

Nr. 31 / März 2012

Rundbrief 31

Netzwerk Frauen /Mädchen und Gesundheit Niedersachsen



Aktuelles
„selbst. bestimmt.
entscheiden.“
S. 5



Regionales
Eröffnung der 21.
Beratungsstelle der pro
familia Niedersachsen
S. 12



Schwerpunkt
25. Tagung des
Netzwerkes Frauen/
Mädchen und
Gesundheit
Niedersachsen
ab S. 16



Niedersächsisches Ministerium
für Soziales, Frauen, Familie,
Gesundheit und Integration

pro familia
Niedersachsen

SoVD
Sozialverband
Deutschland
Landesverband Niedersachsen e.V.

MGFS
Niedersachsen e.V.

Impressum

Rundbrief 31 des Netzwerkes Frauen / Mädchen und Gesundheit Niedersachsen

März 2012

c/o Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e. V.

Fenskeweg 2

30165 Hannover

Tel.: 05 11 / 3 88 11 89 5

E-Mail: ute.sonntag@gesundheit-nds.de

Redaktion: Claudia Hasse, Ursula Jeß, Hildegard Müller, Kathrin Schrader,
Dr. Ute Sonntag

Beiträge: Brigitte Blümel, Hilde Hellbernd, Claudia Igney, Sabine C. Jenner,
Brigitte Kückens, Michaela Ludewig, Kathrin Schrader, Martin Schumacher, Birgit Wolff

Der Rundbrief ist Informationsmedium von und für Mitgliedsfrauen des Netzwerkes Frauen / Mädchen und Gesundheit Niedersachsen. Die namentlich gekennzeichneten Artikel geben die Meinung der Autorin wieder, nicht unbedingt die der Redaktion.

Der Rundbrief erscheint zweimal im Jahr.

Dieser Rundbrief ist unter www.gesundheit-nds.de als PDF eingestellt.

Liebe Frauen, liebe Netzwerkmitglieder,

nun kommt auch noch der Rundbrief im März, wo doch so viele wichtige Termine sind: der 101. Internationale Frauentag, der weltweit am 08. März gefeiert wurde - mancherorts auch mit Veranstaltungen zur Frauengesundheit. Und am 23. März war der Equal Pay Day. Wer nicht weiß, was das ist, findet im Rundbrief dazu Erläuterungen unter Aktuelles.

Immer wieder beschäftigt das Netzwerk die Problematik rund um die gesundheitliche Versorgung nach Häuslicher Gewalt. Im letzten Jahr hatten wir das Glück, als allererste die Ergebnisse eines bundesweiten Modellprojektes in einer Tagung präsentiert zu bekommen. Diese 25. Tagung des Netzwerkes fand am 06. September 2011 in Hannover statt und ist im Schwerpunktteil dieses Heftes dokumentiert. Es geht um neue Wege in der Kooperation mit Ärztinnen und Ärzten.

Nach der Tagung ist immer auch vor der Tagung. Wir sind schon wieder in der Planung der nächsten Veranstaltung, die wir als Werkstattgespräch konzipiert haben. Wir wollen mit Interessierten zum Thema Selbstbestimmung und Gesundheit ins Gespräch kommen. Die Vorankündigung ist unter der Rubrik Aktuelles zu finden.

Wollen Sie im Heft auch einmal Ihren Namen lesen? Wenn Sie etwas Interessantes zum Thema Frauengesundheit in Ihrer Region machen, so berichten wir darüber gerne unter Regionales. Schauen Sie selbst, was dieses Mal dort berichtet wird.

Sie können auch mitarbeiten: das Netzwerk hat eine Organisationsgruppe, die sich alle zwei Monate in Hannover trifft. Wer mitmachen möchte, wende sich gerne an eine der Trägerorganisationen. Wir freuen uns auf Sie!

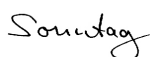
Ihre Trägerorganisationen des Netzwerkes:



Ursula Jeß
Nds. Ministerium für
Soziales, Frauen, Familie,
Gesundheit und Integration



Hildegard Müller
pro familia
Landesverband
Niedersachsen e. V.



Dr. Ute Sonntag
Landesvereinigung
für Gesundheit und
Akademie für Sozialmedizin
Niedersachsen e. V.



Kathrin Schrader
SOVD-
Landesverband
Niedersachsen e. V.

Inhalt

Aktuelles	5
„selbst. bestimmt. entscheiden.“	5
Equal Pay Day: Engagement zur gleichen Bezahlung	6
Sexuelle Übergriffe in Therapie und Beratung werden immer noch tabuisiert	7
Brustkrebs ist keine Geschäftsidee: Frauengesundheitsorganisationen fordern Stopp des Missbrauchs	10
Regionales	12
Eröffnung der 21. Beratungsstelle der pro familia Niedersachsen	12
„Nur nicht unsichtbar werden - 30 geschenkte Jahre und was machen wir damit?“	13
FMGZ - Regionsversammlung beschließt weitere Förderung	14
Schwerpunkt:	16
25. Tagung des Netzwerkes Frauen/Mädchen und Gesundheit Niedersachsen	
Einleitung	16
„Meist sehen wir sie nicht“ - Gesundheitsfolgen Häuslicher Gewalt und Interventionsbedarf	17
Implementierung des Interventionsprogramms „Häusliche Gewalt in Paarbeziehungen“ in Krankenhäusern und Ausbildungsstätten	29
Evaluation: „Diagnose: Häusliche Gewalt. Neue Wege in der Kooperation mit Ärztinnen und Ärzten“	31
Mediothek	33
Termine	51

Aktuelles

5 | „selbst. bestimmt. entscheiden.“ 6 | Equal Pay Day: Engagement zur gleichen Bezahlung 7 | Sexuelle Übergriffe in Therapie und Beratung werden immer noch tabuisiert 10 | Brustkrebs ist keine Geschäftsidee: Frauengesundheitsorganisationen fordern Stopp des Missbrauchs

„selbst. bestimmt. entscheiden.“

Werkstattgespräch zum Thema Frauengesundheit zwischen informierter Entscheidung und gesellschaftlichen Erwartungen

In Zeiten zahlloser, frei zugänglicher Quellen ist es leicht für Frauen, Informationen zu Gesundheitsthemen zu bekommen. Wir scheinen immer besser informiert. Eine selbst bestimmte Entscheidung dürfte vor diesem Hintergrund kein Problem sein. Aber genau da liegt die Schwierigkeit: Wo kommen die Informationen her? Welche Interessen sind damit verbunden? Was ist ein frauengerechter Bedarf? Gibt es ein Recht auf Nichtwissen? Werden Frauen überredet oder überzeugt?

Zu diesen und weiteren Fragen möchte das Netzwerk Frauen, Mäd-

chen und Gesundheit mit Ihnen ins Gespräch kommen.

Unsere diesjährige Veranstaltung findet am 03. Juli 2012 in Hannover im Niedersächsischen Ministerium für Soziales, Frauen, Familie, Gesundheit und Integration, Gustav-Bratke-Allee 2 statt.

In einem Werkstattgespräch möchten wir zu Austausch und Diskussion zum Thema selbstbestimmte Entscheidung anregen. Neben einem einleitenden Input zum Thema zur Selbstbestimmung werden zwei Themen auf der Tagesordnung stehen, die eng mit dem Begriff der Selbstbestimmung verknüpft sind: Kaiserschnitt und Untersuchungen während der Schwangerschaft.

Eingeladen sind neben den Mitgliedern des Netzwerks Frauen, Mädchen und Gesundheit freiberufliche und angestellte Hebammen, Mitar-

beiterinnen von Schwangerenberatungsstellen, Ärztinnen, Gleichstellungsbeauftragte sowie am Thema Interessierte.

Weitere Informationen bei: Claudia Hasse,
E-Mail: claudia.hasse@ms.niedersachsen.de; Tel.: 05 11 - 120 29 64

Kathrin
Schrader

Equal Pay Day: Engagement zur gleichen Bezahlung

Frauen erhalten in Deutschland für die gleiche Arbeit noch immer weniger Lohn als Männer. Auf diese ungleiche Bezahlung soll durch den internationalen Aktionstag „Equal Pay Day“ aufmerksam gemacht werden. Auch zahlreiche SoVD-Kreisverbände beteiligen sich daran und rücken am 23. März 2012 durch verschiedene Aktionen die Ungleichheit in den Fokus - so unter anderem in Uelzen, Bad Fallingb., Braunschweig, Celle, Göttingen und Rotenburg. Geplant sind dabei Informationsstände, Protestmärsche und Fachvorträge.

Hintergrund des Equal Pay Day sind die Entgeltunterschiede zwischen Männern und Frauen, die in Deutschland nach Angaben des Statistischen Bundesamtes bei 23 Prozent liegen. Das heißt, dass bei einem Vergleich aller Arbeitnehmerinnen der durchschnittliche Bruttostundenlohn

von Frauen 23 Prozent unter dem der Männer liegt. Deutschland nimmt damit einen der hinteren Plätze innerhalb der Europäischen Union ein. Der Termin des Aktionstages markiert den Zeitraum, den Frauen in Deutschland über den Jahreswechsel hinaus arbeiten müssen, um auf das durchschnittliche Vorjahresgehalt von Männern zu kommen.

Entgeltunterschiede, die neben sozialen auch wirtschaftliche Folgen haben, sind auf eine Vielzahl von Ursachen zurückzuführen. So werden Tätigkeiten, die als typische Frauenberufe gelten und vorwiegend von Frauen ausgeübt werden, in individuellen und kollektiven Lohnverhandlungen schlechter bewertet und bezahlt. Frauen bekommen für die gleiche Arbeit häufig weniger Geld und fehlen in bestimmten gut bezahlten Branchen.

Die SoVD-Frauen fordern deshalb:

- Gleicher Lohn für gleiche Arbeit
- Ein transparentes Tarifsysteem
- Überprüfung der Lohnstrukturen seitens der Arbeitgeber
- Gewerkschaften und Betriebsräte sollen sich in Tarifverhandlungen und in den Betrieben für gerechte Löhne von Frauen einsetzen
- Einen gesetzlichen Mindestlohn, damit Frauen im Niedriglohnsektor besser bezahlt werden
- Eine bessere Vereinbarkeit von Beruf und Familie für Frauen und Männer
- Ein Gleichstellungsgesetz für die Privatwirtschaft

Weitere Informationen unter www.equalpayday.de und www.sovd-nds.de/20139.0.html

Sexuelle Übergriffe in Therapie und Beratung werden immer noch tabuisiert

Sexuelle Übergriffe und Grenzverletzungen in Therapie und Beratung sind - allen Aufklärungsbemühungen in den vergangenen Jahrzehnten zum Trotz - immer noch ein Tabu-Thema. Dies stellten die Teilnehmenden der Fachtagung „Sexuelle Übergriffe in Therapie und Beratung - Kunstfehler! Und was folgt daraus?“ am 24.11.2011 in Hannover übereinstimmend fest. Die Fachtagung wurde von der Fachgruppe Frauen in der psychosozialen Versorgung der Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie e. V. (DGVT) in Kooperation mit der Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e.V. und mit Unterstützung der Psychotherapeutenkammer sowie der Ärztekammer Niedersachsen orga-

nisiert. Die Fachgruppe Frauen in der DGVT knüpft mit dieser Veranstaltung an das öffentliche Hearing vom 19. Januar 1991 in Bonn an, mit dem dieses Thema erstmals in der Bundesrepublik Deutschland in das Bewusstsein der Therapieverbände und der Ärztekammer gerückt worden ist. Wegweisend als Struktur wurde in den letzten 20 Jahren das Verbändetreffen gegen Grenzverletzungen und sexuellen Missbrauch in Psychotherapie und psychosozialer Beratung aufgebaut, in dem heute alle größeren Therapieverbände vertreten sind. Das Verbändetreffen hat große Verdienste bei der Etablierung von Ethikkommissionen in den Therapieverbänden und der Verankerung des Themas in der therapeutischen Aus- und Fortbildung.

Auf der Fachtagung wurde folgende Erklärung verabschiedet:

Sexuelle Übergriffe in Therapie und Beratung – Herausforderungen für die Zukunft

Die Fachgruppe Frauen in der psychosozialen Versorgung der Deutschen Gesellschaft für Verhaltenstherapie e. V., Vertreterinnen des Verbändetreffens gegen Grenzverletzungen und sexuellen Missbrauch in Psychotherapie und psychosozialer Beratung sowie Teilnehmende der Tagung aus der psychosozialen und beraterischen Praxisarbeit erklären:

1. Es ist zu begrüßen, dass das Thema sexueller Missbrauch durch den Runden Tisch der Bundesregierung und die Arbeit von Frau Bergmann in den Fokus der Öffentlichkeit gerückt sind und dass in Fortbildungsmaßnahmen investiert wird.
2. Sexuelle Übergriffe und Grenzverletzungen in Therapie und Beratung werden noch immer tabuisiert. Die Therapieverbände, Ausbildungsinstitute und Kliniken müssen daher ihre Anstrengungen verstärken, professionelle Haltungen in der therapeutischen Beziehung zu vermitteln, bei Fehlverhalten entsprechend sanktionierend einzugreifen und vertrauliche Beratungsmöglichkeiten für die Opfer und Täter zu etablieren.
3. Die Themen Erotik in der Psychotherapie, Grenzverletzungen und

sexuelle Übergriffe müssen, wie bereits seit dem Psychotherapeutengesetz mit dem Baustein „Ethik Recht“ im Ausbildungskatalog des Richtlinienverfahrens aufgeführt, verbindlich in der Ausbildung zum Psychologischen, Ärztlichen und Kinder-/Jugendlichen-Psychotherapeuten/Psychotherapeutin unterrichtet werden. Ebenso sollten diese Themen fester Bestandteil in allen anderen Psychotherapie-Curricula sein, unabhängig von der Psychotherapiemethode. Auch in den Ausbildungscurricula für die psychosoziale Beratung ist dies verbindlich einzuführen. Zum einen geht es um die Vermittlung einer professionellen Haltung, die eine Ausnutzung der Abhängigkeit der Patienten und Patientinnen, Grenzverletzungen und sexuelle Übergriffe ausschließt. Weiterhin sollten Fragen bearbeitet werden, wie man mit Informationen über sexuelle Übergriffe durch Kolleginnen und Kollegen umgeht. Einen breiten Raum sollten Fragen der Beratung und Nachfolgebehandlung von Opfern von sexuellen Übergriffen einnehmen.

4. Auch die Supervisionsaus- und -weiterbildungen sollten dieses Thema in allen seinen Facetten in die Curricula integrieren.

5. In Zukunft sind in vielen Bereichen der psychotherapeutischen Ausbildung Abgrenzungproblematiken zu diskutieren und Lösungen auszuhandeln, so zum Beispiel in der Frage, ob Supervisorinnen/Supervisoren auch Prüferinnen/Prüfer sein dürfen, da die Wahrnehmung beider Rollen zu einem Interessenskonflikt führt.

6. Sexuelle Kontakte zwischen Ausbilderinnen/Ausbildern und Auszubildenden sind endlich als das zu benennen, was sie sind: Grenzverletzungen und Machtmissbrauch!
7. Die Patientensicherheit in der Psychotherapie und in der psychosozialen Beratung ist durch eine Institutionalisierung von niedrigschwelligen, professionellen und kostenlosen Beratungsmöglichkeiten zum Thema Übergriffe, Grenzverletzungen sowie Nachfolgebehandlungen, auch im Bereich der Kammern, zu erhöhen. Schon existierende, unabhängige und qualifizierte Einrichtungen sind zu unterstützen.
8. Aus Gründen des Patientenschutzes ist eine unabhängige niedrigschwellige und professionelle Beratungsmöglichkeit für betroffene PatientInnen im geplanten Patientenrechtegesetz zu verankern.
9. Aus Gründen des Patientenschutzes sollten weiterhin die Psychotherapierichtlinien angepasst werden und Aufklärung sowie Information über Psychotherapie und Ethikleitlinien verbindlich vereinbart werden.
10. Da die Folgen von sexuellen Grenzverletzungen in der Psychotherapie so gravierend sind und die betroffenen Patientinnen/Patienten ihre Rechte auf juristischem Wege in der Regel erst nach abgeschlossener Nachfolgepsychotherapie geltend machen können, müssen die Verjährungsfristen sowohl im Strafrecht und Berufsrecht, als auch für die zivilrechtlichen Ansprüche verlängert werden oder erst beginnen, wenn die Folgepsychotherapie abgeschlossen ist.
11. Darüber hinaus sollte die Diskussion um Misserfolge und unerwünschte Wirkungen/Schäden („Nebenwirkungen“) von psychotherapeutischen Behandlungen und psychosozialer Beratung verstärkt werden. In Anlehnung an einschlägige Studien aus dem englischen Sprachraum sollten Rolle und Verantwortung der Therapierenden bzw. Beratenden stärker im Blickpunkt stehen mit dem Ziel, die Qualität der Behandlungen zu verbessern. Das nützt allen, in erster Linie den Klientinnen/Klienten, ebenso den Therapeutinnen/Therapeuten und schließlich auch den Geldgebern.

Die Erklärung ist online verfügbar unter www.dgvt.de

Brustkrebs ist keine Geschäftsidee: Frauengesundheitsorganisationen fordern Stopp des Missbrauchs

Die fortschreitende Kommerzialisierung und ökonomische Ausbeutung des Themas Brustkrebs ist eine Fehlentwicklung, der eine Reihe von Frauenorganisationen jetzt entschieden entgegen treten.

Diagnostik und Therapie von Brustkrebs sind eng mit ökonomischen Interessen verknüpft. Eine begleitende kritische Bewertung ist grundsätzlich ratsam.

Besonders empörend ist der aktuelle Trend im Oktober: Globale Konzerne und Firmen überbieten sich gegenseitig mit PR-Kampagnen und sammeln Spendengelder auch in Deutschland ein. Der Aufmerksamkeitsfaktor des Themas Brustkrebs steigert Verkaufszahlen und wird zur Marketingmaßnahme für Geschäfte und Profite umgemünzt. Einnahmen und Verwendung der Spenden sind selten transparent. Beispielhaft zeigen zwei aktuelle Kampagnen, wie die Krankheit zum Geschäftsmodell umfunktioniert wird.

Am 18. Oktober wird Pink Ribbon Deutschland auf dem Potsdamer Platz „die größte pinkfarbene Schleife in Deutschland“ binden. Bei genauerem Hinsehen bieten die Macher auch jede Menge Werbung, Halbwissen aus PR-Kanälen, das Sammeln von Spenden sowie die Suche nach neuen Anzeigenpartnern.

Als Frauengesundheitsorganisationen lehnen wir das mit solchen Aktionen verknüpfte konsumorientierte Frauenbild, das Frauen öffentlich sexualisiert und infantilisiert, ab.

Im Schlepptau des „pink“ angestrahlten Brandenburger Tors durch den Kosmetikkonzern Estée Lauder am 11. Oktober wird die Aufmerksamkeit auf hochpreisige Kosmetika gelenkt. Die verständliche Deklaration von Inhaltsstoffen oder der Verzicht auf krebserregende Chemikalien in Kosmetika stehen dagegen nicht auf der Agenda. Lichtaktionen, bei denen öffentliche Gebäude rosa angestrahlt werden, nennt die Medizinsoziologin Samantha King schlicht Stromverschwendung.

Wir sehen mehr Schaden als Gewinn für Frauen durch derartige Aktionen. Die Entwicklung, vorgeblich Wohltätigkeit auf Kosten kranker Menschen an geschäftliche Interessen zu koppeln, sehen wir mit Sorge.

Die Deutsche Krebshilfe, für die am 18.10. Spenden gesammelt werden sollen, und die eine Vorbildfunktion einnehmen muss, rufen wir auf, ihre Kooperationen kritisch zu überprüfen.

Was für Frauen grundsätzlich wichtig ist: 6 Punkte für den Umgang mit dem Thema Brustkrebs in Deutschland

1. Öffentlich geförderte und transparente Forschung zu Ursachen der Krebsentstehung, Diagnostik und Therapie. Langfristige Nachbeobachtung von Forschungsergebnissen weit über vermarktungsrelevante Eckpunkte und fünf Jahre hinaus.
2. Priorisierung der Vermeidung von Brustkrebs und anderen Krebserkrankungen. Schwerpunkt muss endlich der Abbau von Umweltbelastungen und Umweltgefährdungen sein. Keine Kooperationen und keine Annahme von Spenden von Unternehmen und Institutionen, die für die Erzeugung und Verbreitung von Karzinogenen verantwortlich sind.
3. Bereitstellung evidenzbasierter Informationsangebote unter Beachtung höchster professioneller und ethischer Standards und unter Berücksichtigung von Kapazität und Nachhaltigkeit im Gesundheitswesen. Informationsmaterialien zu den Themen Vermeidung, Screening, Diagnostik und Behandlung auf einer rationalen anstelle einer rein emotionalen Ebene.
4. Transparente, zeitnahe und für Frauen verständliche Bewertung der Ergebnisse aus dem weltweit größten organisierten Mammographie-Screening-Programm in Deutschland. Frauen haben großes Interesse und Anspruch auf die Ergebnisse und Erkenntnisse aus dem Programm, um ihre Entscheidungen für oder gegen eine Teilnahme treffen zu können.
5. Berücksichtigung von Brustkrebs als einem großen sozialen Problem für erkrankte Frauen und ihre Familien sowie angemessene wirtschaftliche Absicherung von an Krebs erkrankten Frauen.
6. Transparente Offenlegung und Veröffentlichung der Interessenlage von Organisationen, die sich mit Brustkrebs und anderen gesundheitsbezogenen Themen befassen und/oder Spenden sammeln.

Weitere Informationen und Kontaktpartnerinnen unter:

www.akf-info.de ▪ www.bcaction.de ▪ www.ewa-frauenzentrum.de ▪
www.ffgz.de ▪ www.frauengesundheit-berlin.de ▪ frauenrechte.de ▪
fvcourage.de ▪ www.interkulturellesfrauenhaus.de ▪
www.paula-panke.de ▪ www.treffpunktkrebs.de ▪ www.wecf.eu ▪
www.zgf.bremen.de

Ansprechpartnerin: Karin Bergdoll, 2. Vorsitzende AKF e.V. (V.i.S.d.P.)

Regionales

12 | Eröffnung der 21. Beratungsstelle der pro familia Niedersachsen

13 | „Nur nicht unsichtbar werden – 30 geschenkte Jahre und was

machen wir damit?“ 14 | FMGZ – Regionsversammlung beschließt

weitere Förderung

Brigitte
Blümel

Eröffnung der 21. Beratungsstelle der pro familia Niedersachsen

Nach längeren Verhandlungen mit der Stadt und dem Landkreis Hildesheim begannen im dortigen Mehrgenerationenhaus im Oktober 2011 die Vorbereitungen für die Eröffnung der 21. pro familia Beratungsstelle in Niedersachsen. Zuvor musste die dort ansässige Volkshochschule Kurse verlegen und die Voraussetzungen für den Einzug schaffen, dann wurden Möbel bestellt und eine Grundausstattung für die Büroarbeit geordert.

Als Resonanz auf ein Schreiben an die niedergelassenen Gynäkologinnen und Gynäkologen kamen die ersten Anmeldungen für Beratungsgespräche, so dass bis Jahresende 24 Beratungen durchgeführt werden konnten.

Am 17. Januar 2012 erfolgte dann die offizielle Eröffnung der „kleinsten

Beratungsstelle der pro familia Niedersachsen“, die in nur einem Raum untergebracht ist. In einer kleinen von klassischer Klaviermusik umrahmten Feierstunde, die in der Cafeteria des Mehrgenerationenhauses stattfand und zu der Vertreter und Vertreterinnen der Stadt, des Landkreises und der Wohlfahrtsverbände eingeladen waren, wurde die Beratungsstelle der Öffentlichkeit bekannt gemacht. „Hildesheim war bisher die einzige niedersächsische Großstadt, in der wir kein eigenes Büro betrieben haben“ gab Andreas Bergen, Geschäftsführer der pro familia Niedersachsen und selbst gebürtiger Hildesheimer, in seinem Grußwort bekannt. Auch die Gleichstellungsbeauftragte und die Bürgermeisterin begrüßten die Einrichtung, mit der es nun einen Ort gäbe, an dem fernab von einem in Werbung und Medienberichten verfremdeten

Bild von Sexualität über einen ganz persönlichen Zugang zu diesem Lebensbereich gesprochen werden kann.

In dem Beratungsraum wurden verschiedene Materialien aus der praktischen Arbeit präsentiert, die An-

lass zu einer lebhaften Diskussion über die Arbeit der pro familia mit Jugendlichen, Schwangeren und Paaren zu den Themen Aufklärung, Verhütung, Sexualpädagogik, Sexualberatung und Unterstützung bei der Entwicklung der eigenen sexuellen Identität gaben.

Brigitte Blümel, pro familia Beratungsstelle, Steingrube 19 A,
31141 Hildesheim, Tel.: 051 21 - 93 61 914, E-Mail: hildesheim@profamilia.de

Brigitte
Krückens

„Nur nicht unsichtbar werden - 30 geschenkte Jahre und was machen wir damit?“

Frauengesundheitsreihe der Gleichstellungsbeauftragten
von Varel und Zetel und weiteren Initiatorinnen

Die 1998 ins Leben gerufene Frauengesundheitsreihe „Frauenleben - Wendezeiten“ findet bereits zum fünften Mal statt. Im Focus stehen die Umbrüche im Leben von Frauen und damit zusammenhängend die gesundheitliche Situation. Im Rahmen der aktuellen Veranstaltungsreihe von November 2011 bis April 2012 wird erneut ein Blick auf das Altern geworfen.

Folgendes Leitmotiv stand für die Bündnispartnerinnen im Vordergrund: Viele Jahre haben Frauen gebraucht, um die zu werden, die sie sind. Sie stehen mit beiden Beinen im Leben und haben schon viel geschafft; sie haben eine Menge Be-

rufserfahrung, haben Kinder groß gezogen, einige haben schon Enkel. Frauen wollen nicht mehr auf jeder Hochzeit tanzen, der Druck äußerer Erwartungen nimmt ab und sie sollten eine entspannte Gelassenheit erleben und ein Selbstwertgefühl erlangt haben, das Mut macht. Sie erfreuen sich überwiegend bester Gesundheit, sind tatkräftig, lernfähig und stehen mitten im Leben. Denn nicht das Alter hat sich ausgedehnt, wie es landläufig mit dem Begriff „Überalterung“ dargestellt wird, sondern die Mitte des Lebens, die Zeit des „Mitten drin seins“. Jetzt ist die Zeit, etwas Neues auszuprobieren und das zu wagen, wofür bis jetzt keine Zeit war. Wir haben 30

geschenkte Jahre, in denen wir nicht übersehen und überhört werden wollen, sondern deren Freiheit wir genießen wollen!

„Unser Arbeitsbündnis ist inspiriert und bestätigt worden von einer Aussage der Schauspielerin Iris Berben: „ ... Als ich jung war, hatte ich das Gefühl, dass Frauen ab 40 den Rück-

zug antreten, einfach verschwinden, in ihren Kleidern, in ihren Farben, in ihrer Nichtmehrteilhabe am Leben - das ist heute anders - zum Glück.“ so die Initiatorinnen.

Die Veranstaltungsreihe dauert noch bis Ende April 2012 und bietet Vorträge, eine Lesung, Filmvorführungen und einen Tagesworkshop.

Weitere Informationen zu den Veranstaltungen und den beteiligten Initiatorinnen bei: Brigitte Kückens, Gleichstellungsbeauftragte, Windallee 7, 2616 Varel

FMGZ - Regionsversammlung beschließt weitere Förderung

Die vom Fachbereich Gesundheit der Region Hannover angekündigte Streichung der Förderung des FMGZs ist vom Tisch. Die Koalition von SPD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN hat beschlossen, das FMGZ auch weiterhin zu fördern. Dies ist ein Erfolg der vielen Unterstützerinnen des FMGZs.

Seit acht Jahren bietet das Frauen-Mädchen-Gesundheitszentrum (FMGZ) in der Region Hannover ein ganz besonderes Beratungsangebot für Frauen und Mädchen an. Die Beratungsangebote des FMGZs unterscheiden sich deutlich von den Angeboten der unabhängigen Patientenberatung. Dies konnte somit kein Argument für die drohende Einstellung der Förderung sein.

„Die Angebote von FMGZ und UPD sind keineswegs deckungsgleich“, betont Katja Krüger, SoVD-Landesfrauensprecherin. Das FMGZ biete spezialisierte und geschlechterspezifische Beratung an. „Die Beratung des FMGZ hat die geschlechterspezifischen Aspekte von Erkrankungen im Blick und ist deshalb unverzichtbar für die rund 600.000 Mädchen und Frauen in der Region“, erläutert Krüger weiter. Das Beratungsangebot der UPD hingegen ist breiter gefasst. Die UPD versteht sich als Lotse im Gesundheitswesen.

Das FMGZ ist eine der wenigen Beratungsstellen ihrer Art in ganz Niedersachsen. Neben Krebserkrankungen stehen psychosoziale Erkrankungen mit typischen weiblichen Einflussfaktoren im Fokus. Zu diesen

Themen bietet das Zentrum in Hannover kostenlose Gesundheitssprechstunden an. Darüber hinaus gibt es spezielle Informationen für Mädchen, Seniorinnen und Migrantinnen sowie vielfältige Veranstaltungen und eine umfassenden Infothek. „Wir hoffen, dass die im hannoverschen Regionsparlament vertretenen Fraktionen doch noch einen Konsens finden und die wertvolle Arbeit des Zentrums

auch zukünftig sichergestellt werden kann. Schließlich handelt es sich um ein einmaliges Angebot in ganz Niedersachsen“, sagt die niedersächsische SoVD-Landesfrauensprecherin.

Diesem Wunsch hat jetzt die Regionsversammlung in ihrer Sitzung am 20.03.2012 entsprochen.

Weitere Informationen zum Frauen-Mädchen-Gesundheitszentrum in Hannover gibt es unter www.fmgz-hannover.de

Schwerpunkt

25. Tagung des Netzwerkes Frauen/Mädchen
und Gesundheit Niedersachsen

16 | Einleitung 17 | „Meist sehen wir sie nicht“ – Gesundheitsfolgen
Häuslicher Gewalt und Interventionsbedarf 29 | Implementierung
des Interventionsprogramms „Häusliche Gewalt in Paarbeziehungen“ in
Krankenhäusern und Ausbildungsstätten 34 | Evaluation: „Diagnose: Häusliche
Gewalt. Neue Wege in Kooperation mit Ärztinnen und Ärzten“

Einleitung

Diagnose: Häusliche Gewalt.
Neue Wege in der Kooperation mit Ärztinnen
und Ärzten am 06. September 2011 in Hannover

Frauenunterstützungseinrichtungen und Fachgruppen im Gesundheitswesen haben sich in den letzten zehn Jahren angenähert. Zugleich war die lokale Kooperation zwischen Unterstützungseinrichtungen und Ärztinnen und Ärzten bislang ein steiniger Weg. Dabei ist unbestritten, dass die gesundheitlichen Folgen häuslicher Gewalt unmittelbare Auswirkungen auf die Arbeit in Arztpraxen und Kliniken haben.

„Es ist nicht die Frage, ob Professionelle im Gesundheitswesen Kontakt zu von Gewalt betroffenen Frauen in ihrem Berufsalltag haben, sondern lediglich wie sie diesen Kontakt gestalten“ (GESINE, NRW). Vor diesem Hintergrund wurde das Bundesmodellprojekt „Medizinische Intervention gegen Gewalt“ (MIGG) zwischen Anfang 2008 und Ende 2010 durchgeführt. Erprobt wurden von den Kooperationspartnerinnen GESINE, SIGNAL e.V. (Berlin) sowie der Rechtsmedizin Düsseldorf Zugangs-

wege für die Kooperation mit niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten durch umfassende Schulung, Bereitstellung von Informationen als konkrete Unterstützung effektiver Gewaltdiagnose und -prävention sowie abschließender Befragungen von beteiligten Ärztinnen und Ärzten und Klientinnen der Beratungsstellen.

Neben der Vorstellung erster Ergebnisse aus dem Modellprojekt wurden im Rahmen dieser Fachtagung aber auch die Kommunikationsstrukturen in den Krankenhäusern in den Blick genommen. Die Tagung war praxisorientiert und richtete sich an Fachkräfte in Frauenunterstützungseinrichtungen (Frauenberatungsstellen, Frauennotrufe, BISS-Stellen, Frauenhäuser) und andere Interessierte.

Hilde
Hellbernd

„Meist sehen wir sie nicht“ - Gesundheitsfolgen Häuslicher Gewalt und Interventionsbedarf

„Meist sehen wir sie nicht“ – Gesundheitsfolgen Häuslicher Gewalt und Interventionsbedarf

Liebe Gäste,

in meinem Vortrag werde ich zunächst auf die gesundheitlichen Folgen von häuslicher Gewalt und die Bedeutung der Intervention gegen Gewalt innerhalb der Gesundheitsversorgung eingehen. Im Anschluss daran werde ich auf das Modellprojekt „Medizinische Intervention gegen Gewalt“ (MIGG) und einige Ergebnisse der Umsetzung zu sprechen kommen. Abschließend will ich kurz über die S.I.G.N.A.L.-Koordinierungsstelle berichten, für die wir seit Anfang 2010 eine finanzielle Förderung von der Berliner Senatsverwaltung für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz erhalten.

1. Gesundheitliche Folgen von häuslicher Gewalt

Häusliche Gewalt ist ein globales Problem für die Gesundheit von Frauen. Weltweit erleiden 15 - 71 % der Frauen körperliche und/oder sexualisierte Gewalt in der Partnerschaft - zu dieser Einschätzung kommt die multinationale Studie der WHO (2005).

Die gesundheitlichen Auswirkungen von Gewalt gegen Frauen und Mädchen sind gravierend und können mit kurz-, mittel- und langfristigen Folgen verbunden sein. Das Spektrum gesundheitlicher Beeinträchtigungen umfasst körperliche Verletzungen, (psycho-) somatische Beschwerden/Erkrankungen und psychische Folgen. Darüber hinaus haben Gewalterfahrungen vielfältige Auswirkungen auf die reproduktive Gesundheit und

können zu gesundheitsgefährdenden Verhaltensstrategien führen.

bleme und Unterleibs- bzw. gynäkologische Beschwerden.

Die bundesweite Prävalenzstudie von Monika Schröttle (Müller/Schröttle 2004) zeigt das hohe Ausmaß der gesundheitlichen Folgen von Partnergewalt:

- 64 % der Betroffenen berichteten über körperliche Verletzungen als Folge gewaltsamer Übergriffe durch den Partner.
- 56 % bis 80 % der von Gewalt Betroffenen nannten psychische Folgebeschwerden.
- Gewaltbetroffene Frauen gaben für die letzten 12 Monate eine höhere Anzahl gesundheitlicher Beschwerden an: Signifikant waren Kopfschmerzen, Magen-/Darmpro-

In der sekundäranalytischen Auswertung der Prävalenzstudie "Gewalt gegen Frauen in Partnerschaften" wurden Muster von Gewalt in aktuellen Partnerschaften und deren Auswirkungen auf die Gesundheit detailliert untersucht (Schröttle/Ansorge 2009). Die Angaben der Befragten zu mehr als vier psychischen Beschwerden und mehr als sieben körperlichen Beschwerden wurden in Bezug auf Schweregrade und Muster unterschiedlicher Gewaltausprägungen (M1- M6) analysiert (Abb. 1): belegt wird die direkte Verbindung zwischen dem Ausmaß von Gewalt und gesundheitlichen Folgen, demzufolge die gesundheitlichen Folgen umso deutlicher auftreten, je höher das Ausmaß von Gewalt ist.

	> 4 psych. Beschw.	> 7 körperl. Beschw.	Unzufriedenheit Partnerschaft
Keine Hinweise auf Gewalt	34,5%	17,7%	1,3%
M1 Gering psych. Gewalt	41,0%	19,6%	3,9%
M 2 Erhöhte psych. Gewalt	51,3%	27,9%	11,2%
M 3 Einmaliger leichter körperl. Übergriff	47,8%	22,0%	2,5%
M 4 Leichte bis schwere körperl. Übergriffe + gering psych. Gewalt	49,2%	24,9%	2,8%
M 5 Leichte bis schwere körperl. Übergriffe + erhöhte psych. Gewalt	62,3%	30,9%	18,8%
M 6 schwere körperl., sex. Miss-handlung + erhöhte psych. Gew.	73,1%	40,9%	40,6%

Abb. 1 : Muster von Gewalt und körperliche/psychische Beschwerden, Partnerschaftszufriedenheit (nach Schröttle/Ansorge 2009)

Offensichtlich wird darüber hinaus, dass bereits geringe Ausprägungen psychischer oder körperlicher Gewalt die Gesundheit von Frauen stark beeinträchtigen. Vielfache körperliche (> 7) und psychische (> 4) Beschwerden können ebenfalls ein Indikator für das Erkennen von Gewalt in einer Partnerschaft - vor allem auch der leicht zu übersehenden psychischen Gewalt - sein. Die Frage nach „Zufriedenheit mit der aktuellen Partnerschaft“ kann darüber hinaus einen Hinweis auf schwere Formen von Gewalt in einer Partnerschaft geben.

Der erstaunlich geringe Anteil von Frauen, die über Unzufriedenheit mit der Partnerschaft bei ausgeprägter bis hin zu schwerer körperlicher Gewalt berichten, erstaunt. Gleichzeitig wirft er eine Reihe von Fragen auf, z. B. wie gewalttätiges Verhalten wahrgenommen wird und welche Erwartungen an die Beziehung geknüpft sind. Diese Zahlen machen m. E. aber auch deutlich, wie wichtig eine Aufklärung über Gesundheitsfolgen von Gewalt und eine klare Benennung und Verurteilung gewalttätigen Verhaltens ist.

Zwei weitere Aspekte der gesundheitlichen Folgen sind mir ein Anliegen. Vielen von Ihnen wird bekannt sein, dass Gewalt in der Partnerschaft häufig erstmals im Zusammenhang mit Schwangerschaft und Geburt auftritt oder in dieser Zeit eskaliert. Auswirkungen auf die reproduktive Gesundheit durch Partnergewalt gelten im Allgemeinen als hoch. Frauen, die sexuelle und

körperliche Gewalt erlitten haben, sind dreimal häufiger von gynäkologischen Problemen betroffen als Frauen, die keiner Gewalt ausgesetzt waren (Campbell 2002). Die Gesundheitsfolgen umfassen vaginale Infektionen, Blutungen, Harnwegsinfekte, chronische Unterbauchschmerzen, sexuell übertragbare Erkrankungen, HIV / AIDS, Sexualstörungen und auch unerwünschte Schwangerschaften. Internationale Studien verweisen als direkte Folgen für die Schwangerschaft auf Schwangerschaftskomplikationen, Plazentaablösungen/ Uterusrupturen, niedriges Geburtsgewicht, Fehl- und Frühgeburten, Komplikationen unter der Geburt, Retraumatisierung im Zusammenhang mit der Geburt und postnatale Depressionen.

In Deutschland ist der Einfluss von Gewalt auf die reproduktive Gesundheit erst wenig und im Zusammenhang mit Schwangerschaft und Geburt kaum erforscht.

Hinweisen möchte ich daher auf die Berliner Patientinnenstudie von Dr. med. Heike Mark und Prof. Dr. M. Rauchfuß (2006) - eine Untersuchung zu körperlichen und sexuellen Gewalterfahrungen und zur gesundheitlichen Lage erwachsener Frauen. Die umfangreiche Befragung wurde in 13 Berliner Arztpraxen der Gynäkologie und Allgemeinmedizin unter 18 bis 65 jährigen Patientinnen durchgeführt. In die Auswertung konnten 730 Fragebögen einbezogen werden:

- Als hoch signifikant zeigten sich gynäkologische Symptome wie Unterbauchschmerzen, Harnwegsinfekte, Zyklusstörungen. Im Zusammenhang mit sexueller Gewalt außerdem Kolpitis (Scheidenentzündung).
- Als hoch signifikant zeigten sich psychische Symptome wie Angst-

und Panik-Attacken, Suizidgedanken und -versuche, Funktionelle Herzbeschwerden, Asthma / Bronchitis.

- Deutlich wurden zudem die lang anhaltenden Folgen von sexualisierter Gewalt und die Beeinträchtigung der Lebensqualität (Abb2).

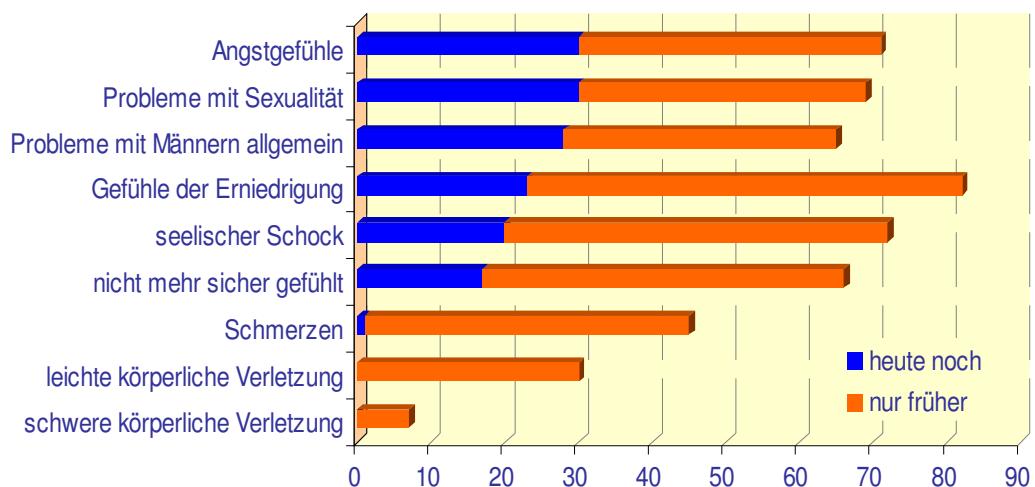


Abb. 2: Folgen sexueller Gewalt: Angaben der Frauen, die penetrative sexuelle Gewalt erlebt haben; n = 99; Mehrfachantworten möglich (Berliner Patientinnenstudie, Mark/Rauchfuß 2006)

Prävalenz von Gewalt während der Schwangerschaft

Zu den gesundheitlichen Folgen von Partnergewalt während der Schwangerschaft zeigt sich:

In der Berliner Patientinnenbefragung (n= 496) berichteten 6,6 % der Befragten über körperliche Gewalt durch (Ex-)Partner im Zusammenhang mit Schwangerschaft und Geburt (Bitzker 2009). Die Detailauswertung von Frau Bitzker zeigt, dass 5 % der befragten schwangeren Frauen aktuell von körperlicher Gewalt (n=115) und 3 % von sexualisierter Gewalt betroffen waren.

- Ein höherer Konsum von Nikotin, Alkohol, Drogen (Müller/Schröttle 2004, Stöckl 2009)
- Ängste, Teilnahmslosigkeit, Ess-, Schlafstörungen, Depression, psychischer Stress (Stöckl et al. 2010)
- Stärkeres Schwangerschaftserbrechen, niedriges Geburtsgewicht (Bitzker 2009)

Ein weiterer Aspekt betrifft Erkenntnisse zum Suchtverhalten. In der Prävalenzstudie (Müller/Schröttle 2004) wurden Frauen nach dem Konsum

von Substanzmitteln im Anschluss an erlittene körperliche, sexuelle und psychischen Gewalt gefragt.

Substanzmittel-Konsum	Körperl. Gewalt (n=2.777)	Sex. Gewalt (n=1.004)	Psych. Gewalt (n=4.135)
Alkohol	3,2%	6,7%	6,8%
Drogen	0,9%	1,5%	1,5%
Beruhigungs-/Schlafmittel	5,2%	9,4%	9,1%
Antidepressiva	2,3%	2,8%	4,2%
Insgesamt	8,7%	14,9%	19,0%

Abb. 3: Drogen-/Medikamenteneinnahme infolge der Gewaltsituationen (Müller/Schröttle 2004)

Deutlich wird der hohe Konsum von Alkohol, insbesondere aber von Beruhigungs- und Schlafmitteln. Auffällig ist der Anstieg des Substanzmittelkonsums insbesondere nach sexueller und bei psychischer Gewalt (Abb. 3).

Angeichts der geschlechtsspezifischen Verschreibung von Medikamenten in der medizinischen Versorgung besteht ein hohes Risiko, dass die Medikamentenverschreibung und eine Abhängigkeit von Beruhigungs- und Schlafmitteln zu wenig mit einem Gewalthintergrund in Verbindung gebracht werden und als Problematik zu selten in der medizinischen Praxis thematisiert wird.

Bedeutung der Intervention gegen Gewalt innerhalb der Gesundheitsversorgung

Hinsichtlich der aktuellen Versorgungssituation bei häuslicher Gewalt kann bundesweit davon ausgegangen werden, dass

- das Ausmaß von Gewalt in Partnerschaften im Gesundheitsbereich tendenziell unterschätzt wird,

- Gewalt als Ursache von Verletzungen und Beschwerden häufig verdeckt bleibt und

- für gewaltbetroffene Frauen ein erhöhtes Risiko für Fehlversorgung und Chronifizierung besteht.

Trotz vielfältiger Initiativen zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung für gewaltbetroffene Frauen erfährt die von allen Seiten betonte Schlüsselrolle von Behandelnden und Pflegenden bei der Intervention gegen häusliche Gewalt noch zu wenig praktische Umsetzung.

Interventionsstandards sind mittlerweile vielfach beschrieben (vgl. RKI Heft 42, 2008). Sie umfassen:

- Das Erkennen und Ansprechen eines möglichen Gewalthintergrunds

- Die rechtssichere Dokumentation
- Die Gewährleistung von Schutz und Sicherheit
- Aufklärung, Information und gezielte Vermittlung in das Hilfenetz

2. „Medizinische Intervention gegen Gewalt“ (MIGG)

Um niedergelassene Ärztinnen und Ärzte bzw. Arztpraxen in die Intervention einzubeziehen, hat das BMFSFJ von 2008 bis 2010 das Bundesmodellprojekt „Medizinische Intervention gegen Gewalt“ (MIGG) gefördert. Ziel des Modellprojekts war die Entwicklung und Erprobung eines praxistauglichen und qualitätsgesicherten Interventionsprogramms bei häuslicher Gewalt für bzw. in Arztpraxen. Das Projekt wurde an fünf Standorten mit jeweils 20 bis 25 vorrangig allgemeinmedizinischen und gynäkologischen Arztpraxen durchgeführt. Das Modellprojekt umfasste folgende Schwerpunkte:

- Sensibilisierung und Fortbildung der beteiligten Arztpraxen, um den aktiven Umgang mit der Gewaltthematik zu fördern
- Verbesserung der rechtssicheren ärztlichen Dokumentation
- Entwicklung und Erprobung von Arbeitsmaterialien
- Auf- und Ausbau einer vernetzten Zusammenarbeit zwischen dem Gewalt-Interventionssystem und der ambulanten gesundheitlichen Versorgung

Die Umsetzung des MIGG Projekts erfolgte durch Gesine Netzwerk: EN und S.I.G.N.A.L. e. V. sowie durch das Institut für Rechtsmedizin Düsseldorf mit den weiteren Standorten Kiel und München. Die wissenschaftliche Begleitung wurde von der Gesellschaft für Frauen- und Genderforschung (GFE) in Frankfurt/M. durchgeführt. Unterstützt wurde das MIGG Projekt durch einen wissenschaftliche Beirat, dem medizinische Fachgesellschaften (wie DEGAM, DGGG, DGPGF), Standesorganisationen (Ärztinnenbund, Bundesärztekammer, KBV, Dt. Hausärzteverband) sowie Frauenunterstützungsorganisationen (Bundesverband der Beratungsstellen und Notrufe und Frauenhauskoordinierung) angehörten.

SIGNAL e. V. konnte nach der Konzeptentwicklung und einer mehrmonatigen Akquisephase mit 27 Berliner Arztpraxen Kooperationsverträge abschließen. Als erfolgreiche Akquisestrategien erwiesen sich die Nutzung persönlicher und fachlicher Kontakte, Artikel bzw. Aufruf in Fachblättern wie Ärztezeitung und KV-Blatt, breite E-Mail-Anschreiben an niedergelassene Ärztinnen und Ärzte, Werbung in bestehenden Gremien/Arbeitskreisen und eine Weiterempfehlung durch interessierte Arztpraxen. Es nahmen 19 hausärztliche, allgemeinmedizinische und internistische Praxen sowie 8 gynäkologische Arztpraxen aus nahezu allen Berliner Bezirken teil. Zwei Drittel der Teilnehmenden waren Ärztinnen und ein Drittel Ärzte. Bis zum Projektende 2011 schieden

7 Arztpraxen aus dem Modellprojekt aus. Gründe waren z. B. - Krankheit und die Auflösung der Praxisgemeinschaft.

Von den vielfältigen Erfahrungen und Erkenntnissen des Modellprojekts möchte ich hier nur auf zwei Aspekte eingehen: auf das Ausmaß häuslicher Gewalt in der niedergelassenen Versorgung und auf die Einschätzung der beteiligten Ärztinnen und Ärzte zur Wirkung des Projekts. Meine Kollegin Marion Steffens wird im folgenden Beitrag ausführlicher über das MIGG Projekt berichten.

Ausmaß häuslicher Gewalt in Arztpraxen

Um die Relevanz der Intervention bei (häuslicher) Gewalt in Arztpraxen zu erhellen, wurde eine blitzlichtartige Befragung von Patientinnen (z. T. auch Patienten) in 10 der teilnehmenden Praxen durchgeführt. Beteiligt waren drei gynäkologische Praxen, vier allgemeinmedizinische Praxen und drei allgemeinmedizinische Praxen mit suchtmedizinischem Versorgungsangebot.

Für die Stichprobenerhebung wurde ein 1-seitiger Fragebogen entwickelt. Die Verteilung der Bögen erfolgte durch die Arztpraxen. Die Befragung erfolgte anonym an 1 bis 3 Tagen im 4. Quartal 2009. Erhoben wurden Daten zu folgenden Aspekten:

- Gewalterfahrungen im Verlauf des Lebens (inkl. Formen der erlittenen Gewalt und gewaltausübende Personen),

- Detailfragen zur Betroffenheit von Häuslicher Gewalt nach dem HIT-Screening Tool, das um zwei Fragen zur Betroffenheit von sexualisierter Gewalt ergänzt wurde,

- Fragen zum Zeitraum, in dem Gewalt erlebt wurde.

Der Fragebogen wurde von 517 Personen beantwortet. 70,8 % der Teilnehmenden waren Frauen und 28,6 % Männer. 49,7 % der Befragten waren im Alter von 18 bis 65 Jahren, 48,3 % im Alter zwischen 66 und 89 Jahre.

Die im Folgenden dargestellten Ergebnisse beziehen sich ausschließlich auf Antworten von Frauen der Altersgruppe 18 bis 65 Jahre (n=269).

Die Befragung zeigte ein hohes Ausmaß vor allem zurückliegender Gewalterfahrungen. 147 der Patientinnen im Alter zwischen 18 und 65 berichteten Gewalterfahrungen im Lebensverlauf. Nach Formen der erlittenen Gewalt gefragt (Mehrfachantworten) zeigt sich, dass $\frac{3}{4}$ der gewaltbetroffenen Frauen körperliche oder psychische Gewalt erfahren haben, mehr als jede dritte Frau (61) über sexualisierte Gewalterfahrungen berichtet und 64,6 % (95) der Frauen mehr als eine Form der Gewalt erlebt hat.

Eltern und Partner wurden am häufigsten als Gewalt ausübende Personen genannt (Mehrfachantworten). Eltern: 57,5 % (84); Partner: 56,8 % (83); Partnerin: 2 % (3); Andere bekannte Person: 23,9 % (35);

Fremde/unbekannte Person: 26,0 % (38). Die Befragung bestätigt, dass Frauen Gewalt vor allem durch bekannte Personen im sozialen Nahraum erleben. Gewalt durch Eltern und Gewalt durch Partner haben eine ähnlich hohe Bedeutung. Die Überschneidung von Gewalterfahrungen durch Eltern und durch Partner ist hoch.

Jede 2. bis 4. Patientin berichtete über Gewalterfahrungen durch einen Partner. Differenziert nach Fachrichtung der Praxis und nach Gewalt im Lebensverlauf und Gewalt durch einen Partner, zeigt sich folgendes Bild:

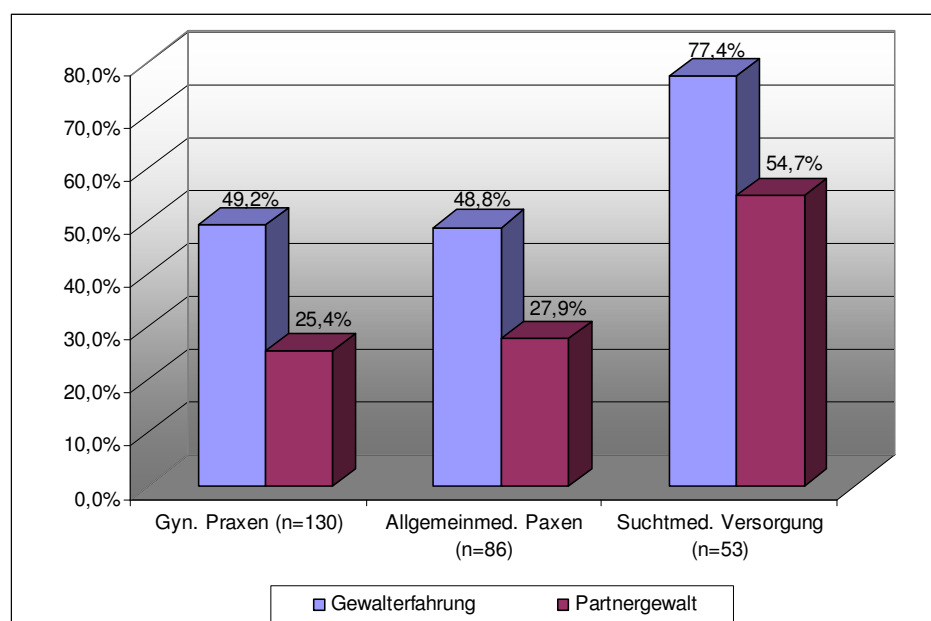


Abb. 4: Gewalterfahrungen (Frauen, 18-65 J, n=269)

Die nach Praxisrichtung bzw. Versorgungsschwerpunkt differenzierte Auswertung zeigt, dass der Anteil gewaltbetroffener Patientinnen in Praxen mit suchtmedizinischem Versorgungsangebot bzw. -schwerpunkt deutlich höher ist als in gynäkologischen und allgemeinmedizinischen Praxen. Hier geben $\frac{3}{4}$ der Frauen Gewalterfahrungen im Verlauf ihres Lebens und mehr als jede 2. Patientin Gewalterfahrungen durch einen Partner an. Die Befragung gibt einen wichtigen Hinweis auf den hohen Zusammenhang zwischen Gewalterfah-

rungen einerseits und Suchterkrankungen andererseits. Dies verweist auf einen besonderen Handlungsbedarf.

Des Weiteren haben psychische Gewalterfahrungen hohe Bedeutung und bedürfen der bewussten Berücksichtigung.

Wirkung des MIGG Projekts

Um die Wirkung des MIGG Projekts auf das Handeln der beteiligten Ärztinnen und Ärzte einzuschätzen, ha-

ben wir zum Ende des Projekts eine Befragung unter den beteiligten Ärztinnen und Ärzten durchgeführt (qualitative Interviews (n=19); Fragebögen (n=18)). Im Folgenden einige Ergebnisse:

Die angebotenen Fortbildungen trugen in hohem Maß zur Sensibilisierung für die Problematik bei, wie die folgenden Zitate von Ärztinnen/Ärzten zeigen:

- „Da habe ich mich gewandelt. Vorher habe ich gedacht: das geht überhaupt nicht, dass ich jetzt diese Lehrerin nach Gewalt frage, jetzt mache ich das.“

- „Ich habe mehr Aufmerksamkeit für psychosomatische oder langfristige Folgen, also die Möglichkeit von Gewalt läuft im Kopf mit.“

- „Vorher dachte ich eher: was nutzt es der Patientin, wenn ich es weiß und ihr nichts anbieten kann? Jetzt kann ich etwas anbieten, kann professioneller reagieren. Ich bin jetzt auch nicht mehr so schockiert davon.“

Barrieren konnten gesenkt und das aktive Ansprechen der Patientinnen (und Patienten) auf Gewalterfahrungen gefördert werden (Abb. 5):

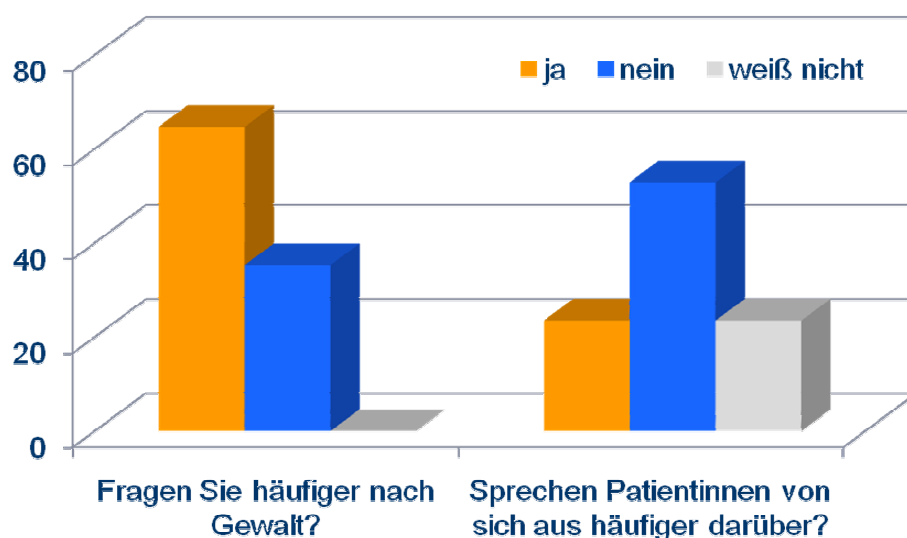


Abb.5: „Wird Gewalt häufiger angesprochen?“

Die nächste Abbildung gibt Auskunft über die Anlässe und Situationen bei denen die Frage nach Gewalt häufiger gestellt wurde.

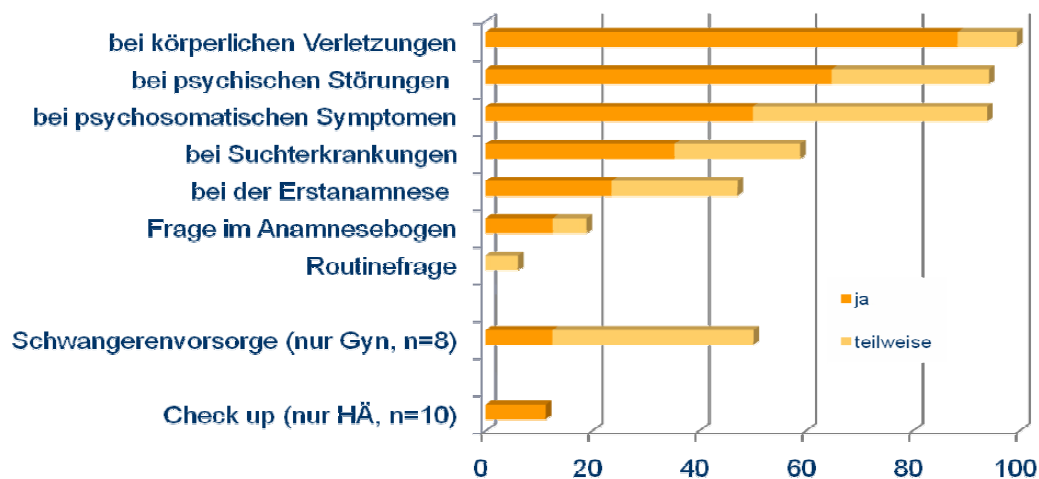


Abb. 6: Anlass für die Frage nach Gewalterfahrungen

Wird die Frage nach Gewalt bejaht, dauert der Kontakt im Durchschnitt 20 Minuten länger.

Aufmerksamkeit gegenüber Anzeichen von Gewalt, Problembewusstsein und Handlungskompetenz sind im Projektverlauf deutlich gestiegen (Abb. 7).

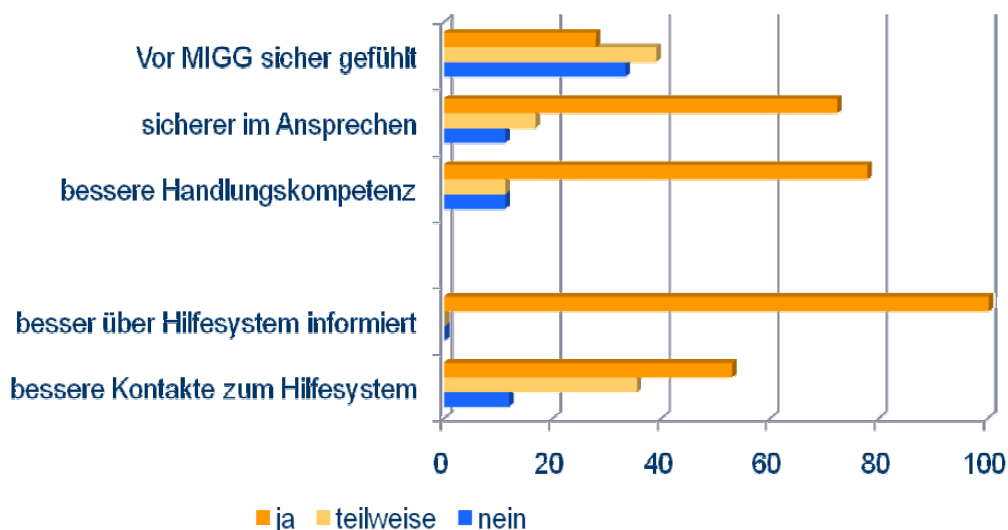


Abb. 7: Veränderung durch MIGG

Die Evaluation der Projektumsetzung zeigte eine höhere Bereitschaft, aktiv nach einem Gewalthintergrund zu fragen, nicht nur bei körperlichen Verletzungen, sondern auch bei psychischen oder psychosomatischen Beschwerden. Die Mehrheit der Teilnehmenden berichtete über eine deutlich gewachsene Sicherheit im Ansprechen von Gewalterfahrungen sowie in der adäquaten Versorgung und Unterstützung betroffener Patientinnen.

Fazit zum MIGG Projekt Standort Berlin

- Die Teilnehmenden wurden für die Komplexität von Partnergewalt sensibilisiert. Das Gewaltverständnis wurde erweitert, psychische Gewalt findet zunehmend Berücksichtigung.
- Praxisorientierte Fortbildungen und interdisziplinäre Fachveranstaltungen erwiesen sich als wirkungsvolle Instrumente um eine höhere Handlungskompetenz und Handlungssicherheit zu erzielen (Qualifikation/Wissen/Kontakte).
- Das Ziel, ein routinemäßiges Fragen nach Gewalt in Arztpraxen zu etablieren, benötigt Zeit. Das Ansprechen von Gewalt wird nicht „von jetzt auf gleich“ erreicht, sondern stellt einen Prozess dar.
- Die Vernetzung mit Beratungs- und Unterstützungseinrichtungen wird als Verbesserung der Versorgungsqualität erlebt.

- Die Intervention bei häuslicher Gewalt erfordert ein erhöhtes Engagement der beteiligten Praxen. Der zusätzliche Zeitaufwand wird derzeit nicht ausreichend finanziert.

3. S.I.G.N.A.L.-Koordinierungs- und Interventionsstelle

Nach mehr als 10 Jahren ehrenamtlicher Arbeit konnte Anfang 2010 die „Koordinierungs- und Interventionsstelle zur Förderung der Intervention und Prävention in der Gesundheitsversorgung bei Häuslicher und sexualisierter Gewalt“ in Trägerschaft des S.I.G.N.A.L. e. V. eingerichtet werden. Damit gibt es in Berlin die große Chance, Ergebnisse und Erfahrungen aus dem Modellprojekt fortzuführen, weitere Praxen in die Intervention einzubeziehen und die begonnene Einbindung von Arztpraxen in die Interventionskette zu festigen und auszubauen.

Der Arbeitsauftrag der Koordinierungsstelle umfasst weitere Handlungsfelder:

1. Ausbau und Förderung der Intervention in Krankenhäusern und Kliniken
2. Weiterentwicklung und Verankerung der rechtssicheren ärztlichen Dokumentation
3. Die Integration der Thematik in die Aus-, Fort-, und Weiterbildung der Gesundheitsberufe

4. Patientinnen-/Patienten-
aufklärung

5. Wissensvermittlung und
Information

6. Das Einbeziehen neuer konzeptioneller Entwicklungen und neuer Versorgungsbereiche in die Intervention

Kurzkonzept und Flyer der Koordinierungsstelle können über die Homepage des S.I.G.N.A.L. e. V. heruntergeladen werden.

Nach eineinhalbjähriger Tätigkeit zeigen sich u. a. folgende Ergebnisse:

- Die Koordinierungsstelle wird als Ansprechpartnerin anerkannt.
- Das Thema „häusliche und sexualisierte Gewalt sowie Intervention in der Gesundheitsversorgung“ wird zwischenzeitlich an 11 Berliner Pflegeschulen unterrichtet.
- Es konnten weitere Krankenhäuser für die Intervention gewonnen und eine Ausweitung auf stationäre

Versorgungsbereiche (Gynäkologie, Psychiatrie) erreicht werden.

- Interdisziplinäre Fach- bzw. Arbeitsgruppen befassen sich mit Fragen der rechtssicheren Dokumentation und ihrer Verankerung in der Gesundheitsversorgung sowie mit Möglichkeiten der Kooperation zwischen Suchthilfe-/Versorgung und Antigewaltarbeit.

Zum Abschluss möchte ich noch einmal auf den Titel meines Vortrags „Meist sehen wir sie nicht - die Gesundheitsfolgen Häuslicher Gewalt“ zurückkommen. Zu unserer Freude können wir feststellen, dass die Gesundheitsversorgung zunehmend Teil der Interventionskette bei Häuslicher Gewalt wird. Wir können aber auch feststellen, dass es zeitlicher, personeller und finanzieller Ressourcen bedarf, um neue Wege wie mit dem MIGG Projekt erproben zu können und interinstitutionelle Vernetzung und Kooperation zu realisieren.

Literaturangaben bei
der Verfasserin

SIGNAL e. V. - Koordinierungsstelle, Sprengelstr. 15, 13353 Berlin
Tel. 030 / 246 30 579, www.signal-intervention.de

Sabine
C. Jenner

Implementierung des Interventionsprogramms „Häusliche Gewalt in Paarbeziehungen“ in Krankenhäusern und Ausbildungsstätten

Die nachfolgend beschriebenen Strategien basieren auf Erfahrungen aus Berlin und sind nur eingeschränkt in einem Flächenland wie Niedersachsen umsetzbar.

Mögliche Zugangswege zur Implementierung eines Interventionsprogramms „Häusliche Gewalt“ in die Krankenhauslandschaft

a) Die schriftliche Kontaktaufnahme mit der Pflegedirektion bzw. -leitung des jeweiligen Hauses stellt einen ersten Schritt dar. Entscheidungsträgerinnen und -träger in den Krankenhäusern sind wichtige Kontaktpersonen, da die Einführung des Interventionsprogramms von der Führungsebene befürwortet und unterstützt werden muss. In jedem Fall muss auch die Ärzteschaft mit eingebunden werden, da nur diese eine gerichtsverwertbare Dokumentation erstellen darf. Es empfiehlt sich daher, auch bei der ärztlichen Leitung des Hauses bzw. den Abteilungsleitungen für das Projekt zu werben. Das Vorgehen zum Einbinden der Ärzteschaft kann erfahrungsgemäß gut mit der Pflegedienstleitung erörtert werden. Von Seiten der Pflegekräfte wird meist auch gewünscht, dass die Ärzteschaft in den Interventionsablauf mit eingebunden ist.

b) Gut ansprechbar sind Krankenhäuser, zu denen es bereits frühere positive Kontakte, durch Aktionen, Präsentationen oder Seminare zur Thematik gab. Über die gemeinsame Aktivität kann der Kontakt wiederbelebt werden. Persönliche Kontakte - insbesondere zur Führungsebene - sind hilfreich.

c) Der Theorie-Praxis-Ansatz bildet einen weiteren Ausgangspunkt für die Akquise-Strategie. Die Kontaktaufnahme zu Krankenhäusern, in denen Fortbildungen zu häuslicher Gewalt bereits in Aus-, Fort- und Weiterbildungsstätten integriert sind, ist besonders zielführend.

Es gibt keinen Standard zur Einführung eines Interventionsprogramms in die Strukturen. Best-Practice-Beispiele wie das S.I.G.N.A.L. Handbuch, Erfahrungen anderer und das klassische Projektmanagement bilden wichtige Orientierungsgrundlagen.

Empfehlungen zu Verankerungsmaßnahmen in den Kliniken

Den einzelnen Kliniken steht es selbstverständlich offen, in welcher Abteilung oder auf welcher Station ein Interventionsprogramm einge-

führt werden soll. Die Rettungsstellen oder Notfallambulanzen (aufgrund des hohen Patientinnenaufkommens) und für den stationären Bereich die gynäkologischen Stationen stellen Andockmöglichkeiten dar. Es empfiehlt sich, sich an den Kliniken vor Ort und deren Schwerpunkten auszurichten.

Zur Qualitätssicherung des Interventionsprogramms empfiehlt es sich, in den Rettungsstellen und Notfallambulanzen alle Mitarbeiter/innen verbindlich zu schulen. Auf den Stationen, wo der Patientinnendurchlauf nicht so hoch ist und mehr Zeit für Intervention und Prävention zur Verfügung steht, kann es ausreichend sein, Multiplikatorinnen oder Multiplikatoren zum Interventionsprogramm zu schulen.

Mögliche Zugangswege zum Ausbildungsbereich der Gesundheitsberufe

a) Eine Möglichkeit wäre es, die für die Ausbildung zu den Gesundheitsberufen zuständige Behörde direkt anzuschreiben, um mit dieser die Unterstützungsmöglichkeiten bei der Einführung und der curricularen Verankerung eines Interventionsprogramms „Häusliche und sexuelle Gewalt“ an den entsprechenden Schulen zu erörtern. Die Präsentation und Information eines möglichen Schulungsangebots in den Schulleitungssitzungen ist als Informationsverbreitung für weitere Gesprächstermine mit den Leitungen der Ausbildungsstätten sehr hilfreich.

b) Die erfolgsversprechendere Strategie ist jedoch, den Kontakt mit den Leitungen der einzelnen Ausbildungsstätten aufzunehmen und die Möglichkeiten zur Einbindung des Themas persönlich zu klären.

Empfehlungen zum Theorie-Praxis-Transfer

Das Wissen um die curricularen Ebenen und die feincurriculare Arbeit auf der Ebene der Ausbildungsstätten ist wichtig, um in den Gesprächen mit den Schulleitungen das Lehrangebot „Häusliche und sexualisierte Gewalt in Partnerschaften“ und die Möglichkeiten zur Einbindung in die feincurriculare Planung gezielt zu erörtern. So ist von Anfang an eine gemeinsame Gesprächsebene gegeben. Es empfiehlt sich, die Thematik möglichst spät in die Ausbildung (ab dem 5. Semester) aufzunehmen. Aufgrund des Bildungsstandes sind die Auszubildenden in der Lage, die Möglichkeiten von Intervention und Prävention in ihre Berufspraxis zu integrieren und diese verantwortlich zu vertreten.

Die Inhalte der einzelnen Lerneinheiten des Ausbildungsbereichs Gesundheits- und Krankenpflege sind zwar bundesweit curricular festgelegt, werden aber in der feincurricularen Planung schulspezifisch beschrieben und können hier auch erweitert werden. Die feincurriculare Planung ist kompetenzorientiert ausgerichtet. So können die Ausbildungsstätten das Lehrangebot mit spezifischen Themen erweitern und aktualisieren.

Zur Vorbereitung der Schulungen stellen die Train-the-Trainer-Seminare von S.I.G.N.A.L. e. V. eine wichtige Grundlage dar.

Sabine C. Jenner M.A., Koordinatorin Häusliche & Sexualisierte Gewalt Interventionsprojekt (HuSG), Charité Universitätsmedizin, Chariteplatz 1, 10117 Berlin, Tel.: 030 450 57 72 54, E-Mail: sabine.jenner@charite.de

Michaela
Ludewig

Evaluation: „Diagnose: Häusliche Gewalt. Neue Wege in Kooperation mit Ärztinnen und Ärzten“

Die Veranstaltung „Diagnose: Häusliche Gewalt. Neue Wege in Kooperation mit Ärztinnen und Ärzten“ haben 58 Personen besucht. Davon haben sich 45 Teilnehmerinnen und Teilnehmer (n=45) an der Rückmeldung zur Tagung beteiligt. Der erfreulich hohe Rücklauf beträgt 77,6 Prozent.

Die erste Frage lautet: Auf welchem Wege haben Sie von der Veranstaltung erfahren? Bei der Beantwortung hat es Mehrfachnennungen (n1=55) gegeben. Die Mehrheit (54 Prozent) ist durch eine Einladung / einen Flyer auf die Veranstaltung aufmerksam geworden. Weitere 42 Prozent sind per Internet / E-Mail erreicht worden. Zwei Personen haben dazu keine Angaben gemacht.

Die Tagung wird von allen Teilnehmerinnen und Teilnehmern sehr positiv bewertet. Mehr als die Hälfte (53 Prozent) beurteilt sie als insgesamt

sehr gut (fünf von fünf Punkten) und 36 Prozent vergeben den zweithöchsten Wert (vier von fünf Punkten). Weitere neun Prozent stufen sie als mittelmäßig (drei von fünf Punkten) ein. Eine Person hat sich an dieser Stelle enthalten.

Die Zielstellung der Tagung ist erreicht worden, da sich nach der Tagung eine große Gruppe (82 Prozent) gut über das Thema „Gesundheitliche Folgen Häuslicher Gewalt“ informiert fühlte. Verneint worden ist die Frage von sieben Prozent und von elf Prozent liegen keine Angaben vor.

Zudem sollten die Befragten einschätzen, wie wahrscheinlich es ist, dass sie nach dieser Tagung eine Kooperation mit Ärztinnen und Ärzten aufbauen. Die Rückmeldung dazu ist sehr gemischt. Die Einschätzung liegt mehrheitlich im Bereich mittelmäßig (38 Prozent) mit drei von fünf

Punkten und gut mit vier von fünf Punkten (33 Prozent). Als sehr hoch (fünf von fünf Punkten) wird die Wahrscheinlichkeit lediglich von elf Prozent eingeschätzt. Die Einstufung als eher gering (zwei von fünf Punkten) ist allerdings auch nur von neun Prozent vorgenommen worden. Keine Einschätzung haben neun Prozent der Bögen enthalten.

Zwei Drittel der Teilnehmerinnen und Teilnehmer (67 Prozent) haben die Organisation der Tagung als sehr gut (fünf von fünf Punkten) bewertet. Mehr als ein Viertel (27 Prozent) haben vier von fünf Punkten verteilt. Drei bzw. zwei von fünf Punkten sind drei Mal vergeben worden.

Die Mehrheit (69 Prozent) ist mit der Verpflegung sehr zufrieden (fünf von

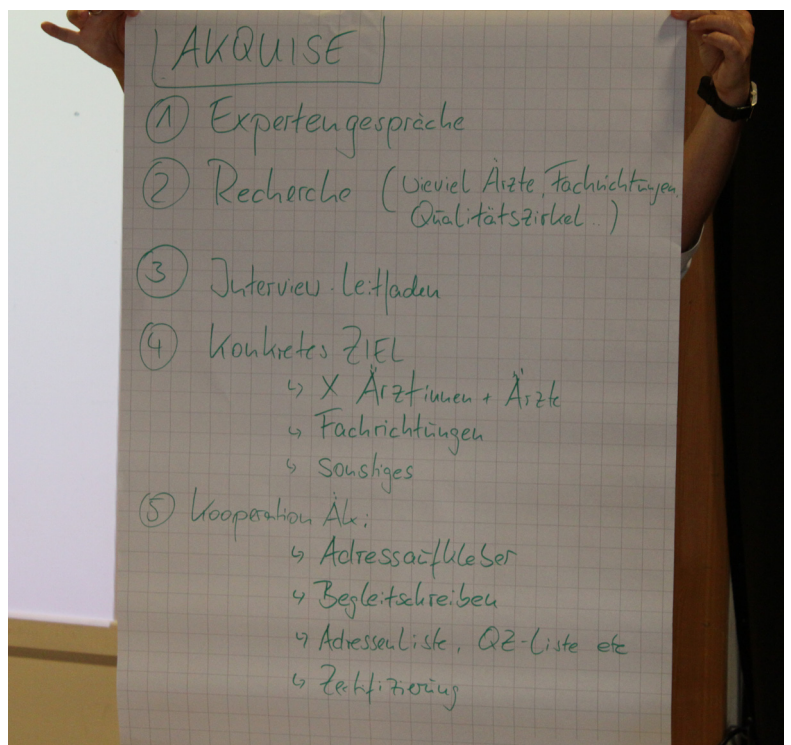
fünf Punkten) gewesen. Ein Viertel (24 Prozent) der Gruppe hat vier von fünf Punkten vergeben. Weitere sieben Prozent haben sie als mittelmäßig (drei von fünf Punkten) eingestuft.

Die sehr große Zufriedenheit (fünf von fünf Punkten) mit den Räumlichkeiten ist mit 65 Prozent ähnlich hoch, 31 Prozent haben eine leichte Abstufung (vier von fünf Punkten) vorgenommen und vier Prozent stufen sie als mittelmäßig ein.

Eine aktive Teilnahme an der Evaluation von Tagungen ermöglicht Mitgestaltung und Verbesserungen bei den folgenden Veranstaltungen. An dieser Stelle allen, die sich an der Evaluation beteiligt haben, herzlichen Dank für ihre Unterstützung!

Michaela Ludewig, studentische Hilfskraft in der Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e. V., Fenskeweg 2, 30165 Hannover





Mediothek

33 | Jahrbuch 2011 - Schwangerschaft 34 | Was tun bei Essstörungen? Drei Broschüren zum Thema 35 | Erstmals Aufklärungsmaterialien für Jugendliche zum Mythos Jungfräulichkeit erstellt 35 | Hinweise zu Tests in der Schwangerschaft
36 | Erste vergleichende Studie zwischen außerklinischer und klinischer Geburt
37 | Intimität 38 | Gestalt! 38 | Geschlechtssensible Hospiz- und Palliativkultur in der Altenhilfe

pro familia Niedersachsen Jahrbuch 2011 - Schwangerschaft

Das Jahrbuch spannt den weiten Bogen der Arbeit von pro familia rund um das Thema Schwangerschaft. Berater/innen mit unterschiedlichen beruflichen Hintergründen, die in den 20 pro familia-Beratungsstellen in Niedersachsen tätig sind, berichten aus ihrer Praxis. Die Arbeit ist vielfältig: vom Jugendprojekt „Elternschaft lernen“ über Beratung für Frauen und Paare mit unerfülltem Kinderwunsch, Information und Unterstützung von Schwangeren bei der Inanspruchnahme finanzieller Hilfen sowie Schwangerschaftskonfliktberatung bis hin zu Angeboten für junge Mütter und Väter.

Der Blick auf das Thema Schwangerschaft ist die Perspektive und Praxis einer Beratungs- und Menschenrechtsorganisation. Ihre Aufgabe besteht darin, Menschen zu informieren, zu beraten und in konflikthaften Situationen zu unterstützen. Darüber hinaus ist die Durchsetzung der sexuellen und reproduktiven Gesundheit und Rechte ein Ziel. Das bedeutet, Menschen zu bestärken, ihre Rechte zum Beispiel auf sexuelle Selbstbestimmung und freien Zugang zu Verhütungsmitteln zu verwirklichen - und auf gesellschaftlicher Ebene Rahmenbedingungen einzufordern, die dies ermöglichen.

Claudia Igney, pro familia Landesverband Niedersachsen

Broschüre, 68 Seiten

Zum Download: <http://www.profamilia.de/angebote-vor-ort/niedersachsen/landesverband-niedersachsen/aktuelles.html>

Einzelexemplare der Broschüre können für 1,45 € Porto bestellt werden bei pro familia - Landesverband Niedersachsen e. V.,

Lange Laube 14, 30159 Hannover, Tel.: 05 11 30 18 57 80

E-Mail: lv.niedersachsen@profamilia.de

Was tun bei Essstörungen? Drei Broschüren zum Thema

Zum Thema „Psychogene Essstörungen“ hat die BARMER GEK drei aufeinander abgestimmte Broschüren zu den Themen Magersucht, Bulimie und Binge Eating Störung erstellt, die helfen wollen, Essstörungen zu verhindern, erste Signale zu erkennen und Hilfe bei schon bestehender Erkrankung zu organisieren.

Das Heft für Mädchen und Jungen mit dem Titel „Nichts als Essen im Kopf“ geht darauf ein, wie ich erkenne, ob ich oder meine Freundin bzw. mein Freund an einer Essstörung leidet und wo ich Hilfe finden kann. Es geht auch um Selbstbewusstsein, Schönheitsideale und Körperwahrnehmung.

„Immer Ärger mit dem Essen... Essstörungen erkennen und handeln“ ist ein Ratgeber für Angehörige. Gesprächsanleitungen geben Hilfestel-

lungen, Zugang zu den Erkrankten zu finden.

„Psychogene Essstörungen ...erkennen, benennen, vorbeugen“ ist für Multiplikatorinnen und Multiplikatoren wie Lehrkräfte, Trainer oder Arbeitgeber gedacht. Die Broschüre zeigt Möglichkeiten auf, sich präventiv dem Thema zu nähern, sei es im Unterricht, beim Sport, beim Training oder am Arbeitsplatz. Gesprächsanleitungen über geeignete Zugangswege zum Thema und ein Überblick über bestehende Hilfsangebote sind von großem Nutzen.

Auch wenn die kommentarlose Vorstellung des Body-Mass-Index oder die Empfehlung, im Unterricht über Diäten zu sprechen, umstritten sind, so überwiegen doch die hilfreichen Botschaften.

Die Broschüren (Stand: Oktober 2011) können über die Geschäftsstellen der BARMER GEK bezogen werden und sind im Internet verfügbar.

<http://tinyurl.com/82nre5j>

Erstmals Aufklärungsmaterialien für Jugendliche zum Mythos Jungfräulichkeit erstellt

Seit einiger Zeit häufen sich bei Beratungsstellen die Anfragen junger Frauen mit Migrationshintergrund nach einer Wiederherstellung ihres Jungfernhäutchens. Ihre Familien verlangen nach der Hochzeitsnacht ein blutiges Laken als Beweis ihrer Jungfräulichkeit. Mit einem jugendgerechten Flyer und einer Online-Broschüre von TERRE DES FEMMES können Jugendliche sich ab sofort

über die biologischen Fakten informieren.

Die Broschüre enthält Informationen über die Bedeutung von Jungfräulichkeit und Fakten über das Jungfernhäutchen. Dabei wird vermittelt, dass das Jungfernhäutchen und die Jungfräulichkeit nichts miteinander zu tun haben.

tiny.cc/lthbh

www.issuu.com/frauenrechte/docs/broschuere_jungfraeulichkeit_fin2?mode=a_p

Hinweise zu Tests in der Schwangerschaft

Der Leporello will Schwangere und ihrer Partner und Partnerinnen über die Probleme, die durch vorgeburtliche Diagnostik entstehen können, informieren und gibt Tipps, damit umzugehen. Die gemeinsam von der Arbeiterwohlfahrt Bundesverband e. V., dem Arbeitskreis Frauengesundheit in Medizin, Psychotherapie und Gesellschaft e. V. und dem Netzwerk gegen Selektion durch Pränataldiagnostik getragene Informationskampagne „Bauchentscheidungen - wis-

sen, was jetzt gut ist!“ will Frauen darin bestärken, einen eigenen Weg im Umgang mit den vielfältigen Angeboten einer medizinisch überwachten Schwangerschaft zu finden. Die Begleitbroschüre „Bauchentscheidungen - aber mit Köpfchen“ richtet sich an Multiplikatorinnen und Multiplikatoren sowie Fachkräfte, die mit Schwangeren oder potenziell schwangeren Frauen zu tun haben.

Leporello „Bauchentscheidungen - wissen, was jetzt gut ist!“
tinyurl.com/c7hehbz

Broschüre „Bauchentscheidungen - aber mit Köpfchen“
tinyurl.com/cj6nu6x

Erste vergleichende Studie zwischen außerklinischer und klinischer Geburt

Außerklinische Einrichtungen, die von Hebammen geleitet werden, stehen Krankenhäusern in Sachen Qualität und Sicherheit bei Geburten in nichts nach. Zu diesem Ergebnis kommt eine Studie im Auftrag des GKV-Spitzenverbandes und

verschiedener Hebammenverbände. Erstmals für Deutschland wird darin die Versorgungsqualität von Krankenhäusern mit den von Hebammen geleiteten Einrichtungen wie Geburtshäusern, Hebammenpraxen und Entbindungsheimen verglichen.

Pressemitteilung des GKV-Spitzenverbandes: tinyurl.com/84zum99

Pressemitteilung des Bunds freiberuflicher Hebammen Deutschlands e. V.: tiny.cc/ywyhx

Intimität

Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung widmet eines ihrer Forum-Hefte dem Thema Intimität. Dabei ist der Begriff nicht nur auf Sexualität bezogen. Die Beiträge handeln von einem historischen Rückblick, der aufzeigt, wie sich Intimität in der modernen Kleinfamilie herausgebildet hat. Es geht um

digitale Intimität, wie sie durch das Twittern erzeugt wird und unsere Beziehungskultur beeinflusst. Auch mit dem Gefühl der Scham als Aspekt körperlicher Intimität befasst sich ein Aufsatz. Intimmodifikationen wie Rasur oder Genitalpiercings stellen brisante Inhalte des Heftes dar.

BZgA Forum 3-2011, ISSN 2192-2152, www.forum.sexualaufklaerung.de

Gestalkt!

Die in dem Fachbuch zusammengefasste Forschungsarbeit aus Österreich verfolgt das Ziel, das 2006 dort eingeführte gesetzliche Anti-Stalking-Paket an den Bedürfnissen und Interessen der Stalking-Opfer zu messen. Dabei wird auch die Funktion von Opferschutzeinrichtungen einer Bewertung unterzogen. Das Fachbuch präsentiert darüber hinaus ausgewählte empirische Studien und

den bisherigen Kenntnisstand zu dem Thema. Stalking wird im Rahmen des Strafrechts sowie sicherheitspolitischer und zivilprozessrechtlicher Maßnahmen dargestellt. Im Fokus des Buches stehen die an das Strafrecht gerichteten Erwartungen von Opfern und deren Beurteilung des rechtlichen Reaktionsinstrumentariums. (bw)

Barbara Starzer, Helmut Hirtenlehner: Gestalkt! Eine empirische Analyse der Erfahrungen und Bedürfnisse von Stalking-Opfern in Oberösterreich. Studienverlag, Innsbruck, 2011, ISBN 978-3-7065-5031-4, 240 Seiten, 29,90 Euro

Geschlechtssensible Hospiz- und Palliativkultur in der Altenhilfe

Gender Mainstreaming ist in der Altenhilfe bislang noch wenig elaboriert, erfährt jedoch wachsende Aufmerksamkeit. Der Band bietet einen Überblick zum Thema „Gender Care und Diversity“ in den verschiedenen Feldern der Gesundheitsversorgung von älteren Menschen. So werden, nach Erörterung ethischer Grundüberlegungen, verschiedene

ambulante und stationäre Settings beleuchtet und auf ihre Herausforderungen und Chancen bei der Realisierung genderadäquater Versorgung hin untersucht. Ebenso diskutiert wird die Implementierung des Konzepts Diversity Management in den an der Gesundheitsversorgung älterer Menschen am Lebensende beteiligten Institutionen. (ms)

Elisabeth Reitingner & Sigrid Beyer (Hg.): Geschlechtssensible Hospiz- und Palliativkultur in der Altenhilfe. Mabuse Verlag, Frankfurt am Main, 2010, 331 Seiten, ISBN 978-3-940529-68-8, 29,90 Euro

Termine

Datum/Ort	Titel	Informationen
19. April 2012 Mönchengladbach	Karrierpotenziale von Frauen im Gesundheits- und Sozialwesen Abschlussveranstaltung	Abschlussveranstaltung des Forschungsprojektes FrauKE (Frauen.Karrieren. Entwickeln.) der Hochschule Niederrhein www.netzwerk-fgf.nrw.de
23. April 2012 Hannover	Tüchtig und/oder süchtig? Umgang mit psychosozialen Belastungssituationen und Süchten in der öffentlichen Verwaltung Fachtagung	www.gesundheit-nds.de
26. April 2012 Bielefeld	Gewalt gegen Frauen mit Behinderungen Fachtagung	Interdisziplinäres Zentrum für Frauen- und Geschlechterforschung, IFF - Universität Bielefeld
31. Mai 2012 Fulda	Gewalt gegen ältere pflegebedürftige Menschen erkennen und handeln: Chancen und Barrieren in der Praxis Europäische Tagung	Anna Grundel, Hochschule Fulda, Marquardtstr. 35, 36039 Fulda, Tel.: (06 61) 96 40 63 24, E-Mail: anna.grundel@pg.hs-fulda.de
14.-15. Juni 2012 Berlin	110 Jahre Deutsche STD-Gesellschaft Jubiläumskongress	Deutsche STD Gesellschaft - Deutschsprachige Gesellschaft zur Prävention Sexuell übertragbarer Erkrankungen www.dstdg.de
03. Juli 2012 Hannover	selbst. bestimmt. entscheiden. Werkstattgespräch	Netzwerk Frauen/Mädchen und Gesundheit Niedersachsen www.gesundheit-nds.de
12.-14. September 2012 Essen	Gesundheitsökonomie versus Sozialmedizin. Wie viel Ökonomisierung verträgt ein solidarisches Gesundheitssystem? Jahrestagung 2012	Deutsche Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention e. V. www.dgsmp.de
17. September 2012 Hannover	Viel zu privat?! Umgang mit Sexualität in der Altenpflege Fachtagung	Information zeitnah unter www.gesundheit-nds.de
15. Oktober 2012 Hannover	Burn-out und Gender Fachtagung	AG Gender und Depression des Bündnisses gegen Depression in der Region Hannover Informationen zeitnah unter www.gesundheit-nds.de
03.-04. November 2012 Berlin	Generationen im Dialog AKF-Jahrestagung	Arbeitskreis Frauengesundheit in Medizin, Psychotherapie und Gesellschaft e. V. www.akf-info.de
19. November 2012 Berlin	Fachtagung rund um das Thema HPV-Impfung	Pro familia Bundesverband in Kooperation mit dem Nationalen Netzwerk Frauen und Gesundheit, Informationen ab Mai unter www.nationales-netzwerk-frauengesundheit.de

Fragen, Kritik oder Anregungen?

Dr. Ute Sonntag
Landesvereinigung für Gesundheit
und Akademie für Sozialmedizin
Niedersachsen e. V.

Fenskeweg 2
30165 Hannover

ute.sonntag@gesundheit-nds.de

Kathrin Schrader
SoVD-Landesverband
Niedersachsen e. V.

Herschelstr. 31
30159 Hannover

kathrin.schrader@sovd-nds.de

Ursula Jeß
Nds. Ministerium für Soziales,
Frauen, Familie, Gesundheit
und Integration

Gustav-Bratke-Allee 2
30169 Hannover

ursula.jess@ms.niedersachsen.de

Hildegard Müller
pro familia
Landesverband Niedersachsen

Lange Laube 14
30159 Hannover

hildegard.mueller@profamilia.de