

Gewalt – Trauma - Sucht.

Trauma – Sucht – Häusliche Gewalt. Herausforderung an die Versorgung

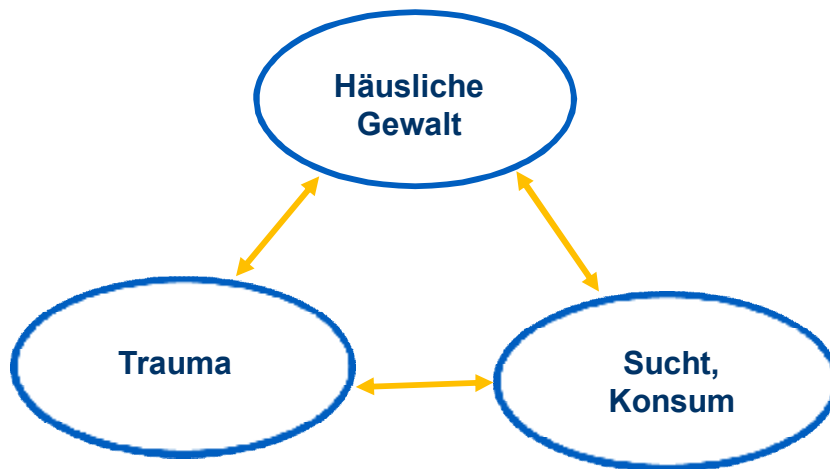


Angelika May
Frauenzimmer e.V.
Zufluchtswohnungen und
Kinderprojekt spielRAUM



S.I.G.N.A.L. e.V.
S.I.G.N.A.L.-Koordinierungs- und
Interventionsstelle

Zusammenhänge – Wirkungen Um wen geht es?



Partnergewalt hat Auswirkungen auf Gesundheits- handeln und Gesundheitschancen von Frauen:

Genesung braucht Sicherheit

- **Bedrohung, Angst, Scham, Ambivalenz und Gesundheitsprobleme beeinträchtigen die Hilfesuche**
- **Ohne Schutz und Heilung von Partnergewalt ist es für Frauen schwerer, gleichzeitig auftretende Probleme anzusprechen.**
(Bland & Edmund, 2008; IDHS, 2000; CSAT, 1997)
- **Anhaltender Täterkontakt ist eine Kontraindikation für Traumabewältigung.**
Die WHO empfiehlt eine kognitive Verhaltenstherapie oder EMDR erst nach der Beendigung von Gewalt. WHO-Empfehlung 6, 2013

- **Die Rückkehr der Frauen in eine gewaltgeprägte Partnerschaft nach einer Suchtbehandlung birgt ein hohes Rückfallrisiko.**

Rosa Logar, Alkohol und Gewalt an Frauen und Kindern in der Familie –Vortrag, Konferenz der DHS in Mannheim, 2007)

Frühzeitige und systematische

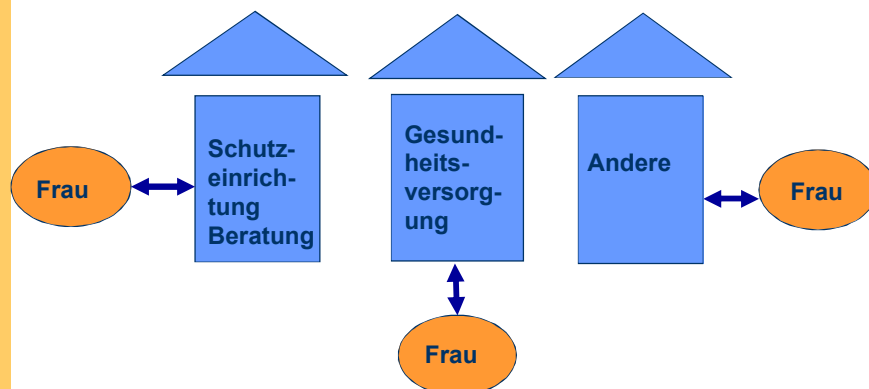
Intervention

ist erforderlich !!!!



Die Realität: Wenn gewaltbetroffene, süchtige und/oder traumatisierte Frauen Hilfe suchen...

...treffen sie auf verschiedene Hilfesysteme, die spezialisiert und wenig miteinander vernetzt sind!



Die Herausforderung: **Handlungssicherheit**

Was wird wo erkannt?

Wer kann was?

Wie können Fachkräfte vom Wissen und Können anderer Fachkräfte profitieren?

Wie können betroffene Frauen vom Wissen und Können verschiedener Fachkräfte profitieren?

Keine Profession schafft die Intervention alleine!!!

Multiproblemlagen brauchen interdisziplinäres Handeln und Kompetenz

Beispiel 1

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

Ziele u.a.:

Adäquate Gesundheitsversorgung gewaltbetroffener Frauen
Erhöhung von Schutz
Förderung interdisziplinären Handelns



Aufgaben u.a.:

Initiieren und Koordinieren von Netzwerken
Entwicklung und Verbreitung von Handlungsempfehlungen
Fortbildung / Qualifizierung

Evidenzbasierte Leitlinien der WHO und SIGNAL-Leitfaden empfehlen **Intervention** durch geschulte Gesundheitsfachkräfte:

Minimalstandards in der Gesundheitsversorgung:

Fragen nach Gewalt und Erkennen (Routinefrage vs. Frage bei Verdacht)

Ersthilfe: praktische Versorgung und Unterstützung, Zuhören, Vermittlung und Informationen zu sozialen Diensten, Schutz usw.

Rechtssichere Dokumentation (fehlt leider bei der WHO)

Weitere WHO-Empfehlungen:

Empowerment und Fachberatung als strukturiertes Programm für:

- Frauen, die mindestens 1 Nacht in einer Schutzeinrichtung waren.
- Schwangere (WHO 2013)

psychologische Hilfe, insbesondere:

- bei bestehender diagnostizierter oder mit Partnergewalt verbundener psychischer Erkrankung (z.B. Depression oder Alkoholabhängigkeit), (WHO 2013)

WHO-Empfehlungen nach sexueller Gewalt:

Ansätze zielen auf die Vermeidung einer Chronifizierung.

Interventionen in den ersten 5 Tagen nach dem Gewaltereignis:

- Ersthilfe, Anamnese, Notfallverhütung
- Postexpositionsprophylaxe bei STD und HIV

Interventionen bis zu 3 Monaten nach dem Trauma

- Fortgesetzte Ersthilfe und ggfs. psychologische Hilfe

Interventionen nach Ablauf der 3 Monate nach dem Trauma

- Untersuchung auf psychische Probleme
- Bei PTBS kognitive Verhaltenstherapie oder EMDR

Problem: freiwillige Umsetzung und Implementierung der Maßnahmen



Partnergewalt und sex. Gewalt zu trennen birgt das Risiko, dass sex. Gewalt bei Partnergewalt übersehen wird

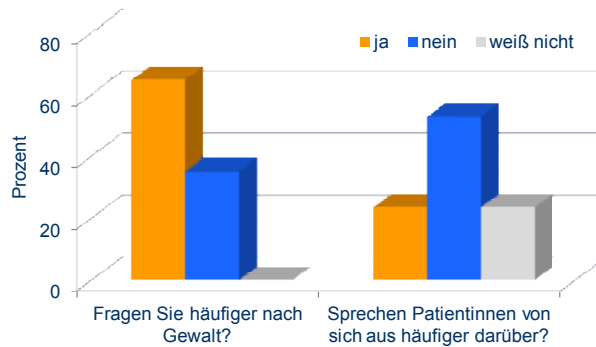
Erprobung in (suchtmedizinischen) Arztpraxen: **MIGG – Medizinische Intervention gegen Gewalt**

Beispiel 2

Intervention zielt auf die Verbesserung von Schutz und Hilfe von Opfern

- Erprobung von Interventionsstandards (S.I.G.N.A.L.-Interventionsprogramm) in Praxen
- Kontakt zwischen Praxen und Unterstützungssystem aufbauen
- Interdisziplinäres Handeln und Verstehen fördern

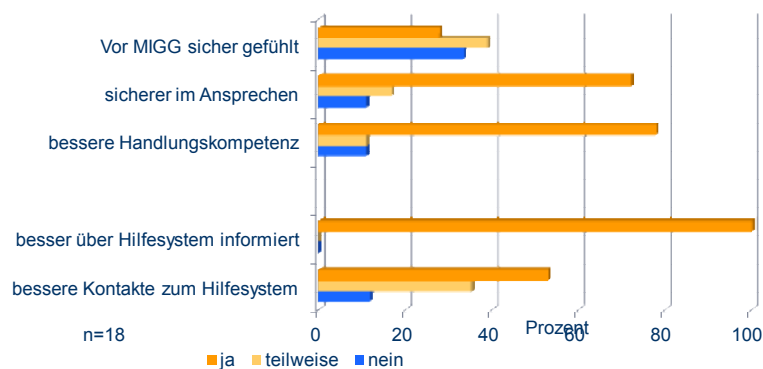
Zentrale Ergebnisse des Bundesmodellprojektes MIGG: Wird Gewalt von ÄrztInnen häufiger angesprochen?



Der erfolgreichere Weg liegt im Ansprechen durch die Fachkraft.

Quelle: Auswertung von 18 Fragebogen aus 17 Praxen, MIGG-Abschlussbericht

Zentrale Ergebnisse des Bundesmodellprojektes MIGG Was hat sich durch MIGG verändert?



**Bedeutsam für die Umsetzung:
Fortbildungen, interdisziplinäre Arbeitsgruppen und
Fachtage bewähren sich.**

Wie hat sich
„Partnergewalt und Sucht“
zum Thema weiterentwickelt?

Auch der längste Weg beginnt mit dem ersten Schritt!

Ausgangslage und Handlungsbedarf



Beispiel 3

Berechtigte Kritik der suchtmmedizinischen MIGG-Praxen, dass es keine Vermittlungsmöglichkeiten in die Schutzseinrichtungen gibt.



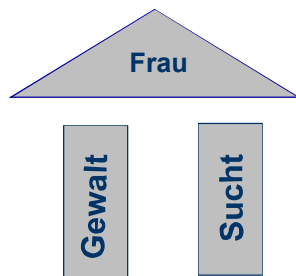
Interdisziplinären Fachtag 2009 mit einem Workshop:
„Gewalt und Sucht – Handlungskonzepte, die weiterführen“



2010 wird die **AG Häusliche Gewalt und Sucht** gegründet als Ort für interdisziplinären Fachaustausch und als Plattform für eine Angebotsentwicklung.

S.I.G.N.A.L. Koordinierungsstelle koordiniert.

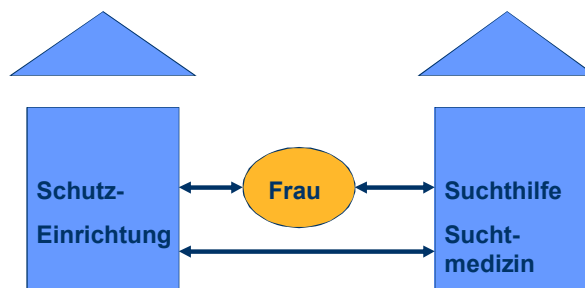
AG Gewalt und Sucht: Thesen und Ziele



Ausgangsthese:

Sind Frauen von häuslicher Gewalt und Sucht betroffen, brauchen sie zu beiden Problemen gleichermaßen Angebote, Hilfe und Unterstützung.

Ein Modell für die Zukunft ? Zugang zu 2 Hilfesystemen für gewaltbetroffene süchtige Frauen



Ziel:

Verbesserte Versorgung gewaltbetroffener süchtiger Frauen durch Kooperation und Fortbildung

Aufnahme in einer Schutzeinrichtung

Erkenntnisse zu den Kriterien für eine gelingende Kooperation und Vernetzung

Interdisziplinäre
Zusammensetzung

Gemeinsame Ziele
Bedarf, win-Situation

Entscheidungsbefug-
nis d. Teilnehmenden

Fortbildung zu:
Erkennen v. Gewalt/Sucht,
Zielgruppe/Hilfebedarf

Fachaustausch,
Transparenz der
eigenen Arbeit

Wechselseitige
Akzeptanz des
Expertentum

Kooperations-
Vereinbarung

Koordination
Zeit, Ressourcen

Kooperationsvereinbarung zwischen Frauenzimmer e.V. und aid Neukölln/Suchtmedizin

Beispiel 4



Zufluchtswohnung,
Kinderprojekt spielRAUM



aid neukölln – Ambulanz für
integrierte Drogenhilfe

„Flying Beraterin“

Frauenzimmer e.V. bietet bei Bedarf Beratung und Clearing
niedrigschwellig in der Praxis für Patientinnen an.

Wechselseitige kollegiale Beratung

Bei Einzug erfolgt eine Kooperation mit den behandelnden
Ärztinnen/ Ärzten und der Psychosozialen Beratungsstelle.

Ergebnis: 2011 Kooperationsvereinbarungen

Beispiel 5



Zufluchtswohnung,
Kinderprojekt spielRAUM



FAM
Frauenladen
Stoffbruch

Kooperationsvereinbarung zwischen Frauenzimmer e.V. und FrauSuchtZukunft e.V.

Inhalt

- Implementierung des Themas „Sucht“ in Zufluchtswohnungen
- Implementierung des Themas „Häusliche Gewalt“ in der Suchtberatung
- Kollegiale Beratung
- Gegenseitige (bevorzugte) Vermittlung von Klientinnen
- Austausch zum Hilfeprozess
- Verpflichtung zur Teilnahme am Fachaustausch (AG)



Anmerkungen zur bisherigen Kooperation

- **Das verbesserte Erkennen von Gewalt bzw. Sucht ist die Voraussetzung für Vermittlung und Kooperation**
- **Die Angebotsentwicklung wird als Prozess gesehen.**
- **Es gibt für die Beteiligten eine win-Situation.**



Beispiel 6

Gewaltbetroffen – süchtig – traumatisiert

**Multiproblemlagen in einer
Schutzeinrichtung**

von Frauenzimmer e.V.

Projekt Zufluchtswohnungen von Frauenzimmer e.V. :
Multiproblemlagen brauchen Kooperation und Fachwissen



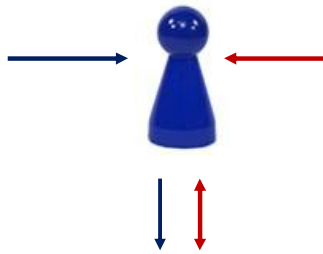
Hilfeangebote unter einem Dach:

Jede Frau/ jedes Kind hat verbindlich eine Ansprechpartnerin für die gesamte Wohndauer und Nachsorgezeit.

Zufluchtswohnung

spielRAUM

Aufnahme
Beratung
Begleitung
Information
Vermittlung
Nachsorge

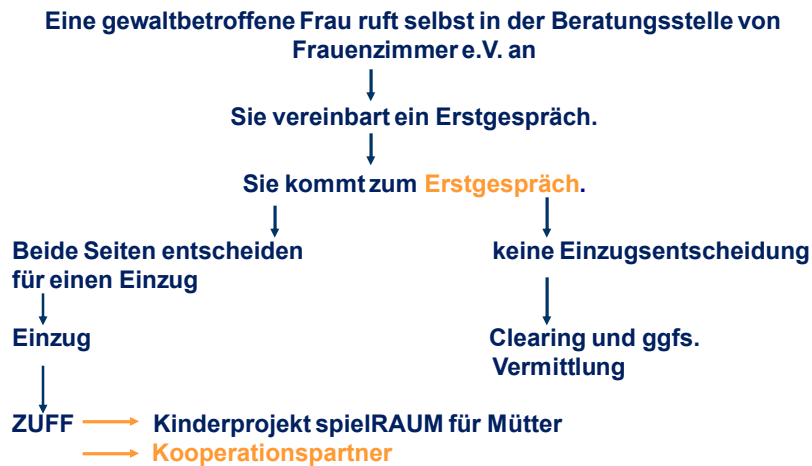


Aufnahme
Müttergespräche
Interaktionstraining
Vermittlung
Nachsorge

Aufnahme
Therapeut. Intervention
Einzelsettings
Nachsorge

Das Aufnahmeverfahren als entscheidender trägerinterner Prozess

Information über Vermittlung



Schutzeinrichtungen - Zwischen Regeln und Realität

Als Einzugsvoraussetzungen verpflichtet sich die Frau:

- zur Kontaktaufnahme mit den entsprechenden Kooperationspartner/-innen (Hilfeplanung)
- zur (teilweisen) Schweigepflichtsentbindung

Wir bieten:

- Motivationsarbeit
- tragende Beziehungen
- Begleitung auch bei stationären Aufenthalten

Vorteil: Wir arbeiten im direkten Umfeld der Frauen.

Grenzen der Aufnahme in Zufluchtswohnungen – Angebote für möglichst viele Frauen, aber nicht für alle

- Frauen suchen in erster Linie Schutz vor Partnergewalt und Unterkunft – es ist nicht immer der richtige Zeitpunkt zur Auseinandersetzung mit Sucht/Konsum und/oder Trauma.
- Der Sicherheitsaspekt muss im Blick bleiben.
- In Schutzeinrichtungen können nicht nur gewaltbetroffene Frauen mit multiplen Problemlagen aufgenommen werden, weil die Stabilität der Wohngruppen bedeutsam ist für eine erfolgreiche Unterstützung.

Verbesserung der stationären Versorgung traumatisierter und gewaltbetroffener Frauen

Beispiel 7

Das **Netzwerk Frauengesundheit Berlin** engagiert sich:

- für die Einrichtung eines koordiniertes interdisziplinäres Traumaforum
- für ein stationäres Versorgungsangebot mit Tagesklinik für komplextraumatisierte Frauen und ihre Kinder

Aspekte: kultursensible Versorgung und Versorgung von Frauen mit Behinderungen/chron. Erkrankungen

Der Weg ist das Ziel -

Fragen für die Zukunft

Wie kann im **Anti-Gewalt-Hilfesystem** das Angebot für süchtige traumatisierte gewaltbetroffene Frauen verbessert werden, woher kommen die Ressourcen?

Wie kann in der **Gesundheitsversorgung** das Thema „Partnergewalt“ systematisch verankert werden?

Wie können Angebotslücken geschlossen werden?

Für mehr Informationen

Frauenzimmer e.V.

Ebersstr. 34
10827 Berlin
Tel. 030 787 50 15
www.frauenzimmer-ev.de



S.I.G.N.A.L. e.V. Koordinierungsstelle

Sprengelstr. 15
13353 Berlin
Tel.: 030 246 30 579 oder 275 95 353
www.signal-intervention.de



Anforderungen an Fachkräfte und interdisziplinäre **Zusammenarbeit** Ansätze

Gesundheitsversorgung
(Suchthilfe/Psychotherap.
und psychiatrische Hilfe)

Anti-Gewalt-Projekte

Erkennen von Gewalt

Erkennen von Trauma
und Sucht

Wissen über die
Angebote und
Arbeitsweise der
anderen Hilfesysteme

Kooperation
Hilfeplanung

passgenaue Vermittlung

Fazit der Patientinnenbefragung

- Hohes Ausmaß von (Partner)Gewalt – besonders hoch in Praxen mit suchtmmedizinischem Versorgungsangebot
- Systematisches Ansprechen von Gewalt als zentraler Interventionsschritt ist von großer Bedeutung.

„Gut am häufig fragen ist, man gewöhnt sich daran, man muss ja auch andere unbequeme Fragen stellen“.

Quelle: Abschlussbefragung der Ärzte/-innen, MIGG-Abschlussbericht 2011

Multiproblemlagen in Hilfeeinrichtungen

46.3% der traumatisierten Frauen (N=95) berichten schwere Partnergewalt, die Ein-Jahres-Prävalenz von Partnergewalt liegt bei 26%.

Bei traumatisierten Frauen mit einem Alkoholproblem liegt die Ein-Jahres-Prävalenz von Partnergewalt bei 59.1%,

bei traumatisierten Frauen ohne Alkoholproblem aber nur bei 12.7%.



"Severe Intimate Partner Violence and Alcohol Use among Female Trauma Patients"
Weinsheimer, R.L. MD; Schermer, C.R. MD, MPH; Malcoe, L.H. PhD, MPH; Baldof, L.M. MD;
Bloomfield, L.A. MSW, 2005

Multiproblemlagen und Prävalenz in Hilfeeinrichtungen

Zwischen 25 - 50% der Frauen in Anti-Gewalt-Einrichtungen haben eine Suchtproblematik

(Bennett & Lawson, 1994; Downs, 2001; Ogle & Baer, 2003)

Zwischen 67 - 80 % der Frauen in der Suchtbehandlung waren Opfer von Partnergewalt

(Cohen, et al., 2003; Downs, 2001)



Frauen, die Partnergewalt erleben, nehmen verstärkt medizinische Einrichtungen in Anspruch

Müller/Schröttle; Lebenssituation, Sicherheit und Gesundheit von Frauen in Deutschland. Eine repräsentative Untersuchung zu Gewalt gegen Frauen in Deutschland, 2004