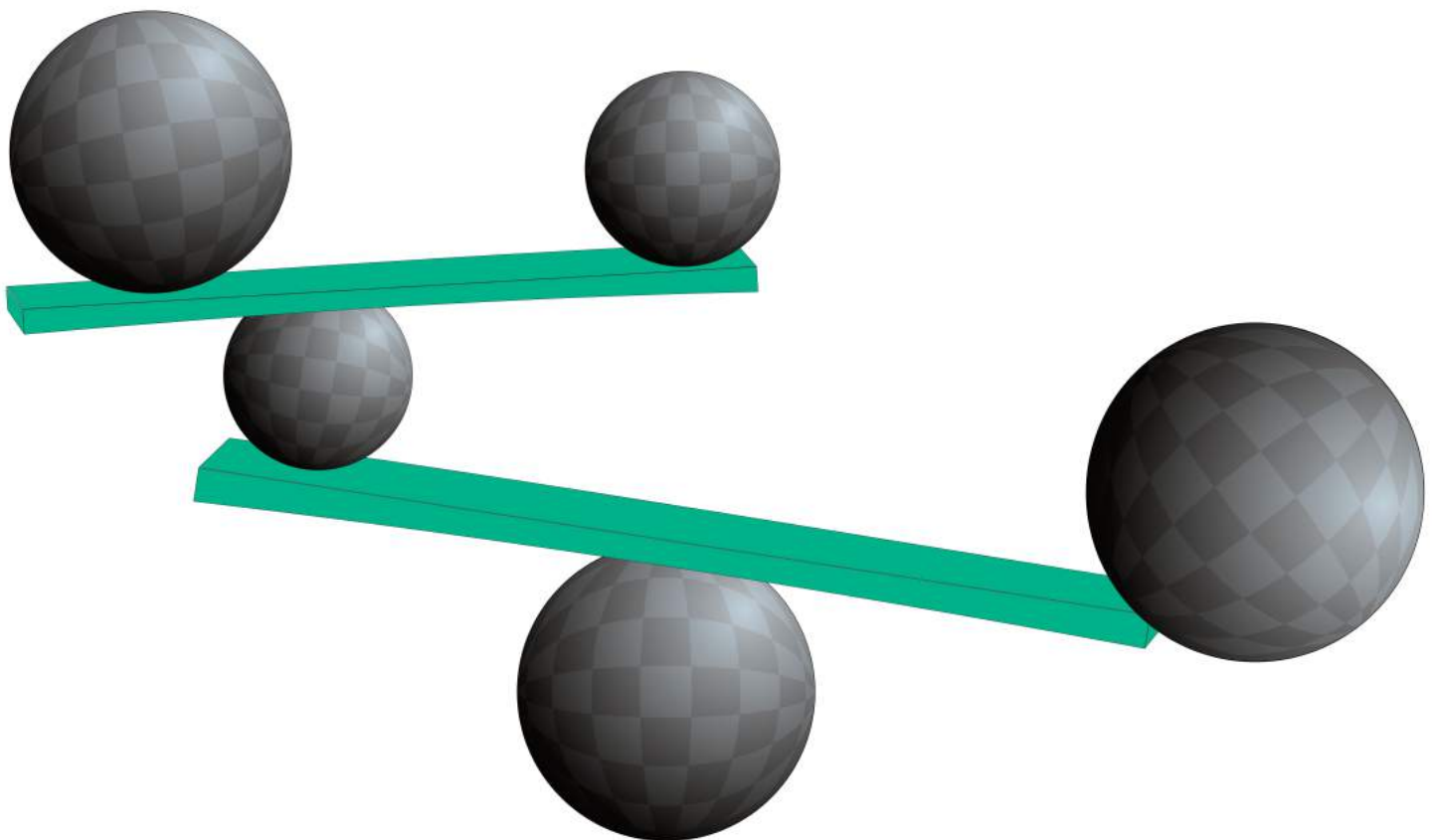


Konzepte und Maßnahmen zur Verbesserung der psychischen Gesundheit gewaltbetroffener Frauen und ihrer Kinder

Dokumentation des Fachgesprächs 2017
und weiterführende Informationen



**GEWALT | PSYCHISCHE
MACHT KRANK | GESUNDHEIT FÖRDERN**

AG Psychische Gesundheit gewaltbetroffener Frauen und ihrer Kinder

www.akf-info.de/portal/verein/arbeitsgruppen



Dokumentation des Fachgesprächs 2017 „Konzepte und Maßnahmen zur Verbesserung der psychischen Gesundheit gewaltbetroffener Frauen und ihrer Kinder“—Weiterführende Informationen

Texterstellung: Dr. Silke Schwarz

Lektorat: Carolin Fiedler

Umschlaggestaltung und Layout: Nadine Müller-Greif

Fotos: Cosima Schäfer und Mandy Thompson

Das Fachgespräch wurde durch eine großzügige Privatspende ermöglicht.

Die vorliegende Dokumentation wurde gefördert von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit.

**GEWALT | PSYCHISCHE
MACHT KRANK | GESUNDHEIT FÖRDERN**

AG Psychische Gesundheit gewaltbetroffener Frauen und ihrer Kinder

www.akf-info.de/portal/verein/arbeitsgruppen



Inhalt

Einleitung	4
Dokumentation des Fachgesprächs 2017 „Konzepte und Maßnahmen zur Verbesserung der psychischen Gesundheit gewaltbetroffener Frauen und ihrer Kinder“	5
Begrüßung	6
Moderation	6
Einführungsworte	7
Vortrag „Gewaltbetroffene Frauen und ihre Kinder – Versorgungsbedarfe im Gesundheitswesen“ von Dr. med. Julia Schellong	7
Diskussion zur Verankerung des Themas in den jeweiligen Institutionen	10
Vortrag „Bedarfe und Unterversorgung spezifischer Zielgruppen“ von Dr. Monika Schröttle	11
Diskussion zu den spezifischen Unterstützungsbedarfen verschiedener Zielgruppen und zu bestehenden Angeboten der teilnehmenden Institutionen	14
Vortrag „Zusammenarbeit zwischen Gewaltschutz- und Gesundheitsbereich: bisherige Lösungen, künftige Herausforderungen“ von Marion Steffens	17
Diskussion zur Zusammenarbeit zwischen Gewaltschutz- und Gesundheitsbereich	18
Zusammenfassung und Ausblick	20
Weiterführende Informationen	23
Istanbul-Konvention	23
Leitfäden für den Gesundheitsbereich	23
Modellprojekt „Hinsehen - Erkennen - Handeln“	23
Modellprojekt „Gewalt sucht Ausweg“ (GeSA) - Verbund zur Unterstützung von Frauen im Kreislauf von Gewalt und Sucht	24
Nachgefragt: AKF-Interviews zum Thema Gewaltprävention und Versorgung von gewaltbetroffenen Frauen	24
Das AKF-Interview (Nr. 2): Ein Blick auf die psychologische/psychiatrische Versorgung von Frauen, die Gewalt erleben oder erlebt haben, Dr. med. Iris Hauth	24
Das AKF-Interview (Nr. 3): Gewalt gegen Frauen — Ein Thema aus der gynäkologischen Praxis, Dr. med. Doris Torman	24
Das AKF-Interview (Nr. 9): Eine gute Idee: Frauen-Beauftragte für Frauen mit Behinderungen, Beatrice Gomez	25

Einleitung

Häusliche Gewalt hat gravierende gesundheitliche Auswirkungen für betroffene Frauen und ihre Kinder. Das meist langjährige Erleben von Gewalt geht einher mit einer hohen psychischen Belastung und kann zu psychischen Beeinträchtigungen führen. Daher ist eine angemessene psychosoziale und gesundheitliche Versorgung dringend erforderlich. Der Arbeitskreis Frauengesundheit in Medizin, Psychotherapie und Gesellschaft e. V. (AKF) stellt jedoch einen dramatischen Mangel an Maßnahmen und Angeboten fest, die die psychische Gesundheit gewaltbetroffener Frauen und ihrer Kinder erhalten und verbessern. Viele Frauen, die Hilfe benötigen – sei es in Form einer psychologischen Beratung, einer Therapie oder psychiatrische Unterstützung – bleiben unversorgt, weil es keine oder zu wenig adäquate Angebote gibt – vor allem in den ländlichen Regionen Deutschlands. In dem AKF-Positionspapier „Es ist höchste Zeit, etwas für die psychische Gesundheit gewaltbetroffener Frauen und ihrer Kinder zu tun“¹ werden die Versorgungsmängel und daraus resultierenden Forderungen im Einzelnen aufgeführt.

Das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) bestätigt diese Unterversorgung. Trotz hervorragender Maßnahmen wie dem Bundesmodellprojekt Medizinische Intervention gegen Gewalt (MIGG) des BMFSFJ (2008–2011), dem Frauengesundheitsbericht sowie den Bundesaktionsplänen des BMFSFJ gegen Gewalt an Frauen, hält das BMFSFJ 2014 fest: „Für einzelne Zielgruppen jedoch, z.B. für psychisch kranke Frauen und für Frauen mit Behinderungen, bestehen zum Teil Zugangsschwierigkeiten und Versorgungslücken. Auch identifiziert der Bericht [Peking +20 - Umsetzung der Aktionsplattform von Peking - Bundesrepublik Deutschland, Anm. d. Verf.] einzelne Probleme in den Sozialleistungsgesetzen, die für die Hilfen für gewaltbetroffene Frauen und deren Kinder und für deren Finanzierung von Bedeutung sind“.² Ebenso spricht sich die Bundesärztekammer in ihrem Beschluss vom 15. Mai 2015 „Umsetzung der WHO³-Leitlinie 'Umgang mit Gewalt in Paarbeziehungen und mit sexueller Gewalt gegen Frauen' in der ärztlichen Aus-, Weiter- und Fortbildung“ für eine Verbesserung der Gesundheitsversorgung im Bereich sexualisierte und häusliche Gewalt aus.

In Reaktion auf die dargestellten Missstände gründete sich im Juni 2014 die AKF-Arbeitsgruppe „Psychische Gesundheit gewaltbetroffener Frauen und ihrer Kinder“. Ziel der Arbeitsgruppe ist es, politische Lobbyarbeit zu betreiben, damit die dringend notwendigen Maßnahmen zur Verbesserung der Versorgung angestoßen und flächendeckend durchgesetzt werden. An der Arbeitsgruppe sind beteiligt:

- Karin Bergdoll, 2. Vorsitzende des Arbeitskreis Frauengesundheit in Medizin, Psychotherapie und Gesellschaft e. V. (AKF)
- Michaele Gabel, Fachfrau in der Gewaltschutzberatung/gewaltsensible psychosoziale Beratung
- Hilde Hellbernd, S.I.G.N.A.L. e. V. – Intervention im Gesundheitsbereich gegen häusliche und sexualisierte Gewalt
- Heike Herold, Frauenhauskoordinierung e. V.
- Ulrike Janz, GESINE Netzwerk Gesundheit.EN
- Antje Krause, Evangelischer Fachverband für Frauengesundheit e. V.
- Margaretha Kurmann, Bremische Zentralstelle für die Verwirklichung der Gleichberechtigung der Frau, ZGF
- Dr. phil. Silke Schwarz, Psychologin im Frauenhaus Cocon, Cocon e. V. Frauenverein Berlin
- Marion Steffens, GESINE Netzwerk Gesundheit.EN

Um die mangelhafte Versorgungssituation von gewaltbetroffenen Frauen und ihren Kindern zu verändern, organisierte der AKF gemeinsam mit den an der Arbeitsgruppe beteiligten Institutionen am

¹ <http://www.akf-info.de/portal/2015/05/28/es-ist-hoechste-zeit-etwas-fuer-die-psychische-gesundheit-gewaltbetroffener-frauen-und-ihrer-kinder-zu-tun-positionspapier-zum-internationalen-tag-der-frauengesundheit-2015/>

² <https://www.bmfsfj.de/blob/94444/2c5b7c4f57be75aa8f1219137339643e/peking-plus-20-umsetzung-der-aktionsplattform-von-pekings-deutsch-data.pdf>

³ WHO steht für Weltgesundheitsorganisation

30. Juni 2017 ein Fachgespräch. Das Fachgespräch fand dank freundlicher Unterstützung der Bundespsychotherapeutenkammer in deren Berliner Räumlichkeiten statt.

Hinweis

Diese Dokumentation ist über die Homepage des AKF www.akf-info.de abrufbar. Von der Onlineversion aus können alle angegebenen Links erreicht werden.

Dokumentation des Fachgesprächs 2017 „Konzepte und Maßnahmen zur Verbesserung der psychischen Gesundheit gewaltbetroffener Frauen und ihrer Kinder“

Zu dem Fachgespräch waren Vertreterinnen und Vertreter aus der Politik, dem Gesundheitswesen, dem Gewaltschutzbereich und der Wissenschaft geladen, die mit der Versorgung von gewaltbetroffenen Frauen und ihrer Kindern betraut sind. Die Teilnehmenden waren so ausgewählt, dass sowohl politische und fachliche Entscheidungsträgerinnen und -träger als auch Fachleute aus den relevanten Versorgungsbereichen zusammenkommen. Diese Zusammensetzung gewährleistete, dass gemeinsam Versorgungslücken herausgearbeitet und Lösungswege aufgezeigt sowie gleichsam Finanzierungsmöglichkeiten eruiert werden. Teilgenommen haben:

- Karin Bergdoll, Arbeitskreis Frauengesundheit in Medizin, Psychotherapie und Gesellschaft e. V. (AKF)
- Dipl.-Päd. Elise Bittenbinder, Bundesweite Arbeitsgemeinschaft der psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer e. V. (BAfF)
- Dr. med. Melanie Büttner, Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Frauenheilkunde und Geburtshilfe
- Dr. Birgit Cobbers, Bundesministerium für Gesundheit (BMG)
- Dr. med. Franziska Diel, Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV)
- Carolin Fiedler, Arbeitskreis Frauengesundheit in Medizin, Psychotherapie und Gesellschaft e. V. (AKF)
- Nancy Gage-Lindner, Deutscher Juristinnenbund e. V. (djb)
- Nadine Glade, Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen
- Prof. Dr. Daphne Hahn, Hochschule Fulda
- Ulrike Hauße, Bremische Zentralstelle für die Verwirklichung der Gleichberechtigung der Frau (ZGF)
- Hilde Hellbernd, S.I.G.N.A.L. e. V. – Intervention im Gesundheitsbereich gegen häusliche und sexualisierte Gewalt
- Dr. Alessa Jansen, Bundespsychotherapeutenkammer
- Ulrike Janz, GESINE Netzwerk Gesundheit.EN
- Antje Krause, Evangelischer Fachverband für Frauengesundheit e. V.
- Margaretha Kurmann, Bremische Zentralstelle für die Verwirklichung der Gleichberechtigung der Frau (ZGF)
- Dipl.-Psych. Mechthild Lahme, Deutsche Psychotherapeutenvereinigung e. V.
- Prof. Dr. med. Astrid Lampe, Deutschsprachige Gesellschaft für Psychotraumatologie (DeGPT)
- Dipl.-Soz. Päd. Peter Lehndorfer, Bundespsychotherapeutenkammer

- Sibylle Malinke, Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek)
- Anja Röske, Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V. (DKG)
- Dipl.-Päd. Petra Rossmanith, Beschwerde- und Informationsstelle Psychiatrie in Berlin (BIP)
- Dr. med. Justina Rozeboom, Bundesärztekammer
- Dr. med. Julia Schellong, Klinik und Poliklinik für Psychotherapie und Psychosomatik Dresden; Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN)
- Anne Schilling, Elly Heuss-Knapp-Stiftung Deutsches Müttergenesungswerk (MGW)
- Vetr. Prof. Dr. Monika Schröttle, Technische Universität Dortmund
- Dr. phil. Silke Schwarz, Psychologin im Frauenhaus Cocon, Cocon e. V. Frauenverein Berlin
- Marion Steffens, Kompetenzzentrum Frauen und Gesundheit NRW
- Andrea Stolte, GESINE Netzwerk Gesundheit.EN/Kompetenzzentrum Frauen und Gesundheit NRW
- Jutta Wienand, Bundesverband Frauenberatungsstellen und Frauennotrufe (bff)
- Karin Wieners, Koordinierungsstelle des S.I.G.N.A.L. e. V. – Intervention im Gesundheitsbereich gegen häusliche und sexualisierte Gewalt



von links: Karin Bergdoll, Ulrike Hauffe, Hilde Hellbernd

Begrüßung

Zu Beginn begrüßte Karin Bergdoll, 2. Vorsitzende des AKF, die anwesenden Fachleute und stellte die Teilnehmerinnen der AKF-Arbeitsgruppe „Psychische Gesundheit gewaltbetroffener Frauen und ihrer Kinder“ vor.⁴

Moderation

Im Anschluss begrüßte die Moderatorin Ulrike Hauffe die Anwesenden. Auf das Fachwissen der Teilnehmerinnen und Teilnehmer das Fachgesprächs verweisend, betonte sie die Notwendigkeit eines ergebnisorientierten Austauschs. Die Moderatorin unterstrich, dass wissenschaftliche Erkenntnisse sowie international erprobte Konzepte und Maßnahmen für eine Verbesserung der Situation gewaltbetroffener Frauen bereits vorliegen. Es gelte jetzt, dieses Wissen umzusetzen und Verabredungen zu einer flächendeckenden Versorgung zu treffen, um die psychische Gesundheit gewaltbetroffener Frauen und ihrer Kinder angemessen zu stärken.

⁴ Die Begrüßungsworte sind auf der Homepage des AKF www.akf-info.de zugänglich.

Einführungsworte

Hilde Hellbernd ist Diplom-Pädagogin und als Gesundheitswissenschaftlerin, Dozentin und Trainerin aktiv.

Es waren vor allem zwei Aspekte, die die Arbeitsgruppe „Psychische Gesundheit gewaltbetroffener Frauen und ihrer Kinder“ beschäftigten: Zum einen, in der Alltagspraxis ständig an Grenzen zu stoßen, z.B. durch zu eingeschränkte Angebote wie etwa für traumatisierte Frauen in Frauenhäusern oder durch die lange Suche und lange Wartezeit auf geeignete Therapieplätze. Auch fehlende Ressourcen für psychosoziale, niedrigschwellige Angebote sowie eine extreme psychotherapeutische Unterversorgung in ländlichen Regionen und für bestimmte Zielgruppen sind hier zu nennen. Zum anderen beschäftigte die Arbeitsgruppe die begrenzte Wahrnehmung der Thematik häuslicher und sexualisierter Gewalt in der gesundheitlichen Versorgung. In der Praxis äußert sich diese begrenzte Wahrnehmung im Mangel an gender- und gewaltsensiblen Versorgungsangeboten, im Mangel an geeigneten traumatherapeutischen Angeboten, im fehlenden Blick auf die Kinder, über die bei Nichtbeachtung der häuslichen Gewalt zu oft die Gewaltthematik in die nächste Generation weitergeführt wird, und in fehlenden Konzepten zum Schutz vor sexualisierter Gewalt in psychiatrischen Einrichtungen. Ebenso ist die unzureichende Beachtung der Thematik in der Aus-, Fort- und Weiterbildung von Therapeuten und Therapeutinnen und von Gesundheitsfachkräften problematisch. Außerdem führt die Tatsache, dass bezüglich der Thematik häusliche und sexualisierte Gewalt Fachwissen im Gesundheitsbereich fehlt, leider nicht zu intensiven Forschungsaktivitäten auf diesem Feld.

Psychische Belastungen sind die häufigsten Auswirkungen von sexualisierter und häuslicher Gewalt. Frauen sind überproportional von sexualisierter und häuslicher Gewalt betroffen. Schätzungen gemäß sind ca. 60 – 80 % der Frauen in psychiatrischen Einrichtungen im Laufe ihres Lebens von Gewalt betroffen. Für Frauen mit psychischen Erkrankungen besteht ein besonders hohes Risiko, erneut Betroffene von Gewalt zu werden. Letzteres belegen internationale Forschungen zur Akutprävalenz von häuslicher und sexualisierter Gewalt. Besonders hoch ist das Risiko für Gewalt für bestimmte Zielgruppen, wie Frauen mit Behinderungen, Frauen mit Migrationshintergrund und im Kontext von Sucht.⁵

Vortrag „Gewaltbetroffene Frauen und ihre Kinder – Versorgungsbedarfe im Gesundheitswesen“ von Dr. med. Julia Schellong



Julia Schellong ist Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie und Oberärztin an der Klinik und Poliklinik für Psychotherapie und Psychosomatik am Universitätsklinikum Carl Gustav Carus, Dresden. Zudem leitet sie das Referat Psychotraumatologie der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN).

Frau Schellong eröffnete ihren Vortrag mit einem Überblick über Häufigkeiten und Auswirkungen von sexualisierter und häuslicher Gewalt. Im Jahr 2014 lag in der EU die Lebenszeitprävalenz von Frauen bei 22 % für körperliche oder sexualisierte Gewalt und bei 43 % für psychische Gewalt. In den 12 Monaten vor einer Befragung aus dem Jahr 2014 hatten in Deutschland 4 % der Frauen zwischen 18 und 74 Jahren körperliche Gewalt in der Partner-

schaft erfahren (European Union Agency for Fundamental Rights, 2014). 82 % der Personen, die von Mord und Totschlag, Körperverletzungen, Vergewaltigung, sexueller Nötigung, Bedrohung und Stalking durch ihre Partner oder Partnerinnen bzw. Ex-Partner oder Ex-Partnerinnen betroffen waren, sind laut dem Bericht des Bundeskriminalamts 2016 Frauen.⁶ Bei der Betrachtung von Gewalt in der Familie ist insbesondere zu berücksichtigen, dass 50 % der betroffenen Frauen zum Zeitpunkt der Gewalterfahrung Kinder hatten oder schwanger waren. Eine Studie zeigt, dass 57 % der Kinder die Gewaltsituation mit angehört haben, 50 % sie mit angesehen haben und dass 25 % versucht haben,

⁵ Die Einführungsworte sind auf der Homepage des AKF www.akf-info.de zugänglich.

⁶ https://www.bka.de/DE/Presse/Listenseite_Pressemitteilungen/2016/Presse2016/161122_Partnerschaftsgewalt.html

die eigene Mutter zu verteidigen (Hornberg et al., 2008). Unter Nutzerinnen von Kriseninterventionszentren und psychiatrischen Kliniken liegt die Lebenszeitprävalenz bezüglich Partnergewalt bei 70 %, wobei 38 % der Befragten angaben, in den letzten 12 Monaten Gewalt erlebt zu haben. Jede 10. Frau gab an, von sexualisierter Gewalt betroffen gewesen zu sein (Nyberg et al., 2013).

Direkte körperliche Folgen von Gewalt umfassen u.a. Hämatome, Frakturen und Zahnverlust. Indirekte Gewaltfolgen beinhalten z.B. gastrointestinale Beschwerden, Herz-Kreislaufkrankungen und Schmerzsyndrome sowie Veränderungen im Verhalten und psychische Beschwerden (Hornberg et al., 2008). Letztere äußern sich in Schlafstörungen, Selbstwertkrisen, Suizidgedanken, Flashbacks und Ekel gegenüber dem eigenen Körper (Hornberg et al., 2008). Das Ausmaß psychischer Symptome (Depressions-, Angst- und PTBS⁷-Symptome) stieg stufenweise, je nach Anzahl an Gewalt-erlebnissen (Ferrari et al., 2016). Laut einer WHO-Untersuchung bestehen signifikante Zusammenhänge zwischen einer Gewaltbetroffenheit und resultierenden Gesundheitsfolgen: Aufgezählt werden Probleme in der Alltagsbewältigung, Schmerzen, Gedächtnisprobleme, emotionaler Stress, suizidale Gedanken und Handlungen (Ellsberg et al., 2008).

Vor diesem Hintergrund verwies Frau Schellong auf den eindringlichen Appell der WHO, Gewalt gegen Frauen und Mädchen als globales Gesundheitsproblem stärker zu adressieren (Garcia-Moreno, Watts, 2011; García-Moreno et al., 2015a). Auch der Deutsche Ärztetag forderte im Mai 2015, die von der WHO 2013 erarbeitete Leitlinie zum Umgang mit Gewalt in Paarbeziehungen und mit sexualisierter Gewalt gegen Frauen auf allen Ebenen umzusetzen (Bundesärztekammer, 2015).

Körperliche wie auch andere Formen von Gewalt führen dazu, dass psychologische Gesundheitsdienste häufiger benutzt werden (Bonomi, 2009). Allerdings sprechen nur wenige Betroffene von sich aus das Gewalterleben an und suchen sich Hilfe. Gründe liegen im Schamerleben, in Schuldgefühlen bzw. dem Gefühl der Mitverantwortlichkeit, in der Angst vor weiterer Eskalation, in dem Gefühl, die einzige Betroffene zu sein, in dem Versuch, die Gewalt nicht wahrhaben zu wollen, in einem beschädigten Selbstwertgefühl und Resignation sowie der Angst vor Verurteilung, wenn Ratschläge nicht angenommen werden. Wenn das Gesundheitspersonal unsensibel reagiert oder nicht ausreichend Zeit für die Hilfesuchenden zur Verfügung steht, wird eine aktive Suche nach Hilfe zusätzlich behindert. Frauen mit Migrationshintergrund erleben eine besonders hohe Tabuisierung von Gewalt, was u.a. in Zusammenhang steht mit einem anderen kulturellen Verständnis von Ehe und Partnerschaft, mit der Angst vor Verlust der Bindung an die ethnische Gemeinschaft, mit Sprachbarrieren, mit mangelnden Informationen über das Sozial- und Gesundheitssystem und mit einer existentiellen Abhängigkeit vom Partner aufgrund drohender ausländerrechtlicher Konsequenzen.

Bei einer Befragung, welche Dienste Betroffene aufgrund des schwerwiegendsten Vorfalls körperlicher oder sexualisierter Gewalt innerhalb der Partnerschaft in Anspruch genommen haben, wurden am häufigsten die Gesundheitsdienste mit insgesamt 29 % genannt (Wieners, Winterholler, 2015). Damit fällt dem Gesundheitswesen eine besondere Verantwortung zu. Bestehende Arbeitshilfen und Hilfsangebote für Betroffene sind beim Gesundheitspersonal allerdings relativ unbekannt (Epple et al., 2011). Nach einem gezielten Training von Medizinerinnen und Medizinern hingegen vermittelten diese signifikant häufiger an entsprechende Beratungsstellen und fertigten einen Bericht zur Dokumentation der häuslichen Gewalt an (Feder et al., 2011). Frau Schellong führte weiter aus, dass das größte Hemmnis für ein routinemäßiges Screening bei Verdachtsmomenten in Gesundheitseinrichtungen in der fehlenden Information darüber besteht, wohin eine Weitervermittlung der Betroffenen erfolgen soll. Auch die Unsicherheit bezüglich rechtlicher Regelungen spielt hierbei eine Rolle, gefolgt von der Sorge um Grenzüberschreitung, dem Mangel an Zeit und der Vermutung, dass die Patientin nicht angesprochen werden möchte. Weitere Gründe seien in der Unsicherheit im Umgang (bezogen auf die Gesprächsführung und Dokumentation) und in der Angst vor einer Retraumatisierung sowie vor Einmischung in Familienangelegenheiten zu suchen. Auch wenn der Täter oder die Täterin in Behandlung ist, wenn Zweifel an der Glaubwürdigkeit oder sprachliche Barrieren bestehen und wenn um die eigene Sicherheit gefürchtet wird, wird das Thema häusliche Gewalt durch das Gesundheitspersonal weniger oft angesprochen (O'Doherty et al., 2015).

Aus diesen Erkenntnissen leitete Frau Schellong ab, dass im Sinne einer primären Prävention Auf-

⁷ PTBS steht für Posttraumatische Belastungsstörung

klärungsarbeit für das Fachpersonal sowie für die Patientinnen und Patienten geleistet werden soll wie auch Hausbesuche und andere Interventionen durchgeführt werden müssen, um bspw. eine Kindeswohlgefährdung zu verhindern oder einen riskanten Alkoholkonsum festzustellen. Im Rahmen einer sekundären Prävention sollte das Gesundheitspersonal das Vorliegen von Gewalt identifizieren und akute Hilfen sowie Langzeithilfen bei Gesundheitsproblemen zugänglich machen. Wichtig ist, bestehende Alkohol- und Substanzabhängigkeiten anzusprechen und zu spezifischen Hilfeinstitutionen zu vermitteln. Die tertiäre Prävention beinhaltet eine psychotherapeutische Langzeitbehandlung und eine Unterstützung bei sozialen Belangen wie Arbeit, Schulden, Haushalt und rechtlichen Belangen, ebenso wie eine Unterstützung von Gewaltbetroffenen in ihren Opferrechten. Darüber hinaus ist eine Datenerhebung in allen Präventionsphasen erforderlich (García-Moreno et al., 2015b).

Frau Schellong schloss ihren Vortrag mit folgenden Forderungen an die Teilnehmenden des Fachgesprächs:

- Transparente Zugänglichkeit von Leitfäden, Dokumentationsbögen und Hilfestrukturen für das Gesundheitspersonal, wie auch die Ernennung bzw. Institutionalisierung einer Beauftragten oder eines Beauftragten des Gesundheitswesens im Hilfenetzwerk Häusliche Gewalt (Beispiel Berlin „Berliner Initiative gegen Gewalt an Frauen e. V.“)
- Entwicklung papierloser Tools mit Einbindung in die Praxissoftware für die Gesundheitsdienste
- Verbesserung der Abrechenbarkeit von Dokumentationsleistungen für die Gesundheitsdienste
- Integration des Themas häusliche Gewalt in Fort-, Weiterbildung und Lehre inklusive traumainformierter Gesprächsführung
- GOBSIS⁸ – spezifisch für häusliche Gewalt für ganz Deutschland
- Durchführung interdisziplinärer Fallanalysen nach Todesfällen und schwersten Verletzungen (Zwischenfallmeldesystem), Durchführung von Gefährdungsanalysen und CIRS⁹
- Beachtung spezifischer Zielgruppen
- Ausbau von Krisenambulanzen und Angeboten für die psychotherapeutische Versorgung.

Literatur

- Bonomi, A. E. (2009). Health care utilization and costs associated with physical and nonphysical-only intimate partner violence. *Health Services Research, 44*(3): 1052 - 1067.
- Bundesärztekammer (2015). 118. Deutscher Ärztetag. Beschlussprotokoll. Frankfurt am Main. http://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/118._DAET/118DAETBeschlussprotokoll20150515.pdf.
- Ellsberg, M., Jansen, H. A., Heise, L., Watts, C. H., Garcia-Moreno, C. (2008). Intimate partner violence and women's physical and mental health in the WHO multi-country study on women's health and domestic violence: an observational study. *The Lancet, 371*: 1165 - 1172.
- Epple, F., Croy, I., Schellong, J. (2011). Domestic violence in patients – underestimated by medical staff: self-report data from medical staff of the outpatient clinical settings in Dresden and Chemnitz and of the inpatient departments of the Medical University of Dresden in Saxony, Germany. *Z Evid Fortbild Qual Gesundheitswes, 105*(6): 452 - 458.
- European Union Agency for Fundamental Rights (2014). Violence against women: an EU-wide survey. <http://fra.europa.eu/en/publication/2014/violence-against-women-eu-wide-survey-main-results-report>.

⁸ GOBSIS steht für Gewaltopfer-Beweissicherungs-Informationssystem. Weitere Informationen unter: <http://gobsis.de/>

⁹ CIRS steht für Critical Incident Reporting System (CIRS) (deutsch Berichtssystem über kritische Vorkommnisse) und ist ein Berichtssystem zur anonymisierten Meldung von kritischen Ereignissen und Beinahe-Schäden in Einrichtungen des Gesundheitswesens.

- Feder, G., Davies, R. A., Baird, K., Dunne, D., Eldridge, S., Griffiths, C., Gregory, A., Howell, A., Johnson, M., Ramsay, J., Rutterford, C., Sharp, D. (2011). Identification and Referral to Improve Safety (IRIS) of women experiencing domestic violence with a primary care training and support programme: a cluster randomised controlled trial. *The Lancet*, 378: 1788 - 1795.
- Ferrari, G., Agnew-Davies, B., Bailey, J., Howard, L., Howarth, E., Peters, T. J., Sardinha, L., Feder, G. S. (2016). Domestic violence and mental health: a cross-sectional survey of women seeking help from domestic violence support services. *Global Health Action*. doi: 10.3402/gha.v9.29890.
- Garcia-Moreno, C., Watts, C. (2011). Violence against women: an urgent public health priority. *Bulletin of the World Health Organization*, 89: 2 - 2.
- García-Moreno, C., Zimmerman, C., Morris-Gehring, A., Heise, L., Amin, A., Abrahams, N., Montoya, O., Bhate-Deosthali, P., Kilonzo, N., Watts, C. (2015a). Addressing violence against women: a call to action. *The Lancet*, 385 (9978): 1685 - 1695.
- García-Moreno, C., Hegarty, K., Lucas d'Oliveira, A. F., Koziol-McLain, J., Colombini, M., Feder, G. (2015b). The health-systems response to violence against women. *The Lancet*, 385: 1567 - 1579.
- Hornberg, C., Schröttle, M., Bohne, S., Pauli, A. (2008). Gesundheitliche Folgen von Gewalt: Unter besonderer Berücksichtigung von häuslicher Gewalt gegen Frauen. *Robert Koch Institut*. https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsT/gewalt.pdf?__blob=publicationFile.
- Kalifeh, H., Oram, S., Osborn, D., Howard, L. M., Johnson, S. (2016). Recent physical and sexual violence against adults with severe mental illness: a systematic review and meta-analysis. *IntRevPsychiatry*, 28(5): 433 - 451.
- Nyberg, E., Stieglitz, R. D., Flury, M., Riecher-Rössler, A. (2013). Häusliche Gewalt bei Frauen einer Kriseninterventionspopulation – Formen der Gewalt und Risikofaktoren. *Fortschr Neurol Psychiatr*, 81(6): 331 - 336.
- O'Doherty, L., Hegarty, K., Ramsay, J., Davidson, L. L., Feder, G., Taft, A. (2015). Screening women for intimate partner violence in healthcare settings. *The Cochrane Library*, 7: 100 - 103.
- Staatsministerium für Soziales und Verbraucherschutz (2007). Zum Umgang mit Opfern häuslicher Gewalt – Leitfaden für Ärztinnen und Ärzte in Sachsen, <https://publikationen.sachsen.de/bdb/artikel/11131>.
- Wieners, K., Winterholler, M. (2015). Häusliche und sexuelle Gewalt gegen Frauen: Implikationen der WHO-Leitlinien für Deutschland. *Bundesgesundheitsblatt*, doi: 10.1007/s00103-015-2260-0.

Diskussion zur Verankerung des Themas in den jeweiligen Institutionen

Nachfolgend wird der Austausch unter den Teilnehmenden des Fachgesprächs zur Verankerung des Themas häusliche Gewalt und psychische Gesundheit in ihren jeweiligen Institutionen dargestellt. Die von den Teilnehmenden identifizierten Handlungsbedarfe sowie ihre Handlungszusagen werden unter dem Abschnitt „Zusammenfassung und Ausblick“ beschrieben.

- **Bundesministerium für Gesundheit (BMG):** Mit der Umsetzung der neuen Psychotherapie-Richtlinie seit April 2017 erhofft sich das BMG, die Wartezeiten auf ambulante Psychotherapien reduzieren zu können. Durch zusätzliche Sprechstundenangebote und eine verbesserte telefonische Erreichbarkeit soll ein niedrigschwelliger Zugang zum Hilfesystem erreicht werden. Auch die Antragsverfahren zur Kostenübernahme für Psychotherapeutinnen und -therapeuten sind vereinfacht worden.
- **Bundespsychotherapeutenkammer:** Laut Herrn Lehndorfer können Patientinnen und Patienten aufgrund der vom BMG genannten Reform der Psychotherapie-Richtlinie einen schnelleren Zugang zum Hilfesystem finden. Allerdings werden Wartezeiten von drei bis sechs Monaten auf einen ambulanten Psychotherapieplatz bestehen bleiben, solange die Bedarfsplanung nicht

angepasst ist.

- **Kassenärztliche Bundesvereinigung:** Frau Diel verwies während der Diskussion auf die guten Erfahrungen im Bereich der Frühen Hilfen,¹⁰ was insbesondere die gelungene Zusammenarbeit zwischen Ärztinnen und Ärzten sowie der Jugendhilfe betrifft. Die sich daraus ergebenden Ansatzpunkte für eine Übertragung auf den Bereich häusliche Gewalt werden im Abschnitt „Zusammenfassung und Ausblick“ dargestellt.
- **Deutschsprachige Gesellschaft für Psychotraumatologie:** Seit 2011 besteht in Österreich auf Bundesebene die gesetzliche Vorgabe, dass Krankenhäuser sog. Opferschutzgruppen vorhalten müssen. Ärzte sowie Ärztinnen, Therapeutinnen und Therapeuten, Sozialarbeiterinnen und -arbeiter und Pflegepersonal werden für das Thema häusliche Gewalt sensibilisiert.¹¹ In der Evaluation dieser Maßnahme stellte man fest, dass bei einer Sensibilisierung des Gesundheitspersonals das Thema gegenüber potentiell von Gewalt Betroffenen wesentlich öfter angesprochen wird. Es stellte sich auch heraus, dass die Vernetzung mit regionalen Beratungsstellen für eine nachhaltige Gesundheitsversorgung Gewaltbetroffener immens wichtig ist und dass es für ein Funktionieren der Opferschutzgruppen in den Krankenhäusern einer zusätzlichen Finanzierung und damit zusätzlicher personeller Ressourcen bedarf.

Vortrag „Bedarfe und Unterversorgung spezifischer Zielgruppen“ von Dr. Monika Schröttle



Monika Schröttle ist Sozialwissenschaftlerin und Politologin. Sie ist Vertretungsprofessorin an der Fakultät Rehabilitationswissenschaften der Technischen Universität Dortmund und hat die Schwerpunktleitung am Institut für empirische Soziologie an der Friedrich-Alexander-Universität Nürnberg inne.

Dass spezifische Betroffenengruppen besondere Bedarfe beanspruchen, geht auf mehrere Gründe zurück: Zum einen sind bestimmte Zielgruppen in einem erhöhten Maße von Gewalt im Lebensverlauf betroffen, zum anderen machen diese Gruppen in einem erhöhtem Maße Diskriminierungserfahrungen und sind daher auch häufiger psychisch beeinträchtigt. Darüber hinaus erhalten spezifische Betroffenengruppen aufgrund von gesellschaftlichen und institutionellen Rahmenbedingungen einen schwierigeren Zugang zum Unterstützungssystem. Frau Schröttle stellte in ihrem Vortrag die Bedarfe von Frauen mit Behinderung und die Bedarfe von Frauen mit Migrations- und Fluchterfahrung dar.

In einer Repräsentativbefragung des Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend zeigte sich, dass Frauen mit Behinderungen eine zwei- bis vierfach erhöhte Betroffenheit durch Gewalt gegenüber Frauen im Bevölkerungsdurchschnitt aufweisen (Schröttle et al., 2013). Charakteristisch waren häufig multiple und fortgesetzte Gewalt im Lebensverlauf, eine hohe Prävalenz psychischer Beeinträchtigungen sowie ein schwieriger Zugang zum Unterstützungssystem aufgrund von inneren und äußeren Barrieren. Weitere Ergebnisse zeigen, dass in der Gruppe Frauen mit Behinderungen ein Zusammenhang zwischen Diskriminierungs- und Gewalterfahrungen besteht und erforderliche Schutz-, Unterstützungs- und Beratungsstrukturen unzureichend realisiert sind. Frauen mit Behinderungen sind außerdem deutlich häufiger als Frauen im Bevölkerungsdurchschnitt von Gewalt in der Kindheit und Jugend betroffen. Insofern ist von einem wechselseitigen Zusammenhang zwischen Gewalt und Behinderung auszugehen: Gewalterlebnisse in Kindheit und Jugend können zu körperlichen und psychischen Beeinträchtigungen bis hin zu Behinderungen führen. Behinderungen und Beeinträchtigungen erhöhen wiederum das Risiko, Betroffene von Gewalt zu werden. 50 – 60 % der befragten Frauen mit Behinderung sind von elterlicher psychischer Gewalt in der Kindheit und Jugend betroffen gewesen, 74 – 90 % erlebten elterliche physische Gewalt in Kindheit und Jugend und weitere 25 – 52 % berichten von sexuellem Missbrauch in Kindheit und Jugend. Am häufig-

¹⁰ Weiterführende Informationen zum Begriff der Frühen Hilfen unter: <https://www.fruehehilfen.de/fruehe-hilfen/was-sind-fruehe-hilfen/>

¹¹ Weiterführende Informationen zur Etablierung einer Opferschutzgruppe (OSG) an den Universitätskliniken Innsbruck unter: http://signal-intervention.de/download/Lit_2016_DeGPT_Beck_OSG.pdf

sten hiervon betroffen waren gehörlose und psychisch kranke Frauen. Auch im Erwachsenenleben sind Frauen mit Behinderungen deutlich öfter als Frauen im Bevölkerungsdurchschnitt von Gewalt betroffen: Seit ihrem 16. Lebensjahr haben 68 – 90 % psychische Gewalt, 58 – 57 % physische Gewalt und 21 – 43 % sexualisierte Gewalt erlebt. Frauen mit Behinderung sind erheblich häufiger als Frauen im Bevölkerungsdurchschnitt multipler Gewalt ausgesetzt (im Sinne von physischer, psychischer und sexualisierter Gewalt) und dies mehrfach im Verlauf ihres Lebens (Kindheit, Jugend- und Erwachsenenalter). Gleichzeitig ist aus der Forschung bekannt, dass kumulierte Gewalterfahrung als hoher Risikofaktor für die Gesundheit von Frauen zu werten ist (Schröttle, Khelaifat, 2008): Es besteht eine hohe Korrelation zwischen der Anzahl an erlebten Gewaltereignissen und -formen und der Anzahl an körperlichen und psychischen Beschwerden.

Die insgesamt häufig auftretenden psychosomatischen und psychischen Beeinträchtigungen, mit denen Frauen mit Behinderung leben, sind als Folge von Gewalt, Behinderung, Diskriminierung und der allgemeinen Lebenssituation zu sehen. Gewalt und psychische Beeinträchtigungen sind in diesem Zusammenhang eingebettet in ein System von Diskriminierung und struktureller Benachteiligung. Frauen mit Behinderung haben geringere Ressourcen (im Hinblick auf Schul- und Berufsausbildung, Einkommen, Erwerbsbeteiligung sowie Mehraufwand aufgrund der Behinderung), sind stärker sozial isoliert und weniger familiär eingebunden. Zudem erfahren sie eine stärkere Einschränkung des selbstbestimmten Lebens und der Privat- und Intimsphäre, insbesondere beim Leben in Einrichtungen und bei schweren Behinderungen. Weitere Diskriminierungen, die 88 – 91 % der befragten Frauen mit Behinderung durch andere Personen und Institutionen erlebt haben, manifestieren sich im nicht Ernst-Nehmen, in Bevormundung, Belästigung, ungewollter Berührung und in anderen Benachteiligungen (Schröttle et al., 2013). Hinzu kommt, dass viele Gesundheits- und Beratungseinrichtungen für bestimmte Personengruppen nicht oder nur eingeschränkt zugänglich sind. Diesen Befund bestätigt die bundesweite Daphne-Studie aus dem Jahr 2015, die verschiedene Versorgungsstellen auf ihre Zugänglichkeit für Personen befragte, die mit psychischen oder kognitiven Beeinträchtigungen sowie seh-, hör- oder gehbedingten Einschränkungen leben oder pflegebedürftig sind (Schröttle et al., 2015). Die betroffenen Frauen selbst gaben vielfältige Hürden bei der Unterstützungssuche an. Vorgetragene Hindernisse sind ein fehlendes Ernstnehmen der Betroffenen und ein Mangel an Beweisen (v.a. bei kognitiven und psychischen Beeinträchtigungen behindert die Angst, keinen Glauben geschenkt zu bekommen) sowie wenn kein oder wenig Wissen hinsichtlich eigener Rechte und Unterstützungsmöglichkeiten besteht. Als weitere Schwierigkeiten zur Inanspruchnahme von Versorgungsangeboten wurden fehlende Bildung, unzureichende Thematisierung von Gewalt bzw. fehlende barrierefreie Informationen angeführt. Besonders bei einem Leben in Abhängigkeit ist der Zugang erschwert. Vor allem für Frauen und Männer in Wohneinrichtungen und in Pflegesituationen besteht die Angst vor Offenlegung ihrer Gewalterfahrungen, wenn eine alternative externe Unterstützung nicht erreichbar ist, kein niedrigschwelliges internes Unterstützungsangebot existiert bzw. wenn Einrichtungen als geschlossene Systeme charakterisiert sind. Hinderlich sind auch finanzielle Aspekte: eine fehlende Finanzierung von Dolmetscherinnen und Dolmetschern, Assistenz- und Beratungsleistungen sowie eine finanzielle Abhängigkeit von Täterinnen und Tätern. Die Befragten kritisierten zudem das Fehlen barrierefreier Unterstützungsangebote und brachten vor, dass eine Suche nach Unterstützung durch Abhängigkeiten bzw. durch Selbstwertprobleme und begrenzte soziale Kontakte generell erschwert ist. Insbesondere für Frauen mit sogenannter geistiger Behinderung ist es eine Herausforderung, selbstständig außerhalb der Einrichtung Unterstützung zu suchen. Ebenfalls als hinderlich benannt wurden die Kommunikationsbarrieren bei gehörlosen Frauen und Männern sowie eine Angst vor Offenlegung der eigenen Gewaltbetroffenheit in der Gehörlosengemeinschaft. Schließlich ist auch die bisherige Erfahrung mit Gewalt und mangelnder Unterstützung im vorangegangenen Leben als Barriere benannt worden.

Zusammenfassend sind daher laut Frau Schröttle folgende Maßnahmen erforderlich:

- Schaffung niedrigschwelliger und barrierefreier, zielgruppengerechter Schutz- und Unterstützungsangebote
- Schulung aller Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen in allen Einrichtungen für Menschen mit Behinderung
- Bereitstellung interner und externer Unterstützungsangebote für Menschen, die in Einrichtun-

gen leben und/oder arbeiten

- Ausbau bestehender Angebote und Aufbau zusätzlicher spezifischer Angebote (z.B. Beratung in Deutscher Gebärdensprache, barrierefreie Schutzhäuser)
- Erarbeitung und Einführung von Standards und Leitlinien im Umgang mit Gewalt und bei Verdachtsfällen
- Veränderung im Umgang mit Betroffenen: Selbstbestimmung, Ernstnehmen, Kultur des „Hinschauens“, Wahrung von Intim- und Körpergrenzen
- Durchführung von Maßnahmen, die das Selbstvertrauen und Selbstbewusstsein von Frauen mit Behinderung stärken bzw. eine gemeinsame Erarbeitung von Konzepten und Strategien und die Implementierung von Peer-Beratung (Betroffene beraten Betroffene)

Im zweiten Teil ihres Vortrags widmete sich Frau Schröttle den Bedarfen von Frauen mit Migrations- und Fluchterfahrung. Auch bei dieser Personengruppe ist ein erhöhtes Ausmaß an Gewaltbetroffenheit und an psychischen Beeinträchtigungen feststellbar (Schröttle, Khelaifat, 2008). Folgende Problemlagen wurden in einer 2008 von Frau Schröttle und Frau Khelaifat durchgeführten Studie sichtbar: eine erhöhte Gewaltbelastung in der aktuellen Partnerschaft, Schwierigkeiten bei der Loslösung aus gewaltbelasteten Paarbeziehungen, Diskriminierungserfahrungen und geringe Ressourcen sowie sprachlich und kulturell bedingte innere und äußere Barrieren bei der Unterstützungssuche. Eine extrem hohe Gewaltbetroffenheit ist bei geflüchteten Frauen während und nach der Flucht festzustellen, nicht zuletzt aufgrund eines unzureichenden Schutzes in den Asylunterkünften (Schröttle, Müller, 2004).

Es bleibt festzuhalten, dass nicht eine Problemverengung – im Sinne von Migrantinnen gleich Gewalt, gleich (Gesundheits-)Problem – stattfinden sollte, sondern zu differenzieren ist. Die Mehrheit der Frauen mit Migrationshintergrund erlebt keine Gewalt und die Mehrheit der Gewalttäter bzw. der gewaltbetroffenen Frauen in Paarbeziehungen haben keinen Migrationshintergrund. Häufig charakteristisch für die Situation von gewaltbetroffenen Frauen mit Migrationserfahrung ist allerdings eine Mehrfachbelastung. Diese setzt sich, neben der Gewaltsituation in Familie oder Partnerschaft, zusammen aus einer schwierigen sozialen, beruflichen und ökonomischen Situation, einer offenen und verdeckten Diskriminierung und einer beeinträchtigten psychischen Gesundheitssituation. Insofern sind hier bei der Erstellung und Realisation von Konzepten und Maßnahmen insbesondere auch die gesellschaftlich-politischen Rahmenbedingungen zu berücksichtigen, um eine wirkungsvolle Gewaltprävention zu erreichen.

Zusammenfassend betonte Frau Schröttle die Wichtigkeit, die Diversität innerhalb der Gruppen von Frauen mit Behinderung und mit Migrationserfahrung zu beachten. Es ist jeweils zielgruppenspezifische Unterstützung anzubieten und die bekannten Barrieren für Schutz und Unterstützung sind abzubauen. Die institutionellen Rahmenbedingungen müssen verändert und an die Bedarfe der Zielgruppen angepasst werden. Idealerweise erfolgt die hierzu erforderliche Konzeptentwicklung gemeinsam mit den Zielgruppen. Darüber hinaus ist in erhöhtem Maße das Instrument der Peer-Beratung auszubauen. Gesundheitsprävention, Gewaltprävention und soziale sowie berufliche Förderung und Stärkung von Frauen bedingen einander und sind enger als bisher konzeptionell zu verbinden.

Literatur:

Schröttle, M., Fries, S. (2015). Diskriminierungs- und Gewalterfahrungen im Leben gehörloser Frauen. Ursachen, Risikofaktoren und Prävention. *Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend*.

<https://www.bmfsfj.de/blob/93542/d74f3ab178a3009f7ba974a3985e0bd3/diskriminierungs-und-gewalterfahrungen-im-leben-gehoerloser-frauen-endbericht-data.pdf>.

Schröttle, M., Glammeier, S. (2013). Intimate partner violence against women with disabilities. Prevalence and risk factors in the context of violence dynamics, gender and disability constructions. *International Journal on Conflict and Violence*, 2 (7): 232 - 248.

- Schröttle, M., Hornberg, C., Bohne, S. et al. (2008). Gesundheitliche Folgen von Gewalt unter besonderer Berücksichtigung von häuslicher Gewalt gegen Frauen. *Robert Koch-Institut*. http://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsT/gewalt.pdf?__blob=publicationFile.
- Schröttle, M., Hornberg, C. et al. (2013). Lebenssituation und Belastungen von Frauen mit Behinderungen in Deutschland. Eine repräsentative Studie. *Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend*. <http://www.bmfsfj.de/BMFSFJ/Service/publikationen,did=186150.html>.
- Schröttle, M., Hornberg, C. (2014). Gewalterfahrungen von in Einrichtungen lebenden Frauen mit Behinderungen. Ausmaß, Risikofaktoren, Prävention. *Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend*. <https://www.bmfsfj.de/blob/93972/9408bbd715ff80a08af55adf886aac16/gewalterfahrungen-von-in-einrichtungen-lebenden-frauen-mit-behinderungen-data.pdf>.
- Schröttle, M., Khelaifat N. (2008). Gesundheit – Gewalt – Migration: Eine vergleichende Sekundäranalyse zur gesundheitlichen und Gewaltsituation von Frauen mit und ohne Migrationshintergrund in Deutschland. *Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend*. <https://www.bmfsfj.de/blob/93964/588d6d5da075d2803f8696dfbbe3d35c/gesundheit-gewalt-migration-langfassung-studie-data.pdf>.
- Schröttle, M., Müller, U. (2004). Lebenssituation, Sicherheit und Gesundheit von Frauen in Deutschland. Eine repräsentative Untersuchung zu Gewalt gegen Frauen in Deutschland. Teilpopulationen-Erhebung bei Flüchtlingsfrauen. *Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend*. <https://www.bmfsfj.de/blob/84328/0c83aab6e685eeddc01712109bcb02b0/langfassung-studie-frauen-teil-eins-data.pdf>.
- Schröttle, M., Vogt, K., Rosemeier, J. (2015). *Access to specialized victim support services for women with disabilities who have experienced violence. Daphne Project. German National Empirical Reports*. <http://women-disabilities-violence.humanrights.at/countries/Germany>

Diskussion zu den spezifischen Unterstützungsbedarfen verschiedener Zielgruppen und zu bestehenden Angeboten der teilnehmenden Institutionen

In der nachfolgenden Diskussion befassten sich die Teilnehmenden des Fachgesprächs mit der Bedarfslage von und Angebotssituation für Frauen mit Migrations- und Fluchthintergrund, Frauen mit Behinderungen sowie Frauen mit minderjährigen Kindern.

Im ersten Diskussionsteil zu den spezifischen Angeboten und Bedarfen von Frauen mit Fluchtgeschichte und Migrationshintergrund wurde Folgendes benannt:

- **Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN):** Laut Frau Schellong gibt es in Sachsen eine Erstaufnahmeeinrichtung, in der ausschließlich Frauen sowie Mütter mit Kindern untergebracht sind.¹² In Bayern existieren zwei Flüchtlingsunterkünfte speziell für Frauen und Kinder.
- **Bundesweite Arbeitsgemeinschaft der psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer (BAaF):** Die Versorgungssituation hat sich aufgrund der aktuellen gesetzlichen Änderungen sehr verschlechtert: Die kurzen Fristen im 3-stufigen-System¹³ führen im beschleunigten Verfahren dazu, dass die psychosoziale Situation der Antragstellenden nicht ausreichend be-

¹² Weitere Informationen unter: <https://www.medienservice.sachsen.de/medien/news/207703>

¹³ Das dreistufige System beinhaltet das Asylgesuch, die Registrierung und den Asylantrag.

trachtet wird und damit besonders schutzbedürftige Personen nicht identifiziert werden können. Ein weiteres Problem besteht darin, dass die im Rahmen von sogenannten Sonderermächtigungen neu zugelassenen Therapeutinnen und Therapeuten den Geflüchteten nicht bekannt sind. Damit gelangen die Geflüchteten nicht in die eigens geschaffenen Versorgungsstrukturen, wohingegen die psychosozialen Zentren, die sich langjährig in diesem Bereich etabliert haben, finanziell nicht abgesichert und von Kürzungen betroffen sind. Auch mangelt es flächendeckend an einer Finanzierung von Sprachmittlung, die es zu klären gilt.¹⁴

- **Beschwerde- und Informationsstelle Psychiatrie in Berlin (BIP):** In Berlin läuft aktuell das Modellvorhaben „Berliner Netzwerk für besonders schutzbedürftige Flüchtlinge“.¹⁵ Positiv an dem Projekt ist der Zugang zur Eingliederungshilfe für geflüchtete Personen, aber die Umsetzung verläuft derzeit noch nicht zufriedenstellend.
- **Deutscher Juristinnenbund (djb):** Frau Gage-Lindner berichtet für Hessen, dass bei der Unterbringung von allein reisenden Frauen und Müttern mit Kindern – soweit tatsächlich möglich und von den Betroffenen gewollt – eine entsprechende gesonderte Unterbringung angestrebt wird. Als Good Practice nennt sie das Pilotprojekt STEP-BY-STEP für traumatisierte Personen mit Fluchtgeschichte.¹⁶ Jedoch fehlt es weiterhin an Lösungen für die besonderen Bedarfe von geflüchteten Frauen in Frauenhäusern, für die der Aufbau einer eigenständigen Zukunft erschwert ist, schon alleine aufgrund des schlechten Zugangs zum Wohnungsmarkt.
- **PsychotherapeutenVereinigung:** Frau Lahme weist darauf hin, dass in den von Frau Schröttle vorgestellten Studien die Perspektive von psychologischen Psychotherapeutinnen und -therapeuten nicht ausreichend berücksichtigt wird.
- **Bundesverband Frauenberatungsstellen und Frauennotrufe (bff):** Im Land Niedersachsen wird das Projekt „Worte helfen Frauen! Übersetzungsleistungen für geflüchtete Frauen“ erfolgreich umgesetzt.¹⁷ Gelder für Sprachmittlung in Frauenprojekten können dadurch relativ unbürokratisch abgerufen werden.

Im moderierten Diskussionsteil zu den spezifischen Angeboten und Bedarfen von Frauen mit Behinderungen tauschten sich die Teilnehmenden wie folgt aus:

- **Bremische Zentralstelle für die Verwirklichung der Gleichberechtigung der Frau (ZGF):** Die Bundesländer setzen die UN-Behindertenrechtskonvention in Aktionsplänen der Länder um. Dies hat auch Bremen getan. Gewalt gegen Frauen mit Beeinträchtigung ist hier ein wichtiges Thema und wird nach und nach in die Gesetzes-, Verwaltungs- und Versorgungsverfahren integriert. Problematisch ist der eklatante Mangel an Therapieplätzen für Frauen mit sog. geistiger Beeinträchtigung. Da in bestimmten Stadtteilen von einer generellen Überversorgung mit Therapieplätzen ausgegangen wird, ist die Schaffung von geeigneten Therapieplätzen für Frauen mit Lernschwierigkeiten sehr schwergängig. Mit dem Bundesteilhabegesetz ist gesetzlich festgeschrieben, dass Werkstätten für Menschen mit Behinderung eine Frauenbeauftragte einrichten müssen. Allerdings sind die Rahmenbedingungen nicht gesichert. In der Umsetzung wird es sehr darauf ankommen, dieses Instrument auch zum Gewaltschutz so zu gestalten, dass es zu den Bedürfnissen der Frauenbeauftragten und der in Werkstätten tätigen Frauen passt.
- **Beschwerde- und Informationsstelle Psychiatrie in Berlin (BIP):** Besonders innerhalb der Akutpsychiatrie fehlt es weiterhin an angemessenen Schutzräumen, um gewaltvolle Übergriffe zwischen Patienten und Patientinnen in den Versorgungseinrichtungen zu verhindern. Zusätzlich brachte Frau Rossmann noch einen weiteren Aspekt in die Diskussion ein: Im Bereich Partnerschaftsgewalt werden Frauen von ihren Partnern bzw. Ex-Partnern nicht selten als psychisch krank bezeichnet, was im Sorgerechtsstreit mit entsprechenden Folgen für die Frau einhergehen kann.

¹⁴ Ein kostenloser Download des bundesweiten Versorgungsberichts der BAfF ist erhältlich über: http://www.baff-zentren.org/wp-content/uploads/2017/02/Versorgungsbericht_3-Auflage_BAfF.pdf

¹⁵ Weitere Informationen unter: <http://www.migrationsdienste.org/projekte/abgeschlossene-projekte/fluechtlinge.html>

¹⁶ Weitere Informationen unter: <https://fluechtlinge.hessen.de/flucht-asyl/wichtig-zu-wissen/haeufig-gestellte-fragen#III.5>

¹⁷ Weitere Informationen unter: www.worte-helfen-frauen.de

- **Bundesverband Frauenberatungsstellen und Frauennotrufe (bff):** Seit Jahren werden verschiedene Projekte zum Thema Gewalt gegen Frauen und Mädchen mit Behinderungen durch den bff durchgeführt, etwa das Projekt „Zugang für alle!“ und aktuell „SUSE – sicher und selbstbestimmt“.¹⁸

Im letzten Diskussionsteil dieses Themenblocks adressierten die Redebeiträge die spezifischen Angebote und Bedarfe von Müttern mit Kindern:

- **Müttergenesungswerk (MGW):** Frau Schilling wies auf das Vorhandensein von Mütterkuren und Mutter-Kind-Kuren (nach §§ 24, 41 SGB V) im MGW hin, die ca. 50.000 Frauen im Jahr nutzen. Ein Klinikaufenthalt umfasst drei Wochen. Die Mütter sind in der Regel zwischen 25 und 45 Jahre alt (in den Mütterkliniken auch älter), Kinder werden bis zum 14. Lebensjahr mit aufgenommen. Während der Kurmaßnahme stehen die Mütter im Zentrum, ihre Gesundheit und ihre Belastungen in der Familie sowie die Mutter-Kind-Beziehung. Die Kinder werden pädagogisch betreut und erhalten bei Bedarf separate Unterstützung. Es handelt sich um ein niedrigschwelliges, ganzheitliches und frauenspezifisches Therapieangebot für alle Frauen. Es ist an sich kein Akutangebot für gewaltbetroffene Frauen, aber das Thema häusliche Gewalt taucht immer wieder in der Therapie auf, seltener im ärztlichen Attest. Manche Kliniken des Müttergenesungswerks sind im Bereich sexualisierte und häusliche Gewalt spezialisiert und fortgebildet. Teilweise wird Gewalt bei den Frauen aktiv angesprochen und je nachdem, ob die Gewalt in der Vergangenheit zurückliegt oder noch akut ist, werden weiterführende Angebote nach dem Kuraufenthalt gemacht. Im MGW gibt es rund 1.300 Beratungsstellen, die bei den Wohlfahrtsverbänden angesiedelt sind und als Anlaufstellen für alle Fragen rund um die Kurmaßnahmen und für Nachsorgeangebote dienen. Dieses geschlechtsspezifische Angebot mit dem Fokus auf die besondere Lebensphase Muttersein könnte noch viel mehr genutzt werden, so die Einschätzung Frau Schillings.
- **Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Frauenheilkunde und Geburtshilfe:** Frau Büttner arbeitet im Zentrum für Traumafolgestörungen in München¹⁹, das Angebote für Erwachsene und für Kinder zusammenführt und sie aufeinander abstimmt. In einem Eingangsscreening wird geprüft, wie die Mütter mit den Kindern in den verschiedenen Lebensbereichen zurechtkommen, um ein bestmögliches Therapieangebot zu erarbeiten. Das Angebot soll wissenschaftlich evaluiert werden. Für eine nachhaltige Bekämpfung von häuslicher Gewalt werden vermehrt Präventionsmaßnahmen benötigt, so die ergänzende Einschätzung von Frau Büttner.
- **Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN):** Die Traumaambulanzen halten fachlich gute Angebote vor, Probleme liegen eher in der gegenseitigen Konkurrenz und unzureichenden Nachsorgeangeboten.
- **S.I.G.N.A.L. e. V.:** Frau Wieners berichtete über Bemühungen, eine Finanzierung für ein Modellprojekt zur stationären und teilstationären Versorgung von Frauen mit traumatherapeutischem Versorgungsbedarf und ihren Kindern – eingebunden in ein interdisziplinäres Traumanetz Berlin – zu erhalten.²⁰ Fehlende Verbindungen zwischen SGB V (gesetzliche Krankenversicherung), SGB VIII (Kinder- und Jugendhilfe) und SGB XII (Sozialhilfe) erweisen sich im Hinblick auf die geplante systematische Unterstützung und Mit-Versorgung von Kindern als hochproblematisch. Es besteht Handlungsbedarf auf Länder- und auf Bundesebene, damit stationär und teilstationär familien- bzw. Frauen-Kind-übergreifende Behandlungs- und Unterstützungsprozesse erfolgen können.

Derzeitige Möglichkeiten für die Versorgung von Gewaltbetroffenen, die sich durch das neue Präventionsgesetz ergeben, wurden abschließend in diesem Block diskutiert. Die in § 20 Abs. 4 SGB V definierten Leistungen „Primäre Prävention und Gesundheitsförderung“ beinhalten eine sog. individu-

¹⁸ Weitere Informationen unter: www.suse-hilft.de

¹⁹ Weitere Informationen unter: <http://www.psychosomatik.mri.tum.de/Trauma-Ambulanz>

²⁰ Konzept und Informationen zu dem Modellprojekt erhältlich über: wieners@signal-intervention.de

elle verhaltensbezogene Prävention²¹ und eine Prävention in Lebenswelten bzw. Settings wie bspw. bei einer betrieblichen Gesundheitsförderung. Mit Gesundheitsförderungs- und Präventionsmaßnahmen in Kindertagesstätten und Schulen sowie in Betrieben werden Menschen in ihrem unmittelbaren Lebensumfeld angesprochen und erreicht. Das Lebensumfeld selbst kann zum Gegenstand gesundheitsförderlicher Veränderungen werden (Verhältnisprävention) und mit Maßnahmen zur individuellen Verhaltensprävention verknüpft werden. Die Moderatorin Frau Hauffe bat daher alle, sich mit dem Präventionsgesetz zu befassen, sich zu informieren, wo welche Entscheidungsgremien im jeweiligen Bundesland sind und wie der Setting-Ansatz regional genutzt werden kann. In der Diskussion wurde bestätigt, dass der Setting-Ansatz bislang noch unzureichend angewendet wird, obwohl er im Vergleich zur rein individuellen verhaltensbezogenen Prävention als weniger stigmatisierend beurteilt wird. Generell sahen die Anwesenden den Ansatz von Einzelansprüchen im Bereich häusliche Gewalt kritisch. Stattdessen wurde eine gesellschaftliche Verantwortung, wie sie im Setting-Ansatz ausgedrückt wird oder durch eine gesicherte Finanzierung der Frauenhäuser statt einer unkalkulierbaren Tagessatzfinanzierung umgesetzt werden kann, als dringend erforderlich herausgestellt. In diesem Zusammenhang wurden die Maßnahmen des Opferschutzgesetzes kritisch diskutiert, die aktuell überarbeitet werden und längere Fristen vorsehen sollten.

Vortrag „Zusammenarbeit zwischen Gewaltschutz- und Gesundheitsbereich: bisherige Lösungen, künftige Herausforderungen“ von Marion Steffens



Marion Steffens ist Leiterin des Kompetenzzentrums Frauen und Gesundheit NRW und Mitarbeiterin beim GESINE-Netzwerk Gesundheit.EN – Intervention gegen Häusliche Gewalt.

In ihrem Vortrag stellte Frau Steffens das „GESINE-Netzwerk Gesundheit.EN – Intervention gegen Häusliche Gewalt“ als Praxisbeispiel für die Zusammenarbeit zwischen Gewaltschutz- und Gesundheitsbereich vor. Sie leitete ihren Vortrag mit der Feststellung ein, dass für Frauen viele gesundheitliche Vulnerabilitäten bestehen: Sie sind häufiger von häuslicher Gewalt und von

Armut betroffen und erleben als Alleinerziehende, deren Hauptanteil sie stellen, eine Mehrfachbelastung. Diese Vulnerabilitäten unterscheiden sich je nach Lebensphase und -bereich: während Schwangerschaft und Geburt, wenn man in einer Einrichtung dauerhaft wohnt, in Trennungssituationen, in persönlichen Krisen, im Beruf sowie in der Adoleszenz. Daher ist der Einsatz einer Präventionskette bzw. eines Beziehungs- und Gesundheitschecks, die sich an einem Modell des Lebensverlaufs orientieren, wichtig. Für Heranwachsende ist die Klärung, inwiefern man in einer gesunden Beziehung lebt, zentral. Ebenfalls sollte eine Routinebefragung in der Schwangerschaft und nach der Geburt zum Erkennen einer Gewaltbelastung erfolgen. Ein frühzeitiges Erkennen und eine Gesundheitsförderung nach Gewaltereignissen sollten stattfinden. Nicht zuletzt ist eine traumainformierte Pflege im Alter unerlässlich. Anspruch des Projekts GESINE war es deshalb, ein möglichst differenziertes Angebot machen zu können, was unterschiedlichste Kooperationspartnerinnen und -partner erforderte: Psychotherapeutinnen des GESINE Netzwerks, das Frauenheim Wengern, Träger der Flüchtlingseinrichtungen im Ennepe-Ruhr-Kreis, regionale Reha-Einrichtungen, Hebammen, sowie die geburtshilflichen Abteilungen der örtlichen Kliniken und die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte unterschiedlicher Fachrichtungen. Insgesamt sind es ca. 100 Partnerorganisationen und -personen. Als wichtig stellten sich regelmäßige Austauschtreffen und persönliche Kontakte heraus, ein gegenseitiger Respekt für die unterschiedlichen Kompetenzen und Zugänge sowie ein offener Umgang bezüglich der eigenen Möglichkeiten und Grenzen.

Gemeinsam mit Partnerorganisationen werden neue Strategien entwickelt und erprobt. Einige Beispiele: Im Bereich der Rechtsmedizin wurde eine medizinische Befunddokumentation im Rahmen ei-

²¹ Bei der sog. individuellen verhaltensbezogenen Prävention sollen Versicherte dazu befähigt und motiviert werden, sich gesundheitsförderlich zu verhalten, z. B. sich mehr zu bewegen (Verhaltensprävention).

ner vertraulichen Spurensicherung GOBSIS²² erhoben. In Kliniken wird eine Vor-Ort-Beratung für gewaltbetroffene Patientinnen und eine Routinebefragung erprobt sowie eine Risikofrüherkennung in der Geburtshilfe getestet. Im Frauenheim Wengern wurde ein Gewaltschutzkonzept für die gesamte Einrichtung entwickelt. Das Gewaltschutzkonzept wurde im Rahmen eines Leadership-Konzepts ausgearbeitet, statt nur Partizipation zuzulassen. Das bedeutet, die Bewohnerinnen konzipierten ihr Gewaltschutzkonzept selbst. Dafür initiierte das Frauenheim eine Frauengruppe namens „Mutig und Stark“. GESINE begleitet diese Frauengruppe. Es wurden Fortbildungen für alle Mitarbeitenden der Einrichtung durchgeführt und Arbeits- und Informationsmaterial zum Thema Gewalt entwickelt. Neben der Einrichtung einer Vor-Ort-Beratung und der Durchführung einer umfangreichen Öffentlichkeitsarbeit wurde außerdem ein Konzept zur Etablierung der Frauenbeauftragung erarbeitet. Im Unterschied zu einer Einzelperson als Frauenbeauftragte sind es bei einer Frauenbeauftragung mehrere Personen, die sich für das Thema Gleichstellung einsetzen, was sich als durchsetzungsstärker erwiesen hat.

GESINE bietet Schulungen an, die für gewaltinformiertes Hinsehen, Wahrnehmen und Handeln qualifizieren. Eine Sensibilisierung und Vernetzung von Angestellten im Gesundheits- und Gewaltbereich wird durch Fachtage gefördert. Auf Foren und Netzwerktreffen tauscht man sich zu Lösungen bei Einzelfällen und zu einzelfallübergreifenden Lösungen aus. Forschung und Entwicklung von Konzepten findet im Rahmen der folgenden drei Projekte statt: Response (gewaltinformierte Versorgung in der Geburtshilfe); Implement (gewaltinformierte Versorgung in der Gynäkologie); GMGR (Forschung zu Gewaltbetroffenheit, Gesundheit und Risikoverhalten von Männern sowie Entwicklung von Angeboten für Männer, die Gewalt erleben oder Gewalt anwenden). Die Forschungsprojekte erfolgen in Kooperation mit der Universität Bielefeld, der Rheinisch-Westfälischen Technischen Hochschule Aachen sowie mit internationalen Partnern.

Marion Steffens schloss ihren Vortrag mit folgenden Forderungen: Wir brauchen Konzepte und Initiativ-Ressourcen für die Implementierung vorhandener guter Praxis. Wir brauchen eine Top-Down-Initiative (z.B. eine gesetzliche Grundlage, vgl. Österreich²³). Wir brauchen niedrigschwellige und kurzfristige Angebote zur Unterstützung bei psychischen Belastungen im Kontext von Gewalt. Wir brauchen Leadership statt einer Partizipation „Betroffener“. Eine Verbesserung der psychischen Gesundheit gewaltbetroffener Frauen und ihrer Kinder erfordert darüber hinaus regionale Koordinierung und eine gesellschaftliche Einbettung. Das bedeutet, es braucht einen ganzheitlichen Blick, der auch soziale Notlagen, Sucht und anderes fassen kann. Nicht zuletzt demonstriert das GESINE Projekt, dass traumainformiertes Arbeiten nur in Kooperation möglich ist.

Diskussion zur Zusammenarbeit zwischen Gewaltschutz- und Gesundheitsbereich

Die Hauptpunkte der moderierten Diskussion im Anschluss bezogen sich auf gesetzliche Rahmenbedingungen und auf die Vernetzung zwischen stationären und ambulanten Angeboten sowie zwischen Angeboten aus dem Gesundheitswesen und dem Gewaltschutzbereich.

Frau Wieners von S.I.G.N.A.L. e. V. plädierte dafür, Möglichkeiten eines Bundesgesetzes zur Einrichtung von Gewaltschutzgruppen in Krankenhäusern – vergleichbar zum österreichischen Modell – zu prüfen. Dadurch könnten die Versorgung der Betroffenen optimiert, die Vernetzung zwischen den beteiligten Diensten verbessert und die Umsetzung von Interventionsmaßnahmen systematisiert werden. Beispielsweise wurden die Themen häusliche und sexualisierte Gewalt in den Krankenhausplan des Landes Berlin aufgenommen und Krankenhäuser mit Rettungswachen haben die Verpflichtung, Konzepte zur Versorgung gewaltbetroffener Erwachsener und Kinder vorzuhalten.²⁴ Derartige Regelungen sollten in die Krankenhauspläne aller Länder aufgenommen werden.

Frau Röske von der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) zog Parallelen zu den Aktivitäten im

²² GOBSIS steht für Gewaltopfer-Beweissicherungs-Informationssystem. Weitere Informationen unter: <http://gobsis.de/>

²³ siehe S. 11

²⁴ Konzept und Informationen zu dem Modellprojekt erhältlich über: wieners@signal-intervention.de

Bereich sexualisierte Gewalt und Kinderschutz. Seit einer gemeinsamen Vereinbarung aus dem Jahr 2016 mit dem Unabhängigen Beauftragten für Fragen des sexuellen Kindesmissbrauches wird Kliniken empfohlen, entsprechende Schutzkonzepte zu etablieren. In einem Monitoring wird begleitend dazu der Umsetzungsstand evaluiert. Diese Erfahrungen aus dem Bereich sexualisierte Gewalt und Kinderschutz machen deutlich, dass eine Voraussetzung für die Platzierung des Themas psychische Gesundheit von gewaltbetroffenen Frauen und ihren Kindern ist, dass Entscheidungsbefugte von der Wichtigkeit und Relevanz des Themas überzeugt werden. Bei der Positionierung der Problematik häusliche Gewalt könnte man sich auf eine bessere Versorgungsqualität und auf Argumente der Wirtschaftlichkeit berufen. Frau Diel von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) betonte in diesem Zusammenhang, dass der überwiegende Versorgungsanteil ambulant stattfindet (Grundsatz ambulant vor stationär), weshalb eine verbindliche Netzwerkarbeit zwischen ambulant und stationär Versorgenden zentral ist. Frau Röske hat daraufhin angeboten zu prüfen, inwieweit das Thema häusliche Gewalt im Entlassungsmanagement verankert ist, angefangen von der Diagnostik bei einer stationären Aufnahme bis zur adäquaten Weitervermittlung in die ambulante Behandlung.

Frau Schellong (DGPPN) bat die DKG alsdann in entsprechenden Verhandlungen darauf zu achten, dass der Zugang zu psychiatrischen Institutsambulanzen auch über das Kriterium häusliche Gewalterfahrung gesichert wird. Bei anstehenden Verhandlungen im Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA)²⁵ sollte zudem dringend das Thema häusliche Gewalt in die Notfallambulanz-Richtlinie mit aufgenommen werden. Auch das Bereitstellen eines Kontakt- bzw. Informationsbuttons im Intranet einer Klinik ist wichtig für eine bessere Vernetzung, bspw. ein Button „Hilfetelefon“ bzw. ein Button mit Hinführung zu regionalen Gewaltschutzeinrichtungen, ähnlich dem Button „Betriebsrat“. Schließlich wurde die Notwendigkeit von Schulungen für ein gewaltinformiertes Handeln des Klinikpersonals herausgestellt.

Da eine langfristige Versorgung von Gewaltbetroffenen ambulant stattfindet, schlug Frau Diel von der KBV vor, dass die „sprechenden“ Leistungen, also das Gespräch zwischen medizinischem Personal und Patientinnen bzw. Patienten, besser entlohnt werden. Neben einer höheren Bezahlung ist auch das Wissen darüber zentral, wohin bei einem festgestellten Hilfebedarf weitervermittelt werden kann. Die Benennung einer konkreten Ansprechperson hat im Bereich der Frühen Hilfen zu einer Erleichterung der Zusammenarbeit geführt. Frau Diel rief daher die Mitarbeitenden des Gewaltschutzbereichs dazu auf, auf die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Ärztekammern zuzugehen und ihnen Ansprechpartner und -partnerinnen, deren Kontaktdaten und einen kleinen Informationstext zu möglichen Dienstleistungen bereitzustellen. Auf diese Weise kann die dringend notwendige Kooperation gestärkt werden.

Ein weiterer Schwerpunkt der Diskussion bezog sich darauf, wie das Übereinkommen des Europarats zur Verhütung und Bekämpfung von Gewalt gegen Frauen und häuslicher Gewalt, auch bekannt als die Istanbul-Konvention, im Sinne der Frauengesundheit und gegen Gewalt gegen Frauen genutzt werden kann. Die Istanbul-Konvention wurde 2011 vom Europarat beschlossen und am 1. Juni 2017 in Deutschland ratifiziert. Sie setzt auf Prävention, Opferschutz sowie Strafverfolgung. In der Diskussion unter den Teilnehmenden des Fachgesprächs wurde die Notwendigkeit betont, darauf zu achten, wie die Monitoring-Stellen besetzt werden, die die Umsetzung der Konvention überprüfen. Offen ist momentan auch noch die Verteilung der Aufgaben und Zuständigkeiten von Bund, Ländern und Kommunen. Anschließend wurde der Hinweis geäußert, dass neben den EU-Abkommen wie der Istanbul-Konvention auch internationale Menschenrechts- und Frauenrechtsabkommen wie CEDAW wichtig sind. Als problematisch wurden allerdings auch die fehlenden Sanktionsmöglichkeiten eingeschätzt. Ein Staat kann aus politischem Kalkül das Abkommen unterzeichnen, ohne es tatsächlich umsetzen zu wollen. Denn wenn ein Staat gegen unterzeichnete Abkommen verstößt, bleibt es rechtlich folgenlos, da die Abkommen nicht unter das Straf- sondern unter das Zivilrecht fallen. Als interessant wurde in diesem Kontext der Ansatz der Antidiskriminierungsstelle des Bundes eingeschätzt, ein Verbandsklagerecht einzuführen. Es sieht vor, dass ein Bundesverband klagen kann, um eine Versorgungsleistung einzufordern. Hintergrund dieses Vorstoßes ist, dass eine Diskriminierung nicht nur gegen eine einzelne Person, sondern auch gegen eine gesamte Gruppe, wie z.B. gegen

²⁵ Der G-BA ist das oberste Beschlussgremium der gemeinsamen Selbstverwaltung der Ärztinnen und Ärzte, Zahnärzte und Zahnärztinnen, Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, Krankenhäuser und Krankenkassen in Deutschland.

die Angehörigen eines Geschlechts, vorliegen kann. Es ist außerdem zu prüfen, wie bei einem Konflikt von zwei Rechtsansprüchen zu verfahren ist, wenn bspw. der Gewaltschutz für die Frau mit dem Umgangsrecht des Vaters mit seinem Kind kollidiert.



von links: Mechthild Lahme, Margaretha Kurmann, Antje Krause, Anne Schilling, Nadine Glade, Melanie Büttner, Jutta Wienand, Petra Rossmannith, Sibylle Malinke, Carolin Fiedler

Zusammenfassung und Ausblick

Abschließend wurden unter den Teilnehmenden des Fachgesprächs konkrete Verabredungen getroffen, um die gesundheitliche Versorgung gewaltbetroffener Frauen und deren Kinder zu stärken. Die Umsetzung der zugesagten Maßnahmen soll im Rahmen einer Folgeveranstaltung geprüft und evaluiert werden. Im Einzelnen haben sich die anwesenden Institutionen zu folgenden Schritten verpflichtet und es wurden folgende Handlungsmöglichkeiten diskutiert:

- **Bundesministerium für Gesundheit (BMG):** In der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung erfolgt die Steuerung des Angebotes in erster Linie über die Bedarfsplanung und das Zulassungsrecht. Mit dem Versorgungsstärkungsgesetz ist der Gemeinsame Bundesausschuss beauftragt worden, die Bedarfsplanungs-Richtlinie erneut weiterzuentwickeln und die erforderlichen Anpassungen für eine bedarfsgerechte Versorgung vorzunehmen. Ergebnisse werden bis Ende des Jahres 2017 erwartet. Ziel ist, die Wartezeiten der Betroffenen auf einen Therapieplatz weiter reduzieren zu können. Des Weiteren kann die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) Programme und Maßnahmen für die Aufklärung und Entstigmatisierung von häuslicher Gewalt auflegen. Generell beurteilte Frau Cobbers die österreichische Gesetzeslage als vorbildlich und als eine gute Vorlage für zukünftige deutsche Entwicklungen.
- **Verband der Ersatzkassen (vdek):** Eine möglicherweise kostenintensive Fehlversorgung im Gesundheitssystem soll reduziert werden, indem Ärztinnen und Ärzte darin geschult werden, Anzeichen von häuslicher Gewalt besser zu erkennen. Eine weitere notwendige Maßnahme ist die Stärkung der Gesprächskompetenzen, damit das Gesundheitspersonal in der Lage ist, die Betroffenen zum Sprechen über ihre Gewalterfahrung zu motivieren. Zu einem späteren Zeitpunkt soll das Angebot der seit 1. April 2017 existierenden psychotherapeutischen Sprechstunde evaluiert werden, um zu prüfen, inwiefern es zu einer reduzierten Wartezeit für Therapieplätze beigetragen hat. Frau Malinke riet den Teilnehmenden weiterhin dazu, sich die bereits existierenden Möglichkeiten der gesetzlichen Krankenkassen genauer anzuschauen und zu nutzen, wie beispielsweise die Förderung von Selbsthilfegruppen oder von speziellen Präventionsangeboten. Hierfür ist eine gründliche Durchsicht der jeweiligen genauen Förderbedingungen ratsam.
- **Beschwerde- und Informationsstelle Psychiatrie in Berlin (BIP):** Frau Rossmannith forderte die Teilnehmenden dazu auf, sich mit dem Bundesteilhabegesetz auseinanderzusetzen und mit den Förderrichtlinien zur Durchführung der „Ergänzenden unabhängigen Teilhabeberatung“. Geplanter Beginn der letztgenannten Maßnahme ist Januar 2018. Die Laufzeit der „Ergänzenden unabhängigen Teilhabeberatung“ beträgt fünf Jahre, sie wird mit 58 Millionen Euro aus Mitteln des Bundes finanziert. Mit dieser Maßnahme wird gefördert, dass Menschen mit Beeinträchtigung Menschen mit Beeinträchtigung beraten.²⁶

²⁶ Informationen unter: http://www.gemeinsam-einfach-machen.de/GEM/DE/AS/Gesetzesvorhaben/BTHG/EUTB/EUTB_node.html

- **Deutscher Juristinnenbund (djB):** Der djB wird aus juristischer Perspektive prüfen, welche Impulse die Istanbul-Konvention für den Gesundheitsbereich geben kann. Es soll juristisch untersucht werden, wie SGB V, VIII, XII und SGB XIII zu verbinden sind im Hinblick auf eine Finanzierung von Maßnahmen für Mütter und Kinder bzw. für Familien.
- **Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV):** Das Modul für Qualitätszirkel²⁷ soll bezüglich einer erforderlichen Ergänzung des Themas häusliche Gewalt geprüft werden, ebenso wie die anderen Serviceangebote im Gebiet Qualitätsmanagement/Qualitätsförderung der KBV. Außerdem sollte die Thematik häusliche Gewalt bei den Verfahren der sektorenübergreifenden Qualitätssicherung verstärkt berücksichtigt werden.
- **Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG):** Frau Röske möchte sich dafür einsetzen, dass das Thema häusliche Gewalt beim Entlassungsmanagement, bei den Verhandlungen zu den Notfallstrukturen und den Zugangskriterien zu psychiatrischen Institutsambulanzen berücksichtigt wird.
- **Bundesärztekammer:** Frau Rozeboom trägt dafür Sorge, dass auf der Homepage der Bundesärztekammer ein Link zum von S.I.G.N.A.L. e. V. übersetzten Handbuch zum „Umgang mit Gewalt in Paarbeziehungen und mit sexueller Gewalt gegen Frauen. Leitlinien der WHO für Gesundheitsversorgung und Gesundheitspolitik“ bereitgestellt wird. Gemeinsam mit Frau Schellong ist zudem eine Publikation im deutschen Ärzteblatt zur Thematik geplant. Zusätzlich sollen die Patientinnen- und Patienteninformationen ausgebaut und die auf dem technischen Potential der Telemedizin basierenden Versorgungsmöglichkeiten ausgelotet werden. Es ist weiterhin zu prüfen, inwiefern die einzelnen Landesärztekammern zum Thema häusliche Gewalt vermehrt Fort- und Weiterbildungen anbieten und sich mit dem regionalen Hilfesystem für gewaltbetroffene Frauen vernetzen können, z.B. durch die Einrichtung von gemeinsamen Arbeitskreisen.
- **Bundespsychotherapeutenkammer:** Herr Lehndorfer wird sich dafür einsetzen, dass das Thema häusliche Gewalt in den Neufassungen der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung bzw. Approbationsordnung für Psychologische Psychotherapeutinnen und -therapeuten sowie für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten und -therapeutinnen Berücksichtigung findet. Wichtig ist beim Wissen um Partnerschaftsgewalt, die Betroffenen auch nach der Anwesenheit von Kindern zu fragen. Dies muss einhergehen mit einem niedrighschwelligem Zugang für die betroffenen Kinder zum Gesundheitssystem, ähnlich wie dies ein Projekt in München für Kinder chronisch kranker Eltern leistet.²⁸
- **PsychotherapeutenVereinigung:** Die Vereinigung sieht sich in der Pflicht, Informationen bereitzustellen und die Vernetzung zu fördern. Frau Lahme wird sich dafür einsetzen, dass aussagekräftiges Informationsmaterial psychologischen Psychotherapeutinnen und -therapeuten zur Verfügung steht. Damit kann eine Sensibilisierung, Prävention und Vernetzung gefördert werden. Psychotherapeutische Hilfe kann aber erst ansetzen, wenn eine krankheitswertige psychische Störung vorliegt, auch bei der Akutbehandlung. Es wird geprüft, inwiefern das Opferentschädigungsgesetz stärker genutzt werden kann und sollte, da hier eine Psychotherapie auch ohne ICD Diagnosen möglich sind.
- **Deutschsprachige Gesellschaft für Psychotraumatologie:** Die Teilnehmenden sind dazu aufgefordert, bei der Jahrestagung der Gesellschaft am 13. März 2018 in Dresden ein Symposium zum Thema Istanbul-Konvention zu veranstalten. Frau Schellong übernimmt ferner das Thema Opferschutz für Behinderte in dem Referat psychologische Traumatologie. Sie setzt sich für die Aufnahme der Thematik häusliche Gewalt innerhalb des Medizinstudiums, insbesondere im Teilbereich ärztliche Gesprächsführung, ein.
- **Bundesweite Arbeitsgemeinschaft der psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer (BAfF):** Frau Bittenbinder lädt bei Interesse zur Mitarbeit in der Arbeitsgruppe Folter- und Traumaopfer ein, die sich auf die Initiative des Bundesministeriums für Familie, Senioren,

²⁶ Informationen unter: http://www.gemeinsam-einfach-machen.de/GEM/DE/AS/Gesetzesvorhaben/BTHG/EUTB/EUTB_node.html

²⁷ Weitere Informationen zum Thema Qualitätszirkel unter: <http://www.kbv.de/html/qualitaetszirkel.php>

²⁸ Münchner Netzwerk Kinder psychisch erkrankter Eltern, weitere Informationen unter: <http://www.kipse.de/>

Frauen und Jugend gründete. Diese AG ergänzt die Mindeststandards des Ministeriums zur Unterbringung von Geflüchteten²⁹ um einen Annex speziell zu Standards für die Gruppe traumatisierter Geflüchteter. Während eines Auftakttreffens am 20. September 2017 sollen erste Vorschläge diskutiert werden und das weitere Vorgehen für die Erstellung des Annexes geplant werden.



von links: Hilde Hellbernd, Julia Schellong, Astrid Lampe, Nancy Gage-Lindner, Daphne Hahn, Monika Schröttle, Justina Rozeboom, Karin Wieners, Silke Schwarz, Elise Bittenbinder, Peter Lehndorfer

²⁹ <https://www.bmfsfj.de/blob/116834/8115ef88038eb2b10d7f6e1d95b6d96d/mindeststandards-fluechtlinge-aktualisierte-fassung-juni-2017-data.pdf>
Bei Interesse Kontakt über: info@baff-zentren.org

Weiterführende Informationen

Istanbul-Konvention

Unter <http://www.signal-intervention.de/Istanbul-Konvention> sind der Gesetzesentwurf und die Denkschrift der Bundesregierung sowie die Stellungnahmen von den nachfolgend angegebenen Organisationen abrufbar.

- Stellungnahme der Frauenhauskoordinierung e. V.:
http://www.frauenhauskoordinierung.de/fileadmin/redakteure/pdfs/Aktuelles/2017/2017-02-09_FHK_Stellungnahme_Denkschrift_Istanbul-Konvention_2017_final.pdf
- Stellungnahme des Bundesverbands Frauenberatungsstellen und Frauennotrufe (bff):
<https://www.frauen-gegen-gewalt.de/stellungnahme/bff-stellungnahme-zum-referentenentwurf-eines-gesetzes-zu-dem-uebereinkommen-des-bundesrates-istanbul-konvention.html>
- Stellungnahme von S.I.G.N.A.L. e. V.:
http://signal-intervention.de/download/Aktuelles_Istanbul_Konvention_Stellungnahme_SIGNAL_30_5_2017.pdf
- Stellungnahme von Weibernetz e. V.:
https://www.weibernetz.de/Stellungnahme_Weibernetz_Istanbul-Konvention.pdf

Leitfäden für den Gesundheitsbereich

Für eine Übersicht zu bestehenden Leitlinien bzw. Leitfäden für den Gesundheitsbereich siehe <http://www.signal-intervention.de/Deutschland>. Die Übersicht wird im Rhythmus von drei bis vier Jahren aktualisiert.

- Leitlinien der WHO für Gesundheitsversorgung und Gesundheitspolitik: Umgang mit Gewalt in Partnerschaften und mit sexueller Gewalt gegen Frauen.
<https://www.bmfsfj.de/blob/84612/6914801e1d81730e0e58ed7d9c8b32b6/who-leitlinien-data.pdf>
- Häusliche Gewalt: Erkennen und Ansprechen in der Zahnarztpraxis – Dokumentationsbogen der Bundeszahnärztekammer.
Verschiedene Dokumentationsverfahren, -hilfen und Informationsbögen sind auf der Homepage erhältlich: <https://www.bzaek.de/fuer-medien/broschueren-und-publikationen.html>
- Zum Umgang mit Opfern häuslicher Gewalt - Leitfaden für Ärztinnen und Ärzte in Sachsen.
<https://publikationen.sachsen.de/bdb/artikel/11131>

Modellprojekt „Hinsehen – Erkennen – Handeln“

Häusliche Gewalt (d.h. Partnerschaftsgewalt) und Gewalt in der Familie (d.h. Gewalt gegen Kinder) sind mit immensen körperlichen, psychosozialen und psychischen Folgen für die Betroffenen verbunden. Ärztinnen sowie Ärzte und Pflegekräfte sind oft erste Ansprechpersonen für Betroffene. Häufig ist sich das Gesundheitspersonal seiner Rolle aber nicht bewusst, wie in zahlreichen Studien festgestellt wurde und auch eine innerhalb des Modellprojekts durchgeführte Befragung bestätigte. Aus diesem Grund wird in zielgruppenspezifisch angepassten Schulungen zentrales Faktenwissen zum Thema vermittelt und es werden praktische Strategien für den oft schwierigen Umgang mit Betroffenen aufgezeigt. Ziel ist eine optimierte Versorgung der Gewaltbetroffenen und eine Entlastung der medizinischen Fachkräfte. Eine Verbesserung der Zusammenarbeit zwischen Beratungs- bzw. Jugendhilfesystem und dem medizinischen System ist dabei ein weiterer Schwerpunkt der Arbeit.

Das Modellprojekt „Hinsehen – Erkennen – Handeln“ wird gefördert vom Sächsischen Staatsministerium für Soziales und Verbraucherschutz. Träger des Projektes ist die Klinik für Psychotherapie und Psychosomatik des Universitätsklinikums Carl Gustav Carus. Es besteht eine enge Kooperation mit dem Dresdner Jugendamt, dem Dresdner Gesundheitsamt, dem Kinderschutzbund und weiteren Kliniken und Instituten des Universitätsklinikums und des Krankenhauses Dresden Neustadt.

Weitere Informationen unter:

<https://www.uniklinikum-dresden.de/de/das-klinikum/kliniken-polikliniken-institute/pso/forschung-und-lehre/forschung-1/modellprojekt-hinsehen-erkennen-handeln>.

Modellprojekt „Gewalt – Sucht – Ausweg“ (GeSA) – Verbund zur Unterstützung von Frauen im Kreislauf von Gewalt und Sucht

Von 2015 bis 2017 ist Frauen helfen Frauen e. V. Rostock Träger des Bundesmodellprojektes GeSA – einem regionalen Kooperationsmodell zur Verbesserung der Versorgung gewaltbetroffener Frauen mit einer Suchtmittelproblematik. Das Projekt unter der Leitung von Petra Antoniewski wird durch das Bundesministerium für Gesundheit gefördert.

Aus fachlicher Perspektive ist die komplexe Wechselwirkung zwischen Sucht und Gewalt unumstritten, Auswirkungen auf die Kooperation zuständiger Hilfesysteme hatte dies bislang dennoch kaum. Besonders Frauen tragen schwer an dieser Situation, erfahren als gewaltbetroffen und suchtbelastet eine doppelte Stigmatisierung und erleben auf Seiten der professionellen Helferinnen und Helfer nicht selten dieselbe Überforderung und Hilflosigkeit, die sie selbst nur allzu gut kennen. Das Bundesmodellprojekt „Gewalt – Sucht – Ausweg“ (GeSA) hat sich die Entwicklung eines Kooperationsmodells unter Einbezug verschiedener, an der Unterstützung betroffener Frauen beteiligter, Hilfesysteme zum Ziel gesetzt. Das Anliegen bestand darin, Schnittstellenprobleme zu reduzieren, eine Strategie für eine effiziente Zusammenarbeit unterschiedlichster Professionen sowie konkrete Formen und Möglichkeiten der Kooperation im Einzelfall zu entwickeln und zu erproben.

Weitere Informationen unter: <http://www.fhf-rostock.de/einrichtungen/gesa/gesa.html>

Veranstaltungshinweis: Bundesweiter Fachkongress zu Ergebnissen und Perspektiven des Bundesmodellprojektes GeSA am 05.12.2017 in Rostock/Warnemünde, Tagungsbeitrag: 50 €

Nachgefragt: AKF-Interviews zum Thema Gewaltprävention und Versorgung von gewaltbetroffenen Frauen

Das AKF-Interview Nr. 2: Ein Blick auf die psychologische/psychiatrische Versorgung von Frauen, die Gewalt erleben oder erlebt haben, Dr. med. Iris Hauth

Das AKF-Interview zum Thema psychologische und psychiatrische Versorgung von Frauen, die von Gewalt betroffen sind, erschien im August 2015.

Dr. Iris Hauth ist Fachärztin für Neurologie/Psychiatrie und für psychotherapeutische Medizin. Sie arbeitet als Chefarztin der Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik im St. Josef-Krankenhaus in Berlin Weißensee und war 2015 Vorsitzende der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN).

Das Interview ist zugänglich unter:

http://www.akf-info.de/portal/wp-content/uploads/2015/08/akf_interview_hauth.pdf

Das AKF-Interview Nr. 3: Gewalt gegen Frauen — Ein Thema aus der gynäkologischen Praxis, Dr. med. Doris Torman

Das AKF-Interview zu aktuellen Fragen der Frauengesundheit erschien im September 2015.

Dr. Doris Torman ist niedergelassene Frauenärztin in einer Gemeinschaftspraxis in Bielefeld. Sie en-

gagiert sich als Mitglied im Vorstand von Knotenpunkt e. V.³⁰ und als Mitglied in der Fachgruppe der Frauenärztinnen des AKF.

Das Interview ist zugänglich unter:

http://www.akf-info.de/portal/wp-content/uploads/2015/10/2015_AKF-Interview_3_Doris_Tor-mann.pdf

Das AKF-Interview Nr. 9: Eine gute Idee: Frauen-Beauftragte für Frauen mit Behinderungen, Beatrice Gomez

Das AKF-Interview zum Thema Frauen mit Behinderung erschien im April 2017.

Beatrice Gomez ist Mitarbeiterin im Projekt „Ein Bundes-Netzwerk für Frauen-Beauftragte in Einrichtungen“.

Das Interview ist zugänglich unter:

http://www.akf-info.de/portal/wp-content/uploads/2017/04/Interview-Nr.-9_final.pdf

³⁰ Der Verein Knotenpunkt e. V. wurde im Juli 2003 in Bielefeld aus einem Arbeitskreis zur Brustgesundheit heraus gegründet. Hier arbeiten Frauen zusammen, die entweder an Brustkrebs erkrankt sind bzw. waren oder die beruflich mit dem Thema zu tun haben.



von links: Melanie Büttner, Petra Rossmannith, Sibylle Malinke, Franziska Diel, Carolin Fiedler, Karin Bergdoll, Ulrike Hauffe, Hilde Hellbernd, Julia Schellong, Astrid Lampe, Daphne Hahn, Justina Rozeboom, Elise Bittenbinder

**GEWALT | PSYCHISCHE
MACHT KRANK | GESUNDHEIT FÖRDERN**
AG Psychische Gesundheit gewaltbetroffener Frauen und ihrer Kinder
www.akf-info.de/portal/verein/arbeitsgruppen





Arbeitskreis Frauengesundheit
in Medizin, Psychotherapie und Gesellschaft (AKF e. V.)

Sigmaringer Str. 1 | 10713 Berlin
Tel: 030 - 86 39 33 16 | Fax: 030 - 86 39 34 73
buer@akf-info.de

www.akf-info.de | facebook.com/AKFeV