



Arbeitskreis Frauengesundheit

in Medizin, Psychotherapie
und Gesellschaft e.V.

unabhängig - überparteilich

Dokumentation des Fachtages

**GEWALT.
MACHT.
FRAUEN.
SEELE.
KRANK.**

**Freitag,
3. September 2021,
10:00 – 17:00 Uhr**

**Digitaler Fachtag
zur psychischen Gesundheit
von gewaltbetroffenen Frauen**

Istanbul-Konvention

[Deutschland als Mitgliedstaat] des Europarats
und die anderen Unterzeichner dieses Übereinkommens

...

in Anerkennung der Tatsache, dass Gewalt gegen Frauen
der Ausdruck historisch gewachsener ungleicher Machtverhältnisse
zwischen Frauen und Männern ist,
die zur Beherrschung und Diskriminierung der Frau durch den Mann
und zur Verhinderung der vollständigen Gleichstellung der Frau geführt
haben;

in Anerkennung der Tatsache, dass Gewalt gegen Frauen
als geschlechtsspezifische Gewalt strukturellen Charakter hat
sowie der Tatsache, dass Gewalt gegen Frauen
einer der entscheidenden sozialen Mechanismen ist,
durch den Frauen in eine untergeordnete Position
gegenüber Männern gezwungen werden;

...

sind wie folgt übereingekommen:

...¹

¹ Übereinkommen des Europarats zur Verhütung und Bekämpfung von Gewalt gegen Frauen und häuslicher Gewalt; und erläuternder Bericht [online]. (Council of Europe Treaty Series – No. 210). Istanbul: Council of Europe; 11.5.2011. [Zugriff: 21.11.2021]. URL: <https://rm.coe.int/1680462535>.

Tagesüberblick und Einführung in die Fachveranstaltung



Beate Hoffmann, Moderatorin

Liebe Leserinnen und liebe Leser,

am 3. September 2021 wurde der Fachtag als online-Konferenz ausgerichtet. Seit 9 Uhr konnten sich angemeldete Personen einwählen. Journalistin, Moderatorin und Coach Beate Hoffmann begleitete den Tag und begrüßte alle 205 virtuell Anwesende. Um 10 Uhr eröffnete sie den Fachtag.

In ihren einführenden Worten erinnerte sie an die Aufstände wütender Frauen im Kampf gegen Gewalt. Sie erinnerte an die Frauen in Afghanistan, für die eine Demonstration für ihre Rechte den sicheren Tod bedeutet.

Sie erinnerte an Alarmrufe von Frauenhäusern, Nichtregierungsorganisationen und Sozialbehörden, die von massiv gesteigener Gewalt gegen Mädchen und Frauen während der Lockdowns berichten. Mehr als 7 000 Frauen und 8 000 Kinder haben im vergangenen Jahr Zuflucht in einem Frauenhaus gesucht.

Sie erinnerte an das Positionspapier des Arbeitskreises Frauengesundheit (AKF)² aus dem Jahr 2015. Mit 14 konkreten Forderungen sollte die psychische Gesundheit gewaltbetroffener Frauen und ihrer Kinder verbessert werden. Zwei Jahre später hatten sich im Fachgespräch des AKF³ 30 Expert*innen zu weiteren Schritten verpflichtet.

Für diesen Fachtag hatten sich die Veranstalterinnen⁴ eine gemeinsame Bestandsaufnahme als Ziel gesetzt. Im Austausch aller Beteiligten sollten sowohl Lücken als auch politische wie fachliche Lösungswege sichtbar gemacht werden. Existierende Maßnahmen und Konzepte sowie der Stand der Umsetzung der Istanbul-Konvention sollten diskutiert und weiterer Handlungsbedarf formuliert werden.

² Positionspapier zum Internationalen Tag der Frauengesundheit [online]. Berlin (GER): AKF; 28.05.2015. [Zugriff: 02.12.2021]. URL: https://www.akf-info.de/portal/wp-content/uploads/2015/10/2015_Erklaerung_zum_Internationalen_Tag_der_Frauengesundheit_02.pdf

³ Konzepte und Maßnahmen zur Verbesserung der psychischen Gesundheit gewaltbetroffener Frauen und ihrer Kinder: Dokumentation des Fachgesprächs 2017 [online]. Berlin (GER): AKF; 2017. [Zugriff: 02.12.2021]. URL: <https://www.arbeitskreis-frauengesundheit.de/wp-content/uploads/2017/11/Dokumentation.Webversion-FINAL.pdf>

⁴ siehe Impressum

Grußworte

Christine Lambrecht begrüßte die Anwesenden mit einer Videobotschaft. Darin hob sie hervor, wie wichtig die Istanbul-Konvention ist, um Gewalt gegen Frauen und häusliche Gewalt zu bekämpfen. Seit vier Jahren stellt sich das BMFSFJ mit dem Bundesförderungsprogramm „Gemeinsam gegen Gewalt an Frauen“ entschlossen der Gewalt entgegen. Am Runden Tisch des Programms wurde die Grundlage für einen Gesetzentwurf gelegt, um Aufenthalte in Frauenhäusern sicher zu finanzieren. Bis 2024 stehen im Programm mehr als 120 Millionen Euro Fördermittel für den Aus-, Um-, Neubau oder Erwerb von Hilfseinrichtungen bereit.



Christine Lambrecht
Bundesministerin für
Familie, Senioren, Frauen
und Jugend (BMFSFJ)

Ingrid Mühlhauser begrüßte alle mit einem Überblick über Kooperationspartnerinnen, Unterstützerinnen und finanzierende Institutionen. Sie stellte die Arbeitsgruppe „Psychische Gesundheit gewaltbetroffener Frauen und ihrer Kinder“ des Arbeitskreises Frauengesundheit vor, die diesen Fachtag auf den Weg gebracht hat. Allen Beteiligten dankte sie für die gelungene Vorbereitung und allen anwesenden Fachleuten für die Teilnahme. An Ministerin Lambrecht richtete sie Dank für ihre Grußworte. Ganz besonders hob sie ihren Dank an die Betroffenen hervor, die den Tag grundlegend mitgestalteten.



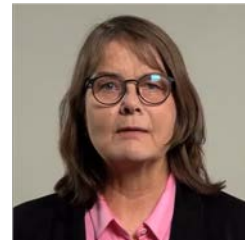
Ingrid Mühlhauser
Vorstandsvorsitzende
des AKF

Anne Schilling betonte in ihrer Begrüßung die Bedeutung des Müttergenesungswerks. Im Mittelpunkt stehen praktische Erfahrungen aus 71 Jahren frauenspezifischer Medizin. Mutter-Kind-Kuren sind ganzheitliche und geschlechtssensible Maßnahmen mit niedrigschwelligen Beratungsstellen. Das Thema Gewalt gegen Frauen ist keine Ausnahme. In den drei Wochen Kuraufenthalt können Impulse gesetzt werden, die die Betroffenen für notwendige Lebensveränderungen stärken.



Anne Schilling
Geschäftsführerin des
Müttergenesungswerks

Maria Loheide begrüßte die Anwesenden mit einer Videobotschaft. Darin verdeutlichte sie, dass sich häusliche und sexualisierte Gewalt am häufigsten belastend auf die Seele auswirkt. Um eine geeignete Versorgung zu ermöglichen, müssten Menschen in Gesundheitsberufen das Thema „Intervention bei häuslicher und sexualisierter Gewalt“ in Aus-, Fort und Weiterbildung ausreichend annehmen. Sie freute sich sehr, dass der Krankenhausbereich ein großes Interesse an Schutzkonzepten geäußert hat. Beide Bereiche machten Schritte, sich besser zu vernetzen.



Maria Loheide
Vorständin Sozialpolitik
der Diakonie Deutschland

Tamara Luding, Mitglied im Betroffenenrat Unabhängiger Beauftragter für Fragen des sexuellen Kindesmissbrauchs (UBSKM), machte mit ihren Grußworten begreiflich, dass sich die Gewalterfahrung in alle Lebensbereiche der Frauen ausbreitet. Ihre Lebensgeschichten prägten ihre Persönlichkeiten. Sie zeigte auf, wie Interpretationen ihrer Lebenswelten übergreifend erlebt werden. Indem Verhalten als symptomatisch angenommen wird, findet Stigmatisierung statt. Hilfe gelingt, wenn Betroffene als Expertinnen auf Augenhöhe und aktiv eingebunden werden. Sie sprach sich für gemeinsames Lernen aus.



Tamara Luding
Mitglied des USBKM

Der Fachtag in Zahlen

81

von 100 Opfern von Partnerschaftsgewalt sind Frauen.

98

von 100 Opfern von sexualisierter Partnerschaftsgewalt sind Frauen

89

von 100 Opfern von StalkingBedrohung und Nötigung in der Partnerschaft sind Frauen

29

von 100 betroffenen Frauen begeben sich bei ihrer Suche nach Unterstützung in das Gesundheitswesen

80

von 100 Opfern von vorsätzlicher, einfacher Körperverletzung in der Partnerschaft sind Frauen

76

von 100 Opfern von Mord und Totschlag in der Partnerschaft sind Frauen

70

von 100 Frauen in psychiatrischen Einrichtungen erlebten Partnerschaftsgewalt

7 000

*Frauen haben im
vergangenen Jahr Zuflucht
in einem Frauenhaus
gesucht*

8 000

*Kinder haben im
vergangenen Jahr Zuflucht
in einem Frauenhaus
gesucht*

14

*konkrete Forderungen
stehen 2015 im
Positionspapier des AKF*

30

*Expert*innen verpflichteten
sich im Jahr 2017 im
Fachgespräch des AKF zu
weiteren Schritten*

120

*Millionen Euro
Fördermittel stehen im
Bundesförderungspro-
gramm „Gemeinsam
gegen Gewalt an
Frauen“ bereit*

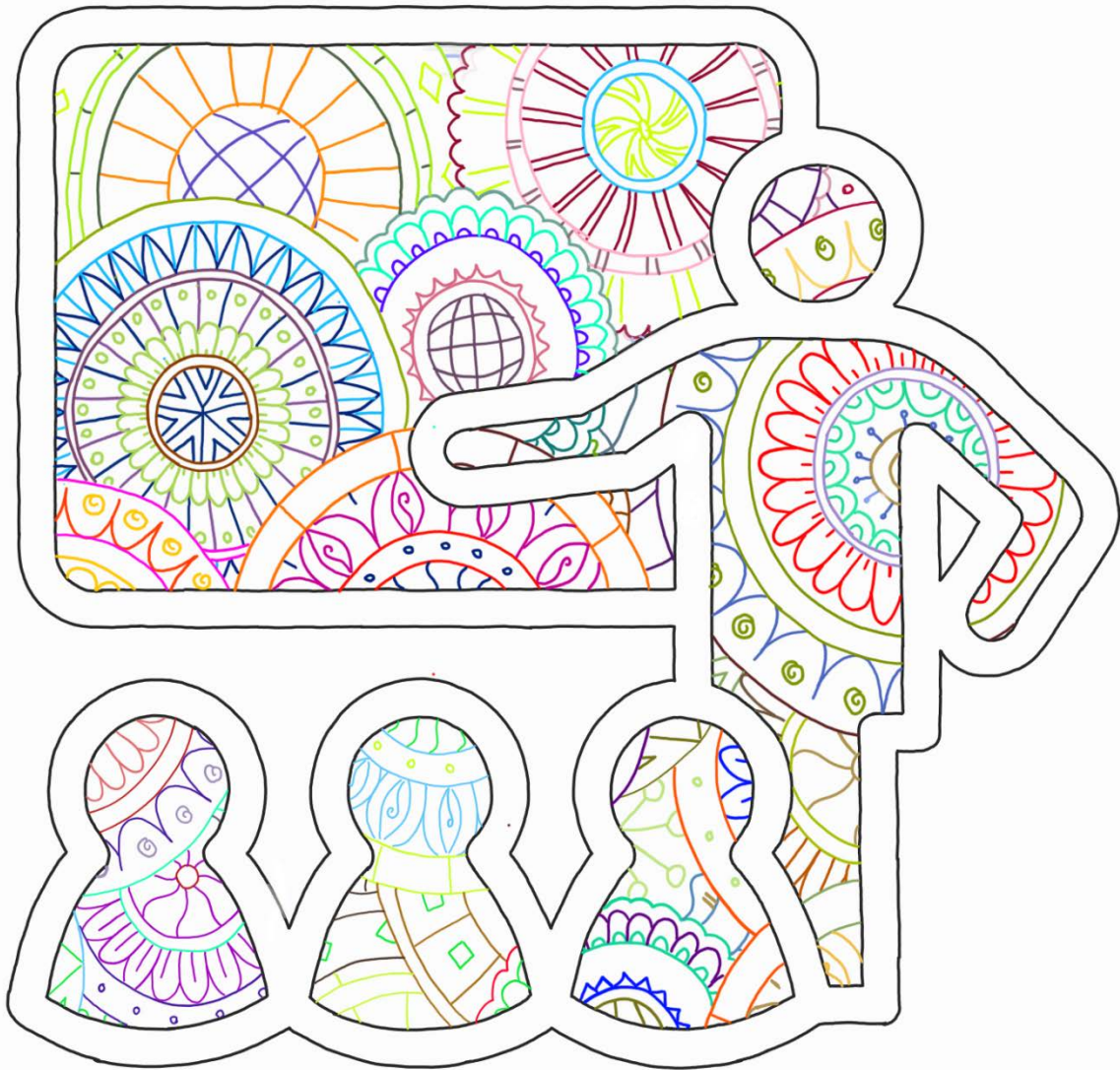
2011

*legte der Europarat die
Istanbul-Konvention
vor*

2018

*trat die Istanbul-
Konvention für
Deutschland in Kraft*

Vortrag



„Zur Relevanz psychischer Gesundheit gewaltbetroffener Frauen im Gesundheitswesen“

Julia Schellong



Julia Schellong – *Psychotherapeutin und leitende Oberärztin*

In ihrem Vortrag verdeutlichte Julia Schellong die Schlüsselposition des medizinischen Fachpersonals bei der Bekämpfung häuslicher Gewalt. Sie spannte den Bogen von Hintergründen hin zu notwendigen Handlungen in folgenden Abschnitten:

- Traumatisierung und häusliche Gewalt/Partnerschaftsgewalt
- Folgen für die psychische Gesundheit
- Gesundheitswesen und häusliche Gewalt/Partnerschaftsgewalt
- Beratungs- und Behandlungsnetzwerke
- Stolpersteine und geforderte Maßnahmen.

Die Terroranschläge in New York, Berlin oder Hanau sind traumatische Ereignisse. Sie konfrontieren Menschen direkt oder indirekt mit tatsächlichem oder drohendem Tod oder ernsthafter Verletzung. Das Erleben sexualisierter Gewalt ist geprägt von der körperlichen und seelischen Verletzung durch einen anderen Menschen.

Ereignisse, nach denen besonders schwere Traumareaktionen zu erwarten sind, dauern sehr lange, wiederholen sich und beinhalten zwischenmenschliche Gewalt, sowohl sexuelle als auch durch sadistische Folter. Das Opfer mag den Menschen, von dem die Gewalt ausgeht. Es fühlt sich mitschuldig und hat starke Dissoziationen. Niemand steht dem Opfer unmittelbar danach bei.

Folgen für die Gesundheit wurden in einer länderübergreifenden Studie der WHO beobachtet. Die betroffenen Frauen berichten häufiger Schwierigkeiten beim Gehen und bei Aktivitäten des täglichen Lebens, Schmerzen, Gedächtnisverlust, Schwindel, emotionale Belastung, vaginale Beschwerden, Selbstmordgedanken und -versuche im Vergleich zu Frauen ohne Gewalterfahrung. Als psychische Folgen

wurden in einer weiteren Studie erhöhte Depressions- und Angstsymptome und PTBS-Symptome beobachtet. Das Ausmaß psychischer Symptome stieg gestuft nach Anzahl an Gewalterlebnissen. Bestätigt werden die Ergebnisse durch eine Metaanalyse aus 35 Langzeitstudien: depressive Symptome und Drogenkonsum hängen als Folge mit Partnerschaftsgewalt gegen Frauen zusammen und können wieder Ursache werden.

Schreckhaftigkeit und Angst, starke Nervosität und Herzrasen, Schlafstörungen und Alpträume, Gefühl der Sinnlosigkeit, Hoffnungslosigkeit, Erinnerungslücken, Konzentrationsprobleme, quälende Erinnerungen oder Bilder, die sich aufdrängen, Appetitlosigkeit, starke Müdigkeit, verstärktes Bedürfnis nach Alkohol oder Beruhigungsmitteln, generalisierte Schmerzen und beunruhigende Körperwahrnehmungen sind Schlüsselsymptome, die auf eine Traumafolgestörung hinweisen. Bei Vorliegen einer komplexen posttraumatischen Belastungsstörung sind zudem Vermeidung, negative Denkweisen, Störungen im Erregungsgrad und der Reaktivität und anhaltende Beeinträchtigung in der Emotionsregulation, im Selbstkonzept und der Beziehungsgestaltung zu beobachten.

Weiterführende Informationen:

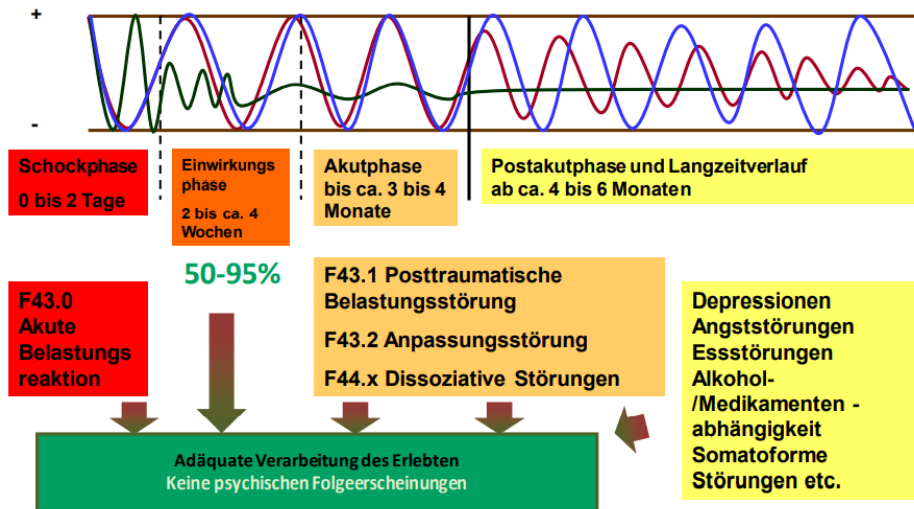
Vortragsfolien: https://arbeitskreis-frauengesundheit.de/wp-content/uploads/2021/02/Schellong_Psychische-Gesundheit-Relevanz-Gewalt-AKF_-03.09.2021.pdf

Traumanetz Seelische Gesundheit: <https://traumanetz-sachsen.de/v>

Traumaambulanz Seelische Gesundheit: <https://www.uniklinikum-dresden.de/pso/traumaambulanz>

Die Verarbeitung des Traumaerlebens beginnt mit der Schockphase und verläuft über die Einwirkungsphase und Akutphase hin zur Postakutphase mit Langzeitverlauf. Die Hälfte und bis zu 95 Prozent der Betroffenen bleiben bei adäquater Verarbeitung des Erlebten bis zum Ende der Einwirkphase ohne psychische Folgen. In der Akutphase stellen sich Störungsbilder im Zusammenhang mit dem Trauma ein. Die Diagnosen in der Langzeitphase verlieren den direkten Bezug zum Traumaerlebnis.

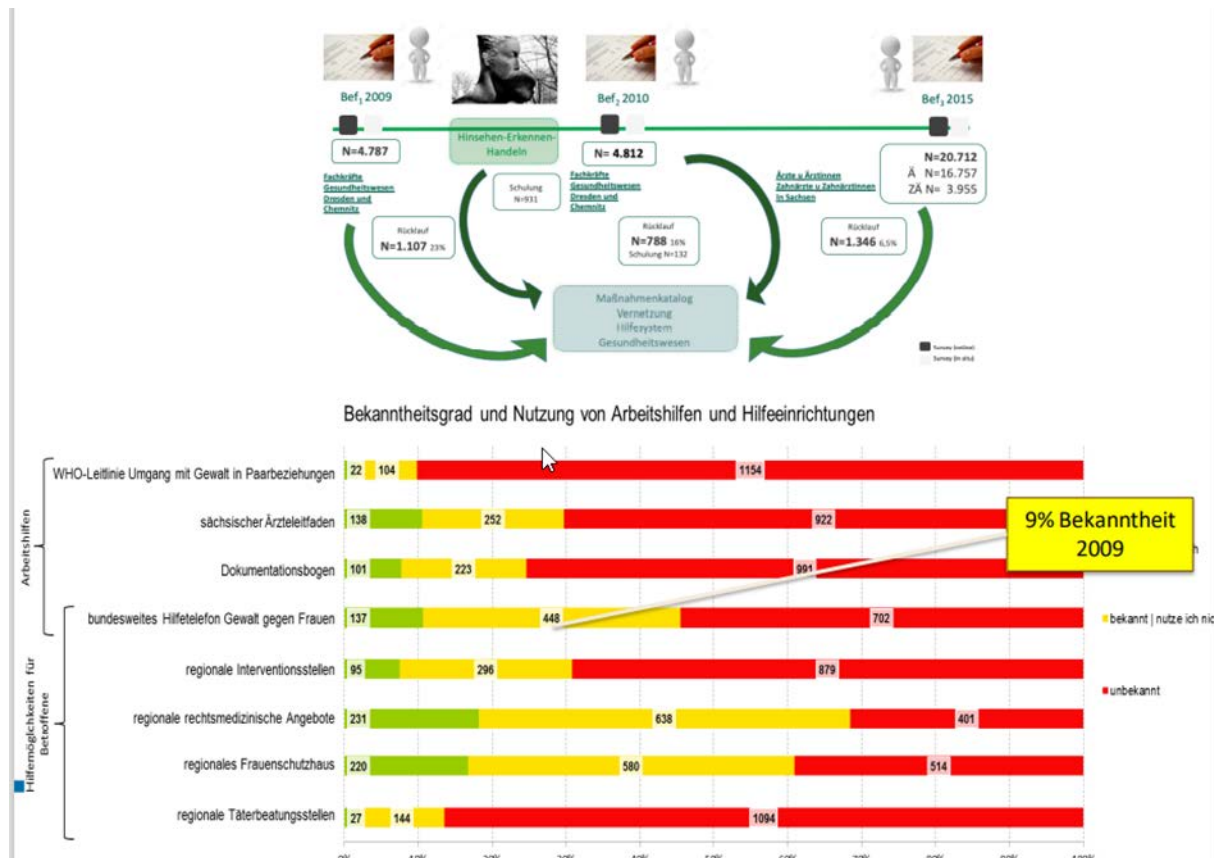
Potentielle Traumatisierung - Möglicher Verlauf



Die bestehenden Strukturen des Gesundheitswesens ermöglichen in allen Phasen eine Versorgung in Form einer Behandlungskette. Nur wenige Frauen sprechen das Gewalterleben von sich aus an und suchen sich Hilfe. Von 100 Frauen nach häuslicher Gewalt in Partnerschaft suchen 20 Gesundheitseinrichtungen des ambulanten Sektors und 9 ein Krankenhaus auf. Außerhalb einer Partnerschaft sind es 10 und 8 von 100 Frauen. Scham, Schuld, Angst, Kultur, Verdrängung, Sprache,

Unwissen, Abhängigkeit und vieles mehr begründen dieses Verhalten.

Bestimmte Beobachtungen im Versorgungsalltag legen einen Verdacht auf häusliche Gewalt nahe. Das routinemäßige Fragen nach Gewalt wird bei psychischen Erkrankungen und in der Schwangerenvorsorge empfohlen. Der Umgang mit den Antworten auf diese Fragen setzt die Nutzung von Arbeitshilfen und Hilfeeinrichtungen voraus.



Durch Schulungen von Fachkräften im Gesundheitswesen steigen die Kenntnisse dazu messbar an. Sie müssen regelmäßig wiederholt werden, da die subjektive Informiertheit niedergelassener Ärztinnen und Ärzte über die Zeit nachlässt.

Die traumafokussierte Psychotherapie ist die Behandlung der ersten Wahl. Bei Menschen mit komplexen Traumafolgestörungen werden zudem Techniken zur Emotionsregulation und zur Verbesserung von Beziehungsstörungen im Sinne der Bearbeitung dysfunktionaler zwischenmenschlicher Muster empfohlen. Die Betroffenen werden bei ihren Schritten der Traumabearbeitung empathisch, vertrauensvoll, wertfrei, offen und transparent begleitet. Besondere Herausforderungen stellen sich unter anderem durch Loyalitätskonflikte in der Behandlung von Patientinnen nach Gewalttaten in Beziehungen.

Besondere Herausforderungen stellen sich unter anderem durch Loyalitätskonflikte in der Behandlung von Patientinnen nach Gewalttaten in Beziehungen. Emotionale Dysregulation und andere ungünstige Bewältigungsstrategien erhöhen das Risiko für Grenzüberschreitungen

und Grenzverletzungen in therapeutischen Beziehungen. Wichtig ist, dass Gendersensibilität als notwendige Kompetenz für den Versorgungsprozess begriffen wird.

Gender als Perspektive psychotherapeutischen (und ärztlichen) Handelns Schigli 2021



DOING GENDER - die therapeutische Beziehungsgestaltung hängt auch von der Genderkombination in der therapeutischen Dyade ab

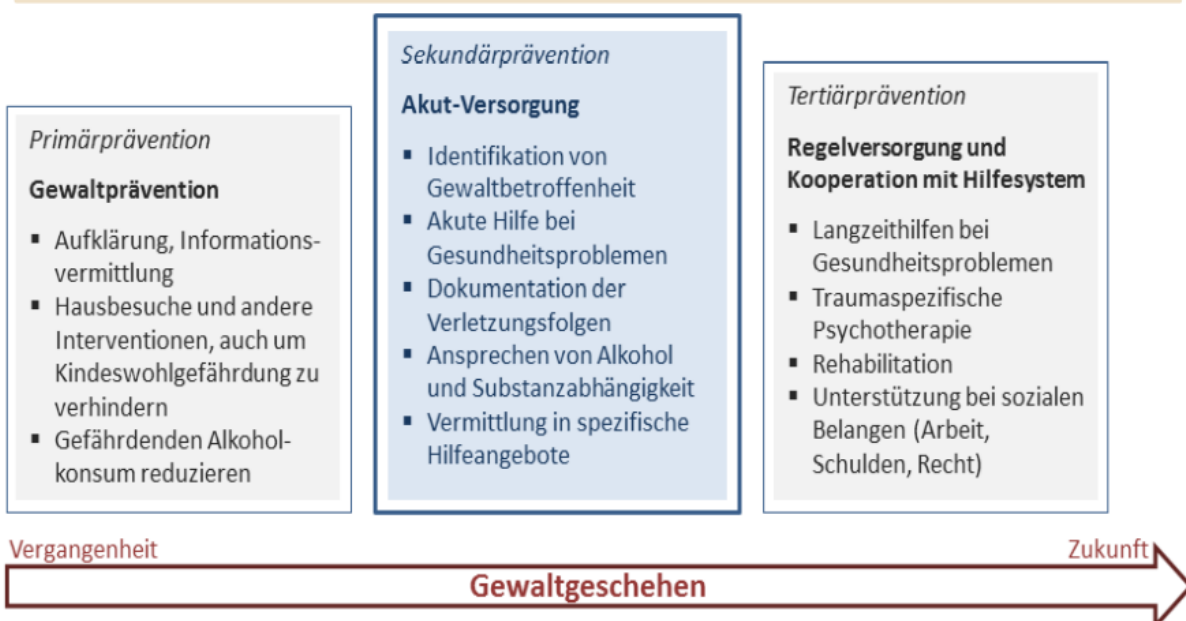
Prozessspezifisch:
zu Beginn der Therapie, dann in besonders verunsichernden Situationen

Themenspezifisch:
Inhalte, bei denen Gender besonders zum Tragen kommt

Beziehungsspezifisch:
Färbung der Interaktionen, der Beziehung und Modi des therapeutischen Handelns je nach Zusammensetzung der therapeutischen Dyade

Über Leistungen zur Vermeidung von Gewaltgeschehen (Primärprävention), zur Akutversorgung (Sekundärprävention) und Langzeithilfen (Tertiärprävention) spielt das Gesundheitswesen eine wesentliche Rolle in der Bekämpfung häuslicher Gewalt.

Rolle Gesundheitswesen Bekämpfung häuslicher Gewalt



modifiziert nach Garcia-Moreno ([Garcia-Moreno et al., 2015](#))

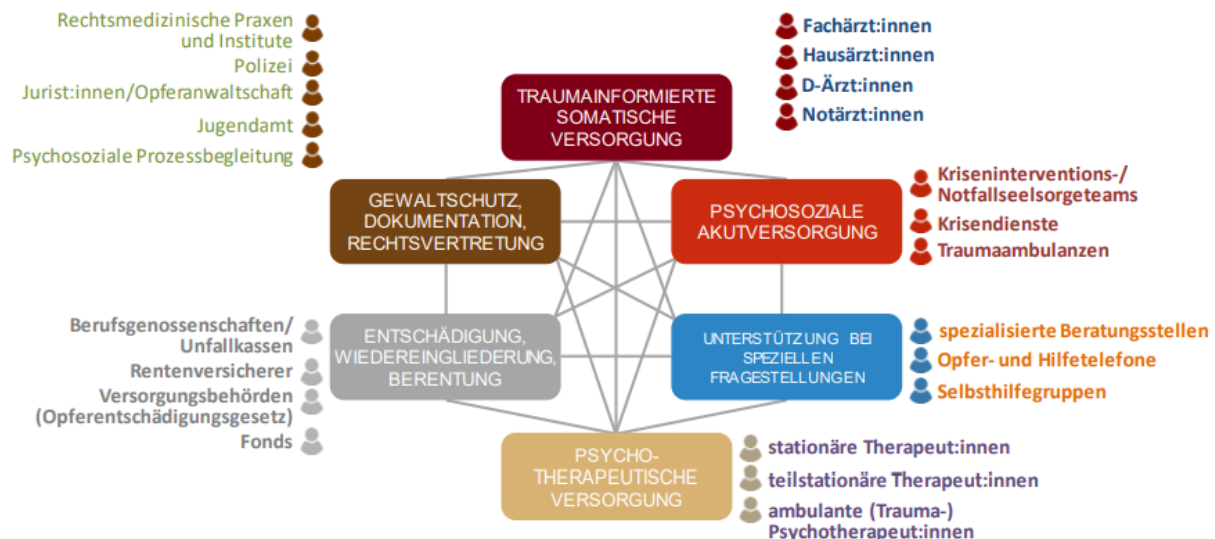
Eingebunden in Beratungs- und Behandlungsnetzwerke im Hilfesystem können die vielfältigen und teilweise sehr speziellen Bedarfe traumatisierter Menschen versorgt werden.

Häusliche Gewalt ist nicht nur eine Verletzung der Menschenrechte, sondern auch mit ernsthaften Gesundheitsfolgen verknüpft. Dieses Erkenntnis sollte Eingang in gesundheitspolitische Aktivitäten finden. Ziel ist eine traumainformierte Versorgung im Gesundheitssystem.

Alle Fachkräfte im Versorgungssystem erkennen die Häufigkeit und Tragweite traumatischer Erlebnisse an. Anzeichen für traumatische Erfahrungen werden erkannt und ernst genommen. Die Notwendigkeiten zur Genesung werden von allen verstanden. Re-traumatisierungen im Gesundheitswesen wird vorgebeugt.

Auf dem Weg dahin liegen einige Stolpersteine. Der Vortrag endete mit 13 konkreten Maßnahmen zur Optimierung der Schlüsselposition des medizinischen Fachpersonals.

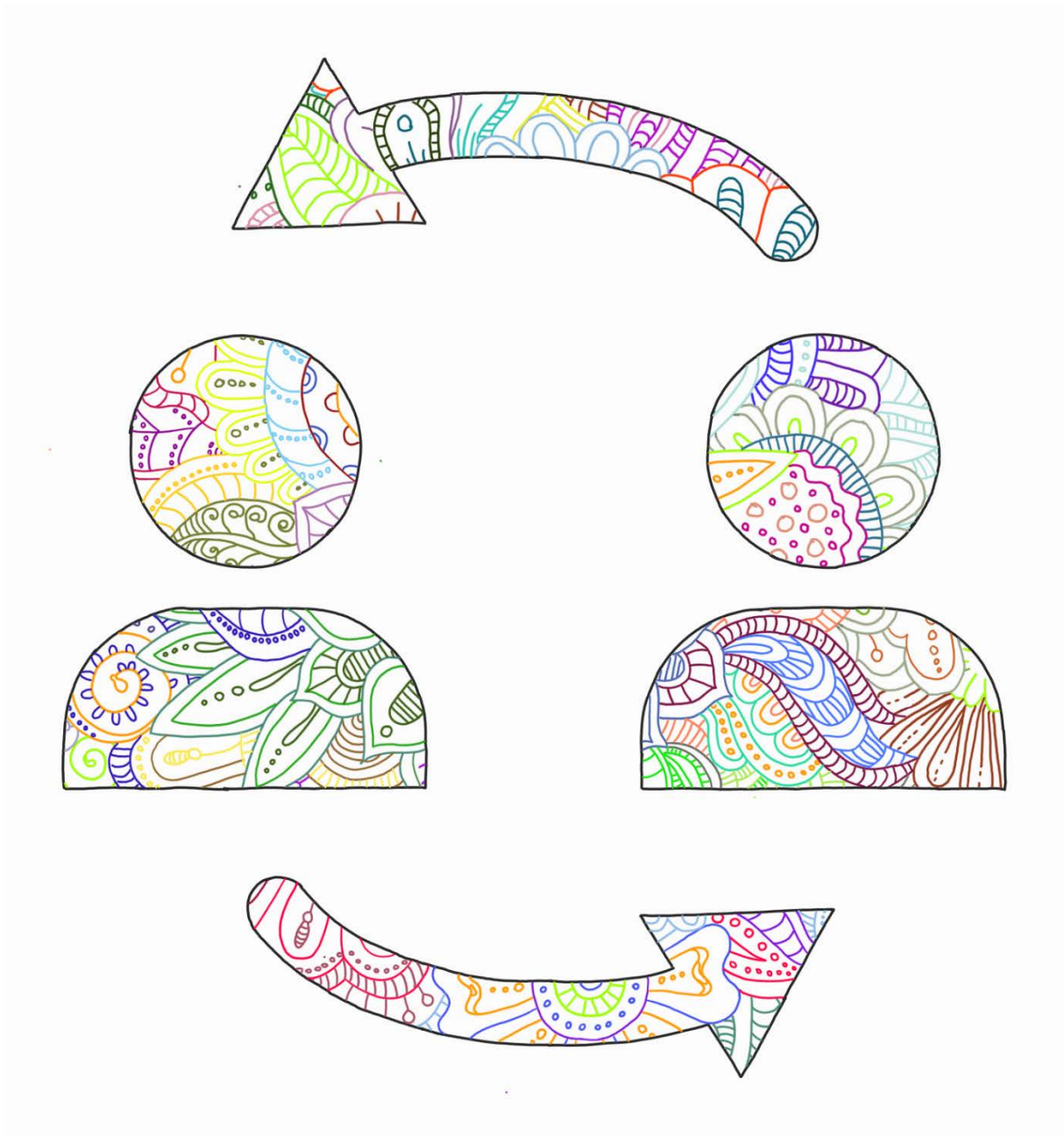
Themenfelder und Agierende in der vernetzten Versorgung traumatisierter Menschen



Dauer-Themen, die selbst den meisten Vernetzten zunächst fremd sind:

OEG, Fonds sexueller Missbrauch, Stalking und aktuelle Gewalt, Behandlung während laufenden Prozesses, Psychohygiene

Dialog



„Psychische und soziale Belastungen durch sexuelle Gewalt in Kindheit und Jugend und Gewalt in Partnerschaften – was wissen wir, was müssen wir noch wissen?“

Barbara Kavemann mit Hilde Helbernd



Barbara Kavemann
*Honorarprofessorin
und Diplom-
Soziologin*



Hilde Hellbernd *Gesundheitswissenschaftlerin
und Pädagogin*

Im Gespräch tauschten sich Hilde Hellbernd und Barbara Kavemann zu Belastungen, Reaktionen, Fortbildungen, Versorgungs- und Forschungsbedarfen aus.

1. Was ist zu den psychischen Belastungen durch sexualisierte und häusliche Gewalt (auch bei gewalttätigen Ereignissen in verschiedenen Lebensphasen) bekannt?

Das Gewalterleben von erwachsenen Frauen hat Gemeinsamkeiten mit dem von Kindern und Jugendlichen. Alle empfinden Ohnmacht. Kinder und Jugendliche erleben diese in der Abhängigkeit von Erwachsenen anders als erwachsene Frauen in Partnerschaften. Eine weitere Gemeinsamkeit ist das Trauma. Bei Kindern konnten relativ schnell traumatische Auswirkungen diskutiert werden. Bei Gewalt in Partnerschaften musste der Pathologisierung von Frauen vorgebeugt werden: Frauen sind keine unmündigen Opfer. Es handelt sich um ein gesellschaftliches Problem von Unterdrückung und Gewalt im Geschlechterverhältnis.

Gewalt bleibt nie ohne Folgen, und sie summieren sich biografisch. Immer wenn erwachsene Frauen Gewalt erleben, besteht die Möglichkeit für Geschichten von Gewalt in der Kindheit. Umgekehrt besteht bei Gewalt in der Kindheit die Möglichkeit, dass sich diese in unterschiedlichen Formen wiederholen und fortsetzen kann.

Es gibt besondere Gruppen: Frauen, die auf der Flucht waren oder die gefährliche und problematische Migrationswege hinter sich gelegt haben oder Frauen und Männer, die in der Heimerziehung gruselige Gewalt jeglicher Art erlebt haben. Es gibt besondere Formen wie sexualisierte Gewalt oder jegliche Gewalt in der Kindheit.

Kein seltenes Phänomen nach frühen Gewalterfahrungen ist, nicht zusammenhängende oder nicht ganz klare Erinnerungen zu haben. Kein Wunder! Und nicht selten bei langandauernder Gewalt in Partnerschaften leiden Frauen unter massiven psychischen Problemen. Diese haben wiederum Folgen. Das Aufwachsen oder Bildungskarrieren verlaufen anders. Schulabschlüsse oder Berufsabschlüsse gelingen nicht. Häufig enden sie in prekären Verhältnissen und in Armut.

Andere Betroffene funktionieren lange Zeit und glauben, dass die Erfahrungen nichts mit ihnen gemacht haben. In der Mitte des Lebens brechen sie zusammen. Sie müssen sich eine längere Zeit krankschreiben lassen. Den Anforderungen der Leistungsgesellschaft genügen sie nicht mehr. Nach so vielen Jahren ist das eine Katastrophe.

Für einige Betroffene gehört das Kontaktvermeiden, wie zur Prävention von Coronaerkrankungen, zum ganz normalen Lebensstil. Kontakt zu anderen Menschen gelingt ihnen nicht. Die Folgen von Gewalt verhindern soziale Teilhabe.

In der Bewältigung pendeln Betroffene zwischen der Seite die durch das Gewalterleben dominiert ist und der Seite auf der sie sich Freiheiten geschaffen haben. Sich linear aus der Gewalt in die Freiheit zu arbeiten ist eine Wunschvorstellung. Die Realität ist, dass die Betroffenen mehr mit der Bewältigung der Folgeprobleme im Alltag beschäftigt sind als mit der Traumabewältigung. Sie bleiben sisyphusmäßig auf dem Weg, immer in der Gefährdung wieder zurückgeworfen zu werden.

2. Wie hilfreich oder auch nicht hilfreich sind die Reaktionen, die Betroffene erhalten, wenn sie Unterstützung im Gesundheitssystem suchen?

Gewalt kann bewältigt werden. Resilienz und Widerstandsfähigkeit können entwickelt werden. Selbstbewusstsein kann wiederhergestellt werden. Hilfreiche Reaktionen des Umfeldes und der gesellschaftliche Kontext haben dabei deutlich mehr Einfluss als individuelle Faktoren.

Nicht hilfreich sind therapeutische Fragen nach dem eigenen Anteil der Betroffenen. Der Gewaltcharakter des Erlebten wird geleugnet. Den Betroffenen wird die Schuld zugeschoben, und viele fühlen sich schuldig. Das Problem wird individualisiert.

Nicht hilfreich ist für Betroffene mit Erinnerungslücken in Zweifel zu ziehen, dass das Gewalterlebnis stattgefunden hat. Genauso wenig hilfreich ist es, bei Schmerzen ohne somatische Begründung nicht zu helfen. Nicht selten werden sie angezweifelt.

Nicht hilfreich ist, dass die Belastungen und die eingeschränkte Leistungsfähigkeit der Betroffenen nicht als Folgen von Gewalt anerkannt werden.

Nicht hilfreich ist, wenn Betroffene wegen Überforderung von Fachleuten abgewiesen werden. Das sind extrem enttäuschende Erlebnisse, die in der eigenen Bewältigung sehr zurückwerfen können.

Es ist wenig hilfreich, dass Betroffene deutlich den Eindruck haben, dass bei Ärzt*innen oder Therapeut*innen Angst vor dem Thema Gewalt aufkommt. Diese wechseln dann in eine berufliche Rolle, die ihnen Sicherheit gibt und beginnen, die Betroffenen zu maßregeln, zu entmündigen.

Nicht hilfreich sind unterschiedliche körperliche Übergriffe, aber auch starke Erfahrungen mit psychischer Ausbeutung in der Therapie. Es ist ganz schlimm, wenn sich Missbrauch in der Therapie wiederholt, ob auf psychischer oder körperlicher Ebene.

Nicht hilfreich ist Stigmatisierung. Häufig ist der kritische und zweifelnde Blick auf eine Frau, die sagt, sie habe Gewalt durch den Partner erlebt. Zusätzlich gibt es den gesellschaftlich verurteilenden Blick auf die trinkende Frau.

Es gibt ein subjektives Recht zu bestimmen, was das Schlimmste ist. So oft sagten Betroffene:

„Das Schlimmste war für mich, dass mir keiner geglaubt hat.“

„Das Schlimmste war für mich, dass ich alleine war.“

„Das Schlimmste war für mich, dass meine Mutter dies oder jenes gesagt hat.“

Wenn wir Betroffenen bedarfsgerecht und individuell passend helfen wollen, ist es hilfreich, wenn Menschen in Gesundheitsberufen mehr wissen - von Sensibilität bis Kompetenz.

Es ist für Betroffene hilfreich zu lernen, was sie selber tun können, um erneute Gewalt zu vermeiden. Es braucht mehr Wissen, dass es ein ganz normales Phänomen ist, dass viele sich nicht durchgängig an alles erinnern können. Es braucht Kenntnisse zu besonderen Problemen, wie dem Schmerzerleben. Es braucht eine Kompetenz, mit dem Thema umzugehen. Es kann jederzeit in jeder Therapie auftauchen. Stigmatisierung, Empathieversagen und Übergriffe sind vermeidbar.

3. Welche Erfahrungen gibt es zum E-Learning Programm „Häusliche Gewalt“? Wie sieht es mit der Nachfrage bzw. Beteiligung aus dem Gesundheitsbereich aus?

Das E-Learning Programm ist eine Erfolgsgeschichte. Nach dem ersten Testdurchlauf haben wir überarbeitet und optimiert. Jetzt startete der zweite Testdurchlauf mit 4700 Anmeldungen. Das Interesse ist groß. Dieser Kurs bietet viel zum Gesundheitsbereich an Texten und Übungen. Auch kleine Videofilme, zum Beispiel zur Frage: „Wie spreche ich die Themen Gewalt und Alkohol an ohne zu beschämen, ohne die Beziehung in Gefahr zu bringen?“ Ich hoffe sehr, dass wir ihn fortsetzen können.

4. Welche Bedarfe in der psychischen Gesundheitsversorgung im weiten Spektrum von Kliniken mit stationären und ambulanten Angeboten bis zu niedrigschwelligen Angeboten gibt es – insbesondere auch für Mütter mit ihren Kindern?

Wenn sich psychische Probleme manifestieren und zu Erkrankungen werden wäre es für viele Frauen gut, eine stationäre Therapie in Anspruch nehmen zu können. Es gibt wenige Möglichkeiten für Frauen, die in stationäre Therapie gehen, ihre Kinder mitzunehmen. Deswegen nehmen viele Frauen diese Unterstützung gar nicht erst in Anspruch.

Das zweite Problem ist, dass die stationären Einrichtungen wenig Sicherheit bieten können. Erforderlich wäre, dass Schutz geschaffen wird, dass schlicht und einfach nicht jeder rein gelassen wird, wenn er kommen will, auch nicht jeder Partner.

Eine nicht seltene Reaktion auf Gewalterleben ist, dass Suchtmittel in Anspruch genommen werden. Weil Alkohol ein männerdominiertes Problem ist, funktionieren die Strukturen für die Versorgung von Frauen nicht gut. Eine gewaltbetroffene Frau ist in einer Gruppe von 10 alkoholkranken Männern nicht gut versorgt. Es braucht auch hier geschützte und frauenspezifische Räume und die Möglichkeit, Kinder mitzunehmen.

In allen Institutionen braucht es Rückzugsmöglichkeiten. Wenn es den Frauen schlecht geht, müssen sie Türen schließen können.

Es braucht mehr Kooperationsaufbau zwischen den Bereichen Schutz von Frauen vor Gewalt und Mitdenken der Kinder auf der einen Seite und Unterstützung bei Suchtproblemen auf der anderen Seite. Hier liefern Modellprojekte begeisternde Ergebnisse.

Die Inkonsistenz der Therapiefinanzierung ist eine große Belastung, die sich auf die unterschiedlichsten Arten im Bewältigungsprozess niederschlägt. Die Betroffenen brauchen Unterstützung, um sich für die Therapiefinanzierung gegen Behörden durchzusetzen.

5. Was wird benötigt im Hinblick auf (mitunter langanhaltende) gesundheitliche und soziale Folgen und ihre Bewältigung?

Das System zur Opferentschädigung funktioniert theoretisch gut. Praktisch ist es ein jahrelanger Kampf um Unterstützung. Die Betroffenen dürfen damit nicht alleine gelassen werden.

Es muss Möglichkeiten geben, Teil der Gesellschaft zu bleiben, auch wenn man den Anforderungen der Leistungsgesellschaft nicht voll genügt. Eine Betroffene hat in einem Interview wunderbar ausgeführt wie es wäre, wenn es so etwas wie das Hamburger Modell für Gewaltbetroffene gäbe. Sie sind nicht auf der Höhe ihrer Leistungsfähigkeit, aber sie wollen nicht aus der Gesellschaft herausfallen.

6. Was müssen wir noch wissen? Welche Forschungslücken im Bereich psychischer Gesundheitsversorgung müssen geschlossen werden? Welche Art von Versorgungsforschung sollte gefördert werden?

Wir brauchen mehr Forschung zur Verbesserung der Kooperationen zwischen den einzelnen Bereichen im Unterstützungssystem: Wie kriegen wir das zum Beispiel für die Bereiche Gewaltschutz und Suchthilfe besser hin?

Wir brauchen Forschung zu Bewältigungsverläufen. Das ist Forschung, in die Betroffene maßgeblich eingebunden sind. Sie sind die einzigen, die verlässliche Antworten geben können über ihr Gesundheitsempfinden und über das, was ihnen hilft. Die brauchen wir grundsätzlich immer, wenn es um die Gesundheit von Menschen geht. Es braucht passende Angebote. Was passt, können Menschen nur individuell sagen.

Wir brauchen Forschung zur Förderung von gesellschaftlicher Teilhabe bei Einschränkungen durch Gewalterleben. Es geht darum, die sozialen Folgen ernst zu nehmen und die Rechte von Betroffenen zu sichern. Wie kann das gehen?

Wir brauchen Forschung zur Elternschaft. Wenn Frauen und Männer, die als Kind sexualisierte Gewalt erlebt haben und Kinder haben, was bedeutet das? Das kann eine Erfahrung sein, die sehr beglückt. Auf der anderen Seite sind Panik, Belastung, anhaltende Ängste und die große Sorge, vollständig zu versagen als Elternteil.

Wir brauchen Forschung zur Organisation von Betroffenen. Wie kann Empowerment, Selbstorganisation und Sichtbarkeit die Wahrnehmung von Betroffenen in der Öffentlichkeit und Strukturen verändern? Wie können Opferklischees und Stigmatisierungen aufgelöst werden? Das Ziel ist, den Betroffenen auf Augenhöhe zu begegnen.

Wir brauchen partizipativ gestaltete Forschung für Menschen, die in der Kindheit in Institutionen der Heimerziehung oder in den Werkhöfen der DDR schwerste Gewalt erlebt haben. Wie können wir Alternativen zur Versorgung im Alter jenseits von Heimen entwickeln?

Weiterführende Informationen:

E-Learning Gewaltschutz. Schutz und Hilfe bei häuslicher Gewalt. Ein interdisziplinärer Online-Kurs (Fortbildungsprogramm) - <https://haeuslichegewalt.elearning-gewaltschutz.de/>

Kavemann, Barbara; Nagel, Bianca; Doll, Daniel; Helfferich, Cornelia. Erwartungen Betroffener sexuellen Kindesmissbrauchs an gesellschaftliche Aufarbeitung; Studie [online]. Unabhängige Kommission zur Aufarbeitung von sexuellem Kindesmissbrauch (UKAsK) (Hrsg) Berlin: UKAsK; 2019. <https://www.aufarbeitungskommission.de/mediathek/erwartungen-betroffener-an-aufarbeitung/>

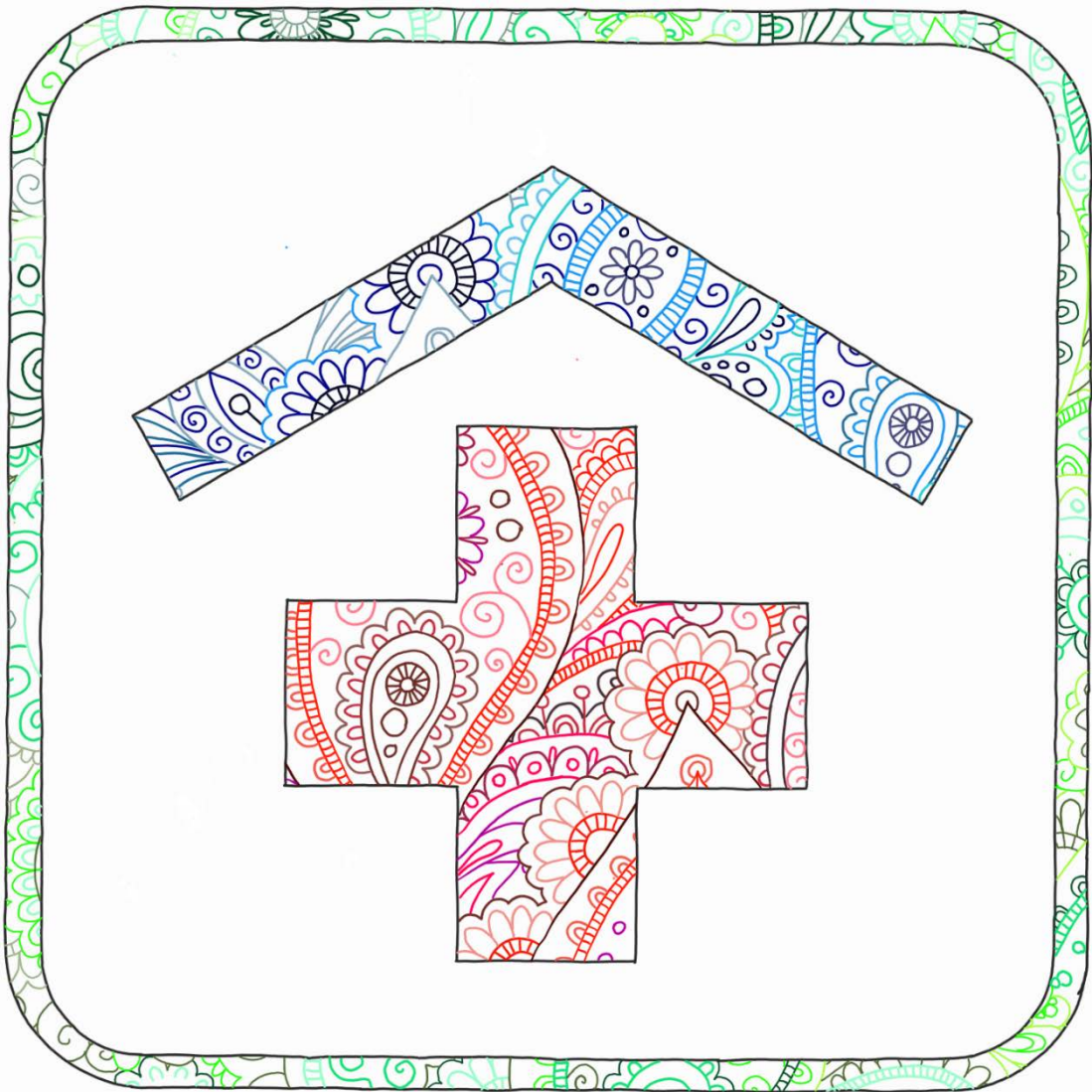
Unabhängige Kommission zur Aufklärung sexuellen Kindesmissbrauchs (UKAsK). Geschichten die zählen: Bilanzbericht 2019 – Band 1 [online]. Berlin: UKAsK; 2019.

<https://www.aufarbeitungskommission.de/mediathek/bilanzbericht-2019-band-1/>

Unabhängige Kommission zur Aufklärung sexuellen Kindesmissbrauchs (UKAsK). Meine Geschichte: Bilanzbericht 2019 – Band 2 [online]. Berlin: UKAsK; 2019.

<https://www.aufarbeitungskommission.de/mediathek/bilanzbericht-2019-band-2/>

Workshop 1: Stationäre Angebote



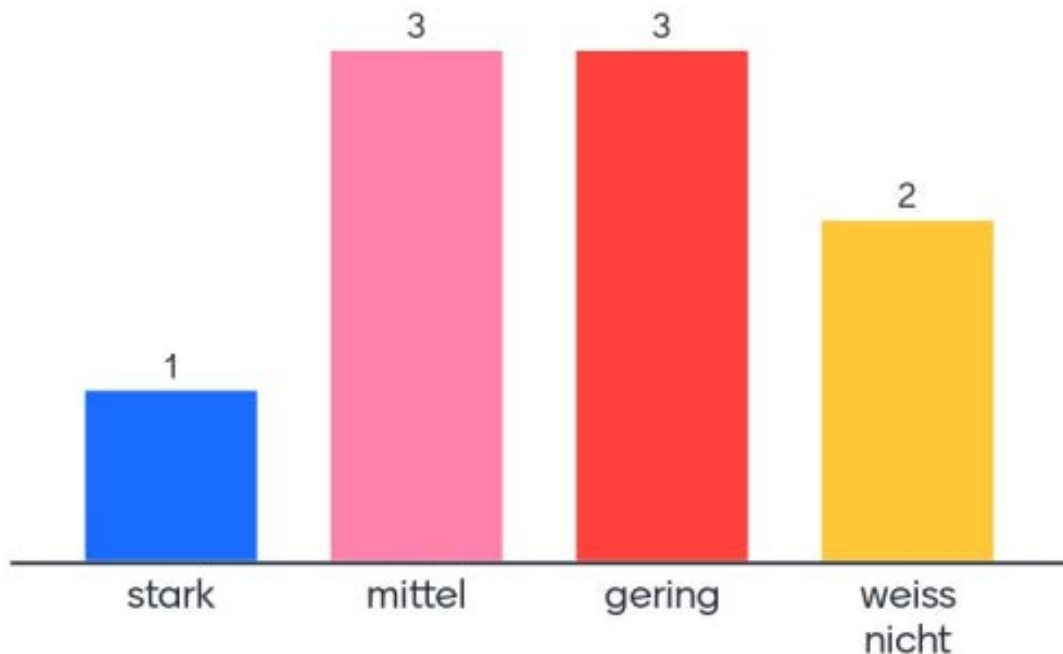
Moderatorin Hilde Hellbernd

Ziele des Workshops

Am Ende des Workshops sollten der Stand der Versorgung und Änderungsbedarf sichtbar geworden sein. Innovative Ansätze sollten bekannt sein. Forderungen sollten gestellt und adressiert sein.

Umfrage

Inwiefern wird geschlechtsspezifische Gewalt als verursachender Faktor für psychische Störungen in den stationären Angeboten berücksichtigt?



Dorothea Großmann

Der Bericht fasste 49 Jahre des Lebens einer Betroffenen zusammen. Er handelte von Gewalt, Traumafolgen, Klinikerfahrungen und Retraumatisierung. Das Erlebte beeinträchtigte vielfältig die Lebensgestaltung. Versorgungsangebote litten an fehlender Sensibilität für Traumen als Ursache für seelische Beschwerden. Es fehlte an Kompetenz für eine entsprechende Behandlung. Individuelle Bedürfnisse der Betroffenen blieben unberücksichtigt.

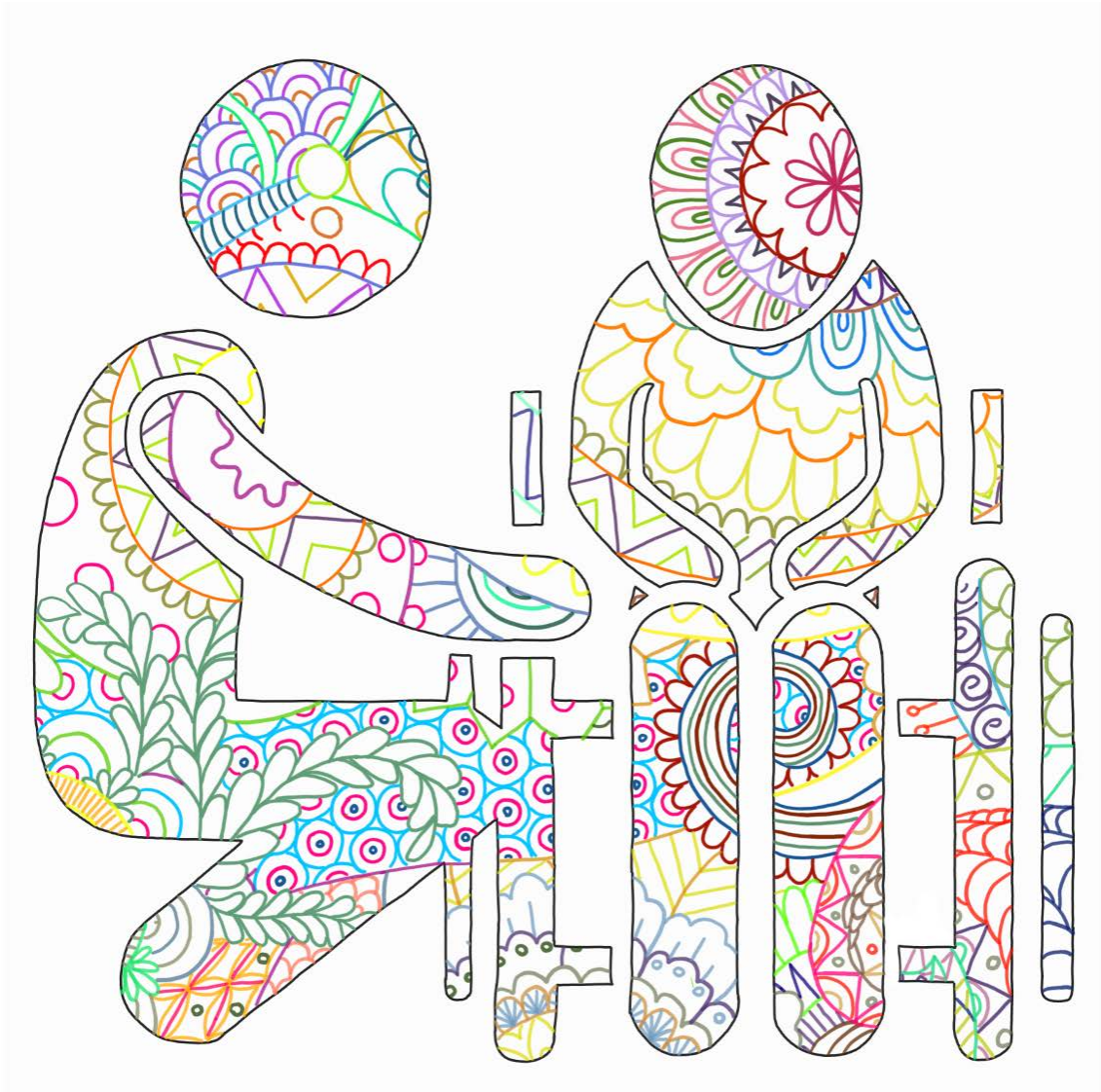
Aktuelle Situation

Die zehn Teilnehmenden tauschten sich zu Handlungs- und Änderungsbedarf, zu Qualitätsstandards und Schutzkonzepten aus. Sie berieten, inwiefern Betroffene durch Mitspracheförderung und ein geregeltes Beschwerdemanagement an den Versorgungsprozessen beteiligt werden. Über gute, übertragbare und nachhaltige Versorgungsmodelle im stationären Bereich wurde berichtet. Die Bedeutung einer sektorenübergreifenden Zusammenarbeit wurde in den Blick genommen. Das betrifft sowohl den ambulanten und stationären Sektor als auch die Bereiche Gewaltschutz und Gesundheitssystem. Ein Beispiel ist der Aufbau des Traumanetz Berlin. Corona brachte einige Bedarfe besonders ans Licht.

Forderungen

1. Frauen-, trauma- und suchtspezifisch ausgerichtete Angebote im stationären Sektor müssen in ausreichender Zahl zur Verfügung stehen.
2. Schutzkonzepte zu häuslicher und sexualisierter Gewalt sind in Krankenhäusern oder Kliniken im Sinne der Qualitätsmanagement-Richtlinie des G-BA zu etablieren. Bereits in der Notaufnahme müssen sie funktionieren.

Workshop 2: Ambulante Angebote



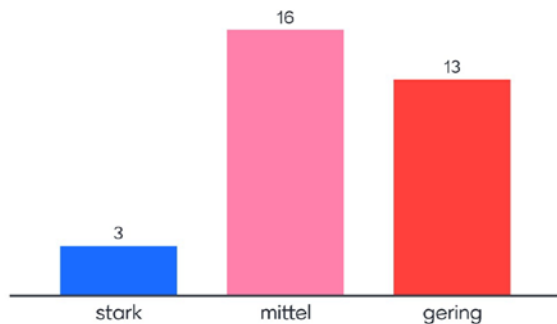
Moderatorin Silke Schwarz

Ziele des Workshops

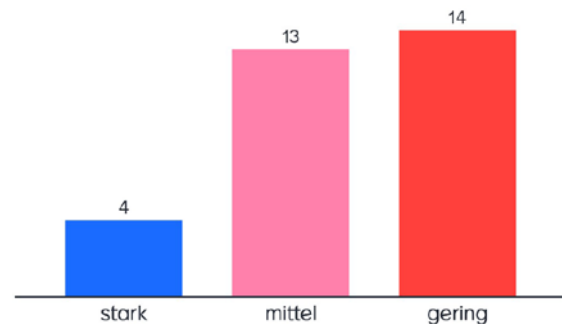
Am Ende des Workshops sollte die aktuelle Situation beleuchtet sein. Ungedeckte Bedarfe sollten konkret sichtbar geworden sein. Sich daraus ergebende Forderungen sollten formuliert werden.

Umfrage

Inwiefern wird geschlechtsspezifische Gewalt als verursachender Faktor für psychische Störungen in der Therapie berücksichtigt?



Inwiefern besteht Bewusstsein für gesellschaftliche Machtstrukturen bei den Fachkräften?



Alice Westphal

Der Bericht fasste das Leben einer 65-jährigen Betroffenen zusammen. Seit ihrer Kindheit und im Verlauf ihres Lebens hatte sie vielfältige Formen von Gewalt erfahren müssen. Sie erzählte von ihrem Erleben und den Spuren, die es hinterlassen hat. Ihre Erfahrungen in der Versorgungslandschaft waren geprägt von Hilflosigkeit, Abweisung und Schuldzuweisung auf Seiten der Therapeut*innen. Es fehlte an Respekt, Empathie und Ernsthaftigkeit. Sie hat gekämpft, war erschöpft und entmutigt.

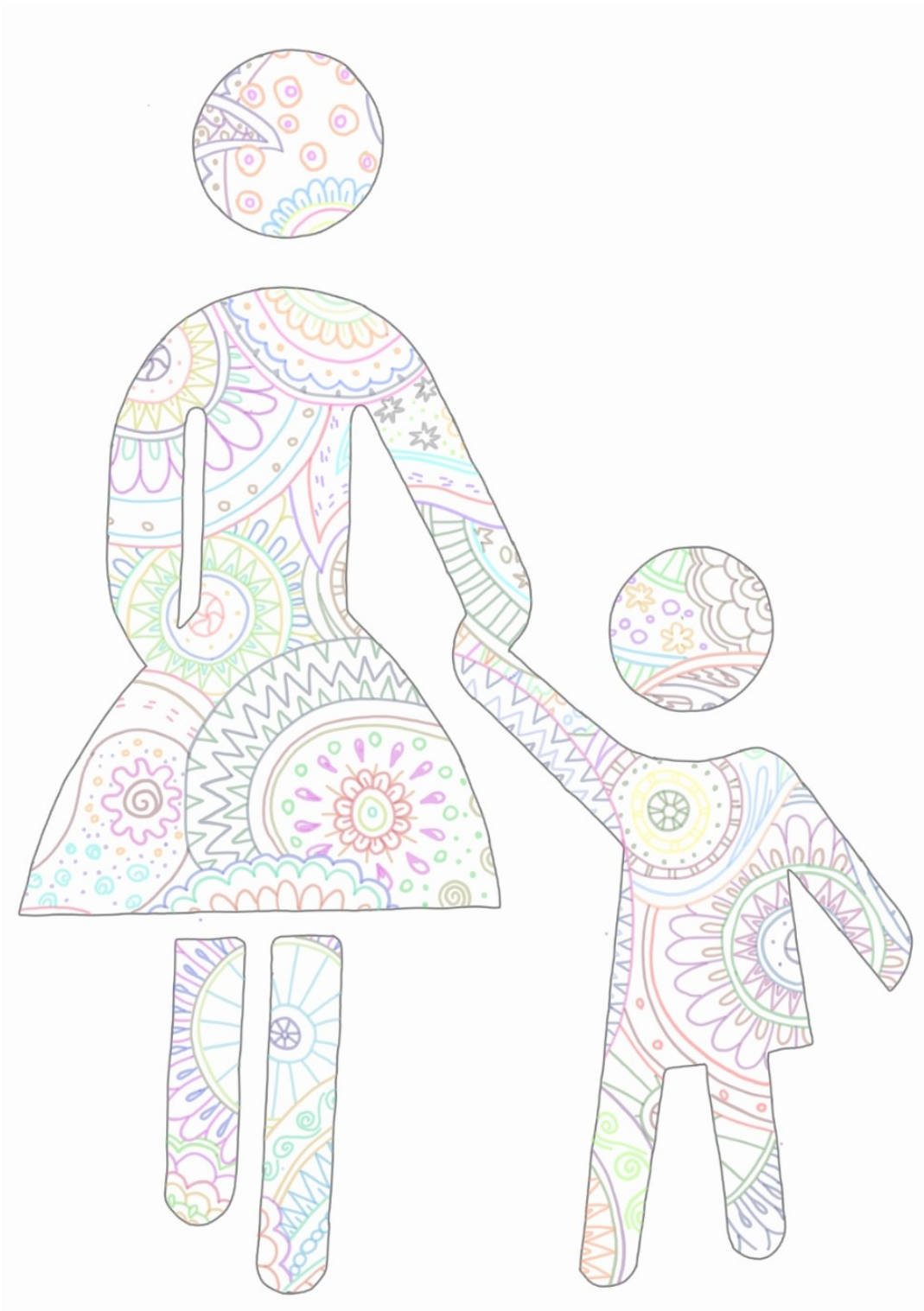
Aktuelle Situation

In der Gruppe wurde Gewalt gegen Frauen im Zusammenhang mit der strukturellen Benachteiligung von Frauen in unserer Gesellschaft gesehen. Sie ist Ursache von aktuellen Belastungen. Die Teilnehmenden diskutierten über Kontrollverlust: Er macht traumatisches Erleben aus und wiederholt sich für die Frauen im Versorgungsnetz, wenn sie mit ihrem Bedürfnis nach Traumatherapie nicht ernst genommen werden. Er wiederholt sich, wenn Betroffene ohne Respekt für „verrückt“ erklärt werden oder ihr „Nein“ zu Angeboten nicht respektiert wird. Die 40 Teilnehmenden stimmten sich dazu ab, dass die Betroffenen ihre Behandlung steuern können müssen. Sie boten zum Anbieten von Gesprächsräumen, zum Erfragen von Befinden, zur regelmäßigen Sensibilisierung aller Fachkräfte zum Thema sexualisierte und häusliche Gewalt gegen Frauen in Form von Fortbildungen und Supervision.

Formulieren von Forderungen

1. Das Thema geschlechtsspezifische Gewalt muss als integraler Bestandteil in die Fort-, Aus- und Weiterbildung für Therapeut*innen aufgenommen werden.
2. Die Wartezeiten auf geeignete Therapieplätze müssen reduziert werden oder eine passende Zuordnung zu traumakompetenten Therapeut*innen ermöglicht werden.

Workshop 3: Mütter und deren Kinder



Moderatorin Antje Krause

Ziele des Workshops

Am Ende des Workshops sollte die Situation betroffener Mütter und ihrer Kinder unter den Aspekten Rollenkonflikt, Unterstützung in Fragen der Erziehungskompetenz, Beachtung der Intersektionalität (Geschlecht, Ethnizität, Nationalität, Sexualität, Alter, ...), Recht auf Schutz und Unversehrtheit versus Umgangsrecht und Gesundheitsangebote (auch gemeinsam mit Kindern) beleuchtet sein. Zwei Forderungen sollten formuliert werden.

Frau E.

Frau E. ist 55 Jahre alt, Mutter einer 10-jährigen Tochter und erlebte in ihrer Herkunftsfamilie und ihren Partnerschaften Gewalt. Ihre Geschichte handelt von einer abgebrochenen Berufsausbildung, Krankenhausaufenthalt, Berufsunfähigkeit, Behandlung in einer Trauma-Klinik und dem Leben in einer psychotherapeutischen Frauen-WG. Während der Schwangerschaft ging es ihr gut. Kurz nach der Geburt brauchte sie wieder Hilfe. Der Vater der Tochter war psychisch krank. In dieser Situation erlebte sie Hilfeeinrichtungen als überfordert und die Angebote als nicht mehr passend für sie. Sie fühlte sich allein gelassen.

Aktuelle Situation

Die 40 Teilnehmenden machten einige zentrale Aussagen: Frauen wissen häufig nicht, wohin sie sich wenden können, wer zuständig ist oder welche Angebote es gibt. Fragen zum Umgangsrecht versetzen viele Mütter in einen Angstzustand – insbesondere bei psychischen Problemen. Weder für gewaltbetroffene Mütter, noch für Kinder gibt es Opferschutz. Die Frauen sind in einem Dilemma, weil Entlastungsangebote für Kinder fehlen. Die langfristige Verfügbarkeit niederschwelliger Angebote könnte traumatisierte Mütter in ihrer Handlungsfähigkeit unterstützen. Sowohl Zeit als auch Plätze für eine stationäre Traumabewältigung sind schwer zu finden.

Umfrage

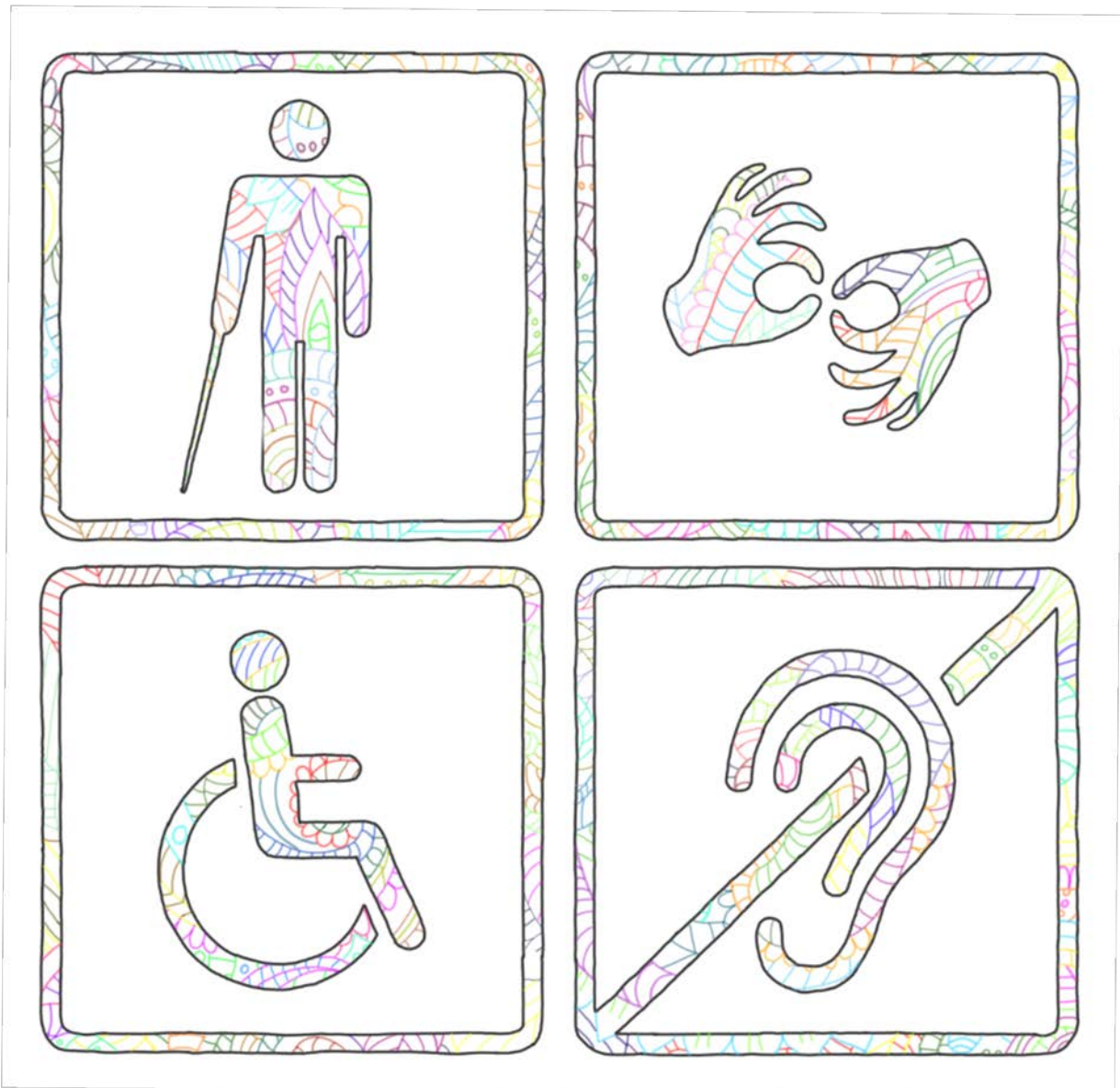
Welche Forderungen haben Sie?



Forderungen

1. Beratungsstellen, Helfende im Gesundheitssystem (auch Psychotherapie), aber auch Familiengerichte, Verfahrensbeistände und Umgangspfleger*innen müssen zum Umgang mit gewaltbetroffenen Frauen und Müttern geschult werden.
2. Niederschwellige Angebote zur Entlastung, dabei auch Angebote für Mütter und Kinder gemeinsam, müssen verfügbar und bekannt sein.

Workshop 4: Frauen mit Beeinträchtigung



Moderatorin Ulrike Haase

Ziele des Workshops

Am Ende des Workshops sollte beleuchtet sein, inwiefern Dienste der psychologischen Gesundheitsversorgung für Frauen mit Beeinträchtigung zugänglich und auf deren besonderen Bedarfe eingestellt sind. Erkennbar werden sollte auch, wie gut die aktuell existierenden Schutzkonzepte in Einrichtungen für Frauen mit Behinderungen sind. Notwendige Maßnahmen, um Frauen mit unterschiedlichen Behinderungen optimale Teilhabe zu gewähren, sollten formuliert sein.

Wer sind Frauen mit Beeinträchtigungen?

Es handelt sich um einen sehr heterogenen Personenkreis. Darunter sind Frauen mit körperlichen und/oder kognitiven Beeinträchtigungen/Behinderungen, psychischen Erkrankungen, Sinnesbehinderungen oder Mehrfach-Behinderungen. Die Art der Beeinträchtigung führt zu unterschiedlichen Anforderungen an das jeweilige Versorgungsangebot. Barrierefreiheit muss unter anderem räumlich/baulich oder durch den Einsatz von Gebärdendolmetscher*innen oder Übersetzungen in Leichte Sprache gegeben sein.

Aktuelle Situation

Die Gruppe stellte fest, dass die erforderliche Barrierefreiheit oder die Qualifikation und Mittel zur Herstellung dieser häufig fehlen. Sie stellte heraus, dass für die inklusive Weiterentwicklung der Angebote eine gute Vernetzung von Bedeutung ist. Die 23 Teilnehmenden diskutierten partizipative Bildungs- und Beratungsarbeit zu Themen wie „Sexuelle Belästigung am Arbeitsplatz“ oder „Gewalt in Wohneinrichtungen für Menschen mit Behinderungen“. Der Grundsatz „Nicht über uns ohne uns.“ ist zu berücksichtigen. Die unabdingbare Notwendigkeit der Entwicklung und Etablierung von Gewaltschutzkonzepten wurde deutlich.

Forderungen

1. Der Personalschlüssel muss die Bewältigung des Mehraufwands für gewaltbetroffene Frauen mit Behinderungen in Einrichtungen oder Beratungsstellen ermöglichen. Dazu gehört auch Vernetzungsarbeit nicht nur mit Einrichtungen der Behindertenhilfe sondern auch mit Betroffenen selbst und anderen Stellen. Die hierfür erforderlichen Mittel müssen bereitgestellt werden.
2. Allen Mitarbeitenden sollen Fort- und Weiterbildungen in der Arbeit mit gewaltbetroffenen Frauen mit Behinderungen zur Verfügung stehen, die deren Perspektive einbeziehen.

Weiterführende Informationen:

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ). Frauen vor Gewalt schützen [online]. Berlin (GER): BMFSFJ; 2021. [Zugriff: 21.11.2021]. URL: <https://www.bmfsfj.de/bmfsfj/themen/gleichstellung/frauen-vor-gewalt-schuetzen/frauen-mit-behinderungen-schuetzen/gewalt-gegen-frauen-mit-behinderungen-80650>.

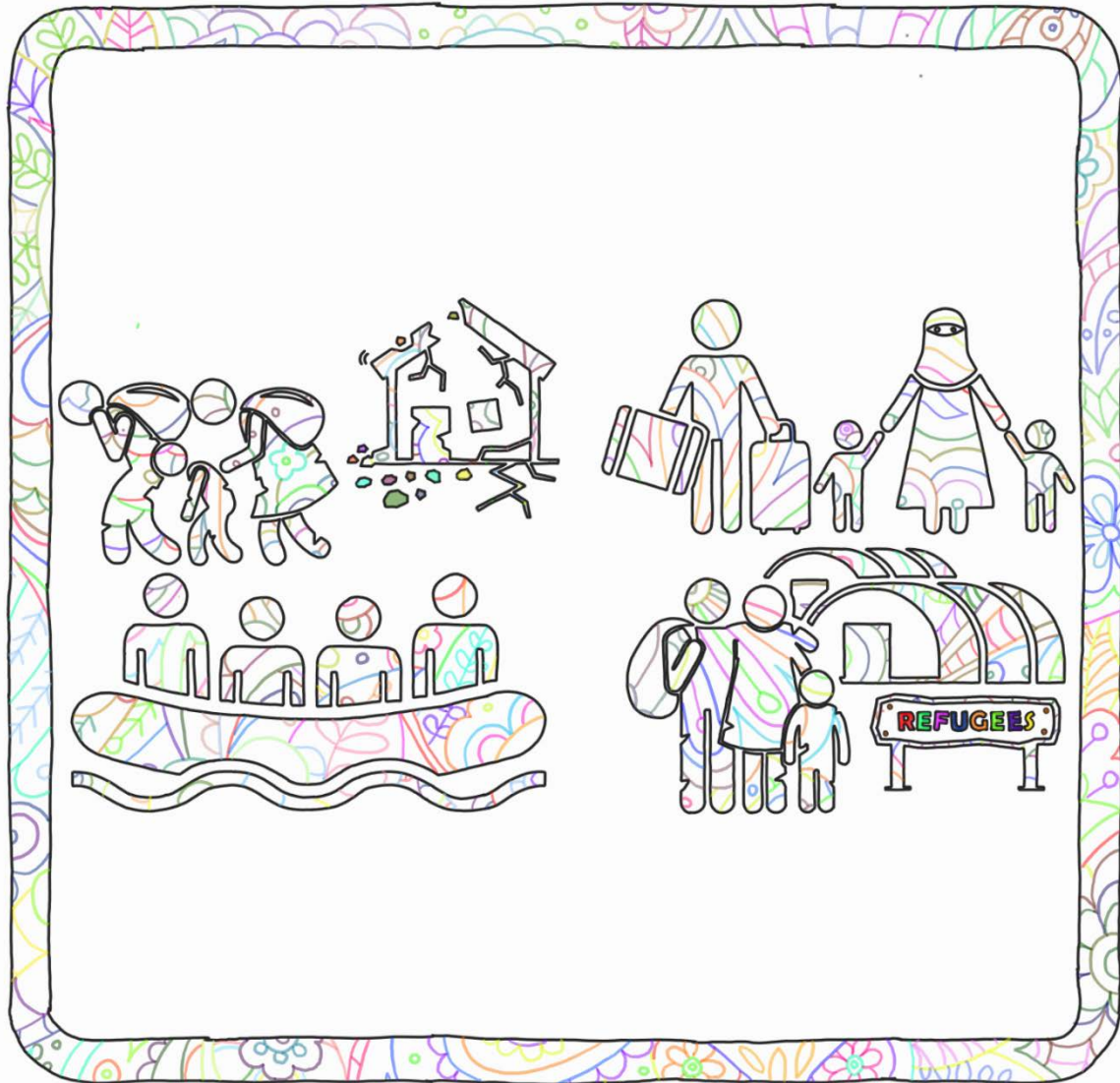
Schröttle, M.; Puchert, R.; Arnis, M.; Sarkissian, A. H.; Lehmann, C.; Zinsmeister, J.; Paust, I.; Pölzer, L. Gewaltschutzstrukturen für Menschen mit Behinderungen – Bestandsaufnahme und Empfehlungen [online]. Nürnberg (GER): Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS); 2021. [Zugriff: 02.12.2021]. (Forschungsbericht; Band 584). URL: <https://www.bmas.de/DE/Service/Publikationen/Forschungsberichte/fb-584-gewaltschutzstrukturen-fuer-menschen-mit-behinderungen.html>

Weibernetz: Politische Interessenvertretung behinderte Frauen. Webseite. Kassel (GER); 24.11.2021. [Zugriff: 25.11.2021]. URL: <https://www.weibernetz.de/startseite.html>.

Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation. Gewalt gegen Frauen mit Behinderung in Einrichtungen [online]. Reha-Info 2019;(06): Newsletter. [Zugriff: 21.11.2021]. URL: <https://www.bar-frankfurt.de/service/reha-info-und-newsletter/reha-info-2019/reha-info-062019/gewalt-gegen-frauen-mit-behinderungen-in-einrichtungen.html>.

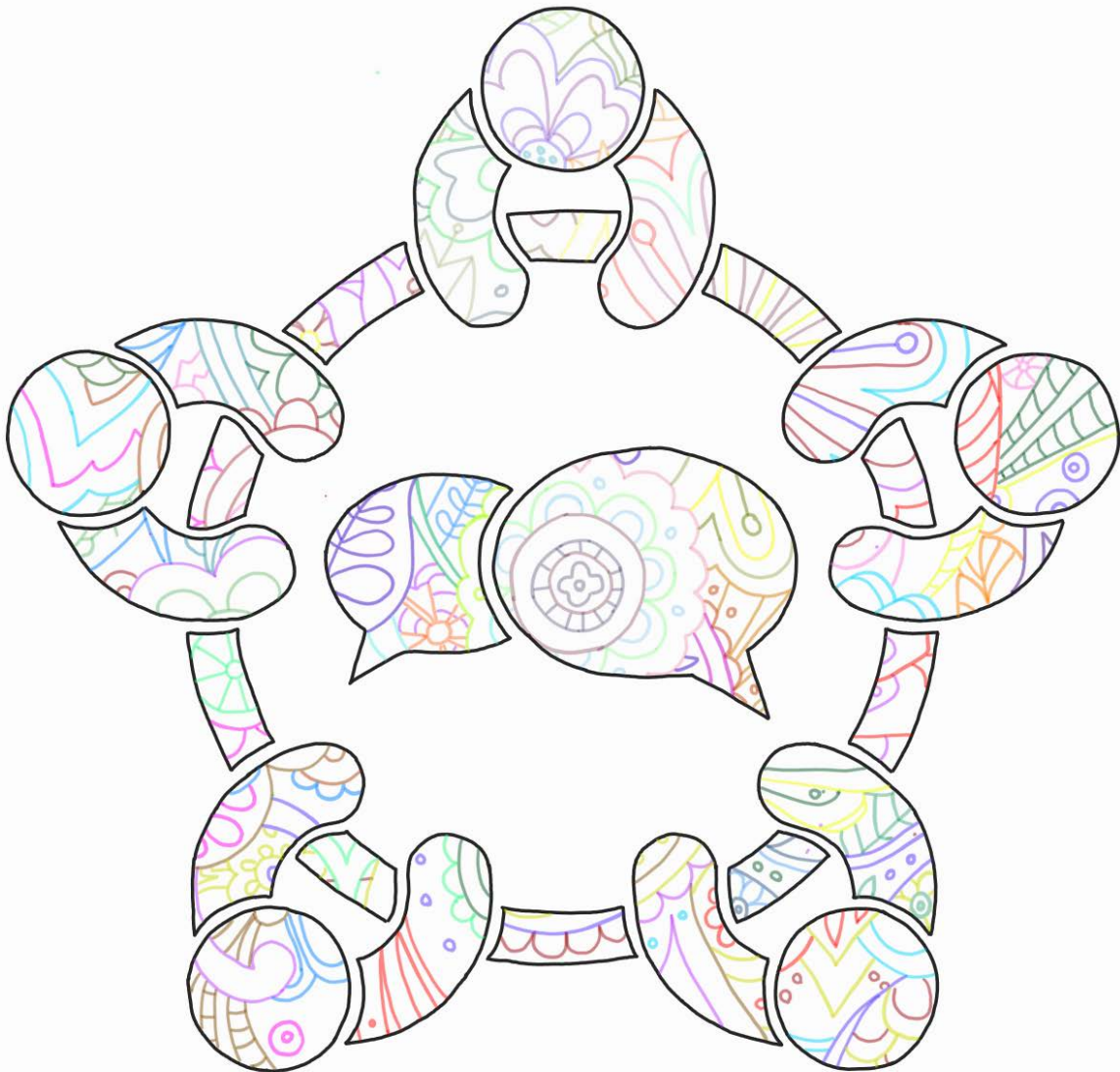
Virtuelle Fachveranstaltung: Das Schweigen brechen – Wege zu inklusiver Gewaltprävention für Frauen mit Behinderungen weltweit. 15.11.2021. [Zugriff: 02.12.2021]. https://www.behindertenbeauftragter.de/SharedDocs/Pressemitteilungen/DE/AS/2021/PM20_Sc hweigen_brechen.html

Workshop 5: Frauen und Mädchen mit Migrations- bzw. Fluchterfahrung



Moderatorin Nasi Alimardani

Abschlusspodium



„Wie können wir uns finden?“

Julian Dilling, Andrea Benecke, Anja Röske, Hilde Mattheis, Alice Westphal und Ariane Brensell entwickeln im Austausch Ideen, wie die Versorgung gewaltbetroffener Frauen verbessert werden kann.



Anja Röske

Frau Röske beschreibt die Situation der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) als Dachverband auf Bundesebene. Als solcher kann sie keine Angebote in der Fläche ermöglichen. Im Verlauf der letzten Jahre wurden die Angebote im Bereich Psychiatrie und Psychosomatik immer spezifischer. Ohne fachliche Eingaben von außen wird es für die DKG schwierig, andere Beteiligte in den Gremien zu überzeugen und Anliegen durchzusetzen.

Im Bereich des Schutzes von Kindern wurde schon ziemlich viel erreicht. Im Kontext der Qualitätsmanagement-Richtlinie (Fußnote) gibt es Beauftragte in den Kliniken, die notwendige Kompetenzen mitbringen. Im Bereich „Gewalt an Frauen“ ist noch viel mehr zu tun. Die Rahmenbedingungen im Gesundheitsbereich und gerade im Bereich der Krankenhäuser sind ausgesprochen schwierig. Nichts ist ohne lange Überzeugung umzusetzen: auch nicht die Istanbul-Konvention.

Worauf es nun ankommt ist, dass die Fachgesellschaften im Bereich Psychiatrie und Psychosomatik den fachlichen Hintergrund für die Versorgung von Frauen nach Gewalterfahrungen zur Verfügung stellen. Sowohl die ärztlichen und psychotherapeutischen Kammern als auch Fachgesellschaften sorgen durch Aus-, Fort- und Weiterbildung für die notwendigen Kenntnisse und Fertigkeiten der beteiligten Berufsgruppen. Bildung steht für alle Berufsgruppen in den Kliniken kostenlos und niedrigschwellig zum Beispiel als E-Learning-Programm zur Verfügung. Es ist genau zu prüfen, ob eine vollstationäre Behandlung der Betroffenen der adäquate Versorgungsweg ist.

Daher schlägt Frau Röske vor, dass eine starke Institution vergleichbar mit dem Unabhängigen Beauftragten für Fragen des sexuellen Kindesmissbrauchs (UBSKM) partnerschaftlich mit der DKG viele Schritte nach vorne geht. Mit starker fachlicher Unterstützung kann sie die notwendigen Anliegen an die Träger*innen und Finanzierer*innen herantragen. Diese tragen sie im System weiter. Genau zu wissen, für welche Frauen in welchen Lebenssituationen eine Versorgung im Krankenhaus notwendig ist, ermöglicht, entsprechende Angebote zu etablieren. Die DKG kann mit ihren Aktivitäten im Bereich Kinderschutz für den Bereich Gewalt an Frauen voranschreiten.



Ariane Brensell

Frau Brensell berichtete, dass viele Frauen im medizinischen Kontext erneut eine Kränkung erleben und sich ihre Traumatisierung fortsetzt. Durch stereotype Mythen und Vorurteile, Absprechen der Selbstbestimmung und mitschuldig machen ist die Bewältigung der Gewalterfahrung erschwert. Die Themen „Geschlecht, Macht, Gewalt und Trauma“ sind auch in psychotherapeutischen Ausbildungen und in den Curricula der Ausbildungsinstitute kaum verankert. Welche Rolle Machtstrukturen

beim Thema Gewalt gegen Frauen spielen, wird in medizinischen Kontexten häufig ausgeblendet.

Kenntnisse und Fertigkeiten sind abhängig vom persönlichen Interesse einzelner. Auch in den Strukturen der Institutionen sind sie nicht systematisch verankert. Kliniken mit einem genderbewussten Ansatz sind kaum vorhanden. Obwohl die Istanbul-Konvention rechtsverbindlich ist, hapert es mit der Umsetzung. Die meisten kennen ihre Inhalte nicht und es fehlen Mittel zur Verwirklichung [1].

Wichtig ist für Frau Brensell, dass ein Fortbildungsangebot für sämtliches medizinisches Personal gemäß der Istanbul-Konvention verpflichtend angeboten wird. Machtverhältnisse und Machtstrukturen im Zusammenhang mit (sexualisierter und häuslicher) Gewalt sollen darin berücksichtigt werden. Das Wissen soll in Qualitätshandreichungen festgeschrieben werden.

Im Sinne einer utopischen Realpolitik muss über die Verhältnisse hinausgedacht werden. Dazu müssen ‚betroffene‘ Frauen als Expertinnen aus Erfahrungen systematisch einbezogen werden [2].

Ein Vorbild könnten gewalt- und traumasensible Institutionen sein, wie sie es in Kanada gibt. Das Wissen spezialisierter Fachberatungsstellen, deren Mitarbeiterinnen langjährige Expertinnen im Thema sind, wird mit den Institutionen des Gesundheitswesens verknüpft. Und Versorgungsmodelle werden auf Basis partizipativer Forschungsprojekte entwickelt. Eine Idee wäre zudem eine „unabhängige Beauftragte für häusliche und sexualisierte Gewalt“ zu etablieren.

Frau Brensell betonte, dass die Istanbul-Konvention eine gut ausgestattete Koordinationsstelle auf Bundesebene für ihre Umsetzung vorsieht. Wir müssen erreichen, dass Machtaspekte von Gewalt gegen Frauen allen bekannt sind und in der Versorgung auch beachtet werden. Kontextualisierte Traumaarbeit ermöglicht einen weiteren Blick. Die Machtverhältnisse in Teams und Arbeitsstruk-

turen werden beachtet. Die Grenzen von psychiatrischem Störungswissen im Kontext von Gewalt gegen Frauen werden reflektiert [2].

Quellen:

1. Bündnis Istanbul-Konvention (BIK). Alternativbericht zur Umsetzung des Übereinkommens des Europarats zur Verhütung und Bekämpfung von Gewalt gegen Frauen und häuslicher Gewalt [online]. Berlin: BIK; Februar 2021. [Zugriff: 21.11.2021]. URL: <https://www.buendnis-istanbul-konvention.de/alternativbericht-buendnis-istanbul-konvention-2021/>
2. Brensell, A. Kontextualisierte Traumaarbeit. Ein communitybasiertes, partizipatives Forschungsprojekt. In: Brensell, A.; Lutz-Kluge, A. (Hrsg.). Partizipative Forschung und genderemanzipatorische Forschungsansätze weiterdenken. Opladen: Barbara Budrich; 2020. S. 71-94.



Andrea Benecke

Frau Benecke erläuterte den Zusammenhang vom Angebot an stationären Einrichtungen mit den Krankenhausplänen. Diese werden neben den Krankenkassen durch die Länder finanziert. Ferner wird die Qualität der psychotherapeutischen Ausbildung von den zuständigen Ministerien kontrolliert. Bisher wird sie mehr an Strukturen und Prozessen festgemacht als an Inhalten.

Es kommt vor, dass Psychotherapeut*innen wegen Unsicherheit im Umgang mit Gewalterfahrungen betroffene Patientinnen abweisen. Menschen warten durchschnittlich 20 Monate auf einen Therapieplatz. Erstgespräche gehen schneller. Therapie dauert lang. Die Ausweitung von Niederlassungen bleibt weit hinter den Forderungen zurück. Eine zentrale Steuerung

verfügbarer Therapieplätze lässt keine Möglichkeit, Therapeut*innen selbst auszusuchen.

Das männlich dominierte Gesundheitswesen ist bedrückend. Die geschaffenen Strukturen blockieren die notwendige Weiterentwicklung zur Verbesserung der Versorgung von Frauen mit Gewalterfahrung

Frau Benecke möchte, dass im Gesundheitswesen mehr Frauen tätig sind, die selbst Gewalt erlebt haben oder jemanden gut kennen, dem es widerfahren ist. Über die Landeskrankenhausplanung auf Länderebene können spezifische Angebote oder Abteilungen zur Versorgung der betroffenen Frauen verhandelt werden. Die Kammern verankern die Themen Genderpsychotherapie und Trauma in Theorie und Handlungskompetenzen in der Aus- und Weiterbildung von psychologischen Psychotherapeut*innen und Kinder- und Jugendlichen-therapeut*innen.

Die Verhandlungen um die notwendige Anzahl von Therapieplätzen und Niederlassungen werden nicht von der Annahme geleitet, die Psychotherapeut*innen würden ihre vorgegebene Arbeit nicht ausreichend erfüllen. Darauf,

dass vorgegebene Arbeitszeiten für die Kassenzulassung nicht unterschritten werden, achten die Kassenärztlichen Vereinigungen.

Die psychotherapeutische Beziehung zu den Betroffenen muss gut funktionieren. Eine Patientin muss sich wohl fühlen und ankommen können bei der Therapeutin oder dem Therapeuten.

Frau Benecke schlug daher vor, eine Öffentlichkeit zum Thema Gewalt gegen Frauen herzustellen, um auf den Gesetzgeber Druck auszuüben. Wenn etwas erreicht werden soll,

müssen die Voraussetzungen in Form neuer Strukturen dafür geschaffen werden. Durch das Problembewusstsein werden Verhandlungen am Thema geführt und nicht auf Nebenschauplätzen. In Zukunft werden Psychotherapeut*innen Kompetenzen für eine Traumatherapie erwerben. Dadurch wird das Angebot an Therapieplätzen ausgeweitet. Betroffene werden nicht bei Therapeut*innen bleiben, denen sie nicht vertrauen, weil sie befürchten, ihre Chance verwirkt zu haben.



Julian Dilling

Herr Dilling stellte dar, wie komplex die Strukturen im Krankenhausbereich sind. Im europäischen Vergleich ist die Bettendichte im Bereich der Psychiatrie in Deutschland hoch. Es ist angestrebt, diese zu verringern. Ambulant läuft die Therapieplatzsuche über zahlreiche Anrufe. Mit Glück ist irgendwo gerade ein Platz frei. Vernetzte Versorgung wird in dem Augenblick, wo mehrere Gesetzbücher greifen, schwierig. Schulpflicht zum Beispiel und gesundheitliche Versorgung sind zusammen schwer zu realisieren. Ihm fiel auf, dass außer ihm keine Männer die Einladung zum heutigen Fachtag angenommen haben.

Worauf es für ihn ankommt ist, die Aufgaben so zu verteilen, dass ohne weiteres notwendige Kapazitäten geschaffen werden könnten.

Gleichwohl sollen die vorhandenen Kapazitäten ausreichend ausgebildet sein, um Patientinnen mit Gewalterfahrung zu behandeln. Die Betroffenen sollen keine aufwendige Suche betreiben müssen. Bei den Verhandlungen sollen Psychotherapeut*innen und Patientinnen gefragt werden. Die freie Arztwahl wird nicht eingeschränkt. Mehr Männer sollten sich an den Diskussionen zur Verbesserung der Versorgung von Frauen mit Gewalterfahrung beteiligen.

Daher schlug Herr Dilling eine zentrale Steuerung vor. Digitalisiert sollen Patientinnen und freie Kapazitäten gezielter zusammengebracht werden. Zudem erinnerte er an die Überlegungen zu Finanzierungsmechanismen in der Arbeitsgruppe „Kinder psychisch kranker Eltern“. Wenn beispielsweise die eine Leistung genehmigt und damit einen Automatismus auslöst, sollten auch im anderen Sozialgesetzbuch die Kosten übernommen werden. Die Versorgung von Menschen mit Traumafolgestörungen würde sich deutlich verbessern. Die Vermittlung von Therapieplätzen würde einfacher möglich. Transparenz macht sichtbar, wie viele Psychotherapieplätze überhaupt verfügbar sind.



Alice Westphal

Frau Westphal verdeutlichte, wie wenig Interesse am Thema Gewalt im Gesundheitssystem vorhanden ist. Obwohl die Betroffenen hier

sekundär und tertiär versorgt werden. Therapieplätze reichen nicht aus. Es fehlen Therapeut*innen, die den Mut und auch die Ausbildung haben, komplex traumatisierte Frauen zu behandeln. Für akut Betroffene gibt es Kriseninterventionen, und ansonsten sind lange Wartezeiten normal. Viele bleiben bei nicht hilfreich wahrgenommenen Therapeut*innen weil sie Angst haben, sonst gar keinen Platz zu bekommen. Diese Inhalte bestimmen schon seit Jahren die Diskussion. Nur weil Gesetzbücher nicht gut regeln, gibt es keine konkreten und

guten Behandlungsformen. Es geht seit Jahren und immer wieder um die grundlegende Frage der Gleichstellung.

Es ist ihr wichtig, dass die zuständigen Institutionen zuhören und akzeptieren, anerkennen und wertschätzen, dass das Thema Gewalt, sexualisierte wie häusliche, existiert. Konkrete Möglichkeiten zur Verbesserung der Versorgung sollen diskutiert werden: Wie kann wann und was funktionieren? Passende Strukturen sollten geschaffen werden: zum Beispiel, dass von Anfang an höhere Anzahlen von Therapiestunden mit den Krankenkassen vereinbart werden oder Stationen so umgebaut werden, dass die Frauen mit ihren Kindern eine Therapie machen können. Bei allen Verhandlungen sind Partizipation, Vernetzung und Qualifizierung als Ziele gesetzt.



Hilde Mattheis

Frau Mattheis bemerkte, wie schwer die Strukturen im männlich dominierten Gesundheitswesen zu durchbrechen sind. Parteien, die sich eher links verorten, beachten das Thema Frauen- und Kindergesundheit eher als konservative Parteien. Die SPD hatte es als Koalitionspartner schwer, die Finanzierung von Frauenhäusern abzusichern, weil das bei anderen nicht so dringend gesehen wird. Es ist nicht gelungen, mit der CDU/CSU eine gemeinsame Forderungsliste für die Gesundheitsversorgung nach der Coronakrise aufzustellen. Obwohl alle wissen, dass die häusliche Gewalt gegen Frauen und Kinder massiv zugenommen hat. Als Argumente dienen stereotype Hinweise, mit denen Frauen seit Jahrzehnten immer wieder mundtot gemacht werden. Sie zeugen davon, dass nicht erkannt

Alle Menschen haben gleiche Chancen und sind wirklich und finanziell gleichgestellt. Die Würde des Menschen ist unantastbar.

Frau Westphal schlug eine Absichtserklärung vor: „Wir akzeptieren, dass es Gewalt gegen Frauen gibt. Und jetzt sorgen wir dafür, dass diese Menschen wertzuschätzend, respektvoll und bestmöglich auch in der akuten Situation behandelt werden.“ Diese Haltung unterstützt Veränderung. Wenn Gleichstellung erreicht ist, führen wir nicht mehr die gleichen Diskussionen wie vor 20 Jahren. Gewalt minimiert sich. Wir brauchen keine Frauenhäuser und Fachtage zum Thema mehr. Unseren Enkelkindern wird es besser gehen.

wird, dass es um Machtstrukturen geht. Es geht Frauen um die gleichen Ansprüche. Solange ein Chefarzt oder ein ärztlicher Direktor durch die Gänge schreitet und keine Zugänge zu Frauenbiografien hat, weil er die in seinem realen Leben gar nicht kennt, haben wir nicht viel gewonnen.

Frau Mattheis möchte, dass, egal in welchem Bereich, von Arzneimittelforschung bis zur Unterbringung in Krankenhäusern, der Blick auf Gewalt gegen Frauen stattfindet. Wertschätzende Rollen-, Gesellschafts- und Menschenbilder müssen in politisches Handeln übersetzt werden. Sichtweisen müssen sich ändern. Frauen müssen den gleichen Anteil an Geld, Zeit und Macht haben.

Daher müssen wir nach dem Vorbild der „Dekade gegen Krebs“ die „Dekade gegen häusliche Gewalt“ ausrufen. Die Funktionäre in der Gesundheitspolitik und Verbändefunktionäre erklären mit zwei, drei Punkten aus ihren Bereichen, wie sie in dieser „Dekade gegen häusliche Gewalt“ ihren Beitrag leisten wollen. Im Bereich Forschung und bei den Haushaltsmitteln wird sehr viel mehr eingesetzt werden als in den Zeiten vor der „Dekade gegen häusliche Gewalt“.

Abschlussstatement



Moderatorin Silke Schwarz

Silke Schwarz dankte allen Beteiligten für ihren langen Atem und das Durchhalten des langen Tages. Alle Anwesenden zeigten durch Ihre Teilnahme Interesse, die Versorgungssituation zu verbessern. Nach den jahrzehntelangen Bemühungen um Verbesserungen zu diesem vielschichtigen Thema war eine emotionale Podiumsdiskussion am Ende des Tages nicht überraschend. Der Schwung und die Solidarität des Tages sollen Veränderungen anstoßen können.

Die Vormittagsvorträge fassten den Forschungsstand zusammen. Die Inhalte zeigten systematische Barrieren für eine geeignete Bewältigung und daraus entstehende Folgen für die psychische Gesundheit der Frauen auf. Der enorme Beitrag unterstützender Reaktionen aus der Gesellschaft und von Fachleuten wurde deutlich.

Folgerichtig wurden in den Nachmittagsworkshops konkrete Forderungen für weitere

Schritte abgeleitet. Aus den fünf Schwerpunktthemen wurde ein Blumenstrauß gebunden, den alle Beteiligten in ihre Einrichtungen und Institutionen mitnehmen und weitergeben können.

Im Sinne des „Normalisierens“ wünschte sich Silke Schwarz, dass die „Dekade gegen Gewalt“ zum nächsten Treffen bereits existiert. Aktive Beteiligung von Betroffenen in allen Versorgungsschritten soll normal sein. Ausreichend therapeutische Kapazitäten, die traumaspezifisch für die Bedarfe der Frauen eingerichtet sind, sollen normal sein.

Die besonderen Bedarfe von Frauen mit Kindern sollen gedeckt sein können. Frauenspezifische stationäre Angebote mit Rückzugsmöglichkeiten sollen normal sein. Die zunehmende Förderung geschlechtssensibler Versorgungsforschung soll normal sein. Die Besonderheiten der verschiedenen Zielgruppen oder Beteiligten des heutigen Tages sind im Blick.

Es wird normal sein, dass das Bundesministerium für Gesundheit und Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend zusammenarbeiten. Ihre Ressourcen werden zielentsprechend eingesetzt. Die Schnittstellenproblematik der verschiedenen Sozialgesetzbücher wird überwunden. In der Zusammenfassung zeigte der heutige Fachtag, wie wichtig es ist, endlich weiter vorwärts zu kommen.

Referent*innen und Moderator*innen

Nasi Alimardani: Sozialarbeiterin bei Wildwasser e. V., Berlin

Andrea Benecke: Vizepräsidentin des Vorstandes der Bundespsychotherapeutenkammer

Ariane Brensell: Ostfalia Hochschule für angewandte Wissenschaften

Julian Dilling: Referat Bedarfsplanung, Psychotherapie und Neue Versorgungsformen im GKV-Spitzenverband

Ulrike Haase: Peerberaterin in der Sozialberatung von Frauen mit Behinderungen/chronischen Erkrankungen und in der politischen Interessenvertretung

Hilde Hellbernd: S.I.G.N.A.L. e. V. – Intervention im Gesundheitsbereich gegen häusliche und sexualisierte Gewalt

Beate Hoffmann: Bremer Medienbüro

Barbara Kavemann: Sozialwissenschaftliches Forschungsinstitut zu Geschlechterfragen/FIVE Freiburg, Berliner Büro

Antje Krause: Vorsitzende des Evangelischen Fachverbands für Frauengesundheit e. V.

Christine Lambrecht: Bundesministerin für Familie, Senioren, Frauen und Jugend

Maria Loheide: Vorstand Sozialpolitik der Diakonie Deutschland

Tamara Luding: Betroffenenrat Unabhängiger Beauftragter für Fragen des sexuellen Kindesmissbrauchs

Hilde Mattheis: Mitglied im Gesundheitsausschuss des Bundestages

Ingrid Mühlhauser: 1. Vorsitzende des Arbeitskreis Frauengesundheit e. V.

Anja Röske: Referentin Dezernat VII Qualitätssicherung, Transplantationsmedizin & Psychiatrie, Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V.

Julia Schellong: Leitende Oberärztin und Oberärztin Psychotraumatologie, Klinik und Poliklinik für Psychotherapie und Psychosomatik am Universitätsklinikum Carl Gustav Carus Dresden

Anne Schilling: Geschäftsführerin Deutsches Müttergenesungswerk, Elly Heus-Knapp-Stiftung

Silke Schwarz: Fachstelle Traumanetz Berlin, S.I.G.N.A.L. e. V. – Intervention im Gesundheitsbereich gegen häusliche und sexualisierte Gewalt; Arbeitskreis Frauengesundheit e. V.

Alice Westphal: Betroffenenrat Traumanetz Berlin

Impressum

Dokumentation der digitalen Fachtagung GEWALT.MACHT.FRAUEN.SEELE.KRANK.

03.09.2021, Arbeitskreis Frauengesundheit in Medizin, Psychotherapie und Gesellschaft e.V. in Kooperation mit dem Müttergenesungswerk, dem Evangelischen Fachverband für Frauengesundheit e. V. und der Diakonie Deutschland.

An der Vorbereitung der Veranstaltung waren zudem beteiligt: Frauenhauskoordinierung e.V., GESINE Netzwerk Gesundheit.EN, Initiative Schwere Geburt und S.I.G.N.A.L. e.V. – Intervention im Gesundheitsbereich gegen häusliche und sexualisierte Gewalt.

Arbeitskreis Frauengesundheit in Medizin,
Psychotherapie und Gesellschaft e.V. (AKF)
Sigmaringer Straße 1
10713 Berlin

Dezember 2021



Der Fachtag erfolgte mit freundlicher Unterstützung von:



Texterstellung: Susann Conrad

Lektorat: Karin Bergdoll

Layout: eine engagierte und gewissenhafte Kollegin

Illustrationen: Amelie Conrad

Fotos:

Porträt Beate Hoffmann: Foto: Peter Haarstick, Bremen. Webseite Beate Hoffmann;
<https://beatehoffmann.com/>

Porträt Ingrid Mühlhauser: Arbeitskreis Frauengesundheit; <https://arbeitskreis-frauengesundheit.de/verein/vorstand/>

Porträt Anne Schilling: Müttergenesungswerk; <https://www.muettergenesungswerk.de/abschiedsfeier-geschaeftsfuehrerin>

Alle anderen Porträts und Abbildungen sind Bildschirmfotos aus dem Mitschnitt des Fachtages.