

Zusammenfassung des Forum 3:

Gewalt gegen Frauen und deren gesundheitliche Versorgung

Mehr als eine Dekade war nötig, um in der Gesundheitsversorgung zu verbreiten, dass Gewalt gegen Frauen wegen ihres Ausmaßes und ihrer Auswirkungen ein großes Gesundheitsrisiko für Frauen darstellt.

Vortragende:

Prof. Dr. Cornelia Helfferich, SOFFIF, Freiburg

„Gewalt gegen Frauen als Thema der Gesundheitswissenschaften: Entwicklung eines Forschungsfeldes“

Hildegard Hellbernd, MPH, SIGNAL e.V. Berlin:

„Von der Projektidee zur Koordinierungsstelle: Faktoren einer erfolgreichen Verankerung am Beispiel von SIGNAL“

Prof. Dr. Beate Blättner, Hochschule Fulda:

„Quo Vadis in der gesundheitlichen Forschung und Versorgung zu Gewalt gegen Frauen: Forschungsdesiderate und Interventionslücken“

Moderation:

Petra Brzank, MPH, Hochschule Fulda

Das Forum wurde eingeleitet mit einem Überblick über die historischen Meilensteine der Entwicklung von Forschung und Praxis zu Gewalt gegen Frauen und Gesundheit seitens der Moderatorin (Link Brzank).

Frau Prof. Dr. Helfferich gab im ersten Vortrag einen vertiefenden Einblick, wie sich das Forschungsfeld Gewalt gegen Frauen als Thema der Gesundheitswissenschaften ausgebaut hat. Ihre Ausführungen begannen mit der UN-Definition (1993) von genderbasierter Gewalt und verdeutlichen die Konzentration auf Gewalt in nahen Beziehungen (häusliche Gewalt) sowie sexualisierte Gewalt als Teil von (Macht-)Beziehungen. Die Forschung zu Gewalt in nahen Beziehungen beschreib sie als anwendungsorientiert, kleinformig und im Kern auf Evaluation ausgerichtet, während sich die Forschung zu sexuellem Missbrauch auf psychologische und therapeutische Aspekte konzentriert und mittlerweile stärker in anderen Studien integriert ist sowie in Relation zur allgemeinen Kindeswohlgefährdung diskutiert wird.

Als erstes Fazit konstatierte sie, dass die Erforschung praxisbezogener Inhalte stärker und eine wissenschaftliche Grundlagenforschung nur marginal gefördert wurde, so dass das Thema heute gering an Hochschulen integriert sei. Wegen der mangelnden Institutionalisierung hänge die weitere Erforschung des Problemkomplexes stark vom Engagement und dem Netz einzelner Forscherinnen ab.

Für die Phase ab Mitte der 1990er Jahre sieht sie mit dem 1. Aktionsplan einen Paradigmenwechsel, der häusliche Gewalt in das öffentliche und institutionelle Interesse rückte und neue Akteure – wie etwa der Justiz oder der Gesundheitsversorgung – sowie neue Strategien hervorbrachte. Der Blick richtete sich auf Frauen, die nicht ins Frauenhaus gehen und einen anderen Bedarf an Beratung und Unterstützung hätten.

Die jüngste Aufdeckung sexuellen Missbrauchs in Institutionen lenke den Blick auf Männer als Opfer und führe zu einer neuen aufdeckenden Forschung, die durch eine institutionelle Förderung durch den BMBF-Schwerpunkt zur Prävention von Gewalt in (totalen Institutionen) finanziert wird. Damit entstehe eine andere Forschungskultur, die sich in großen

Forschungsverbänden organisieren. Allerdings habe sich ihrer Meinung nach an den wesentlichen Defiziten der Forschung nichts geändert und sie fragt, ob die analytische Geschlechterperspektive auf Gewalt in nahen Beziehungen in diesem Prozess auf der Strecke bleibe.

Das Thema Gewalt gegen Frauen sei ausdifferenziert worden und werde nun betrachtet nach Formen sowie spezifischen Betroffenengruppen (Migrantinnen, Behinderte, gleichgeschlechtliche Paare). Aus der Perspektive der Versorgungsforschung seien Zugangsbarrieren und eine stärkere Orientierung an Ressourcen statt der Hilflosigkeit der Betroffenen zu thematisieren. Die Opfer-Täter-Konstruktionen sollten in Praxis und Forschung reflektiert werden.

Ihren Vortrag schloss Frau Helfferich mit der Frage, ob der Paradigmenwechsel und die veränderte Thematisierung sexueller Gewalt auch eine „Re-Framing“ der Forschung zu Gewalt im Geschlechterverhältnis mit sich bringen werde und ob im Zuge dessen die Perspektive, Gewalt gegen Frauen als ein gesellschaftliches Problem zu betrachten, dabei verloren ginge, zu der die Frauengesundheitsforschung seit ihrer Entstehung einen wesentlichen Beitrag geleistet habe.

Im zweiten Vortrag berichtete Frau Hellbernd vom S.I.G.N.A.L.-Verein, wie sich S.I.G.N.A.L. von einer Projektidee zu einer Koordinierungsstelle entwickelt hat und welche Faktoren für diese Verankerung verantwortlich waren. Die Realisierung der S.I.G.N.A.L.-Idee ist auf die interdisziplinäre Kooperation zwischen Frauenzimmer e.V., einer Berliner Beratungs- und Zufluchtstelle für Frauen, und der Frauenbeauftragten sowie der Rettungsstelle der Charité Berlin, Campus Benjamin Franklin zurückzuführen, das 1999 zum S.I.G.N.A.L.-Interventionsprojekt am CBF zur Unterstützung gewaltbetroffener Frauen führte. Das Projekt wurde getragen von einem multiprofessionellen Team, das sich auch Mitarbeitenden aus Frauenunterstützungseinrichtungen, Gleichstellungsbeauftragten, Pflegenden, Mitarbeitenden mit Leitungsfunktionen und wissenschaftlicher Begleitung bestand. S.I.G.N.A.L. - als erstes Projekt seiner Art in Deutschland - war wegweisend für die Etablierung des Themenfeldes in der Gesundheitsversorgung: etliche Produkte wurden entwickelt und Ergebnisse und Erkenntnisse für eine breite (Fach)Öffentlichkeit publiziert. Zur nachhaltigen Verankerung des Projektes gründete sich 2002 der S.I.G.N.A.L.-Verein, zu dessen Aufgaben das öffentliche Engagement, Beratung und Begleitung, Vorträge, Fortbildungen, Seminare, ein Internetangebot und spezifische Arbeitsmaterialien gehören. Seit seiner Gründung konnte der Verein für eine wachsende Aufmerksamkeit des Problemkomplexes und für eine regionale und überregionale Verbreitung des S.I.G.N.A.L.-Projektes bzw. des –Programmes in weitere Krankenhäuser sorgen. Die Vernetzung mit verschiedenen regionalen und internationalen Netzwerken, Initiativen und Projekten sorgte für einen fachlichen Austausch und Weiterentwicklung sowie Verankerung. Durch dieses stetige Engagement sei nach Frau Hellbernd die Gesundheitsversorgung in den letzten Jahren zunehmend zu einem Teil der Interventionskette bei häuslicher Gewalt geworden - auch wenn dieser Effekt regional unterschiedlich zu beobachten sei. Von 2008 bis 2011 konnte der S.I.G.N.A.L.-Verein seine Expertise in Form von Koordinierungsverantwortung in das MIGG-Projekt (Medizinische Intervention gegen Gewalt an Frauen) einbringen, das sich an die niedergelassene Versorgung richtete. Im MIGG-Projekt wurden Interventionsstandards in der Arztpraxis entwickelt, erprobt und angepasst. Ziel war es, die teilnehmenden Praxen zu einem aktiven Umgang mit dem Thema häusliche Gewalt zu motivieren, eine rechtssichere Dokumentation zu verankern, die Aufklärungs- und Interventionschancen nutzen und das Unterstützungssystem kennen zu lernen, um zu einer Kooperation zu kommen.

Als wesentliche Faktoren der S.I.G.N.A.L.-Verankerungsstrategien nannte Frau Hellbernd die Unterstützung durch Verbündete, eine breite Vernetzung und Lobbyarbeit, die Fachlichkeit

und Expertise des Vereins, die Fortbildungen und das stetige Bemühen um Integration des Themas in die Ausbildung der Pflege und Hebammen sowie die beharrliche Beantragung von Projektfinanzierung.

Seit 2010 wird das S.I.G.N.A.L.-Projekt vorerst für zwei Jahre durch die Berliner Senatsverwaltung für Gesundheit, Umweltschutz und Verbraucherschutz als Koordinierungs- und Interventionsstelle finanziert. Als Handlungsfelder wurde vereinbart: Krankenhäuser und Kliniken (Nachhaltigkeit, Ausweitung), rechtsverwertbare Dokumentation (Etablierung, Nutzbarmachung für Betroffene, Wirksamkeitsevaluation), Aus. Fort- und Weiterbildung (Curriculare Verankerung), Patient/inn/en-Aufklärung (Aufklärung, Ermutigung), Wissensvermittlung und Information (Aufklärung, Erkenntnisvermittlung) sowie neue Entwicklungen (konzeptionelle Weiterentwicklung). Als bisherige Erfolge wertet Frau Hellbernd die Integration des Themas in die Ausbildung von Pflegekräften und Hebammen (11 von 14 Schulen), das Akquirieren neuer Krankenhäuser und die Herausgabe eines Newsletters, die Anerkennung der Koordinierungsstelle als Ansprechpartner, die Verbreitung des Dokumentationsbogens bei Anwältinnen, Polizei und Beratungsstellen sowie das Engagement der Berliner Ärztekammer in diesen Prozess. Eine Fachgruppe für die Qualitätssicherung und Weiterentwicklung hat sich gebildet und die Unterstützung der Ärztekammer Berlin sich verstetigt. Die Koordinierungsstelle hat weitere praxisbezogene Materialien seit entwickelt.

Der Erfolg von der Idee hin zur Koordinierungsstelle läge – so Frau Hellbernd - in der interdisziplinären Kooperation, der Bestärkung durch Forschungsanstrengungen und – Erkenntnisse, der hohen Fachlichkeit, Vernetzung, Kontinuität und Flexibilität. Ohne eine hohe Frustrationstoleranz und das große Engagement des S.I.G.N.A.L.-Teams sowie die Finanzierung wäre diese Verankerung und Verstetigung nicht zu realisieren gewesen.

Frau Prof. Dr. Beate Blättner von der AG Gesundheitsschutz bei interpersoneller Gewalt des Fachbereichs Pflege und Gesundheit der Hochschule Fulda beschrieb abschließend aus der Public Health-Perspektive und anhand des Public Health Action Cycles (PHAC), der für Gesundheitsfördermaßnahmen Orientierung bietet, die Forschungsdesiderate und Interventionslücken im Bereich Gewalt gegen Frauen und deren gesundheitlichen Versorgung.

Assessment als Ausgangspunkt des PHAC umfasst die Beschreibung des Phänomens, seiner Häufigkeit sowie seine gesundheitliche wie monetäre Bedeutung für eine Bevölkerung und die Möglichkeiten einer Intervention. Erkenntnisse zum Ausmaß in Deutschland habe – so Frau Blättner - die Repräsentativstudie aus 2004 erbracht. Die Folgen für Frauen und Kinder seien gut aufgearbeitet, wenn auch Forschungslücken im Hinblick auf deren Ausmaß bestünden. Internationale Schätzungen der vielfältigen Kosten von Gewalt gegen Frauen liegen vor, auf nationaler Ebene fehlen diese jedoch. Einige der primär- und sekundärpräventiven Interventionsmöglichkeiten sind bekannt. Aus diesen Erkenntnissen könne also ein Bedarf an Interventionen geschlossen werden. Aus der Public Health Perspektive ist eine Intervention dann gerechtfertigt, wenn das Problem viele Individuen betrifft und zu Gesundheitsfolgen führt. Die je nach Gesellschaft sich unterscheidenden sozialen und strukturellen Ursachen von Gewalt gegen Frauen deuten auf Potentiale einer erfolgreichen Prävention. Die vorliegenden Daten reichten jedoch nicht aus, Gewalt an Frauen als Problem der Gesundheitsversorgung in Deutschland zu begreifen. Benötigt würde eine Forschung zur detaillierten Quantifizierung der gesundheitlichen Folgen und Kosten für die Gesundheitsversorgung.

Strategieentwicklung als zweite Station des PHAC meint die Klärung der Ziele von Interventionen und ihrer Wirksamkeit, die Balance von Kosten und Nutzen und die ethischen Folgen des (Nicht)Handelns. Für den Bereich Gewalt gegen Frauen müsse konstatiert werden, dass zwar die Ziele allgemein nicht aber als Gesundheitsziel operationalisiert wurden und

Entscheider nicht daran beteiligt sind. Die Wirksamkeit der Interventionen anhand von Gesundheitsparametern als Outcome werde nicht erforscht ebenso wenig die Kosten-Nutzen-Relationen. Ethische Fragestellungen würden in der Regel nur von den Frauenberatungsstellen thematisiert. Als Fazit ergäbe sich Frau Blättner zufolge, dass das in Deutschland Erreichte direkt oder indirekt durch die Frauen(gesundheits)bewegung und mit internationaler Unterstützung erreicht wurde. Politisch sei das Thema Gewalt gegen Frauen etabliert nicht aber als gesundheitspolitisches Problem. Als Forschungsdesiderate bestünde daher der Wirksamkeitsnachweis von Interventionen anhand gesundheitsbezogener Outcomes sowie deren Vergleich. Auch müssten die Grundlagen für ökonomische und ethische Bewertungen geschaffen werden.

Die Sicherstellung der Interventionen als dritte Station des PHAC umfasst Fragen zu den Rahmenbedingungen der Verankerung der Strategien und einer Qualifizierung, einem klaren Auftrag, eine gesicherte Finanzierung und handhabbare Maßnahmen, Leitlinien und Handlungsempfehlungen. Anhand der Präventionspyramide verdeutlichte Frau Blättner, dass ein Aufwiegen der einzelnen Strategien wie die allgemeine Prävention (Menschenrecht auf ein gewaltfreies Leben), die selektive Prävention (Schutz besonders gefährdeter Frauen) und eine gezielte Prävention (Vermeidung von gewaltbedingten Gesundheitsfolgen) nicht möglich sei. Ausgehend vom S.I.G.N.A.L.-Projekt seien derzeit bei der selektiven Prävention Maßnahmen zur Sensibilisierung und Fortbildung, Muster für eine gerichtsverwertbare Dokumentation der Gesundheitsfolgen und Handlungsempfehlungen gesichert. Die Versorgung der betroffenen Frauen bliebe jedoch stark von der intrinsischen Motivation der Ärzteschaft abhängig, denn es gäbe überwiegend keinen klaren Auftrag und folglich auch keine entsprechende Vergütung sowie keine flächendeckende Verbreitung der Kenntnisse und Kompetenzen und keine Delegation an motivierte Berufsgruppen wie etwa die Pflege. Bei der allgemeinen Prävention sei einerseits einiges erreicht, so sei Gewalt gegen Frauen gesellschaftlich geächtet und Selbstverteidigungskurse für Frauen und Mädchen würden angeboten und auch besucht. Andererseits würden den Opfern nach wie vor unwahre Bezeichnungen oder eine Provozierung der Täter unterstellt. Gewaltprävention sei nicht akzeptiert und würde nicht als Gesundheitsförderung von Krankenkassen finanziert. Die Geltungshierarchie präventiver Möglichkeiten könne bei Gewalt gegen Frauen in Frage gestellt werden. Frau Blättner schlussfolgerte, dass Veränderungen zur Umsetzung geeigneter Maßnahmen der politischen Intervention bedürften, die jedoch derzeit auf Bundesebene nicht zu erwarten seien, dass starke Verbündete im Gesundheitswesen notwendig seien und Interventionen wissenschaftlich fundiert begleitet werden sollten.

Die vierte Station des PHAC befasst sich mit der Evaluation der Interventionen und fragt, ob die jeweiligen Interventionsziele erreicht wurden, ob spezifische Bedingungen für Interventionen notwendig sind und ob der Aufwand in Relation zur Wirkung steht. Zum Umsetzungs- und Erkenntnisstand kann nach Frau Blättner konstatiert werden, dass es wenige Projekte gäbe, von denen nur ein Teil evaluiert wurde und folglich lägen nur zu diesem Teil Erkenntnisse vor. Gesundheitsparameter wurden nicht als Outcome gemessen und die Sicht der betroffenen Frauen selten berücksichtigt, ein Vergleich mit ähnlichen Interventionsansätzen sowie die Kosten-Nutzen-Relationen fehlten. Als Schlussfolgerung leite sich ab, dass mehr Praxis sowie mehr Forschung, die die Akteure einbeziehe, nötig seien. Frau Blättner schloss ihren Vortrag mit dem Fazit, dass 1.) eine nationale Task-Force, die systematisch dem PHAC folgt, zur Bekämpfung des Gesundheitsproblems Gewalt gegen Frauen anzustreben sei, 2.) dass für die Lösung des Strukturproblems der Gesundheitsversorgung es starke Verbündete bräuchte, 3.) dass präventive Arbeit institutionell zu fördern sei und 4.) dass ein BMBF-Rahmenprogramm zur Förderung der Forschung zu den Gesundheitsfolgen und Präventionsmöglichkeiten von Gewalt gegen Frauen eingerichtet werden sollte.

Im Anschluss an die drei Vorträge entwickelte sich eine spannende Diskussion, bei der auch die stärkere Einbindung der nachwachsenden Generationen thematisiert wurde. Gemeinsam wurde festgestellt, dass sich an den zur Verfügung stehenden prekären finanziellen Ressourcen seit dem nun mehr dreißigjährigen Bestehen der Frauengesundheitsforschung zu Gewalt gegen Frauen nichts verändert hat.

Als erste Forderung wurde daher eine ausreichende und nachhaltige Finanzierung von Forschung und Intervention formuliert etwa in Form eines vom BMBF gefördertes Forschungsrahmenprogrammes zu Gewalt und Gesundheit und eine langfristige Absicherung von Praxisprojekten.

Zur Koordinierung einer systematischen Bearbeitung bzw. Bekämpfung des Risikos Partner- oder sexualisierte Gewalt gegen Frauen wurde eine nationale und internationale Task-Force gefordert. Vorgeschlagen wurde, den nächsten Gleichstellungsbericht dem wichtigen Thema Gewalt gegen Frauen und Gesundheit zu widmen.

Im Einzelnen lauteten die Forderungen:

- Potentiale der nachfolgenden Generationen stärker
- Langzeitstudie zu den gesundheitlichen Folgen von Gewalt
- Forschungsrahmenprogramm im BMBF
- Vernetzungsgremium
- Vernetzung – Austausch bundesweit/international ermöglichen (Gewalt: Gesundheit/Forschung: Praxis)
- Gewalt und Gesundheit: Absicherung von Praxisprojekten (langfristig!)=> nicht nur Modellförderung
- Krankenkassen:=> Förderung der Gewaltprävention
- Handlungsbedarf: Finanzierung der Dokumentation sexualisierter Gewalt (mit und ohne Anzeige)
- Stärkere Fokussierung auf Gruppen wie Migrantinnen, behinderte Frauen => Thema Gewalt und Benachteiligung
- Qualitätskriterien müssen Wissen und Reflexion der historisch verwurzelten Weiblichkeiten und Männlichkeiten in die Versorgung einbeziehen (vgl. FGB)
- Implementierung des Themas gesundheitliche Folgen von Gewalt in die medizinische Ausbildung
- Gesundheitliche Folgen von Gewalt als PH-Thema implementieren: dazu nationale Task-Force
- Forschung: Gewalt und Gesundheit: Grundlagen, Wirkungen, Ausmaß