

Modellprojekt
**„Schwangerschaft
und Flucht“**

2016–2019



Fachvorträge

„beraten. lotsen. helfen.“ – Der Kongress.

donum  **vitae**

beraten - schützen - weiter helfen

Vorwort

„Schwangerschaft und Flucht“ – so lautet der Titel des Modellprojektes, das donum vitae mit finanzieller Förderung durch das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend von Mai 2016 bis April 2019 durchgeführt hat. Der Titel ruft das Jahr 2015 in Erinnerung, als die hohe Zuwanderung schutzsuchender Menschen eine Welle der Hilfsbereitschaft in Deutschland auslöste, aber auch Länder und Kommunen vor große Herausforderungen stellte. Besonders schutzwürdig waren schwangere Frauen und ihre ungeborenen Kinder, für die es in den Erstaufnahmeeinrichtungen und Notunterkünften kaum Privatsphäre und Schutzräume gab und für die es an der notwendigen Grundversorgung mangelte.

Die Initiative, hier Abhilfe zu schaffen, kam vom Bundestag. In enger Abstimmung mit dem Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend hat donum vitae das Modellprojekt „Schwangerschaft und Flucht“ entwickelt, um die wirksamen Angebote der deutschen Schwangerschafts- und Schwangerschaftskonfliktberatung für die große Zahl der schwangeren, geflüchteten Frauen und zum Schutz ihrer ungeborenen Kinder zugänglich zu machen.

donum vitae ist ein staatlich anerkannter Verband im Bereich der Schwangerschafts- und Schwangerschaftskonfliktberatung. An mehr als 200 Orten bundesweit berät donum vitae auf der Grundlage des christlichen Menschenbildes und im Rahmen geltender Bundes- und Landesgesetze: zielorientiert, ergebnisoffen und auf Wunsch anonym. Neben Beratung in allen Fragen rund um Schwangerschaft und Geburt bietet donum vitae Angebote zu Sexualpädagogik und Prävention, Online-Beratung, psychosoziale Beratung im Kontext von Pränataldiagnostik sowie Familienplanung an und vermittelt konkrete Hilfe und Unterstützung.

Kernaufgabe des Projektes war, in der akuten und oft noch unübersichtlichen Situation schwangere, geflüchtete Frauen dort zu erreichen, wo sie in Deutschland ankommen und sich aufhalten. Um dieses Ziel zu erreichen, hat sich die flexible, aufsuchende Beratung bewährt: Sie ermöglicht konkrete,

rasche Hilfe bei lebenspraktischen Fragen, leistet psychosoziale Unterstützung, erkennt notwendigen Hilfebedarf und leitet die Klientinnen an die entsprechenden Stellen weiter.

Die vorliegenden Fachvorträge wurden im Rahmen des Kongresses „beraten. lotsen. helfen“ am 28. März 2019 gehalten und sind eine Ergänzung der Dokumentation „Schwangerschaft und Flucht“, die einen Einblick gibt in die Ergebnisse des Modellprojekts. Fachvorträge und Dokumentation sollen dazu beitragen, dass die Erfahrungen und die Ergebnisse des Projektes weiterentwickelt werden, und so die Nachhaltigkeit des Erreichten sichern.



Ursula Monheim

*Stellv. Vorsitzende
donum vitae Bundesverband e.V.*

„beraten. lotsen. helfen.“ – Der Kongress. *Fachvorträge*

Vor allem ab 2015 waren viele junge Frauen, zum Teil mit Kleinkindern, als Flüchtlinge nach Deutschland gekommen, um hier Schutz zu suchen. Viele von ihnen waren auf der Flucht oder nach ihrer Ankunft in Deutschland schwanger geworden. Wichtigstes Ziel des Projektes war die flächendeckende aufsuchende Beratung der Frauen. So sollten die bewährten Angebote der deutschen Schwangerschaftsberatung im Sinne der §§ 2, 5 und 6 SchKG (Schwangerschaftskonfliktgesetz) für die besondere Zielgruppe der schwangeren, geflüchteten Frauen und zum Schutz ihrer ungeborenen Kinder zugänglich gemacht werden. Die aufsuchenden Beraterinnen¹ übernahmen dabei eine Lotsenfunktion in das bewährte Beratungs- und Gesundheitssystem.

Die Zahl der neu ankommenden Flüchtlinge ist zwar zurückgegangen, es zeigt sich aber deutlich, dass, auch aufgrund von Fluchtereignissen, weiterhin Beratungsbedarf für diese Zielgruppe besteht und je nach Aufenthaltsstatus immer wieder neue Herausforderungen auf die Menschen zukommen. Außerdem sind viele der Frauen, die in den letzten Jahren zu uns kamen, das erste Mal in Deutschland schwanger geworden bzw. erwarten ein weiteres Kind, ohne dass sie über eine gute Orientierung in unserem Gesundheitssystem verfügen.

Im Rahmen des Kongresses „beraten. lotsen. helfen.“ am 28. März 2019 in Berlin wurden zunächst die Ergebnisse und Wirkungen des Modellprojektes „Schwangerschaft und Flucht“ dargestellt. Ein zweiter Schwerpunkt war der Vertiefung besonders herausfordernder Themen im Rahmen der psychosozialen Beratung geflüchteter Frauen gewidmet.

¹ Im Projekt waren nur Beraterinnen tätig. Daher wählen wir durchgängig die weibliche Form, wenn aufsuchende Beraterinnen benannt werden.

Dazu wurden folgende Fachvorträge gehalten:

- „Dr. med Christoph Zerm:
„Female Genital Mutilation – ein Thema für donum vitae?“
- Dr. habil. rer. nat. Maggie Schauer:
„Narrative Expositionstherapie – ein Ansatz zur Traumabehandlung“
- Dipl.-Sozialarbeiterin Anne-Kathrin Kaiser:
„Standards für den Gewaltschutz – Wirkungen, Möglichkeiten und Grenzen“

Alle drei Themen – Gewalterfahrungen und Gewaltschutz in Flüchtlingseinrichtungen, posttraumatische Belastungsstörungen und die traumatisierenden Erfahrungen durch die Female Genital Mutilation – kamen in vielen Beratungssituationen zur Sprache. Und wo sie nicht ausdrücklich thematisiert wurden, waren sie unterschwellig als Belastung spürbar. Um zu erkennen, welche tieferliegenden Probleme den in der Beratung angesprochenen Fragestellungen zugrunde liegen können, ist es unerlässlich, sich eingehender mit diesen Themen zu befassen. Dazu waren die Fachvorträge beim Kongress ein wichtiger Beitrag.

Dr. med. Christoph Zerm

Female Genital Mutilation – ein Thema für donum vitae?



Dr. med. Christoph Zerm (Herdecke), Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe mit anthroposophischem Ansatz. (Bildnachweis: C. Zerm)

Female Genital Mutilation FGM – Weibliche Genitalverstümmelung / Beschneidung – ein sehr aktuelles und sensibles Problem auch in Deutschland

Rund 200 Millionen Frauen und Mädchen weltweit sind laut UNICEF und WHO von Female Genital Mutilation (FGM) betroffen, also an ihrem Genital verstümmelt. Jährlich kommen 2 bis 3 Millionen Mädchen hinzu.

Nach der WHO-Definition zählen zur FGM „alle Verfahren, die die teilweise oder vollständige Entfernung der weiblichen äußeren Genitalien oder deren Verletzung zum Ziel haben, sei es aus kulturellen oder anderen nichttherapeutischen Gründen“.

Für die Schwangerschafts(konflikt)beratung ist dabei von Bedeutung: FGM ist längst nicht mehr nur ein Problem von 28 afrikanischen und einigen weiteren arabischen und asiatischen Ländern. So leben geschätzt mindestens 50.000 Betroffene in Deutschland, wohl einige Tausend sind von Beschneidung bedroht. Die Dunkelziffer ist mutmaßlich hoch.

Die große Anzahl der in Deutschland angekommenen Flüchtlinge hat die Zahl der Betroffenen weiter erhöht, auch wenn FGM bei den meisten dieser Flüchtlinge nicht im Vordergrund steht. Es ist anzunehmen, dass auch aus Ländern, die im Allgemeinen nicht mit FGM in Zusammenhang gebracht werden, zum Beispiel Syrien, ebenfalls Betroffene zu uns kommen (vor allem Kurdinnen). Entsprechend wichtig war es im Projekt, die Beraterinnen für

dieses Thema zu sensibilisieren und ihnen Handwerkszeug an die Hand zu geben, um in der Beratung Frauen entsprechend unterstützen zu können sowie auch den Kongress zu nutzen, um auf diese Problematik hinzuweisen. Daher ist auch eine transkulturell kompetente Schulung der Betreuenden von großer Bedeutung sowohl im Hinblick auf Versorgung wie auch bezüglich Prävention. Zugleich gehört die verständliche und präzise Information der zu uns Kommenden über die unverzichtbaren, unverhandelbaren, grundgesetzlichen und menschenrechtlichen Grundlagen unserer Gesellschaft in Deutschland von allem Anfang dazu.

Das Alter, in dem dieser Akt vorgenommen wird, variiert je nach Ethnie und Überlieferung, von Land zu Land, von Region zu Region. Es wird in den ersten Lebenstagen und -wochen vorgenommen (z.B. am Horn von Afrika), im Kleinkindalter, im Alter von vier bis zehn Jahren oder vereinzelt auch in der späten Pubertät als Teil der Hochzeitsvorbereitungen, wobei es sich hierbei häufig auch noch um Frühehen handelt (under-age-marriages). Manchmal hängt es auch von den finanziellen Möglichkeiten ab, zu welchem Zeitpunkt eine Beschneidung durchgeführt werden kann. In den letzten Jahren wird in einigen Prävalenzländern eine zunehmende Verlagerung des Zeitpunktes in immer frühere Lebensabschnitte beobachtet. Durch die heutigen Kommunikationsmöglichkeiten sind viele Mädchen besser informiert und versuchen, vor der Verstümmelung zu fliehen. Die Vorverlagerung des Beschneidungsalters soll diese Entwicklung verhindern.

Keineswegs ist FGM auf die islamische Welt beschränkt, wird andererseits dort auch gar nicht überall praktiziert, z.B. nicht in Saudi-Arabien. Allerdings: Länder, in denen FGM exzessiv praktiziert wird, sind überwiegend muslimischen Glaubens. Bei genauerer Betrachtung lässt sich FGM durch keine schriftlich überlieferte Glaubensvorschrift, gleich welcher Religion, begründen.

Medizinische, psychische und soziale Komplikationen sind je nach Ausmaß der FGM und den Fähigkeiten der Beschneiderin unterschiedlich ausgeprägt. Insbesondere führt FGM zu schwersten psychischen und physischen Behinderungen der Sexualität.

Bei eingetretener Schwangerschaft besteht die Gefahr schwerster geburts-
hilflicher Komplikationen mit stark verlängerten Geburtsverläufen und Ge-
burtsverletzungen, vor allem in abgelegenen Gegenden in den Heimatlän-
dern ohne ausreichende medizinische Versorgung. Daraus resultiert eine
hohe kindliche und mütterliche Morbidität und Mortalität (z.B. WHO 2015).

Die sozialen Folgen solcher Komplikationen sind leicht nachvollziehbar: Bei
Urin- und/oder Stuhl-Inkontinenz, aber auch schon bei dem mühsamen Ab-
gang von Menstrualsekret kommt es fast immer zu sehr unangenehmen Ge-
ruchsentwicklungen und häufig zu schweren, aufsteigenden Infektionen, ver-
schärft durch das heiße Klima. Dies wie auch die Unfruchtbarkeit kann und
wird der Ehemann ggf. zum Anlass nehmen, seine Frau zu verstoßen. Beide
werden mit keinem Gedanken darauf kommen, dass FGM die Ursache dieses
Übels ist. Die Männer wissen zumeist nichts über die wirkliche Dimension
von FGM. Sie halten das für eine Angelegenheit der Frauen, sind allerdings
dahingehend erzogen, dass nur beschnittene Frauen heiratsfähig sind. Der-
art verstoßene Frauen werden aus der Dorfgemeinschaft ausgeschlossen, und
sie haben wenige Chancen, auf sich allein gestellt langfristig zu überleben.

Bezüglich psychischer Veränderungen wird berichtet, wie verändert die Mäd-
chen nach diesem Eingriff erscheinen; die kindliche Fröhlichkeit und Un-
beschwertheit hat einem altersinadäquaten Ernst, mitunter einer Teilnahms-
losigkeit Platz gemacht. In allen Lebensaltern kann dieses enorme Trauma
gleichzeitig den Verlust des Urvertrauens bedeuten: Die geliebtesten Men-
schen haben ihr unvorbereitet diesen schrecklichen Schmerz angetan, statt
sie zu schützen! Die zumeist lebenslange psychische Folgesymptomatik (z.B.
Angst, Depressionen, Perspektivlosigkeit, psychosomatische Erscheinungen)
wird von manchen Expertinnen mit dem Trauma einer Vergewaltigung vergli-
chen. Die Erinnerung kann zwar verblassen, aber das Erlittene wird dennoch
im Körper gespeichert. Erschwerend kommt das Schweigegebot hinzu: Über
all dies darf nicht gesprochen werden, unter keinen Umständen und mit
niemandem! So wird es auch der Migrantin in Europa fast unmöglich sein,
über ihre eigene Betroffenheit zu sprechen – sofern sie sich dieser über-
haupt bewusst ist. Umso wichtiger ist die Verbreitung differenzierter und
differenzierender Kenntnisse über FGM in allen Berufsgruppen und Bevöl-

kerungskreisen, um erneute traumatisierende Erlebnisse mit ahnungs- und verständnislosen Europäern möglichst zu vermeiden.

Differenzierte Informationen über diese „schädliche traditionelle Praktik“, wie die WHO FGM bezeichnet, ihre medizinischen Folgeschäden, den historisch-religiösen Ursprung und die kulturelle Verwurzelung gehören zu den wichtigsten Aktivitäten, um schnellstmöglich zu einer Überwindung dieses grausamen Rituals zu kommen. Solche Informationen sind gleichermaßen wichtig für die „Anwender“ wie auch für das gesamte gesellschaftliche Umfeld. Ebenso wichtig ist zu verdeutlichen, dass FGM ein besonders brutales Beispiel für ein weit umfassenderes, weltweites Problem darstellt, nämlich die Gewalt gegen Frauen.

Zum Umfeld gehören die Berufe des Gesundheitswesens genauso wie diejenigen des Beratungs- und Erziehungsbereichs. Sensibel und ohne Diskriminierung erkennen zu lernen, ob sich bei einem kleinen Mädchen ein „Beschneidungsfest“ anbahnt, kann eine entscheidende Präventionshilfe darstellen. Aber selbst wenn schon etwas „passiert“ ist, lassen sich vielleicht noch jüngere Geschwister schützen. Hierzu ist es hilfreich, auch Aspekte aus juristisch-polizeilicher Sicht kennen zu lernen. Für alle involvierten Berufsgruppen sind vertiefte und differenzierte bzw. differenzierende Kenntnisse über FGM ausschlaggebend, um sich angemessen verhalten zu können.²

² Vergl. „Weibliche Genitalverstümmelung – Physische und psychische Folgeschäden – Sozio-kultureller Hintergrund – Geschlechterdiskriminierung – Gewalt gegen Frauen – Migrantinnen in Europa – Vorsorge“ pädiatrische praxis 89, 618–630 (2018), Mediengruppe Oberfranken – Fachverlage GmbH & Co. KG, 2018.

Dr. habil. rer. nat. Maggie Schauer

Narrative Expositionstherapie (NET) – ein Ansatz zur Traumabehandlung



PD Dr. habil. rer. nat. Maggie Schauer (Konstanz), Leiterin Kompetenzzentrum Psychotraumatologie der Universität Konstanz, Gründungsmitglied von „vivo international“ und Gründungsvorstand/Beirat des Babyforums. (Bildnachweis: M. Schauer)

Menschen mit Traumafolgestörungen nach Migration aus Kriegs- und Krisengebieten haben häufig multiple soziale, sozioökonomische und traumatische Stressoren erlebt. Der sog. „Bausteineffekt“ von Mehrfachbelastung stellt einen gefährlich unterschätzten Faktor für die Pathogenese der häufigen psychischen Erkrankungen dar. Das wurde in der aufsuchenden Beratung sehr schnell deutlich. In der Folge wurden die Beraterinnen fortgebildet und konnten sich Ansätze erarbeiten, posttraumatische Folgestörungen zu erkennen, beraterisch die Frauen zu unterstützen und an Therapeut*innen weiterzuleiten. In diesen Kontext gehört als ein Ansatz die NET.

Angesichts der hohen Prävalenz von Traumata bei erwachsenen Flüchtlingen besteht vielfach die Gefahr der transgenerationalen Weitergabe, vor allem ist das impulsive, inkonsistente und gewalttätige elterliche Verhalten mit problematischen, gesundheitsschädlichen Folgen für die nächste Generation verbunden. Gerade Schwangere und Mütter mit familiären Gewalterfahrungen in der eigenen Kindheit und auch der derzeitigen Partnerschaft bedürfen der Unterstützung.

Die NET stellt im Gegensatz zu symptomorientierten oder problemzentrierten Vorgehensweisen einen gezielt biographisch-traumaaufarbeitenden Ansatz dar. Gerade Menschen mit unterbrochenen Lebenslinien nach Flucht und Mi-

gration profitieren vom kohärenten Erarbeiten und damit dem Gewährwerden und Bewahren der Geschichte ihres bisherigen Lebens. Bei der Narrativen Expositionstherapie (NET) wird der Überlebende eingeladen, sein ganzes Leben zu erzählen. Dabei werden alle emotional hocherregenden Szenen der Vergangenheit während der Narration abgerufen und beim Berichten in den chronologischen Zeit- und Geschehensablauf eingebettet. Durch das kleinschrittige und genaue Wiedererfahren und Verbalisieren konkretisieren sich bedeutsame, stark angst- und emotionsbesetzte Momente der Vergangenheit auf allen Ebenen des Erlebens und können sich so kontextualisieren. Dabei werden möglichst alle Elemente des Furchtnetzwerks im Schutz des „Sprechens über“, in der Distanz zum Damals so lange aktiviert, bis die Erfahrungen sich autobiografisch einordnen, benennen, begreifen und verorten lassen und Erleichterung eintritt durch Integration und Diskrimination zwischen Trauma und Gegenwart.

Die Behandlung verläuft in stufenweiser Annäherung an das Traumamaterial und hat dabei nicht nur die punktuelle Arbeit am Trauma, sondern immer die Entwicklung des Menschen und die gesamte Lebensgeschichte im Blick, von den frühesten Erinnerungen an.

Die Schwerpunkte unserer Arbeit mit den schwangeren, traumatisierten Frauen liegen typischerweise auf der Psychoedukation und der Prävention der Retraumatisierung, vor allem unter Geburt. Durch Gespräche über Erwartungen und Ängste in Bezug auf die Geburt, durch Informationen zum Thema Geburt und Klinik, aber auch durch das Besprechen eigener Triggerreize sollen die Frauen für die bevorstehende Geburt gestärkt werden. Durch positive Erfahrung mit psychotherapeutischer Unterstützung in der Schwangerschaft, das Wissen über posttraumatische Reaktionen und Möglichkeiten sowie über Anlaufstellen zur Therapie dieser Reaktionen, werden Frauen ermutigt, sich nach der Entbindung bei zunehmenden Problemen wieder zu melden und Hilfe zu suchen. Traumatisierten Müttern bieten wir nach ausführlicher psychodiagnostischer Untersuchung und Beratung die Möglichkeit einer NET. Die Narrative Expositionstherapie ist ein effizientes Kernelement der psychotherapeutischen Behandlung von Menschen, die unter den Folgen von Mehrfachtraumatisierung leiden. Sie ermöglicht eine Bedeutungszuschreibung und Integration der Lebenserfahrungen in den biographischen

Zusammenhang, aktiviert die Ressourcen der Person und erlaubt korrigierende Beziehungserfahrungen im wertschätzenden und empathischen Kontakt. Es kommt auf diesem Wege zur Würdigung der Person und der Geschichte der Überlebenden. Der NET-Ansatz unterstützt Menschen- und Kinderrechtsarbeit.

Die NET bearbeitet die gesamte Biographie, beginnend mit der Geburt und bis zur aktuellen Lebenssituation. Narrative Exposition bedeutet, durch Rückerrinnern und Durchleben der traumatischen Szenen sich gleichzeitig zu distanzieren und sich hineinzusetzen. Das Geschehen wird in Worte gefasst, begreifbar gemacht und damit in die eigene Lebenslinie integriert. Es kommt zu einer biographischen Verortung.

Traumatisierte Menschen brauchen im Verlauf der Therapie einen Überblick und die Kontrolle über das Geschehen. In der NET wird ohne Konfrontation gearbeitet. Sie ist als Kurzzeittherapie niederschwellig, kultursensitiv, evidenzbasiert und dient der Verarbeitung auch multipler und komplexer Traumatisierungen.

In der Bearbeitung traumatischer Episoden ist eine kleinschrittige und verlangsamte Erzählweise erforderlich. Das Ereignis wird durchgearbeitet, aber immer in Rückbindung an Raum und Zeit (Schauen Sie sich um, was sehen Sie jetzt? Wo befinden Sie sich jetzt? Sie sind nicht auf dem Schlauchboot.).

Behandlungsschritte der Narrativen Expositionstherapie:

1. Diagnostisches Interview und Psychoedukation, Erklärung der NET und ihrer Vorgangsweise
2. Lifeline
Unter Zuhilfenahme von Symbolen wird eine Lebenslinie gelegt. (Symbole: Blumen für schöne Ereignisse, Steine für schlimme Ereignisse, Stöckchen für Gewalt, Licht für Todesfälle von anderen Menschen). Es geht hierbei „nur“ um den Überblick der bisherigen Biographie, multiple und komplexe Ereignisse werden nur erwähnt, aber nicht vertieft. Am Ende der Therapiesitzung wird ein Foto gemacht und die Lebenslinie wird gemeinsam weggeräumt.

3. Narrative Exposition

Damit beginnt mit dem 3. Schritt die Narrative Exposition, das therapeutische Geschehen, in dem die Lebensereignisse durchgearbeitet werden und zwar in der biographischen Abfolge.

Basisregeln sind: sicherer Raum, Kontrolle über das Geschehen durch Klient*innen, Vorhersagbarkeit, Kongruenz, Empathie, Augenkontakt, volle Aufmerksamkeit, Schweigepflicht, keine Konfrontation. Traumaaarbeit ist ein direkter Ansatz. Aufgabe von Therapeut*innen ist es auch, wachsam in der Zeitlinie zu bleiben.

Nach und nach erstellen Klient*innen eine detaillierte und konsistente, schriftliche Narration ihrer Lebensereignisse. Es kommt auf diesem Weg zu einer Gesamtschau der eigenen Biographie, zu einem Erkennen von Lebensmustern und Zusammenhängen und schließlich zur Wertschätzung der eigenen Person und des Überlebens.³

³ Schauer, M., Neuner, F., Elbert, T.

Narrative Expositionstherapie nach Gewalt und Flucht. In: Machleidt, W.; Heinz, A. (Hg) Praxis der interkulturellen Psychiatrie und Psychotherapie. Migration und psychische Gesundheit.

Literatur:

Schauer, M., Neuner, F., Elbert, T. (2011, 2nd). *Narrative Exposure Therapy: A short-term treatment for traumatic stress disorders*. Hogrefe Publishing. ISBN: 978-0-88937-388-4.

Schauer, M., Elbert, T., Neuner, F. (2017). *Narrative Expositionstherapie (NET) für Menschen nach Gewalt und Flucht: ein Einblick in das Verfahren*. *Psychotherapeut Schwerpunkt: Psychotherapie mit Geflüchteten*. 62(4), 306-313; DOI: 10.1007/s00278-017-0212-x.

Schauer, M., Elbert, T., Neuner, F. (2018) *Narrative Expositionstherapie nach Gewalt und Flucht*. In: W. Machleidt; U. Kluge; M. Sieberer; A. Heinz (Hg) *Praxis der interkulturellen Psychiatrie und Psychotherapie. Migration und psychische Gesundheit; Kap. 24, pp 261-271*. 2. Auflage 2018 © Elsevier GmbH, Urban & Fischer, München.

Elbert, T., Grüters-Kieslich, A., Rösler, F., Bajbouj, M., Dustmann, C., Heim, C., Hoeffler, A., Hörnle, C., Neuner, F., Salize H.-J., Schauer, M., Schneider, F., Zenner, H.-P. (2018) *Nationale Akademie der Wissenschaften Leopoldina: Traumatisierte Flüchtlinge – schnelle Hilfe ist jetzt nötig*. Halle (Saale). 35 S. ISBN: 978-3-8047-3860-7.

Ullmann, E., Licinio, N., Bornstein, SR., Lanzman, RS., Kirschbaum, C., Sierau, S., Doehnter, C., Zimmermann, P., Kindler, H., Schauer, M., Ruf-Leuschner M, Fegert, J.M., Klitzing v., K., Ziegenhain, U. (2017) *Counteracting Posttraumatic LHPA Activation in Refugee Mothers and their Infants*. *Molecular Psychiatry* 23, 2–5; doi:10.1038/mp.2017.235.

Koenig, A., Schury, K., Reister, F., Köhler-Dauner, F., Schauer, M., Ruf-Leuschner, M., Ziegenhain, U., Fegert, J., Kolassa, I.T. (2016) *Psychosocial Risk Factors for Child Welfare among Postpartum Mothers with a History of Childhood Maltreatment and Neglect – Psychosoziale Risiken für das Kindeswohl bei werdenden Müttern mit Missbrauchs- und Vernachlässigungserfahrungen in der eigenen Kindheit*. *Geburtshilfe und Frauenheilkunde* 76(03), 261-267.

Ruf-Leuschner, M., Brunnemann, N., Schauer, M., Pryss, R., Barnewitz, E., Liebrecht, M., Kratzer, W., Reichert, M. & Elbert, T. (2016). *Die KINDEX-App – ein Instrument zur Erfassung und unmittelbaren Auswertung von psychosozialen Belastungen bei Schwangeren in der täglichen Praxis bei Gynäkologinnen, Hebammen und in Frauenkliniken*. *Verhaltenstherapie*; (DOI:10.1159/000448455).

Spyridou, A., Schauer, M., Ruf-Leuschner, M. (2014) *Obstetric care providers assessing psychosocial risk factors during pregnancy: Validation of a short screening tool - the KINDEX Spanish Version, Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*. 2014, 8:30, DOI: 10.1186/s13034-014-0030-7.

Dipl.-Sozialarbeiterin Anne-Kathrin Kaiser

Standards für den Gewaltschutz – Wirkungen, Möglichkeiten und Grenzen



Dipl.-Sozialarbeiterin Anne-Kathrin Kaiser, Referentin für Gewaltschutz (Mannheim): 5 Jahre internationale Projektarbeit im Bereich Gewaltprävention und Empowerment; ¾ Jahr als Entwicklungshelferin in Afghanistan. Ab 2016 in verschiedenen Erstaufnahmeeinrichtungen in Mannheim tätig, als Koordinatorin und Beraterin in der unabhängigen Sozial- und Verfahrensberatung, 1,5 Jahre als Gewaltschutzkoordinatorin im Rahmen der Bundesinitiative (2017 – Dez. 2018). (Bildnachweis: A.-K. Kaiser)

Eine der besonderen Herausforderungen der aufsuchenden Beraterinnen waren Fragestellungen zu Gewalt und Schutz. Auf der Grundlage der Standards für den Gewaltschutz war es möglich, die Situation der Frauen in den Sammelunterkünften zu verbessern und sie auf ihre Rechte aufmerksam zu machen bzw. Wege zu suchen, diese auch durchzusetzen. In vielen Einrichtungen, so die Erfahrung von Beraterinnen, ist der Gewaltschutz allerdings noch ausbaufähig und die Implementierung der Standards in allen Einrichtungen notwendig.

Gemäß der UN Menschenrechtscharta gilt: „Jeder Mensch hat das Recht auf Leben, Freiheit und Sicherheit seiner Person. Dies gilt unabhängig von Rasse, Hautfarbe, Geschlecht, Sprache, Religion, politischer und sonstiger Anschauung, nationaler, ethnischer oder sozialer Herkunft, nationaler oder sozialer Minderheit, geschlechtlicher Orientierung und sexueller Identität, Vermögen, Geburt oder sonstigem Stand.“⁴

⁴ Vgl. Resolution der Generalversammlung 217 A (III). Allgemeine Erklärung der Menschenrechte, Vereinte Nationen A/RES/217 A (III), unter: <http://www.un.org/depts/german/menschenrechte/aemr.pdf>, (abgerufen am 1.10.2018) S. 2.

Bei der Unterbringung und Versorgung von Geflüchteten gilt die Richtlinie 2013/33/EU des Europäischen Parlaments und des Rates für die Aufnahme von Personen, die internationalen Schutz beantragen, vom 26. Juni 2013. Diese legt Mindeststandards und Normen für die Unterbringung von Schutzsuchenden fest, die Grundlage für ein menschenwürdiges Leben bilden. Sie definiert Schutzgruppen und definiert ein Vorgehen zur bedürfnisorientierten Begleitung, bestehend aus Identifikation des Schutzbedarfs, Erhebung der Bedürfnisse und der Schaffung entsprechender Angebote und Strukturen.

Die Bundesinitiative „Schutz von geflüchteten Menschen in Flüchtlingsunterkünften“

Die Bundesinitiative wurde von UNICEF in Zusammenarbeit mit dem Bundesfamilienministerium (BMFSFJ) entwickelt. Ziel ist die Verbesserung der Lebenssituation in Flüchtlingsunterkünften, vor allem für Personen und Gruppen mit besonderem Schutzbedarf. Dazu wurden Stellen von Gewaltschutzkoordinator*innen eingerichtet und finanziert. Diese entwickelten und implementierten ein individuelles, auf die jeweilige Liegenschaft angepasstes Schutzkonzept. Sie dienten als Ansprechpersonen für Bewohner*innen und Mitarbeiter*innen, sensibilisierten gegen Gewaltformen, informierten über Hilfesysteme und betreuten ein externes Netzwerk. Die Tätigkeit der Gewaltschutzkoordinator*innen ist definiert durch Mindeststandards, welche im Juli 2016 von UNICEF, Bundesfamilienministerium und anderen Partnern veröffentlicht wurden.

Mindeststandards

Die aus der Zusammenarbeit von UNICEF und dem Bundesfamilienministerium, gemeinsam mit Partnern entwickelten Mindeststandards gliedern sich in sechs Themenfelder auf und beinhalten folgende Aspekte:

1. Einrichtungsinternes Schutzkonzept – Gültigkeit und Verpflichtung, Leitbildentwicklung, Entwicklungsschritte.
2. Personal und Personalmanagement – Verhaltenskodex, Rollen und Verantwortlichkeiten, Sensibilisierung und Weiterbildung sowie Vertragsabsprachen.
3. interne Strukturen und externe Kooperationen – Hausordnung, interne/externe Beschwerdestelle, Informationen über Hilfsangebote und Rech-

- te, niedrighschwelliges Kurs- und Beratungsangebot für Bewohner*innen.
4. Prävention und Umgang mit Gewalt- und Gefährdungssituationen – standardisierte Verfahrensweise zu Situationen zu Gewaltverdacht, Gewalt, Kindeswohlgefährdung, Todesfall; Rechte der Opfer geltend machen.
 5. menschenwürdige, schützende und fördernde Rahmenbedingungen – bauliche Maßnahmen, Hygienestandards, Rückzugsmöglichkeiten, kinderfreundliche Orte und Gemeinschaftsräume.
 6. Monitoring und Evaluierung des Schutzkonzepts – Datenerhebung, Dokumentation, regelmäßige Evaluierung.

„Ziel der Mindeststandards zum Schutz von geflüchteten Menschen in Flüchtlingsunterkünften ist die Sicherstellung von Schutz und Unterstützung für alle geflüchteten Menschen in diesen Unterkünften. Alle Geflüchteten haben Anspruch auf Schutz von Leben, Gesundheit, freie Entfaltung der Persönlichkeit und Schutz der Menschenwürde.“⁵

Entwicklung und Implementierung von Gewaltschutz

Gewaltschutz impliziert präventive und intervenierende Maßnahmenplanung. Um diese umfassend zu planen und Verantwortungen transparent zu kommunizieren werden folgende Inhalte empfohlen:

- Bestandsaufnahme der Einrichtung/Unterkunft
- Risikoanalyse und Maßnahmenplanung im Bezug auf Gewaltschutz
- Zusammenarbeit aller Akteure zu Gewaltschutz
- Ressourcenanalyse
- Netzwerkarbeit
- Monitoring System

⁵ Vgl. BUNDESMINISTERIUM für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Stabstelle Flüchtlingspolitik, Mindeststandards zum Schutz von geflüchteten Menschen in Flüchtlingsunterkünften, Berlin, 2017, S. 9.

Informationen und Materialien zu Gewaltschutz und Flucht

- ❑ <https://www.gewaltschutz-gu.de>
 - Mindeststandards
 - Landesweite Gewaltschutzkonzepte
 - Materialien und Vorträge

- ❑ Handlungshinweise bei häuslicher Gewalt für Mitarbeitende
 - BIG e.V. hat eine Broschüre unter dem Titel „Häusliche Gewalt – auch Sie können helfen“ herausgegeben und stellt diese unter folgende Link zur Verfügung: <https://www.big-berlin.info/medien/haeusliche-gewalt-auch-sie-koennen-helfen>
Die Broschüre „Ihr Recht bei häuslicher Gewalt“ ist in verschiedenen Sprachen zum Downloaden: <https://www.big-berlin.info/medien/ihr-recht-bei-haeuslicher-gewalt>
 - BMFSFJ Broschüre „Gemeinsam gegen häusliche Gewalt“
<https://www.bmfsfj.de/blob/84320/609431029f5401743fb93f319c600b77/kurzfassung-wibig-deutsch-data.pdf>
 - Informationsbroschüre für Unterstützer*innen von Betroffenen von häuslicher Gewalt: <https://www.frauen-gegen-gewalt.de/de/broschueren-flyer-und-faltblaetter.html>

- ❑ Handlungshinweise für Mitarbeitende bei sexualisierter Gewalt
 - Handlungshinweise für Unterstützer*innen von Betroffenen von sexualisierter Gewalt sind in einer Broschüre zusammengefasst und unter dem Titel „An ihrer Seite – Informationen und Hilfen für Unterstützer*innen, Freunde, Freundinnen und Angehörige von Betroffenen sexualisierter Gewalt“ in deutscher, englischer, türkischer und arabischer Sprache abrufbar:
<https://www.frauen-gegen-gewalt.de/de/broschueren-flyer-und-faltblaetter.html>

Menschen mit Behinderung

Die Lebenshilfe Niedersachsen hat einen Handlungshinweis für Mitarbeitende im Umgang mit Opfern Sexualisierter Gewalt entwickelt:

<http://www.lebenshilfe-nds.de/wData/downloads/publikationen/Leitfaden-Sexuelle-Gewalt.pdf?listLink=1>

Zum Umgang mit Opfern von Gewalt

„Wer kann mir helfen?“

Beratung und Hilfe bieten Opferhilfeeinrichtungen.

- Einen Überblick finden Sie hier: www.bmjv.de
- Ansonsten kann auch jede Polizeidienststelle oder eine Suche in der Online-Datenbank für Betroffene von Straftaten weiterhelfen: www.odabs.org
- Das Merkblatt ist unter folgendem Link zu finden: <https://www.bmjv.de/SharedDocs/Publikationen/DE/Opfermerkblatt.pdf?blob=publicationFile&v=13>

Kindeswohl

Das Handbuch „Kinderschutz geht alle an!“ der polizeilichen Kriminalprävention der Bund und Länder ist unter folgendem Link zu finden:

<https://www.polizei-beratung.de/medienangebot>

□ Kontaktadressen für Frauen als Opfer von Gewalt

- *Hilfetelefon Gewalt gegen Frauen*
Bundesweite, kostenlose und vertrauliche Beratung rund um die Uhr bei allen Formen von Gewalt an Frauen: 08000-116 016
- *Anti Violence Awareness (AVA)*
Online-Hilfe bei Häuslicher Gewalt
Die Website bietet Erstinformationen in Deutsch und sieben weiteren Sprachen, auch für Menschen mit (Seh-)Behinderung geeignet. Konkrete Informationen zu Flucht und Rechtsstreit. Checkliste, Anträge und Adressen zum Herunterladen.
- *BIG Hotline*. Hilfe bei häuslicher Gewalt gegen Frauen und ihre Kinder
Zentrale Notruf-Nummer für Berlin: 030 - 6110300 (rund um die Uhr). Bei Bedarf mehrsprachige Beratung.
- *Bundesverband Frauenberatungsstellen und Frauennotrufe*
Die Seite bietet eine Suchfunktion, mit der Hilfseinrichtungen in der Nähe gefunden werden können.
- *Frauenhauskoordinierung*
Die Seite bietet eine Suchfunktion, mit der Frauenhäuser in der Nähe gesucht werden können.
- *ZIF – Zentrale Informationsstelle Autonomer Frauenhäuser*
Die Seite bietet eine Suchfunktion, mit der Frauenhäuser in der Nähe gefunden werden können.
- *Gewaltlos.de*
Chatberatung für Frauen und Mädchen, die Gewalt erlebt haben oder noch erleben (auch in türkischer und englischer Sprache).
- *Informationen zur Anonymen Spurensicherung*
Diese Seite bietet eine Übersicht über die Möglichkeiten der Anonymen Spurensicherung in Deutschland.
- *Ergänzendes Hilfesystem/Fonds Sexueller Missbrauch*
Das Ergänzende Hilfesystem gewährt Sachleistungen, die dazu dienen sollen, heute noch existierende Folgen des sexuellen Missbrauchs in der Kindheit oder Jugend abzumildern bzw. auszugleichen.

- *Beratungsangebot von TDF*
- *Vielfalt statt Gewalt*
Diese Seite bietet Informationen und Beratungsstellen für LSBT.
- *SUSE hilft*
Diese Seite bietet eine Übersicht an Informationen und Beratungsstellen für Frauen mit Behinderung.
- *Stiftung Patientenschutz*
Diese Seite bietet Informationen zum Patientenschutz.
- *Frauen gegen Gewalt*
Diese Seite bietet Informationen zu Schlichtungsstellen an. Dies kann man in Anspruch nehmen, wenn man sich von der Beratung nicht ernst genommen oder schlecht behandelt fühlt.

Gefördert vom



Bundesministerium
für Familie, Senioren, Frauen
und Jugend

IMPRESSUM

Herausgeber:

donum vitae Bundesverband | Thomas-Mann-Straße 4 | 53111 Bonn
donumvitae.org | info@donumvitae.org | Tel. 0228 369488-0

Spendenkonto

IBAN DE03 3706 0193 2100 2100 21 | BIC GENODED1PAX



www.donumvitae.org



beraten - schützen - weiter helfen