

---

# **Modellprojekt Hinsehen-Erkennen-Handeln. (Aktive Hilfen) im Gesundheitswesen**

**Projekt zur Sensibilisierung und Qualifizierung von Fachkräften im Gesundheitswesen für das Thema „Häusliche Gewalt und Gewalt in der Familie“ in Dresden**

## **Abschlussbericht**

**Franziska Epple  
Julia Schellong**

STAATSMINISTERIUM  
FÜR SOZIALES UND  
VERBRAUCHERSCHUTZ



## **Dank**

In einem Projekt dieser Dauer und mit diesen besonderen Vernetzungserfordernissen sind nicht nur die unmittelbar Beteiligten für den Projekterfolg entscheidend sondern insbesondere auch die vielen Wegbegleiter, die mit ihren kreativen Ideen, kritischen Anmerkungen und freundlichen Worten maßgeblich zum Gelingen beitragen. Die Autoren danken daher all diesen Wegbegleitern für die großartige Unterstützung im Vorfeld der Projektbeantragung, bei der Durchführung und bei der Nachbereitung des Modellprojektes.

Wir danken dem Vorstand des Universitätsklinikums Dresden für das uneingeschränkte Wohlwollen dem Projekt gegenüber und für das Bereitstellen von räumlichen und personellen Ressourcen.

Ein großer Dank gebührt den Mitgliedern des Dresdner Bündnisses gegen Häusliche Gewalt, die uns sowohl als Ansprechpartner als auch als Referenten und moralische Unterstützung jederzeit zur Seite standen. Besonders genannt seien die Mitarbeiter der Dresdner Interventions- und Koordinierungsstelle zur Bekämpfung häuslicher Gewalt mit ihrer Leiterin Sylvia Belinda Müller.

Wir danken ebenfalls den Personen, die die wissenschaftliche Begleitung des Projektes mit Ihrer Expertise maßgeblich unterstützt haben, insbesondere PD Dr. Hendrick Berth, PD Dr. Maria Eberlein-Gonska und Dr. Ilona Croy.

Zu großem Dank verpflichtet sind wir den Experten, die im Bereich der Sensibilisierung medizinischer Fachkräfte für das Thema Häusliche Gewalt bereits seit Jahren Erfahrungen gesammelt haben und die uns mit Rat und Tat zur Seite standen, wie beispielsweise Hilde Hellbernd aus Berlin.

Sehr profitiert haben wir auch von den konstruktiven Ideen und der tatkräftigen Unterstützung durch die Mitglieder des wissenschaftlichen Projektbeirates, wie PD Dr. Maria Eberlein-Gonska, Vertretern der Sächsischen Landesärztekammer, Grit Kretschmar-Zimmer, Dr. Elke Siegert und allen anderen.

Wir danken natürlich ganz besonders unseren Projektpartnern vom Institut für Rechtsmedizin der TU Dresden, PD Dr. Christine Erfurt und Dr. med. Uwe Schmidt für die hervorragende Zusammenarbeit bei der Konzeption und Durchführung der Schulungen, der Erstellung der Materialien und der wissenschaftlichen Begleitforschung.

Nicht zuletzt möchten wir uns für die wunderbare Zusammenarbeit mit dem Sächsischen Staatsministerium für Soziales und Verbraucherschutz, Leitstelle für Gleichstellung von Frau und Mann; Familie und Gesellschaft bedanken. Susanne Meves und Susanne Herrmann waren uns außerordentlich kompetente und konstruktive Ansprechpartner während des gesamten Prozesses.

Julia Schellong und Franziska Epple

## Inhaltsverzeichnis

1.	Einführung .....	4
2.	Ziele und Zielgruppe des Modellprojektes .....	5
3.	Struktur .....	5
4.	Tätigkeits- und Erfahrungsbericht .....	7
4.1	Niedergelassene ÄrztInnen .....	7
4.1.1	Breite Sensibilisierung über Ärztstammtische .....	8
4.1.2	Qualifizierung Interessierter durch vertiefende Schulungen .....	10
4.2	Stationär arbeitende ÄrztInnen .....	12
4.3	Stationär arbeitende Pflegekräfte .....	13
4.4	Weitere Schulungsteilnehmer .....	15
4.5	Öffentlichkeitsarbeit, Gremienarbeit, Vernetzung.....	17
4.6	Einbindung des Themas in bestehende Curricula .....	19
4.7	Informationsmaterialien .....	20
4.8	Veröffentlichungen .....	24
5.	Wissenschaftliche Begleitung .....	26
5.1	Ausgangsbefragung .....	26
5.2	Abschlussbefragung.....	29
6.	Resümee und praktische Implikationen .....	34
6.1	Fortbildungen .....	34
6.2	Strukturelle Notwendigkeiten .....	35
6.3	Kritische Reflexion.....	36
7.	Anhang .....	37

## 1. Einführung

Häusliche Gewalt – das heißt Gewalt zwischen (Ex)Partnern - betrifft in Deutschland etwa jede vierte Frau irgendwann einmal in ihrem Leben. Zwei Drittel davon mehrmals [1]. Das Leben in einer gewaltgeprägten Beziehung hat in der Regel massive Auswirkungen auf alle Lebensbereiche. Betroffene sind häufig sozial isoliert, ökonomisch unterdrückt und seelisch gequält. Gesundheitliche Folgeerscheinungen im körperlichen, psychosomatischen und psychischen Bereich stellen sich zwangsläufig ein [2; 3]. Dabei ist selbst den Betroffenen nicht immer klar, dass es sich bei ihren Symptomen um Folgen ihrer Lebenssituation handelt. Scham und Angst vor dem Täter oder der Täterin verhindern ein Offenlegen der Erfahrungen.

Viele Betroffene sehen ihren Arzt oder ihre Ärztin und andere medizinische Fachkräfte als erste Ansprechpartner für ihr Problem [4] – ohne jedoch von selbst das Gespräch zu suchen. Allerdings sind sich die Fachkräfte dessen nicht immer bewusst [5]. Im stressigen Alltag der medizinischen Versorgung ist selten Raum für Gespräche über die familiäre Situation. Ohne ein Ansprechen des Problems von ärztlicher Seite bleibt jedoch die eigentliche Ursache vieler gesundheitlicher Probleme unentdeckt [6]. Fehl-, Unter-, und auch Überversorgung sind die Folge [7].

Aus diesem Grund wurden von politischer Seite Projekte gefordert, die medizinisch Tätige für das Thema sensibilisieren und damit die Versorgung Betroffener verbessern sollen. Des Weiteren wurden Ärztliche Leitfäden entwickelt, um Handlungssicherheit zu erzeugen und leitliniengerechte Versorgung zu ermöglichen.

Wie in ganz Deutschland wurde auch für Sachsen ein dringender Handlungsbedarf hinsichtlich der Fort- und Weiterbildung der Fachkräfte im Gesundheitswesen beschrieben. Im Landesaktionsplan zur Bekämpfung häuslicher Gewalt wurde formuliert, dass das Thema bereits in der Ausbildung der Ärzte, Hebammen und des medizinischen Fachpersonals zu verankern sei, damit diese ihre Schlüsselrolle in der Hilfestruktur angemessen ausfüllen könnten.

In Folge dieses Landesaktionsplanes wurde auch für Sachsen ein ärztlicher Leitfaden entwickelt und in mehreren öffentlichen Veranstaltungen vorgestellt. Diese Veranstaltungen waren allerdings bisher noch nicht in ein multiprofessionelles Rahmenkonzept eingebunden. Außerdem existierte noch wenig Wissen über effektive Strategien, Fachkräfte zu erreichen und das Wissen in deren Alltag zu transferieren.

Dies führte zur Etablierung des Modellprojektes „Hinsehen-Erkennen-Handeln. Aktive Hilfen im Gesundheitswesen“, welches mögliche Zugangswege und Strukturen für die Fortbildung von Fachkräften in einer Stadt des Freistaates Sachsen systematisch erproben und die Wirkung evaluieren sollte. Die Ergebnisse dieses Modellprojektes des Sächsischen Staatsministeriums für Soziales und Verbraucherschutz werden hier dargestellt.

---

[1] Schröttle, M., Müller, U. Lebenssituation, Sicherheit und Gesundheit von Frauen in Deutschland. Eine repräsentative Untersuchung zu Gewalt gegen Frauen in Deutschland. BMFSFJ; 2004.

[2] Campbell, J.C. Health consequences of intimate partner violence. *Lancet* 2002; 359 (9314): 1331-36.

[3] Robert Koch Institut (Hrsg.). Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Heft 42. Gesundheitliche Folgen von Gewalt unter besonderer Berücksichtigung von häuslicher Gewalt gegen Frauen. Berlin: Eigenverlag; 2008.

[4] Hellbernd, H. Synopse zur Aus-, Fort-, und Weiterbildung: Häusliche Gewalt – Erkennen, Sensibilisieren und Erlernen des Umgangs. (2004) Verfügbar bei Bundeskoordination Frauengesundheit, [www.bkfrauen-gesundheit.de](http://www.bkfrauen-gesundheit.de).

[5] Blättner, B. & Müller, I. Häusliche Gewalt und körperliche Misshandlung von Frauen: Ergebnisse einer Befragung hessischer Ärztinnen und Ärzte. *Hessisches Ärzteblatt* 2007, 68, 565-568.

[6] Ramsey, J., Richardson, J., Carter, Y.H. & Davidson, L.L. Should health professionals screen all women for domestic violence? – Systematic review. *BMJ* 325 (7359) (2002): 314.

[7] Maschewsky-Schneider, U., Hellbernd, H. et al.. Über-, Unter-, Fehlversorgung und Frauengesundheit. Ein Forschungsgegenstand für Public Health. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz* (2001) 44(8): 771-779.

## 2. Ziele und Zielgruppe des Modellprojektes

Explizites Ziel des Modellprojektes „Hinsehen-Erkennen-Handeln“ war die Sensibilisierung und Qualifizierung medizinischer Fachkräfte der Stadt Dresden für den Umgang mit Opfern Häuslicher Gewalt. Dadurch sollten zum einen die Fachkräfte entlastet und unterstützt, zum anderen die Versorgung Betroffener optimiert werden. Ein weiteres Ziel war die Verbesserung der Vernetzung des medizinischen mit dem Beratungssystem. Durch die wissenschaftliche Begleitung sollten zudem valide Daten zum themenbezogenen Wissensstand der medizinischen Fachkräfte gewonnen werden. Parallel dazu sollten Bemühungen unternommen werden, die Inhalte in der Aus- und Fortbildung zu verankern.

Zielgruppe des Projektes waren alle Fachkräfte im Gesundheitswesen, wie stationär und ambulant arbeitende Ärzte, Pflegekräfte, Hebammen und Psychotherapeuten.

## 3. Struktur

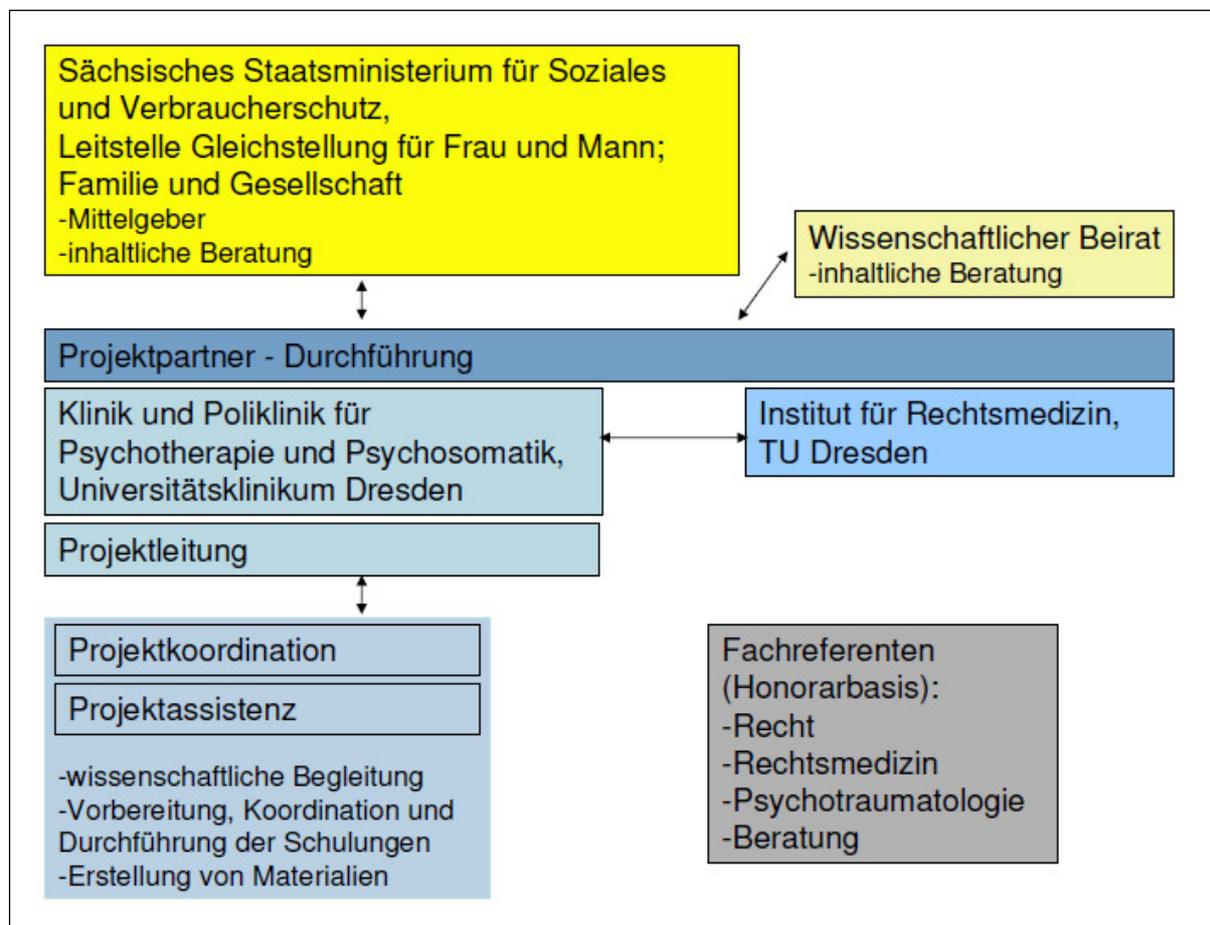
<b>Projektlaufzeit</b>	1.08.2008 – 31.12.2010
<b>Durchführende</b>	Klinik und Poliklinik für Psychotherapie und Psychosomatik des Universitätsklinikums Dresden  Institut für Rechtsmedizin der TU Dresden
<b>Finanzierung</b>	Sächsisches Staatsministerium für Soziales und Verbraucherschutz, Leitstelle Gleichstellung für Frau und Mann; Familie und Gesellschaft
<b>Weitere finanzielle Unterstützung</b>	GWT (Gesellschaft für Wissens- und Technologietransfer) der TU Dresden
<b>Kooperationen</b>	Bündnis gegen Häusliche Gewalt der Stadt Dresden  Dresdner Interventions- und Koordinierungsstelle zur Bekämpfung häuslicher Gewalt und Stalking
<b>Stellenausstattung</b>	Wissenschaftliche Mitarbeiterin (25-30 Wochenstunden)  Medizinische Dokumentationsassistentin (30 Wochenstunden)  Studentische Hilfskraft (5 Wochenstunden)

Die Durchführung des Projektes oblag den beiden **Projektpartnern**: der Klinik und Poliklinik für Psychotherapie und Psychosomatik und dem Institut für Rechtsmedizin.

Die Hauptaufgaben der **Projektkoordination** waren bei der Klinik für Psychotherapie und Psychosomatik angesiedelt. Die wissenschaftliche Begleitung, die Koordination der Schulungen und die Erstellung der Materialien wurden hier initiiert.

Durch die Kooperation der beiden Projektpartner war es möglich, die verschiedenen Aspekte, die zur Versorgung Gewaltbetroffener essentiell sind, zu beachten.

Das **Institut für Rechtsmedizin** konnte durch seine jahrelange Expertise in der Befunderhebung und forensisch verwertbaren Dokumentation von Verletzungen insbesondere in diesem Bereich inhaltliche Schwerpunkte setzen. Durch die Mitwirkung der **Klinik für Psychotherapie und Psychosomatik** waren auch Themen wie seelische Traumatisierung, Gewaltdynamik in Beziehungen und Gesprächsführungstechniken einbezogen.

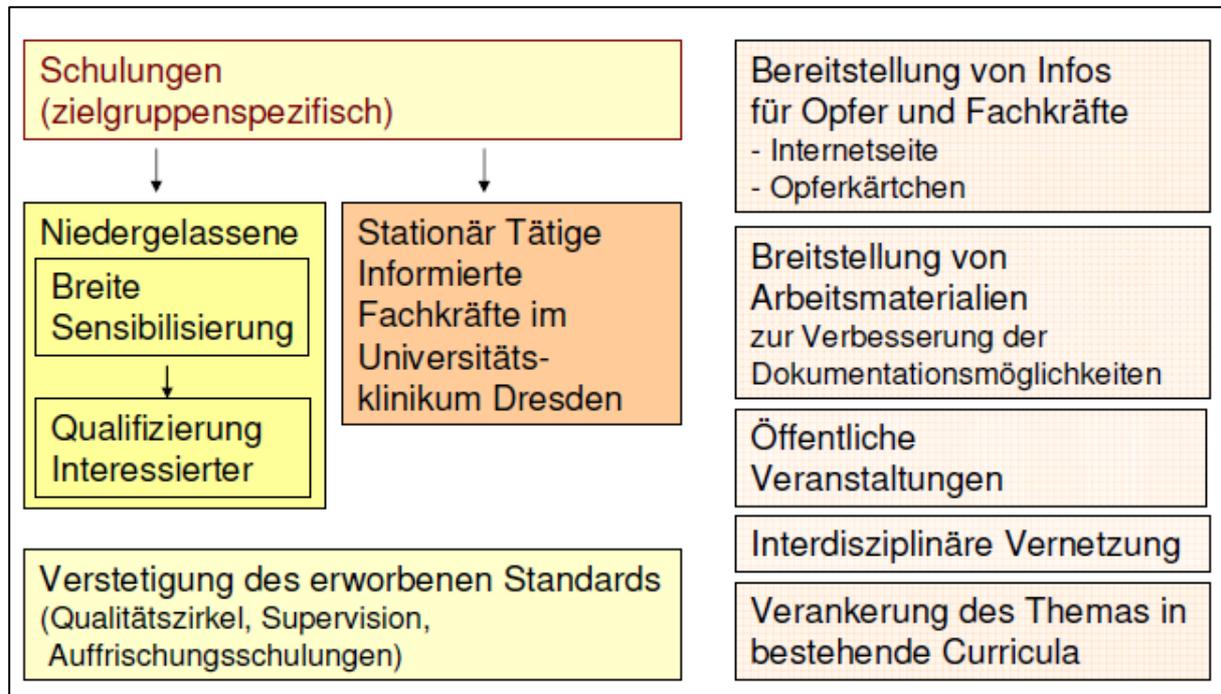


Halbjährlich stattfindende Sitzungen des **wissenschaftlichen Beirates** sorgten für wichtige fachliche und organisatorische Impulse für die Projektdurchführenden. Im Beirat waren VertreterInnen der berufsständischen Organisationen (Hebammen- und Hausärzterverband), des öffentlichen Gesundheitsdienstes, der Sächsischen Landesärztekammer, des Sozialministeriums, ein niedergelassener Chirurg, Fachärztinnen für Gynäkologie, Radiologie sowie die Leiterin des Qualitätsmanagements aus dem Universitätsklinikum vertreten.

Die Schulungen wurden durch die Projektleiterin und -koordinatorin aquiriert, geplant und mit Unterstützung von **externen Referenten** aus verschiedenen Fachgebieten durchgeführt. Diese Referenten waren alle zum Thema Häusliche Gewalt arbeitende und in entsprechenden Vernetzungsgremien aktive Spezialisten zum Beispiel aus den Bereichen Justiz, psychosoziales Beratungssystem und Medizin.

## 4. Tätigkeits- und Erfahrungsbericht

Durch die Projektdurchführenden wurden verschiedene Arbeitsschwerpunkte herausgearbeitet, die hier einzeln abgehandelt werden. Als Übersicht über diese Arbeitsschwerpunkte dient die nachstehende Abbildung.



Hauptaufgaben waren die Schulung von ÄrztInnen und anderen im Gesundheitswesen tätigen Personen sowohl im stationären als auch im ambulanten Bereich. Außerdem sollten Materialien für Opfer wie für Fachkräfte erstellt, Öffentlichkeitsarbeit betrieben und die Vernetzung vorangetrieben werden.

### 4.1 Niedergelassene ÄrztInnen

Um niedergelassene ÄrztInnen für Fortbildungen zu erreichen gibt es verschiedene Zugangswege. Bisherige Erfahrungen haben gezeigt, dass ÄrztInnen für das Thema „Häusliche Gewalt“ nur schwer zu erreichen sind. In Veranstaltungen zur Einführung des ärztlichen Leitfadens „Zum Umgang mit Opfern häuslicher Gewalt“ gab es zwar Unterstützung von Seiten der berufsständischen Organisationen, aber die Besucherzahl bei den Veranstaltungen war nicht immer befriedigend. Auch aus anderen Projekten sind Schwierigkeiten bei der Motivation für Fortbildungen berichtet worden.

Aus diesem Grund wurde für die niedergelassenen ÄrztInnen ein zweistufiges Vorgehen gewählt. In einem ersten Schritt sollten möglichst viele niedergelassene MedizinerInnen aus allen Fachrichtungen für das Thema sensibilisiert werden. In einem zweiten Schritt sollten für Interessierte vertiefende Schulungen angeboten und somit die Möglichkeit zu einer Spezialisierung gegeben werden.

### 4.1.1 Breite Sensibilisierung über Ärztestammtische

Aufgrund der oben erwähnten Schwierigkeiten, ÄrztInnen für dieses Thema zu erreichen, wurde ein wichtiger Hinweis aus dem wissenschaftlichen Beirat des

Was ist ein Ärztestammtisch?  
 Ein Ärztestammtisch ist eine freiwillige Fortbildungs- und Austauschveranstaltung für ÄrztInnen. Es gibt interdisziplinäre Stammtische mit dem Ziel der Vernetzung im Stadtgebiet und fachspezifische Stammtische. Die Stammtische werden ehrenamtlich von ÄrztInnen geleitet und finden meist monatlich, manchmal aber auch vierteljährlich oder ohne festen Turnus statt.  
 Wenn innerhalb des Stammtisches ein Fortbildungsteil angeboten wird, bekommen die TeilnehmerInnen in der Regel einen Fortbildungspunkt.

Projektes aufgegriffen. Demnach besuchen viele ÄrztInnen regelmäßig sogenannte „Ärztestammtische“, auf denen auch kleine Fortbildungseinheiten präsentiert werden. Ein möglichst flächendeckendes Aufsuchen dieser Stammtische sollte somit ein nahezu lückenloses Erreichen der niedergelassenen MedizinerInnen sicherstellen.

Somit wurde der Versuch unternommen, jene Ärztestammtische in Dresden zu besuchen, die fachlich vorrangig mit dieser Thematik konfrontiert sind (HausärztInnen, GynäkologInnen, DermatologInnen). KinderärztInnen wurden explizit nicht angesprochen, da eine thematische Ein-

grenzung auf „Häusliche Gewalt“ (Partnerschaftsgewalt) vorgegeben war.

#### AnsprechpartnerInnen

Schwierig gestaltete sich die Suche nach AnsprechpartnerInnen für die Stammtische. Da keine zentral verfügbaren Verzeichnisse mit Stammtischbetreuern vorhanden waren, nahm die Suche nach diesen einen hohen Zeitanteil innerhalb der Akquisephase in Anspruch.

Gelungen ist die Ermittlung von AnsprechpartnerInnen durch das Anschreiben der Berufsverbände (z. B. Berufsverband der Augenärzte, Sächsischer Hausärzterverband), durch persönliche Kontakte und durch Kontakte zu PharmareferentInnen

#### Anzahl

Im Ergebnis der Kontaktaufnahme (insgesamt 20) konnten 13 Ärztestammtische besucht werden (siehe Tabelle).

Vier der kontaktierten StammtischleiterInnen wollten das Thema explizit nicht auf ihrem Stammtisch (teilweise auch nach Rücksprache mit den Kollegen) behandeln, teilweise auch, weil es sich um reine „Austauschveranstaltungen“ ohne Fortbildungsteil handelte.

Bei weiteren drei Ansprechpartnern ergab sich nie eine Terminvereinbarung, weil alle Termine im Projektzeitraum schon vergeben waren.

#### Zeit

Für die Stammtischveranstaltungen gab es klare Zeitvorgaben. In der Regel sollte etwa 45 Minuten referiert werden und weitere 15 Minuten standen für Fragen und Diskussion zur Verfügung.

Fachrichtung	Dauer	Anzahl der Geschulten
Gynäkologen	1 h	15
	30 Min	12
	1 h	16
Hausärzte	1 h	13
	1 h	5
	1 h	12
	1 h	14
	1 h	8
Dermatologen	1 h	15
	1 h	4
Interdisziplinär	1 h	10
	1 h	6
Zahnärzte	1 h	12
<b>Gesamt</b>	<b>12,5 h</b>	<b>142</b>

## Gestaltung

Die Fortbildungen wurden als Vortrag mit PowerPoint-Präsentation und anschließender Diskussion gestaltet. Interaktive Übungen (beispielsweise Rollenspiele) waren im vorgegebenen Zeitrahmen nicht möglich. Anfänglich wurden verschiedene ReferentInnen (Rechtsmedizin und Psychotraumatologie) eingesetzt. Dies hat sich allerdings nicht bewährt, da die klaren Zeitvorgaben gegen den Einsatz mehrerer ExpertInnen sprachen. Als wichtig erwies sich die prägnante Informationsvermittlung, da ÄrztInnen sehr zeitökonomisch orientiert sind und nach einem langen Arbeitstag keine Valenzen für zu ausführliche Darstellungen haben. Ein professionelles Auftreten mit gut gestalteten Materialien hilft, mit diesem vermeintlich „nichtmedizinischen“ Thema ernst genommen zu werden.

## Inhalte

Grundlage für die inhaltliche Gestaltung waren die Materialien von ProTrain ([www.pro-train.uni-osnabrueck.de/index.php/TrainingProgram/Healthcare?userlang=de](http://www.pro-train.uni-osnabrueck.de/index.php/TrainingProgram/Healthcare?userlang=de)) und dem SIGNAL-Projekt ([www.signal-intervention.de](http://www.signal-intervention.de)) sowie rechtsmedizinische und traumatherapeutische Literatur. Dabei wurde Wert auf die inhaltliche Anpassung an die jeweiligen Zielgruppen gelegt, insbesondere was die möglichen Symptome in der jeweiligen Arztpraxis betrifft.

Inhaltlich wurde kurz auf Häufigkeit, Formen von Häuslicher Gewalt, Folgen (körperlich, psychosomatisch, psychisch, Gesundheitsverhalten) und Hinweiszeichen (körperlich, psychosozial) eingegangen.

Als für die ÄrztInnen neu und besonders interessant zu wissen, erwies sich die Beschreibung der Gewaltdynamik und der Schwierigkeiten, sich aus Gewaltbeziehungen zu lösen. Besonders an dieser Stelle wurde für einige ÄrztInnen schnell klar, warum oft unterstützend gemeinte und schnell „dahergesagte“ Sätze wie „Warum trennen Sie sich denn nicht?“ für die Betroffenen wenig hilfreich sind.

Schwerpunkt lag bei diesen Kurzschulungen allerdings auf der Vermittlung einer klaren Handlungsanleitung mit Beispielsätzen für eine sinnvolle Gesprächsführung, Hinweisen auf gerichtsverwertbare Dokumentation und Verweisen auf das Beratungssystem. Juristische Fragestellungen wie Schweigepflicht und Opferschutz wurden oft erst in der Frage- und Diskussionszeit angerissen.

Wichtig war das Einbringen von fachspezifischen kleinen Fallbeispielen und Beispielfotos, durch die das Thema lebendiger und besser nachvollziehbar wurde.

Universitätsklinikum Carl Gustav Carus  
DIE DRESNER

Modellprojekt „Hinsehen – Erkennen – Handeln“  
KLINIK UND POLIKLINIK FÜR PSYCHOTHERAPIE UND PSYCHOSOMATIK • INSTITUT FÜR RECHTSMEDIZIN

### Was tun?

Übersicht: Handlungsanleitung

- a) Gesprächsbereitschaft signalisieren
- b) Ansprechen/Befragen
- c) Körperliche Untersuchung
- d) Gerichtsverwertbare Dokumentation
- e) Schutzbedürfnis abklären
- f) Weitervermitteln

## Fazit

Immer wieder deutlich wurde in den Diskussionen, dass ÄrztInnen unter hohem zeitlichen Druck stehen und eine Verlängerung der Behandlungsdauer befürchten, wenn sie das Problem Häusliche Gewalt thematisieren. Diese Befürchtungen sind nachvollziehbar und müssen akzeptiert und anerkannt werden. Häufig sind ÄrztInnen mit 80 und mehr PatientInnen am Tag konfrontiert. Für längere Gespräche bleibt da ganz objektiv betrachtet keine Zeit. Dennoch wurde die Notwendigkeit einer besseren Versorgung durch die MedizinerInnen klar erkannt. Sie

wurden motiviert, als geringen, aber wichtigen Beitrag zu einer besseren Opferversorgung, mitgebrachte „Opferkärtchen“ und andere Materialien auszulegen. Auffällig war, wie unterschiedlich „vorgebildet“ die TeilnehmerInnen waren. Einige berichteten von sehr hohen Fallzahlen in ihrer Praxis, andere hatten dagegen überhaupt noch keinen Kontakt mit Betroffenen. Häufig aber nicht immer gelang der nötige Reflexionsschritt, dass das Fehlen von betroffenen PatientInnen in der eigenen Praxis möglicherweise etwas mit der eigenen ungeschärften Wahrnehmung zu tun haben könnte.

Vielen ÄrztInnen war das berichtete Behandlungsangebot (Beratungsstellen) und die Möglichkeit des Verweises an das Institut für Rechtsmedizin bisher nicht bekannt. Hinweise darauf wurden gern aufgenommen und die Materialien als wichtig und hilfreich bezeichnet, da sie mögliche AnsprechpartnerInnen auf einen Blick zugänglich machen. Hier sind weitere Überlegungen anzustellen, wie ÄrztInnen unkompliziert mit Materialien zum Thema Häusliche Gewalt zur Weitergabe an Patienten versorgt werden können.

Insgesamt wurden die Stammtischveranstaltungen positiv aufgenommen. Viele MedizinerInnen berichteten, dass Sie zukünftig auch Häusliche Gewalt als Krankheitsursache in entsprechenden Fällen in Betracht ziehen werden. Oft konnte die anfängliche Scheu gegenüber dem Thema abgebaut werden.

#### **4.1.2 Qualifizierung Interessierter durch vertiefende Schulungen**

Ziel des Modellprojektes war neben der breiten Sensibilisierung auch die vertiefende Qualifizierung Interessierter.

Für vertiefende Schulungen zeigten sich auf den Ärztestammtischen etliche ÄrztInnen bereit. Die Aussicht, die in den kurzen Vorträgen nur angerissenen Themen vertiefend von den jeweiligen Fachleuten zu hören, wurde von vielen MedizinerInnen als sinnvoll und notwendig erachtet.

Dagegen war weder der Aufbau eines Qualitätszirkels noch die Erstellung einer „Expertenliste“ für die geschulten ÄrztInnen vorstellbar. Sie zeigten sich durchaus bereit, für betroffene eigene PatientInnen als AnsprechpartnerInnen zur Verfügung zu stehen. Eine Schwerpunktpraxis für Häusliche Gewalt wollte aus zeitlichen und aus ökonomischen Gründen jedoch kein angesprochener Arzt und keine angesprochene Ärztin werden.

#### **Einladungsmodus**

Die niedergelassenen Ärztinnen wurden auf den Ärztestammtischen, über die grünen Seiten des Ärzteblattes Sachsen, über die Homepage der Sächsischen Landesärztekammer und persönlich per Brief zu vertiefenden Schulungen eingeladen.

Um eine Anmeldung zu den Schulungen per Fax wurde gebeten. Den Einladungen lagen Vordrucke für ein Antwortfax bei.

#### **Anzahl**

Es wurden zwei vertiefende Schulungen für niedergelassene ÄrztInnen angeboten.

Eine für alle niedergelassenen GynäkologInnen in Dresden. Die Einladung erfolgte über den Berufsverband der Gynäkologen.

Die zweite für Haus- und Fachärzte: Hierzu wurden alle Dresdner niedergelassenen Ärzte (außer Gynäkologen und Psychotherapeuten) schriftlich eingeladen. Insgesamt konnten über diese Veranstaltungsform 20 Teilnehmende geschult werden.

## Zeit

GynäkologInnen:

Die Schulung fand an einem Samstag statt, um den Praxisalltag nicht zu stören. Nachträglich wurde die Terminierung auf ein Wochenende kritisch betrachtet, da die ÄrztInnen sich am Wochenende regenerieren wollen. Allerdings steht man hier vor einem Konflikt: In der Woche angebotene Schulungen können wegen der Kollision mit Sprechzeiten nicht wahrgenommen werden, am Wochenende angebotene jedoch auch nicht wegen des verständlichen Ruhebedürfnisses.

Die vertiefende Schulung wurde für acht Stunden konzipiert (eine Mittagspause eingeschlossen). Die TeilnehmerInnen empfanden die Zeit als angemessen.

Haus- und FachärztInnen:

Die Veranstaltung fand an einem späten Mittwochnachmittag statt. Der Mittwochnachmittag ist die traditionelle Fortbildungszeit für ÄrztInnen. Allerdings gibt es mittlerweile auch MedizinerInnen, die in dieser Zeit Sprechstunde haben. Die anberaumte Zeit von drei Stunden wurde von den TeilnehmerInnen als angemessen empfunden.

## Gestaltung

Die Veranstaltungen fanden in Räumen des Universitätsklinikums statt.

Die Teilnahme wurde mit Fortbildungspunkten honoriert.

Als großer Vorteil von längeren Schulungen erwies sich die Möglichkeit, schwierige Aspekte in der Betroffenenbetreuung praktisch zu erproben. So konnten beispielsweise „Ansprechübungen“ als Rollenspiel angeboten werden. Die ÄrztInnen konnten so sehr gut ihre eigenen Schwierigkeiten und Barrieren erfahren.

Bei der Gestaltung wurde Wert auf Abwechslung von Referenten und damit Themen (Rechtsmedizin, Opferrecht, Kommunikation, Gewaltdynamik,...) gelegt. Außerdem war es in diesen kleinen Gruppen sehr gut möglich, an persönliche Erfahrungen

der TeilnehmerInnen anzuknüpfen und ins Gespräch zu kommen. Rollenspiele wurden nicht begeistert aufgenommen, erfuhren aber auch keine explizite Ablehnung. Rollenspiele wurden immer als Kleingruppenarbeit angeboten, nie als „Vorspielen“ vor der großen Gruppe.

## Inhalte

Beispielhaft ist hier der zeitliche und thematische Ablauf der ganztägigen Gynäkologenschulung abgebildet. Deutlich wird die multiprofessionelle Ausrichtung der ReferentInnen, die von den ÄrztInnen sehr positiv beurteilt wurde.

 <b>Hinsehen-Erkennen-Handeln:</b> Häusliche Gewalt in der gynäkologischen Praxis	
PROGRAMM	
09.00-10.30 Uhr	Hintergrund der Thematik: Formen, Folgen, Prävalenzen. Warum trennen sich Betroffene nicht? Psychische Auswirkungen häuslicher Gewalt Was tun bei Verdacht?
11.00-12.30 Uhr	Übung – wie spreche ich es an?
12.30-13.30 Uhr	<i>Mittagspause</i>
13.30-15.00 Uhr	Rechtsmedizinische Aspekte – Vortrag und Übung der gerichtsverwertbaren Dokumentation
15.30-17.00 Uhr	Rechtliche Aspekte – Opfer- und Berufsrecht Vorstellung der örtlichen Beratungseinrichtungen, Zeit für Fragen und Austausch
Referenten:	Dr. med. univ. Julia Schellong Dipl.-Psych. Franziska Epple, beide Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie des UKD Dr. med. Uwe Schmidt, Institut für Rechtsmedizin der TU Dresden Dipl.-Psych. Sabine Laniado, psychologische Psychotherapeutin RA Anca Kübler, spezialisiert auf Opferrecht und Schweigepflicht

Inhaltlich konnte in den beiden längeren Schulungen vertiefend auf die verschiedenen Aspekte eingegangen werden. Als besonders entlastend wurden die Hinweise auf die bestehenden Beratungseinrichtungen empfunden.

### Fazit

Diese Art der Qualifizierung wurde von den teilnehmenden ÄrztInnen inhaltlich-fachlich außerordentlich gut angenommen, insbesondere da ausreichend Zeit zur Verfügung stand, am konkreten Fall zu arbeiten. Allerdings wurde kein gesicherter Zugangsweg gefunden, um die Fachkräfte zur Teilnahme zu motivieren. Entgegen den Erwartungen und im Widerspruch zu den Rückmeldungen aus den Stammtischveranstaltungen war die Teilnahme an vertiefenden Schulungen eher gering, entspricht aber in etwa der Teilnehmerzahl, die in ähnlichen Projekten (z.B. MIGG) als zu schulende Zielgruppe insgesamt einer Stadt gewählt wurde. Mögliche Erklärungen für die schwierige Rekrutierung von Teilnehmern und Teilnehmerinnen für die intensive Beschäftigung mit dem Thema Häusliche Gewalt könnten, neben der Überschneidung von Fortbildungsangeboten, die allgemein sehr hohe Arbeitsbelastung sein. Nicht zu unterschätzen ist die Annahme, dass die Thematik auf nicht näher spezifizierbare Art unangenehm berühren könnte.

## 4.2 Stationär arbeitende ÄrztInnen

Explizites Ziel des Projektes war es, auch für den stationären Bereich Schulungen anzubieten.

Beispielhaft wurde das Dresdner Universitätsklinikum als Krankenhaus der Maximalversorgung ausgewählt. Das Klinikum besteht aus 21 Fachkliniken, sechs interdisziplinären Zentren und drei Instituten. Es verfügt über 1220 Betten und 130 Tagesplätze.

Im Universitätsklinikum versorgen etwa 700 ÄrztInnen und 1600 Schwestern bzw. Pfleger jährlich rund 238.500 Patienten (davon stationär: 51.500).

### Einladungsmodus

Alle MitarbeiterInnen des Universitätsklinikums wurden über die Mitarbeiterzeitung „Carus Intern“ über das Modellprojekt und die Möglichkeit für Schulungen informiert. Außerdem wurden die KlinikleiterInnen per Mail über das Angebot unterrichtet.

Erst der persönliche, kollegiale Kontakt zu KlinikleiterInnen ergab allerdings konkrete Termine innerhalb der jeweiligen klinikinternen Fortbildungszeiten. Häufig erfolgte die Abstimmung konkreter Termine dann mit den sogenannten Fortbildungsverantwortlichen, die es in jeder Klinik gibt.

### Anzahl

Innerhalb des Projektzeitraumes war es möglich, insgesamt sieben Veranstaltungen in sechs verschiedenen Kliniken durchzuführen.

### Zeit

Klinikinterne Fortbildungszeiten sind in der Regel recht knapp bemessen, da alle MitarbeiterInnen einer Klinik zeitgleich für diesen Termin anwesend sein müssen. Die

Fachrichtung	Dauer	Anzahl der Geschulten
Anästhesie	1 h	49
Chirurgie	2x0,5 h	13
Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie	0,5 h	15
Orthopädie	0,5 h	25
HNO	0,25 h	21
Psychosomatik	2 h	16
<b>Gesamt</b>	5,25 h	139

Zeitvorgaben reichten von 15 Minuten bis zu zwei Stunden.

### **Inhalte**

Die Kürze der Zeit machte eine enorme Fokussierung auf die wesentlichen Botschaften notwendig. Die verschiedenen Aspekte konnten häufig nur angeschnitten werden. Ähnlich wie in den Stammtischveranstaltungen bestand der Anspruch, kurz und knapp Warnzeichen als Hinweise auf Häusliche Gewalt darzustellen und etwaige Folgestörungen heraus zu arbeiten. Nach einem kurzen Exkurs zur Dynamik von Gewaltbeziehungen und einer Vorstellung möglicher Kooperationspartner innerhalb des Klinikums und im Beratungssystem wurden die im Projekt erarbeiteten Materialien vorgestellt. Großer Wert wurde dabei darauf gelegt, zur Verwendung der Dokumentationsbögen zu motivieren. Gerne wurde das Angebot angenommen, trotz der Zeitknappheit Raum für Fragen zu lassen, um eine Anbindung des Gehörten an die eigenen Erfahrungen zu ermöglichen.

### **Fazit**

Die in der Regel sehr früh am Tag stattfindenden (7.30 Uhr), außerordentlich kurzen klinikinternen Fortbildungen konnten nur einen Teil der Thematik behandeln. Das Thema wurde dennoch als sehr relevant für die Arbeit eingeschätzt. Mitunter wurden die Handlungsvorschläge aber auch als nicht in die Arbeitsabläufe integrierbar bewertet.

Aufgrund der Praktikabilität und der Nähe zum Klinikalltag ist diese Form der Fortbildung als sehr wichtig und notwendig zu beurteilen. Als vorteilhaft erwies sich, dass alle an der jeweiligen Klinik arbeitenden ÄrztInnen zeitgleich erreicht werden. Rückgemeldet wurde, dass dadurch in manchen Kliniken auch eine Diskussion im Team angeregt wurde, wie auf den jeweiligen Stationen der Umgang mit betroffenen PatientInnen geregelt werden könnte.

Im Ergebnis war festzustellen, dass die Projektdurchführenden aufgrund dieser Schulungen innerhalb des Klinikums als ExpertInnen und AnsprechpartnerInnen für diesen Problemkreis bekannt wurden und bei konkreten Fällen telefonisch zu Rate gezogen wurden.

In der dem Modellprojekt zur Verfügung stehenden Zeit konnte keine flächendeckende Schulung des gesamten Klinikums erreicht werden. Hier sind längere Zeiträume mit kontinuierlichen Wiederholungsveranstaltungen und auch einzelne Themen vertiefenden Veranstaltungen anzustreben, zumal das Personal in einem Krankenhaus der Maximalversorgung mit Aus- und Weiterbildungsauftrag naturgemäß fluktuiert.

## **4.3 Stationär arbeitende Pflegekräfte**

Pflegekräfte sind für die Versorgung gewaltbetroffener Frauen und Männer eine nicht zu unterschätzende Ressource. Während es für PatientInnen gegenüber der Ärztin mitunter schwer sein mag, über persönliche Probleme zu sprechen, genießen Pflegekräfte häufig ein hohes Vertrauen (auf gleicher Augenhöhe). Außerdem sind unter Umständen (zumindest kurze) Gespräche eher in den Arbeitsalltag integrierbar.

Aus diesen Gründen wurden Pflegekräfte-ebenfalls aus dem Dresdner Universitätsklinikum- zu Schulungen eingeladen.

### **Einladungsmodus**

Alle MitarbeiterInnen des Universitätsklinikums wurden über die Mitarbeiterzeitung „Carus Intern“ über den Start des Modellprojekts und damit die Möglichkeit

für Schulungen informiert. Außerdem wurden die Pflegedienstleiterinnen per Mail über das Angebot unterrichtet.

Das Angebot stieß bei dieser Berufsgruppe auf großes Interesse. Terminvereinbarungen erfolgten entsprechend den Vorstellungen der Pflegedienstleiterinnen. Die Pflegekräfte wurden dann per Aushang und in Dienstberatungen persönlich über das Angebot informiert. Die Teilnahme war freiwillig und wurde durch die Vergabe von Fortbildungspunkten honoriert.

### Anzahl

Innerhalb des Projektzeitraums wurden in 12 Veranstaltungen 205 Pflegekräfte direkt geschult. Die Teilnehmerinnen berichteten, dass Sie die Informationen ihren nichtteilnehmenden Kolleginnen weitergeben werden. Die Stationsleiterinnen beabsichtigten, das Thema auf Dienstberatungen zu besprechen.

### Zeit

Je nach Vorgaben der Pflegedienstleiterinnen wurden verschieden lange Fortbildungseinheiten angeboten. Fachkräfte, die mit dem Thema häufiger konfrontiert sind (beispielsweise in der Kinderklinik oder im psychiatrischen Bereich), konnten in bis zu vierstündigen Schulungen relativ intensiv fortgebildet werden.

### Inhalte

Schwerpunkte in der Schulung von Pflegekräften bildeten die Vermittlung der fachlichen Grundlagen und insbesondere der psychischen Verstrickungen in gewaltgeprägten Partnerschaften, die Betroffenen das Verlassen ihrer Beziehungen massiv erschweren.

Rechtsmedizinische Aspekte wurden angerissen und mit Interesse aufgenommen, aber nicht vertieft. Da auch von den TeilnehmerInnen selbst die Notwendigkeit der gerichtlich verwertbaren Dokumentation gesehen wurde, jedoch als ärztliche Aufgabe betrachtet wurde.

Die Fragen der Opferrechte und die Möglichkeiten des Beratungssystems wurden ebenfalls thematisiert.

In den längeren Schulungen (mehr als zwei Stunden) wurden Rollenspiele angeboten, die in erster Linie auf den Abbau der „Ansprechhemmungen“ zielten.

Gerade in den längeren Schulungen konnten zur Illustration Filmausschnitte aus dem Dokumentationsfilm „Tatort Familie. Gewalt in der Beziehung“ von Claus Hanischdörfer gezeigt werden. Der Film wurde uns freundlicherweise vom Autor persönlich für Schulungszwecke zur Verfügung gestellt.

Fachrichtung	Dauer	Anzahl der Geschulten
Schwestern Kinderklinik	4 h	17
	4 h	16
	4 h	13
Schwestern Psychosomatik, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychiatrie	4 h	18
	4 h	23
Schwestern Unfallchirurgie und Orthopädie	1,5 h	15
	2 h	25
Schwestern HNO, Dermatologie und Augenheilkunde	2 h	10
Schwestern Neurochirurgie	2 h	22
Stationsleitungen Gynäkologie, Visceralchirurgie	2h	11
Stationsleitungen (verschieden)	1,5 h	10
Fachpflegerausbildung Psychosomatik/Psychiatrie	4 h	25
<b>Gesamt</b>	<b>35 h</b>	<b>205</b>

## **Fazit**

Insgesamt war die Bereitschaft, sich länger fortbilden zu lassen bei Pflegekräften deutlich höher als bei ärztlichem Fachpersonal. Die geschulten Pflegekräfte und ihre Pflegedienstleitungen zeigten eine große Bereitschaft als Multiplikatoren zu fungieren, das heißt ihr erworbenes Wissen an Kollegen weiterzuleiten. Es ist somit davon auszugehen, dass weitaus mehr Pflegekräfte indirekt erreicht wurden, als an Schulungen teilgenommen haben. Dennoch empfiehlt es sich, für zukünftige Veranstaltungen parallele Termine anzubieten, und darauf zu achten, die jeweiligen Verantwortlichen für den Dienstplan in die Terminplanung der Schulung einzubeziehen, damit möglichst viele interessierte Pflegekräfte einer Klinik teilnehmen können.

Die Pflegekräfte zeigten sich dem Thema gegenüber sehr aufgeschlossen. In den Schulungen wurde häufig die Gewaltbetroffenheit im eigenen Kollegen- oder Freundeskreis offen thematisiert. Diese Erfahrungen mussten gewürdigt und entsprechend bearbeitet werden. Oft wurden konkrete Ratschläge eingefordert.

Durch die indirekte eigene Betroffenheit war es häufig gut möglich zu erarbeiten, wie den betroffenen PatientInnen auf den jeweiligen Stationen Unterstützung angeboten werden kann.

## **4.4 Weitere Schulungsteilnehmer**

Entsprechend der Projektzielstellung wurden auch andere Fachkräfte im Gesundheitswesen gezielt angesprochen und für Schulungen gewonnen.

Einen Schwerpunkt bei der Rekrutierung bildeten dabei die **Hebammen**, da sie häufig in einer sensiblen Phase und durch ihre teilweise aufsuchende Arbeit besonders intensiv in das Leben potentiell gewaltbetroffener Frauen eintreten.

Ganztägige Schulungen, zu denen die sächsischen Hebammen schriftlich und zusätzlich elektronisch eingeladen wurden, wurden nicht optimal angenommen. Dagegen erwies sich eine sachsenweite Hebammenfortbildung, bei der unterschiedliche Themen auf dem Programm standen, als gut geeignet, um viele Hebammen zu erreichen. An einem einstündigen Hebammenstammtisch (Dresden) nahmen 16 Hebammen teil.

**Fazit:** Insgesamt zeigten sich die Hebammen interessiert und dem Thema gegenüber sensibel. Allerdings wird auch diese Berufsgruppe mit Fortbildungen reichlich versorgt, so dass die Auswahl der besuchten Veranstaltungen durch die einzelne Person sehr gezielt erfolgt.

**Arzthelferinnen** sind in aller Regel nicht berufsgruppenspezifisch organisiert. Letztlich war es den intensiven Recherchen um Ärzttestammtische zu verdanken, dass auch, der einzige in Dresden existierende Arzthelferinnenstammtisch ausfindig gemacht und fortgebildet werden konnte.

**Fazit:** Diese Gruppe zeigte sich außerordentlich interessiert und dankbar.

**PhysiotherapeutInnen** sind durch ihre sehr körpernahe Arbeit und die sich wiederholenden Patientenkontakte prädestiniert dafür, eine unterstützende Rolle bei der Versorgung Gewaltbetroffener zu übernehmen. Durch das Anschreiben des Sächsischen Physiotherapeutenverbandes konnte eine Fortbildung auf der jährlich stattfindenden sachsenweiten Mitgliederversammlung platziert werden.

Fazit: Auch die PhysiotherapeutInnen zeigten sich interessiert. Hier gab es anfänglich vereinzelte Bedenken, die PatientInnen mit diesem Thema zu „konfrontieren“, da dies als klare Grenzüberschreitung des eigentlichen Behandlungsauftrages wahrgenommen wurde. Durch Hinweis darauf, dass bereits durch ein Auslegen von Informationsmaterial im Wartebereich vielen Opfern geholfen wäre, konnte diese Angst genommen werden.

<b>Fachrichtung</b>	<b>Dauer</b>	<b>Anzahl der Geschulten</b>
Hebammen	6 h	202
Arzthelferinnen Gynäkologie	1 h	16
Physiotherapeuten	1,5 h	75
Kurs psychosomatische Grundversorgung	1 h	34
Satellitensymposium Allgemeinmedizinkongress	4 h	3
Besuchsdienst Uniklinikum	2 h	16
Gemeindedolmetscher	3 h	25
fachgruppenübergreifende Fortbildung Uniklinikum	2 h	24
Workshop Traumanetztagung	4 h	20
<b>Gesamt</b>	<b>24,25 h</b>	<b>415</b>

Der Kurs **„psychosomatische Grundversorgung“**

wird jährlich von der Sächsischen Landesärztekammer in der Regel für AllgemeinmedizinerInnen angeboten, er ist aber auch für andere Fachgruppen offen. In diesem Kurs werden vielfältige psychosomatische Themen behandelt. Insgesamt wurde eine Stunde zum Thema Häusliche Gewalt gestaltet und ein Block praktische Übungen diesem Thema gewidmet.

Fazit: Die TeilnehmerInnen zeigten sich der Thematik gegenüber sehr offen. Insbesondere waren sie interessiert an der Erklärung, warum sich Betroffene oft schwer tun, sich aus diesen gewaltgeprägten Beziehungen zu lösen. Auch die Frage, wie das Thema im Praxisalltag sensibel angesprochen werden kann, wurde lebhaft diskutiert.

Der **Besuchsdienst im Universitätsklinikum** besteht aus gut organisierten ehrenamtlich tätigen Personen (zumeist Frauen), die auf verschiedenen Stationen PatientInnen besuchen und Gespräche führen, Vorlesen oder zusätzliche Aktivitäten anbieten.

Fazit: Die „Grünen Damen“, wie sie sich nennen, können als wichtige Ressource bei der Patientenbetreuung angesehen werden, da sie im Gegensatz zum oft stark eingebundenen medizinischen Personal über zeitliche Kapazitäten verfügen. Aus diesem Grund sahen sich diese Schulungsteilnehmer auch durchaus in der Lage, Gewaltbetroffenen gewisse Hilfestellungen anzubieten und zeigten sich für Gesprächshinweise sehr dankbar.

Der **Gemeindedolmetscherdienst** besteht aus Menschen mit Migrationshintergrund aus verschiedensten Nationen, die sich aufgrund ihrer guten Deutschkenntnisse ehrenamtlich bereit erklären, für nicht deutschsprachige Menschen Übersetzungsdienstleistungen anzubieten. Diese Gemeindedolmetscher erhalten

eine Grundausbildung zu medizinischen Themen, da ihre Einsätze insbesondere im Gesundheitsbereich angesiedelt sind. Die Gemeindedolmetscher konnten drei Stunden in dieser für sie hochrelevanten Thematik fortgebildet werden.  
Fazit: Insbesondere die Hilfsmöglichkeiten und die rechtlichen Aspekte waren dabei von äußerster Wichtigkeit und hohem Interesse.

#### 4.5 Öffentlichkeitsarbeit, Gremienarbeit, Vernetzung

**Intensive Öffentlichkeitsarbeit** konnte durch die Vorstellung des Projektes und der Projektergebnisse sowie durch die Präsentation der Schulungsinhalte auf unterschiedlichen Kongressen und Veranstaltungen geleistet werden.

Im Projektzeitraum wurde das Projekt insgesamt 18-mal vorgestellt. Dabei handelte es sich überwiegend um Präsentationen vor der Fachöffentlichkeit (PsychotraumatologInnen, FachärztInnen für Psychosomatik, AllgemeinmedizinerInnen, Pflegekräfte und in ähnlichen Interventionsprojekten arbeitende Fachkräfte).

Universitätsklinikum Carl Gustav Carus DIE DRESDNER.

Modellprojekt „Hinsehen – Erkennen – Handeln“  
KLINIK UND POLIKLINIK FÜR PSYCHOTHERAPIE UND PSYCHOSOMATIK • INSTITUT FÜR RECHTSMEDIZIN

### Öffentliche Veranstaltungen und Interdisziplinäre Vernetzung

- Vorstellung des Projektes DKPM 2009, 2010 Poster und DeGPT 2009 Vortrag, 2010 Symposium 
- Austausch/Vorträge MIGG-Projekt Januar, November 2009 
- Tagung Traumanetz Sachsen 2008, 2009 und 2010 
- Vorstellung des Projektes auf dem Dresdner Pflorgetag 2009 
- Vorstellung des Projektes auf der SIGNAL-Tagung Berlin 2010 
- Veranstaltungsreihe im Hygienemuseum April/ Mai 2010 
- Vorstellung des Projektes auf dem Deutschen Allgemeinmedizinerkongress 2010 

Zusätzlich zu dieser Öffentlichkeitsarbeit für das spezifische Projekt, beteiligten sich die Projektmitarbeiter an der Konzeption und Durchführung von Veranstaltungen zum Thema „Häusliche Gewalt“ in Kooperation mit anderen Institutionen.

Eine solche Veranstaltung war die **Fachtagung: „Hinsehen – und dann?“** im Deutschen Hygiene-Museum Dresden im September 2008. Zu dieser hatte die Klinik und Poliklinik für Psychotherapie und Psychosomatik des Dresdner Universitätsklinikums, das Traumanetz Seelische Gesundheit und das Sächsische Staatsministerium für Soziales eingeladen, um gezielt Fachkräfte aus dem Gesundheitswesen sowie aus Therapie-, Hilfs- und Beratungseinrichtungen miteinander ins Gespräch zu bringen. Thematisch standen die selten beachteten psychischen Folgen häuslicher Gewalt im Fokus. 260 Teilnehmer der verschiedensten Professionen aus ganz Sachsen nutzten die Gelegenheit zum kollegialen Austausch und zur Bekräftigung weiteren Handlungs- und Forschungsbedarfs.

**HEILE FAMILIE?**  
GEWALT GEGEN PARTNER UND KINDER

DEUTSCHES HYGIENE-MUSEUM  
VERANSTALTUNG IM RAHMEN DES PROJEKTES  
UNIVERSITÄTSKLINIKUM CARL GUSTAV CARUS, TRAUMANETZ SACHSEN, SÄCHSISCHES STAATSMINISTERIUM FÜR SOZIALES UND LEBENSQUALITÄTSSCHULE ZUR BEKÄMPFUNG HÄUSLICHER GEWALT

14. April 2010, Mittwoch, 10.00 Uhr  
**GEWALT ODER GESCHLAGEN? ANZEICHEN VON GEWALT**

14. Mai 2010, Mittwoch, 10.00 Uhr  
**PRÄVENTION VON GEWALTKARRIEREN**

21. April 2010, Mittwoch, 10.00 Uhr  
**HINSEHEN – UND DANN? WAS SIEHTEN UND WENN ES NICHT LEBEN, NICHT LEBEN?**

26. April 2010, Mittwoch, 10.00 Uhr  
**KREISLAUF VON GEWALTBEWUNGEN**

Eine weitere, viel beachtete Veranstaltung war die **Öffentliche Vortragsreihe „Heile Familie? Gewalt gegen Partner und Kinder“** im Deutschen Hygiene-Museum Dresden im April/Mai 2010. Diese richtete sich explizit sowohl an die breite Öffentlichkeit als auch interessierte Fachkräfte. Jede einzelne dieser Veranstaltungen verbuchte 150-200 Teilnehmer aus den unterschiedlichsten Professionen, inklusive Polizei, Bildungswesen und Justiz. Zustimmende Rückmeldungen kamen auch von Betroffenen. Die Konzeption der Veranstaltung

wurde über die Grenzen Dresdens hinaus als ansprechend und positiv wahrgenommen.

### **Gremienarbeit**

Mitarbeiter des Modellprojektes arbeiteten in verschiedenen Gremien („Bündnis gegen Häusliche Gewalt der Stadt Dresden“, „Kommission Häusliche Gewalt-Gewalt in der Familie“ der Sächsischen Landesärztekammer, „AG Psychosozialer Notfall der Stadt Dresden“) mit. Diese Gremienarbeit trug deutlich zur Verbesserung der Vernetzung bei und ergab wertvolle Impulse für die Projektarbeit.

### **Vernetzung**

Ein wesentliches Ziel des Modellprojektes war die Vernetzung zwischen medizinischem und Beratungssystem. Dies geschah auf zwei Wegen: Erstens durch die Mitarbeit in entsprechenden Gremien. Zweitens durch die Einbeziehung von ReferentInnen aus den Beratungsstellen in die Schulungen der ÄrztInnen und der anderen Fachkräfte. Durch eben diese Einbeziehung wurden spürbar die Grenzen zwischen beiden „Systemen“ aufgebrochen. Immer wieder kam es zu wechselseitigen Anfragen aus dem jeweils anderen Setting zur Übernahme von PatientInnen/KlientInnen zur Weiterbehandlung bzw. Beratung.

Vernetzung fand ebenfalls statt unter anderem mit Polizei, Justiz (Familienrichter), Gemeindedolmetschern, Ausländerbeauftragten und Schulpsychologen. Diese Vernetzung ist gekennzeichnet durch ein gegenseitiges Kennenlernen der Arbeit der jeweils anderen Profession (zum Beispiel durch Vorträge auf Fachveranstaltungen) als auch durch eine gemeinsame Arbeit am konkreten Fall.

Da Gewaltbetroffene meist auf verschiedenen Ebenen Unterstützung brauchen, ist der Vorteil dieser Vernetzung für die Versorgung nicht hoch genug einzuschätzen und wird auch über die begrenzte Projektlaufzeit hinaus weiter bestehen.

## 4.6 Einbindung des Themas in bestehende Curricula

Eine Aufgabe im Rahmen des Modellprojektes war die Einbindung der Thematik in die medizinische Aus- und Fortbildung

### Studentenausbildung

- Das Thema Häusliche Gewalt findet durch die Projektprotagonisten (Rechtsmedizin) bereits seit längerem besondere Berücksichtigung im Rahmen des Medizinstudiums in Dresden. Durch das Projekt konnte das Thema in verschiedenen Kontexten inhaltlich breiter verankert werden. Medizinstudenten werden mit dem Thema Gewalt in folgenden Vorlesungen und Übungen konfrontiert: Vorlesung Rechtsmedizin: hier wird insbesondere auf Häufigkeit und körperlich sichtbare Verletzungen eingegangen sowie die Notwendigkeit der Dokumentation vermittelt.
- Vorlesung Psychosomatik: hier wird insbesondere auf die psychischen/psychotraumatologischen Folgen eingegangen und die Gewaltdynamik erklärt. Außerdem werden Hinweise zum Umgang mit Betroffenen gegeben
- Als weiterer Baustein in der Ausbildung wurde in die Fortbildungseinheit Skills-Lab (siehe Kasten) das Thema Häusliche Gewalt in eine Fallkonstruktion eingebaut. In Kooperation mit Mitarbeitern des Dekanats der medizinischen Fakultät wurde die Fallgeschichte einer jungen Frau entwickelt, die mit unspezifischen medizinischen Symptomen zum Allgemeinarzt kommt, gleichzeitig aber auch sehr zurückhaltend in der Kommunikation ist und ausweichend antwortet. Der gesprächsführende Student weiß (wie bei der praktischen ärztlichen Tätigkeit) nichts von der Gewaltbetroffenheit seiner Patientin. Bei gut geführter Anamnese berichtet sie dem Studenten von Problemen in der Partnerschaft. Durch diese Art der didaktischen Heranführung werden die StudentInnen mit dem Problemfeld konfrontiert und auf ihre naturgemäß bestehenden Wissenslücken gestoßen. Die anwesende Mentorin klärt die Gruppe über das Problemfeld auf und die StudentInnen erhalten am Ende der Einheit ein Handout mit Hinweisen zum Hintergrund, Hilfsmöglichkeiten und Handlungsoptionen bei häuslicher Gewalt.
- **Fazit:** Die Erfahrung zeigt, dass die StudentInnen nur in den wenigen Fällen tatsächlich von selbst auf den Gedanken kommen, nach Gewaltbetroffenheit zu fragen. Dies ist aber durchaus intendiert, um eine Sensibilisierung zu erreichen. Die Rückmeldungen zu diesem Fall sind positiv. Der implementierte Fall bleibt auch über die Projektdauer hinaus im Programm des Skills-Lab bestehen.

Das Skills-Lab ist ein Lernraum für MedizinstudentInnen, in dem diese ihr Wissen praktisch anwenden bzw. üben können.

In kleinen Gruppen bis zu fünf Studenten wird dort beispielsweise geübt, Blut abzunehmen (an einer Attrappe), Blutdruck zu messen oder ein Anamnesegespräch zu führen.

Der Bereich der Arzt-Patienten-Kommunikation wird durch standardisierte und speziell geschulte SchauspielpatientInnen gestaltet. Dabei sitzt jedem Schauspieler, der einen Patienten spielt ein Student gegenüber, der die Arztrolle übernimmt. Die Gespräche werden mit Video aufgezeichnet und dem „Arzt“ als Videofeedback vorgeführt. Zusätzlich äußern die außerdem anwesenden StudentInnen konstruktive Kritik. Der gesamte Prozess wird durch einen speziell geschulten Mentor begleitet.

- Eine eigene Vorlesung Psychosomatik für Studenten der Fachrichtung Psychologie berührt das Thema Häusliche Gewalt und dessen Implikationen für die psychotherapeutische Praxis. Beteiligt sind hier auch StudentInnen der Fachrichtung Kunsttherapie an der Kunsthochschule Dresden.

### Fortbildung bereits praktizierender Ärztinnen und Ärzte

Fest verankert wurde das Thema in die Fortbildung bereits praktizierender ÄrztInnen zum Thema Häusliche Gewalt im Kurs „Psychosomatische Grundversorgung“ der Sächsischen Landesärztekammer (siehe oben).

Außerdem ist durch die Bestrebungen der Projektbeteiligten eine jährliche Fortbildung durch die Sächsische Landesärztekammer zum Thema Häusliche Gewalt projektiert, bei der jedes Jahr ein anderer vertiefender Schwerpunkt gewählt wird. Der genaue Umfang ist noch auszuhandeln. Grundlage ist hier eine gute Kooperation mit der Kommission Häusliche Gewalt/Gewalt in der Familie der Sächsischen Landesärztekammer.

### Aus- bzw. Fortbildung von Pflegekräften und Hebammen

In der Ausbildung von Familienhebammen ist das Thema Häusliche Gewalt bereits relativ gut beachtet, wobei Projektbeteiligte bereits in die Fortbildungsplanung im Vorfeld eingebunden waren.

In das Curriculum der Fachpflegeausbildung Psychiatrie/Psychosomatik am Dresdner Fort- und Weiterbildungszentrum (Carus Akademie) konnte die Aufnahme des Themas erreicht werden. Die wesentlichen Grundlagen, Selbsterfahrungsübungen und Gesprächsübungen werden angeboten. Das erlangte Wissen ist prüfungsrelevant.

## 4.7 Informationsmaterialien

Für das Projekt wurden verschiedene Materialien zur Weitergabe an ÄrztInnen, andere Fachkräfte und an Betroffene entwickelt.

Als wichtig erwies sich ein professioneller Auftritt mit möglichst ansprechendem und wieder erkennbarem Layout.

Ein professioneller Auftritt hilft daher, auch mit dem vermeintlichen Randthema Häusliche Gewalt ernst genommen zu werden.

### Dokumentation

Eine zentrale Aufgabe von MedizinerInnen in der Versorgung Gewaltbetroffener ist die gerichtsverwertbare Dokumentation der Verletzungen. Aus diesem Grund wurde in enger Zusammenarbeit mit dem Institut für Rechtsmedizin ein möglichst komfortabel auszufüllender und gleichzeitig alle wesentlichen Punkte beinhaltender Dokumentationsbogen entwickelt. Dieser ist auch im Anhang zu finden.

Der Dokumentationsbogen konnte mit Hilfe des Staatsministeriums für Soziales dem bereits bestehenden Sächsischen Leitfaden für ÄrztInnen zum Umgang mit Opfern Häuslicher Gewalt aus dem Jahr 2007

**Dokumentationsbogen bei Häuslicher Gewalt**

Unterliegt der gesetzlichen Schweigepflicht (SGB § 203)! Dokumentationsbogen in Sächsischer Leitfaden zum Umgang mit Opfern häuslicher Gewalt. Erhält im Rahmen der Weiterleitung an die Rechtsmedizin gemäß des Protokolls der Sächsischen Landesärztekammer.

**Patientenangaben:** Name: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Adresse: \_\_\_\_\_

**Angaben zum Untersuchter:** Name: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_ Uhrzeit: \_\_\_\_\_ Ort der Untersuchung: \_\_\_\_\_ Anwesende Person(en): \_\_\_\_\_

Aufklärung der Untersuchung erfolgt: Ja  Nein

Körpergröße: \_\_\_\_\_ Gewicht: \_\_\_\_\_ Schwangerschaft: Ja  Nein

Kommunikationsfähigkeit:  Alkoholisiert?  Drogenkonsum?

**Geschätzter Hergang:** (Möglichst eigene Worte des Opfers) \_\_\_\_\_

**Angaben zur Person, die die Verletzungen verursacht haben (soll)** \_\_\_\_\_

**Minimale Beschwerden:** \_\_\_\_\_

**Untersuchungsbefunde:** \_\_\_\_\_

**Körperlicher Untersuchungsbefund:**

Verletzungen: A. Schürfwunde B. Ritzwunde C. Blutwunde D. Schürfwunde E. Ritzwunde F. Hämatom G. Kratzer H. Thermische Wunde I. Sonstige: \_\_\_\_\_

Verletzungen werden dokumentiert, wenn sie vorliegen. Zeichen für Körperliche Gewalt sind: \_\_\_\_\_

Ziffer	Art (s. Text)	Größe	Charakteristika (Form, Farbe), Besonderheiten, Schmerz
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			

Charakteristische Fußgussdrücke: a) Blauung b) Schwellung c) Zahnabdrücke d) Formung (Abdrücke) e) petechiale Blutungsbildung f) Fraktur / verletztes

([http://www.soziales.sachsen.de/download/Soziales/Leitfaden\\_fuer\\_Aerztinnen\\_und\\_Aerzte\\_in\\_Sachsen.pdf](http://www.soziales.sachsen.de/download/Soziales/Leitfaden_fuer_Aerztinnen_und_Aerzte_in_Sachsen.pdf)) beigeheftet worden. Er ist zudem auf der Homepage [www.hinsehen-erkennen-handeln.de](http://www.hinsehen-erkennen-handeln.de) als PDF-Datei und als direkt am Computer auszufüllende Datei herunterladbar.

Da sich die Folgen von häuslicher Gewalt nicht nur auf der körperlichen sondern auch auf der psychischen Ebene nachweisen lassen, wurde ein Patientenfragebogen entwickelt (KEEP), der es ermöglicht, im Sinne eines Screenings, Hinweise auf mögliche psychische Beeinträchtigungen (Depression, Angststörung, Posttraumatische Belastungsstörung, dissoziative Störung) zu erfassen und gegebenenfalls eine entsprechende spezifische Diagnostik und Behandlung in die Wege zu leiten. Auch dieser Fragebogen (inklusive Auswertungsblatt für die Mediziner) ist unter [www.hinsehen-erkennen-handeln.de](http://www.hinsehen-erkennen-handeln.de) zu finden.

### Opferkärtchen

Arztpraxen sind ideale Schnittstellen um Betroffene diskret anzusprechen. Da für viele Betroffene nicht klar ist, an wen sie sich bei Hilfebedarf wenden können, wurde ein visitenkartengroßes Klappkärtchen entwickelt, das alle wesentlichen Telefonnummern und Adressen enthält. Dieses Kärtchen ist unauffällig einzustecken und mitzunehmen und kann unproblematisch vor dem Täter verborgen werden.

Diese Kärtchen wurden an alle ÄrztInnen verteilt, die an Schulungen teilgenommen haben. Gerne wurde der Hinweis aufgenommen, diese Kärtchen an unbesetzten Orten auszulegen. Innerhalb des Klinikums wurden an bestimmten Punkten (Patientinnen-toilette der Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie und der Orthopädie; Notaufnahme; Gynäkologie; Psychosomatik) Auslagestellen installiert, die ständig nachgefüllt werden.

Ein Problem besteht in der Kontinuität der Versorgung der niedergelassenen ÄrztInnen mit den Opferkärtchen. Nur wenige machten von dem Angebot Gebrauch, Opferkärtchen per Bestellfax oder telefonisch nachzubestellen. Verschiedene Ansätze wurden daher diskutiert, konnten aber nicht abschließend evaluiert werden.

**Fazit:** Dieses Projektmaterial wurde sehr gut und gerne angenommen. Auch nach Projektende ist die Nachfrage nach diesen Kärtchen aus Arztpraxen und Klinikum groß. Allerdings bleibt das Problem der Verteilung bestehen.



### Lesezeichen

In der Eingangsbefragung zeigte sich, dass nur äußerst wenige ÄrztInnen über Beratungsangebote für Gewaltbetroffene informiert waren. Aus diesem Grund wurde auch für die Fachkräfte eine Übersicht mit allen Beratungsmöglichkeiten in Dresden erstellt und in Form eines Lesezeichens verteilt. Die Fachkräfte wurden angeregt, dieses Lesezeichen in „Griffweite“ auf dem Schreibtisch oder einer Schublade zu positionieren oder in den Kalender einzulegen. Durch das ständige Sichtbarsein soll zusätzlich zur Informationsbereitstellung eine permanente Sensibilisierung erreicht werden. Die Rückmeldungen dazu waren außerordentlich positiv.

### Plakat für die Arztpraxis

In der Annahme, dass Gewaltbetroffene sich nicht von sich aus trauen, Ihre Ärztin auf ihre problematische Lebenssitua-



tion anzusprechen, wurde ein Plakat entwickelt, das sich geschulte Fachkräfte in den Warteraum Ihrer Praxis hängen können. Dadurch sollte die Anschwelle verringert und der Eindruck vermittelt werden, dass Häusliche Gewalt in dieser Praxis ein bekanntes Thema ist und ein professioneller Umgang sowie Hilfestellung zu erwarten sind. Dieses Plakat wurde von den Fachkräften wenig angenommen. Begründet wurde dies in der Regel mit dem Wunsch, die Warteräume bewusst ästhetisch und reizarm zu gestalten. Außerdem wurde die Sorge geäußert, die Patienten damit eventuell zu verunsichern.

Allerdings wurde in der Klinik für Gynäkologie im Universitätsklinikum eine Ecke eingerichtet, in der die genannten Materialien ausliegen und das Plakat auf das Ansprechen hinweist.



### Infomappen

Zur Weitergabe der Schulungsunterlagen und des Informationsmaterials wurden Mappen entwickelt, die die wesentlichen Informationen (beispielsweise eine kurze Handlungsanleitung, die Kontaktdaten der Ansprechpartner innerhalb des Projektes und der Beratungsstellen) enthielten. Durch die Redundanz der zentralen Informationen auf verschiedenen Materialien sollte ein leichtes Auffinden und besseres Einprägen erreicht werden.

Diese Mappen wurden befüllt mit einem Ausdruck der gezeigten PowerPoint-Präsentation, den Dokumentationsbögen, Opferkärtchen und Lesezeichen an die SchulungsteilnehmerInnen verteilt. Die Mappen können im ärztlichen Leitfaden (der als Ordner fertig gestaltet vorlag) abgeheftet werden.



### Internetseite [www.hinsehen-erkennen-handeln.de](http://www.hinsehen-erkennen-handeln.de)

Zur Präsentation der wesentlichen Hintergrundinformationen, Informationen zum Projekt und insbesondere zur Bereitstellung der entwickelten Materialien wurde eine Internetseite für medizinische Fachkräfte entwickelt, die fortlaufend ergänzt wurde.

Ziel war es, medizinische Fachkräfte durch die Bereitstellung der Informationen und Materialien zu entlasten, indem die bereitgestellten Materialien (beispielsweise der Dokumentationsbogen) möglichst auf den ersten Blick – ohne langes Suchen auffindbar sein sollten.

Auf dieser Seite finden sich unter anderem folgende Informationen und Materialien für die klinische Arbeit:

1. [Häusliche Gewalt \(d.h. Partnerschaftsgewalt\)](#)

**Hilfreiche Materialien (für Erwachsene):**

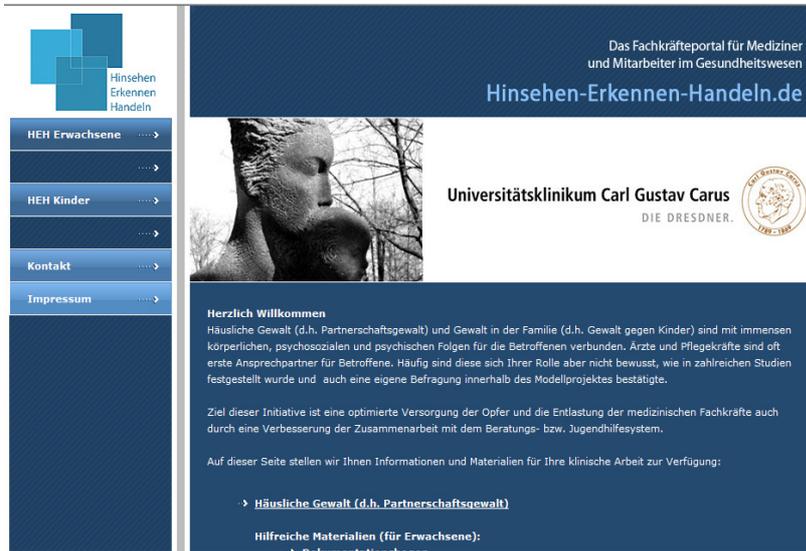
- [Dokumentationsbogen](#)
- [Gesundheitsfragebogen](#)
- [Psychische Verdachtsdiagnosen](#)
- [Ärztlicher Leitfaden zum Umgang mit Opfern Häuslicher Gewalt](#)

2. [Gewalt in der Familie \(d.h. Gewalt gegen Kinder\)](#)

**Hilfreiche Materialien in der Behandlung und Betreuung von Kindern:**

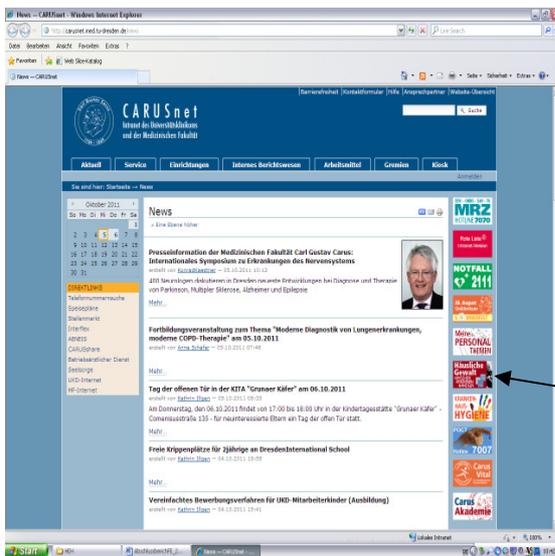
- [Dokumentationsbogen](#)

- [Meldefax](#)
- [Leitfaden "Gewalt gegen Kinder - Misshandlung Minderjähriger"](#)
- [Link zur Fachkräfte-Liste mit Kontaktdaten zu insoweit erfahrenen Fachkräften der Stadt Dresden](#)
- 



Diese Homepage wird auch nach Projektende ehrenamtlich weiter gepflegt. Sie wird mit dem neuen Projekt „Hinsehen-Erkennen-Handeln. Kinderschutz im Gesundheitswesen“ um den Bereich Gewalt in der Familie erweitert werden. Damit ist ein Augenmerk auf die wesentliche Schnittstelle Jugendhilfe und Medizin gelenkt.

### Intranetbutton Häusliche Gewalt



Auf der Intranetseite des Universitätsklinikums besteht für Mitarbeiter die Möglichkeit, mittels zehn „Buttons“ den Pfad zu wesentlichen Informationen auf den ersten Blick sichtbar zu machen. So sind zum Beispiel die klinikumsinterne Notrufnummer, die „Rote Liste“ (ein Verzeichnis aller existierenden Medikamente), oder das Rechenzentrum mit jeweils einem Button repräsentiert, der durch kurze und knappe zielführende Informationen unterlegt ist



Die Projektbeteiligten konnten einen solchen Button für das Thema Häusliche Gewalt erhandeln und gestalten. Dabei wurden in sehr kurzer Form die wesentlichen Hintergrundinformationen, Handlungsempfehlungen und Hilfsmöglichkeiten zusammengestellt und für alle Mitarbeiter des Klinikums zugänglich gemacht.

Außerdem sind sowohl der Dokumentationsbogen als auch eine Liste mit Ansprechpartnern für Betroffene ausdrückbar hinterlegt.

Durch die ständige optische Präsenz auf der Intranetseite wird zudem die Relevanz des Themas deutlich und die notwendigen Informationen sind im Ernstfall äußerst komfortabel zugänglich.

#### **4.8 Veröffentlichungen**

Um die Arbeit des Projektes in der Zielgruppe und auch für die wissenschaftliche Community sichtbar zu machen, wurden verschiedene Veröffentlichungen erarbeitet. Eine Übersicht gibt die untenstehende Tabelle.

Artikel in der klinikumsinternen Mitarbeiterzeitung und im Universitätsjournal der TU-Dresden wurden nicht mit aufgeführt.

	<b>Zeitschrift/ Veranstaltung</b>	<b>Titel</b>	<b>Datum</b>	<b>Autoren</b>
Wissenschaftliche Artikel (peer reviewed)	Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen (ZEFQ)	Häusliche Gewalt bei Patienten – durch medizinische Fachkräfte vermutlich unterschätzt Eine Vollerhebung bei Dresdner und Chemnitzer niedergelassenen medizinischen Fachkräften und solchen des Dresdner Universitätsklinikums	Online: November 2010	Franziska Epple, Ilona Croy, Julia Schellong
Artikel in Fachzeitschriften	Sächsisches Ärzteblatt	Krieg im eigenen Haus Häusliche Gewalt und Gewalt in der Familie sind keine Randerscheinung	März 2010 (Heft 3/2010)	Julia Schellong, Franziska Epple
	Sächsisches Ärzteblatt	Heile Familie? Gewalt gegen Partner und Kinder Bilanz der Veranstaltungsreihe im Deutschen Hygiene-Museum Dresden, Frühjahr 2010	September 2010 (Heft 9/2010)	Julia Schellong, Franziska Epple
	Frauenarzt	Schwangerschaft und Geburt bei psychisch traumatisierten Frauen	März 2011	Kerstin Weidner, Franziska Epple, Julia Schellong
Abstracts in wissenschaftlichen Tagungsbänden	Erwünscht und integriert? Dokumentation der SIGNAL-Fachtagung	Hinsehen-Erkennen-Handeln Modellprojekt zur Sensibilisierung und Qualifizierung medizinischer Fachkräfte für das Thema Häusliche Gewalt und Gewalt in der Familie in Dresden	19./20.02. 2010	Franziska Epple
	12. Jahrestagung der Deutschsprachigen Gesellschaft für Psychotraumatologie (DeGPT). Programm und Abstractband	Wahrnehmung häuslicher Gewalt/Gewalt in der Familie durch medizinische Fachkräfte	4.-7. März 2010	Franziska Epple Julia Schellong
	61. Arbeitstagung des Deutschen Kollegiums für Psychosomatische Medizin (DKPM). Programm und Abstractband	Wie sehen medizinische Fachkräfte Häusliche Gewalt? Befragung im Rahmen des Modellprojektes „Hinsehen-Erkennen-Handeln, aktive Hilfen im Gesundheitssystem“ gefördert durch das Sächsische Staatsministerium für Soziales.	17.- 20.03.2010	Julia Schellong Franziska Epple
	Zeitschrift für Allgemeinmedizin. Sonderausgabe- Hauptprogramm/Abstractband.	Satellitensymposium: Hinsehen-Erkennen-Handeln. Partnerschaftsgewalt als gesundheitsrelevantes Problem	23. September 2010	Julia Schellong Franziska Epple Hildegard Hellbernd
	44. Kongress für Allgemeinmedizin und Familienmedizin: Quo vadis Allgemeinmedizin? Hausärztliches Arbeiten in den nächsten 10 Jahren.	Hinsehen-Erkennen-Handeln - Modellprojekt zur Sensibilisierung und Qualifizierung medizinischer Fachkräfte für das Thema Häusliche Gewalt und Gewalt in der Familie in Dresden		Julia Schellong
		Wie sehen medizinische Fachkräfte Häusliche Gewalt? – Befragung im Rahmen des Modellprojektes „Hinsehen-Erkennen-Handeln, aktive Hilfen im Gesundheitssystem“		Franziska Epple
	European Journal of Psychotraumatology, Vol 2 (2011), Supplement 1, 12th European Conference on Traumatic Stress - Human rights & psychotraumatology	Helpless doctors with helpless patients Care for victims of domestic violence by training medical staff	2.-5. Juni, 2011	Julia Schellong Franziska Epple Peter Joraschky

## 5. Wissenschaftliche Begleitung

Parallel zur Sensibilisierungs-, Schulungs- und Vernetzungsarbeit wurde das Modellprojekt wissenschaftlich begleitet.

Die Zielstellung war zum einen die Erfassung des Status Quo (das heißt Wissensstand, subjektive Wahrnehmung des Problemfeldes durch die Fachkräfte und Fortbildungsbedarf). Zum anderen sollten die Projektwirkung evaluiert und daraus allgemeingültige Schlüsse gezogen werden.

Die wissenschaftliche Begleitung fand dabei in drei Schritten statt:

1. Ausgangsbefragung.
2. Formative Evaluation, d.h. Anpassung der Fortbildungsinhalte und Methoden entsprechend der direkt nach den Schulungen über anonyme Evaluationsbögen erhaltenen Rückmeldungen der Schulungsteilnehmer. Die Ergebnisse dieser Evaluation fanden unmittelbar Eingang in die neuen Schulungen und wurden überwiegend unter der Überschrift Erfahrungen im Kapitel Tätigkeitsbericht dargestellt und werden im Kapitel Handlungsempfehlungen aufgegriffen. Eine gesonderte Darstellung erfolgt aus Platzgründen an dieser Stelle nicht.
3. Abschlussbefragung.

### 5.1 Ausgangsbefragung

#### Untersuchungsteilnehmer

Um ein möglichst umfassendes Bild über verschiedene Berufsgruppen zu erhalten, wurden alle klinisch tätigen medizinischen Fachkräfte im Universitätsklinikum Dresden (ÄrztInnen, Pflegepersonal, sonstiges therapeutisch tätiges Personal), alle niedergelassenen ÄrztInnen, PsychotherapeutInnen, Hebammen und Pflegedienste in Dresden und Chemnitz befragt. Die niedergelassenen medizinischen Fachkräfte aus Chemnitz dienten als Kontrollgruppe, da nur in Dresden eine Intervention stattfinden sollte. Insgesamt wurden 4886 medizinische Fachkräfte angeschrieben.

Ausgewertet werden konnten 23 % (1107 von 4846) der verschickten Fragebögen. Die Rücklaufquote von elektronisch (per E-Mail) verschickten war deutlich schlechter als die von postalisch (per Brief) verschickten Fragebögen (16 % versus 30 %).

#### Untersuchungsprocedere

Ein vierseitiger Fragebogen zur Erfassung der subjektiven Wahrnehmung des Problemfeldes, des Wissenstandes und der Fortbildungsbereitschaft wurde in Zusammenarbeit mit verschiedenen Experten entwickelt. Der Fragebogen (siehe Anhang) gliederte sich in die Unterkategorien:

- Angaben zu Person und Beruf (sieben Items),
- Subjektive Wahrnehmung des Problemfeldes (fünf Items),
- Wissenstand (Interventionsmöglichkeiten, Arbeitshilfen und Beratungsstellen: 51 Items)
- Fortbildungsbereitschaft (11 Items).

Die Durchführungszeit betrug etwa zehn Minuten. Die Untersuchung fand im Frühjahr 2009 statt.

The image shows a questionnaire form with the following sections:

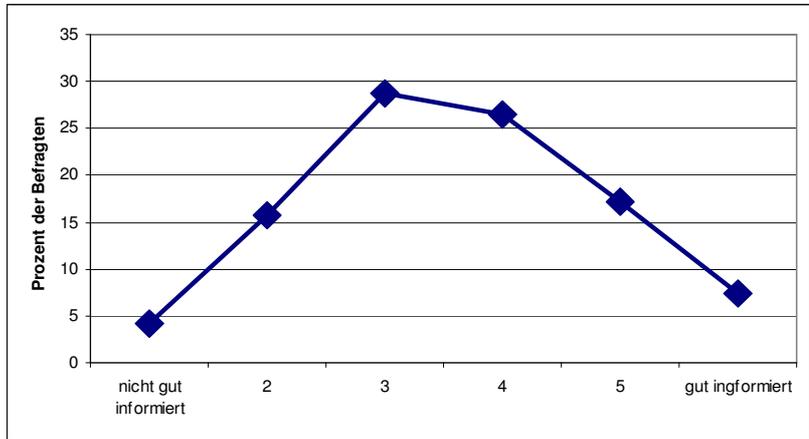
- A. Angaben zur Person und zum Beruf:**
  - A1: Welche Berufsgruppe gehören Sie an? (Radiobuttons: Arzt/Ärztin, Pflegepersonal, Diätassistent, Psychologe/ Psychologin, Sonstige)
  - A2: In welcher Fachrichtung sind Sie tätig? (Text input field)
  - A3: Wie viele Patienten besuchen Sie in der Regel? (Radiobuttons: unter 5, 5 bis 20, 21 bis 50, über 50)
  - A4: Wie lange sind Sie in Ihrer Berufstätigkeit? (Radiobuttons: bis zu 10 Jahre, 11 bis 20 Jahre, 21 bis 30 Jahre, über 30 Jahre)
  - A5: In welchem Versorgungsbereich sind Sie tätig? (Radiobuttons: ambulant, stationär/ambulante)
  - A6: Wie lange sind Sie im Gesundheitswesen? (Radiobuttons: weniger als 10 Jahre, 10 bis 20 Jahre, 21 bis 30 Jahre, über 30 Jahre)
  - A7: Ihr Alter liegt im Bereich: (Radiobuttons: 20-24 J., 25-29 J., 30-34 J., 35-39 J., 40-44 J., über 44 J.)
- B. Ihr beruflicher Wissensstand:**
  - B1: Inwieweit sind Sie über das Thema häusliche Gewalt in der Familie informiert? (Radiobuttons: sehr wenig, wenig, mittel, viel, sehr viel)
  - B2: Wollen Sie aufgrund Ihrer Tätigkeit im Gesundheitswesen über häusliche Gewalt in der Familie aufgeklärt werden? (Radiobuttons: ja, nein)
  - B3: Wenn ja, in welchem Umfang? (Radiobuttons: nicht, 2%, 3 bis 10%, 11 bis 20%, 21 bis 30%, über 30%)
  - B4: Wenn ja, in welchem Umfang? (Radiobuttons: nicht, 2%, 3 bis 10%, 11 bis 20%, 21 bis 30%, über 30%)
- C. Ihre berufliche Wissensstände:**
  - C1: Welche Schweregrade sehen Sie in Ihrer beruflichen Praxis, Patienten auf das Thema häusliche Gewalt anzusprechen? (Radiobuttons: sehr wenig, wenig, mittel, viel, sehr viel)
  - C2: Welche Schweregrade sehen Sie in Ihrer beruflichen Praxis, Patienten auf das Thema häusliche Gewalt anzusprechen? (Radiobuttons: sehr wenig, wenig, mittel, viel, sehr viel)
- D. Wenn Sie den Verdacht haben, eine Patientin häusliche Gewalt in der Familie erlebt, birgt sie einen Missbrauch des Systems:**
  - D1: Wie oft tritt dies auf? (Radiobuttons: sehr selten, selten, häufig, sehr häufig)
  - D2: Wie oft tritt dies auf? (Radiobuttons: sehr selten, selten, häufig, sehr häufig)

## Ergebnisse

Hier werden nur die zentralen Ergebnisse dargestellt. Für detaillierte Informationen wird auf die Publikation in der Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen (siehe Tabelle Veröffentlichungen) verwiesen.

### Informationsstand

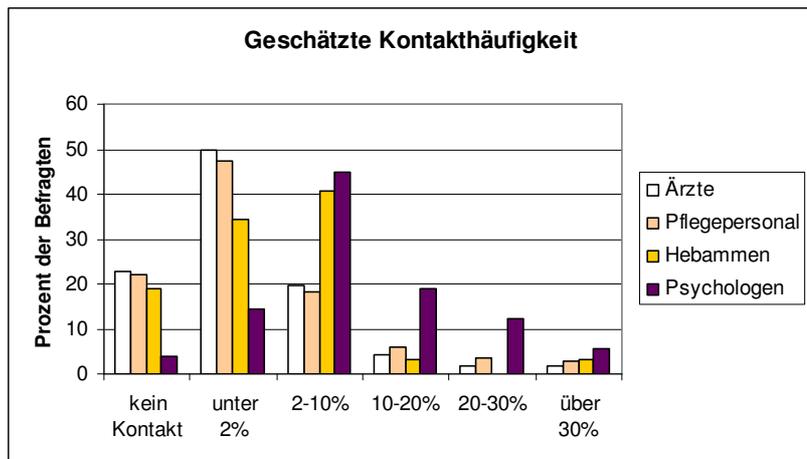
Die Befragten gaben auf die Aussage: „Ich fühle mich zum Thema Häusliche Gewalt/Gewalt in der Familie...“ auf einer sechsstufigen Skala zwischen nicht gut informiert und gut informiert in der Mehrzahl einen mittelguten Informationsstand an. Allerdings kannten 70 % der befragten ÄrztInnen den Sächsischen Leitfaden zum Umgang mit Opfern häuslicher Gewalt nicht. Außerdem war die Hauptberatungsstelle für Betroffene häuslicher Gewalt nur 9 % der Befragten bekannt.



### Geschätzte Kontakthäufigkeit

Die Häufigkeit, mit der die befragten Fachkräfte Kontakt zu Betroffenen hatten war je nach befragter Berufsgruppe unterschiedlich. Auffällig war, dass insbesondere ÄrztInnen zu 72 % angaben, sie hätten keinen Kontakt oder nur unter 2 % ihrer PatientInnen wären betroffen.

Das heißt insbesondere diese Berufsgruppe ist zumindest subjektiv kaum mit dieser Problemlage konfrontiert.

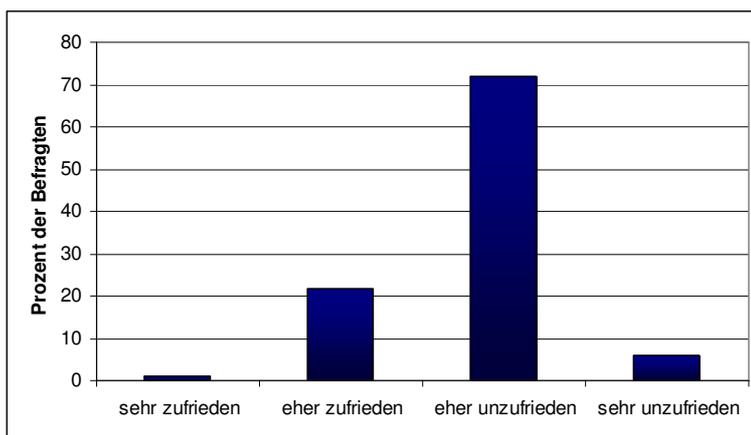


### Schwierigkeiten in der beruflichen Praxis, Betroffene anzusprechen

Befragt nach den Hauptschwierigkeiten in der beruflichen Praxis, PatientInnen auf das Thema Häusliche Gewalt anzusprechen, gaben 42 % der befragten ÄrztInnen an, sie wüssten nicht, an wen sie die Betroffenen weiter verweisen könnten. Außerdem als schwierig erwiesen sich Zeitmangel (für 37 %), die Vermutung, dass die Patientin nicht angesprochen werden wolle (27 %) und die Gefahr, unvorhersehbare Folgen (beispielsweise eine Retraumatisierung) auszulösen (23 %).

### *Zufriedenheit mit den Möglichkeiten als Helfer*

77 % der BefragungsteilnehmerInnen waren mit ihren Möglichkeiten als Helfer im Verdachtsfall eher unzufrieden oder sehr unzufrieden.



### *Fortbildungsbereitschaft*

84 % der BefragungsteilnehmerInnen würden an einer Fortbildung teilnehmen, 25 % der Befragten hatten zu diesem Thema in

den vergangenen fünf Jahren bereits an einer Fortbildung zum Thema Häusliche Gewalt teilgenommen.

### **Fazit**

Der Rücklauf der vorliegenden Befragungen kann mit 23 % als befriedigend angesehen werden. Zumal es sich um eine sogenannte „Kaltakquise“ ohne vorherige Ankündigung oder mediale Vorbereitung der Zielgruppe handelte. Allerdings sind die Ergebnisse nicht repräsentativ. Vielmehr ist zu vermuten, dass es sich um eine positive Auswahl von am Thema interessierten Fachkräften handelt.

Aber selbst die vermutlich besonders am Thema interessierten Fachkräfte zeigten sich in dieser Befragung nicht in allen Bereichen optimal informiert.

Auffällig ist die relativ niedrige angegebene Kontakthäufigkeit mit Gewaltbetroffenen in der medizinischen Tätigkeit. Wenn 73 % der Antwortenden die Häufigkeit auf unter zwei Prozent einschätzen, ist angesichts der hohen statistisch nachgewiesenen Prävalenz von Partnerschaftsgewalt eine eklatante Wahrnehmungslücke zu vermuten. Kritisch daran ist, dass eine adäquate Versorgung ausbleibt, wenn die Gesundheitsstörungen nicht als gewaltbedingt erkannt werden.

Die meisten der genannten Schwierigkeiten sind durch Fortbildungen relativ leicht zu beheben. Auch wenn strukturelle Schwierigkeiten (wie Zeitmangel) nicht ohne weiteres aufgelöst werden können, so ist doch durch die Vermittlung von Handlungssicherheit und entlastenden Angeboten für die ÄrztInnen (beispielsweise durch die Bereitstellung von Dokumentationsbögen) auch hier Abhilfe möglich. Entscheidend ist die Bekanntmachung von Weitervermittlungsmöglichkeiten, was auch durch die in der Befragung festgestellte massive Unbekanntheit der spezialisierten Beratungsstellen und Schutzeinrichtungen unterstrichen wird.

Die erwähnten Unsicherheiten und Wahrnehmungslücken werden von den antwortenden Fachkräften selbst gesehen und resultieren zusammen mit der hohen Unzufriedenheit mit den eigenen Hilfsmöglichkeiten in einer hohen Fortbildungsbereitschaft.

Entsprechend der Angaben der BefragungsteilnehmerInnen bezüglich der optimalen Zeitdauer und der gewünschten Inhalte wurden Fortbildungsmodulare entwickelt und implementiert. (Siehe Kapitel 4 Tätigkeits- und Erfahrungsbericht.)

## 5.2 Abschlussbefragung

### Untersuchungsteilnehmer

Wie bei der ersten Befragung wurden erneut alle klinisch tätigen medizinischen Fachkräfte im Universitätsklinikum Dresden (ÄrztInnen, Pflegepersonal, sonstiges therapeutisch tätiges Personal), alle niedergelassenen ÄrztInnen, PsychotherapeutInnen, Hebammen und Pflegedienste in Dresden und Chemnitz befragt.

Insgesamt wurden nun 4812 medizinische Fachkräfte angeschrieben.

Ausgewertet werden konnten 17 % (781 von 4795) der verschickten Fragebögen. Die Rücklaufquote von elektronisch (per E-Mail) verschickten (im Gegensatz zur ersten Befragung) entsprach der postalisch (per Brief) verschickten Fragebögen.

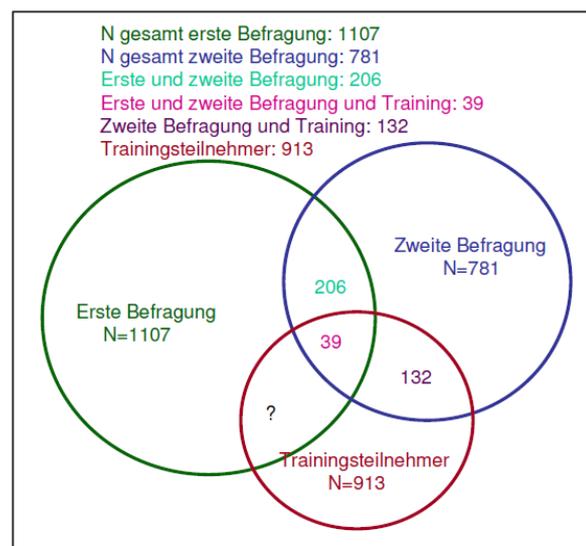
### Untersuchungsprocedere

Bei der zweiten Befragung wurde derselbe vierseitige Fragebogen wie bei der ersten Befragung eingesetzt. Allerdings wurde der Teil zur Erfragung der Fortbildungsbereitschaft durch einen Fragenblock zur Bekanntheit des Modellprojektes und zur Anwendbarkeit des potentiell durch die Teilnahme an einer Projekt-Schulung erworbenen Wissens ersetzt.

Die Durchführungszeit betrug wieder etwa zehn Minuten. Die Untersuchung fand im Herbst 2010 statt.

### Ergebnisse

Bei der Betrachtung der Befragungsergebnisse aus der ersten und zweiten Befragung ergeben sich verschiedene Subgruppen (beispielsweise 39 Trainingsteilnehmer, die sowohl an der ersten als auch an der zweiten Befragung teilgenommen haben). Diese Subgruppen werden in der Abbildung grafisch veranschaulicht. Bei der Darstellung der einzelnen ausgewählten Ergebnisse wird auf diese jeweiligen Subgruppen verwiesen.



### Erreichen der Zielgruppe

Um zu beurteilen, ob die Zielgruppe (Dresdner medizinische Fachkräfte) erreicht wurde, wurden alle Teilnehmer der zweiten Befragung (N=781) ausgewählt, die gleichzeitig in Dresden praktizieren (**N=620**).

Dabei ergab die Befragung,

- dass 53 % von dem Modellprojekt „Hinsehen-Erkennen-Handeln“ gehört hatten
- 13 % die Homepage [www.hinsehen-erkennen-handeln.de](http://www.hinsehen-erkennen-handeln.de) kannten
- 22 % an einer Schulung teilgenommen hatten

Von den Dresdner Befragten, die angaben, an einer Schulung teilgenommen zu haben (N=129) berichteten,

- 94 % mit der Veranstaltung zufrieden gewesen zu sein
- 84 %, dass sie das Gehörte in ihrer Arbeit anwenden könnten
- 38 %, dass sie den Ärzteleitfaden verwendeten
- 38 %, dass sie die durch das Modellprojekt verteilten Opferkärtchen auslegen würden
- 33 %, dass sie den Dokumentationsbogen verwenden würden

Von den Dresdner Befragten, die angaben, **nicht** an einer Schulung teilgenommen zu haben (N=458) berichteten,

- 67 %, dass ihnen das Schulungsangebot nicht bekannt war
- 19 %, dass sie das Thema Häusliche Gewalt in ihrer Arbeit nicht beträfe
- 34 %, dass ihnen die Zeit fehlte
- 10 %, dass sie bereits Fortbildungen zu dem Thema absolviert hätten
- 3 %, dass sie sich mit dem Thema nicht beschäftigen wollten.

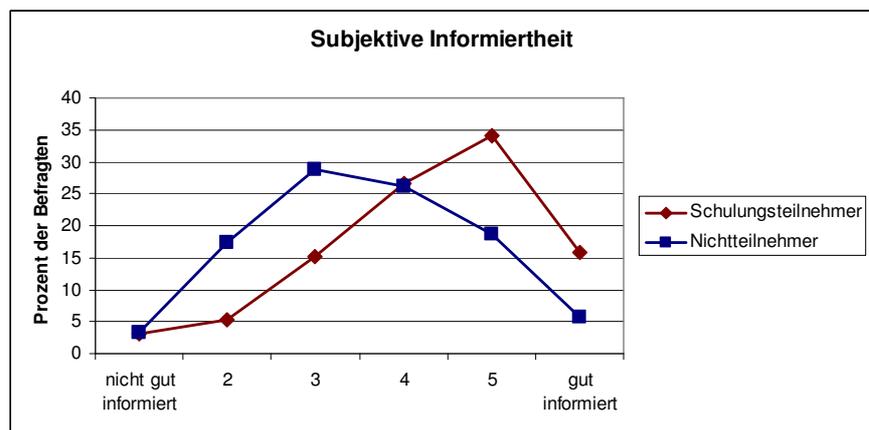
### Informationsstand

Die Schulungsteilnehmer fühlten sich zum Thema Häusliche Gewalt subjektiv signifikant ( $p=0,000$ ) besser informiert als Nichtteilnehmer.

Teilnehmer der zweiten Befragung, die nicht an Schulungen durch das Modellprojekt

teilgenommen hatten,

unterschieden sich in ihrem subjektiven Informiertheitsgrad nicht von den Teilnehmern der ersten Befragung.



Vergleicht man die Aussagen der Schulungsteilnehmer, die sich sowohl an der ersten als auch an der zweiten Befragung beteiligt haben (N=37), so ergibt sich eine signifikante Verbesserung ( $p=0,011$ ) des subjektiven Informationsstandes. Die Verbesserung weist immerhin eine mittlere Effektstärke von  $ES=0.58$  auf. Auch die Befragten aus Dresden, die an beiden Befragungen teilgenommen haben, aber keine Schulung besucht haben (N=100), geben eine signifikant ( $p=0,045$ ) verbesserte Informiertheit an, bei allerdings kleiner Effektstärke von  $ES=0,22$ .

In der Chemnitzer Stichprobe dagegen, die als Kontrollgruppe ohne Schulungen fungierte, verbesserte sich der Informationsstand der Befragten, die an der ersten und an der zweiten Befragung teilgenommen hatten (N=46) *nicht*. Daraus lässt sich schließen, dass der Fragebogen an sich keine Sensibilisierungseffekte bewirkt hat (keine Verbesserung in Chemnitz), dass das Projekt in Dresden aber Nebeneffekte im Sinne einer leichten Sensibilisierung auch bei Fachkräften hatte, die nicht an Schulungen teilgenommen haben (Verbesserung auch bei den Nichtteilnehmern aus Dresden).

### Geschätzte Kontakthäufigkeit

Die Häufigkeit mit der ein Verdachtsfall in der praktischen Arbeit wahrgenommen wird, änderte sich durch die Schulungen nicht signifikant.

### Zufriedenheit mit den Möglichkeiten als Helfer

Befragt nach ihrer Zufriedenheit als Helfer im Verdachtsfall, ergab sich eine leichte, nicht signifikante aber tendenzielle Verbesserung ( $p=0,059$ ) bei den Schulungsteilnehmern, die auch an beiden Befragungen teilgenommen hatten (N=37).

*Bekanntheit von Hilfsmitteln oder Hilfsmöglichkeiten*

Bezüglich der Bekanntheit von Hilfsmitteln und Hilfsmöglichkeiten ergaben sich in der zweiten Befragung einige signifikante Unterschiede zwischen SchulungsteilnehmerInnen und NichtteilnehmerInnen. Eine kleine Auswahl veranschaulicht die

Dabei wird deutlich, dass befragte SchulungsteilnehmerInnen deutlich häufiger Hilfsmöglichkeiten oder Hilfsmittel kennen und nutzen als NichtteilnehmerInnen, wobei kein häufigerer Kontakt zur Hauptberatungsstelle für Opfer häuslicher Gewalt benannt wurde.

	<b>Schulungsteilnehmer</b> <b>N=132</b>	<b>Nichtteilnehmer</b> <b>N=522</b>	<b>Unterschied signifikant</b>
Ärzteleitfaden bekannt	Ja: 52 %	Ja: 19 %	p=0,000
Ärzteleitfaden genutzt	Ja: 39 %	Ja: 12 %	p=0,000
Auslegen von Informationsmaterial für Betroffene	Ja: 49 %	Ja: 18 %	p=0,000
Bekanntheit der Hauptberatungsstelle	Ja: 34 %	Ja: 13 %	p=0,000
Kontakt mit der Hauptberatungsstelle	Ja: 8 %	Ja: 7 %	n. s.

**Fazit**

Die Rücklaufquote von 17 % (gegenüber 23 % bei der ersten Befragung) ist weniger befriedigend. Denkbar ist, dass sich die Fachkräfte nicht ein zweites Mal auf die relativ umfängliche Befragung einlassen wollten. Angesichts des niedrigen Rücklaufs ist auch hier wieder die Übertragbarkeit der Ergebnisse auf die Gesamtheit eingeschränkt.

Aus der Befragung lässt sich allerdings ableiten, dass die Zielgruppe (Fachkräfte im Gesundheitswesen in Dresden) durchaus befriedigend erreicht wurden. So kannte immerhin über die Hälfte der Antwortenden das Modellprojekt. Dazu muss angemerkt werden, dass auch Kinder versorgende Fachkräfte und Psychotherapeuten befragt wurden, denen im Projektzeitraum keine Schulungen angeboten wurden, da sie aufgrund der ersten Befragung nicht als primäre Zielgruppe (Kinderschutz als anderes Grundthema) ausgemacht wurden. Das heißt, dass die Bekanntheit des Modellprojektes in der tatsächlich beworbenen Zielgruppe noch höher sein dürfte. Die Bekanntheit der Homepage ist mit 13 % allerdings nicht hoch. Hier spiegelt sich auch ein interessanter Befund aus den Gesprächen mit den Fachkräften wieder, in denen kein besonders starkes Interesse an elektronischen Informationen zu diesem Thema bekundet wurde.

Befragte, die an den Schulungen teilgenommen hatten, berichteten von einer hohen Zufriedenheit mit den Veranstaltungen und auch einer guten Anwendbarkeit des vermittelten Wissens in der praktischen Arbeit. Dies korrespondiert mit den Rückmeldungen aus den unmittelbar nach den Veranstaltungen ausgeteilten Evaluationsbögen. Die Aussage der Mehrheit der Antwortenden, dass das erworbene Wissen praktisch anwendbar sei, ist nicht hoch genug zu bewerten, da zwischen Schulung und Anwendung im Alltag erst einmal eine gewisse Erprobungszeit notwendig ist. Diese Erprobungszeit wurde durch die nachträgliche Befra-

gung eingeräumt. Offensichtlich bewerten die Teilnehmer diesen Alltagstransfer als möglich.

Dass nur etwa ein Drittel der SchulungsteilnehmerInnen den Dokumentationsbogen zur Dokumentation der Verletzungen nutzt, ist kritisch zu betrachten, da eben die Dokumentation der Verletzungen in der medizinischen Betreuung der Gewaltopfer eine essentielle Rolle spielt. Fraglich bleibt, ob überhaupt nicht dokumentiert wird oder andere Hilfsmittel verwendet werden. Möglicherweise ist auch der Verweis an das Institut für Rechtsmedizin für die befragten Fachkräfte eine alltagstauglichere Lösung als die relativ zeitaufwendige und leider nicht als Kassenleistung abrechenbare Dokumentation vor Ort.

Interessant ist auch die Analyse derer, die nicht an Schulungen teilgenommen hatten. 67 % gaben an, das Angebot nicht zu kennen. Dies ist zum einen darauf zurückzuführen, dass nicht alle Fachgruppen gezielt zu Schulungen eingeladen wurden. Die Projektdurchführenden machten durch Gespräche aber mitunter auch die Tendenz aus, dass schriftliche Einladungen zu den Schulungen nicht immer als relevant wahrgenommen wurden. Hierzu ist erklärend anzumerken, dass insbesondere niedergelassene ÄrztInnen täglich mit einer Fülle von Post umzugehen haben. Selbst wenn also eine schriftliche Einladung vorliegt, geht sie unter Umständen in der Menge der zu bearbeitenden Post unter.

Für ein gutes Drittel der NichtteilnehmerInnen war das Problem die mangelnde Zeit. Die Mehrheit der Fachkräfte gibt eine enorm hohe Arbeitsbelastung an. Dazu kommt, dass insgesamt viele unterschiedliche Fortbildungen angeboten werden. Eine klare Prioritätensetzung wird daher von den Fachkräften abverlangt und diese fällt oft zuungunsten des Themas Häusliche Gewalt aus. Immerhin fast 20 % der NichtteilnehmerInnen gaben zudem an, dass das Thema sie in ihrer täglichen Arbeit nicht betreffe. Ob es sich dabei um eine zutreffende Einschätzung handelt, muss leider offen bleiben.

Als positives Ergebnis kann vermerkt werden, dass SchulungsteilnehmerInnen sich signifikant besser informiert fühlen als Nichtteilnehmer. Diese Verbesserung ist eindeutig auf die Schulungen zurückzuführen, da sich die SchulungsteilnehmerInnen, die bei der ersten und bei der zweiten Befragung teilgenommen haben, signifikant verbessert haben. Zwar haben sich auch die NichtteilnehmerInnen in Dresden verbessert, allerdings nur bei sehr kleiner Effektstärke. Chemnitzer BefragungsteilnehmerInnen wiesen dagegen gar keine Veränderung des subjektiven Informationsstandes auf. Es ist also davon auszugehen, dass der Fragebogen an sich keine sensibilisierende Wirkung hatte, da sich sonst auch eine Veränderung bei den Chemnitzer Befragten eingestellt hätte. Bei den Dresdner Befragten wiederum scheinen sich neben den Schulungseffekten auch noch positive Begleiteffekte eingestellt zu haben, die z. B. auf die verstärkte Öffentlichkeitsarbeit zu diesem Thema zurückgeführt werden könnten. Dabei zeigt sich ein Befund, der auch aus anderen Bereichen bekannt ist, dass schon allein die Bearbeitung eines Themas, das wiederholte „davon hören“, „darüber sprechen“ oder „darüber lesen“ zu einer Sensibilisierung (auch ohne Schulung) führen kann.

Anders als erwartet, erhöhte sich die geschätzte Zahl des Opferkontaktes bei den SchulungsteilnehmerInnen nicht. Dies könnte zum einen damit zusammenhängen, dass die Einschätzung der Kontakthäufigkeit schon bei der ersten Befragung relativ realistisch war oder aber noch nicht genügend Zeit zwischen Schulung und Befragung vergangen ist, um eine Erhöhung des Kontaktes (der auf die veränderte Wahrnehmung der Verdachtsfälle zurückzuführen wäre) zu bemerken.

Ebenfalls entgegen der Erwartungen änderte sich die Zufriedenheit der SchulungsteilnehmerInnen mit ihren Möglichkeiten als Helfer nur tendenziell. Eine höhere Handlungssicherheit und bessere Informiertheit hätten eigentlich auch zu einer Erhöhung der Zufriedenheit führen sollen. Allerdings erhöht sich mit der

Sensibilität natürlich auch der Grad der Reflektiertheit. Möglicherweise ist den Fachkräften durch die Schulungen einfach bewusster geworden, wie wenig sie den Opfern tatsächlich im Einzelfall helfen können, da die familiären Situationen der Opfer mitunter sehr komplex sind. Dies wiegt möglicherweise die höhere Handlungssicherheit auf.

Eindeutig verbessert haben sich in jedem Fall die Bekanntheit der verschiedenen bestehenden Hilfsmöglichkeiten und die Nutzung von Materialien.

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass selbst in einem relativ kurzen Zeitraum mit verhältnismäßig kurzen Schulungen eine statistisch signifikante Verbesserung des selbst beschriebenen Wissenstandes möglich ist. Inwiefern sich allerdings der praktische Umgang mit den Betroffenen tatsächlich verändert hat, kann mit dieser methodischen Herangehensweise nicht sicher eruiert werden. Das theoretische Wissen hat sich bei den SchulungsteilnehmerInnen zumindest nachweisbar verändert.

## 6. Resümee und praktische Implikationen

Insgesamt kann das Projekt vor dem Hintergrund seiner begrenzten Laufzeit als erfolgreich und wirkungsvoll eingestuft werden.

Aus den Ergebnissen der ersten Befragung kann der subjektive und objektive Bedarf der medizinischen Fachkräfte für Fortbildungen klar abgeleitet werden. Die Ergebnisse der zweiten Befragung zeigen deutlich, dass die Zielgruppe durch das Projekt erreicht wurde und die Schulungen zu einer Wissensvermehrung und Verbesserung des subjektiven Empfindens geführt haben.

Allerdings braucht eine flächendeckende Sensibilisierung Ausdauer und Wiederholung. Weder konnte die gesamte Zielgruppe in der Projektlaufzeit erreicht werden, noch konnte der Tatsache der notwendigen Wiederholung von Lerninhalten Rechnung getragen werden. Durch die Arbeit des Projektes gelang es jedoch wichtige Erkenntnisse für künftige flächendeckende Schulungs- und Sensibilisierungsmaßnahmen zu gewinnen, die hier überblicksartig noch einmal zusammengefasst seien.

### 6.1 Fortbildungen

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass medizinische Fachkräfte die Problematik Häusliche Gewalt zunehmend sehen und auch für Fortbildungen erreichbar sind. Dafür bedarf es jedoch eines relativ hohen Aufwandes (z. B. über persönliche Einladung).

Nach 14 Monaten Schulungserfahrung lassen sich die Erkenntnisse folgendermaßen zusammenfassen:

- eher kurze Schulungen (45-90 Minuten) werden besser angenommen als lange
- aufsuchende Schulungen (z. B. über Ärzttestammtische oder feste klinikinterne Fortbildungszeiten) werden besser angenommen als solche, zu denen eingeladen wird
- einmalige (kurze) Termine werden besser angenommen als vertiefende (und damit längere) Schulungen
- inhaltlich sollten Formen, Prävalenz, Warnzeichen, Gewaltdynamik, Handlungsempfehlungen und rechtliche Rahmenbedingungen (Opferrecht und Schweigepflicht) angesprochen werden
- medizinische Fachkräfte präferieren eine fokussierte, mit Beispielen illustrierte Informationsvermittlung
- multiprofessionelle Referenten (Medizin, Recht, Beratung) erhöhen die Authentizität
- das Einbringen des Themas aus der eigenen Profession (Ärzte schulen Ärzte) erhöht die Bereitschaft zur Teilnahme an Fortbildungen
- das professionelle Auftreten mit gut gestalteten Materialien erleichtert die Akzeptanz
- der Einsatz von Filmsequenzen kann die Thematik veranschaulichen und auch emotional besser zugänglich machen
- das Einräumen von Nachfragemöglichkeiten bzw. Diskussionszeiten ermöglicht am ehesten eine Auseinandersetzung und Reflexion von eigenen Erfahrungen / Erfahrungen mit Patienten
- Fortbildungen sollten aller zwei bis drei Jahre wiederholt werden

## **6.2 Strukturelle Notwendigkeiten**

### **Koordinatorenfunktion**

Der Umgang mit der Thematik Häusliche Gewalt im Medizinsystem sollte weiter professionalisiert werden. Dazu gehört auch die Einrichtung einer Koordinationsstelle für das Medizinsystem, da die Akquise und Durchführung von Schulungen zu dieser Thematik mit hohem Aufwand verbunden sind und Fortbildungen auf längere Sicht auch wiederholt werden sollten.

Dieser Stelle, die möglichst im Medizinsystem angesiedelt sein sollte, müsste die Organisation, Einladung, Programmgestaltung und Durchführung von Fortbildungen obliegen. Außerdem könnte diese Stelle der Vernetzung von Medizin- und Beratungssystem dienen und beispielsweise die Aktualisierung und Verteilung von Materialien übernehmen. Eine dauerhafte Abdeckung der Schulungs- und Vernetzungsbedarfe durch das ehrenamtliche Engagement einzelner MedizinerInnen ist nicht vorzusetzen. Auch wenn eine professionelle Anbindung beispielsweise an Kommissionen (in Sachsen: Kommission Häusliche Gewalt-Gewalt in der Familie) innerhalb von Landesärztekammern hilfreich und notwendig ist, ist die dauerhafte Sicherstellung der Bearbeitung des Themas in der Ärzteschaft nur durch zusätzliche Hauptamtliche zu gewährleisten.

### **Finanzierung ärztlicher Dokumentation**

Als immer wieder problematisch stellte sich in den Fortbildungen der Fakt heraus, dass die schriftliche Dokumentation von Folgen häuslicher Gewalt (beispielsweise mittels eines Dokumentationsbogens) nicht als Kassenleistung abrechenbar ist. Da es sich aber durchaus um eine ärztliche Leistung handelt, die auch einer gewissen Zeit bedarf, ist der Wunsch vieler Ärzte verständlich, die Dokumentation und den erhöhten Gesprächsbedarf vergütet zu bekommen. Dieses Problem muss auf politischer Ebene gelöst werden.

Zu beachten ist dabei, dass bei Gewaltfolgen in der Regel der Verursacher dieser Folgen in Regress genommen wird. In gewaltgeprägten Beziehungen könnte dies zu einer Verschärfung der Situation und einer massiven Sicherheitsgefährdung des Opfers führen. Diese Überlegung muss bei der Suche nach Lösungen für die Vergütungsfrage unbedingt einbezogen werden.

### **Einbindung in Aus- und Fortbildung**

Es müssen weiterhin Bemühungen unternommen werden, die Thematik in die Ausbildung von MedizinstudentInnen, Krankenschwestern und Hebammen zu integrieren. Dadurch wird nach und nach erreicht, dass dieses Thema als normaler Teil der medizinischen Versorgung wahrgenommen und akzeptiert wird.

Insbesondere die gefühlte Hilflosigkeit vieler, dieser als schwierig empfundenen Situation ausgeliefert zu sein, kann durch Vermittlung und Übung klarer Handlungsempfehlungen entgegengewirkt werden. Wichtig ist dabei, nicht lediglich auf die Dokumentation von Gewaltfolgen zu fokussieren, sondern durch die gleichzeitige Vermittlung der psychischen Prozesse auch das Verständnis für die Betroffenen zu fördern.

### **Verpflichtende Schulungen**

Da das Thema Häusliche Gewalt von etlichen Medizinern nicht als relevant für die alltägliche Arbeit eingeschätzt wird, ist die Bereitschaft zur Teilnahme an freiwilligen Schulungen mitunter nicht zufriedenstellend. Zu überlegen ist daher, ob für bestimmte Fachrichtungen verpflichtende Schulungen eingeführt werden könnten. Dies würde unter Umständen dazu führen, dass die Thematik an objektiver Relevanz gewinnt. Dabei ist allerdings zu beachten, dass die Thematik durch

verpflichtende Fortbildungen potentiell noch unattraktiver werden könnte. Die Frage ist daher, ob es über andere Wege (z. B. Öffentlichkeitsarbeit) gelingen kann, das Thema gleichzeitig stärker wahrnehmbar zu machen.

### **Öffentlichkeitsarbeit**

Insgesamt sollte die Thematik auch zukünftig weiter öffentlich bearbeitet werden. Dies führt zum einen zu einer Enttabuisierung zum anderen schärft es die Wahrnehmung für Gewaltbetroffenheit, die ganz allgemein massiv unterschätzt wird.

Außerdem helfen beispielsweise öffentliche, multiprofessionell ausgerichtete Veranstaltungen dabei, das gegenseitige Verständnis für die Arbeitsweisen der jeweils anderen Professionen zu erhöhen. Dazu sollten möglichst in eher medizinisch ausgerichteten Veranstaltungen auch sozialberaterische und rechtliche Fragestellungen bearbeitet werden und umgekehrt.

### **6.3 Kritische Reflexion**

Die schriftliche Befragung umfasste eine große Zahl der Teilnehmenden. Da es sich um freiwillige Teilnehmer und Teilnehmerinnen, die sich möglicherweise bereits für diese Thematik interessierten, handelte, können die Ergebnisse allerdings nicht verallgemeinert werden. Das ist jedoch ein generelles Problem Befragungen jeglicher Form.

Die Projektwirkungen können durchaus sehr zufrieden stellen, allerdings muss angemerkt werden, dass es insgesamt schwierig ist, medizinische Fachkräfte für die Thematik Häusliche Gewalt zu erreichen. Insbesondere die Notwendigkeit, die Fortbildungen sehr kurz und prägnant zu gestalten, wird der Problematik im Grunde nicht ganz gerecht. Gerade die Reflexion der eigenen Barrieren im Umgang mit Opfern und das praktische Üben der Gesprächsführung kommen in solch kurzen Fortbildungen zu kurz. Nicht zuletzt aus diesen Gründen sind Wiederholungen von Fortbildungen mit jeweils unterschiedlicher Schwerpunktsetzung sinnvoll und notwendig.

Dass sich der Einsatz dennoch lohnt und selbst kurze Schulungen unter Einbezug von Öffentlichkeitsarbeit in der breiten Bevölkerung effektiv sein können, zeigt die Begleitforschung zu diesem Projekt trotz aller methodischen Einschränkungen.

Bis zur selbstverständlichen Verankerung des Themas Häusliche Gewalt im medizinischen Alltag ist es allerdings noch ein weiter Weg.



**Zusätzliche Asservierungen / Untersuchungen**

- Blut       Urin       Abstrich (wo:.....)
- Röntgen       Sonographie       Sonstiges.....

**Erster Eindruck**

z. B. Auffälligkeiten im Bewusstsein, aufgelöst, weinend, erregt, ruhig, zurückhaltend, teilnahmslos, Sprachauffälligkeiten,....

**Psychische Beschwerden**

z. B. Lustlosigkeit, gedrückte Stimmungslage, Antriebsminderung, emotionaler/sozialer Rückzug, Besorgnis, Anspannung, Übererregung, Angstgefühle, massive Ärgerimpulse oder emotionale Taubheit, Amnesien, Konzentrationsstörungen, Wiedererleben der belastenden Situation, unerklärte körperliche Beschwerden,....

**Abschluss**

**- Schutzbedürfnis der Patientin / des Patienten prüfen!**

- PatientIn geht  nach Hause       ins Frauenhaus       zu Bekannten      .....
- Folgeuntersuchungen vereinbart       ja (Termin:.....)       nein
- Überweisung veranlasst       ja (wohin:.....)       nein
- PatientIn hat Informationen über lokale Hilfeeinrichtungen erhalten       ja       nein
- Vorstellung bei einem Psychotherapeuten erforderlich       ja       nein
- Vorstellung bei einem Psychotherapeuten mit PatientIn besprochen       ja       nein
- Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung ausgestellt       ja      bis wann.....
- Patientin wurde auf die Schweigepflicht des Untersuchenden hingewiesen.       ja

**► Hinweis:**

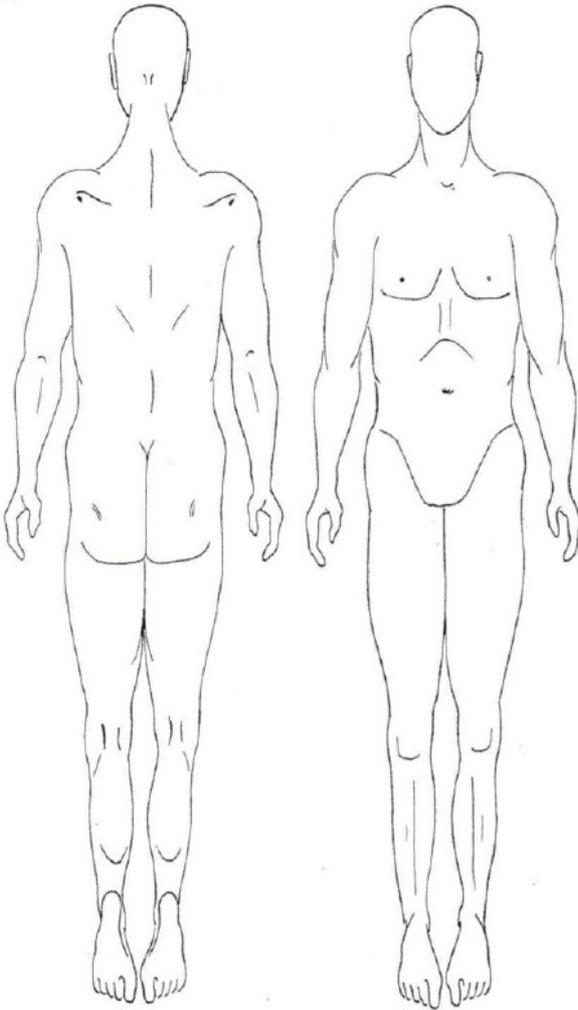
Dieser Bogen unterliegt der gesetzlichen Schweigepflicht und wird in der Praxis/in den persönlichen Krankenunterlagen aufbewahrt. Er darf nur nach vorheriger schriftlicher Einwilligung der Betroffenen an Dritte herausgegeben werden.

Stempel und Unterschrift

**Körperschemata**

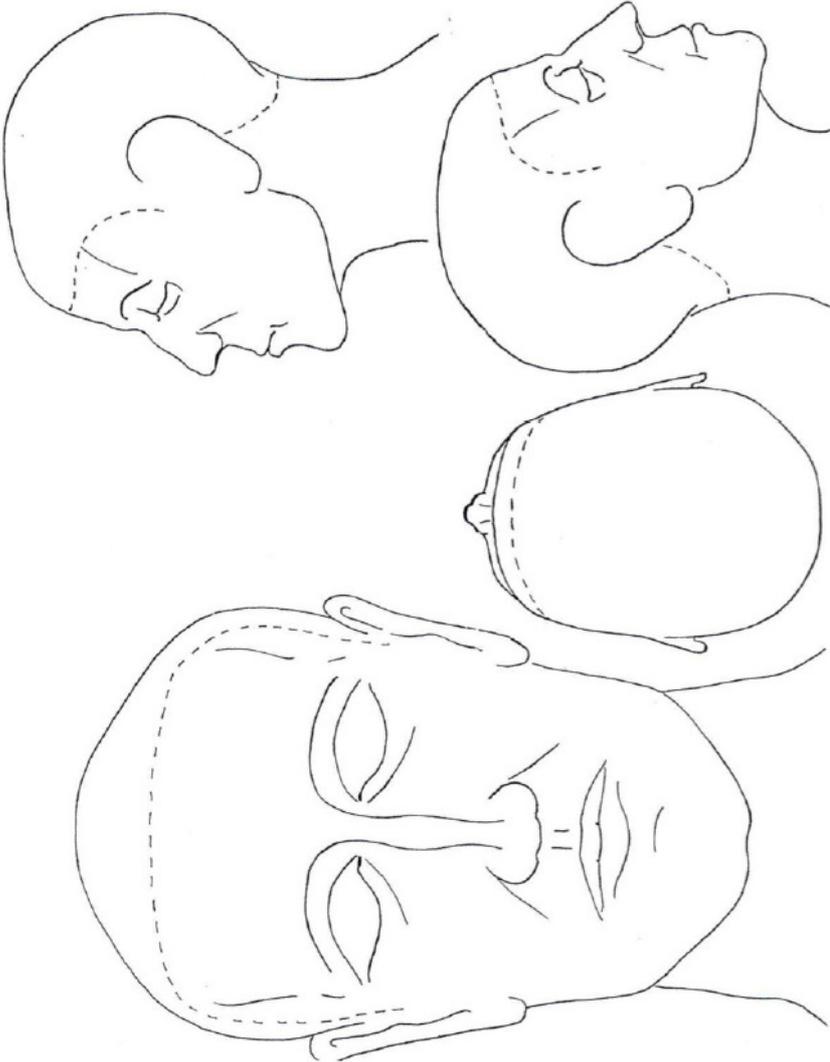
Name:  
Untersuchungsdatum:  
Uhrzeit:

Verletzungen hier eintragen, Ziffern vergeben, in der Tabelle (S. 1) Einzelheiten vermerken.



Körperschemata

Name:  
Untersuchungsdatum:  
Uhrzeit:



Fragebogen

► **Angaben zur Person und zum Beruf**

- A1 Welcher Berufsgruppe gehören Sie an?  Arzt / Ärztin  Pflegepersonal  Hebamme  
 Psychologe / Psychologin  
 Sonstiges: .....
- A2 In welcher Fachrichtung sind Sie tätig? .....
- A3 Wie viele Patienten behandeln Sie in etwa täglich?  unter 5  6 bis 30  31 bis 50  über 50
- A4 Bitte geben Sie die Jahre Ihrer Berufserfahrung an:  bis 5 Jahre  6-10 Jahre  10-20 Jahre  über 20
- A5 In welchem Versorgungs-Setting sind Sie tätig?  ambulant  stationär / teilstationär
- A6 Bitte geben Sie Ihr Geschlecht an:  weiblich  männlich
- A7 Ihr Alter liegt im Bereich:  bis 24 J.  25 - 34 J.  35 - 44 J.  45 - 54 J.  über 55

► **Ihr beruflicher Bezug zum Thema**

- B1 Ich fühle mich über das Thema häusliche Gewalt/Gewalt in der Familie gut informiert.  
trifft nicht zu 1  2  3  4  5  6  trifft genau zu
- B2 Hatten Sie während Ihrer Tätigkeit im vergangenen Jahr Kontakt mit Patienten, die häusliche Gewalt/ Gewalt in der Familie (körperliche, sexuelle und psychische Gewalt) erlebt haben?  
Schätzen Sie bitte die Häufigkeit!  
 kein Kontakt  unter 2 %  2 % bis 10 %  10 % bis 20 %  20 % bis 30 %  über 30 %
- B3 Wenn ich den Verdacht habe, eine Patientin hat häusliche Gewalt/Gewalt in der Familie erlebt, spreche ich sie darauf an.  
 eher ja  eher nein
- B4 Welche Schwierigkeiten sehen Sie in Ihrer beruflichen Praxis, Patienten auf das Thema häusliche Gewalt anzusprechen? (Bitte wählen sie die für Sie wesentlichen Hauptaspekte aus.)  
 Häusliche Gewalt ist eine Familienangelegenheit.  
 Ich bin nicht der richtige Ansprechpartner:  
 Mir fehlen Informationen, an wen die Betroffenen weiter verwiesen werden können.  
 Der mutmaßliche Täter ist auch bei mir in Behandlung.  
 Ich habe Zweifel an der Glaubwürdigkeit der Betroffenen.  
 Ich vermute, dass die Patientin nicht angesprochen werden will.  
 Es besteht die Gefahr, dass ich damit unvorhersehbare Folgen auslöse (z.B. Retraumatisierung).  
 Zeitmangel  
 Ich befürchte rechtliche Konsequenzen.  
 Ich fürchte um meine eigene Sicherheit und die meiner Mitarbeiter/Kollegen.  
 Es gibt sprachliche Barrieren.  
 Sonstiges:.....
- B5 Wenn ich den Verdacht habe, eine Patientin hat häusliche Gewalt/Gewalt in der Familie erlebt, bin ich mit meinen Möglichkeiten als Helfer/in ...  
 sehr zufrieden  eher zufrieden  eher unzufrieden  sehr unzufrieden

**► Reagieren und intervenieren – Relevanz möglicher Interventionen**

**C1** Sie haben den Verdacht, dass ein Kind Opfer von Gewalt in der Familie ist. Welche Reaktionen halten Sie für sinnvoll /nicht sinnvoll und für Sie machbar/nicht machbar?  
Bitte beantworten Sie jede Frage und treffen Sie jeweils zwei Entscheidungen!

	sinnvoll	nicht sinnvoll	weiß nicht	machbar	nicht machbar
dem Kind gegenüber Verständnis signalisieren	o	o	o	o	o
Eltern im Beisein des Kindes direkt mit dem Verdacht konfrontieren	o	o	o	o	o
vertrauliches Gespräch in ruhiger Atmosphäre	o	o	o	o	o
dem Kind vermitteln, dass Problemlage erkannt wurde	o	o	o	o	o
detaillierte Befunddokumentation	o	o	o	o	o
Beteiligung von Vertrauenspersonen am Gespräch	o	o	o	o	o
Ganzkörperuntersuchung	o	o	o	o	o
Gespräch mit Sorgeberechtigten	o	o	o	o	o
Polizei informieren/Anzeige erstatten	o	o	o	o	o
Hilfen für den Notfall anbieten	o	o	o	o	o
Meldung beim Jugendamt	o	o	o	o	o
Folgetermine vereinbaren	o	o	o	o	o
Krankenhauseinweisung einleiten	o	o	o	o	o
weitere Fachkraft hinzuziehen	o	o	o	o	o
Schutzmaßnahmen mit dem Kind besprechen	o	o	o	o	o

**C2** Sie haben den Verdacht, eine erwachsene Patientin hat häusliche Gewalt erlebt. Welche Reaktionen halten Sie für sinnvoll/ nicht sinnvoll und für Sie machbar/nicht machbar?  
Bitte beantworten Sie jede Frage und treffen Sie jeweils zwei Entscheidungen!

	sinnvoll	nicht sinnvoll	weiß nicht	machbar	nicht machbar
Hilfsbereitschaft signalisieren	o	o	o	o	o
Abklären, ob Kinder gefährdet sind	o	o	o	o	o
Hilfe für beteiligte Kinder einleiten, ggf. Jugendamt informieren	o	o	o	o	o
sedierende Medikation anbieten	o	o	o	o	o
Thematik offen ansprechen/konkrete Fragen stellen	o	o	o	o	o
Schutzmaßnahmen besprechen (Schutzhaus, Wegweisung)	o	o	o	o	o
Verweisung an den sozialpsychiatrischen Dienst	o	o	o	o	o
vertrauliches Gespräch in ruhiger Atmosphäre	o	o	o	o	o
detaillierte Befunddokumentation	o	o	o	o	o
Beteiligung von Vertrauenspersonen am Gespräch	o	o	o	o	o
Ganzkörperuntersuchung	o	o	o	o	o
Gespräch mit dem Partner	o	o	o	o	o
Polizei informieren/Anzeige erstatten	o	o	o	o	o
Hilfen für den Notfall anbieten	o	o	o	o	o
Vermittlung an spezielle Beratungsstelle	o	o	o	o	o
Folgetermine vereinbaren	o	o	o	o	o

► **Fakten zu häuslicher Gewalt/Gewalt in der Familie**

D1 Wie hoch schätzen Sie den Anteil der erwachsenen Bevölkerung in Deutschland, der körperliche und/oder sexuelle Gewalt durch aktuelle oder frühere Beziehungspartner erlebt hat?

- Frauen:  unter 2 %  2 % bis 10 %  10 % bis 20 %  20 % bis 30 %  über 30 %  
 Männer:  unter 2 %  2 % bis 10 %  10 % bis 20 %  20 % bis 30 %  über 30 %

► **Informationsmöglichkeiten und Arbeitshilfen**

E1 Zum Thema häusliche Gewalt/Gewalt in der Familie existieren verschiedene Arbeitshilfen und Informationsmöglichkeiten. Welche davon kennen Sie und welche nutzen Sie in Ihrer Arbeit?

	ja	nein	nutze ich	nutze ich nicht
Der Sächsische Leitfaden der Landesärztekammer zum Umgang mit Opfern häuslicher Gewalt ist mir bekannt.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Wenn ja:</b> Die einzelnen Punkte des Dokumentationsbogens (des Leitfadens) sind problemlos auszufüllen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Den Leitfaden „Gewalt gegen Kinder/Misshandlung Minderjähriger“ der Sächsischen Landesärztekammer kenne ich.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich kenne die Datenbank <a href="http://www.traumanetz-sachsen.de">www.traumanetz-sachsen.de</a> , die Beratungs- und Behandlungsangebote für Opfer beinhaltet.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich lege Informationsmaterialien von Beratungsstellen etc. zum Thema häusliche Gewalt in meinen Praxisräumen aus.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		

E2 Folgende Einrichtungen/Institutionen arbeiten mit dem Thema häusliche Gewalt/Gewalt in der Familie. Welche davon sind Ihnen bekannt, mit welchen hatten Sie jemals Kontakt?

Einrichtung/Institution	bekannt		Kein kontakt	Kontaktzufriedenheit	
	ja	nein		ja	nein
D.I.K. (Dresdner Interventions- und Koordinierungsstelle)	<input type="radio"/>				
Institut für Rechtsmedizin am Universitätsklinikum Dresden	<input type="radio"/>				
Traumaambulanz am Universitätsklinikum Dresden	<input type="radio"/>				
Kinderschutzbund Dresden	<input type="radio"/>				
A.U.S.W.E.G.	<input type="radio"/>				
Opferhilfe Sachsen e.V.	<input type="radio"/>				
Weißer Ring e.V.	<input type="radio"/>				
Psychosozialer Krisendienst der Landeshauptstadt Dresden	<input type="radio"/>				
Kinder- und Jugendnotdienst der Landeshauptstadt Dresden	<input type="radio"/>				
Frauenschutzhaus Dresden	<input type="radio"/>				
Anonyme Zuflucht für Mädchen und junge Frauen Dresden	<input type="radio"/>				
Täterberatungsstelle „Escape“	<input type="radio"/>				
Sonstiges: .....	<input type="radio"/>				

**E3** Würden Sie an einer Fortbildung zum Thema häuslicher Gewalt teilnehmen?

ja  nein

**E4** Haben Sie in den letzten fünf Jahren bereits Fortbildungen zum Thema absolviert?

ja  nein

**E5** Welche Aspekte oder Angebote in einer solchen Fortbildung halten Sie für wichtig?

	wichtig	eher wichtig	eher unwichtig	unwichtig
Hintergrundinformationen/wissenschaftliches Material (Ausmaß, Formen und Gesundheitsfolgen etc.)	o	o	o	o
Handlungsanleitungen zur Vorgehensweise bei Verdacht oder Gewissheit auf häusliche Gewalt.	o	o	o	o
Hinweise bzw. Schulung zur Gesprächsführung mit Betroffenen	o	o	o	o
Handlungsanleitungen zur gerichtsverwertbaren Dokumentation	o	o	o	o
Informationen zu rechtlichen Aspekten (Schweigepflicht, Gewaltschutzgesetz etc.)	o	o	o	o
Informationen über Beratungsstellen/Zufluchtseinrichtungen	o	o	o	o
Hinweise zur Abklärung des aktuellen Schutzbedürfnisses	o	o	o	o
Initiierung von Kooperationen/Vernetzung	o		o	o
Sonstige: .....	o	o	o	o

**E6** Welche Zeitdauer hätte eine für Sie ideale Fortbildung?

0,5 bis 1 Stunde(n)  bis zu 2 Stunden  bis zu 4 Stunden  ganztägig

Sonstiges: .....

**E7** Haben Sie andere Anmerkungen oder Fragen zum Thema?

---



---



---



---

Bitte legen Sie den ausgefüllten Fragebogen ungeknickt in den Rücksendeumschlag und geben Sie diesen in die Hauspost!

**Herzlichen Dank für Ihre Angaben!**