

## 6. Einrichtungen des Gesundheitswesens

### 6.1 Ausgewählte Schwerpunkte

...

#### 6.1.9 Bestandsaufnahme zur Versorgungssituation psychisch kranker, gewaltbetroffener Frauen

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) benennt häusliche und sexuelle Gewalt als eines der größten Gesundheitsrisiken für Frauen. Gewalt wird jedoch häufig nicht als Ursache von Gesundheitsproblemen gesehen bzw. erkannt, was die Gefahr einer Fehlversorgung bzw. Chronifizierung von Beschwerden erhöht. Ein weiteres Problem: Das Ausmaß geschlechtsbezogener Gewalt wird häufig noch unterschätzt.

WHO benennt häusliche und sexuelle Gewalt als eines der größten Gesundheitsrisiken für Frauen

Ein Indiz für das Ausmaß geschlechtsbezogener Gewalt sind die Belegungszahlen der Frauenhäuser und Zufluchtswohnungen sowie die *in der Polizeilichen Kriminalitätsstatistik erfassten Fälle häuslicher Gewalt*. Durchschnittlich nehmen jährlich etwa 1.620 Frauen mit ebenso vielen Kindern Schutz, Hilfe und Unterkunft in den Berliner Frauenhäusern und Zufluchtswohnungen in Anspruch. Im Jahr 2006 wurden von der Polizei rund 12.500 Fälle von häuslicher Gewalt in Berlin registriert. Auch die Berliner Interventionszentrale bei häuslicher Gewalt (BIG) verzeichnet bei ihrer Hotline - einer Notrufnummer bei häuslicher Gewalt - eine hohe Inanspruchnahme (7.348 Anrufe im Jahr 2006).

In Berlin gibt es ein breit gefächertes Hilfesystem sowohl in Bezug auf *Anti-Gewalt-Einrichtungen* als auch hinsichtlich *psychiatrischer Versorgungangebote*. In der Praxis wurden jedoch immer wieder Probleme im *Zusammenwirken beider Hilfesysteme* artikuliert.

Diese Probleme wurden auch im Rahmen eines Experten-/Expertinnengespräches zur *gesundheitlichen Versorgung traumatisierter Frauen mit Gewalterfahrung* thematisiert, das 2003 in der Charité - Universitätsmedizin Berlin stattfand und an dem Vertreterinnen und Vertreter von Anti-Gewalt-Einrichtungen und des psychiatrischen Hilfesystems mitgewirkt haben.

Besseres Ineinandergreifen der Angebote für gewaltbetroffene Frauen ist erforderlich

Dort wurde übereinstimmend festgestellt, dass geschlechtsbezogene Gewalt enorme Folgen für die psychische Gesundheit von Frauen hat und ein spezifisches Behandlungssetting auch im psychiatrischen Hilfesystem erfordert. Im Ergebnis waren viele Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Auffassung, dass eine Verbesserung der Angebote, insbesondere ein besseres Ineinandergreifen von Maßnahmen erforderlich sei. Die Implementierung frauenspezifischer Ansätze in die klinische, ambulante und komplementäre Versorgung und die Entwicklung eines effektiven Kooperationsmodells wurden als konkrete Ziele formuliert, um für gewaltbetroffene Frauen in psychischen Krisensituationen sowie mit psychischen Erkrankungen ein übergreifendes Hilfeangebot vorzuhalten. Um dies aufzugreifen und hierfür sukzessive Fortschritte zu erreichen, wurde auf Initiative des Landesbeauftragten für Psychiatrie der Senatsverwaltung für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz in Kooperation mit der Senatsverwaltung für Wirtschaft, Technologie und Frauen 2004 die multidisziplinäre *Arbeitsgruppe „Frauen und Psychiatrie“* gegründet, in der neben den beiden Senatsverwaltungen Vertreterinnen und Vertreter der klinischen und ambulant/komplementären psychiatrischen Versorgung, der Sozialpsychiatrischen Dienste, der bezirklichen Psychiatriekoordinationen, von Frauenberatungsstellen und Zufluchtseinrichtungen (häusliche Gewalt, sexuelle Gewalt) mitarbeiten.

Die Arbeitsgruppe verständigte sich auf eine ausführliche Bestandsaufnahme, um Informationen über die aktuelle Versorgungssituation in Berlin zu erhalten und darauf aufbauend Handlungsempfehlungen

ableiten zu können. In diesem Zusammenhang war eine wissenschaftliche Begleitung der AG intendiert, die jedoch nicht realisiert werden konnte. Die durchgeführte Erhebung lässt sich daher nicht an wissenschaftlichen Studien messen, sie liefert dennoch wichtige Hinweise.

Für eine *quantitative Befragung* der Berliner Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten mittels Fragebogen konnte im Jahr 2004 die Unterstützung der Berliner Psychotherapeutenkammer gewonnen werden<sup>1</sup>. Die Ergebnisse zeigten, dass Gewalterfahrungen in der Praxis der befragten Psychologen/Psychologinnen und Psychotherapeuten/-therapeutinnen eine relevante Rolle spielen und gleichzeitig ein Bedarf am Ausbau der eigenen Kompetenzen in diesem Kontext artikuliert wurde.

**Befragung gewaltbetroffener Frauen und am Hilfesystem beteiligter Einrichtungen**

Die aus dieser Befragung gewonnenen Erfahrungen flossen in die weitere Arbeit ein. Im Herbst 2005 folgte eine *Erhebung* in den Berliner Krankenhäusern mit Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychotherapie, den Sozialpsychiatrischen Diensten der Berliner Bezirksämter, dem Berliner Krisendienst, freien Trägern der psychiatrischen Versorgung und Anti-Gewalt-Einrichtungen. Ergänzend wurden Anfang 2006 betroffene Frauen über ihre Erfahrungen mit beiden Hilfesystemen befragt. Weitere Befragungen, z. B. bei niedergelassenen Ärztinnen/Ärzten mussten aufgrund begrenzter Ressourcen zurückgestellt werden.

Alle Erhebungen erfolgten durch schriftliche Fragebögen. Insgesamt 158 Institutionen/Träger wurden angeschrieben. Da etliche psychiatrische Träger mehrere Einrichtungen betreiben, konnten zusammen 195 Antworten ausgewertet werden. Der für die Befragung betroffener Frauen eingesetzte Fragebogen wurde über verschiedene Beratungseinrichtungen, Dienststellen und weitere Verteiler gestreut; daraufhin gingen weitere 47 Fragebögen ein.

Die Befragungsergebnisse zeigten nachhaltig das Risiko einer psychischen Beeinträchtigung bzw. Erkrankung im Kontext erlebter Gewalt auf. Rund 89 % der Frauen, die an der Betroffenenbefragung teilgenommen haben, berichteten über *psychische Probleme aufgrund der Gewalterfahrung*. Parallel wurde aus allen Befragungsbereichen ein zwar regional variierender, aber insgesamt deutlicher Anteil an psychisch kranken Patientinnen/Nutzerinnen mit einer Gewalterfahrung benannt. Zum Beispiel ergab die Befragung der Krankenhäuser mit Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychotherapie, dass die Krankenhäuser bei 11 und 25 % der im Jahr 2005 behandelten rund 6.000 Patientinnen eine Gewalterfahrung im Hintergrund der Erkrankung kannten bzw. vermuteten.

Die Resonanz auf die Fragebogenaktion und die Vielzahl der detaillierten Antworten ließ in den Befragungsbereichen eine Sensibilität in unterschiedlichen Ausprägungen für die Problematik insgesamt erkennen; erlebte Gewalt wurde in allen Befragungsbereichen psychiatrischer Versorgung durch entsprechende Nachfragen oder durch die betroffene Frau selbst thematisiert. Gleiches ließ sich für die Sensibilität gegenüber psychischen Beeinträchtigungen/Erkrankungen bei den Anti-Gewalt-Einrichtungen feststellen. Unabhängig von dieser positiven Tendenz sahen viele Befragungsbereiche noch *weiteren Fortbildungsbedarf*, insbesondere zur Schärfung des Problembewusstseins.

**Häufig fehlt spezielles Angebot für psychisch kranke Frauen mit Gewalterfahrung**

Die *am häufigsten genannten psychischen Beeinträchtigungen* waren Angst- und Anpassungsstörungen, Persönlichkeitsstörungen und Depressionen. Auffallend war, dass der überwiegende Teil der befragten Einrichtungen kein spezielles Angebot für psychisch kranke Frauen mit Gewalterfahrung vorhielt. In diesem Zusammenhang wurden auch *Grenzen für die Aufnahme in einer Anti-Gewalt-Einrichtung oder einer psychiatrischen Einrichtung* benannt: akute Krise/mangelnde Gemeinschaftsfähigkeit wurden von Anti-Gewalt-Einrichtungen, ungeklärte Kostenübernahmen und daher keine Möglichkeit der Aufnahme von minderjährigen Kindern wurden von psychiatrischen Einrichtungen als mögliche Ausschlussgründe angeführt.

<sup>1</sup> Die Ergebnisse sind 2005 den an der Umfrage Beteiligten bekannt gemacht worden (Brzank 2005).

Übereinstimmend thematisierten alle Befragungsbereiche die Schwierigkeit, für psychisch kranke Frauen mit Gewalterfahrung, die aufgrund ihrer psychischen Auffälligkeiten in Frauenhäusern und Zufluchtswohnungen nicht adäquat betreut werden können, deren Erkrankung aber nicht zwingend einen Klinikaufenthalt erfordert, geeignete (frauenspezifische) Lösungen zum Thema Wohnen zu finden. Darüber hinaus sei es in der Praxis problematisch, gleichzeitig die Versorgung von Kindern sicherzustellen. Hierzu wurden unterschiedliche Lösungswege vorgeschlagen; im Wesentlichen konzentrierten sie sich auf die Etablierung einer *niedrigschwellig betreuten Wohn-/Übernachtungseinrichtung, in der Kinder mitbetreut werden können*.

Bis auf den Berliner Krisendienst artikulierten alle Akteure im Bereich Informations- und Erfahrungsaustausch einen Handlungsbedarf: Zwar verfügten sie für die Vermittlung von Patientinnen/Nutzerinnen über verschiedene Kooperationspartnerinnen und -partner; dennoch fehlte es an weitergehenden Kenntnissen über zielgruppenspezifische Anlaufstellen, überregionale Projekte, Angebote in anderen Bezirken und über die Arbeitsabläufe in anderen Bereichen bzw. im jeweils anderen Hilfesystem (psychiatrische Versorgung/Anti-Gewalt-Einrichtungen). Dies galt ganz besonders, wenn es um *Hilfe- und Unterstützungsmaßnahmen für gewaltbetroffene, psychisch kranke Frauen mit Migrationshintergrund* ging. Der Wunsch nach Vernetzung und Kooperation mit muttersprachlichen Therapeutinnen, Ärztinnen, Psychologinnen, Anlaufstellen für Frauen mit Migrationshintergrund etc. deutete bereits auf die vielfältigen Probleme hin, die in der Betreuung/Behandlung dieser Zielgruppe von den meisten Akteurinnen und Akteuren benannt wurden. Insbesondere von den an der Befragung beteiligten Krankenhäusern und Anti-Gewalt-Einrichtungen mit ihrem vergleichsweise hohen Anteil an Patientinnen/Nutzerinnen mit Migrationshintergrund wurden besondere muttersprachliche Angebote, unkomplizierte Unterstützungen durch Dolmetscherinnen u. ä. gefordert (rund ein Drittel der befragten Krankenhäuser und Anti-Gewalt-Einrichtungen bezifferten den Anteil ihrer Patientinnen bzw. Nutzerinnen mit Migrationshintergrund zwischen 20 und 35 % bzw. über 50 %).

Mangelnde Vernetzung mit muttersprachlichen Ärztinnen, Therapeutinnen und Psychologinnen

Obwohl die Erhebungen explizit darauf angelegt waren, die *Versorgungssituation auch für behinderte Frauen und lesbische Frauen* genauer zu beleuchten, gab es dazu wenig fassbare Ergebnisse. Probleme wie mangelnde Barrierefreiheit wurden nur punktuell formuliert, die Fragen, die speziell zu lesbischen Frauen gestellt wurden, zeigten hohe Ausfallquoten. Die Ursachen dafür waren nicht offensichtlich, deuteten aber darauf hin, dass ein spezifischer Versorgungsbedarf für lesbische Frauen häufig nicht gesehen wurde.

Die Befragung betroffener Frauen ergab ein insgesamt überraschend positives Bild von der persönlich erlebten Unterstützung, sowohl bezogen auf die Anti-Gewalt-Einrichtungen als auch bezogen auf das psychiatrische Versorgungssystem. Trotz der positiven Grundwertung wurde im Einzelnen mehr Wissen über das Krankheitsbild, mehr Verständnis für die Situation betroffener Frauen und ein Mitspracherecht in der Behandlung angemahnt. Eine zentrale Forderung bezog sich auf die *Behandlung/Betreuung/Beratung durch weibliches Personal*; dieser Wunsch wurde von 70 % der Befragten artikuliert.

Die Befragungsergebnisse zeigten auf, dass beide Hilfesysteme für psychisch kranke, gewaltbetroffene Frauen in ihren Grundzügen gut aufgestellt sind, dennoch aber ein *Bedarf an weiter ausdifferenzierten Hilfen und einer Optimierung des Zusammenwirkens der verschiedenen Einrichtungen/Dienste* besteht. Obwohl positiv zu konstatieren ist, dass in den Befragungsbereichen eine Sensibilität für die Probleme psychisch kranker Frauen mit Gewalterfahrung spürbar ist, zeigt sich dennoch die Notwendigkeit, Information und Wissensaustausch weiter auszubauen und die Sensibilität zu schärfen. Die Ergebnisse der Bestandsaufnahme sind die Basis für konkrete Handlungsempfehlungen, die noch in diesem Jahr veröffentlicht werden sollen.

Befragungsergebnisse bieten Basis für konkrete Handlungsempfehlungen