

# PROJEKTBERICHT



## LAUTERSTARKE FRAUEN

*Projekt zur Prävention und Bekämpfung von Gewalt gegen Frauen mit Behinderung und chronischer Erkrankung*

gefördert vom



in Trägerschaft von



in Kooperation mit



<b>1. <u>PROJEKTRAHMEN UND QUALITÄTSZIELE DES PROJEKTES</u></b> .....	<b>5</b>
<b>2. <u>ROLLE DER BAG SELBSTHILFE ALS PROJEKTRÄGER</u></b> .....	<b>5</b>
2.1 <u>Ressourcen und Potentiale der Selbsthilfe behinderter Menschen bei der Prävention und Bekämpfung von Gewalt gegen Frauen mit Behinderung/chronischer Erkrankung</u> .....	6
2.2 <u>Projektkooperationspartner Landesarbeitsgemeinschaft SELBSTHILFE NRW e.V. (LAG SELBSTHILFE NRW)</u> .....	7
2.3 <u>Projektkooperationspartner NetzwerkBüro Frauen und Mädchen mit Behinderung/chronischer Erkrankung NRW</u> .....	7
<b>3. <u>GEWALT HAT VIELE FACETTEN</u></b> .....	<b>8</b>
3.1 <u>Wo begegnen Frauen/Mädchen mit Behinderung Gewalt</u> .....	9
3.2 <u>Welche Folgen bewirkt Gewaltausübung für die Opfer/Betroffenen?</u> .....	15
3.3 <u>Entstehungsbedingungen von Gewalt gegen Frauen mit Behinderungen und chronischen Erkrankungen</u> .....	16
3.3.1 <u>Erklärungsansätze zur Entstehung von Gewaltverhalten</u> .....	16
3.3.2 <u>Gewaltentstehung in Beziehungen am Beispiel von Gewalt in der Pflege</u> .....	16
3.3.3 <u>Ausgangsfaktoren möglicher Gewalteskalation</u> .....	17
<b>4. <u>HANDLUNGSBEDARFE ZUR PRÄVENTION VON GEWALT GEGEN FRAUEN/MÄDCHEN MIT BEHINDERUNG</u></b> .....	<b>18</b>
4.1 <u>Primär - Prävention im Bereich Pflege und Assistenz</u> .....	18
4.2 <u>Sekundär - Prävention</u> .....	19
4.3 <u>Tertiär-Prävention/ Erstintervention</u> .....	19
<b>5. <u>ZUM METHODISCHEN VORGEHEN IM PROJEKTVERLAUF</u></b> .....	<b>20</b>
5.1 <u>Initiierende Aktivitäten</u> .....	20
5.1.1 <u>Umfangreiche Recherchen zu themenbezogenen Projekten, Akteuren und Akteurinnen sowie Einrichtungen</u> .....	21
5.1.2 <u>Erarbeitung einer Gewaltdefinition</u> .....	21
5.1.3 <u>Erarbeitung eines Konzeptes</u> .....	21
5.1.4 <u>Abstimmung, Entwurf und Versand eines Projektflyers</u> .....	21
5.1.5 <u>Umfrage zur Awareness des Gewaltthemas in den BAG Selbsthilfeverbänden</u> .....	22
5.2 <u>Aufbau einer bundesweiten Vernetzungsstruktur</u> .....	23
5.2.1 <u>Vernetzungstreffen</u> .....	24
5.2.2 <u>Vernetzungserfolge</u> .....	26
5.3 <u>Austausch und Ermittlung von Best-Practice-Beispielen</u> .....	29
5.4 <u>Erarbeitung von abstrakt-generellen Handlungsempfehlungen</u> ....	29

<b>6.</b>	<b><u>KOOPERATIONS- UND VERNETZUNGSPARTNERSCHAFTEN - SELBSTHILFE ALS RESSOURCE ZUR GEWALTVERMEIDUNG</u></b>	<b>.... 30</b>
6.1	<u>Vorstellung der Vernetzungspartner und Vernetzungspartnerinnen</u>	31
6.1.1	<u>Vernetzungspartner aus dem Bereich Fachstellen für Menschen mit Behinderung</u>	31
6.1.2	<u>Vernetzungspartner aus dem Bereich Fachstellen für Prävention und Intervention gegen Gewalt an Frauen und Mädchen</u>	<b>Fehler! Textmarke nicht definiert.</b>
<b>7.</b>	<b><u>ERHEBUNG VON BEISPIELEN GUTER PRAXIS</u></b>	<b>..... 31</b>
	<b><u>BESTANDSAUFNAHME ERFOLGREICHER STRATEGIEN UND MODELLE ZUR GEWALTPRÄVENTION UND -INTERVENTION.</u></b>	<b>31</b>
7.1	<u>Darstellung von Best-Practice-Beispielen</u>	31
<b>8.</b>	<b><u>HANDLUNGSEMPFEHLUNGEN</u></b>	<b>.....</b>
	<b><u>VON REGIONALEN INNOVATIONEN ZU MAßSTÄBEN GUTER PRAXIS: AUSWERTUNG DER BEST-PRACTICE BEISPIELE</u></b>	<b>..... 35</b>
8.1	<u>Qualifizierungsmaßnahmen</u>	37
8.1.1	<u>Empowerment für Frauen mit Behinderung</u>	37
8.1.2	<u>Qualifizierungsmaßnahmen für die Selbsthilfe behinderter Frauen und ihrer Angehörigen</u>	38
8.1.3	<u>Qualifizierungsmaßnahmen für Gesundheitsfachkräfte, Pflege-/Assistenzpersonen, Angehörige, Personal in Ausbildung und Schulen(z.B. Lehrer und Werkstättenleiter)</u>	39
8.1.4	<u>Qualifizierung für Mitarbeiterinnen frauenspezifischer Angebote</u>	41
8.1.5	<u>Qualifizierung für Professionelle aus Opferschutz und Opferberatung, Justiz und Verwaltung</u>	42
8.2	<u>Interdisziplinäre/multiprofessionelle Vernetzung</u>	42
8.3	<u>Qualitätssicherung</u>	43
8.4	<u>Umfassende Barrierefreiheit</u>	43
8.5	<u>Öffentlichkeits- und Bewusstseinsarbeit als Maßnahme der Sensibilisierung, Information und Enttabuisierung (Primärprävention)</u>	44
8.5.1	<u>Handlungsbedarfe für die Fachöffentlichkeit</u>	44
8.5.2	<u>Handlungsbedarfe für die allgemeine Öffentlichkeit</u>	45
8.6	<u>Politische Handlungsempfehlungen</u>	45
8.7	<u>Allgemeine Handlungsempfehlungen</u>	47

<b><u>9. IMPLEMENTIERUNG VON STRATEGIEN ZUR GEWALTPRÄVENTION UND -INTERVENTION IN DAS QUALITÄTSMANAGEMENT DER ORGANISATIONEN BEHINDERTER MENSCHEN</u></b> .....	<b>47</b>
<b><u>10. FAZIT UND AUSBLICK</u></b> .....	<b>50</b>
<u>10.1 Möglichkeiten der Weiterführung der aufgebauten Vernetzungsstrukturen</u> .....	51
<u>10.2 Ausstehende Handlungsbedarfe</u> .....	51
<u>10.3 Handlungsaufträge aus der UN – Behindertenrechtskonvention</u> ...	52
<b><u>11. LINKS</u></b> .....	<b>53</b>
<b><u>12. LITERATUR UND MEDIEN</u></b> .....	<b>56</b>

# **Abschlussbericht und Darstellung der Projektergebnisse**

## **1. PROJEKTRAHMEN UND QUALITÄTSZIELE DES PROJEKTES**

Das Projekt „Laut(er) starke Frauen“ ist eine Maßnahme des Bundesministeriums für Gesundheit im Rahmen des Aktionsplanes II der Bundesregierung zur Bekämpfung von Gewalt gegen Frauen. Der Aktionsplan II berücksichtigt darüber hinaus die besonderen Handlungsbedarfe in den Bereichen medizinische Versorgung, Frauen mit Migrationshintergrund und Frauen mit Behinderung. Hier bestehen besondere Herausforderungen bei der Optimierung des Schutzes betroffener Frauen.

Ausgangssituation zu Beginn der Projektlaufzeit war, dass das Thema Gewalt gegen Frauen mit Behinderung sowohl im Bereich der Behindertenselbsthilfe als auch im Bereich der Frauenberatungsstellen nur punktuell und vereinzelt behandelt wurde. Es gab wenig vernetzte Angebote. Dies ging letztlich auf Kosten der Effektivität von Hilfeleistungen. Ebenso fehlte es an Nachhaltigkeit der einzelnen Angebote, vor allem, wenn es zeitlich begrenzte Förderungsmodalitäten gab. Letztlich war das Thema einer Tabuisierung unterworfen, die durch punktuelle Ausnahmen nicht aufzuheben war.

Leitendes Ziel des Projekts „Laut(er) starke Frauen“ war es, das Potential der organisierten Selbsthilfe zur Vermeidung und Bekämpfung von Gewalt gegen behinderte Frauen zu beschreiben und zu stärken sowie Beratungsstellen in den Fragen der Bedarfe behinderter Frauen aufzuklären und zu schulen.

Darüber hinaus sollten innovative Ansätze zur Gewaltprävention aus vielfältigen Handlungsfeldern vorgestellt und übertragbar gemacht werden. Sie sollten sowohl die betroffenen Frauen als auch ihre Angehörigen und ihr soziales Umfeld mit einbeziehen.

Zur Verbesserung der Beratungs- und Unterstützungsarbeit sollten Qualitätsstandards für Handlungsmöglichkeiten in Gewaltsituationen im Vorfeld dieser entwickelt werden. Im Sinne des Abbaus von Verunsicherungen und Vorurteilen, sollte die gemeinsame Linie aller Akteure und Akteurinnen gestärkt und die Tabuisierung des Themas aufgebrochen werden. Damit sollten verschiedenste Zielgruppen wie z.B. Selbsthilfeverbände, Netzwerke, Angehörige und das soziale Umfeld behinderter Frauen, Einrichtungen der Behinderten(selbst)hilfe sowie die Öffentlichkeit erreicht werden.

## **2. ROLLE DER BAG SELBSTHILFE ALS PROJEKTRÄGER**

## **2.1 Ressourcen und Potentiale der Selbsthilfe behinderter Menschen bei der Prävention und Bekämpfung von Gewalt gegen Frauen mit Behinderung/chronischer Erkrankung**

Selbsthilfeorganisationen und Selbsthilfegruppen chronisch kranker und behinderter Menschen kommt im Gesundheitswesen eine Schlüsselrolle bei der Gewaltprävention sowie der Versorgung nach Gewaltsituationen zu.

Die Selbsthilfe ist wichtiger Ansprechpartner und Multiplikator, wenn es um das Thema Gewalt geht, da von Gewalt betroffene Frauen hier ein auf gegenseitigem Vertrauen gegründetes soziales System vorfinden, das mit weiteren Hilfe- und Unterstützungsangeboten vernetzt ist bzw. künftig noch intensiver vernetzt werden kann.

Selbsthilfeorganisationen und Selbsthilfegruppen chronisch kranker und behinderter Menschen verfügen darüber hinaus über umfassende und vielfältige Erfahrungen aus der Praxis zu speziellen Entwicklungen und Behinderungen. Spezifische Hinweise betroffener Frauen können dort besonders gut aufgegriffen und verfolgt werden.

Sie verfügen ferner über eine bis in die örtliche Ebene hinein ausdifferenzierte Organisationsstruktur sowie entsprechende Kontakte in das Versorgungssystem, um an der Gewaltprävention mitzuwirken und sich an der Versorgung betroffener Frauen nach Gewaltsituationen zu beteiligen.

Als Projektträger übernimmt die BAG SELBSTHILFE – Bundesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe von Menschen mit Behinderung und chronischer Erkrankung und ihren Angehörigen e.V. - das Management des Projektes. Sie ist die Vereinigung und Interessenvertretung der Selbsthilfeverbände behinderter und chronisch kranker Menschen und ihrer Angehörigen in Deutschland. Sie ist Dachverband von 109 bundesweit tätigen Selbsthilfeorganisationen, 14 Landesarbeitsgemeinschaften und 5 Fachverbänden. Über ihre Mitgliedsverbände sind in der BAG SELBSTHILFE mehr als eine Million Menschen mit körperlichen, seelischen und geistigen sowie Sinnes-Behinderungen und Menschen mit unterschiedlichsten chronischen Erkrankungen, zusammengeschlossen. Die BAG SELBSTHILFE bietet als Dachverband der Selbsthilfeorganisationen chronisch kranker und behinderter Menschen eine ideale Informations- und Austauschplattform für Selbsthilfeaktivitäten, insbesondere im Bereich der Vermeidung von Gewalt gegen Frauen. Über die BAG SELBSTHILFE können strukturierte Erhebungen zum Thema Gewalt bei einer großen Anzahl von Aktiven in der Selbsthilfe durchgeführt werden. Ebenso können innovative Lösungsansätze aus dem Projekt heraus bei einer großen Anzahl von Multiplikatoren zur Diskussion gestellt und auf ihre Praxistauglichkeit untersucht werden. Die BAG SELBSTHILFE stellt mithin die Institution dar,

die im Selbsthilfebereich die Awareness für das Thema „Gewalt gegen Frauen mit Behinderungen“ geschaffen bzw. verstärkt hat. Mit dem Arbeitskreis „Frauen“ in der BAG SELBSTHILFE existiert darüber hinaus ein Expertinnengremium, das sich nachhaltig mit der Thematik befasst und fortlaufend neue Impulse geben kann.

Die BAG SELBSTHILFE verfügt aufgrund ihrer Mitgliedschaft im Deutschen Forum Prävention und Gesundheitsförderung über Vernetzungsmöglichkeiten weit über die Selbsthilfe hinaus, was für das Projekt nutzbar gemacht werden konnte.

Funktional stellt die BAG SELBSTHILFE sowohl das Scharnier zwischen Projekt und Selbsthilfe als auch zwischen Selbsthilfe und externen Vernetzungspartnern dar. Sie ist darüber hinaus durch eine langjährige Zusammenarbeit mit dem Bundesministerium für Gesundheit zu verschiedensten Themenfeldern der Prävention, auch projektverantwortliche Ansprechpartnerin für das Ministerium.

In Verantwortung der BAG SELBSTHILFE e.V. wird das Projekt beantragt, durchgeführt und überwacht.

## **2.2 Projektkooperationspartner Landesarbeitsgemeinschaft SELBSTHILFE NRW e.V. (LAG SELBSTHILFE NRW)**

Der Geschäftsführer der LAG SELBSTHILFE NRW e.V. ist Mitglied der Planungsgruppe des Ständigen Ausschusses -Forum des Austausches aller Landesarbeitsgemeinschaften in Deutschland- in der BAG SELBSTHILFE e.V.

Hier sind 123 Selbsthilfeverbände behinderter und chronisch kranker Menschen sowie ihrer Angehörigen zusammengeschlossen. Auch auf Landesebene schließt das Wirken sehr unterschiedliche Behinderungsarten und verschiedene chronische Erkrankungen mit ein.

Die LAG SELBSTHILFE NRW e.V. ist Projektträgerin des NetzwerkBüros Frauen und Mädchen mit Behinderung/chronischer Erkrankung NRW. Durch die, der LAG SELBSTHILFE NRW e.V., angegliederte Projektstelle werden alle Leistungen der Gesamtprojektkoordination einschließlich der Verwaltung abgedeckt.

Die LAG Selbsthilfe NRW e.V. ist in den Themenbereich Gesundheit involviert und verfügt über breite Kenntnisse im Gesundheitswesen sowie eine ausgeprägte Vernetzungsstruktur.

## **2.3 Projektkooperationspartner NetzwerkBüro Frauen und Mädchen mit Behinderung/chronischer Erkrankung NRW**

Das NetzwerkBüro Frauen und Mädchen mit Behinderung/chronischer Erkrankung NRW -gefördert vom ehemaligen Ministerium für Gesundheit, Generationen, Familie und Frauen und Integration) in Trägerschaft der LAG Selbsthilfe NRW- ist Fachstelle für die Selbsthilfe und agiert als

sozialpolitische Interessenvertretung von Frauen und Mädchen mit Behinderung/chronischer Erkrankung in Nordrhein-Westfalen. Sie verfügt über eine stabile Vernetzungsstruktur zu bundes- wie landesweiten Organisationen der Selbsthilfe, bundesweiten Verteilern von Kommunen und Beratungsstellen sowie über einen breit angelegten Verteiler betroffener Personen, wie beispielsweise Institutionen der Behinderten(selbst)hilfe.

Das NetzwerkBüro setzt sich für die nachhaltige Verbesserung der Lebenssituation von Frauen und Mädchen mit Behinderung bzw. chronischer Erkrankung ein. Um dies zu erreichen, tritt es in der gesellschaftlichen und politischen Öffentlichkeit für die Gleichstellung, Teilhabe und Selbstbestimmung betroffener Frauen und Mädchen ein und deckt die besonderen Belange behinderter Frauen sowie die strukturellen und ideellen Barrieren auf, denen betroffene Frauen immer wieder ausgesetzt sind.

Durch ihre inzwischen fünfzehnjährige Erfahrung sind Mitarbeiterinnen des NetzwerkBüros und ihre ehrenamtlichen Netzwerkfrauen sehr nah an den Bedürfnissen, Problemen und Wünschen von Frauen mit Behinderung/chronischer Erkrankung. Probleme der Gewaltbetroffenheit werden häufig erst nach langen Phasen persönlicher Begleitung thematisiert, was als Ergebnis intensiver Beziehungsarbeit zu werten ist. Zudem sind die Mitarbeiterinnen als selbst behinderte Frauen für die Betroffenen vertrauenswürdige Zuhörerinnen und Unterstützerinnen. Eine wesentliche Aufgabe sieht das NetzwerkBüro in der Unterstützung und Stärkung des Selbstbewusstseins von Frauen und Mädchen mit Behinderung, also im Sinne des Projektes in der Primärprävention.

### **3. GEWALT HAT VIELE FACETTEN**

Gewalt ist weltweit eines der größten Gesundheitsrisiken für Frauen und Kinder. Frauen und Mädchen mit Behinderung tragen ein besonderes Risiko, Opfer von Gewalt zu werden.

Mit dem Begriff Gewalt umschreiben wir die Verletzung der körperlichen oder seelischen Unversehrtheit von Personen/Menschen. . Ihre Formen und Ausprägungen sind vielfältig; sie schließen körperliche und seelische ebenso wie sexualisierte Gewalt mit ein. Daneben gibt es vielfältige finanzielle wie soziale Diskriminierungen als Aspekte der strukturellen Gewalt. Gewaltsames Handeln kann zum Teil unscheinbar erscheinen, beginnt aber bereits mit ungewollten Eingriffen in unsere Privatsphäre.

Frauen mit Behinderung sind aufgrund ihrer besonderen Lebensumstände vielen, zum Teil nicht direkt erkennbaren, Formen von Gewalt ausgesetzt. Die größere Abhängigkeit von Dienstleistungen anderer Menschen in Partnerschaften und Familienstrukturen oder Einrichtungen der Behindertenhilfe kann sich Gewalt begünstigend auswirken. Das Gefühl, körperlich nicht „okay“ und auf fremde Hilfe angewiesen zu sein geht



einher mit der Annahme, andere Personen dürften über die eigenen Belange entscheiden, der Schutz der Intimsphäre höre bei medizinischer Behandlung auf und ein „Nein“, bei unerwünschten Berührungen oder Ratschlägen, sei nicht angemessen.

Laut persönlicher Aussagen von Frauen mit Behinderung in Beratungsgesprächen mit dem NetzwerkBüro Frauen und Mädchen mit Behinderung/chronischer Erkrankung NRW, werden die unterschiedlichen Auslegungsmöglichkeiten gesetzlicher Vorgaben – etwa die Bewilligung oder Ablehnung von finanzieller Unterstützung, Assistenz oder Maßnahmen zur beruflichen Eingliederung - oftmals als massive Diskriminierung und eine Form struktureller Gewalt erlebt.

Behinderte Frauen und Mädchen unterliegen einem deutlich erhöhten Risiko sexualisierter Gewalt als Nichtbehinderte. Mangelnde sexuelle Aufklärung von Frauen mit Lernbehinderungen oder geistigen Beeinträchtigungen wie auch der tabuisierte Umgang mit Gewalt in Betreuungseinrichtungen erschwert das Erkennen und Benennen solcher Übergriffe. Verschwiegenheit und Unsicherheit im Umgang mit diesen Vorfällen kann einen zusätzlichen Nährboden für Missbrauch bereiten. Häufig gehen die unterschiedlichen Gewaltformen ineinander über und bewirken massive gesundheitliche Folgen.

Gesicherte repräsentative Daten zu dieser Thematik soll eine aktuell laufende Studie im Auftrag des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend liefern, deren Ergebnisse 2011 erwartet werden.

### **3.1 Wo begegnen Frauen/Mädchen mit Behinderung Gewalt**

Welchen Formen von Gewalt begegnen Frauen/Mädchen mit Behinderung? Die folgenden O-Töne aus der Beratungsarbeit des NetzwerkBüros dienen der Darstellung prägnanter Fallbeispiele von subjektivem Erleben verschiedener Gewaltformen.

Hier geht es um eine ungefilterte Definition des Gewaltbegriffes aus der Sicht betroffener Frauen.

#### **O-TON 1**

**Frau, 46 Jahre, von Geburt an körperbehindert 100 %, Spastik, zwei Kinder, alleinstehend, teilweise berufstätig**

„Gewalt hat viele Facetten! Zwei Formen der Gewalt haben in meinem Leben tiefe traumatische Spuren hinterlassen mit erheblichen Konsequenzen für mein ganzes Leben.

Die erste Traumatisierung habe ich in der Zeit vom ca. dritten bis zum elften Lebensjahr erfahren.

Wegen der Körperbehinderung bin ich achtmal operiert worden und unzählige Male in ärztlicher Behandlung gewesen. Die Sehnen wurden verlängert dann wieder verkürzt, ich habe im Spreizgips gelegen, der Urin lief in den Gips, keiner hat auf meine Schmerzen und Hilferufe reagiert, bis ich Geschwüre hatte. Ich war immer alleine, ich konnte mit dem Gips nicht laufen, so konnten sie mit mir machen was sie wollten. Einmal bin ich von einer Schwester in ein dunkles Zimmer geschoben worden und musste dort die ganze Nacht bleiben, allein ohne Rufsystem. Die Ärzte haben mit mir gemacht, haben über mich bestimmt. Meine Mutter konnte nicht bei mir sein sie lebte in einer anderen Stadt. Sie hatte noch zwei Kinder zu versorgen mein Vater war gestorben.

Ich lebte die Jahre mit totalem Heimweh, habe Ängste entwickelt, dass die Menschen die ich liebe nicht mehr wiederkommen, das ist immer noch so trotz Therapie. Ich bekomme immer noch totale Ängste, Schwindel und Magenschmerzen wenn ich ein Krankenhaus von innen sehe. Ich habe Angst vor der Zukunft, wenn ich nicht mehr so fit bin, was dann?

Meine zweite Gewalterfahrung ist die, dass ich seit meiner Kindheit sexuellen Übergriffen von Männern ausgesetzt war und manchmal noch bin, wenn ich nicht genauestens aufpasse. Ich werde von einigen Männern als leichte Beute gesehen, weil ich auf Gehhilfen gehe. Die packen mich mal schnell an, weil ich auf Gehhilfen stehe und mein Körper nicht blitzschnell reagieren kann, ich kann einfach nicht schnell einen Schritt zurück machen oder meine Hände zur Abwehr nutzen. Sie wollen mich oft berühren. Schlimm war, dass ein Arbeitskollege meines Vaters mich sexuell missbraucht hat, der dachte wie viele andere Männer, dass wir wegen der Behinderung nicht sexuell attraktiv sind und dass sie uns einen Gefallen tun, dass sie die Beglückter sind und wir froh sein müssen, durch sie noch was erleben zu dürfen!

Ich habe mich wehren gelernt und einen Angriff habe ich angezeigt.“

## **O-TON 2**

### **Frau, alleinstehend zwei Kinder**

„In der Klinik hatte man mir nach der Geburt meiner Tochter eine sogenannte Zyste aus dem Bein wegoperiert. Zwei Wochen später bekam ich einen Anruf, dass ich mir den Befund persönlich „abholen“ könnte. Als ich allein im Arztzimmer saß, kam ein Arzt und sagte nur: „Ich habe eine schlimme Nachricht für sie. Sie haben einen sehr bösartigen Tumor, sie haben noch sechs Wochen zu leben.“ Er ging aus dem Zimmer, um zu telefonieren. Ich dachte plötzlich, es ist Krieg und ich werde gefoltert. Der Arzt hat mich eine Stunde allein da sitzen lassen, er hat nicht mehr mit mir gesprochen. Ich bin wie betäubt aus der Klinik gelaufen. Zwei Wochen später wurde mir das Bein amputiert. Jetzt, nach 30 Jahren, sehe ich diesen Arzt immer noch vor mir und das was da passiert ist, ist in mir eingeebrannt. Man hat uns keine Hilfe angeboten. Das war Gewalt.“

## **O- TON 3**

### **Frau, 48 Jahre, alleinstehend, Rentnerin, körperbehindert**

„Ich bin seit dem 14. Lebensjahr behindert, aufgrund von Krebs wurde mir ein Bein amputiert. Seitdem werde ich von Männern verfolgt, die auf Frauen mit amputierten Gliedmaßen stehen, sogenannte Amelotatisten. Ich habe erst vor ein paar Jahren herausbekommen, dass es so etwas gibt. Nach jahrelanger Therapie begreife ich erst jetzt, alle meine Beziehungen zu Männern verliefen nach dem gleichen Schema. Sie behandelten mich als Objekt bis hin zu gewaltvollen Sexspielen, einer hat sich sogar selbst den Finger abgenommen. Irgendwann verließen sie mich und suchten eine andere behinderte Frau. Ich habe sehr gelitten und war lange psychisch krank. Jetzt verstehe ich, warum ich in der Schule, im Behindertensport und auf den Messen für behinderte Menschen immer wieder von denen angesprochen werde. Meine Gesundheit hat durch diese Erfahrungen sehr gelitten, ich musste wegen Depressionen in Rente gehen.“

### **O TON 4**

### **Frau, 40 Jahre, berufstätig, alleinstehend, ein Kind, körperbehindert**

„Ich musste immer mehr als 38 Stunden in der Woche arbeiten, sonst hätte ich das erforderliche Pensum nicht erfüllt. Manchmal habe ich über Monate 50 Stunden die Woche gearbeitet. Als ich nicht mehr so konnte, bin ich zu meinem Chef gegangen und habe um Verständnis gebeten, dass ich aufgrund meiner Behinderung so nicht mehr weiter machen kann. Darauf hat er geantwortet - und das zeigte seine Grundhaltung behinderten Menschen gegenüber, „dass er mir da nicht helfen könnte und dass wir doch alle eine Behinderung haben, er hätte 300.000 Euro Schulden, weil er sich ein Haus gekauft hat, das sei schließlich auch eine große Behinderung.“ Diese Verletzungen sind wie Messerstiche, das ist verbale Gewalt. Ich bin dann irgendwann mit Burn out ausgefallen und krank geworden und leider haben wir keine Schwerbehindertenvertretung, ich hätte ihn gerne wegen Diskriminierung angezeigt.“

### **O- TON 5**

### **Frau, 45 Jahre, körperbehindert, alleinstehend**

„Als ich zur Welt kam war klar, dass meine Mutter mich nicht wollte, sie versteckte mich und beschimpfte mich als Krüppel. Ich habe in meiner Familie viel Schläge und Gewalt erfahren. Ich wurde immer als doof hingestellt. Sätze wie „Unter Hitler hätte man euch vergast“ habe ich oft gehört.

Als ich 15 Jahre alt war wollte ich in eine normale Schule und Bürokauffrau werden, aber ich musste in eine Werkstatt für Behinderte.

Dort gab es einen Meister, der stand auf junge behinderte Frauen die nicht ganz fit im Kopf sind. Das war ich ja nicht. Aber er ließ nicht locker und bedrängte mich immer. Da ich nichts von ihm wollte, beschimpfte er mich ständig und gab mir schlechte Arbeit. Es war keiner da der mir half, meine Mutter erst recht nicht, die war froh dass ich weg war. Ich war immer traurig und wütend. Dann habe ich es doch geschafft aus der Werkstatt rauszukommen und jetzt arbeite ich in einer Verwaltung. Aber ich war Jahre nicht gut drauf und habe auch getrunken. Jetzt bin ich in psychologischer Behandlung, endlich habe ich eine Frau gefunden die mich ernst nimmt und mir hilft. Ich bin jedoch noch immer gefährdet in Gewaltsituationen herein zu rutschen, ich brauche wohl lebenslange Begleitung.“

## **O-TON 6**

### **Frau, 46 Jahre, verheiratet, 2 Kinder, auf Assistenz angewiesen, Lähmungen, Rollstuhlfahrerin, teilweise berufstätig**

„Strukturelle Gewalt ist schwer zu fassen, schwer zu erklären; für mich ist es vergleichbar mit dem Gefühl, dass mein Lebensalltag in Fesseln gelegt wird und ich Hausarrest bekomme wie die Frau des Friedensnobelpreisträgers in China. Sie lebt, darf sich aber nicht frei bewegen, sie ist ihrer Freiheit beraubt - das ist eine Form der Gewalt. So fühle ich mich z.B. wenn ich aufgrund baulicher Barrieren menschlicher Ignoranz nicht an Elternabenden, sei es in der Schule oder im Kindergarten, wenn ich nicht an Freizeitaktivitäten und Festen teilnehmen kann und wenn dann dazu die Lehrer oder Erzieherinnen meinen, wenn meine Kinder Probleme in der Schule oder Kindergarten haben, das läge daran, dass ich eine behinderte Mutter bin! Das ist für mich strukturelle Gewalt! Seelische Folgen davon sind Traurigkeit und Wut gepaart mit körperlichen Beschwerden (Magenschmerzen und Bluthochdruck). Dies sind für mich und meine Familie lang andauernde und schwere gesundheitliche Konsequenzen, die sich wiederum auch auf meine Behinderung auswirken! Dann fühle ich mich nicht nur ausgeschlossen, ich bin es dann: ausgegrenzt und ausgeschlossen.

Genauso ist es mit vielen Gynäkologen und Kinderärzten. Erstens sind die meisten nicht barrierefrei zu erreichen, zweitens vermitteln sie oft das Gefühl, dass eine behinderte Frau in unserer Gesellschaft kein Recht darauf hat, Mutter zu werden. Uns wird häufig das Recht auf Partnerschaft und Sexualität abgesprochen. Ich habe folgende Äußerungen zu hören bekommen: „Ein Krüppel sollte nicht Mutter werden.“ Und „Was du, dadurch dass du behindert bist, deinem Sohn angetan hast! Die armen Kinder bei der behinderten Mutter!“ Diese Aussagen, die mich schwer getroffen haben, sind für mich psychische Gewalt. Selbst von der eigenen Schwester bin ich „als nicht tauglich, als behinderte Frau Mutter zu sein“ bezeichnet worden.

Mit der Frauenrolle ist das sowieso so eine Sache, Aussagen von Menschen von früher bleiben in meiner Erinnerung haften, treffen mich immer noch mitten ins Herz „Für dieses hässliche Mädchen mit den Beinen braucht man keinen schönen Mantel kaufen“ oder“ Die bekommt doch keinen ab!“ haben meinen Selbstwert bestimmt.

Dann ist da noch etwas in meinem Leben womit ich „behindert sein und Gewalt erfahren“ immer verknüpfen werde. Seit dem sechsten Lebensjahr laufe ich an Krücken und ein Bein war in der Kindheit immer in Gips wegen Kinderlähmung.

Mein Vater hat meine Hilflosigkeit ausgenutzt und mich regelmäßig sexuell gedemütigt und missbraucht. Meine Mutter hat mir empfohlen die Augen zuzumachen, da sie den Vater mit drei Kindern, und davon noch eins behindert, nicht verlassen könne.

Auch heute ist es ein hochsensibles Thema, so z.B. bei der Lymphdrainage, so ist der Intimbereich dem Behandlungsbereich sehr nahe. Ein Masseur hat mir zwischen die Beine gefasst. Und der letzte Physiotherapeut ist wegen sexuellem Missbrauch an einer jüngeren Patientin aus dem Job geflogen.“

## **O-TON 7**

### **Mutter einer Tochter mit Down Syndrom (damals 11 Jahre)**

„Mir ist aufgefallen dass was nicht stimmte, als M. zu Hause so still wurde und nicht mehr so leicht auf uns zuing. Erst dachten wir, das sei der Beginn der Pubertät, als jedoch die Alpträume begannen und sie nicht mehr so gut schlief und im Schlaf stöhnte und sich viel bewegte, haben wir mit einer Lehrerin gesprochen. Die erzählte auch, dass ihr schon was aufgefallen ist. Nach langer Suche und viel Geduld mit unserer Tochter zeigte sie uns, was passiert war. Sie steckte sich Sachen in den Mund und weinte dann kräftig. Es stellte sich heraus, dass der Fahrer des Schulbusses unsere Tochter, die als letztes aussteigen musste, mit Gegenständen quälte, ihr Sachen in den Mund steckte und sie beschimpfte. Die Fahrer aus dieser Firma werden nicht überprüft, ob sie tauglich sind mit behinderten Menschen zu arbeiten.

Als wir das an die Öffentlichkeit brachten, begann eine grauenhafte Odyssee für uns. Schule, Polizei und Justiz beschäftigten uns Jahre. Der bestimmte Fahrer wurde dann nach längerer Zeit entlassen, man konnte ihm noch andere Taten nachweisen, es gab keine Entschädigung, keine Entschuldigung, nichts. Die Firma fährt immer noch für die Schule. Schlimm war es, dass uns keiner helfen konnte. Juristen die sich mit den Fällen des Missbrauchs beschäftigen, gibt es so gut wie nicht und auch die Selbsthilfe hat keine Beratung und juristische Hilfe in den Fällen.“

## **O- TON 8**

### **Frau, gehörlos, 46 Jahre, alleinstehend, ein Kind**

„Gewalt ist für mich Alltag, ich bin immer wegen meiner Gehörlosigkeit in Situationen gekommen, die mit Gewalt zu tun haben. Schon als kleines Kind auf der Straße wurde ich gemobbt. Als Schülerin verarscht und erschreckt. Man hat mich von hinten geschlagen, geschubst und gehänselt. Ich war die Doofe. Die Gehörlosenschule ist zwar eine Insel aber auf den Alltag hat sie nicht vorbereitet. Auch die Ärzte haben uns nicht geholfen, im Gegenteil. Sie wollten nur operieren und wehrten sich dagegen, dass ich die Gebärdensprache lerne. Wenn ich operiert wurde war keiner da, der sich mit mir verständigen konnte. Ich hatte so panische Angst vor Spritzen, aber keiner hat mir geholfen und meine Eltern waren überfordert. Dann ist da noch ein Problem mit der Partnerwahl: Hörende wollen mit uns nichts zu tun haben, außer dass sie mal gerne mit ner Behinderten schlafen wollen. Ich wusste nicht, dass es so ist. Mein letzter Partner hat mich geschlagen und mich immer wieder verletzt. Ich habe viele Tränen vergossen, es gab keine Beratung und Hilfe für uns junge Frauen. Jetzt lebe ich alleine.“

### **O- TON 9**

### **Frau, 58 Jahre, seit dem 27. Lebensjahr körperbehindert, zwei Kinder, verheiratet**

„Gewalt ist für mich die Summe von immerwährenden Diskriminierungen, der Endpunkt einer langen Kette von Verletzungen der Menschenwürde aufgrund der Behinderung. Meine Erfahrungen von struktureller Gewalt sind die über Jahre/Jahrzehnte prägenden Einflüsse und die Abhängigkeiten von Behörden, Bürokratie und Ärzten. Mit 27 Jahren, gerade Mutter geworden, plötzlich durch eine Amputation und Krebserkrankung schwer behindert, war ich ein „Fall“, gehörte von jetzt auf gleich zu der Randgruppe der Behinderten. Die Mitarbeiter der Ämter, Landschaftsverbände und Krankenkassen, die Ärzte und Techniker fingen an mein Leben zu bestimmen, mich von Gutachter zu Gutachter zu schicken, mit der Absicht, dass der Arzt und die Sachbearbeiter festlegen was, wie viel und ob ich überhaupt noch arbeiten kann und was gar nicht mehr ginge, dass ich, als damalige Hausfrau mit zwei Kindern, ein Auto bräuchte, ich müsse mit einem Rollstuhl zurechtkommen und da ich ja eine Prothese (die preiswerteste) tragen könne, würde ich auch keine Haushalthilfe benötigen. Auch entscheiden Gutachter und Sachbearbeiter darüber, ob ich Rente beantragen darf oder ob ich noch arbeitsfähig bin, ob ich überhaupt eine Berufsunfähigkeitsrente bekomme oder ob ich gleich in die volle geringe Rente gehöre, ob ich als behinderter Mensch das Recht auf eine etwas größere Wohnung habe, ob ich überhaupt noch studieren kann da ich doch eine behinderte Mutter bin. Die Liste der Fremdbestimmungen und Abhängigkeiten ist endlos, sie füllt Jahre. Der Zeitaufwand für diese bürokratischen Wege ist endlos. Der Verlust von Kraft ist bemerkbar- macht krank. Man fühlt sich wie geschlagen!

Körperlich und seelisch. Als ich mit starken Herz-und Kreislaufbeschwerden im Krankenhaus landete, fragte der Neurologe „Sie haben Stress mit was? - Mit der Deutschen Rentenversicherung wegen der Rente. - Ach dann ist alles klar. Dann brauchen wir nicht mehr forschen.“

### **3.2 Welche Folgen bewirkt Gewaltausübung für die Opfer/Betroffenen?**

Gewalt hat massive gesundheitliche Folgen. Diese reichen von körperlichen Verletzungen, somatischen und psychosomatischen Beschwerden, psychischen Störungen und Erkrankungen bis zum Tod. Hervorzuheben sind hier im Besonderen:

- Angstsymptome und Schlafstörungen
- Posttraumatisches Belastungssyndrom
- Beziehungs- und Sexualitätsstörungen
- Depressionen und Suizidalität
- Längerfristiger Gebrauch von Psychopharmaka
- Suchtgefährdung und andere gesundheitsgefährdende Bewältigungs-strategien wie Essstörungen oder selbstverletzendes Verhalten
- Chronische Schmerzen

(vgl. Hagemann-White/Bohne 2003)

Bei Frauen und Mädchen mit Behinderung ist zu berücksichtigen, dass körperliche und psychische Behinderungen auch eine Folge früherer Gewalterfahrungen sein können (vgl. Gesundheitsberichterstattung des Bundes - Heft 42).

Ein z.Zt. im NetzwerkBüro durchgeführtes Projekt weist nach, dass das Leben mit einer Behinderung/chronischer Erkrankung von vielfältigen stresserzeugenden Faktoren geprägt ist. Diese treten in Form gesellschaftlicher Ausgrenzung - bis hin zu Diskriminierung aufgrund körperlicher oder geistiger Beeinträchtigung - sowie einem Mangel an psychosozialer Unterstützung bis hin zu Isolation und Vereinsamung, auf. Im Hinblick auf die Entstehung von Depressionen spielen körperliche Beeinträchtigungen sowie chronische Erkrankungen oder Behinderungen eine große Rolle. Dies ist vor allem der von Bedeutung, wenn kein soziales Unterstützungsnetzwerk vorhanden ist. Kommt in solchen Fällen die Erfahrung von Gewalt hinzu, bricht häufig ein mühevoll aufrechterhaltenes System von Lebens- und Krankheitsbewältigung zusammen. Die ärztliche Befunderhebung von Symptomen, als Folgen von Gewaltausübung, stellt besondere Anforderungen an medizinisches Personal. Häufig können diese Symptome fälschlicherweise als Folgen und Begleiterscheinungen der Behinderung gewertet werden.

### **3.3 Entstehungsbedingungen von Gewalt gegen Frauen mit Behinderungen und chronischen Erkrankungen**

#### **3.3.1 Erklärungsansätze zur Entstehung von Gewaltverhalten**

Zur Erklärung von Gewaltverhalten stehen die unterschiedlichsten theoretischen Ansätze zur Verfügung (vgl. Korn/Mücke 2006). Wohl am bekanntesten sind die Theorien des sozialen Lernens, wonach Gewalt nicht eine mechanistische Reaktion auf äußere Einflüsse, Reize und Störungen ist, sondern ein im Lernprozess erworbenes Verhalten. Hiernach führt die positive Bewertung destruktiver Formen der Aggressionsausübung in sozialen Systemen dazu, dass der Wunsch der Beteiligten nach sozialer Anerkennung und Gruppenzugehörigkeit normbildend in Richtung Gewalt wirkt. Gewalt in derartigen Einrichtungen wird „normal“.

Nach einem anderen, sehr verbreiteten, Ansatz entsteht Gewalt bei Menschen, wenn ihre Lebensumstände ihnen keine Chance lassen, die verinnerlichten Ziele mit „legalen“ Mitteln zu erreichen. Gewalt wird insofern als Ausweg, z.B. aufgrund von Überforderung, beschrieben. Der sogenannte Labeling-Approach-Ansatz hingegen verweist darauf, dass Gewalt auch das Ergebnis sozialer Definitionsprozesse sein kann: Wird Menschen Gewalttätigkeit zugeschrieben, dann bleibt dies nicht ohne Einfluss auf ihr Selbstbild. Wird Gewalt in der Pflege zum Normalfall stilisiert, dann kann dies nach diesem Ansatz das Verhalten der Pflegenden in Richtung Gewalt bestimmen.

Als letztes ist noch die sogenannte Dominanztheorie zu nennen, welche wiederum die Quelle von Gewalt in der Existenz von Dominanzkulturen sieht, die die Beteiligten lehren, Menschen als ungleichwertig wahrzunehmen. Im Hinblick auf Frauen mit Behinderungen kommt neben patriarchalisch begründeten Dominanztendenzen auch der Aspekt von Verkindlichung von Behinderten als Quelle der Gewaltentstehung in Betracht.

#### **3.3.2 Gewaltentstehung in Beziehungen am Beispiel von Gewalt in der Pflege**

In unterschiedlichen Abstufungen prägt der Aspekt des Hilfe- und Unterstützungsbedarfs die Lebenssituation von Frauen mit Behinderung/chronischer Erkrankung, je nachdem, ob Pflegebedürftigkeit, Assistenz- oder Beratungsbedarf besteht.

Frauen mit Behinderung/chronischer Erkrankung interagieren dabei unter anderem mit Pflegenden/pflegenden Angehörigen, Assistentinnen und Assistenten etc.

Es können zwischenmenschliche Konflikte entstehen, die Missverständnisse zu Aggressionen und Gewaltereignissen eskalieren lassen. Dabei ist eine eindeutige Täter-Opfer-Rollenzuweisung oft nicht



möglich, da die Konflikte sich zumeist durch gegenseitige, fehlgeleitete Interaktionen bedingen (vgl. Korn/Mücke 2006; Grond 2007). Eine Behinderung oder eine chronische Erkrankung ist nicht selten die Grundlage für asymmetrische Machtbeziehungen, die zur Eskalation von Aggressionen zwischen Gepflegten und Pflegenden führen (vgl. Schulz 2006). Dies ist beispielsweise der Fall, wenn Pflegende das Verhalten des behinderten Menschen, z.B. die fehlende Kooperation beim Waschen, als nicht angemessen oder gar als Provokation empfinden und daraufhin psychische oder physische Gewalt anwenden.

Frauen mit Behinderung/chronischer Erkrankung, ihre Unterstützungspersonen und ihre Angehörigen sind daher als Teil eines Interaktionsprozesses möglicher Gewaltentstehung zu sehen. Positiv gewendet kann die Gewaltprävention besonders erfolgreich sein, wenn sie frühestmöglich in diesen Interaktionsprozess eingreift. Dies weist gleichzeitig den Weg für die Ansatzpunkte der Selbsthilfe bei der Prävention von Gewalt gegen Frauen mit Behinderung/chronischer Erkrankung.

### **3.3.3 Ausgangsfaktoren möglicher Gewalteskalation**

a) Aggressionen gegen Frauen mit Behinderung/chronischer Erkrankung in der Pflege

Frauen mit Behinderung können in der Pflege vielfältigen Aggressionsformen ausgesetzt sein (vgl. Grond 2007; Schulz 2006). Dies beginnt im Bereich der Kommunikation durch unaufgefordertes Duzen, Verniedlichungen und respektlose Anreden („Omilein“), durch Anschreien, Beleidigungen, Rügen vor anderen Menschen, die Weigerung die Brille zu putzen oder das Hörgerät einzustellen sowie einfach durch Nichtbeachtung. Auch in weiteren - zum Teil auch existenziellen - Bereichen der Pflege wird Gewalt ausgeübt. So werden häufig ohne richterliche Genehmigung Bettgitter benutzt oder Türen abgesperrt. In der Körperpflege kommt es zum Zwang oder sogar zur Verweigerung derselben. Zum Teil kann es zu Verweigerung ärztlicher Versorgung oder unangemessener Kleidung - beispielsweise im Winter - kommen. Entsprechende Aggressionsformen gibt es im Bereich des Essens und Trinkens bei Verweigerung oder Zwang zur Nahrungsaufnahme, zu kurzen oder zu langen Abständen zwischen den Mahlzeiten oder sogar der Zwangsernährung mittels einer PEG-Sonde.

Im Bereich der Tagesgestaltung können unangemessene Weckzeiten, das Vorenthalten oder der Zwang zur Teilnahme an Feierlichkeiten oder Beschäftigungsprogrammen (z.B. Weihnachtsfeiern), Aggressionsformen sein.

Im psychischen Bereich kommen auch die Nichtbeachtung von Ängsten, Sorgen oder Schmerzen sowie die gezielte Verbreitung von

Hoffnungslosigkeit („Dich besucht ja sowieso niemand“) als Aggressionsform in Betracht.

Spezifische Aggressionsformen gegen Frauen mit Behinderung betreffen insbesondere den Bereich der sexuellen Selbstbestimmung und Intimsphäre. Hierzu zählen die Verletzung des Schamgefühls z.B. bei der Intimwäsche, kein geschlechterspezifischer Einsatz des Personals, die Nichtbeachtung von sexuellen Bedürfnissen oder Verhaltensweisen, die diese Bedürfnisse der Lächerlichkeit preisgeben.

Zuletzt sind noch strukturelle Faktoren zu nennen, wie die dauernde Berieselung mit Musik, zu starke oder zu schwache Beleuchtung, das Eintreten ohne vorheriges Klopfen und vor allem das Zusammenlegen von Personen in ein Doppelzimmer, die sich bekanntermaßen unsympathisch sind.

Die Liste von Aggressionsformen bzw. Gewalt in der Pflege könnte an dieser Stelle noch ergänzt werden, es kann jedoch auch anhand der aufgeführten Beispiele ein guter Eindruck gewonnen werden, an wie vielen Stellen Mädchen und Frauen mit Behinderungen/chronischer Erkrankung von Gewalt in der Pflege betroffen sein können.

#### b) Gewalt begünstigende Rahmenbedingungen

Insbesondere in der Pflege findet die Beziehung zwischen Pflegebedürftigen und Pflegenden oft unter dem Vorzeichen von Zeitmangel, Kostendruck und einem angespannten Arbeitsklima statt. Es kommt zu einer Diskrepanz zwischen Anspruch und Machbarkeit, zu einem Empathieschwund sowie zu einer Werte- und Sinnkrise (vgl. Grond 2007; Schulz 2006). Im Bereich der häuslichen Pflege werden Gewalteskalationen oft durch Faktoren wie beengte Wohnverhältnisse, problematische Beziehungsbiografien oder Stress durch die Doppelbelastung der Pflegenden, durch Pflege und Beruf begünstigt.

## 4. HANDLUNGSBEDARFE ZUR PRÄVENTION VON GEWALT GEGEN FRAUEN/MÄDCHEN MIT BEHINDERUNG

Grundsätzlich werden drei Formen der Gewaltvorbeugung unterschieden. In der **Primärprävention** wird versucht Gewalt zu verhindern, in der **Sekundärprävention** geht es darum, im Notfall zu deeskalieren und in der **Tertiärprävention** soll Rückfällen durch Nachbereitung vorgebeugt werden (vgl. Grond 2007).

### 4.1 Primärprävention im Bereich Pflege und Assistenz

Wesentlicher Bestandteil einer Primärprävention ist zunächst die Bewusstmachung von Aggressionspotentialen auf Seiten der

Unterstützungspersonen von Frauen mit Behinderung/chronischer Erkrankung sowie Wissensvermittlung über Entstehungs- und Eskalationsmechanismen von Gewalt.

Die Beteiligten können lernen, dass Aggressionspotentiale in jeder Stufe kontrolliert und gehemmt werden können sowie, dass es nicht zwangsläufig zum Gewaltausbruch kommen muss.

Diese Ausführungen gelten auch für Personal in über die Pflege hinausgehenden Bereichen: z.B. in Förderschulen, Werkstätten für behinderte Menschen, Berufsbildungs- und Berufsförderungswerken, Internatseinrichtungen.

## **4.2 Sekundärprävention**

In der Praxis fehlen häufig Deeskalationsinstrumente. Der Erfahrungsaustausch in der Selbsthilfe ermöglicht es, bezogen auf die einzelnen Behinderungsarten bei Frauen mit Behinderungen und ihren Angehörigen das Wissen zu verbreiten, welche Handlungsmöglichkeiten schon unmittelbar bei der Entstehung von Gewaltsituationen bestehen (z.B. Selbstkontrollpläne).

Basierend auf den vielfältigen Erfahrungen der in der Selbsthilfe zusammenwirkenden Menschen, können Selbsthilfeorganisationen Deeskalationstrainings erarbeiten und den Konfliktparteien bzw. Einrichtungen anbieten. Zielsetzung der Deeskalationstechniken ist die Kontrolle des eigenen Verhaltens um damit die Situation zu entschärfen. Elemente sind ein angemessenes Verhältnis von Nähe und Distanz zum Aggressor, eine angemessene Körpersprache sowie ein angemessenes Kommunikationsverhalten (Korn/Mücke 2006).

Durch die bestehenden bzw. noch aufzubauenden Kontakte zu Unterstützungspersonen und Einrichtungen, kann die Selbsthilfe das Wissen zu sekundärpräventiven Interventionsmöglichkeiten bei der Entstehung von Gewalt gegen Frauen mit Behinderungen im Wege von Information und Beratung verbreiten und so in einen fortlaufenden Dialog mit diesen Akteuren und Akteurinnen zum Thema eintreten.

Vertreterinnen und Vertreter der Selbsthilfe können von den Konfliktparteien zur Deeskalation, Moderation und Mediation hinzugezogen werden.

Künftige, schwierige Situationen können unter Beteiligung von Vertreterinnen und Vertretern der Selbsthilfe vorbesprochen werden.

## **4.3 Tertiärprävention/Erstintervention**

Um insbesondere den Frauen mit Behinderung nach geschehener Gewalt eine behinderungsspezifische Anlaufstelle zu bieten, können Selbsthilfeorganisationen und Selbsthilfegruppen Schutz- und Hilfetelphone

sowie Kriseninterventionszentren anbieten.

Ferner können Opferunterstützungskurse angeboten werden. Diese verfolgen mehrere Zielsetzungen:

- Opfer müssen nicht mehr schweigen. Es wird ein Rahmen geschaffen, der es erlaubt, über eigene Verletzbarkeiten, Gefühle von Angst, Hilflosigkeit und Unsicherheit reden zu können.
- Frauen mit Behinderungen und chronischen Erkrankungen können lernen, Bedrohungssituationen und Aggressormotivationen einzuschätzen und entsprechende eigene schützende Strategien zu entwickeln.
- Die Selbsthilfeorganisationen signalisieren mit ihren Angeboten, dass sie der Gewalt gegen ihre Mitglieder entgegensteuern wollen. Opfer finden Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartner und stehen nicht im Abseits. (vgl. Korn/Mücke 2006)

In der ersten Phase des Kurses werden die bisherigen Erfahrungen der Frauen mit Gewaltsituationen aufgegriffen und ernst genommen. Diese Erfahrungen treffen auf eine Atmosphäre der Akzeptanz und der Parteilichkeit. Die Frauen fühlen sich nicht mehr vereinzelt, eigene Schuld- und Schamgefühle verlieren an Bedeutung. Im weiteren Verlauf werden die bisherigen Ressourcen der betroffenen Gewaltopfer hervorgehoben. Diese Ressourcen sollen wertgeschätzt werden.

In der zweiten Phase werden Bedrohungssituationen an konkreten Beispielen aufgezeigt, damit die Frauen Handlungsabläufe von Aggressoren besser einschätzen können.

In der dritten Phase werden beispielhaft Bedrohungssituationen durchgespielt und Handlungsmöglichkeiten praktisch eingeübt. Eine derartige Nachbereitung von Gewaltereignissen findet in der Praxis bislang nur sehr selten statt.

In diesem Zusammenhang ist auch das Training in gewaltfreier Kommunikation nach Rosenberg als Präventionsmethode zu erwähnen, ebenso wie Selbstbehauptungs- und Selbstverteidigungskurse, die durch den Landessportbund NRW angeboten werden.

Siehe hierzu ergänzend Kapitel 8, in dem mit seinen Handlungsempfehlungen vielfältige weitere Bereiche von Handlungsbedarfen aufgezeigt werden.

## **5. ZUM METHODISCHEN VORGEHEN IM PROJEKTVERLAUF**

### **5.1 Initiierende Aktivitäten**

Zu Beginn des Projektes mussten verschiedenste Vorarbeiten geleistet werden, um das Projekt bekanntzumachen und eine umfassende Vernetzung in die Wege zu leiten.

### **5.1.1 Umfangreiche Recherchen zu themenbezogenen Projekten, Akteuren und Akteurinnen sowie Einrichtungen**

Zur Einarbeitung in die Thematik wurde umfassende Grundlagenliteratur sowie aktuelle Veröffentlichungen zum Thema gesichtet und ausgewertet (siehe Literatur- und Publikationsverzeichnis). Zusätzlich wurden andere Projekte, die sich mit ähnlichen Inhalten befassen, recherchiert und zum Teil kontaktiert.

Ein Besuch der beiden Projektmitarbeiterinnen bei der Fachstelle Behinderung und Sexualität in Basel diente dazu, die Erfahrungen und Anregungen einer Koryphäe auf dem Gebiet der Gewaltprävention und -intervention, Dr. Ahia Zemp, in das Projekt einfließen zu lassen.

### **5.1.2 Erarbeitung einer Gewaltdefinition**

Auf Grundlage der genannten Aktivitäten wurde eine dem Projekt zugrunde liegende Gewaltdefinition erarbeitet.

Diese beschreibt Gewalt gegen Frauen als eine komplexe Form der Verletzung der körperlichen und seelischen Integrität. Dazu gehören alle Formen **physischer, psychischer und sexualisierter Gewalt sowie die ökonomisch-finanzielle und soziale Diskriminierung, als auch strukturelle Gewalt**, die als Grundlage für individuelle Gewalthandlungen angesehen werden kann. Die verschiedenen Formen der Gewalt sind meist nur schwer voneinander abgrenzbar. Häufig gehen sie in der Realität ineinander über und beinhalten gleichzeitig mehrere Gewaltaspekte (s. Anhang b).

### **5.1.3 Erarbeitung eines Konzeptes**

Auf Grundlage des Bescheides zur Bewilligung des Projektes und der entsprechenden Zielvorgaben wurde ein Projektkonzept entwickelt.

Mit dem Projekt sollten positive Ansätze zur Gewaltbekämpfung optimiert und gebündelt, das Selbsthilfepotential betroffener Frauen gestärkt, Qualitätsstandards zur Verbesserung der Beratungs- und Unterstützungsarbeit entwickelt, Handlungsmöglichkeiten in Gewaltsituationen verbessert und gesellschaftliche Vorurteile abgebaut werden. Mit dem Projekt sollten verschiedenste Zielgruppen erreicht werden.

### **5.1.4 Abstimmung, Entwurf und Versand eines Projektflyers**

Zur Information der Selbsthilfeorganisationen behinderter und chronisch kranker Menschen, aber auch der unabhängigen Selbsthilfeverbände wurde ein Flyer erarbeitet, der in kleinerer Auflage gedruckt, zum größten Teil aber als pdf-Dokument zur weiteren Vervielfältigung den Verbänden zur Verfügung gestellt wurde. Diese sollten ihn bundesweit an ihre Untergliederungen bzw. einzelne Mitglieder weiterleiten können. Der (digitale) Flyer stellt kurz und knapp die Inhalte des Projektes dar und begleitete das Projekt während seiner gesamten Laufzeit.

Im Sinne der Barrierefreiheit wurde der Projektflyer in Leichte Sprache übersetzt. Auf diese Weise wurde gewährleistet, dass die Informationen betroffenen Frauen mit Lernbehinderung zugänglich gemacht werden konnten.

Die Reaktionen auf den Flyer und die Projektinformation waren bundesweit sehr zahlreich und vielfältig, von größeren Projekten sowohl aus dem Bereich der Selbsthilfe als auch auf der Ebene unterschiedlichster Verbände und Vereine über Trainingsprogramme für Selbstverteidigung bis hin zu Einzelpersonen, die Angebote zur Gewaltprävention erarbeiten oder mittelbar und unmittelbar betroffen sind. Das Interesse an Zusammenarbeit war und ist sehr groß. Der Verteiler wurde ständig erweitert und aktualisiert.

### **5.1.5 Umfrage zur Awareness des Gewaltthemas in den BAG Selbsthilfeverbänden**

Um die Situation der Selbsthilfe zu diesem Themenbereich in allen BAG Selbsthilfeverbänden zu erfassen, führte das Projektteam im Frühjahr 2009 eine Umfrage zur Awareness des Gewaltthemas durch. Zu diesem Zweck wurde ein Fragebogen an 124 Selbsthilfeverbände verschickt, der sich inhaltlich damit auseinandersetzte, ob und wie Gewalt gegen behinderte und chronisch kranke Menschen ein Thema in dem jeweilig befragten Verband/Verein ist (s. Anhang d).

Als Grundlage für die Auswertung standen 50 Rückmeldungen zur Verfügung, aus denen ersichtlich wurde, dass Gewalt in vielen Verbänden/Vereinen bereits Thema ist, der Umgang mit dieser Gewaltproblematik jedoch noch ausweitungsfähig erscheint. Beispielsweise gaben nur 19 von 50 Verbänden an, einen Ansprechpartner bzw. eine Ansprechpartnerin für Gewaltprobleme zu haben und nur 12 Verbände bejahten die Frage, ob es gegebenenfalls Maßnahmen zur Gewaltprävention gäbe (s. Anhang e).

Augenfällig erscheint die relativ hohe Anzahl an „Nicht-Antworten“ (zwischen zwei und neun) bei nur 50 Rückmeldungen (s. Anhang e). Die Rückmeldungen aus den Selbsthilfeverbänden haben gezeigt, dass das Thema Gewalt gegen behinderte Menschen in den deutschen Selbsthilfeverbänden behinderter und chronisch kranker Menschen und ihrer Angehörigen zwar nicht neu, Gewalt gegen behinderte Frauen

dagegen längst nicht in allen Verbänden präsent ist. Da sind beispielsweise die Bundesverbände kleinwüchsiger, körperbehinderter, geistig behinderter, rheumakranker, blinder, hörbehinderter und psychiatrieerfahrener Menschen, die überwiegend Selbstbehauptungskurse, Mobilitätstrainings oder Kommunikationsseminare für ihre Mitglieder anbieten, um so möglicher Gewaltgefahr zu begegnen. Frauen- bzw. Mädchenspezifische Angebote werden auf Bundesebene bisher kaum gemacht.

Die Umfrage bestätigt demnach die Wichtigkeit des Projektes: Das Thema Gewalt gegen Frauen und Mädchen mit Behinderungen ist eindeutig noch nicht im Bewusstsein der Selbsthilfe, geschweige denn der Öffentlichkeit angekommen. Daher war es im Projektverlauf unerlässlich, zunächst zahlreiche Informationen zu der komplexen Thematik zusammenzutragen und einen Prozess der Bewusstmachung innerhalb der Selbsthilfeverbände zu unterstützen.

## **5.2 Aufbau einer bundesweiten Vernetzungsstruktur**

Erste Kontakte wurden aufgenommen zu den Bundesverbänden der Selbsthilfe, der BAG SELBSTHILFE und des Deutschen Behindertenrates und damit neben der organisierten auch die unabhängige Selbsthilfe in der Interessengemeinschaft Selbstbestimmt Leben (ISL), Allgemeiner Behindertenverband in Deutschland (ABiD) und im bundesweit agierenden „Weibernetz“ sowie die großen Sozialverbände Sozialverband Deutschland (SoVD) und Sozialverband VDK Deutschland erreicht sowie zu selbst betroffenen Expertinnen und Experten aus dem Bereich der Selbsthilfe behinderter und chronisch kranker Menschen und ihrer Angehörigen.

Unter Einbeziehung der Landesnetzwerke und des Bundesnetzwerkes für Frauen mit Behinderung hat das Projektbüro zunächst am Aufbau einer Vernetzungsstruktur gearbeitet, Adressen zusammengetragen um einen bundesweiten Verteiler zu erstellen, erste Kontakte zu Expertinnen aufgenommen und unterschiedliche Gespräche geführt. Unter anderem nahm eine Vertreterin des Projektbüros auch am WHO-Kongress „Gewalt macht krank“ Ende Oktober 2008 Bonn teil.

Das Projekt wurde auf der REHACARE INTERNATIONAL im Oktober 2008 in Düsseldorf vorgestellt, ebenso beim Bundestreffen des Weibernetzes in Berlin, beim Frauenausschuss der Stadt Düsseldorf und bei der Ausstellungseröffnung „Standpunkte gegen Gewalt“ beim Landschaftsverband Westfalen-Lippe. Ebenso beim Jahresplenum des Netzwerkes Frauen und Mädchen mit Behinderung und chronische Erkrankung NRW sowie bei den Mitgliederversammlungen der LAG SELBSTHILFE NRW. Außerdem wurde das Projektteam von der LAG SELBSTHILFE SACHSEN nach Dresden eingeladen, um dort im Rahmen des Fachteils der Jahreshauptversammlung für das Thema Gewalt an

behinderten Frauen zu sensibilisieren und das Projekt „Laut(er)starke Frauen“ vorzustellen. Dies macht erneut den multiplikatorischen Effekt des Projektes deutlich.

Darüber hinaus wurden Informationen regelmäßig bei der Gremien- und Ausschussarbeit des NetzwerkBüros Frauen und Mädchen mit Behinderung/chronischer Erkrankung NRW sowie der LAG SELBSTHILFE NRW und der BAG SELBSTHILFE verbreitet.

Die Reaktionen auf die Projektinformationen waren sehr zahlreich und vielfältig, der Verteiler wurde beständig erweitert.

### **5.2.1 Vernetzungstreffen**

Über das Projekt informiert und eingeladen zur Mitarbeit wurden alle 107 Bundesverbände, die 14 Landesarbeitsgemeinschaften und die vier bundesweit arbeitenden Fachverbände der BAG SELBSTHILFE. Damit ist die gesamte bundesweit arbeitende Selbsthilfe behinderter und chronisch kranker Menschen und ihrer Angehörigen in Deutschland zur Beteiligung eingeladen worden.

Projektidee und Projektziele wurden oft im Erstkontakt besprochen und die Erfahrungswerte der Verbände mit in den weiteren Projektablauf eingearbeitet. Bundes- und Landesorganisationen, vor allem frauen- und frauengesundheitsspezifisch arbeitender Vereine und Beratungsstellen, die insbesondere umfassend zum Thema arbeiten, wurden recherchiert und es wurde Kontakt aufgenommen.

#### Vernetzungstreffen I:

Die Auftaktveranstaltung, das erste Vernetzungstreffen des Projekts „Laut(er)starke Frauen“, fand am 18.02.09 in Düsseldorf statt. Die Teilnehmerinnen kamen aus dem Bereich der Selbsthilfeorganisationen behinderter und chronisch kranker Menschen und ihrer Angehörigen, der unabhängigen Selbsthilfeverbände sowie aus frauenspezifischen Beratungs- und Bundes-Fachstellen (s.6.1). Dieses Treffen diente vornehmlich der persönlichen Vorstellung der Projektbeteiligten und – verantwortlichen, dem Kennenlernen der Teilnehmerinnen, der gemeinsamen Abstimmung des Verlaufs der weiteren Vernetzung und der Abstimmung weiterer Treffen. Zur Information der Vernetzungsteilnehmerinnen wurden umfangreiche Materialien zum Gewaltthema zur Verfügung gestellt.

#### Vernetzungstreffen II:

Das zweite Vernetzungstreffen zum Thema „Häusliche Gewalt gegen behinderte Frauen - Gesundheitliche Folgen – Strategien der Selbsthilfe zur Prävention“ fand am 27.05.2009 in Kassel statt. Nach einer Einführung in das Thema durch Frau Metz vom Bundesministerium für Gesundheit, stellte sich das Projekt „gesine netzwerk gesundheit“ als ein anerkanntes



Modell guter Praxis für multiprofessionelle Vernetzung und Kooperation als Voraussetzung einer erfolgreichen Gewaltinterventionsstrategie vor. Es stellte seine Arbeit sowie aktuelle Forschungsergebnisse zur Thematik „Gewalt im Geschlechterverhältnis“ vor. Die besonderen Bedingungen und Bedürfnisse von Frauen mit Behinderung in den Focus ihrer Arbeit mit aufzunehmen, ist Ziel der Kooperation von „gesine netzwerk gesundheit“ (s. 7.1) mit dem Projekt „Laut(er) starke Frauen“.

Als Beispiel guter Praxis stellte eine lokale Selbsthilfegruppe Gehörlose Frauen ihre Broschüre „Häusliche Gewalt. Informationen für gehörlose Frauen in Münster“ vor (s.7.1).

Der Bundesverband der Frauenberatungsstellen stellte die Ergebnisse seiner Umfrage zur Barrierefreiheit von Frauenberatungsstellen/ Frauennotrufen zur Diskussion.

#### Vernetzungstreffen III:

Das dritte Vernetzungstreffen fand am 25.08.2009 in Hannover statt zum Thema „Psychische Gewalt gegen Frauen mit Behinderung/chronischer Erkrankung“. Hierbei präsentierte das Projekt „gesine netzwerk gesundheit“ die Ergebnisse der Fachtagung „Nicht nur seine Schläge verletzen“ – psychische Gewalt und ihre Folgen.

Eine Vertreterin des Bundesverbandes der Angehörigen psychisch Kranker berichtete über die Auseinandersetzung des Verbandes mit dem Thema Gewalt. Hierbei wurde deutlich, dass einerseits Gewalterfahrungen psychische Erkrankungen auslösen können und andererseits psychisch Erkrankte ein Risiko haben, Opfer von Gewalt zu werden. In der Diskussion ging es u.a. um die Stärkung der Angehörigen psychisch Erkrankter als Maßnahme primärer Gewaltprävention.

Anschließend präsentierte die Gerichtsmedizinerin Frau Dr. Graß ihre Arbeit im Institut für Rechtsmedizin in der Uniklinik Düsseldorf unter besonderer Berücksichtigung der primären, sekundären und tertiären Präventionsebene.

#### Vernetzungstreffen IV:

Das vierte Vernetzungstreffen fand am 24.09.2009 in Münster statt zum Thema „Gewalt gegen Frauen mit Behinderung/chronischer Erkrankung in Einrichtungen und in der Pflege - Gesundheitliche Folgen - Strategien der Selbsthilfe zur Prävention.“

Als Beispiele guter Praxis präsentierten sich in der ersten Tageshälfte der Bundesverband Psychiatrieerfahrener sowie das Weglaufhaus „Villa Stöckle“ in Berlin als Komplementärangebot in der Versorgung Psychiatrieerfahrener.

Am Nachmittag wurde die Arbeit des Vereins „Handeln statt misshandeln“-Bonner Initiative gegen Gewalt im Alter e.V. vorgestellt. Der HsM thematisiert und analysiert die gewaltbegünstigenden Mängel struktureller Rahmenbedingungen in der Pflege. Zudem wurde eine beispielhafte Broschüre des Bremer Forums gegen Gewalt in Pflege und Betreuung vorgestellt und diskutiert.

Darüber hinaus wurde eine gemeinsame Stellungnahme zum Internationalen Tag gegen Gewalt an Frauen abgestimmt. Ein neuer Vernetzungspartner war der deutsche Gehörlosenbund e.V. mit der Vertretung seiner Öffentlichkeitsbeauftragten, die das Ziel des Verbandes formulierte, häusliche Gewalt gegen Frauen stärker als Thema zu forcieren und Sensibilisierungs- und Vernetzungsarbeit mit Verbänden und Gruppen für Hörende voranzutreiben. Ebenso neu vertreten war der Verein Wildwasser Bochum. Die Beratungsstelle berücksichtigt in ihrer Arbeit bereits auch Gewalt gegen Frauen mit Behinderung, hält Angebote für diese Betroffenenengruppe vor und sucht daher den Austausch mit behindertenspezifischen Einrichtungen.

## **5.2.2 Vernetzungserfolge**

Im Projektzeitraum haben vier Vernetzungstreffen stattgefunden. Bei diesen wurde einerseits ein Überblick über verschiedene Behinderungsformen und ihre spezifischen Gewaltgefahren und -erfahrungen gegeben, als auch Defizite bei der gegenwärtig als mangelhaft empfundenen Interventionspraxis aufgezeigt sowie Präventions- und Interventionsansätze als Beispiele guter Praxis vorgestellt und gesammelt.

Die Vernetzungstreffen haben zudem dem intensiven Austausch der Vernetzungspartnerinnen gedient und somit die Gründung eines bundesweiten Netzwerkes gegen Gewalt an Frauen und Mädchen mit Behinderungen initiiert.

Die Vernetzungstreffen machten folgendes deutlich: es besteht ein hoher Bedarf, über erlebte Gewalt offen zu reden und sich auszutauschen. Die Erfahrungen von Angeboten für nichtbehinderte Frauen mit erlebter Gewalt zeigen, dass Frauen, die Informationen über die verschiedenen Formen von Gewalt, über Kontaktadressen zu Hilfsangeboten oder spezielle Therapeuten und Therapeutinnen zur Hand haben, eher in der Lage sind, sich präventiv Hilfe zu organisieren und nicht wieder Opfer zu werden. Für die Selbsthilfe behinderter Frauen bedeutet dies unter anderem, dass bestehende Hilfestrukturen (Frauenberatungsstellen, Frauenhäuser, Krankenhäuser) im weitest gehenden Sinne barrierefrei gestaltet werden müssen, so dass sowohl sinnesbehinderte, wie körperbehinderte, wie Frauen mit Lernschwierigkeiten dort tatsächlich Unterstützung erfahren können. Das Projekt hat den Weg zu einer inklusiven Betreuung gewalterfahrener Frauen mit Behinderung und chronischer Erkrankung geebnet. Dies konnte durch die Zusammenarbeit mit den entsprechenden Organisationen bei den vorgestellten Vernetzungstreffen geschehen, die den Austausch von Informationen und Sensibilisierung beteiligter Organisationen für die Bedürfnisse und Anforderungen behinderter Menschen und ihrer Angehörigen sicherstellten.

Beim Diskussionen über das Thema psychische und strukturelle Gewalt gegen behinderte und chronisch kranke Frauen wurde deutlich, dass Frauen mit körperlichen und psychischen sowie hör- und geistigen Behinderungen, von sehr spezifischen Gewaltformen betroffen sind, die möglicherweise bei einer Frau die sehen oder gehen kann, überhaupt nicht wirken. Gewaltbegünstigend ist für behinderte und chronisch kranke Frauen zudem die Abhängigkeit von Hilfsmitteln oder die oft nicht vorhandene Kontrolle über das eigene Budget.

An den Vernetzungstreffen wurden zahlreiche Beispiele guter Praxis zusammengetragen, diskutiert und auf ihre Übertragbarkeit geprüft. Als übertragbares Beispiel für eine Informationsschrift über häusliche Gewalt stellten beispielsweise die gehörlosen Frauen aus Münster ihre Broschüre vor. Diese informiert mit vielen Bildern und in verständlicher Sprache über das Thema Gewalt. Die zunächst lokal ausgerichtete Broschüre kann verbands- und behinderungsübergreifend beispielsweise in der Aufklärung von Kindern und Jugendlichen ebenso wie für Frauen mit Lernschwierigkeiten und anderen gehörlosen Frauen genutzt werden. Darüber hinaus bietet sie jedem Menschen schnelle und einfache Informationen. Derzeit besteht sowohl auf Seiten der bundesweit arbeitenden Vernetzungspartnerinnen als auch der Gehörlosenvereinigung in Sachsen das Interesse, die Broschüre aufzulegen. Der Landesverband Rheinland hat die Anregung zu dieser Broschüre bereits aufgenommen und sie für seinen Bezirk neu aufgelegt. Unter Beteiligung des Gehörlosenverbandes Berlin ist sogar eine DVD in Gebärdensprache zum Thema „Häusliche Gewalt ist nie in Ordnung!“ veröffentlicht worden. Ein weiteres Beispiel guter Praxis stellt der Leitfaden des Dachverbandes der Autonomen Frauenberatungsstellen NRW e.V. dar ([www.frauenberatungsstellen-nrw.de](http://www.frauenberatungsstellen-nrw.de)): *„Warnsignale“ - häusliche Gewalt erkennen und handeln*

Innerhalb der bundesweiten Selbsthilfeverbände hat eine Bewusstseinsbildung zum Thema Gewalt gegen behinderte Frauen und zur Notwendigkeit, präventive Angebote zu schaffen, stattgefunden. So wurden sich mehrere Bundesverbände der BAG SELBSTHILFE durch die Informationen aus dem Projekt der Wichtigkeit der Thematik bewusst und sind Vernetzungspartnerinnen geworden.

Auch die Aufklärungsarbeit in den Verbänden der Selbsthilfe, die sich bisher noch nicht mit dem Thema Gewalt gegen behinderte und chronisch kranke Frauen beschäftigt haben, wird zunehmend deutlich. Nachdem die Verbände über das Projekt und sein Thema informiert wurden, steigt die Nachfrage nach weitergehenden Informationen in Form von Vorträgen bei Veranstaltungen der Selbsthilfe behinderter und chronisch kranker Menschen und ihrer Angehörigen. Somit ist das Projekt dem Ziel des Abbaus von gesellschaftlichen Vorurteilen und dem Abbau des Awareness-Problems in der Selbsthilfe – Gewalt als solche häufig gar nicht wahrzunehmen – sowohl durch Vernetzung wie durch Bildungs- und Bewusstseinsarbeit deutlich näher gekommen.

Die bisherigen Projekterfahrungen zeigen einen großen multiplikatorischen Effekt der Vernetzungstreffen. Gemäß dem „bottom-up“ Ansatz wurde und wird die Gewaltproblematik aus den teilnehmenden (zunächst regionalen) Selbsthilfeverbänden in die Bundesverbände transportiert, um von dort im „top-down“ ihren Weg in die Untergliederungen der Verbände zu finden.

Ein Beispiel: Bei einem der ersten Vernetzungstreffen berichtete eine Vertreterin der Gehörlosen-Selbsthilfegruppe von Kommunikationsproblemen mit dem Bundesverband der Gehörlosen. Durch den Austausch mit den Vernetzungspartnern wurde der Weg für einen verbesserten Kontakt geebnet, so dass seit dem letzten Treffen in Münster auch der Bundesverband der Gehörlosen in die Reihe der Vernetzungspartnerinnen aufgenommen werden konnte.

Gerade bei einem doppelt tabuisierten Thema wie Behinderung und Gewalt ist eine sehr kleinschrittige und persönliche Herangehensweise notwendig.

Die praxiserfahrenen Vernetzungsteilnehmerinnen stellten fest, dass die Bewusstseinsbildung ein erster zentraler Schritt eines langwierigen Prozesses ist, der von dem Projekt initiiert wird. Somit wird es erst ermöglicht, eine Enttabuisierung der Thematik einzuleiten und Interventionen über die regionale oder kommunale Ebene hinaus übertragbar machen zu können.

Ob und inwieweit gesellschaftliche Vorurteile abgebaut werden können, ist derzeit nicht messbar.

Durch die Zusammenarbeit bei den Vernetzungstreffen werden einerseits die Aktivitäten der bundesweit tätigen Selbsthilfeverbände behinderter und chronisch kranker Menschen und ihrer Angehörigen im Bereich Gewaltprävention gebündelt und andererseits mit den Organisationen der Behindertenhilfe und unterschiedlichen Frauenprojekten vernetzt. Parallel zum Projekt „Laut(er)starke Frauen“ laufen die ersten Projekte an - beispielsweise bei der Caritas -, die sich nicht mehr nur der Prävention von Gewalt gegen Frauen widmen, sondern nun auch Frauen mit Behinderung in die Arbeit mit einbeziehen. Im Hinblick auf das Projekt wurde die Struktur der Selbsthilfeorganisationen erfasst und gebündelt, die alle Formen von Behinderungen und chronischen Erkrankungen erfasst. Es wurde eine Verknüpfung der Betroffenen, ihrer Angehörigen und der an der Versorgung beteiligten Berufsgruppen hergestellt und bei den Vernetzungstreffen besonders hervorgehoben. Es wurde deutlich: Das Netz der Selbsthilfe birgt das Potential, um an Menschen mit Gewalterfahrungen heranzutreten, sie nicht allein zu lassen und aktiv zu unterstützen.

Darüber hinaus beteiligten sich der Deutsche Behindertenrat und das Weibernetz e.V. Die genannten sowie weitere landesübergreifende und regionale Selbsthilfeverbände haben sich durch die Vernetzungstreffen bereits zu einem Netzwerk zusammengeschlossen, so dass auch abseits der Treffen ein regelmäßiger Austausch besteht.

Das Projekt „Laut(er)starke Frauen“ hat eine fachübergreifende Vernetzung aufgebaut zwischen behindertenspezifischen Angeboten, Fachstellen und Einrichtungen, die Präventions- und Interventionsarbeit gegen Gewalt an Frauen und Mädchen leisten. Beiden Seiten wurden vielfältige und umfangreiche Materialien zentral zugänglich gemacht. Der Nutzen und Erfolg der Vernetzungstreffen wurde dem Projektbüro oft rückgemeldet. Ebenso wurde der Teilnehmerinnenkreis stetig vielfältiger und größer.

Die Vernetzungspartner konnten eine Fülle von Anregungen aus den jeweils anderen Bereichen mitnehmen und verwerten. Durch die Kontinuität der Treffen konnten persönliche Bezüge hergestellt werden, die den Teilnehmerinnen wertvolle Hilfestellung bei ihrer alltäglichen Arbeit geleistet haben. Aktive und engagierte Mitarbeiterinnen in der Gewaltprävention und -intervention führen durch ihre Konfrontation und Auseinandersetzung mit Tabus ein „Einzelkämpferdasein“. Häufig wurde Erleichterung über die Austauschmöglichkeiten im Projekt sowie Gefühle der Solidarität im Kampf gegen Gewalt geschildert.

Das Projekt hat durch die Zusammenführung einer Vielzahl von professionellen Akteuren und Akteurinnen aus unterschiedlichsten Bereichen nicht nur einen interdisziplinären Fachaustausch ermöglicht, sondern auch entscheidende Anstöße für Kooperationen gegeben. So fand im Juni 2010 in Paderborn eine vielbeachtete Fachtagung zum Thema „Opfergerechte Täterarbeit in der Behindertenhilfe - Herausforderung im Spannungsfeld zwischen Pädagogik und Justiz“ statt. Zwei der vier Veranstalter (der Caritasverband Paderborn und das Hessische Koordinationsbüro für behinderte Frauen) waren durch die Vernetzungspartnerschaft des Projektes „Laut(er)starke Frauen“ erstmalig in Kontakt gekommen. Die Tagung erzielte eine bundesweite Resonanz. Unter den Teilnehmern waren u.a. Vertreter der Landschaftsverbände, der Politik, der Polizei, der Bundesagentur für Arbeit sowie Einrichtungsleiter, Trägerverantwortliche, Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen.

### **5.3 Austausch und Ermittlung von Best-Practice-Beispielen**

Die gesammelten positiven Ansätze für präventive Handlungsmöglichkeiten wurden gebündelt, den Vernetzungsteilnehmerinnen vorgestellt und gemeinsam diskutiert. Aus gegenseitigen Anregungen der Teilnehmerinnen wurden weitere „Best-practice-Beispiele“ zusammengetragen (s.7.1).

### **5.4 Erarbeitung von abstrakt-generellen Handlungsempfehlungen**

Auf Grundlage dieser Beispiele guter Praxis wurden Qualitätsstandards und Handlungsempfehlungen zur Gewaltvermeidung entwickelt und

formuliert, die eine Übertragbarkeit auf unterschiedliche Gruppen behinderter und chronisch kranker Frauen gewährleisten (s.8).

## **6. KOOPERATIONS- UND VERNETZUNGSPARTNERSCHAFTEN - SELBSTHILFE ALS RESSOURCE ZUR GEWALTVERMEIDUNG**

Das Prinzip, nach dem Selbsthilfe funktioniert und sich erfolgreich verbreitet heißt „Hilfe auf Gegenseitigkeit“. Insofern lebt Selbsthilfe – und zwar sowohl auf der Gruppen-, der Landes- und Bundesebene – ein soziales Modell vor, das aus der Mode gekommen zu sein scheint. Während die meisten westlichen Gesellschaften seit Jahren staatliche Leistungen zurückfahren und dabei gleichzeitig die Eigen- oder Selbstverantwortung von Einzelnen betonen, knüpfen Selbsthilfeangehörige, –Vertreter und –Vertreterinnen soziale Netze und vertrauen auf solidarisches Handeln. Vertrauen, das in vielen gesellschaftlichen Bereichen verloren gegangen ist, hat in der Selbsthilfe einen besonderen Stellenwert und macht sie deshalb häufig zu einem willkommenen Ansprechpartner für viele gesellschaftliche Gruppen, Institutionen und Einrichtungen.

Die Selbsthilfe hat früh verstanden, dass Arbeit/Tätigkeit immer auch Arbeit für Andere ist und dadurch ihren tieferen Sinn erhält. Solidarisches Denken und Handeln ist das Bindeglied einer jeden Gesellschaft. Es sind die Befürworter der Eigenverantwortung, der Individualisierung, die mit dazu beitragen, dass heute vielfach der Sinn für das Ganze, das Gemeinsame, für die Gemeinschaft verloren gegangen ist. Soziale Netzwerke, wie sie im Bereich der Selbsthilfe entstanden sind und gelebt werden, erhalten gerade dadurch ihre besondere Bedeutung, dass sie auf Direktheit und Unmittelbarkeit bauen, während staatliches Handeln zwangsläufig zeitverzögert und vermittelt geschieht.

Alles zusammengenommen, macht die Selbsthilfe bei der Prävention und Bekämpfung von Gewalt zu einem Ansprechpartner,

- der Vertrauen genießt,
- der als Beratungseinrichtung von Betroffenen für Betroffene den Zugang zur Beratung erleichtert,
- der mithilfe seiner komplexen Organisationsstruktur ein idealer Verteiler für Informationsmaterialien ist,
- der einen politischen Diskurs zur Gewalt im Gesundheitswesen nachhaltig führen kann,
- der mithilfe seiner Struktur die Kompetenzen zu diesem Problem auch auf Dritte übertragen kann und
- der persönlicher Isolation vorbeugen kann.

## **6.1 Vorstellung der Vernetzungspartner und Vernetzungspartnerinnen**

Folgende Projekte, Vereine und Organisationen zählen zu den Vernetzungspartnern des Projektes:

### **6.1.1**

## **7. ERHEBUNG VON BEISPIELEN GUTER PRAXIS BESTANDSAUFNAHME ERFOLGREICHER STRATEGIEN UND MODELLE ZUR GEWALTPRÄVENTION UND -INTERVENTION**

Ein wesentlicher Bestandteil des Projektes war die Sammlung und Verbreitung von innovativen Ansätzen in der Praxis der Gewaltprävention und -intervention. Folgende Beispiele wurden vorgestellt.

### **7.1 Darstellung von Best-Practice-Beispielen**

- **Projekt „Frauenbeauftragte in Einrichtungen“  
Weibernetz e.V., Projekt Politische Interessenvertretung  
behinderter Frauen“  
Netzwerk People First Deutschland e.V.**

Das Projekt "Frauenbeauftragte in Einrichtungen" wird von den Organisationen „Weibernetz e.V.“ und „Mensch zuerst - Netzwerk People First Deutschland e.V.“ durchgeführt und ist ein Beispiel guter Praxis zur Stärkung des Selbsthilfepotentials von betroffenen Frauen.

Dieses Projekt, das von November 2008 bis zum Mai 2011 läuft, bildet Frauen mit Lernschwierigkeiten zu Frauenbeauftragten in ihren Einrichtungen (Werkstätten und Wohnheimen) aus. Oberziel dabei ist es, durch diese Qualifizierungsmaßnahme die Rechte von Frauen in Einrichtungen sowie ihren Schutz vor Gewalt zu stärken.

In acht Schulungen werden interessierte Frauen zu folgenden Themen geschult:

- zur Situation und den Problemen von Frauen in Einrichtungen
- zu den Rechten von Frauen
- zu den Aufgaben einer Frauenbeauftragten in Einrichtungen

Nach Abschluss der Schulung sollen die Frauen dazu befähigt sein, als Frauenbeauftragte in ihren Einrichtungen zu wirken. Sie fungieren dort als Ansprechpartnerinnen für Frauen, die Probleme haben und achten auf das Wohlbefinden der Frauen.

- **Projekt "Frauen sind anders – Männer auch!"  
Bundesverband für körper- und mehrfachbehinderte  
Menschen e.V.**

Dieses Projekt des Bundesverbandes für körper- und mehrfachbehinderte Menschen (bvkm) läuft von 2007 bis 2010 und ist ein Beispiel guter Praxis für geschlechterspezifische Angebote für behinderte Frauen und Männer. Ziel des Projektes ist es, zu einer Auseinandersetzung mit geschlechtsspezifischen Lebensbedingungen, Interessen und Problemlagen von Menschen mit Behinderung beizutragen.

Innerhalb der Frauen- und Männergruppenangebote des Projektes sollen sich Betroffene einerseits mit ihrer Geschlechterrolle auseinandersetzen, andererseits soll auch eine Bewusstseinschärfung bei Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen in der Arbeit mit behinderten Menschen in Bezug auf geschlechtsspezifische Bedürfnisse, Problemlagen etc. in Gang gesetzt werden.

Damit soll problematisiert werden, dass noch immer nahezu ausschließlich die Behinderung bei der Begegnung, dem Umgang und in der Arbeit mit behinderten Frauen und Männern im Vordergrund steht. Die Geschlechtszugehörigkeit wird vielfach ausgeblendet. Um geschlechterspezifische Gewalt erkennen zu können ist es jedoch notwendig, sich mit den geschlechterspezifischen Lebenslagen und Bedarfen von Menschen mit Behinderung auseinanderzusetzen.

**Die Qualitätsmerkmale von Aufklärungs- und Informationsmaterial in Leichter Sprache lassen sich eindrücklich an den folgenden Beispielen illustrieren:**

- **Warnsignale häuslicher Gewalt - erkennen und handeln! Ein Leitfaden um Gewalt zu erkennen  
Dachverband der autonomen Frauenberatungsstellen NRW e.V.**

Der Dachverband der autonomen Frauenberatungsstellen in NRW hat die Kampagne WARNSIGNALE gestartet. Teil dieser Kampagne ist das Kartenset "Warnsignale häuslicher Gewalt – erkennen und handeln", das in Leichter Sprache motiviert, über mögliche Gefährdungen in der eigenen Partnerschaft nachzudenken. Es gibt Anstöße zur Auseinandersetzung mit eigenen Wünschen und Vorstellungen von Partnerschaft und sensibilisiert für Signale, die auf eine entstehende Gewaltdynamik hindeuten, so dass die Betroffenen rechtzeitig gewarnt werden können.

- **Broschüre Häusliche Gewalt - Informationen für gehörlose Frauen in Münster  
Selbsthilfegruppe gehörloser Frauen c/o  
Hörbehindertenberatung der Paritätischen Sozialdienste  
Münsterland gGmbH**

Die Broschüre "Häusliche Gewalt" ist eine Broschüre mit Informationen für gehörlose Frauen zum Thema und wurde von der Selbsthilfegruppe gehörloser Frauen in Münster herausgegeben. Die Broschüre ist in Leichter



Sprache geschrieben, zusätzlich erklären Zeichnungen die Texte. Gehörlose Frauen bekommen hier Informationen zu häuslicher Gewalt und zu Hilfsmöglichkeiten. Die Broschüre hat eine große multiplikatorische Wirkung gezeigt. Mehrere Städte haben sie bereits adaptiert, weitere haben Interesse gezeigt, die Broschüre zu multiplizieren (s. 5.2.2).

- **Patienteninformationsblatt zur Befunderhebung, Spurensicherung und Versorgung bei Verdacht auf sexualisierte Gewalt  
Beratungsstelle Frauennotruf, Koordinierungsstelle der hessischen Frauennotrufe und Frauenberatungsstellen in Zusammenarbeit mit dem Hessischen Koordinationsbüro für behinderte Frauen**

Dieses Patienteninformationsblatt wurde von der Beratungsstelle Frauennotruf in Frankfurt in Kooperation mit dem Hessischen Koordinationsbüro für behinderte Frauen erstellt.

Es informiert in Leichter Sprache sehr ausführlich und mit viel Empathie über sexualisierte Gewalt sowie die notwendigen Maßnahmen zur Befunderhebung und Spurensicherung. Der Text wird mit einfachen Zeichnungen illustriert und erläutert.

Obgleich die Zielgruppe dieser Information betroffene Frauen/Patientinnen sind, veranschaulicht die Broschüre gleichermaßen Ärzten und Ärztinnen sowie weiterem medizinischen Personal die adäquate Ansprache ihrer Patientinnen im Fall von Gewaltverletzungen.

- **Neue Wege in der Versorgung gewaltbetroffener Frauen. Ein Projekt des Vereins Frauen helfen Frauen EN e.V. gesine netzwerk gesundheit EN. intervention gegen häusliche gewalt**

"gesine - netzwerk gesundheit EN - intervention gegen häusliche Gewalt" ist ein Projekt des Vereins Frauen helfen Frauen EN e.V. und will die medizinische, therapeutische und psychosoziale Versorgungssituation gewaltbetroffener Frauen im Ennepe-Ruhr-Kreis verbessern. Dies geschieht vor allem durch Fortbildungen von medizinischem Personal (Ärzte und Ärztinnen, Hebammen, Physiotherapeuten und Physiotherapeutinnen, Pflegende etc.) zum Angebot von Frauenhäusern/Frauenberatungsstellen und rechtlichen Rahmenbedingungen bei Gewalt. Durch die Implementierung eines multiprofessionellen Netzwerks sollen zudem die Weitervermittlungsressourcen gestärkt und die Verabredung von berufsspezifischen Standards und Handlungsempfehlungen vorangetrieben werden.

Das Projekt dient als besonders gelungenes Beispiel multiprofessioneller Vernetzung, da durch die Vernetzung mit mehreren anderen Stellen die besonderen Bedarfe von Frauen mit Behinderung bei der Gewaltopferversorgung bewusst geworden sind. Ein expliziter

Forderungskatalog, der ebenfalls in die Angebote mit einbezogen wird, formuliert Handlungsempfehlungen für den Umgang mit von Gewalt betroffenen behinderten Frauen. Die Inhalte sind von Barrierefreiheit bis hin zur Vermittlung von Informationsbroschüren und Befragungsstrategien in Leichter Sprache geschrieben.

- **Bundesmodellprojekt MIGG Medizinische Intervention gegen Gewalt**

Ziel des Bundesmodellprojektes MIGG ist die Unterstützung von niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten für das Erkennen, die Dokumentation und den sachgerechten Umgang mit gewaltbetroffenen Patientinnen. Dies beinhaltet die Entwicklung und Erprobung eines praxistauglichen Interventionsmodells bei häuslicher und sexueller Gewalt für die ambulante ärztliche Versorgung unter Einbeziehung von Kinderschutz und Frühen Hilfen. Sowohl Frauen mit Behinderungen als auch Frauen mit Migrationshintergrund sind als Zielgruppe genannt.

- **SIGNAL e.V.**

Die Tatsache, dass in der Regel alle Gewaltbetroffenen in Einrichtungen der Gesundheitsversorgung erreicht werden, unterstreicht die Bedeutung von Interventionsmaßnahmen gegen Gewalt in diesem Bereich. Mediziner und Medizinerinnen sind häufig erste Ansprechpartner im professionellen Hilfesystem, daher kommt ihnen eine Schlüsselrolle zu. SIGNAL bietet:

- speziell geschulte Mitarbeiter zum Umgang mit häuslicher Gewalt
- auf Wunsch gerichtsverwertbare Dokumentation
- Beratung und Information über weitere Hilfsangebote
- bei Bedarf Organisation einer Schutzunterkunft

Ziel des S.I.G.N.A.L. Interventionsprogramms in den Rettungsstellen der Charité Berlin ist eine fach- und qualitätsgerechte Versorgung und Unterstützung sowie eine Enttabuisierung des Themas Gewalt gegen Frauen.

- **Informationsbroschüren "Gewalt beim Pflegen und Betreuen. Was Sie darüber wissen sollten."  
Bremer Forum gegen Gewalt in Pflege und Betreuung c/o unabhängige Patientenberatung Bremen**

Die Broschüre des Bremer Forums gegen Gewalt in Pflege und Betreuung ist ein gutes Beispiel für Aufklärung und Bewusstseinsbildung zum Thema Gewalt beim Pflegen und Betreuen für Betroffene als auch für Fachkräfte. Die Broschüre gibt es sowohl in Leichter als auch in "schwerer" Sprache. Die Broschüre in Leichter Sprache erklärt Menschen, die Pflege bedürfen, in Leichter Sprache was Gewalt ist, dass Gewalt sowohl von Pflegenden und Betreuenden als auch von "Patienten" ausgeübt werden kann, und was man gegen Gewalt tun kann. In anschaulichen Beispielen aus der

Praxis werden mögliche Gewaltsituationen verdeutlicht und Ansprechstellen genannt.

Die Broschüre in "schwerer" Sprache sensibilisiert Betroffene, Pflege- und Betreuungskräfte sowie Einrichtungen für die verschiedenen Facetten von Gewalt. Zudem werden Handlungsempfehlungen für Pflegeverbände und -einrichtungen gegeben, wie sie durch Qualitätsmanagement, interdisziplinäre Vernetzung sowie Fortbildungen der Mitarbeiterschaft zu einer besseren Prävention und Intervention von Gewaltsituationen beitragen können. Eine Adressenliste von externen Ansprechstellen rundet die Broschüre ab.

- **Rechtsmedizinische Gewaltopferversorgung  
Institut für Rechtsmedizin, Universitätsklinikum Düsseldorf**

Dieses Projekt ist am Institut für Rechtsmedizin der Uniklinik Düsseldorf angesiedelt und ein repräsentatives Beispiel dafür, wie man durch interdisziplinäre Vernetzung und die Schulung der Fachöffentlichkeit ein niederschwelliges Versorgungsangebot aufbauen kann.

Die Verantwortlichen haben über ihre eigentliche Aufgabe der Gewaltopferversorgung hinaus ein interdisziplinäres Netzwerk der medizinischen Hilfe für Gewaltopfer geschaffen, das alle Beteiligten einbezieht. Einbezogen sind neben Frauenhäusern, Frauenberatungsstellen, Jugendämter, Polizei und Opferschutz z.B. auch der Kinderschutzbund, WEISSER RING und andere z.B. kirchliche Hilfeeinrichtungen sowie die Wohlfahrtsverbände.

Diese breitgefächerte Kooperation sichert die Effektivität der Hilfeleistungen und stellt gleichzeitig eine Präventionsmaßnahme dar. Das Projekt spricht folgende Handlungs-empfehlungen aus:

- Informationsangebote, Schulungen, Beratungen sowie Maßnahmen der Sensibilisierung der Öffentlichkeit und Fachöffentlichkeit (vor allem im Gesundheitswesen) im Sinne einer primären Prävention
- Angebote einer Befundaufnahme und gerichtsfesten Dokumentation, die speziell auf Frauen mit unterschiedlichen Behinderungsarten zugeschnitten sind = niederschwellige, überzeugende Versorgungsangebote

## **8. HANDLUNGSEMPFEHLUNGEN VON REGIONALEN INNOVATIONEN ZU MASSSTÄBEN GUTER PRAXIS: AUSWERTUNG DER BEST-PRACTICE BEISPIELE**

Die oben angeführten Praxismodelle wurden auf Möglichkeiten der Übertragbarkeit ihrer innovativen Aspekte untersucht. Sowohl die Hilfsangebote für Frauen mit Behinderung als auch solche im frauenspezifischen Bereich bieten viele Impulse für Innovationen und neue

Konzepte. Beide Seiten konnten im Vernetzungsprozess voneinander profitieren.

Die Auswertung ergab eine Fülle von Handlungsempfehlungen in vielfältigen Themenfeldern. Evidente Handlungsbedarfe sehen wir in den Bereichen Qualifizierung (s. 8.1), interdisziplinäre Vernetzung (s. 8.2), Qualitätsmanagement (s. 8.3), Barrierefreiheit (s. 8.4) sowie Öffentlichkeits- und Bewusstseinsarbeit (s. 8.5.).

Das Thema Gewalt gegen Frauen mit Behinderung ist mit einem **doppelten Tabu** belegt. Die Ursache für ein Tabu liegt häufig in **mangelnden und fehlerhaften Informationen**, die den Hintergrund für bestimmte Mythen und Annahmen bieten.

Um einem Tabu zu begegnen, bedarf es also der **Information und Aufklärung**.

„Angesichts der Gewalt, die in unserer heutigen Gesellschaft so verbreitet ist, insbesondere gegenüber den am stärksten benachteiligten Personengruppen, sind Bildung und Ausbildung von entscheidender Bedeutung.“ (Henri Falvre, Französischer Behindertenrat für Europa, in Konferenzbericht der Europäischen Kommission „Behinderte und Gewalt“)

**Ausbildungs- und Fortbildungsmaßnahmen** setzen auf **verschiedenen Ebenen** an und richten sich an **verschiedene Zielgruppen**. An erster Stelle sollten **Qualifizierungsmaßnahmen für die betroffenen Frauen** selbst stehen (s. 8.1.1). Auch die Selbsthilfeorganisationen und –verbände spielen eine bedeutende Rolle bei der nötigen Wissensvermittlung zur Gewaltentstehung und Gewaltvermeidung in Unterstützungsbeziehungen. Hier gibt es Bedarfe für unterschiedlichste **Qualifizierungsmaßnahmen für die Selbsthilfe** (s. 8.1.2).

**Gesundheitsfachkräfte, Pflege- und Assistenzpersonen, Angehörige, Personal in Ausbildung und Schulen(z.B. Lehrer und Werkstattleitungen)** (s. 8.1.3) gehören zum täglichen, persönlichen Umfeld von Frauen und Mädchen mit Behinderung.

Qualifizierungsmaßnahmen für diese Zielgruppe zielen darauf ab, ein Bewusstsein für die Gefahr von Machtmissbrauch zu schaffen und einen professionellen Umgang mit Gewaltvorkommnissen als Qualitätsmerkmal von Pflege zu etablieren.

Im Bereich der Frauenberatung gibt es jahrelang erprobte gute Konzepte zur Gewaltprävention und Gewaltintervention. Die große Resonanz auf das Projekt „Laut(er)starke Frauen“ auf Seiten der Frauenberatungsstellen zeigt jedoch einen großen Bedarf nach einer Ausweitung ihrer Angebote auf die Zielgruppe behinderter Frauen. **Mitarbeiterinnen frauenspezifischer Angebote** (s. 8.1.4) benötigen Informationen zur Einrichtung barrierefreier Angebote sowie eine enge Vernetzung mit der Selbsthilfe behinderter Frauen.

Auch im Bereich von **Opferschutzstellen, Justiz und Verwaltung** (s. 8.1.5) muss dafür gesorgt werden, dass die Angebote auch Menschen mit Behinderung in barrierefreier Form zur Verfügung stehen. Hier besteht ebenfalls Bedarf an Schulungen im Umgang mit den besonderen Bedarfen behinderter Frauen.

Im Rahmen interdisziplinärer Zusammenarbeit sollten die Bildungsangebote für jede der oben beschriebenen Zielgruppen möglichst ineinander greifen.

## 8.1 Qualifizierungsmaßnahmen

### 8.1.1 Empowerment für Frauen mit Behinderung

Zunächst setzen die Maßnahmen bei den behinderten Frauen selbst an. Gewaltpräventive Arbeit hat das Ziel, die Handlungskompetenz der gewaltgefährdeten Personen zu stärken. Hierfür hat die Selbsthilfe den Begriff **Empowerment** geprägt, diese Bezeichnung steht für verschiedene Befähigungsmaßnahmen. Sie reichen von Stärkung von Selbstbehauptung und Selbstwertgefühl sowie Selbstverteidigungskursen über die Aufklärung von persönlichen Rechten, bis hin zum Erwerb sozialer und kommunikativer Fertigkeiten, die dem persönlichen Schutz dienen. Hier besteht folgender Handlungsbedarf:

- Aufbau von Interessenvertretungen für Frauen in Einrichtungen der Behindertenhilfe
- Ermutigung von Frauen mit Behinderung, sich zusammenzuschließen und gemeinsam eine Lobby für die eigenen Interessen zu schaffen. Hier kann die Selbsthilfe unterstützend wirken.
- Stärkung der Selbstbestimmung und Handlungskompetenz betroffener Frauen. Hierzu zählen unter anderem Ich-Stärkung, Förderung des Selbstbewusstseins, Förderung von Beurteilungs- und Entscheidungsfähigkeit, Durchsetzung eigener Wünsche, Wahrnehmung und Äußerung von Gefühlen
- Kommunikationstrainings und Soziale Kompetenztrainings
- Selbstverteidigungs-/ Selbstbehauptungskurse
- Vermittlung einer elterlichen/pädagogischen Erziehungshaltung, die Eigenständigkeit und Selbstbestimmung fördert und damit Abhängigkeiten reduziert

- Aufklärung der Betroffenen über ihre Rechte, z.B. über Frauenbeauftragte in Einrichtungen der Behindertenhilfe?
- Aufklärung über Anlauf- und Beratungsstellen
- Aufklärung über die Angebote der Selbsthilfe
- Recht auf Aufklärung und sexualpädagogische Angebote einschließlich der Unterstützung beim Erlernen von Wahrnehmung, Akzeptierung und Durchsetzung von Grenzen

These: „Wenn Menschen mit einer (geistigen) Behinderung, ihrer Entwicklung gemäß , aufgeklärt werden und in ihrer ganz eigenen sexuellen Identität aufwachsen dürfen (...), dann können sie sich besser abgrenzen, können ihre Bedürfnisse benennen, diese selbstbewusst ausleben und drüber sprechen. Sie werden seltener zum Opfer und eigentlich auch nicht zum Täter.“ (Zit. Christiane Meier, Lebenshilfe Altenbeken)

- Recht auf gleichgeschlechtliche Pflege zum Schutz vor Übergriffen
- geschlechtsspezifische Angebote, z.B. wie beispielsweise das bvkm Projekt Frauen sind anders, Männer auch!
- Peer-Counseling Angebote. Beratung durch Betroffene als Expertinnen auf gleicher Augenhöhe und mit gleichem oder ähnlichem Erfahrungshintergrund

Schulung und Unterstützung betroffener Frauen durch:

- Aufklärung über Gewaltsignale in Beziehungen (s. Warnsignale, Bremer Forum), Schulungen zur Wahrnehmung und Ermutigung von Frauen mit Behinderung zum Benennen von Gewalt
- Unterstützung von Autonomiebestrebungen durch die Unterstützungspersonen

### **8.1.2 Qualifizierungsmaßnahmen für die Selbsthilfe behinderter Frauen und ihrer Angehörigen**

Die Selbsthilfe ist gefordert, das Thema Gewalt in ihre Arbeit zu integrieren und das Wissen zu Gewaltentstehungsprozessen in Beziehungen zwischen Frauen mit Behinderungen, Unterstützungspersonen und (pflegenden) Angehörigen bei den betroffenen Frauen und ihren Angehörigen auszubauen, zu verbreiten und

in den Prozess des allgemeinen Informationsaustausches der Selbsthilfe einzubringen.

Folgende Maßnahmen sind einzuleiten:

- Auf- und Ausbau von Unterstützungsangeboten für betroffene Frauen innerhalb der Selbsthilfe
- Ausbildung von Selbsthilfe Vertretern und Vertreterinnen zu Deeskalations- und Antiaggressionstrainern und -trainerinnen, Mediatoren und -innen bzw. Coaches zur Primärprävention von Gewalt
- Ausbildung von Selbsthilfe Vertretern und Vertreterinnen zu Moderatoren und Moderatorinnen im Rahmen der Sekundärprävention
- Ausbildung von Selbsthilfe Vertretern und Vertreterinnen und betroffenen Frauen zu Peer-Counselorinnen
- Schulungen von Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen der Behindertenhilfe zum Thema Gewalt
- Qualifizierung von Fachkräften in der Behindertenhilfe zu Präventions- und Beratungsbeauftragten in Trägerverbänden
- Etablierung von Krisentelefonen und Opferunterstützungskursen
- Maßnahmen zur Erkennung von Aggressionsformen und Risikopotentialen von Gewaltanwendungen

### **8.1.3 Qualifizierungsmaßnahmen für Gesundheitsfachkräfte, Pflege- /Assistenzpersonen, Angehörige, Personal in Ausbildung und Schulen(z.B. Lehrer und Werkstattleitungen)**

Gewalttätige Entgleisungen kommen sowohl in der häuslichen Pflege als auch in Pflegeeinrichtungen vor. Hier stehen Formen struktureller Gewalt in engem Zusammenhang zu personalen Gewaltformen. In der Öffentlichkeit wird zwar medienwirksam über Gewaltvorfälle berichtet, zu den Ursachen und Bedingungen der Gewaltentstehung findet jedoch noch wenig Auseinandersetzung statt. Die Ausprägungen der Gewalt stellen sich vielfältig dar, sie reichen von Nichtbeachtung von Bedürfnissen über verbale Verletzungen und Vernachlässigung bis hin zu Fixierungen und körperlicher Gewalt.

Bei medizinischem Personal besteht Qualifizierungsbedarf in Bezug auf Informationen zu verschiedenen Behinderungsarten und die besonderen Bedarfe im Umgang mit behinderten Frauen sowie Schulungen zur Erkennung, Befunderhebung und Dokumentation einer Gewaltsymptomatik.

Im Einzelnen sollten folgende Qualifizierungsmaßnahmen erfolgen:

- Schulungen zur Gewaltproblematik einschließlich rechtlicher Aspekte und zur gewaltfreien Kommunikation
- Informationen zu behinderten- und geschlechtsspezifischen Aspekten in der Gesundheitsversorgung und -vorsorge (z.B. zu Wechselwirkungen von Medikamenten)
- Entlastungsangebote für Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen in Einrichtungen und ambulanter Pflege
- Entlastung von Zeit- und Kostendruck für die Mitarbeiterschaft in Einrichtungen und ambulanter Pflege
- Qualifizierung zur Präventionsfachkraft in der Behindertenhilfe  
Der Caritasverband Paderborn hat im Rahmen seines Projektes „Prävention und Beratung - Netzwerk gegen sexuelle Gewalt an Menschen mit Lern/-geistiger Behinderung“ ein entsprechendes Fortbildungsangebot entwickelt und durchgeführt. Dieses hat das Ziel, für die Bereiche Wohnen, Werkstatt, Schule, Heilpädagogische Tageseinrichtung mindestens je eine sozialpädagogische Fachkraft zur Präventionsfachkraft fortzubilden.
- Entwicklung von Handlungsleitlinien zum Umgang mit Gewalt in Einrichtungen (s. [www.mixedpickles-ev.de](http://www.mixedpickles-ev.de))
- Fortbildungen für eine adäquate Befundaufnahme und gerichtsfeste Dokumentation bei Fällen von Gewalt gegen Frauen mit Behinderung (s. Best-Practice-Beispiel gesine und MIGG)
- Fortbildungen zu den Angeboten von Frauen- und Mädchenschutzeinrichtungen
- Fortbildungen zu den Angeboten der Selbsthilfe
- Klärung von Konfliktthemen zwischen Frauen mit Behinderung und Unterstützungspersonen im Rahmen guter Kommunikationsstrukturen
- Sensibilisierung und Schulung von (pflegenden) Angehörigen zu Gewaltentstehung und -eskalation



- Training für pflegende Angehörige, sich ihre Aggressionen bewusst zu machen und konkrete Maßnahmen zum Aggressionsabbau zu ergreifen.  
Im Bereich der Partnerpflege müssen pflegende Männer lernen einzusehen, dass sie traditionell mehr Macht haben als Frauen, dass Hausarbeit und Pflege anspruchsvolle Aufgaben sind und dass sie Verantwortung für Gewalthandlungen übernehmen müssen
- Aktivitäten zur Verbesserung der Pflegeethik (s. Freyberg 2001) und der Pflegequalität in der Supervision zur Aufarbeitung aggressiver Vorfälle im Gespräch, Besprechen künftiger schwieriger Situationen
- Die Erstellung eines persönlichen Notfallplans für Pflegende zur Aufrechterhaltung der Selbstkontrolle (s. Schirmer 2009) kann hilfreich sein
- Nutzung externer Ansprechpartner zur Früherkennung von Risikofaktoren und Gefahren für aggressives Verhalten
- Etablierung eines Deeskalationstrainings mit dem Ansatz, eine Konfliktlösung ohne Gesichtsverlust für beide Seiten bzw. eine „win-win“-Kultur mit externer Gesprächsführung zu etablieren

#### **8.1.4 Qualifizierung für Mitarbeiterinnen frauenspezifischer Angebote**

Frauenberatungseinrichtungen und Frauennotrufe weisen eine hohe Fachkompetenz im Umgang mit Gewalt gegen Frauen und Mädchen auf. Die Zugänglichkeit ihrer Angebote für Frauen mit Behinderung ist jedoch nicht in ausreichendem Maße gewährleistet. Bezogen auf das Thema Gewaltschutz zeigen sich in der Praxis große Lücken. Im Verlauf des Vernetzungsprozesses des Projektes, haben sich zunehmend mehr dieser Einrichtungen ratsuchend an uns gewandt, weil sie sich für Frauen und Mädchen mit Behinderung öffnen wollen. Für eine entsprechende Qualifizierung besteht der Bedarf nach:

- Schulungen zum Auf- und Ausbau von behindertenspezifischen Beratungs- und Behandlungsangeboten
- Schulungen von Mitarbeiterinnen der Schutzeinrichtungen zum Thema spezifische Bedarfe von Frauen mit Behinderung und Barrierefreiheit

- Fortbildungen von Therapeuten und Therapeutinnen zum Umgang mit Behinderung in der Psychotherapie

### **8.1.5 Qualifizierung für Professionelle aus Opferschutz und Opferberatung, Justiz und Verwaltung**

Um einen angemessenen Umgang mit gewaltbetroffenen behinderten Frauen zu gewährleisten, sind auch für diese Zielgruppe Qualifizierungsmaßnahmen erforderlich.

- Schulungen zu den spezifischen Bedarfen von Frauen mit Behinderung
- Vermittlung von Kenntnissen über die verschiedenen Behinderungsarten, über Fähigkeiten von Menschen mit Behinderung und ihre Kommunikationsmöglichkeiten
- Abbau von Unsicherheiten und Vorurteilen als Kommunikationsbarrieren
- Informationen über Erfordernisse umfassender Barrierefreiheit (z.B. Infomaterial in Leichter Sprache)

## **8.2 Interdisziplinäre/multiprofessionelle Vernetzung**

Die Wirksamkeit von Hilfeleistungen sowohl in der Prävention als auch in der Intervention von Gewalt, kann durch umfassende, fachübergreifende Vernetzung entscheidend optimiert werden. Eine verantwortliche Hilfe verlangt die Kooperation aller hilfeleistungsrelevanten Träger und Institutionen. Die systematische Suche nach Verständigung und Erfahrungsaustausch schafft Synergieeffekte und dient dem Abbau von Konkurrenzdenken. Hilfreich sind hier folgende Maßnahmen:

- Runde Tische verschiedener Einrichtungen zum Thema Gewalt, Synergien schaffen, Konkurrenz abbauen
- Zusammenarbeit mit externen Beratungsstellen
- Zusammenarbeit mit Justiz, Rechtsanwältinnen und -anwälten, Jugendämtern, Kindergärten, Schulen
- Beteiligung der Selbsthilfe an den Beratungen zu pflegeethischen Standards und Verbesserung der Pflegequalität
- Verabredung berufsspezifischer Standards und Handlungsempfehlungen

- Stärkung der Weitervermittlungsressourcen

### **8.3 Qualitätssicherung**

Um einen langfristigen, zielgerichteten und strukturierten Prozess zur Verbesserung der Qualität in Einrichtungen zu erreichen, die Frauen mit Behinderungen bei Gewalterleben aufsuchen können, sind folgende Maßnahmen der Qualitätssicherung in Einrichtungen einzuleiten bzw. weiterzuentwickeln:

- Organisation und Dokumentation eines Erfahrungsaustauschs zu Präventions- und Interventionsmöglichkeiten
- Entwicklung zentraler Handlungsleitlinien zum Umgang mit Gewaltvorfällen
- Implementierung der Beratungs- und Unterstützungsarbeit in Handlungskonzepte der Einrichtungen
- Aufnahme der Gewaltthematik und Behindertenthematik in Curricula von medizinischen, pädagogischen, psychologischen Studiengängen

### **8.4 Umfassende Barrierefreiheit**

Artikel 9 des Übereinkommens über die Rechte von Menschen mit Behinderungen fordert eine umfassende Barrierefreiheit für Menschen mit Behinderung:

„Um Menschen mit Behinderungen eine unabhängige Lebensführung und die volle Teilhabe in allen Lebensbereichen zu ermöglichen, treffen die Vertragsstaaten geeignete Maßnahmen mit dem Ziel, für Menschen mit Behinderung den gleichberechtigten Zugang zur physischen Umwelt, zu Transportmitteln, Information und Kommunikation (...) sowie zu anderen Einrichtungen und Diensten, die der Öffentlichkeit in städtischen und ländlichen Gebieten offen stehen(...) zu gewährleisten.“ (Art. 9 Abs. 1 UN - Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderung) Für gewaltbetroffene Frauen mit Behinderungen heißt dies, dass sie uneingeschränkten Zugang zu Hilfs- und Beratungseinrichtungen ohne besondere Erschwernisse und grundsätzlich ohne fremde Hilfe haben müssen und auch die Informationen und Kommunikationswege barrierefrei gestaltet sein müssen.

Um eine umfassende Barrierefreiheit im obigen Sinne zu gewährleisten, sind folgende Maßnahmen einzuleiten und ggf. auszubauen:

- Regionale Auflistung barrierefreier Beratungsstellen (s. Hess. Netzwerk)
- Erweiterung eines barrierefreien, fachübergreifenden Hilfenetzwerkes (s. Frauenberatungsstelle Düsseldorf)
- Zugänglichkeit von Programmen zur Persönlichkeitsstärkung behinderter Frauen und Mädchen
- Adäquate respektvolle gewaltfreie Kommunikation zwischen Akteuren und Akteurinnen und betroffenen Frauen
- Vermittlung von Beratungsstrategien in einfacher Sprache (s. Zemp, Weiterbildung: Frauen mit Behinderung in der Psychotherapie)
- Multiplikation und Weiterentwicklung von Aufklärungs- und Infomaterial in einfacher Sprache (s. Broschüre für gehörlose Frauen Häusliche Gewalt; Patientenblatt zur Befunderhebung)
- Niederschwellige Versorgungsangebote
- Entwicklung eines Maßnahmen- und Anforderungskatalogs zur Sicherung barrierefreier Zugänge (s. agentur barrierefrei NRW, [www.ab-nrw.de](http://www.ab-nrw.de))

### **8.5 Öffentlichkeits- und Bewusstseinsarbeit als Maßnahme der Sensibilisierung, Information und Enttabuisierung (Primärprävention)**

Ein gut informiertes, sensibilisiertes Umfeld stellt einen großen Schutz für potentielle Opfer dar. Gewalt gegen Menschen mit Behinderung wird tabuisiert und - wenn öffentlich gemacht - entweder skandalisiert oder bagatellisiert. Eine breit angelegte Öffentlichkeitsarbeit zu den Themen Behinderung, Gewalt gegen Menschen mit Behinderung, Sexualität von Menschen mit Behinderung als Instrument der Sensibilisierung und Enttabuisierung, stellt eine effektive Präventivmaßnahme dar.

Grundlegend sind folgende Handlungsbedarfe:

#### **8.5.1 Handlungsbedarfe für die Fachöffentlichkeit**

- Publizierung der Unterstützungsangebote der Selbsthilfe in Pflege- und Betreuungseinrichtungen für behinderte Menschen

- Publizierung von Best-Practice-Beispielen (Frauenbeauftragte, politische Vertreter...)
- Bereitstellung externer unabhängiger Ansprechpartner und Ansprechpartnerin für Frauen in Pflege- und Betreuungseinrichtungen
- Fortbildungen zum Aufbau interdisziplinärer Netzwerke und Qualitätszirkel (Nutzung von Synergieeffekten für den Schutz vor Gewalt)

### **8.5.2 Handlungsbedarfe für die allgemeine Öffentlichkeit**

- Herstellung eines öffentlichen Bewusstseins über Machtgefälle, Machtmissbrauch und Wahrnehmung der gesellschaftlichen Verantwortung für den Schutz von Schwächeren
- Abbau geschlechtsspezifischen Normdenkens, das Aggression mit Männlichkeit und Weiblichkeit mit Hilflosigkeit gleichsetzt
- Bereitstellung der Informationen der Selbsthilfe für Unterstützungspersonen und Angehörige
- Bedarf nach behinderten- und geschlechtsspezifischen Beratungsangeboten in die öffentliche und (kommunal)politische Diskussion bringen
- Enttabuisierung der Themen Sexualität von Menschen mit Behinderung, Bedarfe, Lebenssituationen und Rechte von Menschen mit Behinderung (s. Broschüre des NetzwerkBüros „Sichtwechsel“)

## **8.6 Politischer Handlungsempfehlungen**

Um langfristig eine Veränderung in den Einstellungen und dem Verhalten gegenüber Menschen mit Behinderung zu erzielen, muss die Auseinandersetzung mit behinderungs- und gewaltspezifischen Themenfeldern zum „mainstream“ gemacht und darf nicht länger in Sonderdisziplinen abgedrängt werden. Dabei sind folgende Maßnahmen notwendig:

- Einbeziehung Betroffener bei allen behindertenspezifischen Belangen und Entscheidungen

- Verpflichtung aller staatlichen Akteure (Bund, Länder, Kommunen) zum Gender- und Disability Mainstreaming
- Verbesserung der behinderten- und frauenspezifischen Datenlage
- Präventionsprogramme brauchen lokale Verortung, Finanzierungssicherheit und Partizipation als konzeptionelles Prinzip
- Nutzung und Realisierung der UN-Behindertenrechtskonvention für strukturelle Verbesserung zur Barrierefreiheit in Frauenhäusern – und Einrichtungen
- Gewährleistung ausreichender personeller Ressourcen um Überforderung von Personal und Angehörigen und daraus resultierender Gewalt entgegen zu wirken
- Verbesserung der rechtlichen Rahmenbedingungen für Gewaltschutz
- Verbesserung der finanziellen Ressourcen für Gewaltschutz
- Bevorzugung ambulanter Wohnformen vor Ausbau der Betreuung in Heimen/Einrichtungen zu Gunsten von mehr Eigenständigkeit und Selbstbestimmung
- Förderung des Persönlichen Budgets und selbstbestimmter Assistenz zur Stärkung der Selbstständigkeit und Unabhängigkeit
- Schaffung eines verbindlichen Rechtsanspruchs auf gleichgeschlechtliche Pflege
- Überarbeitung des Gewaltschutzgesetzes im Hinblick auf schnelle Lösungen, wenn der Täter gleichzeitig Assistenzgeber oder Mitbewohner in einer stationären Einrichtung ist
- Verankerung der Themen Behinderung, Gewaltprävention, Sexualpädagogik für junge Menschen mit Behinderung in allen relevanten Studienplänen und Curricula
- Bundesweite Aufklärungskampagnen zu obigen Themen
- Überarbeitung juristischen und medizinischen Fachvokabulars im Hinblick auf Frauen mit Behinderung diskriminierende Begrifflichkeiten
- Entwicklung innovativer Konzepte für Männerarbeit und Täterarbeit

- Gesetzliche Anordnung eines erweiterten Führungszeugnisses auch für Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen in der Behindertenhilfe gemäß § 30aBZRG

## 8.7 Allgemeine Handlungsempfehlungen

Ein gut informiertes, sensibilisiertes Umfeld stellt einen großen Schutz für potentielle Opfer dar.

- Breit angelegte Öffentlichkeitsarbeit zu den Themen Behinderung, Gewalt gegen Menschen mit Behinderung, Sexualität von Menschen mit Behinderung als Maßnahme der Sensibilisierung und Enttabuisierung
- Recht auf Aufklärung und Sexualpädagogik  
These:  
„Wenn Menschen mit einer (geistigen) Behinderung, ihrer Entwicklung entsprechend, aufgeklärt werden und in ihrer ganz eigenen sexuellen Identität aufwachsen dürfen (...), dann können sie sich besser abgrenzen, können ihre Bedürfnisse benennen, diese selbstbewusst ausleben und drüber sprechen. Sie werden seltener zum Opfer und eigentlich auch nicht zum Täter.“ (Zitat Christiane Meier, Lebenshilfe Altenbeken)
- Regionale und überregionale Liste von Therapeuten und Therapeutinnen mit Angaben zur Zugänglichkeit für Frauen mit Behinderung
- Entwicklung von Handlungsleitlinien zum Umgang mit Gewalt in Einrichtungen

## 9. IMPLEMENTIERUNG VON STRATEGIEN ZUR GEWALTPRÄVENTION UND -INTERVENTION IN DAS QUALITÄTSMANAGEMENT DER ORGANISATIONEN BEHINDERTER MENSCHEN

Die Arbeit der Selbsthilfeorganisationen behinderter und chronisch kranker Menschen ist seit jeher getragen von dem Gedanken, den betroffenen Menschen und ihren Angehörigen möglichst gut und umfassend zu helfen. Daher gehört die beständige Auseinandersetzung mit der Qualität der Selbsthilfearbeit seit langem zum Bestand der Aktivitäten eben dieser. Insofern kann die Qualitätsentwicklung in der Selbsthilfearbeit als kontinuierlicher Verbesserungsprozess verstanden werden, der nach dem gängigen Kreislauf des PDCA-Zyklus

- der Festlegung von **Qualitätszielen** (Planung)
- der **Sammlung von Daten/Dokumentation** (Durchführung)

- der **Auswertung der Daten** (Überprüfung)
- und ggf. der **Neufestlegung von Qualitätszielen** (Neuplanung) ausgestaltet wird.

Wird in den Verbänden behinderter und chronisch kranker Menschen das Qualitätsziel der Vermeidung von Gewalt gegen behinderte und chronisch kranke Frauen strukturiert verfolgt, dann sind zur Überprüfung der Zielerreichung sog. Qualitätsindikatoren erforderlich.

Das Vorliegen eines Qualitätsindikators kann als objektivierbarer Beleg dafür angesehen werden, ob ein Qualitätsziel als erreicht angesehen werden kann.

Der oben kurz vorgestellte PDCA-Zyklus kann in der Selbsthilfe wie folgt umgesetzt werden:

**a) Die Selbsthilfeorganisation/Selbsthilfegruppe legt konkrete Qualitätsziele fest und überprüft diese regelmäßig (Planung).**

**Qualitätsindikatoren (Vorschlag)**

- Es gibt eine schriftliche Übersicht über Qualitätsziele für verschiedene Aufgaben und Bereiche der Selbsthilfeorganisation/Selbsthilfegruppe.
- Die Qualitätsziele sind den Vorstandsmitgliedern, der Mitarbeiterschaft bzw. den Mitgliedern bekannt.
- Eine regelmäßige Überprüfung der Zielerreichung wird durchgeführt, dokumentiert und ggf. werden entsprechende Verbesserungsmaßnahmen eingeleitet.

**b) Die Selbsthilfeorganisation/Selbsthilfegruppe erhebt und sammelt Daten und Informationen, die Rückschlüsse auf die Qualität der Selbsthilfearbeit, insbesondere einzelne Abläufe erlauben (Durchführung).**

**Qualitätsindikatoren (Vorschlag)**

- Es gibt eine interne Regelung, um die Prozesse und Ergebnisse der Selbsthilfearbeit, insbesondere einzelne Abläufe systematisch zu erfassen.
- Die Methode, Häufigkeit und der Umfang der Datenerhebung sind festgelegt (Dokumentation).  
Bitte beachten: Dies bedeutet nicht automatisch einen von niemandem leistbaren Dokumentationsaufwand. Besteht die „Methode“ in einem mündlichen Bericht oder der „Umfang“ in einer Stichprobe, dann ist hiergegen prinzipiell nichts einzuwenden. Es kommt nur darauf an, den jeweiligen Qualitätsindikator



angemessen zu definieren.

- Unerwünschte Ereignisse bzw. Fehler sind als solche definiert und werden erfasst.

**c) Die Selbsthilfeorganisation/Selbsthilfegruppe wertet Daten und Informationen aus, die Rückschlüsse auf die Qualität der Selbsthilfearbeit, insbesondere einzelne Abläufe zulassen (Überprüfung).**

**Qualitätsindikatoren (Vorschlag)**

- Es gibt eine interne Regelung, um die Prozesse und Ergebnisse der Selbsthilfearbeit, insbesondere einzelne Abläufe, zu analysieren.
- Die Auswertungen der Daten und Informationen werden dokumentiert.

**d) Die Selbsthilfeorganisation/Selbsthilfegruppe nimmt Beschwerden, Anregungen und Rückmeldungen von Mitgliedern, Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen sowie Externen offen auf und beantwortet sie zeitnah (Überprüfung).**

**Qualitätsindikatoren (Vorschlag)**

- Es gibt eine interne Regelung, wie in der Selbsthilfeorganisationen/Selbsthilfegruppe Beschwerden, Anregungen und Rückmeldungen entgegen genommen und angemessen beantwortet werden.  
Die Mitarbeiterschaft bzw. die Mitglieder werden dazu ermuntert, Rückmeldungen zu geben.
- Beschwerden und Anregungen werden ausgewertet und für Verbesserungen genutzt.

**e) Um Rückmeldungen und Informationen von Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen, Mitgliedern und Externen bzgl. der Selbsthilfearbeit zu erhalten, werden Befragungen durchgeführt und ausgewertet.**

**Qualitätsindikatoren (Vorschlag)**

- Es werden Fragebögen konzipiert und der Mitarbeiterschaft, den Mitgliedern sowie Externen mit der Bitte um Rückmeldung zugeleitet.

- Die Befragungen werden ausgewertet, die Auswertungen werden dokumentiert sowie ggf. Verbesserungsmaßnahmen eingeleitet.

**f) Erhobene Daten werden systematisch zusammengestellt und mit dem Ziel einer dauerhaften Verbesserung der Leistung ausgewertet (Überprüfung und Neufestlegung von Qualitätszielen).**

### **Qualitätsindikatoren (Vorschlag)**

- Die Datenauswertung erfolgt systematisch und angemessen.
- Die Häufigkeit und Art der Auswertungen sind Inhalt und Umfang der Daten und der Komplexibilität der Selbsthilfearbeit angemessen.
- Die Datenauswertung beinhaltet interne Vergleiche über die Zeit und einen Abgleich mit den Qualitätszielen.

Auf der Basis dieses methodischen Vorgehens können dann ganz konkrete Zielsetzungen im Bereich der Gewaltprävention verfolgt werden.

## **10. FAZIT UND AUSBLICK**

Das Projekt „Laut(er) starke Frauen“ konnte im Projektzeitraum durch vielfältige Maßnahmen zunächst eine Bewusstseinsbildung sowohl in den Selbsthilfeverbänden als auch in nicht behindertenspezifischen Zusammenhängen anregen bzw. vertiefen. Die Notwendigkeit geschlechterspezifischer Angebote im Bereich der Gewaltprävention und – intervention konnte verdeutlicht und Anregungen hierfür konnten gegeben werden. Bei Gewalt gegen Frauen mit Behinderung/chronischer Erkrankung kommt die Differenzierung der verschiedenen Behinderungsarten hinzu, die spezifische Handlungsstrategien erfordert. Hier hat das Projekt einen entscheidenden Beitrag zur Enttabuisierung sowohl der Thematik der Behinderung als auch des Themas Gewalt gegen diese Zielgruppe geleistet. Die Bedeutung und die Potentiale der Selbsthilfe sind durch die Projektarbeit herausgestellt und kommuniziert worden. Es konnte ein umfassender bundesweiter Überblick über bereits bestehende Beispiele guter Praxis gegeben werden. Der Modellcharakter der Beispiele wurde verdeutlicht, darüber hinaus konnten aus den Best-Practice-Beispielen grundlegende allgemeine Qualitätsstandards herausgearbeitet werden, die die Beratungs- und Unterstützungsarbeit sowie die Handlungsmöglichkeiten in Gewaltsituationen verbessern sollen. Es ist in besonderem Maße gelungen, die bestehenden Angebote zu vernetzen und so ein breites Aktionsbündnis herzustellen. Die mit den Vernetzungspartnerinnen gemeinsam entwickelten

Handlungsempfehlungen beinhalten konkrete Handlungsanleitungen und -vorschläge für verschiedenste, weit über den Rahmen der Selbsthilfe hinausgehende Zielgruppen (s. 8).

Über die Effektivität von Maßnahmen zur Gewaltprävention wurde ein intensiver Diskurs geführt. Um einen umfassenden Zugriff auf die Problematik der Gewaltprävention und -intervention erhalten zu können, ist eine Vernetzung und ein „Ineinander wirken“ der Maßnahmen aus den verschiedensten Segmenten erforderlich. Hier ist das Projekt beispielhaft erste Schritte eines langwierigen Prozesses gegangen und hat den Grundstein gelegt für eine weitere bundesweite Kommunikation zum Thema des Projektes. Dabei ist bewusst eine persönliche Herangehensweise gewählt worden.

### **10.1 Möglichkeiten der Weiterführung der aufgebauten Vernetzungsstrukturen**

Der Ergebnissicherung der Projektinhalte dient die Onlinestellung des umfangreichen Materials zum Thema auf der Homepage des NetzwerkBüros Frauen und Mädchen mit Behinderung/chronischer Erkrankung NRW.

Für die Vernetzungspartner und Vernetzungspartnerinnen sowie für andere Aktive in der Gewaltprävention und -intervention, ist diese Website sehr wichtig. Sie enthält sehr umfangreiches Material zum Thema in gebündelter Form.

Eine Weiterführung der aufgebauten Vernetzungsstrukturen ist wünschenswert und wird von den Vernetzungspartnern und Vernetzungspartnerinnen als notwendig erachtet. Hier könnte die Webseite als mögliche Plattform fungieren. Die Pflege der Webseite über das NetzwerkBüro gewährleistet nötige Aktualisierungen und Informationen über z.B. Veranstaltungen, Fortbildungen etc. So ist auch nach dem Ende des Projektzeitraumes eine Nachhaltigkeit der Vernetzung gesichert, auch wenn das Medium Internet keine persönlichen Kontakte ersetzen kann.

Das NetzwerkBüro Frauen und Mädchen mit Behinderung/chronischer Erkrankung NRW erhält zunehmend mehr Beratungsanfragen von Frauennotrufen und Frauenberatungsstellen zu den Belangen und Bedarfen behinderter Frauen. Hier kann auf die Vernetzungserfolge des Projektes zurückgegriffen werden und Verweise auf die Erfahrungen bereits barrierefreier Beratungsstellen gemacht werden.

### **10.2 Ausstehende Handlungsbedarfe**

Die begonnene Sensibilisierungs- und Motivierungsarbeit wird auf vielerlei

Ebenen fortgeführt werden. Das Projekt hat die nötige Initiierungsarbeit geleistet. Eine weitere Ausweitung der Angebote von Frauenberatungsstellen auf die Zielgruppe behinderter Frauen und Mädchen wird erfolgen, wenn die notwendigen Informations- und Kommunikationsstrukturen sich weiter festigen. Die dafür erforderliche Vernetzung zwischen den frauenspezifischen Akteurinnen und den Experten und Expertinnen im Bereich der Behinderten(selbst)hilfe und wurde im Projektzeitraum erfolgreich in Gang gesetzt.

Im Bereich Pflege und Gesundheit besteht ein großer Qualifizierungsbedarf (s.8.1.3). Die Anregungen aus dem Projekt werden in verschiedene Fortbildungen einfließen, der Kontakt mit dem Projekt MIGG und den Projekten S.I.G.N.A.L und gesine wird aufrechterhalten. Gerade in diesem Bereich ist eine Strategie der kleinen Schritte und ein langer Atem erforderlich.

Für eine kontinuierliche Berücksichtigung des Genderaspektes in allen Hilfe- und Unterstützungsangeboten für behinderte Menschen wird sich das NetzwerkBüro Frauen und Mädchen mit Behinderung NRW weiter stark machen.

Die ursprünglich im Rahmen des Projektes angedachte Fachtagung zur Verbreitung des Informationsmaterials und der Intensivierung und Ausweitung der Vernetzung wird in die Jahresplanung des NetzwerkBüros mit einfließen.

Die Einbeziehung der bundesweiten Runden Tische gegen Gewalt durch die Einzelnen regionalen Vernetzungspartner und Vernetzungspartnerinnen ist wünschenswert.

Im Verlauf des Projektes wurde deutlich, dass mittlerweile vermehrt verschiedene Fortbildungen zum Thema sexualisierte Gewalt gegen Frauen mit Behinderung angeboten werden. Hier ist eine Ausweitung der Angebote auf die weiteren Aspekte und Formen von Gewalt erforderlich. Für weitere Handlungsempfehlungen kann auf das Kapitel acht zurückgegriffen werden.

Darüber hinaus ist hier zu verweisen auf die Handlungsempfehlungen in diesem Bericht (s. 8).

### **10.3 Handlungsaufträge aus der UN – Behindertenrechtskonvention**

Eine rechtliche Basis für die Bekämpfung von Gewalt an Frauen und Mädchen mit Behinderung/chronischer Erkrankung stellt die UN – Behindertenrechtskonvention dar.

Die UN – Behindertenrechtskonvention trat am 26. März 2009 in Deutschland in Kraft und wird als Meilenstein oder auch neuer moralischer

Kompass für die Behindertenpolitik bezeichnet. Sie besteht aus 50 Artikeln, die nahezu alle Lebensbereiche von Frauen und Männern mit Behinderung berührt.

Relevant für die Bekämpfung von Gewalt gegen Frauen und Mädchen mit Behinderung/chronischer Erkrankung ist besonders Artikel 16, der explizit die Freiheit von Ausbeutung, Gewalt und Missbrauch als Ziel nennt. Hier wird mitgeteilt, dass das Hilfesystem im Bereich Gewalt gegen Frauen weiter gestützt werden soll. Das Vorhaben der alten Bundesregierung – die Einrichtung einer bundesweiten Notrufnummer – soll fortgeführt werden und es wird einen Bericht zur Lage der Frauenhäuser und der Infrastruktur geben.

Die BRK sieht spezielle Schutzmaßnahmen zur Verhinderung von Gewalt an Frauen, Mädchen, Männern und Jungen mit Behinderung vor. Demnach muss das bestehende Hilfesystem gegen Gewalt barrierefrei ausgebaut werden. Frauenhäuser, Beratungsstellen etc. müssen für alle zugänglich sein und barrierefreie Materialien anbieten. Einrichtungen der Behindertenhilfe müssen Maßnahmen zum Schutz vor Gewalt treffen und nach erlebter Gewalt geeignete Maßnahmen treffen. Das Hilfesystem im Bereich Gewalt gegen Frauen muss entsprechend ausgebaut und nicht nur weiter gestützt werden.

Neben Artikel 16 enthalten auch Artikel 17 (Schutz der Unversehrtheit der Person), Artikel 19 (Unabhängige Lebensführung und Einbeziehung in die Gemeinschaft), Artikel 23 (Achtung der Wohnung und der Familie) und Artikel 25 (Gesundheit) viele Ansätze um verschiedene Gewaltformen, wie z.B. die strukturelle Gewalt, angehen zu können.

Dem beharrlichen Einsatz von engagierten Frauen mit Behinderung (z. B. des Weibernetzes, der bundesweiten politischen Interessenvertretung) ist es zu verdanken, dass die BRK die erste Konvention mit einem geschlechterspezifischen Ansatz ist. Die Rechte von Frauen mit Behinderung sind in Artikel 6 verankert. In diesem erkennen die Vertragsstaaten an, dass Frauen und Mädchen mit Behinderung mehrfacher Diskriminierung ausgesetzt sind und werden aufgefordert, entsprechende Maßnahmen zu ergreifen, um zu ermöglichen, dass Frauen und Mädchen alle Menschenrechte gleichberechtigt genießen können.

## **11. LINKS**

Vernetzungspartner und Vernetzungspartnerinnen:

[www.bapk.de](http://www.bapk.de)

[www.bff.de](http://www.bff.de)

[www.bkmf.de](http://www.bkmf.de)

[www.bpe-online.de](http://www.bpe-online.de)

[www.bvkm.de](http://www.bvkm.de)

[www.dbsv.org](http://www.dbsv.org)

[www.fab-kassel.de](http://www.fab-kassel.de)

[www.fab-kassel.de/hkbf](http://www.fab-kassel.de/hkbf)

[www.friedenspaedagogik.de](http://www.friedenspaedagogik.de)

[www.gehoerlosen-bund.de/dgb](http://www.gehoerlosen-bund.de/dgb)

[www.gesine-info.net](http://www.gesine-info.net)

[www.inform-lebenshilfe.de](http://www.inform-lebenshilfe.de)

[www.kobra-berlin.de](http://www.kobra-berlin.de)

[www.lore-agnes-haus.de](http://www.lore-agnes-haus.de)

[www.migg-frauen.de](http://www.migg-frauen.de)

[www.signal-intervention.de](http://www.signal-intervention.de)

[www.skf-paderborn.de](http://www.skf-paderborn.de)

[www.taubenschlag.de](http://www.taubenschlag.de)

[www.verein-forum.de](http://www.verein-forum.de)

[www.weibernetz.de](http://www.weibernetz.de)

[www.wildwasser-bielefeld.de](http://www.wildwasser-bielefeld.de)

[www.wildwasser-bochum.de](http://www.wildwasser-bochum.de)

[www.wildwasser-freiburg.de](http://www.wildwasser-freiburg.de)

[www.zsl-mz.de](http://www.zsl-mz.de)

Best Practice Beispiele:

[www.bvkm.de/maenner\\_frauen/Konzept\\_des\\_Projektes\\_Frauen\\_sind\\_anders\\_-\\_%20Maenner\\_auch.pdf](http://www.bvkm.de/maenner_frauen/Konzept_des_Projektes_Frauen_sind_anders_-_%20Maenner_auch.pdf)

[www.frauenberatung-en.de/images/stories/pdfs/haeusliche\\_\\_gewalt.pdf](http://www.frauenberatung-en.de/images/stories/pdfs/haeusliche__gewalt.pdf)

[www.frauennotruf-frankfurt.de/fileadmin/redaktion/pdf/FRAUENNOTRUF-FFM-Patienteninfo.pdf](http://www.frauennotruf-frankfurt.de/fileadmin/redaktion/pdf/FRAUENNOTRUF-FFM-Patienteninfo.pdf)

[www.gesine-net.info](http://www.gesine-net.info)

[www.patientenberatung-bremen.de/cmspdf/gewalt-in-pflege.leichte-sprache.pdf](http://www.patientenberatung-bremen.de/cmspdf/gewalt-in-pflege.leichte-sprache.pdf)

[www.migg-frauen.de](http://www.migg-frauen.de)

[www.uniklinik-duesseldorf.de/deutsch/unternehmen/institute/institutfrrechtsmedizin/RechtsmedizinischeAmbulanzfrGewaltopfer/page.html](http://www.uniklinik-duesseldorf.de/deutsch/unternehmen/institute/institutfrrechtsmedizin/RechtsmedizinischeAmbulanzfrGewaltopfer/page.html)

[www.warnsignale-gewalt.de/content/ueberuns/index.html](http://www.warnsignale-gewalt.de/content/ueberuns/index.html)

[www.weibernetz.de/frauenbeauftragte/index.html](http://www.weibernetz.de/frauenbeauftragte/index.html)

#### Allgemeine Links:

[www.ab-nrw.de](http://www.ab-nrw.de)

[www.alle-inklusivebehindertenbeauftragte.de](http://www.alle-inklusivebehindertenbeauftragte.de)

[www.bellzett.de](http://www.bellzett.de)

[www.disabilitystudies.de/projekt.html](http://www.disabilitystudies.de/projekt.html)

[www.friedenspaedagogik.de](http://www.friedenspaedagogik.de)

[www.institut-fuer-menschenrechte.de/.../behindertenrechtskonvention-crpd.html](http://www.institut-fuer-menschenrechte.de/.../behindertenrechtskonvention-crpd.html)

[www.mixedpickles-ev.de](http://www.mixedpickles-ev.de)

[www.netzwerk-artikel-3.de](http://www.netzwerk-artikel-3.de)

[www.petze-kiel.de](http://www.petze-kiel.de)

[www.pfunzkerle.de](http://www.pfunzkerle.de)

[www.safeplace.org/Page.aspx?pid=358](http://www.safeplace.org/Page.aspx?pid=358)

[www.safeplace.org/Document.Doc?id=16](http://www.safeplace.org/Document.Doc?id=16)

[www.schwere-wege-leicht-machen.de](http://www.schwere-wege-leicht-machen.de)

## 12 LITERATUR UND MEDIEN

AG Freizeit (Hrsg.) (2005): *SelbstBehauptungsTraining für Mädchen und Frauen mit geistiger Behinderung*. Neu-Ulm

Baer, Susanne/Schweikert Birgit (1995): *Intervention gegen häusliche Gewalt in den USA und in Australien. „Community Response“ und gerichtliche Anordnungen*. In: Zeitschrift Familie Partnerschaft Recht, November 1995.

Bannasch, Manuela (Hrsg.) (2002): *Behinderte Sexualität – verhinderte Lust? Zum Grundrecht auf Sexualität für Menschen mit Behinderung*. Neu-Ulm.

Berliner Initiative gegen Gewalt gegen Frauen (BIG e.V.) (1995): Stellungnahme von BIG e.V. zum Modellvorhaben Berliner Interventionsprojekt gegen häusliche Gewalt. Berlin, In: Schulz, Peter-Michael (2006): *Gewalterfahrungen in der Pflege*. Frankfurt

BIG KOORDINIERUNG (2009): *Häusliche Gewalt ist nie in Ordnung!* DVD, Berlin

Bundesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe von Menschen mit Behinderung und chronischer Erkrankung und ihren Angehörigen e.V. (Hrsg.) (2008): *SELBSTHILFE*, Zeitschrift der BAG SELBSTHILFE 2/2008. Düsseldorf

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.) (2006): *Mutig fragen – besonnen handeln. Informationen für Mütter und Väter zum sexuellen Missbrauch an Mädchen und Jungen*. Berlin

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2007): *Einmischen – Mitmischen*. Berlin. Oder online unter <http://www.einmischen-mitmischen.de/>

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2009): *Behindertenbericht 2009*. Berlin

Brückner, Margrit (1998): *Wege aus der Gewalt gegen Frauen und Mädchen*. Frankfurt a. M.

Fegert/Ziegenhain: Neueste Publikationen aus dem Modellprojekt *„Umgang mit sexueller Selbstbestimmung und sexueller Gewalt in*



*Wohneinrichtungen für junge Menschen mit geistiger Behinderung*“, zu bestellen bei der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie Uniklinik Ulm, Steinhövelstr. 5, 89075 Ulm.

Frauenberatungsstelle Düsseldorf e.V. (2000): *Leitfaden oder Leidfaden? Empfehlungen zur Barrierefreiheit*. Düsseldorf

Frauennotruf Hannover (2007): *Frauen mit Behinderung in der Psychotherapie, Dokumentation der Fortbildung des Frauennotrufs Hannover*

Freyberg, Ricco (2001): *Gewalt in der Pflege*. Norderstedt

Galtung, John (1975): *Strukturelle Gewalt*. Hamburg

Godenzi, Alberto (1996): *Gewalt im sozialen Nahraum*. Basel, Frankfurt a.M.

Grond, Erich (2007): *Gewalt gegen Pflegende. Altenpflegende als Opfer und Täter*. Bern

Gugel, Günther (2006): *Gewalt und Gewaltprävention. Grundfragen, Grundlagen, Ansätze und Handlungsfelder von Gewaltprävention und ihre Bedeutung für Entwicklungszusammenarbeit*. Tübingen

Handicap Ausgabe 3, 2009, Dossier zum Thema UN-Behindertenrechtskonvention. Esslingen.

Hessisches Netzwerk behinderter Frauen (Hrsg.): *Sexuelle Gewalt gegen Mädchen und Frauen mit Behinderung*.

[http://www.fab-kassel.de/download/gewalt\\_gegenueber\\_Maedchen\\_und\\_Frauen\\_mit\\_Behinderung.pdf](http://www.fab-kassel.de/download/gewalt_gegenueber_Maedchen_und_Frauen_mit_Behinderung.pdf)

Hagemann-White, Carol (1992): *Strategien gegen Gewalt im Geschlechterverhältnis*. Pfaffenweiler.

Hagemann-White, Carol; Bohne, Sabine (2003): *Versorgungsbedarf und Anforderungen an Professionelle im Gesundheitswesen im Problembereich Gewalt gegen Frauen und Mädchen*. Universität Osnabrück.

Heiliger, Anita (2000): *Männergewalt gegen Frauen beenden. Strategien und Handlungsansätze am Beispiel der Münchner Kampagne gegen Männergewalt an Frauen und Mädchen/Jungen*. Opladen.

Hessisches Netzwerk behinderter Frauen (2006): *Die gesundheitliche Versorgung von Frauen mit Behinderung*. Dokumentation der Fachtagung im Dezember 2006. Kassel.

Hessisches Netzwerk behinderter Frauen (2009): *Gewalt gegenüber Mädchen und Frauen mit Behinderung*. <<http://www.fab-kassel.de/download/Die%20gesundheitliche%20Versorgung%20von%20Frauen%20mit.pdf>>

IMEW/Dederich, Markus/Grüber, Katrin (Hrsg.) (2007): *Herausforderungen. Mit schwerer Behinderung leben*. Frankfurt

Kavemann, Barbara u.a. (2001): *Modelle der Kooperation gegen häusliche Gewalt*. Stuttgart, Berlin, Köln. Hrsg. vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend

Korn, Judy/Mücke, Thomas (2006): *Gewalt im Griff 2: Deeskalations- und Mediationstraining*. Weinheim und München

Landschaftsverband Rheinland und Landschaftsverband Westfalen-Lippe (Hrsg.) (2008): *Ratgeber für Opfer von Gewalttaten*, Münster.

Landschaftsverband Rheinland (2007): *Häusliche Gewalt, Informationen für gehörlose Frauen*. Essen

LAG Mädchenarbeit Betrifft Mädchen (2007): *Verschieden ist normal! Mädchen mit Behinderung*. Themenheft 4

National Committee on Violence against Women (1992): *The National Strategy on Violence against Women*. Barton, Australien.

NetzwerkBüro Frauen und Mädchen mit Behinderung/chronischer Erkrankung NRW (2009): *SICHTWECHSEL. Lebensthemen und Chancen von Frauen und Mädchen mit Behinderung/chronischer Erkrankung in NRW*. Münster

Olbricht, Ingrid (2004): *Wege aus der Angst. Gewalt gegen Frauen. Ursachen, Folgen, Therapie*. München

Pelkmann, Monika/Bewernitz, Wiebke (2008 ): *Gewalt gegen Frauen und Mädchen mit Behinderung. Schweigen bereitet Nährboden*. In: *Selbsthilfe* 2/2008

Penfold, Rosalind B. (2006): *Und das soll Liebe sein?* Frankfurt.

Pro familia Hessen (2009): *Liebe und so Sachen...*, DVD 57 Min.

Robert Koch Institut (Hrsg.) (2008): *Gesundheitliche Folgen von Gewalt*, Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Heft 42. Berlin

Schirmer, Uwe et al (2009): *Prävention von Aggression und Gewalt in der Pflege. Grundlagen und Praxis des Aggressionsmanagements für Psychiatrie und Gerontopsychiatrie*. Hannover

Schneider, Patricia /Spoden, Christian (1999): *Grenzen setzen – Verantwortlich machen – Veränderung ermöglichen*. Die Arbeit mit Tätern im Rahmen eines Interventionsprojektes gegen häusliche Gewalt. Berlin.

Schröttle, Monika/Müller, Ursula (2004): *Lebenssituation, Sicherheit und Gesundheit von Frauen in Deutschland. Eine repräsentative Untersuchung zu Gewalt gegen Frauen in Deutschland*. Im Auftrag des Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend

Schulz, Peter-Michael (2006): *Gewalterfahrungen in der Pflege. Das subjektive Erleben von Gewalt in Pflegebeziehungen*. Frankfurt am Main

Schweikert, Birgit (2000): *Gewalt ist kein Schicksal*. Baden-Baden

Selbsthilfegruppe gehörlose Frauen in Münster (2006): *Häusliche Gewalt. Informationen für gehörlose Frauen in Münster*. Münster. Online unter <http://www.netzwerk-nrw.de/downloads/haeuslichegewalt.pdf>

Sellach, Brigitte (2000): *Neue Fortbildungsmaterialien für Mitarbeiterinnen im Frauenhaus*, Band 191.1 bis 191.4. Stuttgart, Berlin, Köln.

Senatsverwaltung für Arbeit, berufliche Bildung und Frauen (1999): *Eingreifen bei häuslicher Gewalt – Europäische Erfahrungen bei der Verbesserung von Hilfsangeboten für Frauen, die von Gewalt betroffen sind*. Berlin.

Spastikerhilfe Berlin (Hrsg.) (2001): *TABU und zuMUTung*. Dokumentation der Fachtagung zu Sexualität und Behinderung. Berlin.

Wetzels, Peter/Pfeiffer, Christian (1995): *Sexuelle Gewalt gegen Frauen im öffentlichen und privaten Raum*. Kriminologisches Forschungsinstitut Niedersachsen, KFN Forschungsberichte Nr. 37. Hannover. Im Auftrag der Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend.

Wildwasser e.V. (Hrsg.) (2002): *Gegen sexuelle Gewalt an Mädchen und Frauen mit Körperbehinderung. Ein Handbuch für Prävention und Beratung*. Freiburg: Wildwasser e.V.

Wildwasser Würzburg e.V. (2003): *Frauen wehren sich - Broschüre über sexualisierte Gewalt*.

Zemp, Ahia (2003): *Freundschaft, Liebe, Sexualität*. Weiterbildung für Menschen mit Lernschwierigkeiten. DVD 20 Min.

Zemp, Ahia/Pircher, Erika (1996) „*Weil das alles wehtut mit Gewalt*“. Schriftenreihe der Frauenministerin, Bd.10. Wien

Zinsmeister, Julia (Hrsg.) (2003): *Sexuelle Gewalt gegen behinderte Menschen und das Recht*. Opladen