



Häusliche und sexuelle Gewalt gegen Frauen

Implikationen der WHO-Leitlinien für Deutschland

Weltweit werden vor allem Frauen durch Gewalt in Paarbeziehungen und durch sexuelle Gewalt in ihren Rechten, ihren Lebenschancen und in ihrer Gesundheit verletzt und geschädigt. Die Bedeutung der Gesundheitsversorgung für diesbezügliche Intervention und Prävention wird in Deutschland seit etwa 15 Jahren zunehmend beachtet.

2013 veröffentlichte die Weltgesundheitsorganisation (WHO) erstmals Leitlinien für den Umgang der Gesundheitsversorgung und Gesundheitspolitik mit Gewalt in Paarbeziehungen und sexueller Gewalt gegen Frauen [29]¹. Die Empfehlungen sind evidenzbasiert, sie berücksichtigen Fragen der gesundheitlichen Versorgung, der Aus-, Fort- und Weiterbildung von Gesundheitsberufen und der Gesundheitspolitik. Verbunden sind sie mit der Aufforderung an alle Länder, sie in nationale Dokumente umzusetzen und dabei regionale Anforderungen und verfügbare Ressourcen zu berücksichtigen.

Wir stellen im Folgenden zentrale Empfehlungen der WHO vor und fragen, welche Chancen mit ihnen für die Intervention vor allem in der medizinischen Gesundheitsversorgung in Deutschland verbunden sind.

Zur Bedeutung häuslicher und sexueller Gewalt

Die Begriffe häusliche Gewalt und Gewalt in Paarbeziehungen nutzen wir im

Folgenden synonym und beschreiben mit ihnen Verhaltensweisen eines aktuellen oder ehemaligen (Ehe-)Partners, die körperlich, psychisch oder sexuell Leid und Schaden verursachen und die Anwendung körperlicher Gewalt, sexueller Nötigung, emotionaler Misshandlung und sozialer Kontrolle umfassen [30]. Mit dem Begriff sexuelle Gewalt wird jede sexuelle Handlung oder versuchte sexuelle Handlung beschrieben, die sich unter Anwendung von Zwang gegen die Sexualität einer Person richtet, unabhängig vom Tat- und Beziehungskontext [30].

Prävalenz häuslicher und sexueller Gewalt

Die Europäische Agentur für Grundrechte veröffentlichte 2014 EU-weite Daten zum Ausmaß sexueller und häuslicher Gewalt gegen Frauen, zu gesundheitlichen Folgen und zur Inanspruchnahme von Hilfeangeboten (FRA-Studie) [13]. In die repräsentative Studie wurden jeweils 1500 zufällig ausgewählte Frauen aus den 28 EU-Mitgliedsstaaten einbezogen:

- Jede zehnte der insgesamt 42.000 interviewten Frauen hat ab dem 15. Lebensjahr eine Form sexueller Gewalt² erlebt (Deutschland (D): 12 %), jede 20. wurde vergewaltigt.

- Jede 4. bis 5. Frau hat körperliche oder sexuelle Gewalt durch einen Partner erfahren (D: 22 %).
- Psychische Gewalt durch einen Partner haben 43 % der Frauen erfahren (D: 50 %) [13].

Im europäischen Vergleich deuten die Ergebnisse für Deutschland insgesamt auf eine mittlere bis hohe Gewaltprävalenz hin [13]. Frühere Studien bestätigen die o. g. Ergebnisse [16, 23].

Die FRA-Studie betont Verbindungen zwischen Gewalterfahrungen in der Kindheit und im Erwachsenenleben. So berichteten 30 % der Frauen, die sexuelle Gewalt durch einen Partner erlebt hatten, auch über sexuelle Gewalt in der Kindheit. Mehr als 70 % der Mütter, die Opfer von Gewalt in der Paarbeziehung wurden, berichten, dass mindestens eines ihrer Kinder die Gewalt (mit)erlebt hat [13].

Gesundheitliche Folgen

Die gesundheitlichen Folgen der Gewalt sind vielfältig – sie können direkt und indirekt mit der Gewalterfahrung verbunden sein und zu kurz-, mittel- und langfristigen gesundheitlichen Beeinträchtigungen führen. Studien zeigen:

- Etwa die Hälfte bis zwei Drittel der von körperlicher oder sexueller Gewalt in Paarbeziehungen betroffenen Frauen wird unmittelbar körperlich verletzt (Hämatome, Frakturen, Kopf- und Gesichtsverletzungen, genitale und rektale Verletzungen, Bisswunden, Verbrennungen).

¹ Die Leitlinie wurde mit finanzieller Unterstützung des BMFSFJ und des Paritätischen Wohlfahrtsverbands von S.I.G.N.A.L. e.V. in die deutsche Sprache übersetzt und gedruckt.

² Formen der Gewalt wurden in der Studie differenziert erfragt, Items für sexuelle, körperliche und psychische Gewalt sowie für Stalking sind in der benannten Veröffentlichung aufgeführt. Die in **Abb. 1** genannten Prozentangaben wurden zur Anpassung an die Merkmale der Stichprobe gewichtet. Details zur Gewichtung siehe im technischen Report [14].

	Ergebnisse für Deutschland		Ergebnisse für EU (28 Länder)	
	In Partnerschaft (N*=315)	Außerhalb Partnerschaft (N=296)	In Partnerschaft (N=7278)	Außerhalb Partnerschaft (N=6084)
Polizei	11%	10%	14%	13%
Arzt, Gesundheitszentrum, -einrichtung	20%	10%	16%	12%
Krankenhaus	9%	8%	11%	10%
Frauenhaus	3%	1%	4%	<1%
Opferschutzeinrichtung	3%	2%	4%	2%
Rechtsberatung, Anwalt	13%	4%	12%	5%

Abb. 1 ◀ Inanspruchnahme von Organisationen oder Diensten aufgrund des schwerwiegendsten Vorfalls körperlicher oder sexueller Gewalt in und außerhalb der Partnerschaft [13]. *N bezieht sich auf die Anzahl der Frauen, die die Frage nach dem schwerwiegendsten Gewalterlebnis beantworteten.

- Häufig finden sich Abwehrverletzungen an Unterarmen und Händen sowie Verletzungen in unterschiedlichen Heilungsstadien [13, 16, 22, 23].
- Die Gewalterfahrungen gehen mit hohen Belastungen einher, die über das Ende der Gewalt fortbestehen und psychosomatische Beschwerden (mit)verursachen können. Studien verweisen v. a. auf Schmerzsyndrome, gastrointestinale Symptome, Herz-Kreislauf-Beschwerden, gynäkologische Beschwerden und Hauterkrankungen [13, 16, 22, 23]. Gynäkologische Probleme beeinträchtigen dreimal häufiger die Gesundheit von Frauen mit Gewalterfahrungen im Vergleich zu Frauen ohne Gewalterfahrungen [8].
- Auf psychischer Ebene werden vor allem Anspannung, Depressionen, Stresssymptome, Angst-/Panikerkrankungen, posttraumatische Belastungsstörungen, Schwäche, Müdigkeit, Schlaf-, Konzentrations- und Essstörungen sowie Suizidalität als Folgen von Gewalterfahrungen beschrieben [22, 30].
- Häusliche Gewalt belastet auch die Gesundheit und Entwicklung von (mit)betroffenen Kindern. Sie gilt in Deutschland als gewichtiger Anhaltspunkt für eine Gefährdung des Kindeswohls und als Auslöser für die Wahrnehmung des Schutzauftrags nach § 8a SGB VIII [25].

Bedeutung der Gesundheitsversorgung

Einer repräsentativen Umfrage zufolge zeigt ein Großteil der von Gewalt betroffenen Frauen erlittene Gewalt nicht polizeilich an und nimmt kein professionelles Unterstützungsangebot in Anspruch. Zum Zeitpunkt der Befragung hatte etwa jede zweite von Gewalt betroffene Frau noch nie über die Gewalt gesprochen [23]. Wenden sich Frauen an eine professionelle Stelle, handelt es sich am häufigsten um eine Einrichtung der Gesundheitsversorgung ([13, 17, 22, 23]; ■ Abb. 1).

Kliniken, Arztpraxen und andere Gesundheitseinrichtungen sind niedrigschwellige Versorgungsangebote für Frauen. Mitarbeiter/-innen genießen Vertrauen, und die Schweigepflicht ermöglicht Gespräche in einem vertraulichen und geschützten Rahmen, ohne dass Betroffene sofortige Entscheidungen treffen müssen.

Leitlinien der WHO

Die WHO befasst sich seit vielen Jahren mit der Problematik und weist in vielfältiger Art auf die Bedeutung der Gesundheitsversorgung für Prävention und Intervention hin [31]. 2013 veröffentlichte sie den internationalen Bericht „Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence“ [32]. Daran anknüp-

fend erschienen die WHO-Leitlinien für die Gesundheitsversorgung und Gesundheitspolitik zum Umgang mit Gewalt in Paarbeziehungen und mit sexueller Gewalt gegen Frauen [30].

Die Leitlinien sollen Gesundheitsfachkräfte und Gesundheitspolitik für häusliche und sexuelle Gewalt gegen Frauen sensibilisieren, Standards für die Versorgung setzen und eine Grundlage für die Entwicklung nationaler Leitlinien bieten [30]. Entwickelt wurden die Empfehlungen von einer internationalen Experten/-innengruppe auf der Basis wissenschaftlicher Erkenntnisse, Praxiserfahrungen sowie grundlegender menschenrechtlicher Überlegungen³. Die Leitlinien umfassen 38 Empfehlungen, die sechs Themenbereichen zugeordnet sind: Frauenzentrierte Versorgung, Gewalt in Paarbeziehungen, sexuelle Nötigung/Vergewaltigung, Schulung von Gesundheitsfachkräften, Gesundheitspolitik und -versorgung und Meldepflicht bei Gewalt in Paarbeziehungen.

Wir stellen im Folgenden einige der Empfehlungen vor. Ausgewählt wurden vorrangig grundlegende Anforderungen an die Basisversorgung sowie Empfehlungen für die Aus-, Fort- und Weiterbildung.

³ Das methodische Vorgehen wird in den Leitlinien ausführlich dargestellt.

Unmittelbare, frauenzentrierte Ersthilfe

Ins Zentrum stellt die WHO die Empfehlung einer frauenzentrierten Versorgung für Fälle häuslicher sowie sexueller Gewalt.

Frauen, die von Gewalterfahrungen berichten, sollen sofortige Unterstützung – Ersthilfe – erhalten. Ersthilfe umfasst eine wertfreie, unterstützende Haltung, aufmerksames Zuhören und Erkundigen nach der Gewaltgeschichte, praktische Versorgung und Unterstützung, das Informieren über Handlungsmöglichkeiten, Hilfe bei der Kontaktaufnahme zu Unterstützungseinrichtungen sowie die Stärkung der Sicherheit für Frau und ggf. Kind(er). Ersthilfe soll unmittelbar verfügbar sein und von jeder Fachkraft angeboten werden können. Ersthilfe soll vertraulich und unter der Wahrung der Privatsphäre erfolgen. Die besonderen Bedürfnisse schwangerer Frauen und von Frauen mit Behinderungen sollen beachtet werden.

Für den Fall eines nur einmaligen Kontakts – z. B. in Rettungsstellen – sollen möglichst viele Aspekte der Ersthilfe sofort realisiert werden [30].

Die WHO betont für alle Versorgungsaspekte, dass Fachkräfte über fundiertes Wissen zu Gewalt gegen Frauen verfügen sollen. Insbesondere benannt wird dies im Hinblick auf die Versorgung von Frauen mit psychischen Erkrankungen, die Gewalt in der Beziehung erfahren haben, sowie für Anbieter/-innen therapeutischer Verfahren [30].

Ansprechen von Gewalterfahrungen

Die WHO spricht sich für ein aktives Nachfragen bei Verdacht auf häusliche Gewalt und gegen eine Routinebefragung aus⁴. Als Indikatoren für ein Nach-

⁴ Die Frage, ob eine Empfehlung für ein generelles Screening oder für einen selektiven Befragungsansatz auf der Basis klinischer und diagnostischer Erwägungen formuliert wird, wurde kontrovers diskutiert. Pro- und Contra-Positionen werden neben dem Stand der Forschung dargestellt [30]. Zur internationalen Diskussion und zum Stand in Deutschland siehe Brzank [5]; Brzank/Blättner [6].

Bundesgesundheitsbl 2016 · 59:73–80 DOI 10.1007/s00103-015-2260-0
© Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2015

K. Wieners · M. Winterholler

Häusliche und sexuelle Gewalt gegen Frauen. Implikationen der WHO-Leitlinien für Deutschland

Zusammenfassung

Häusliche und sexuelle Gewalt sind weit verbreitet und haben schwerwiegende gesundheitliche Folgen für die Betroffenen. Wird die Problematik erkannt und besteht Sicherheit im Reagieren, können Einrichtungen der Gesundheitsversorgung einen wesentlichen Beitrag zur Unterstützung und Intervention leisten. Die WHO formulierte 2013 evidenzbasierte Leitlinien für den Umgang mit der Problematik in Versorgung, Aus-, Fort- und Weiterbildung und Gesundheitspolitik. Grundsätzlich bestätigen die Leitlinien die in Deutschland vorliegenden Empfehlungen aus Praxisleitfäden, Leitlinien und Handbüchern. Sie regen aber auch zu einer Überprüfung und Weiterentwicklung an – zum Beispiel im Hinblick auf das Thema „sexuelle Gewalt“. Ob und in welcher Weise vorliegende Empfehlungen in der Versorgung und in der Aus-, Fort- und Weiterbildung von Gesundheitsberufen umgesetzt werden, kann in Anbetracht mangelnder Daten für Deutschland derzeit nur exemplarisch betrachtet werden.

Beispiele aus Berlin zeigen, dass eine Umsetzung durchaus möglich ist, es jedoch an einem klaren Auftrag, an Nachhaltigkeit und Verbindlichkeit mangelt. Bestehende Modelle guter Praxis sind stark vom Engagement der Träger und Mitarbeiter/-innen abhängig. Aus den Leitlinien der WHO ergibt sich für Deutschland der Bedarf, bundesweite fachliche Standards für die gesundheitliche Versorgung bei häuslicher und sexueller Gewalt zu entwickeln, einen (gesetzlichen) Versorgungsauftrag für die Gesundheitsversorgung zu formulieren und eine systematische curriculare Verankerung in der Aus-, Fort- und Weiterbildung der Gesundheitsberufe voranzubringen. Ebenso sollten Maßnahmen der Qualitätssicherung und eine systematische Überprüfung der praktischen Umsetzung verankert werden.

Schlüsselwörter

WHO · Leitlinie · Häusliche Gewalt · Sexuelle Gewalt · Frauengesundheit

Domestic and sexual violence against women. Implications of WHO guidelines for Germany

Abstract

Domestic violence and sexual violence are widespread and have serious health effects for those affected. If the problem is identified and confidence in responding exists, healthcare providers can make a significant contribution to support and intervention. In 2013 the WHO published evidence-based guidelines for responding to the issue in healthcare, training of healthcare providers and health policy. In principle, the guidelines confirm existing recommendations, best-practice guidelines and handbooks. They also encourage a review and further development—for example, regarding the issue of sexual violence. If and how the present recommendations are put into practice in healthcare and training of healthcare staff can currently be looked at only with the use of examples, given the lack of data in Germany. Exam-

ples from Berlin show that implementation is quite possible. However, there is a lack of clear mandate, of sustainability and of obligation. Existing good practice models are highly reliant on organisations' and employees' commitment. For Germany, the WHO guidelines indicate the need to develop national standards for healthcare in cases of domestic and sexual violence. A (legal) obligation for the healthcare system should be drawn up. A systematic embedding in training curricula of health care professions is needed. Quality assurance and a systematic evaluation of the practical implementation are required.

Keywords

WHO · Guideline · Intimate partner violence · Sexual violence · Women's health

fragen werden u. a. genannt: Depressionen, Angst, Suizidgefährdung, Alkoholkonsum, ungeklärte chronische Schmerzen oder gastrointestinale Symptome, Verletzungen, die vage oder nicht plau-

sibel erklärt werden, und die Begleitung durch einen aufdringlichen Partner [30]. Ein routinemäßiges Fragen nach Gewalt wird nur bei psychischen Erkrankungen und in der Schwangerenvorsorge empfoh-

Übersicht 1 Mindestvoraussetzungen für Fragen nach Gewalt in Paarbeziehungen (WHO) [29]

- Es existiert ein Protokoll/Standardverfahren für den Umgang mit dem Thema.
- Fachkräfte sind darin geschult, wie sie nach Gewalt fragen können und wie sie reagieren sollten, wenn Gewalterfahrungen offenbart werden.
- Privatsphäre. Die Frage nach Gewalt erfolgt nicht in Anwesenheit des Partners/ anderer Personen.
- Vertraulichkeit ist garantiert.
- Ein Überweisungssystem existiert. Fachkräfte kennen Hilfeangebote und wissen, für welchen Hilfebedarf welches Angebot geeignet ist.

len [30]. In **Übersicht 1** sind Mindestvoraussetzungen benannt, die bei einem Erfragen von Gewalterfahrungen stets gewährleistet sein sollen.

Medizinische und psychologische Versorgung nach Vergewaltigung

Neben Ersthilfe umfassen die Empfehlungen eine vollständige Anamnese und Dokumentation der Ereignisse, eine Ganzkörperuntersuchung, Notfallverhütung, HIV-Postexpositionsprophylaxe und Postexpositionsprophylaxe für sexuell übertragbare Infektionen. Die Sicherung von Spuren wird explizit als ein entscheidendes Element in der Versorgung der Frauen benannt, wobei auf entsprechende Leitlinien der WHO verwiesen wird [33].

Im Hinblick auf die psychische Gesundheitsversorgung von Frauen, die vergewaltigt wurden, empfiehlt die WHO, grundsätzlich unterstützende Maßnahmen der Ersthilfe fortzuführen und Psychoedukation anzubieten. Innerhalb der ersten drei Monate sollte zunächst abwartend beobachtet werden, eine therapeutische Unterstützung wird in diesem Zeitraum nur bei fortgesetzt schweren Belastungen, Suizidalität oder anderen bereits bestehenden psychischen Störungen empfohlen. Nach Ablauf von drei Monaten wird bei fortbestehender Problematik eine Befunderhebung (PTBS, Depression) und eine an bestehenden Leitlinien der WHO orientierte Behandlung empfohlen. Als therapeutische Verfahren werden kognitive Verhaltenstherapie und EMDR benannt [30].

Integration der Thematik in die Aus-, Fort- und Weiterbildung der Gesundheitsberufe

Die WHO empfiehlt die Verankerung der Thematik in die Aus-, Fort- und Weiterbildung der Gesundheitsberufe. Gesundheitsfachkräfte sollen bereits während der Ausbildung/des Studiums im Anbieten von Ersthilfe geschult werden. Fort- und Weiterbildungen sollen Kenntnisse vertiefen und ergänzen und Wissen vermitteln z. B. über relevante rechtliche Fragen, über Hilfeangebote, über Dokumentation und Spurensicherung, über kulturelle Kompetenzen sowie menschenrechtliche und gleichstellungsbezogene Fragen. Ebenso sollen Aspekte der Selbstfürsorge berücksichtigt werden [30].

Schulungen sollen multidisziplinär ausgerichtet und von Experten/innen – z. B. Mitarbeiterinnen von Frauenberatungs- und Zufluchtseinrichtungen – durchgeführt werden.

Um die Wirkung von Schulungen aufrechtzuerhalten, verweist die WHO auf regelmäßiges Erinnern – z. B. durch Hinweise am Computer – das Benennen einer thematisch verantwortlichen Ansprechperson sowie festgelegte klare Versorgungsabläufe [30].

Gesundheitspolitische Empfehlungen und Forschungsbedarf

Ersthilfe und Angebote zur Versorgung gewaltbetroffener Frauen sollen nach Möglichkeit in bestehende Angebote der Gesundheitsversorgung integriert werden. Die Primärversorgung sollte bei Schulungen und Versorgungsangeboten prioritär berücksichtigt werden.

Für die Versorgung nach sexueller Gewalt soll rund um die Uhr eine speziell geschulte Gesundheitsfachkraft zur Verfügung stehen (Bezirks-/Kreisebene).

Die WHO konstatiert erhebliche Wissensdefizite und benennt Forschungsbedarf z. B. hinsichtlich des erforderlichen inhaltlichen und zeitlichen Umfangs von Schulungen [30].

Anregungen für Deutschland

Praxisleitfäden, Empfehlungen und Leitlinien

In Deutschland liegen keine bundesweit gültigen Empfehlungen für den Umgang von Gesundheitsversorgung und Gesundheitspolitik mit häuslicher und sexueller Gewalt vor.

Vonseiten ärztlicher Fachgesellschaften veröffentlichte bisher nur die Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG) eine von der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e. V. (AWMF) als S1-Leitlinie anerkannte Empfehlung für den Umgang mit sexueller Gewalt (2010) [9] sowie eine Handlungsempfehlung für den Umgang mit häuslicher Gewalt (2010) [10]. Die Deutsche Gesellschaft für Rechtsmedizin präsentierte 2011 Empfehlungen zur forensisch-medizinischen Untersuchung von Gewaltopfern, eine Aktualisierung erfolgte 2014 [12].

Initiiert vor allem durch interdisziplinäre Runde Tische und Arbeitsgruppen gegen häusliche und sexuelle Gewalt sind seit 2000 viele praxisorientierte Leitfäden sowie Handbücher [11, 27] erstellt und Empfehlungen zum Umgang vor allem mit häuslicher Gewalt formuliert worden⁵. Leitfäden oder vergleichbare Materialien liegen derzeit in 12 der 16 deutschen Bundesländer vor.

Die vorliegenden Handlungsempfehlungen thematisieren bereits eine Reihe der versorgungsbezogenen Empfehlungen der WHO, wobei deutliche Unterschiede in Umfang und Differenziertheit bestehen. Bezogen auf die Versorgung nach häuslicher Gewalt können folgende Aspekte aufgrund der regelhaften Thematisierung als Standards betrachtet werden:

⁵ Praxisorientierte Leitfäden wurden in den meisten Bundesländern von interdisziplinären Interventionsprojekten oder Runden Tischen gegen häusliche und sexuelle Gewalt mit Unterstützung von Ärztekammern, Krankenkassen und Landesbehörden erstellt. Informationen über Leitfäden in den Bundesländern bieten das Frauengesundheitsportal der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung [7] sowie die Koordinierungsstelle des S.I.G.N.A.L. e.V. [27].

- Informationen über Hintergründe, Formen und Dynamiken der Problematik, über die Situation der Betroffenen und grundlegende Anforderungen an die Unterstützung;
- konkrete Handlungsmöglichkeiten – darunter insbesondere das aktive Ansprechen von Gewalterfahrungen, Anregungen für die Gesprächsführung, Sicherheitsaspekte und die Zusammenarbeit bzw. Weitervermittlung an das regionale Hilfesystem.

Die Materialien umfassen in aller Regel einen ausführlichen Adressteil mit regionalen Hilfe- und Zufluchtseinrichtungen und Arbeitshilfen wie Hinweisen auf ein mögliches Vorliegen von Gewalt (Red Flags). Zu den Standards gehört in Deutschland auch die rechtssichere Dokumentation von Verletzungen nach häuslicher Gewalt – ein Aspekt, der in den Leitlinien der WHO nicht explizit erwähnt wird.

Die WHO-Leitlinien regen v. a. in folgenden Punkten zu einer fachlichen Weiterentwicklung vorliegender Praxisleitfäden an:

- Versorgung nach sexueller Gewalt. Sexuelle Gewalt wird in den meisten Leitfäden vorrangig als Teil häuslicher Gewalt benannt. Versorgungsaspekte wie Postexpositionsprophylaxen (z. B. HIV, STI), Notfallverhütung und Nachsorge oder auch Fragen der forensischen Spurensicherung bleiben meist unberücksichtigt.
- Psycho- oder traumatherapeutische Versorgung nach häuslicher und nach sexueller Gewalt durch thematisch qualifizierte Fachkräfte. Vorliegende Materialien bieten kaum konkrete Empfehlungen und weisen selten auf Therapieformen oder spezialisierte Informations- oder Anlaufstellen hin.
- Versorgungsbedürfnisse gewaltbetroffener Frauen mit Migrationshintergrund und Behinderungen. Vor allem die Situation von Frauen mit Behinderungen bleibt bisher überwiegend unberücksichtigt. Auch die WHO formuliert keine konkreten Empfehlungen, weist jedoch auf den Bedarf hin.

Situation und Versorgungsbedürfnisse von Kindern, die häusliche Gewalt im Elternhaus miterleben, werden von der WHO nur begrenzt thematisiert. Auch in den hier vorliegenden Praxisleitfäden findet dieser Aspekt bisher zu wenig Beachtung – insbesondere mangelt es an konkreten Empfehlungen. Wünschenswert wäre, dass Schnittstellen zwischen häuslicher Gewalt und Kinderschutz künftig systematisch beachtet und Standards entwickelt werden.

Aus-, Fort- und Weiterbildung

Der Integration der Thematik in die Aus-, Fort- und Weiterbildung der Gesundheitsberufe hat in den Leitlinien der WHO eine hohe Bedeutung: Jede Fachkraft in der Gesundheitsversorgung soll fähig sein, Ersthilfe zu bieten. Alternativ soll sie sicherstellen, dass eine andere Person in der eigenen oder einer anderen leicht zugänglichen Einrichtung diese Aufgabe übernimmt.

Diese Empfehlung wird auch in Deutschland von vielen Akteuren/-innen aus Hilfeeinrichtungen, von Frauengesundheitspolitik und -forschung sowie von engagierten Fachkräften der Gesundheitsversorgung geteilt. Bereits 2002 fasste der Deutsche Ärztetag erstmals einen entsprechenden Beschluss [2]. Im Mai 2015 forderte er die Bundes- und Landesärztekammern erneut auf, die Thematik in die Aus-, Fort- und Weiterbildung zu integrieren und die Leitlinien der WHO umzusetzen [3].

Neben politischen Empfehlungen und Beschlüssen liegt eine Reihe erprobter und z. T. wissenschaftlich evaluierter Curricula für die Aus-, Fort- und Weiterbildung von Gesundheitsberufen vor⁶. Sie entsprechen den inhaltlichen Empfehlungen der WHO weitgehend, wobei eine verstärkte Beachtung von Versorgungsanforderungen nach sexueller Gewalt auch hier geprüft werden sollte. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung bietet darüber hinaus

eine Qualitätszirkel-Dramaturgie für die Thematik häuslicher Gewalt an [21].

Ob und in welcher Weise vorliegende Empfehlungen und Curricula praktisch umgesetzt werden, kann aufgrund mangelnder Daten für Deutschland nicht beurteilt werden. Festzustellen ist, dass die Thematik weder in der ärztlichen Musterweiterbildungsordnung noch in grundlegenden Curricula z. B. für die Gesundheits- und Krankenpflege benannt ist. Bereits aus dem Jahr 2004 stammt eine bislang leider nicht aktualisierte Synopse zu gewaltbezogenen Lehrangeboten und Curricula in der Aus-, Fort- und Weiterbildung der Gesundheitsberufe [18]. Die Autorin kam zu dem Ergebnis, dass grundsätzlich Interesse an der Thematik häusliche Gewalt bestehe, es sich aber zu meist um einmalige und um nicht strukturell verankerte Angebote handele.

Dass eine Integration in die Ausbildung von Gesundheitsberufen möglich ist, zeigt beispielhaft die Entwicklung in Berlin: In einem Zeitraum von 5 Jahren gelang an 10 von 15 Schulen für Gesundheits- und Krankenpflege, an den drei Ausbildungsstätten für Hebammen/Entbindungspfleger und an einer Berufsschule für medizinische und Zahnmedizinische Fachangestellte⁷ eine curriculare Verankerung im Umfang von jeweils 6 bis 8 Unterrichtseinheiten.

Realisiert wird der Unterricht von Mitarbeiterinnen aus Beratungs- und Zufluchtseinrichtungen sowie pflegerischen Mitarbeiterinnen aus Rettungswachen. Der Modellstudiengang Medizin der Charité Universitätsmedizin Berlin beinhaltet verpflichtend einen dreistündigen Block zur Gesprächsführung bei häuslicher Gewalt und eine zweistündige Veranstaltung zur Dokumentation und forensischen Spurensicherung. Disziplinäre und interdisziplinäre Fortbildungsangebote für Gesundheitsfachkräfte werden seit vielen Jahren u. a. von S.I.G.N.A.L. e. V. in Kooperation mit der Ärztekammer Berlin angeboten.

Wesentlich für diese positive Entwicklung sind, neben persönlichem Engagement aller Beteiligten, personelle und finanzielle Ressourcen für Koordination, Pla-

⁶ Zu nennen sind hier u. a. das MIGG-Curriculum für die niedergelassene ärztliche Versorgung [15], das S.I.G.N.A.L.-Curriculum [19], das HEVI-Curriculum für Lehrkräfte im Sozial- und Gesundheitswesen [1] und das Curriculum Taboo für Altenpflege [28].

⁷ Es handelt sich um das Oberstufenzentrum für Gesundheit I, Berlin. Ein Filmbeitrag zum Unterricht wurde von zm-online erstellt [36].

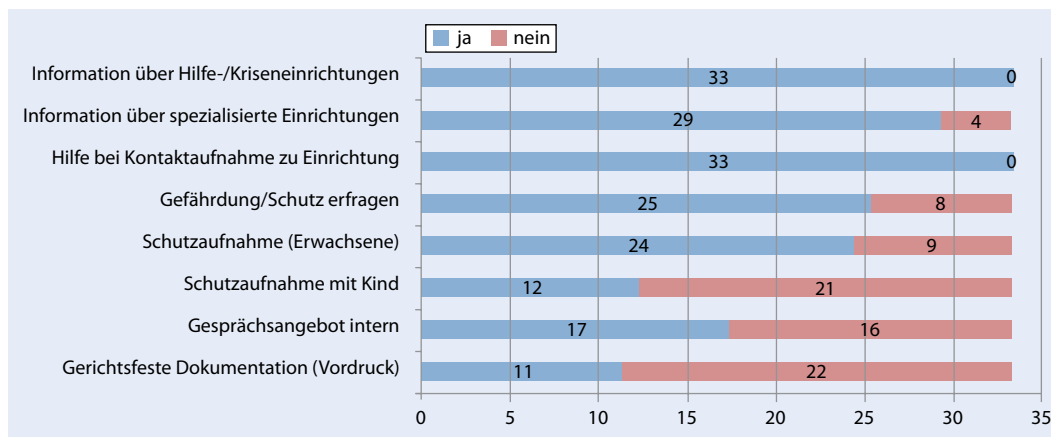


Abb. 2 ◀ Angebote Berliner Rettungsstellen für Betroffene häuslicher Gewalt (Angaben in abs. Zahlen, n=33) [35]

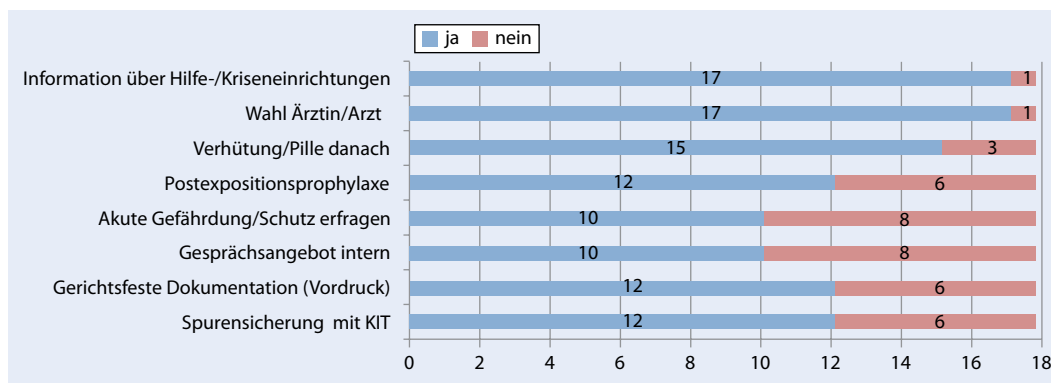


Abb. 3 ◀ Angebote gynäkologischer Abteilungen Berliner Kliniken mit RST für Betroffene sexueller Gewalt (Angaben in abs. Zahlen; n=18) [35]

nung und Organisation, für die Ausbildung von Trainer/-innen, für Qualitätssicherung sowie Kontaktpflege zu Ausbildungseinrichtungen.

Insgesamt stützten die Empfehlungen der WHO bestehende Aktivitäten in der Aus-, Fort- und Weiterbildung der Gesundheitsberufe und unterstreichen Handlungsbedarf mindestens in folgender Hinsicht:

- Verankerung der Thematik in den Rahmencurricula aller relevanten schulischen und universitären Ausbildungsgänge für Gesundheitsberufe sowie in den Prüfungsordnungen,
- Verankerung in der Musterweiterbildungsordnung für Ärzte/-innen und in den Weiterbildungsordnungen der Landesärztekammern,
- Verankerung in Fort- und Weiterbildungen für Pflegekräfte,
- Einrichtung interdisziplinärer Qualitätszirkel oder anderer Angebote, die eine praxisbezogene Vertiefung und Fachaustausch fördern,
- kontinuierliche Evaluation und Wirkungsforschung,
- Festlegung eines zeitlichen und inhaltlichen Minimalumfangs,

- Verstärkte Beachtung von Versorgungsanforderungen bei sexueller Gewalt.

Von der Theorie zur Praxis

Die erfolgreiche Integration der evidenzbasierten Leitlinien in die Gesundheitsdienste erfordert, so die WHO, „sorgfältig geplante, durch partizipative Entscheidungsfindung entwickelte Adaptions- und Umsetzungsprozesse“ [30, S. 49]. Ein Rahmenkonzept sollte sicherstellen, „dass Gesundheitsfachkräfte in der Anwendung evidenzbasierter Praktiken unterstützt werden“ [30]. Die Umsetzung der Empfehlung sollte „auf der Ebene der Gesundheitseinrichtungen überprüft werden“ [30, S. 50].

In Deutschland wird nicht systematisch erhoben, ob und in welcher Weise Leitlinien und Empfehlungen – oder auch die in Aus-, Fort- und Weiterbildungen vermittelten Kenntnisse – praktisch umgesetzt werden. Ebenfalls mangelt es an aktuellen Übersichten über bestehende Angebote in der gesundheitlichen Versorgung gewaltbetroffener Frauen und an Wirkungsforschung. Daten liegen verein-

zelt vor aus regionalen oder bundesweiten Modellprojekten, aus Forschungsprojekten, z. B. der Hochschule Fulda⁸, aus projektbezogenen Fachtagungen und -veröffentlichungen oder aus Praxisberichten und Erhebungen regionaler Koordinierungsstellen wie GESINE EN in Nordrhein Westfalen oder S.I.G.N.A.L. e. V. in Berlin [4, 20, 22, 24, 26].

Einen Einblick in die Versorgung gibt beispielhaft eine Befragung zu Angeboten bei häuslicher und sexueller Gewalt, die 2013 in Berliner Kliniken mit Rettungsstellen (RST) durchgeführt wurde [34, 35]. An der Befragung beteiligten sich 33 der 40 angeschriebenen Kliniken (83%). Über eine gynäkologische Abteilung verfügten 18 der 33 Kliniken. In diesen wurden Angebote nach sexueller Gewalt erfragt. Die **Abb. 2 und 3** zeigen, ob Angebote bei häuslicher bzw. sexueller Gewalt von den RST und gynäkologischen Abteilungen vorgehalten werden.

⁸ Siehe Homepage der Arbeitsgruppe „Gesundheitsschutz bei interpersoneller Gewalt“ der Hochschule Fulda: www.fh-fulda.de/index.php?id=stopp_violence.

Die Selbstauskünfte der beteiligten Kliniken zeigen:

- Mit einer Ausnahme hatten 2012 alle RST bzw. gynäkologischen Abteilungen Kontakt mit Patientinnen nach häuslicher oder sexueller Gewalt. Bei häuslicher Gewalt reichte die Spanne von einem bis zu täglichen Kontakten, bei sexueller Gewalt von 1–2 Kontakten halbjährlich bis zu 1–2 Kontakten wöchentlich. Eine Ansprache häuslicher Gewalt erfolgt i. d. R. bei Verdacht, wobei Indikatoren für eine Verdachtsnachfrage selten schriftlich vorliegen.
- Alle Kliniken vermitteln in Fällen häuslicher wie sexueller Gewalt an in- oder externe Beratungsangebote und bieten Unterstützung bei der Kontaktaufnahme. Vier Rettungsstellen (12 % von 33 Kliniken) gaben an, bei häuslicher Gewalt alle der in **Abb. 2** benannten Angebote vorzuhalten.
- Bezogen auf sexuelle Gewalt gaben vier gynäkologische Abteilungen (22 % von 18 Kliniken) an, alle erfragten Angebote vorzuhalten, darunter auch die Abgabe von Notfallverhütung, die Möglichkeit sich für eine Ärztin oder einen Arzt zu entscheiden sowie eine gerichts feste Dokumentation und Spurensicherung unter Einsatz eines Vordrucks und eines Spurensicherungs-KITs. Eine für die Versorgung nach sexueller Gewalt fortgebildete Fachkraft steht – wie von der WHO empfohlen – in fünf gynäkologischen Abteilungen in jeder Schicht zur Verfügung.
- Ob in Fällen häuslicher Gewalt die Gefährdung von Kindern angesprochen wird, bleibt zumeist dem Personal überlassen. In 8 Kliniken wird dies regelhaft erfragt [34, 35].

Die Auskünfte zeigen, dass Empfehlungen und Fortbildungsinhalte zur Intervention bei häuslicher und sexueller Gewalt in unterschiedlicher Ausprägung in den RST und gynäkologischen Abteilungen der Berliner Kliniken umgesetzt werden. Umfassende Angebote, die den Empfehlungen der WHO nahe kommen, sind vor allem dort zu finden, wo ein systematischer Implementierungsprozess erfolgt ist. Dieser beinhaltet die konsequente Unterstüt-

zung der Leitung, Schulungen, schriftliche Unterlagen, die Einbindung in das Qualitätsmanagement, die Benennung verantwortlicher Mitarbeiter/-innen für die Thematik und eine in- wie externe Vernetzung.

Die WHO unterstreicht, dass die Umsetzung von Leitlinien ein eigenständiger und langfristiger Prozess ist, der Kontinuität und Ressourcen erfordert. Sie betont ebenso, dass es klarer, regional und national gesetzter Ziele für die Verbesserung der Gesundheitsversorgung gewaltbetroffener Frauen bedarf und die Zielerreichung überprüft werden muss. Beispielhaft werden Indikatoren benannt, anhand derer Veränderungen in der Versorgung überprüft werden können. Darunter:

- die Anzahl der medizinischen Fakultäten und Schulen für Gesundheitsfachberufe, die obligatorische grundlegende und postgraduale Kurse zu Gewalt in Partnerschaften und sexueller Gewalt eingeführt haben;
- der Anteil der Gesundheitsfachkräfte, die in Intervention und Versorgung geschult sind;
- der Anteil der Frauen, die innerhalb von 72 Stunden nach einer Vergewaltigung gesundheitliche Versorgung in Anspruch genommen und Notfallverhütung, HIV-PEP und eine psychologische Ersthilfe erhalten haben [30].

Fazit

Die Leitlinien der WHO bieten fundierte Mindeststandards für die Intervention bei häuslicher und sexueller Gewalt. In Deutschland bestehende Praxisansätze und Leitfäden berücksichtigen bereits eine Reihe dieser Standards. Lücken bestehen v. a. in den Bereichen Aus-, Fort- und Weiterbildung der Gesundheitsberufe und Versorgung nach sexueller Gewalt.

Notwendig erscheinen eine systematische Verankerung von Versorgungsstandards in allen relevanten Bereichen der Gesundheitsversorgung und die Formulierung eines gesetzlichen Versorgungsauftrags bei häuslicher und sexueller Gewalt an die Gesundheitsversorgung. Das Beispiel Berlin zeigt, dass es durchaus möglich ist, Versorgungsstandards praktisch umzusetzen und die Thematik in Ausbildungsgänge zu integrieren. Er-

forderlich sind dafür vor allem klare, verbindliche Handlungsaufträge, eine koordinierende Unterstützung und fachliche Begleitung aller involvierten Einrichtungen, Netzwerk- und Öffentlichkeitsarbeit sowie systematische Evaluationen. Die WHO-Leitlinien sollten für eine Überprüfung, Aktualisierung und Weiterentwicklung von Praxisleitfäden genutzt und bei der Erstellung neuer Materialien grundlegend beachtet werden. Sie bieten eine gute Basis für eine gemeinsame, bundeslandübergreifende Abstimmung über fachliche Standards in der gesundheitlichen Versorgung von Frauen nach häuslicher und sexualisierter Gewalt.

Korrespondenzadresse

K. Wieners

Koordinierungsstelle S.I.G.N.A.L. e.V. – Intervention im Gesundheitsbereich gegen häusliche und sexualisierte Gewalt, Sprengelstraße 15, 13353 Berlin
wieners@signal-intervention.de

Danksagung. Wir danken Juliane Hoffmann für ihre Unterstützung bei der Recherche bundesweit vorhandener Leitfäden für den Umgang der Gesundheitsversorgung mit häuslicher (und sexueller) Gewalt.

Einhaltung ethischer Richtlinien

Interessenkonflikt. 1 Die Autorinnen sind als Referentinnen in der Koordinierungsstelle des S.I.G.N.A.L. e.V. beschäftigt.

2 Die Leitlinien der WHO wurden u. a. von den Autorinnen in die deutsche Sprache übersetzt.

Hinweis. Die WHO-Leitlinien und das dazugehörige Handbuch können als Druckausgabe bei S.I.G.N.A.L. e.V. bestellt werden (Bestelladresse: info@signal-intervention.de).

Dieser Beitrag beinhaltet keine Studien an Menschen oder Tieren.

Literatur

1. Allen M, Hellbernd H, Huschka S, Jenner S, Perttu S, Savola T (2010) Lehrende im Sozial- und Gesundheitswesen gegen Gewalt. Curriculum. University of Helsinki, Palmenia Centre for Continuing Education. http://www.palmenia.helsinki.fi/hevi/HEVI_Guidebook_german.pdf. Zugriffen: 13. Mai 2015
2. Beschlussprotokoll des 105. Deutschen Ärztetags 2002 in Rostock, Drucksache VI-64. <http://www.bundesaeztekammer.de/aerztetag/beschlussprotokolle-ab-1996/105-daet-2002/>. Zugriffen: 16. Mai 2015

3. Beschlussprotokoll des 118. Deutschen Ärztetages 2015 in Frankfurt am Main, Drucksache VI-137. [http://www.sindbad-mds.de/infomed/sindbad.nsf/0/63eded37b57ec67c1257e4a0036dc32/\\$FILE/118-DAET_BeschlussProt_150515.pdf](http://www.sindbad-mds.de/infomed/sindbad.nsf/0/63eded37b57ec67c1257e4a0036dc32/$FILE/118-DAET_BeschlussProt_150515.pdf). Zugriffen: 22. Mai 2015
4. Blättner B, Krüger K, Grewe A (2009) A.U.S.W.E.G. Ärztliche Dokumentation der Folgen häuslicher Gewalt, Sichtweisen der Gesundheitsversorgung – eine Evaluationsstudie in Hessen. Forschungsberichte des Gender und Frauenforschungszentrums der Hessischen Hochschulen, Frankfurt a. M.
5. Brzank P (2010) Häusliche Gewalt und Gesundheit: Stand der internationalen Forschung und Diskussion. Bericht über die fünfte US-amerikanische „National Conference on Health and Domestic Violence“. Bundesgesundheitsbl Gesundheitsforsch Gesundheitsschutz 53:520–524
6. Brzank P, Blättner B (2010) Screening nach Gewalt gegen Frauen durch den Partner. Internationale Diskussion, Überlegungen für Deutschland. Bundesgesundheitsbl Gesundheitsforsch Gesundheitsschutz 53:221–232
7. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. Frauengesundheitsportal. <http://www.frauengesundheitsportal.de/>. Zugriffen: 15. April 2015
8. Campbell J (2002) Health consequences of intimate partner violence. Lancet 359(9314):1331–1336
9. Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e. V. (2010) Ärztliche Gesprächsführung, Untersuchung und Nachbetreuung von Frauen nach mutmaßlicher sexueller Gewaltausübung. AWMF-Nr. 015/068. http://www.dggg.de/fileadmin/public_docs/Dokumente/Leitlinien/015-068-S1-Sexuelle-Gewalt-2010.pdf. Zugriffen: 5. Mai 2015
10. Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e. V. (2010) Häusliche Gewalt. Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe und der Deutschen Gesellschaft für Psychosomatische Frauenheilkunde und Geburtshilfe. http://www.dggg.de/fileadmin/public_docs/Newsletter/leitlinie_haeusliche_gewalt.pdf. Zugriffen: 5. Mai 2015
11. Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe, Hessisches Sozialministerium (Hrsg) (2014) Ärztliches Praxishandbuch Gewalt. Verlag S. Kramarz, Berlin
12. Deutsche Gesellschaft für Rechtsmedizin (Hrsg) (2014) Forensisch-medizinische Untersuchung von Gewaltopfern. Empfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Rechtsmedizin 2014. Springer Med Z Rechtsmed 5:405–411
13. FRA – European Union Agency For Fundamental Rights (2014) Violence against women: an EU-wide survey. Results at a glance. Deutsche Übersetzung der Agentur der Europäischen Union für Grundrechte (2014): Gewalt gegen Frauen: eine EU-weite Erhebung. Ergebnisse auf einen Blick. <http://fra.europa.eu/de/publication/2014/gewalt-gegen-frauen-eine-eu-weite-erhebung-ergebnisse-auf-einen-blick>. Zugriffen: 5. Oktober 2015
14. FRA – European Union Agency For Fundamental Rights (2014) Violence against women: an EU-wide survey – Survey methodology, sample and fieldwork. Technical report
15. GESINE EN, S.I.G.N.A.L. e. V., Universitätsklinikum Düsseldorf, Universitätsklinikum Schleswig Holstein, LMU München (2011) Curriculum für die niedergelassene ärztliche Versorgung. http://signal-intervention.de/download/MIGG_CURRICULUM.pdf. Zugriffen: 13. Mai 2015
16. GiGnet (2008) Gewalt im Geschlechterverhältnis. Erkenntnisse und Konsequenzen für Politik, Wissenschaft und soziale Praxis. Verlag Barbara Budrich, Opladen
17. Gloor D, Meier H (2014) Der Polizist ist mein Engel gewesen. Sicht gewaltbetroffener Frauen auf institutionelle Interventionen bei Gewalt in Ehe und Partnerschaft. Schlussbericht der NFP 60-Studie. Social Insight, Schinznach-Dorf
18. Hellbernd H (2004) Häusliche Gewalt – Erkennen, Sensibilisieren und Erlernen des Umgangs. Synopse zu Aus, Fort- und Weiterbildung in Gesundheitsberufen. Hrsg.: Bundeskoordination Frauengesundheit. Bremen. http://signal-intervention.de/download/Lit_2004_Synopse_Hellbernd.pdf. Zugriffen: 28. April 2015
19. Hellbernd H (2006) Curriculum. Häusliche Gewalt und Gesundheit: gesundheitliche Versorgung. Das S.I.G.N.A.L. – Interventionsprojekt. Förderung durch das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend.
20. Hintz E, Blättner B, Renner J, Hahn D (2011) Evaluation der Implementierung des hessischen Dokumentationsbogens bei sexualisierter Gewalt gegen Frauen. Forschungsberichte des Gender und Frauenforschungszentrum der Hessischen Hochschulen, Frankfurt am Main
21. Kassenärztliche Bundesvereinigung (2014) Qualitätszirkel Aktuell, Ausgabe Juli 2014. http://www.kbv.de/media/20qz-newsletter_1.pdf. Zugriffen: 5. Oktober 2015
22. Robert Koch-Institut (Hrsg) (2008) Heft 42, Gesundheitliche Folgen von Gewalt unter besonderer Berücksichtigung von häuslicher Gewalt gegen Frauen.
23. Schröttle M, Müller U (2004) Lebenssituation, Sicherheit und Gesundheit von Frauen in Deutschland. Eine repräsentative Untersuchung zu Gewalt gegen Frauen in Deutschland. Im Auftrag des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend.
24. Sellach B, Küher H, Landgrebe G, Landgrebe P (2011) Implementierungsleitfaden zur Einführung der Interventionsstandards in die medizinische Versorgung von Frauen. Herausgegeben vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend.
25. Senatsverwaltung für Bildung, Wissenschaft und Forschung (2007) Empfehlungen zur Umsetzung des Schutzauftrages bei Kindeswohlgefährdung nach § 8a SGB VIII.
26. S.I.G.N.A.L. e. V. (2010) Dokumentation zur Fachtagung anlässlich 10 Jahre S.I.G.N.A.L.-Interventionsprogramm. „Erwünscht und integriert?“ Interventionsprojekte in der gesundheitlichen Versorgung gegen Gewalt an Frauen. 19.–20.2.2010, Berlin. http://www.signal-intervention.de/index.php?np=16_6_1_0. Zugriffen: 29. Mai 2015
27. S.I.G.N.A.L. Koordinierungsstelle (2015) Intervention in der Gesundheitsversorgung bei häuslicher Gewalt. Leitfaden für die Gesundheitsversorgung in den Bundesländern. http://www.signal-intervention.de/index.php?np=16_3_3_0. Zugriffen: 11. Mai 2015
28. Taboo-Curriculum (2013) Training handbook Violence against older women within families: recognizing and acting. <http://www.btt-project.eu>. Zugriffen: 28. April 2015
29. WHO (2013) Responding to intimate partner violence and sexual violence against women. WHO clinical and policy guidelines. <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/9789241548595/en/>. Zugriffen: 3. März 2015
30. WHO (2013) Responding to intimate partner violence and sexual violence against women. WHO clinical and policy guidelines, deutsche Übersetzung des S.I.G.N.A.L. e. V. Umgang mit Gewalt in Paarbeziehungen und mit sexueller Gewalt gegen Frauen. Leitlinien der WHO für Gesundheitsversorgung und Gesundheitspolitik
31. WHO (2014) Violence against women. Intimate partner and sexual violence against women. Fact sheet No. 239, updated November 2014. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs239/en/>. Zugriffen: 15. April 2015
32. WHO (2013) Global and regional estimates of violence against women. Prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence. <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/9789241564625/en/>. Zugriffen: 16. April 2015
33. WHO (2003) Guidelines for medico-legal care of sexual violence survivors. <http://www.who.int/gender-equity-rights/knowledge/924156428x/en/>. Zugriffen: 15. April 2015
34. Wieners K (2014) Versorgungssituation in Berlin. Interventionsangebote in der medizinischen Versorgung und aktueller Stand in Aus-, Fort-, und Weiterbildung. Vortrag im Rahmen einer Fachtagung. http://signal-intervention.de/download/Archiv_Wieners_Stand_Versorgung_Berlin_9_10_14.pdf. Zugriffen: 22. Mai 2015
35. Wieners K, Winterholter M, Hellbernd H (2013) Häusliche und sexuelle Gewalt. Versorgungsangebote in Berliner Rettungswachen. Ergebnisse einer Bestandsaufnahme. http://signal-intervention.de/download/Lit_33RST_Poster_1_9_2014.pdf. Zugriffen: 22. Mai 2015
36. zm-online (2014) Gewaltpuren erkennen. http://www.zm-online.de/zm-tv/bericht/Gewaltpuren-erkennen_236116.html. Zugriffen: 8. April 2015