



LONDON
SCHOOL of
HYGIENE
& TROPICAL
MEDICINE



Gesundheitsversorgung bei häuslicher Gewalt

Richtungsweisende Modelle der Intervention in der Primärversorgung und bei Schwangerschaft/Geburt in Europa





Was ist bereits bekannt?

Häusliche Gewalt (HG) gegen Frauen ist weit verbreitet, verborgen und hat bedeutende Auswirkungen auf Gesundheit und Lebenschancen. Die medizinische Grundversorgung und Versorgung bei Schwangerschaft und Geburt gelten als wichtige Bereiche für eine Intervention. Dies setzt eine Sensibilisierung, die Einbeziehung von Gesundheitsfachkräften in Fortbildungen voraus und beinhaltet das Erkennen von Gewalt betroffenen Patientinnen sowie die Entwicklung von Behandlungswegen und Kooperationen.

International werden zunehmend Interventionsmodelle bei häuslicher Gewalt innerhalb der Gesundheitsversorgung entwickelt und evaluiert. Solche Interventionsprogramme sind komplex, oft geht es um Veränderungen auf verschiedenen Ebenen, es geht um neue Partnerschaften zwischen Organisationen mit sehr unterschiedlichen Philosophien, institutionellen Strukturen und arbeitsorganisatorischen Verfahren. Beachtliche Unterschiede bestehen in den jeweiligen Ländern in Bezug auf gesetzliche Rahmenbedingungen und politischen Programme, hinsichtlich des Aufbaus des Gesundheitssystems und der Leistungserbringer, hinsichtlich der Stärke und des Einflusses der Betroffenen- und Unterstützungsorganisationen, der Verfügbarkeit regionaler Ressourcen und spezialisierter Organisationen gegen häusliche Gewalt, hinzu kommen kulturelle Unterschiede.

Welche Lücken bestehen?

Bislang ist die Literatur über die Implementierung von Versorgungsleistungen unzureichend und nur wenige Studien geben Auskunft über die zugrunde liegenden Programmtheorien.

Für politische Entscheidungsträger, Geldgeber und beschlussfassende Organe des Gesundheitssystems ist nicht nur entscheidend zu verstehen, ob ein Interventionsprogramm gelingt, sondern auch wann, wie und auf welche Weise es gelingt. Die kontextbezogenen Charakteristika können helfen, Erfolg oder Scheitern von Interventionsprogrammen zu erklären.

Das Daphne Projekt

Diese Studie zieht Lehren aus mehreren vielversprechenden Interventionsmodellen in sieben europäischen Ländern: Großbritannien, Finnland, Niederlande, Spanien, Deutschland, Belgien und Serbien. Die wichtigsten Ergebnisse beruhen auf: (i) Daten eines Mapping: 82 Fragebögen zu 81 Interventionsprojekten in diesen Ländern, in die weite geografische Regionen sowie unterschiedliche Kliniken und Gesundheitsdisziplinen einbezogen wurden; (ii) 37 qualitativen Interviews mit Schlüsselpersonen aus Interventionsprojekten in 6 Ländern; (iii) und einem 2-tägigen Workshop mit den Projektpartnern/innen der beteiligten Länder.

Einbezogene Interventionsmodelle in Europa



Großbritannien

MOZAIC Women's Well Being Projekt ist eine Partnerschaft zwischen dem Guy's & St. Thomas' NHS Foundation Trusts, einem Krankenhaus des nationalen Gesundheitsdienstes zu Geburtshilfe und sexueller Gesundheit in London, und dem „170 Community Projekt“, einer Nichtregierungsorganisation in Südost-London. Das Projekt arbeitet mit dem Ansatz „Verfügbarkeit“ („in-reach“), d.h. innerhalb des Krankenhauses bieten unabhängige Mitarbeiterinnen der NGO gegen häusliche Gewalt den Frauen direkt Hilfe an, schulen Gesundheitsfachkräfte, und setzen sich dafür ein, die Vernetzung zwischen den Community Projekten und dem Krankenhaus zu verbessern.



Finnland

Als Teil einer nationalen Initiative, die vom Ministerium für Gesundheit und Soziales finanziert wurde, erhielten Pflegekräfte in Entbindungs- und Kinderkliniken im öffentlichen Gesundheitsdienst Training zur Thematik HG, das ein routinemäßiges Fragen nach Gewalt in Verbindung mit einem Screening-Bogen beinhaltete. Die Behandlungspfade schlossen die Vermittlung an andere Gesundheitsfachkräfte in Gesundheitszentren (z.B. Therapeuten/innen, Sozialarbeiter/innen und Ärzte/Ärztinnen) sowie kommunale Unterstützungseinrichtungen bei häuslicher Gewalt ein. Seit 2004 wurden Richtlinien für Gesundheitsfachkräfte in der Geburtshilfe und der Mutter-Kind-Gesundheitsfürsorge verbreitet, die letzte Auflage wurde 2011 veröffentlicht. Die regionale Staatsverwaltung Südfinnlands hat ein standardisiertes – auch elektronisch verfügbares – Formular entwickelt, um nachzuprüfen, wie weit Patientinnen wegen Körperverletzungen aufgrund häuslicher Gewalt (PAKE) in Gesundheitszentren und Krankenhäusern aufgenommen wurden.



Niederlande

MeMoSA (Mentor Mothers) ist in Rotterdam und Nijmegen in allgemeinen Arztpraxen etabliert. Allgemeinmediziner erhalten Training zu HG über einen Trainings-Pool. Auch der „in-reach“ Ansatz wird genutzt, wobei von HG betroffene Frauen an Mentoren-Mütter weiter gewiesen werden, dabei handelt es sich um Halb-Freiwillige, die ausgebildet wurden, um Müttern mit Kindern bis zu 18 Jahren oder zu Hause wohnend zu unterstützen. In diesem frühen Stadium liegt der Schwerpunkt zeitlich begrenzter Intervention auf vier Gebieten: Gewalt reduzieren; Kinder, als Zeugen von Gewalt; Umgehen mit depressiven Beschwerden; sowie das soziale Netzwerk der Frauen fördern und Isolierung reduzieren. In Nijmegen erhalten die Mentoren Training und ein wöchentliches Coaching von HERA, die größte spezialisierte Organisation bei HG in der Region, die auch ein Netz von Zufluchtsstätten leitet.



Spanien

Nach der spanischen Gesetzgebung (Organic Law) 1/2004 sind die Regierungen aller 17 autonomen Gemeinden verpflichtet, sich innerhalb der Gesundheitsversorgung mit dem Thema geschlechtsspezifische Gewalt zu befassen. In der Region Kastilien und León wurde ein Top-down Bottom-up Ansatz zur Implementierung des Gemeinsamen Behandlungsprotokolls als Reaktion der Gesundheitsversorgung bei geschlechtsspezifischer Gewalt übernommen. Managementteams in der Primärversorgung und in Krankenhäusern waren zunächst in Aktivitäten zur Sensibilisierung eingebunden. Ein interdisziplinäres Trainingsteam von 35 Fachkräften wurde ausgebildet, um dann Fortbildungen in abgestuften Formen zuerst mit Teams der Grundversorgung, der Notdienste, Schwangerenvorsorge und Geburtshilfe sowie des Empfangspersonal durchzuführen. Gesundheitsfachkräfte nutzen ihre etablierten Netzwerke mit Sozialarbeitern, Polizei, Zufluchtsstätten und anderen Gesundheitsfachleuten, um von HG betroffene Frauen zu unterstützen. Die autonomen Regionen führen nun ein Informationssystem, bei dem Kenntnisse über HG und andere Daten im Rahmen der Gesundheitsversorgung aufgenommen werden. Die Daten werden dem Ministerium für Gesundheit und Soziales übergeben, das jährlich einen Bericht zur Epidemiologie geschlechtsspezifischer Gewalt und Folgemaßnahmen der Intervention veröffentlicht.



Deutschland

Unter den vielen Initiativen in Deutschland in Bezug auf häusliche Gewalt und Gesundheitsversorgung konzentriert sich die Studie vorrangig auf das bundesweite Modellprojekt MIGG (Medizinische Intervention gegen Gewalt), das vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2008-2011) finanziert wurde. MIGG ist das erste Projekt, das sich systematisch der Versorgung von häuslicher Gewalt betroffenen Patientinnen in Arztpraxen widmet. Es wurde in 5 Städten erprobt und evaluiert. Träger von MIGG waren das Institut für Rechtsmedizin der Universität Düsseldorf sowie SIGNAL e.V. und GESINE (Netzwerk GesundheitEN) als Nichtregierungsorganisationen. Angeboten wurden ein Interventionsprogramm, Training bei häuslicher Gewalt, Materialien wie Poster, Flyer und Dokumentationsbogen. Aufbauende Fortbildungen und unterstützende Aktivitäten umfassten multiprofessionelle Treffen, jährliche Fachtage, ärztliche Qualitätszirkel wie Train-the-Trainer Fachtreffen. Diese Treffen bildeten ein Forum für den Austausch guter Praxis und Forschung, Fallbesprechungen und weiterführenden Trainings. Das Modellprojekt „Hinschauen-Erkennen-Handeln“ ist ein Interventionsprogramm bei HG, das in der Abteilung Psychotherapie und Psychosomatik des Universitätskrankenhauses Dresden angesiedelt ist. Fortbildungen richteten sich an das Krankenhauspersonal wie auch an niedergelassene Ärztinnen und Ärzte der Primärversorgung. Die gezielte Weitervermittlung schloss andere Gesundheitsbereiche und Unterstützungseinrichtungen bei häuslicher Gewalt ein.



Belgien, Flandern

In Belgien gibt es mehrere innovative Initiativen. Domus Medica, eine professionelle Organisation für flämische Allgemeinmediziner/innen liefert ein Basis- und Aufbau-Training für Ärzte, gefördert vom Bundesministerium für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit. Training erfolgt gemeinsam mit Sozialarbeitern/innen der Zentren für allgemeine Sozialarbeit (CAW - Centra voor algemeen welzijnswerk). CAWs bieten in erster Linie soziale Fürsorge an. Unter einer Initiative des flämischen Wohlfahrtsministeriums wurden 13 der 26 CAWs finanziert, um ein Programm und Fortbildungen zu HG zu entwickeln. Das Interventionsprogramm beinhaltet Überweisung an die Sozialfürsorge, sowie Aspekte, die ein multiprofessionelles unterstützendes Netz für Allgemeinmediziner schaffen. Der Service für Kind und Familie (Kind en Gezin) bietet HG Training für Pflegekräfte im öffentlichen Gesundheitsdienst, die mit Kindern bis zum Alter von 3 Jahren arbeiten. MOM („Schwierige Momente und Gefühle“) ist eine Fall-Kontroll-Studie, bei der eigens Informationen zur weiteren Vermittlung für von HG betroffene schwangere Frauen mit der standardisierten Versorgung verglichen wird. Koordiniert vom Universitätskrankenhaus Gent wird die Studie auch an anderen Standorten in Flandern durchgeführt.



Serbien

Das Zentrum zur Förderung der Gesundheit von Frauen (WHPC = Women's Health Promotion Centre) ist eine Nichtregierungsorganisation, die seit ihrer Gründung 1993 zu Gesundheitsfolgen geschlechtsspezifischer Gewalt arbeitet. WHPC entwickelt und bietet grundlegende und fortgeschrittene Fortbildungsprogramme zu HG für Gesundheitsfachkräfte, wie für Regierungs- und Nichtregierungsorganisationen an. Es führt ebenfalls regionale wie internationale Forschungen durch, erstellt Gesundheitsinformationen und bietet Unterstützung und Beratungen für gewaltbetroffene Frauen an. WHPC war auch als Autor am nationalen Protokoll zum Schutz für Frauen vor geschlechtsspezifischer Gewalt beteiligt und hat 2008 das einzig vorliegende Handbuch für Leistungserbringer der Gesundheitsversorgung entwickelt, um Betroffene von häuslicher Gewalt zu erkennen und zu unterstützen. 2011 entwickelte WHPC ein Computer Softwarepaket für Gesundheitsfachleute, um häusliche Gewalt und Gesundheitsfolgen zu dokumentieren und um Interventionsaktivitäten aufzunehmen. Nach dem Modellversuch soll das System Teil des elektronischen Informationssystems für medizinische Angelegenheiten werden.

Wesentliche Ergebnisse, was gut funktioniert

Engagierte Leitung und gewachsene Strukturen bei der Basis sind unerlässlich, um ein System mit einer Sensibilität gegenüber HG zu schaffen und aufrechtzuerhalten. Engagierte erfahrene Fachkräfte können Kollegen/innen auf ihre Rolle vorbereiten, von HG betroffene Patienten/innen zu erkennen und zu unterstützen und schaffen es, Barrieren in der Organisation zu überwinden. Sie haben außerdem eine wichtige Funktion bei der Netzwerkbildung mit Organisationen vor Ort und mit multiprofessionellen Foren und tragen dazu bei, Verantwortung und Nachhaltigkeit des sich entwickelnden Interventionsmodells zu ermöglichen.

Leitende Rollen: In einigen Fallbeispielen wurde von finanzierten und/oder formal anerkannten Leitungsrollen berichtet. In GB hat der Krankenhaus-Trust für das MOZAIC Women's Well Being Projekt eine Pflegeleitung ernannt, die für HG und den Schutz von Erwachsenen zuständig ist. In Belgien erhielten ‚Zentren für allgemeine Sozialarbeit‘ Förderung durch die Gemeinderegierung, um eine führende Rolle in der Sozialarbeit bei HG zu entwickeln. In Deutschland bildeten Pflegekräfte von Abteilungen der Charité Campi mit Unterstützung der Pflegedirektion eine HG Arbeitsgruppe als ein Teil der SIGNAL Intervention. Informelle klinische Unterstützung durch Leitungen und Peergroups wurde in Fallbeispielen in den Niederlanden (von Allgemeinmedizinerinnen) und in Finnland (von Pflegekräften im öffentlichen Gesundheitsdienst und klinischen Managern) berichtet. In Serbien wurden mit den Managementteams der Gesundheitszentren Gespräche am Runden Tisch geführt, um deren Mitarbeit bei der Implementierung von speziellen Leitlinien zum Schutz der Frauen zu gewinnen, die geschlechtsspezifischer Gewalt ausgesetzt sind.

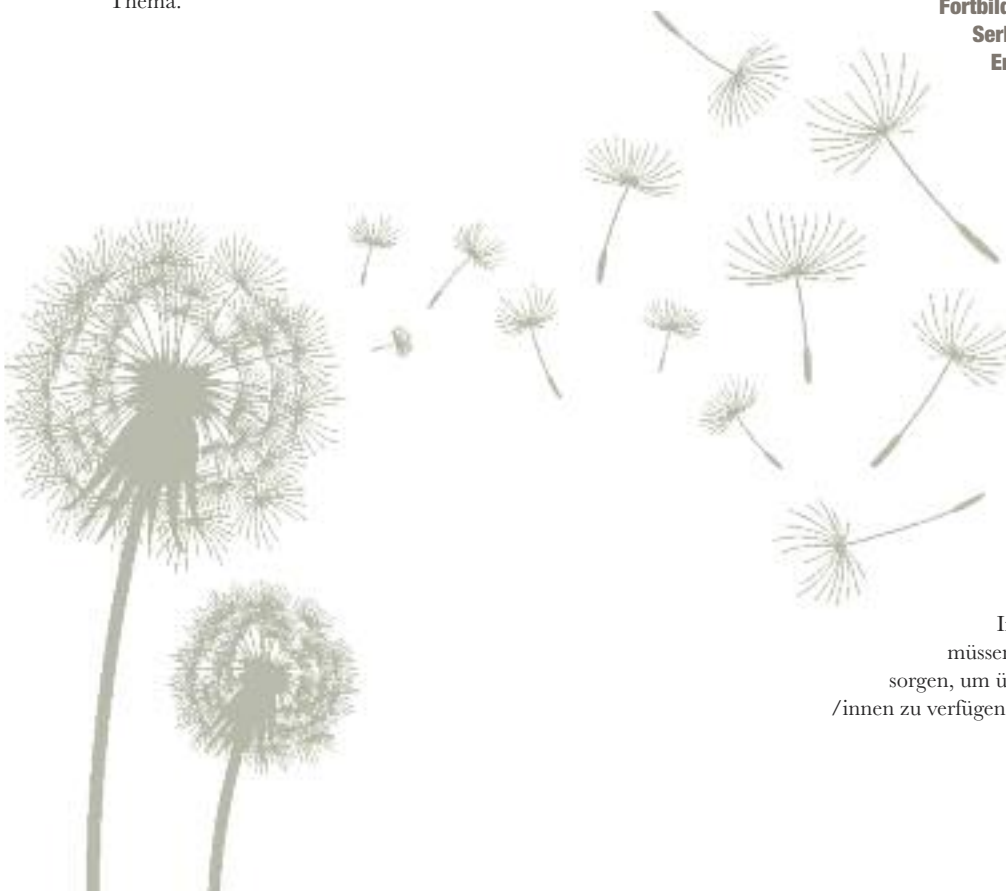
Regelmäßiges Training mit Feedback-Mechanismen hilft, eine kontinuierliche Lernkultur zu schaffen. Nach dem ersten Training ist es wichtig, dass Gesundheitsfachkräfte ihre Fähigkeiten anwenden, reflektieren und ein Feedback zu ihren Erfahrungen im Umgang mit von HG betroffenen Frauen erhalten. In allen Ländern war die weitere Stärkung und Unterstützung nach dem Training ein wichtiges Thema.

Feedback und Bildung: Gesundheitsfachkräfte haben eine formalisierte Partnerschaft und einen direkten Weg bei einer Weitervermittlung zu Unterstützerinnen und Mentorenmüttern, die ein Feedback zu individuellen Fällen geben (GB, MOZAIC und Niederlande, MeMoSA). MOZAIC Mitarbeiterinnen haben begrenzten Zugang zu elektronischen Daten der Schwangerenvorsorge, so dass sie Hebammen und Ärzte/innen auf die Tatsache aufmerksam machen, dass die Frau Hilfe von ihnen erhält und es vielleicht nicht ungefährlich ist, sie aus der Vorsorge oder Entbindungsstation zu entlassen. Die MOZAIC Trainerin nutzt die ausgewerteten Daten und Beispiele guter Praxis aus den Fortbildungen. In Belgien (Domus Medica & CAW) bestehen Interventionsgruppen und in Deutschland (SIGNAL e.V. & GESINE) werden Gesundheitsfachkräfte zu Qualitätszirkeln / Arztkonferenzen sowie zu jährlichen Tagungen mit ExpertInnen örtlicher Organisationen eingeladen. Es geht um Austausch zu Forschungsergebnissen, Erfahrungen mit der Behandlung komplexer Fälle, Aufbau von Kontakten zu örtlichen Organisationen und weiteren Trainings. In Spanien und Belgien erhalten Netzwerke von Trainer/innen von regionalen oder staatlichen Stellen Förderung, um Gesundheitsfachkräfte bei der Nutzung neuer Instrumente und Trainingsressourcen zu unterstützen. Sie werden auf staatlicher Ebene koordiniert, um Entscheidungen über die Qualität und Evaluation der Trainings zu treffen.

Anreizsysteme und flexible Trainingsprogramme sind notwendig, um Gesundheitsfachkräfte zu motivieren, Fortbildungen zu besuchen, insbesondere wenn Gesundheitsfachkräfte in einer Einzelpraxis arbeiten und/oder Leistungen auf Honorarbasis erhalten.

Für Trainings verpflichten/motivieren: In Belgien und Deutschland, wo Allgemeinmediziner in Einzelpraxen arbeiten, werden Fortbildungen außerhalb der Öffnungszeiten (d. h. am Abend oder an Wochenenden) angeboten. In den Niederlanden sind Allgemeinmediziner größtenteils von Einzelpraxen auf Gruppenpraxen umgestiegen. Allgemeinmediziner brauchen zum Erhalt ihrer Registrierung jährlich 40 Punkte an medizinischer Fort- und Weiterbildung, die sie über Fortbildungen zu HG sammeln können. In Serbien sind Pflegekräfte verpflichtet, zum Erhalt ihrer medizinischen Lizenz jährlich 24 Punkte zu sammeln, für ein Training zu HG erhalten sie 6 Punkte. In Spanien sind Gesundheitsfachkräfte, die an Train-the-Trainer Kursen teilnehmen möchten, von ihrer Arbeit freigestellt und erhalten die Unkosten erstattet. In GB müssen Hebammen jedes Jahr an einer festgelegten Anzahl von Studientagen teilnehmen, um ihre Registrierung zu behalten. In der MOZAIC Intervention wird HG als ein Studientag angeboten.

Einen Pool örtlicher Trainer/innen schaffen, dem Gesundheitsfachkräfte angehören ist eine Methode um die Nachhaltigkeit der Intervention zu gewährleisten. Die Kurse müssen jedoch regelmäßig für Neuaufnahmen sorgen, um über eine ausreichende Anzahl von Trainer/innen zu verfügen.



Nachhaltiges Training: In Belgien organisieren Domus Medica Treffen für Allgemeinmediziner und CAW für Sozialarbeiter, die Train-the-Trainer Kurse absolviert haben. In Deutschland wird SIGNAL e.V. gefördert und kann jährlich regelmäßige Treffen mit ihrem Trainerinnen-Pool durchzuführen. In den Niederlanden hat das MeMoSA Interventionsmodell in Nijmegen eine Trainergruppe geschaffen, um die Kontinuität des Trainings zu gewährleisten. Die autonome Regierung Kastilien und León hat in Spanien ein multidisziplinäres Trainingsteam von 35 Fachkräften für das Training von Gesundheitsfachkräften bereitgestellt. In den Erhebungen zu den Interventionsmodellen enthielten 37 der 81 Fragebögen das Merkmal „Ausbildung von Trainer/innen“.

Klare Vermittlungspfade und interdisziplinäre Vernetzung entwickeln sind notwendige Schritte in jedem Interventionsmodell bei HG. Gesundheitsfachkräfte müssen wissen, wie und an welche Einrichtungen sie verweisen können, damit von HG betroffene Frauen und Kinder unterstützt werden. Interventionsmodelle müssen im interdisziplinären Kontext entwickelt werden, damit ein Konsens zu Aspekten wie Rollen und Verantwortlichkeiten, Informationsaustausch, Vertraulichkeit und Behandlung von Fällen mit hohen Risiken sichergestellt ist.

Sichere Weiterverweisung: In einigen Ländern wie z. B. GB und Deutschland sind interdisziplinäre Foren etabliert. Interdisziplinäre Konferenzen zur Risikoeinschätzung bei Fällen mit einer hohen Gefährdung wurden jedoch nur in den Fallbeispielen in GB beschrieben. In GB (MOZAIC), den Niederlanden (MeMoSA) und Belgien (Domus Medica/CAW) sorgen die Unterstützerinnen, Mentormütter und CAW Sozialarbeiter für eine Verbindung mit Organisationen der Community. Die Vernetzung zwischen den unterschiedlichen Bereichen verläuft zunehmend reibungslos. In Spanien, Finnland und einigen Interventionen in Deutschland arbeiten Gesundheitsfachkräfte mit regionalen Einrichtungen zur Unterstützung der Frauen eng zusammen.

Die Einbeziehung von Betroffenen/Selbsthilfeansätzen sollte bereits von Beginn an Bestandteil eines Interventionsprogramms sein und sich mit der Entwicklung des Interventionsprojektes weiter entfalten. Obwohl dies bislang kaum üblich war, gab es einige Beispiele guter Praxis.

Betroffenen zuhören: In GB wurde 2011 im House of Commons (Parlament) eine Gruppe von Betroffenen, genannt MOZAIC VOICES, lanciert. Vorsitzende und Mitglieder sind aktuelle sowie frühere Patientinnen. Als eingetragene Wohlfahrtsorganisation befasst sich die Gruppe mit Fundraising und Aktivitäten zur Sensibilisierung. Ihr Rat wird bei Entscheidungen bzgl. Versorgungsleistungen und bei Forschungsvorhaben eingeholt. In den Niederlanden nehmen alle an MeMoSA verwiesenen Frauen an einer abschließenden Befragung teil, wichtige Einblicke können so in die Interventionen zurückfließen. Teilnehmende am Workshop betonten die Notwendigkeit, dass Interventionsprogramme auf die Bedürfnisse der Frauen zugeschnitten sind.

Dokumentieren des Interventionsgeschehens durch eine Prozessevaluation ist unerlässlich, um den Einfluss kontextueller Faktoren zu verstehen wie auch um erfolgreiche Praktiken, auftauchende Probleme, geeignete Lösungen und vorgenommene Änderungen am Programm zu erkennen. Ein Mechanismus zur Rückmeldung dieser Erkenntnisse an Gesundheitsfachkräfte ist erforderlich. Die Beurteilung der Wirkung ist notwendig, um Vorteile und mögliche Schäden der Intervention aufzuzeigen. Ergebnisse sollten die zugrunde liegende Theorie reflektieren, da im frühen Stadium eines Interventionsprogramms qualitativ andere Ergebnisse entstehen können als im Vergleich zu Interventionsmodellen, die eine intensive, anhaltende Unterstützung und Risikobeurteilung beinhalten. Ohne jegliche Evaluation oder Monitoring ist es äußerst schwierig, Geldgeber zu überzeugen, in das Interventionsprogramm zu investieren.

Evaluation und Monitoring: In knapp der Hälfte der 81 Interventionsprojekte wurde über Forschungs- oder konsequenten Monitoring-Aktivitäten berichtet. Alle Fallbeispiele von Interventionen enthielten auch eine Forschungskomponente.



Gemeinsame Herausforderungen

Trotz der unterschiedlichen Hintergründe der Interventionen in den Fallbeispielen beschrieben alle Teilnehmenden ähnliche verlaufende Herausforderungen wie: Schwierigkeiten Gesundheitsfachkräfte zu motivieren an Trainings teilzunehmen und zwar insbesondere, wenn Allgemeinmediziner in Einzelpraxen und/oder auf Honorarbasis arbeiten; ein Fehlen von finanzierten und unterstützten Leitungspositionen innerhalb der Gesundheitsversorgung, die für die Implementierung und Nachhaltigkeit des Interventionsprogramms unerlässlich sind; der Bedarf an koordinierten und finanzierten interdisziplinären Fachrunden; fehlende Finanzierung für Training und Aktivitäten zur Stärkung; fehlende Finanzierung für Forschung und Evaluation; und Zurückhaltung einiger Gesundheitsfachkräfte, HG zu erkennen.

Best Practice Empfehlungen

- Klinische Leitungskräfte sind in allen Entwicklungsstufen erforderlich von der Einführung von Veränderungen und dem Gewinn organisatorischer Unterstützung bis zur Nachhaltigkeit des Interventionsprogramms. Dies sollte durch eine Aufgabenbeschreibung Rollen und Verantwortlichkeiten festgelegt und durch das Gesundheitsmanagement unterstützt sowie auf fortlaufender Basis finanziert werden, um den Abbau des Interventionsprogramms zu verhindern.
- HG Training sollte für Gesundheitsfachkräfte Teil des grundständigen und aufbauenden Curriculums sowie Teil der Weiterbildung sein. Training muss regelmäßig angeboten werden, um zu gewährleisten, dass alle neuen Gesundheitsfachkräfte mit einbezogen sind.
- Stärkung nach Trainings, Feedback-Mechanismen und Unterstützung der Gesundheitsfachkräfte nach dem Training sind notwendig, um eine Kultur des „Bewusstseins gegenüber HG“ beizubehalten und anhaltende Veränderungen in der Praxis zu unterstützen.
- Eine Mischung von Anreizsystemen ist notwendig, um Gesundheitsfachkräfte zu motivieren, sich an Trainingsaktivitäten zu beteiligen, wie z.B. Akkreditierung, Punkte für medizinische Zulassungen, Erstattung von Auslagen und bei Bedarf Training während oder außerhalb der Arbeitszeit anzubieten.
- Training für praktische Fertigkeiten und Kommunikationsfähigkeiten für das Erkennen von HG sollte auch nach der anfänglichen Fortbildung weiter erfolgen. Gesundheitsfachkräfte müssen ihre Fähigkeiten in der Praxis erproben und Feedback und Unterstützung erhalten.
- Finanzierung für Nichtregierungsorganisationen ist sicherzustellen, denn sie übernehmen eine führende Rolle in der Gestaltung und Bereitstellung von Trainingsprogrammen, Koordinierung der Unterstützung nach dem Training und bieten Frauen direkte Unterstützung an.
- Multidisziplinäre Partnerschaften lassen sich verwirklichen, indem lokale Organisationen in das Trainingsprogramm der Gesundheitsfachkräfte einbezogen werden und somit allen Beteiligten ermöglicht wird, ein besseres Verständnis für die Rolle zu entwickeln, die jeder von ihnen in der Unterstützung der von HG betroffenen Familien spielt.
- Interventionen sollten auf die individuellen Bedürfnisse der Frau abgestimmt werden. Manche Frauen werden intensive Unterstützung bzw. Beratung erwarten, anderen kommt hingegen eine frühzeitige Interventionen zugute, die ihnen hilft, ein unterstützendes Netz zu entwickeln, Isolierung zu reduzieren und ihren Schutz zu verbessern.
- Forschung und Evaluation sind unerlässlich, um den Prozess, die Auswirkung und Kostenwirksamkeit der Intervention nachzuweisen. Interventionsmodelle sollten Mechanismen zur Rückmeldung der Wirkungen an Gesundheitsfachkräfte beinhalten, dies motiviert, schafft Eigenverantwortung und sichert Nachhaltigkeit.
- Künftige Interventionsstudien sollten überlegen, wie die Wirkungen für Opfer und deren Kinder messbar sind, insbesondere verletzte Gruppen wie ältere Frauen, Frauen mit körperlichen Behinderungen, Seh-, Sprach- oder Hörbehinderung, mit psychischen Störungen, Lernbehinderungen, Flüchtlinge und Asylbewerber, Gefangene, von Menschenhandel betroffene Frauen und Frauen mit Problemen durch Drogen- oder Alkoholmissbrauch. In folgenden Bereichen der Gesundheitsversorgung fehlen bzw. liegen kaum Interventionsforschungen bei HG vor: psychische Gesundheit, Rettungsstellen, reproduktive und sexuelle Gesundheit (einschließlich Schwangerschaftsabbruch) und Sozialdienste.

Danksagung

Unterstützung durch Mittel der Europäischen Union aus dem Daphne III Programm 2007-2013 und Mitfinanzierung durch das finnische Ministerium für Soziales und Gesundheit.

Dank den Projektpartner/innen für ihr Engagement, das Projekt zum Erfolg zu führen und den Übersetzer/innen und Dolmetscher/innen für ihre anspruchsvolle Arbeit. Besonderer Dank gebührt den Teilnehmenden an der Studie und den Interviews zu Fallbeispielen, die großzügig ihre Zeit zur Verfügung stellten und ihre Einblicke durch über Jahre gesammelte Sachkenntnis auf dem Gebiet der häuslichen Gewalt und der Gesundheit mit uns teilten.

Der vollständige Weblink zum vollständigen Bericht ist auf der Website DIVERHSE (Domestic & Interpersonal Violence: Effecting Responses in the Health Sector in Europe (Häusliche und zwischenmenschliche Gewalt: Positive Reaktionen im Gesundheitsbereich in Europa))

<http://diverhse.eu>
<http://diverhse.org>

Daphne Projekt Koordinatorin

Dr Loraine J. Bacchus, London School of Hygiene & Tropical Medicine, Gender Violence & Health Centre, United Kingdom (Zentrum für geschlechtsspezifische Gewalt & Gesundheit, Großbritannien)

Daphne Projekt Partner

Professor Susan Bewley, Kings Health Partners, Großbritannien
Dr Carmen Fernandez, Gesundheitsministerium CCAA von Kastilien und León, Spanien
Ms Hildegard Hellbernd, SIGNAL e.V., Deutschland
Dr Sylvie Lo Fo Wong, Radboud Universität Nijmegen Medizinisches Zentrum, Institut für Primärversorgung/Gender- und Frauengesundheit, Niederlande
Dr Stanislava Otasevic, Frauen-Gesundheitsförderungscenter, Serbien
Dr Leo Pas, DOMUS MEDICA, Belgien
Ms Sirikka Perttu, University of Helsinki Palmenia Centre for Continuing Education, Finnland
Ms Tiina Savola, University of Helsinki Palmenia Centre for Continuing Education, Finnland

Evaluation

Professor Gene Feder, Universität Bristol