jemand widerspricht Ihnen?** Akzeptieren Sie angebrachte Zweifel und Fragen, nehmen Sie sie nicht persönlich und lösen Sie das Problem konstruktiv

Schulungstipps II

- **Alle stellen gleichzeitig Fragen?** Rufen Sie ihnen die Übereinkunft ins Gedächtnis (nur eine Person hat das Wort)
- **Kommen Sie durcheinander?** Schauen Sie nach, auf welcher Folie Sie gerade sind, überprüfen Sie Ihre Notizen, konzentrieren Sie sich und machen Sie weiter.
- **Haben Sie zu schnell gesprochen und die Gruppe verliert das Interesse?** Sprechen Sie langsamer, machen Sie längere Pausen zwischen den Sätzen, trinken Sie einen Schluck Wasser und kommen Sie noch einmal auf das letzte Thema zurück

Teil 8 GESCHLECHTSBASIERTE GEWALT: BEISTAND

GewaltexpertIn I

- bietet emotionale und praktische Unterstützung
- zeigt Alternativen auf und vermittelt ein Gefühl der Selbstbestimmung
- handelt im Interesse der Patientin: verwendet eine flexible Herangehensweise, die auf die Situation, das Tempo, die Bereitschaft zu Veränderungen und die Ziele der Frau abgestimmt ist
- bietet den medizinischen Fachkräften fortlaufende Unterstützung

GewaltexpertIn II

- hält für alle Risikostufen geeignete Überweisungen an verschiedene Organisationen und Dienste bereit
- kooperiert mit dem/r medizinischen ProjektleiterIn/ExpertIn
- erfasst Daten von Patientinnen und Verfahren
- Informiert die medizinischen Fachkräfte über den aktuellen Stand der Fälle
- bietet langfristige Unterstützung (und nicht nur kurzfristige Krisenintervention)
- bietet denen, die ansonsten keinen Zugang zu Unterstützung haben, Beistand

Bewährte Vorgehensweisen

- Sicherheit für die Patientin gewährleisten und ihr während des Gesprächs beistehen
- das IMPLEMENT-Vorgehen, die Vertraulichkeit und Weitergabe von Informationen erläutern
- geeignete Dolmetscher einsetzen
- genügend Zeit und Privatsphäre zulassen
- angreifbare Erwachsene und Kinder schützen
- an das Ergebnisformular für Patientinnen denken
- daran denken, dass Ihnen höchstwahrscheinlich ein Geheimnis anvertraut wurde
- medizinische Fachkräfte daran erinnern, dass die Unterstützung patientenorientiert ist und keine Heilung, Medizin oder „schnelle Lösung“ bietet
- medizinische Fachkräfte daran erinnern, dass Offenbarung kein einmaliges Ereignis, sondern ein Prozess ist

Wahrnehmung der eigenen Bedürfnisse



Achten Sie auf sich selbst, wenn Sie beruflich mit geschlechtsbasierter Gewalt zu tun haben!

1. **Physisch:** Nehmen Sie regelmäßige Mahlzeiten zu sich, schlafen und ruhen Sie genug und nehmen Sie sich ab und zu frei
2. **Emotional:** Schauen Sie sich Ihren Lieblingsfilm an/hören Sie Ihre Lieblingsmusik, gestatten Sie sich, zu lachen und zu weinen
3. **Beruflich:** Halten Sie Grenzen aufrecht, machen Sie regelmäßig Supervision, lassen Sie Ihr Privatleben nicht zu kurz kommen, setzen Sie Grenzen, und machen Sie über den Tag verteilt regelmäßig Pausen

Nehmen Sie die von IMPLEMENT angebotene Unterstützung in Anspruch – sprechen Sie mit Gene und Medina

IMPLEMENT – Spezialisierte Unterstützung für Opfer von Gewalt im Gesundheitssystem Europas
AUST-091420476361



Nächste Schritte

- Kontaktdaten anderer GewaltexpertInnen und der medizinischen ProjektleiterInnen/ExpertInnen
- Ihre Einarbeitung
- regelmäßige Supervision
- ständiger Kontakt mit dem IMPLEMENT-Team
- ständiger Kontakt mit Gene und Medina
- individuelle Maßnahmenpläne

IMPLEMENT – Spezialisierte Unterstützung für Opfer von Gewalt im Gesundheitssystem Europas
AUST-091420476361



Maßnahmenpläne

Überlegen Sie sich drei Maßnahmen, die Sie mitnehmen und ausarbeiten werden, und halten Sie diese schriftlich fest.

Denken Sie darüber nach, worum es sich bei diesen Maßnahmen handelt, ob Sie weitere Unterstützung dabei benötigen und mit wem Sie darüber sprechen können.

Legen Sie einen realistischen Zeitrahmen für Ihre Maßnahmen und einen Termin für ihre Überprüfung fest.

Achten Sie darauf, dass Ihre Maßnahmen **SMART** sind:
Spezifisch, messbar, ausführbar, realistisch, terminiert

IMPLEMENT – Spezialisierte Unterstützung für Opfer von Gewalt im Gesundheitssystem Europas
AUST-091420476361

Teil 9

AUSWERTUNG



IMPLEMENT

HEALTH SYSTEM RESPONSE
TO GENDER BASED VIOLENCE