



Gemeinsam die psychische Gesundheit gewaltbetroffener Frauen stärken

In Deutschland erlebt jede dritte Frau ab dem 16. Lebensjahr körperliche Gewalt, fast jede siebte Frau sexualisierte Gewalt unter Anwendung von Zwang und Drohungen. In etwa der Hälfte der Fälle wiederholt sich die Gewalt. Meist wird sie durch den aktuellen oder früheren Partner ausgeführt.¹ An mehr als jedem dritten Tag findet in Deutschland ein Femizid statt. Alle 42 Minuten wird eine Frau Opfer von vollendeter oder versuchter gefährlicher Körperverletzung durch Partnerschaftsgewalt.² Auf mindestens 54 Milliarden Euro pro Jahr oder 148 Millionen Euro pro Tag beziffern sich die gesellschaftlichen Folgekosten von geschlechtsspezifischer Gewalt für Deutschland, ausgehend von Zahlen aus England.³ Die jährlichen Kosten des deutschen Gesundheitswesens belaufen sich auf 287 Millionen Euro für die Erstversorgung, 9 Millionen Euro für psychotherapeutische Behandlungen und 145 Millionen Euro für die Versorgung nach Suizidversuchen.⁴

Geschlechtsspezifische Gewalt verstehen wir als Teil ungleicher Machtverhältnisse und unterschiedlicher Diskriminierungserfahrungen, die die Verarbeitungsmöglichkeiten von psychischen Belastungen wesentlich bestimmen und daher sowohl gesellschaftliche als auch individuelle Unterstützung erforderlich machen.⁵

Politische und rechtliche Verpflichtungen und Grundlagen für eine Verbesserung

Aufgrund der „Ratifizierung der Konvention zur Verhütung und Bekämpfung von Gewalt gegen Frauen und häuslicher Gewalt“ (Istanbul-Konvention) im Jahr 2018 muss Deutschland offensiv gegen alle Formen von Gewalt vorgehen. Im Rahmen einer ganzheitlichen Gewaltschutzstrategie

- sind Angehörige bestimmter Berufsgruppen, inkl. der Gesundheitsberufe, für eine geschlechts- und diskriminierungssensible Versorgung fortzubilden (Art. 15),
- ist eine wirksame Zusammenarbeit innerhalb und zwischen Behörden und mit dem Hilfesystem zu fördern und weitere bzw. sekundäre Viktimisierung zu vermeiden (Art. 18),

¹ Schröttle, M. & Müller, U. (2004). Lebenssituation, Sicherheit und Gesundheit von Frauen in Deutschland. Eine repräsentative Untersuchung zu Gewalt gegen Frauen in Deutschland. Im Auftrag des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Berlin. Verfügbar über:

<http://www.bmfsfj.de/BMFSFJ/Service/publikationen,did=20560.html>.

² Bundeskriminalamt (2021). Partnerschaftsgewalt. Kriminalstatistische Auswertung Berichtsjahr 2020.

Verfügbar über: https://www.bka.de/DE/AktuelleInformationen/StatistikenLagebilder/Lagebilder/Partnerschaftsgewalt/partnerschaftsgewalt_node.html.

³ European Institute for Gender Equality (2021). The costs of gender-based violence in the European Union. Verfügbar über: https://eige.europa.eu/sites/default/files/documents/20213229_mh0921238enn_pdf.pdf.

⁴ Sacco, S. (2017). *Häusliche Gewalt Kostenstudie für Deutschland, Gewalt gegen Frauen in (ehemaligen) Partnerschaften*. Cottbus: tredition GbmbH.

⁵ Brenssell, A., Hartmann, A. & Schmitz-Weicht, C. (2020). Kontextualisierte Traumaarbeit. Beratung und Begleitung nach geschlechtsspezifischer Gewalt – Forschungsergebnisse aus der Praxis feministischer Beratungsstellen. Berlin: bff.

- ist Unterstützung gemäß den speziellen Bedürfnissen Betroffener, inkl. Zugang zu psychologischen Hilfen, zu gewährleisten (Art. 20),
- ist Zugang zu kurz- und langfristigen spezialisierten Hilfsdiensten zu ermöglichen (Art. 22),
- ist Zugang zu geeigneten Schutzunterkünften unter Berücksichtigung von gesundheitsbezogenen Unterstützungsbedarfen abzusichern (Art. 23),
- ist Betroffenen von sexualisierter und körperlicher Gewalt Traumahilfe, sofortige medizinische und rechtsmedizinische Versorgung und Beratung zur Verfügung zu stellen (Art. 25).

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) hat 2013 Leitlinien zum Umgang mit Gewalt in Paarbeziehungen und mit sexueller Gewalt gegen Frauen vorgelegt. Die Leitlinien der WHO bieten Gesundheitsfachkräften erstmals evidenzbasierte Empfehlungen zur angemessenen Versorgung von Frauen, die Gewalt in Paarbeziehungen und sexualisierte Gewalt erlitten haben, einschließlich klinischer Intervention und emotionaler Unterstützung. Empfehlung 5 fordert für gewaltbetroffene Frauen mit psychischen Belastungen eine psychologische Versorgung durch Fachkräfte mit fundiertem Wissen im Bereich Gewalt gegen Frauen (siehe auch Empfehlungen 21-29 zu psychologischen Interventionen).⁶

Angehörige aller Berufsgruppen im psychologischen bzw. psychiatrischen Gesundheitswesen sowie Verantwortliche für Qualitätsmanagement und Führungskräfte brauchen Kompetenzen, die sie befähigen schädigende Strukturen zu erkennen und zu verändern. Die Qualitätsmanagement-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) verpflichtet stationäre und ambulante Gesundheitseinrichtungen seit 2020 durch das Thema „Prävention von und Hilfe bei Missbrauch und Gewalt“ (Teil A § 4, Abs. 2, Teil B Abschnitt I, § 1) dazu, eine geschützte Umgebung anzubieten sowie ein Schutzkonzept vorzuhalten, Mitarbeiter*innen für das Thema zu sensibilisieren, so dass vertrauensvolle Ansprechpartner*innen zur Verfügung stehen.

Die Bundesregierung hat sich in ihrem Koalitionsvertrag vorgenommen, die Gleichstellung von Frauen und Männern in diesem Jahrzehnt zu erreichen. Sie bekennt sich in ihrem Koalitionsvertrag dazu, eine ressortübergreifende politische Strategie gegen Gewalt an Frauen zu entwickeln, die Rechte von Betroffenen in den Mittelpunkt zu stellen und das Hilfesystem entsprechend auszubauen.⁷ Auf dem Weg zu diesen Zielen haben sowohl die Bundesregierung als auch die zentralen Einrichtungen des Gesundheitssystems Schlüsselpositionen darin, gemeinsam die psychische Gesundheit von Frauen zu stärken, die von geschlechtsspezifischer Gewalt betroffen waren oder sind.

⁶ Verfügbar über:

https://signal-intervention.de/sites/default/files/2020-04/WHO_Broschuere_4_9_18_web.pdf

⁷ Koalitionsvertrag zwischen SPD, Bündnis 90/Die Grünen, FDP (2021). Mehr Fortschritt wagen. Bündnis für Freiheit, Gerechtigkeit und Nachhaltigkeit. Verfügbar über:

<https://www.bundesregierung.de/resource/blob/974430/1990812/04221173eef9a6720059cc353d759a2b/2021-12-10-koav2021-data.pdf?download=1>.

Gemeinsam Verantwortung übernehmen

Die Handlungsoptionen umfassen folgende Themenbereiche:

Empfehlungen an die Bundespolitik und die gemeinsame Selbstverwaltung

1. Eine breit angelegte Sensibilisierungsinitiative starten.

Die (Fach-)Öffentlichkeit muss informiert und dafür sensibilisiert sein:

- welche kurz- und langfristigen Auswirkungen Gewalt gegen Frauen auf die psychische Gesundheit hat,
- welche Leitfäden, Qualitätsstandards und Arbeitshilfen für Gesundheitsfachpersonal zur Verfügung stehen und
- welche Unterstützungsangebote für Betroffene existieren.⁸

Eine derartige Kampagne hilft Widerstände abzubauen und einen Dialog zu eröffnen. Sie trägt zur Entstigmatisierung Betroffener bei und stellt den Bezug zu strukturellen Benachteiligungen von Frauen in unserer Gesellschaft her. Sie stärkt Fachkräfte und Betroffene im Erkennen von Bedürfnissen und beim Abbau von Vorbehalten. Fachkräfte und Betroffene finden dabei geeignete Informationen und Unterstützung.⁹

Entsprechend ihrer Zuständigkeiten muss die Kampagne vom Bundesgesundheitsministerium, dem Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend und dem Bundesministerium für Bildung und Forschung in Kooperation mit relevanten nichtstaatlichen Akteur*innen und Betroffenenvertreter*innen geplant und kontinuierlich durchgeführt werden. Entsprechende Mittel müssen im Bundeshaushalt dafür fest eingeplant sein.

2. Partizipative Prävalenz- und Wirksamkeitsforschung ausbauen und fördern.

Gewalt gegen Frauen und deren langfristigen psychischen Folgen müssen mit fundiertem Wissen bekämpft werden. Daher begrüßen wir die geplante Prävalenzforschung in Deutschland zum Ausmaß von Gewalt sowie zu deren kurz- und langfristigen psychischen Folgen durch das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) zusammen mit dem Bundesministerium des Innern, Bau und Heimat (BMI) sowie dem Bundeskriminalamt (BKA).

Allerdings fehlt bislang eine deutschlandweite partizipative Prävalenzerhebung von Gewaltbetroffenheit bei Frauen mit bereits diagnostizierten psychischen Belastungen, die die Perspektive von Nutzerinnen einschließt. Es fehlt an systematischen Erhebungen von Frauen und ihren (retraumatisierenden bzw. stigmatisierenden) Erfahrungen im Behandlungssetting sowie von den gegebenenfalls unerwünschten Effekten jeglicher Intervention. Erforderlich ist ein gesellschaftliches Zusammenhangswissen zu den psychischen Auswirkungen

⁸ Siehe auch Artikel 15 Istanbul-Konvention sowie Alternativbericht S. 50.

⁹ Battams, S.; Heading, V.; Batsiokis, K (2018). Strategies to prevent domestic, family and sexual violence. Health Outcomes International. Verfügbar über:

https://www.academia.edu/37677312/STRATEGIES_TO_PREVENT_DOMESTIC_FAMILY_and_SEXUAL_VIOLENCE

E. Consulting, C.; Bright, C. (2018). Public health approaches to reducing violence. Local Government Association. Verfügbar über: https://www.local.gov.uk/sites/default/files/documents/15.32%20-%20Reducing%20family%20violence_03.pdf.

Campbell, J. C.; Manganello, J. (2006). Changing Public Attitudes as a Prevention Strategy to Reduce Intimate Partner Violence, *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 13:3-4, 13-39, DOI: 10.1300/J146v13n03_02

geschlechtsspezifischer Gewalt und zur Bedeutung der Qualität der psychologischen bzw. psychiatrischen Gesundheitsversorgung für Betroffene.

Die Erstellung einer aktuellen Bestandsaufnahme zur Situation und Wirksamkeit einer traumafokussierten psychotherapeutischen und psychiatrischen Versorgung bei Gewalt gegen Frauen muss initiiert werden, um eine qualitativ hochwertige Gesundheitsversorgung für Betroffene sicherzustellen. Dazu zählt auch eine Erhebung von gegebenenfalls unerwünschten Effekten der jeweiligen Interventionen. Es ist erforderlich, dass dabei die geschlechtsspezifischen Barrieren und förderlichen Faktoren für Zugänge zu regionalen psychologischen bzw. psychiatrischen bedarfsgerechten Unterstützungsmaßnahmen an den Schnittstellen unterschiedlicher Leistungssysteme berücksichtigt werden.¹⁰

Die Erforschung von Modellen zur Früherkennung von Gewalt und deren psychischen kurz- sowie langfristigen Belastungen bei Frauen und deren Kindern muss gefördert werden.

Die Entwicklung von Behandlungspfaden zur Umsetzung der Istanbul-Konvention und zur Implementierung sowohl der WHO-Leitlinie als auch evidenzbasierter Empfehlungen für den deutschen Versorgungskontext¹¹ unter Berücksichtigung besonderer Risikokonstellationen wie Armut, Flucht / Migration, Behinderung, Queerness (trans*, inter*, nicht-binär), Schwangerschaft und Postpartalzeit muss gefördert werden.

Eine Erforschung, wie Gewaltschutz und Sicherheitsplanung in Versorgungsangebote für die psychische Gesundheit integriert und zur Prävention von erneuter Gewalterfahrung beitragen kann, muss ebenfalls gefördert werden. Die Betroffenenbeteiligung ist grundsätzlich in allen Forschungsvorhaben sicherzustellen.

3. Die Umsetzung der Istanbul-Konvention im Rahmen der Rechtsaufsicht sicherstellen.

Ziel ist, die konsequente Anerkennung von Gewalt als relevantem Ursachenfaktor für psychische Belastungen sowie Anerkennung der geschlechtsspezifischen Dimension von Gewalt und die Qualifizierung für die Dynamiken, Bedrohungskonstellationen und Interventionsrisiken in den zentralen Einrichtungen des Gesundheitssystems bzw. in der Therapie von Frauen, die von akuter Gewalt betroffen sind.

4. Wartezeiten für eine Psychotherapie reduzieren und Komplexleistungen fördern.

Das Ziel ist, dass eine geschlechts- und gewaltsensible sowie traumafokussierte Psychotherapie ohne Wartezeiten sowie eine niedrigschwellige Versorgung flächendeckend Betroffenen zur Verfügung steht. Hierfür ist, neben entsprechenden Fortbildungen für Psychotherapeut*innen (siehe auch Empfehlung 11), eine Reformierung der Bedarfsplanungs-Richtlinie erforderlich. Das neue SGB XIV (§ 35) sieht vor, dass Personen, bei denen nach der Betreuung in einer Traumaambulanz (max. 15 Stunden) weiterer psychotherapeutischer Behandlungsbedarf besteht, an weitere psychotherapeutische Angebote verwiesen werden. Hier muss ein entsprechender Anschluss ohne Wartezeiten sichergestellt werden.

¹⁰ Siehe Kapitel 8 Gesundheitliche Auswirkungen von Gewalt gegen Frauen In: Robert-Koch-Institut (2020). Gesundheitliche Lage der Frauen in Deutschland. Verfügbar über: https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsB/Gesundheitliche_Lage_der_Frauen_2020.pdf?__blob=publicationFile.

Siehe auch Artikel 11, Abs. 2, Istanbul-Konvention sowie Alternativbericht S. 29.

¹¹ Schäfer I, et al. (2019) S3-Leitlinie POSTTRAUMATISCHE BELASTUNGSSTÖRUNG. Springer Verlag, Berlin.

Im Sinne einer vernetzten Versorgung (siehe Empfehlung 9) ist zudem der Ausbau von ambulanten sowie stationären Komplexleistungen für schwer belastete Frauen zu fördern.¹²

5. Berücksichtigung der Istanbul-Konvention beim Ausbau von Traumaambulanzen.

Durch die Reform des Opferentschädigungsgesetzes bzw. die Verabschiedung des Sozialen Entschädigungsrechts (SGB XIV) besteht seit 01.01.2022 ein Anspruch auf psychotherapeutische Frühintervention in Traumaambulanzen. Seit Oktober 2021 liegt ein Referentenentwurf für eine Traumaambulanz-Verordnung vor, die bundeseinheitliche Qualitätsstandards für die Behandlung in den Traumaambulanzen etablieren soll.

Beim flächendeckenden Ausbau von Traumaambulanzen ist Qualitätssicherung und geschlechtsspezifische Qualifizierung der Fachkräfte zwingend erforderlich.¹³ Die besonderen Bedarfe von Frauen und Mädchen müssen unter Berücksichtigung der Istanbul-Konvention Artikel 22 beachtet und eine geeignete Sprach- und Kulturvermittlung im SGB V verankert werden. Es muss sichergestellt werden, dass die Traumaambulanzen interdisziplinär vernetzt arbeiten, insbesondere mit den Hilfeeinrichtungen bei sexualisierter und häuslicher Gewalt.¹⁴

6. Gewalterleben als Zugangsmöglichkeit zu Psychosomatischen (PsIA) bzw. Psychiatrischen (PIA) Instituts-Ambulanzen §118 SGB V definieren.

Lange Wartezeiten für eine ambulante Psychotherapie, insbesondere für Frauen mit komplexen Traumafolgestörungen und dissoziativen Phänomenen, sowie Handlungsunsicherheiten auf Seiten der Behandelnden bei Frauen mit Gewalterleben, insbesondere denjenigen, die akuter Gewalt ausgesetzt sind und noch Kontakt zu Gewaltausübenden haben, erschweren den Zugang zur notwendigen psychologischen bzw. psychiatrischen Gesundheitsversorgung.

Über §118 SGB V ist geregelt, dass, wer nach Art, Dauer und Schwere der Erkrankung nicht ausreichende Versorgung durch das ambulante kassenärztliche System bekommt, in einer Psychosomatischen (PsIA) oder in einer Psychiatrischen (PIA) Instituts-Ambulanz versorgt werden kann. Hier gibt es eine Positivliste an Diagnosen und Zusatzkriterien wie Chronifizierung, Häufigkeit der Krankenhausaufenthalte und Mehrfachdiagnosen. Zu dieser Positiv- bzw. Kriterienliste sollte die Wahrnehmung und Anerkennung von erlebter Gewalt und deren psychischen Belastungen hinzugefügt werden. Im Sinne einer Entpathologisierung und Entstigmatisierung erhalten Betroffene dadurch einen niedrigschwelligen Zugang zur ambulanten psychiatrischen bzw. psychosomatischen Versorgung. Entsprechend Empfehlung 7 ist zu beachten, dass ein gewaltinformatives sowie geschlechtssensibles Angebot in den PsIAs bzw. PIAs vorgehalten wird.

¹² Koalitionsvertrag zwischen SPD, Bündnis 90/Die Grünen, FDP (2021). Mehr Fortschritt wagen. Bündnis für Freiheit, Gerechtigkeit und Nachhaltigkeit. Verfügbar über: <https://www.bundesregierung.de/resource/blob/974430/1990812/04221173eef9a6720059cc353d759a2b/2021-12-10-koav2021-data.pdf?download=1>.

¹³ Siehe auch die Stellungnahme des bff, verfügbar über: <https://www.frauen-gegen-gewalt.de/de/stellungnahmen-1718/bff-stellungnahme-zur-traumaambulanzverordnung-2022.html>.

Siehe auch Evaluationsbericht LKS Niedersachsen (S.76f). Verfügbar über: https://lks-niedersachsen.de/wp-content/uploads/2022/06/LKS_Bestandsaufnahme-Versorgungs-und-Vernetzungssituation-der-Fachberatungsstellen-im-Kontext-von-sexualisierter-Gewalt-an-Frauen-und-Maedchen-in-Niedersachsen.pdf.

¹⁴ Siehe auch Alternativbericht S. 93.

Empfehlungen an die Deutsche Krankenhausgesellschaft auf Bundes- sowie Länderebene

7. Die Entwicklung und das Vorhalten von gewalt- und geschlechtsspezifischen Konzepten inkl. Gewaltschutzkonzepten fördern.

Die G-BA Regelung zum Qualitätsmanagement „zur Prävention von und Hilfe bei Missbrauch und Gewalt“ (Teil A § 4, Abs. 2, Teil B Abschnitt I, § 1§ 4) beinhaltet eine deutliche Fokussierung auf Personen, die von häuslicher und sexualisierter Gewalt betroffen sind.¹⁵ Deren konsequente Umsetzung trägt dazu bei, dass traumainformierte, gewalt- sowie geschlechtersensible Konzepte für die Krankenhausorganisation flächendeckend und verbindlich eingeführt werden. Durch entsprechende Konzepte werden die Angestellten der Krankenhäuser berufsgruppenübergreifend dafür sensibilisiert, Gewalt und deren psychischen Auswirkungen zu erkennen, diese kompetent anzusprechen und Zugang zu entsprechenden Hilfen anzubieten. Maßnahmen wie Schulungen/Fortbildungen, Handlungsempfehlungen, Interventionspläne und Schutzkonzepte sind im Qualitätsmanagement zu verankern. Der Umsetzungsstand in den jeweiligen Kliniken sollte in einem Qualitätsbericht transparent dargestellt und öffentlich zugänglich sein.

Die Betroffenenbeteiligung ist in der Konzeptausarbeitung sicherzustellen, ebenso wie der Einbezug von Fachkräften mit Genderexpertise wie bspw. spezialisierten Fachberatungsstellen bei geschlechtsspezifischer Gewalt sowie Frauenhäusern.

8. Das Thema geschlechtsspezifische Gewalt ins Entlassungsmanagement verbindlich aufnehmen.

Um Fehldiagnosen und -behandlungen zu vermeiden ist es erforderlich, das Thema geschlechtsspezifische Gewalt während des gesamten stationären Aufenthaltes angemessen zu berücksichtigen, angefangen bei der Anamnese bzw. Eingangsdiagnostik bis zu einer adäquaten Weitervermittlung in die ambulante Behandlung. Ein empathisches Erfragen von Gewalterfahrung, die Herstellung eines Zusammenhangs zwischen Gewalt und aktuellen psychischen Belastungen sowie die Abklärung der aktuellen Gefährdungslage und entsprechende Planungen für den Übergang ins ambulante Setting sind erforderlich. Informationsmaterialien zu weiterführenden Unterstützungsmöglichkeiten im ambulanten Bereich müssen Betroffenen zur Verfügung gestellt werden.

9. Die Vernetzung mit anderen Versorgungs- und Hilfebereichen sicherstellen.

Eine angemessene Versorgung von gewaltbetroffenen Frauen mit psychischen Belastungen erfordert ein berufsgruppenübergreifendes Arbeiten in gut vernetzten Versorgungsketten.¹⁶ Eine Vernetzung zwischen stationären und ambulanten Angeboten der Gesundheitsversorgung, zwischen Krankenhäusern und den spezialisierten Fachberatungsstellen bei geschlechtsspezifischer Gewalt sowie den Frauenhäusern, dem Jugendamt und der Justiz muss aktiv gefördert werden und entsprechende

¹⁵ Siehe auch Briefwechsel zwischen Geschäftsstelle WHO Runder Tisch, S.I.G.N.A.L. e.V., und Gemeinsamer Bundesausschuss, verfügbar über: <https://www.signal-intervention.de/sites/default/files/2022-08/Anfrage%20und%20Antwort%20GBA%202020%202021%200.pdf>.

¹⁶ Siehe auch Artikel 18, Abs. 2, Istanbul-Konvention.

Personalressourcen fallbezogen und -übergreifend zur Verfügung gestellt werden.

Themenfelder und Akteure in der vernetzten Versorgung traumatisierter Menschen



17

Dies umfasst auch die Bereitstellung eines Kontakt- bzw. Informationsbuttons im Intranet der Kliniken und eine Weiterleitung zum bundesweiten Hilfetelefon „Gewalt gegen Frauen“, zu regionalen Gewaltschutzeinrichtungen und weiteren Einrichtungen, die an der Versorgung beteiligt sind.

Empfehlung an die Krankenkassen

10. Geschlechts- und gewaltinformierte sowie traumafokussierte und zielgruppenspezifische Therapieangebote ausbauen und finanzieren.

Um die Gesundheit der Betroffenen zu erhalten, wiederherzustellen oder ihren Gesundheitszustand zu verbessern bedarf es Fachkräfte, die mögliche Gewalterfahrungen in der Behandlung von physischen und psychischen Beschwerden berücksichtigen. Fehlbehandlungen können schwere gesundheitsschädigende Auswirkungen für die Betroffenen haben und langwierige Beeinträchtigungen erzeugen. Fehlbehandlungen führen zu Systemkosten, die dann für wirksame Interventionen nicht ausreichend zur Verfügung stehen.

Das Ziel ist, dass die Versorgung durch entsprechend qualifizierte Fachleute ohne Wartezeiten sowie eine niedrigschwellige Versorgung flächendeckend für Betroffene zur Verfügung steht.¹⁸

Dies beinhaltet eine ausreichende Finanzierung

- von Leistungen, die die Anforderungen aus der Istanbul-Konvention, der WHO Leitlinie und evidenzbasierter Empfehlungen für den deutschen Versorgungskontext erfüllen,
- von vernetzter Versorgung (mit somatischer Versorgung, Gewaltschutzbereich, Jugendhilfebereich, psychosozialer Akutversorgung, psychotherapeutischer Versorgung, Justiz, etc.) (s. Schaubild oben),
- von Angeboten, welche auf die unterschiedlichen Ressourcen von Frauen mit Behinderung und von queeren Frauen (trans*, inter*, nicht binär) hin konzipiert sind,

¹⁷ Schellong, J., Eppe, F. & Weidner, K. (Hrsg.) (2018). Praxisbuch Psychotraumatologie, 1. Auflage, Georg Thieme Verlag.

¹⁸ Siehe auch Alternativbericht S. 93.

- von muttersprachlicher Therapie bzw. von Sprachmittlung für Frauen mit Migrations- und Fluchtbiographie und
- von niedrigschwelligen Angeboten wie Peer-to-Peer-Beratungskonzepten.

Empfehlungen an die Bundes- sowie Landespsychotherapeutenkammern sowie Ärztekammern

11. Eine Sensibilisierungs- und Fortbildungsinitiative starten und kontinuierlich weiterführen.

Um Fehldiagnosen und -behandlungen zu vermeiden, muss die Bewusstheit für Gewalterfahrungen bei Patientinnen und deren gesundheitlichen kurz- sowie langfristigen Folgen und Kontextfaktoren entsprechend der Istanbul-Konvention, der Qualitätsmanagement-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) und der Muster-Weiterbildungsordnung gestärkt werden.¹⁹ Ebenso muss eine Qualifizierung für das Erkennen, Ansprechen und Behandeln von Folgen wiederholter Gewalt und daraus entstehender komplexer Traumatisierung erfolgen (z.B. bei Spätfolgen sexualisierter Gewalt in der Kindheit oder nach langjähriger Gewalt in Paarbeziehungen).

Fachkräfte benötigen Kommunikationskompetenzen für die Gewährleistung der Prinzipien der gemeinsamen Entscheidungsfindung.

Darüber hinaus ist die Schaffung eines Basiswissens zu ergänzenden Themen zwingend erforderlich. Um eine vernetzte Versorgung in der Praxis zu gewährleisten, braucht es Wissen zu Kinderschutz bei häuslicher und sexualisierter Gewalt, rechtlichen Rahmenbedingungen wie Gewaltschutzgesetz und Soziales Entschädigungsrecht, Wissen um das regionale Hilfesystem und bestehender Versorgungsketten (Polizei, Krankenhaus, Gewaltschutzbereich etc.). Entsprechende Informationsblätter, Leitfäden und Adresslisten sind von den Kammern öffentlich zugänglich zu machen und ihren Mitgliedern zur Verfügung stellen.

Es ist erforderlich, dass die Fortbildungsangebote kontinuierlich stattfinden und evaluiert sind.²⁰

Die Betroffenenbeteiligung ist grundsätzlich in allen Sensibilisierungs- und Fortbildungsaktivitäten sicherzustellen.

12. Schutz- und Sicherheitsaspekte in die therapeutische Behandlung einbeziehen und vorrangig behandeln.

Psychotherapeut*innen sollten in Bezug auf Schutz- und Sicherheitsaspekte, auch hinsichtlich Hochrisikofällen und zur Verhinderung von Femiziden, geschult sein. Erprobte Konzepte geschlechtsspezifischer, traumabezogener oder gewaltinformierter Therapie sind grundlegend. Eine Kooperation mit den spezialisierten regionalen Unterstützungseinrichtungen ist unerlässlich. Die therapeutische Behandlung sollte keinesfalls eingestellt werden, sondern als kontinuierliche stabile Unterstützungsmöglichkeit Betroffenen weiterhin zur Verfügung stehen.

¹⁹ Muster-Weiterbildungsordnung Psychotherapeut*innen in der Fassung der Beschlüsse des 38. Deutschen Psychotherapeutentages in Berlin (digital) am 24. April 2021. Bundespsychotherapeutenkammer. S 16. Verfügbar über: https://www.bptk.de/wp-content/uploads/2021/04/Muster-Weiterbildungsordnung_Psychotherapeut_innen-der-BPTK.pdf.

Siehe auch Artikel 15 Istanbul-Konvention sowie Alternativbericht S. 50.

Siehe Qualitätsmanagement-Richtlinie des G-BA Teil A § 4, Abs. 2, Teil B Abschnitt I, § 1.

²⁰ Siehe auch Artikel 15 Istanbul-Konvention sowie Alternativbericht S. 50.

13. Informierte Entscheidungen fördern.

Um die Betroffenen aufzuklären, zu beraten und auf eine gesunde Lebensführung hinzuwirken, werden verständliche Informationen zu traumafokussierten Behandlungsoptionen als Basis für eine informierte Entscheidung benötigt. Die Informationen müssen verständlich sein und über die Wirksamkeit der angebotenen Behandlungsoptionen informieren. Die Betroffenenbeteiligung ist grundsätzlich bei der Entwicklung von Informationsmaterialien sicherzustellen.

Empfehlungen an die Kassenärztliche Bundesvereinigung sowie Landesvereinigungen

14. Eine spezifische psychotherapeutische und fachärztliche Versorgung sicherstellen.

Die konsequente Umsetzung der Qualitätsmanagement-Richtlinie (QM-RL) des Gemeinsamen Bundesausschusses trägt dazu bei, dass eine an den aktuellen Bedarfen orientierte Planung unter der Berücksichtigung von ausreichend qualifizierten gewaltinformierten oder traumafokussierten, geschlechtsspezifischen Angeboten erfolgt, um eine adäquate Versorgung abzusichern und lange Wartezeiten zu vermeiden.²¹ Dies umfasst auch eine psychotherapeutische Behandlung ohne Wartezeiten, sofern ein Bedarf nach abgeschlossener Betreuung in einer Traumaambulanz besteht (siehe auch Empfehlung 4).

15. Vorrangige Berücksichtigung bei Neuzulassungen und Sonderzulassungen ermöglichen.

Psychologische sowie Ärztliche Psychotherapeut*innen mit mehrsprachigen, muttersprachlichen, geschlechts- und gewaltinformierten sowie traumafokussierten Kompetenzen müssen bei der Vergabe von Kassensitzen vorrangig berücksichtigt werden, um psychotherapeutische Versorgungslücken für diese Zielgruppe zu schließen.

Der Abbau von Zugangsbarrieren für Frauen mit Behinderungen ist zu unterstützen, nonverbale therapeutische Angebote sind auszubauen sowie quartiersbezogene Angebote an barrierearmen Standorten zu fördern. Insgesamt ist der Unterversorgung in ländlichen Regionen und in Ostdeutschland aktiv entgegenzuwirken.

16. Entwicklung von Fortbildungsmaterialien fördern.

Die Entwicklung und Evaluierung eines verpflichtenden Fortbildungskurses (Qualitätszirkel) zum Thema geschlechtsspezifische Gewalt und ihren psychischen Folgen sowie des adäquaten Umgangs damit ist zu fördern (siehe auch Empfehlungen 11 und 12).²² Die Betroffenenbeteiligung ist grundsätzlich bei der Entwicklung von Fortbildungsmaterialien sicherzustellen.

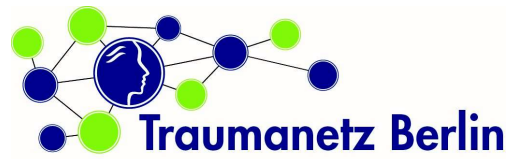
Oktober 2022

Arbeitsgruppe Psychische Gesundheit gewaltbetroffener Frauen des Arbeitskreis
Frauengesundheit e.V. Kontakt: buero@akf-info.de

²¹Siehe auch Alternativbericht S. 93.

²² Siehe auch Artikel 15 Istanbul-Konvention sowie Alternativbericht S. 50.

Dieses Positionspapier wird unterstützt von



S.I.G.N.A.L.e.V.
Intervention im
Gesundheitsbereich
gegen Gewalt



FRAUEN GEGEN GEWALT E.V.



**EVANGELISCHER
FACHVERBAND
FÜR FRAUENGESUNDHEIT e.V.**

STARK FÜR FRAUEN