



Stellungnahme des S.I.G.N.A.L. e.V. zum Gesetzentwurf der Bundesregierung zum Übereinkommen des Europarats vom 11. Mai 2011 zur Verhütung und Bekämpfung von Gewalt gegen Frauen und häusliche Gewalt (Drucksache 18/12037 vom 24.4.2017)

Wir haben den Prozess der Ratifizierung der „Istanbul-Konvention“ intensiv verfolgt und freuen uns sehr, dass die Konvention nun endlich in Deutschland ratifiziert wird. Wir begrüßen den vorliegenden Gesetzesentwurf und die Denkschrift der Bundesregierung zum Übereinkommen.

Wir möchten im Folgenden zum Gesetzesentwurf und zur Denkschrift Stellung nehmen. Unser Fokus liegt auf dem Gesundheitsbereich als einem wesentlichen Akteur in der Prävention und Intervention bei häuslicher und sexueller Gewalt. Fragen zur gesundheitlichen Versorgung Betroffener und zu den gesundheitlichen Folgen der Gewalt sind aus unserer Sicht besonders zentral.

Das Gesundheitswesen ist ein wesentlicher Akteur im Hilfesystem und verfügt über herausragende Möglichkeiten zur Intervention bei und Prävention von häuslicher und sexueller Gewalt. Praxisberichte, nationale und internationale Studien, sowie internationale Organisationen wie die WHO haben dies in den vergangenen Jahren wiederholt belegt und unterstrichen (vgl. FRA 2014, WHO 2013/2014, Schröttle 2004, RKI 2008). Seit 2013 liegen evidenzbasierte Leitlinien der WHO zum Umgang von Gesundheitsversorgung und -politik mit Gewalt in Paarbeziehungen und mit sexueller Gewalt gegen Frauen vor und die Länder sind aufgefordert, diese in nationalen/lokalen Leitlinien umzusetzen (WHO 2013).

Der Gesundheitssektor und einige der in den vergangenen Jahren erfolgten Maßnahmen zur Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung gewaltbetroffener Frauen werden im Gesetzentwurf / Denkschrift benannt. Das ist erfreulich, wenngleich wir die benannten Aspekte bei weitem nicht für hinreichend halten und grundlegenden Handlungsbedarf sehen. Die folgenden Ausführungen konzentrieren sich auf den dringendsten Handlungsbedarf, sind aber keinesfalls eine abschließende oder umfassende Auseinandersetzung mit den Handlungserfordernissen.

Zu Artikel 7 „Umfassende und koordinierte politische Maßnahmen“

Es kann derzeit nicht davon ausgegangen werden, dass das Bundesministerium für Gesundheit oder ein anderes Ministerium, das für die Umsetzung der Istanbul Konvention verantwortlich zeichnet, über hinreichende Informationen hinsichtlich des aktuellen Umgangs im Gesundheitsbereich mit „Gewalt gegen Frauen“ verfügt. Dies betrifft bestehende gesundheitsbezogene Versorgungsangebote ebenso wie den Stand in der Aus-, Fort- und Weiterbildung von Gesundheitsberufen. Maßnahmen im Bereich der Gesundheitsversorgung sowie der Aus-, Fort- und Weiterbildung von Gesundheitsfachkräften werden bisher weder bundesweit koordiniert noch sind sie bundeweit vernetzt. Nur in zwei Bundesländern beste-

hen Landeskoordinierungen und zwar das Kompetenzzentrum Frauen und Gesundheit/GESINE EN (seit 2012) in Nordrhein-Westfalen und die Koordinierungsstelle des S.I.G.N.A.L. e.V. (seit 2010) in Berlin.

Anders als z.B. für den Bereich der Frauenhäuser und Beratungsstellen wurde für den Gesundheitsbereich bislang keine bundesweite Bestandsaufnahme zu regionalen Netzwerken, zu good-practice Angeboten in der gesundheitlichen Versorgung, zu bestehenden Qualitätsstandards und zu Angeboten in der Aus-, Fort- und Weiterbildung erstellt. Dies ist aus unserer Sicht mit Dringlichkeit als Planungsgrundlage für weitere (gesundheits-) politische Maßnahmen zu realisieren. S.I.G.N.A.L. e.V. ist diesbezüglich bereits seit 2016 mit zuständigen Mitarbeiterinnen des BMFSFJ im Gespräch. Eine Unterstützung durch das Ministerium für Gesundheit wäre außerordentlich wünschenswert.

Ebenso notwendig sind aus unserer Sicht vorhandene Gesetze und Richtlinien dahingehend zu prüfen, ob Gesundheitsberufe und Anbieter von Gesundheitsleistungen zur Intervention bei Gewalt beauftragt oder verpflichtet sind. Zurzeit gibt es keinen verbindlich verankerten Auftrag zur Intervention für den Gesundheitsbereich, was u. a. zur Folge hat, dass das Thema keine Priorität in der Planung von Leistungen, in der Qualitätssicherung, in der Überprüfung von Standards und in der Finanzierung von Leistungen hat. Die Entscheidung ob bei Gewalt interveniert wird, obliegt allein einzelnen engagierten Mitarbeiter*innen und Organisationen. Aus Sicht von Betroffenen besteht Unklarheit darüber, welche Angebote im Gesundheitsbereich sowie ob und welche Standards in der Versorgung existieren.

Wir regen daher an, einen Aktionsplan für den Gesundheitsbereich zu verfassen, welcher Teil einer umfassenden politischen Strategie zur Bekämpfung der Gewalt sein sollte.

Zu Artikel 10 „Koordinierungsstelle“

Die Bundesregierung schlägt vor, die bestehende Bund-Länder-Arbeitsgruppe „Häusliche Gewalt“ mit den Aufgaben einer nationalen Koordinierungsstelle zu betrauen. Die bestehenden Vernetzungsstellen im Antigewaltbereich – FHK, bff, ZIF, KOK¹ – vertreten vorrangig Beratungs- und Schutzeinrichtungen für Betroffene häuslicher und sexueller Gewalt. Als solche benennen sie Probleme in der Schnittstelle zwischen Sozial- und Gesundheitsbereich. Sie vertreten aber nicht den komplexen Gesundheitssektor als Ort für Intervention und Prävention. Der Gesundheitsbereich wird in der Bund-Länder-AG derzeit nur von einer Mitarbeiterin des Bundesministeriums für Gesundheit repräsentiert. Es existiert im BMG keine Arbeitsgruppe, die Verbindungen zwischen Praxis und Politik gewährleistet. Derzeit sind Entwicklungen und Handlungsbedarf im Gesundheitssektor nur unzureichend in der Bund-Länder-AG „Häusliche Gewalt“ einbezogen.

Wir halten es für sinnvoll die Erarbeitung einer Bestandsaufnahme (s.o.) und die Einrichtung einer Vernetzungsstelle miteinander zu verknüpfen. Vertreterinnen der bestehenden Landeskoordinierungsstellen sollten umgehend in die Bund-Länder-AG einbezogen werden.

Zu Artikel 11 „Datensammlung und Forschung“

Die Datenlage in Deutschland im Hinblick auf die gesundheitlichen Folgen physischer, psychischer, sexueller und anderer Formen von Gewalt sowie die Prävalenz häuslicher/sexueller Gewalt in verschiedenen Settings der Gesundheitsversorgung (stationär/ambulant/ Rettungsstellen; fachärztliche Ausrichtungen wie suchtmmedizinische oder hausärztliche Versorgung) ist mangelhaft. Ebenso fehlen Daten zu Versor-

¹ Die Abkürzungen stehen für: Frauenhauskoordinierung (FHK), Bundesverband der Frauenberatungsstellen und Frauennotrufe (bff), Zentrale Informationsstelle autonomer Frauenhäuser (ZIF), Bundesweiter Koordinierungskreis gegen Menschenhandel e.V. (KOK)

gungsbedarf und Versorgungsmöglichkeiten, zu Versorgungsbedürfnissen aus Sicht der Patient*innen, sowie zur mittel- und langfristigen Wirkung von Interventionsmaßnahmen in der Gesundheitsversorgung für Deutschland. Vorhandene ältere Daten müssen vor dem Hintergrund gestiegener Patient*innenzahlen, dem Fachkräftemangel und den geringeren Ressourcen mit Blick auf die Wirksamkeit der Intervention und Prävention überprüft werden.

Wir sehen dringenden Bedarf nach kontinuierlicher Erhebung von relevanten Daten im Gesundheitsbereich, sowie nach einer gezielten und systematischen Forschungsförderung.

Zu Artikel 13 „Bewusstseinsbildung“

In der Denkschrift werden Maßnahmen aufgeführt, die bereits durchgeführt wurden und die an die „Ärzeschaft“ adressiert waren. Darunter das Schwerpunktheft 42 „Gesundheitliche Folgen von Gewalt“ des Robert-Koch-Instituts und die Empfehlungen der Bundesärztekammer zum Umgang mit Patientinnen nach weiblicher Genitalverstümmelung. Ob und in welcher Weise diese Unterlagen in der Ärzteschaft Beachtung gefunden und in die Versorgungspraxis eingegangen sind, ist unbekannt. Praxiserfahrungen zeigen, dass auch für den Gesundheitsbereich langfristig angelegte bewusstseinsbildende Maßnahmen erforderlich sind. Gesundheitliche Folgen von Gewalt sowie Interventionsmöglichkeiten müssen kontinuierlich thematisiert werden. Maßnahmen müssen alle Gesundheitsberufe mit einbeziehen und sollten Teil einer umfassenden, kontinuierlichen und ausfinanzierten Gesamtstrategie zur Bewusstseinsbildung sein. Maßnahmen der bestehenden Vernetzungsstellen im Feld der Antigewaltarbeit richten ihre Kampagnen nicht an die Gesundheitsversorgung.

Es bedarf einer eigenen Vernetzungsstelle für die Intervention im Gesundheitsbereich, die diese Maßnahmen initiiert und gemeinsam mit anderen gesundheitspolitischen Akteur*innen realisiert.

Zu Artikel 15 „Aus- und Fortbildung von Angehörigen bestimmter Berufe“

Die Denkschrift verweist auf Ärzt*innen als zentrale Ansprechpartner*innen für gewaltbetroffene Frauen. Diese Gruppe nimmt eine wichtige Rolle ein, reicht aber für eine gute Versorgung keinesfalls aus. Praxis und Forschung zeigen, dass grundsätzlich alle Gesundheitsberufe berücksichtigt werden müssen, mindestens jedoch die Pflege, Hebammen und Psychotherapeut*innen als zentrale Gesundheitsberufe einzubeziehen sind. Grundsätzlich sollten alle Gesundheitsberufe berücksichtigt werden. Im Hinblick auf konkrete Maßnahmen der Aus- und Fortbildung werden in der Denkschrift die ÄApprO, §22, Absatz 12, Nr. IV und §30 Absatz 3, Satz 2 Nummer 6 als „adäquate Grundlagen“ genannt, die es den Ländern ermöglichen das Thema Gewalt gegen Frauen in die Ausbildung der Ärzt*innen aufzunehmen. Die ÄApprO regelt jedoch erstens nicht die Ausbildung der übrigen Berufsgruppen und ist zweitens keine ausreichende Basis für die ärztliche Ausbildung, um die Thematik zufriedenstellend in die Medizinausbildung zu integrieren. Dies jedoch muss das Ziel sein und entspricht den Empfehlungen der WHO (s. o.). Im Hinblick auf Fortbildungsangebote sind u. a. die Kammern und weitere Berufsorganisationen auf Landes- und Bundesebene einzubeziehen. Die Vernetzungsstellen KOK, BFF und FHK sind weder Träger von Fortbildungsangeboten für den Gesundheitsbereich, noch gewährleisten sie Öffentlichkeitsarbeit für Aspekte der Gesundheitsversorgung und Einbindung des Gesundheitssystems.

Einzubeziehen sind hier die bestehenden Landeskoordinierungsstellen in NRW und Berlin. Darüber hinaus zeigt sich auch in diesem Feld wieder der Bedarf für eine bundesweite Vernetzungsstelle, durch die Aktivitäten in den einzelnen Ländern eruiert, unterstützt, gestärkt und weiterentwickelt werden können.

Zu Artikel 20 „Zugang zu Diensten“

In diesem Artikel geht es darum, den Zugang von Betroffenen zu Diensten zu gewährleisten, die die Genesung nach Gewalt erleichtern. Dazu zählen der Zugang zu Gesundheitsdiensten, die angemessene Ausstattung von Diensten sowie die Qualifizierung des Personals. Angesprochen ist damit z.B. auch der Zugang zu psycho- bzw. traumatherapeutischen Angeboten, sowie zu Praxen, Kliniken und zu Einrichtungen des ÖGD, die für den Umgang mit dem Thema Gewalterfahrung und traumatisierten Patient/innen qualifiziert sind. In allen Feldern bestehen Defizite und dringender Handlungsbedarf, die seit vielen Jahren bekannt sind. Beispielsweise fehlen traumatherapeutisch ausgewiesene Angebote im stationären und ambulanten Bereich und Angebote, in denen mitbetroffene Kinder gemeinsam mit der Mutter behandelt und begleitet werden, es mangelt an anerkannten, von den Kassen finanzierten non-verbale Therapiemethoden z. B. für gewaltbetroffene Frauen mit Lernbeeinträchtigungen. Leistungen, die im Zusammenhang mit der Beratung und Versorgung gewaltbetroffener Patientinnen/Patienten erbracht werden sind derzeit nicht adäquat finanziert.

Aufbauend auf einer Bestandsaufnahme und den Leitlinien der WHO (2013) sollte ein umfassender Aktionsplan für Maßnahmen im Gesundheitsbereich erstellt werden.

Zu Artikel 22 „Spezialisierte Hilfsdienste“

In der Denkschrift wird mit Blick auf den Gesundheitssektor auf das Modellvorhaben „GeSA“² verwiesen, dass die Versorgung gewaltbetroffener Frauen mit Suchtmittelproblematik verbessern soll, sowie auf Angebote zur verfahrensunabhängigen Beweissicherung oder anonymen Spurensicherung. Daneben, heißt es, „besteht in vielen Ländern die Möglichkeit, Frauen, die Opfer häuslicher oder außerhäuslicher Gewalt geworden sind, an Kliniken kostenfrei untersuchen und beraten zu lassen“. Welche Angebote hier gemeint sind, bleibt vollständig offen. Es existiert keine belastbare Übersicht über Kliniken, die Interventionskonzepte wie S.I.G.N.A.L verbindlich verankert haben. Selbst in Berlin sind es bis heute gerade einmal 5 der bestehenden 39 Rettungstellen, die 24/7 ein gewaltspezifisches Versorgungskonzept vorhalten.

Modellprojekte müssen verstetigt und verbreitet werden um eine langfristige Verbesserung der Versorgung zu erreichen. Für gewaltbetroffene Menschen sollte eine sofortige und umfassende Ersthilfe durch Gesundheitsfachkräfte gewährleistet werden (vgl. WHO 2013). Dazu sind gesundheitspolitische und rechtliche Maßnahmen erforderlich (z.B. Krankenhausgesetz, Krankenhauspläne, Qualitätsvorgaben).

Zu Artikel 25 „Hilfe nach sexueller Gewalt“

In der Denkschrift wird formuliert, dass die in die Konvention aufgenommenen Anforderungen realisiert sind. Dies möchten wir grundsätzlich in Frage stellen und verweisen beispielhaft auf die „Integrierte Maßnahmenplanung sexuelle Gewalt“, in der selbst für das Land Berlin (in dem eine Koordinierung besteht) umfassende Defizite und Handlungsbedarf formuliert sind. Die Denkschrift präsentiert zu Artikel 25 ausführlich Angebote der „rechtsmedizinischen Untersuchung zur Sicherung der für die Strafverfol-

² GeSA ist ein, seit 2015 durch das Bundesministerium für Gesundheit gefördertes Modellprojekt zur Verbesserung der Versorgung gewaltbetroffener Frauen. Träger ist Frauen helfen Frauen e.V., Rostock. <http://www.fhf-rostock.de/einrichtungen/gesa/gesa.html>

gung benötigten Beweise“. Diese Angebote ersetzen u. E. keinesfalls die geforderten „leicht zugänglichen Krisenzentren für Opfer von Vergewaltigung und sexueller Gewalt“. Sie leisten keine „Traumhilfe“ und können auch keine psychosoziale Beratung und Begleitung gewährleisten. Die rechtsmedizinischen Untersuchungsstellen bieten wichtige Angebote im Hinblick auf die Strafverfolgung und können auch in anderen Kontexten die rechtlichen Handlungsmöglichkeiten der Betroffenen verbessern. Nicht alle rechtsmedizinischen Untersuchungsstellen sind jedoch an eine medizinische Versorgungseinrichtung angebunden, d. h. sie bieten keine medizinische Versorgung von Verletzungen und keine medizinische Versorgung nach sexueller Gewalt. Darüber hinaus sind Verfahrensweisen und Angebote der Untersuchungsstellen bundesweit uneinheitlich und gewährleisten nicht in allen Bundesländern eine adäquate rechtsmedizinische Unterstützung.

Erforderlich ist eine standort- und länderübergreifende Festlegung verbindlicher Standards, die z. B. auch Verfahren in der forensischen und medizinischen Versorgung Jugendlicher nach sexueller Gewalt regelt. Darüber hinaus besteht u. a. erheblicher Qualifizierungsbedarf für eine traumasensible Versorgung und dringender Klärungsbedarf im Hinblick auf die Vergabe der HIV Prophylaxe und deren Finanzierung.

S.I.G.N.A.L. e.V. steht für weitere Planungen und Gespräche sehr gerne zur Verfügung. Vordringlich erscheinen aus unserer Sicht die Erarbeitung von Planungsgrundlagen (Sachstandserhebung), die Einrichtung einer bundesweiten Vernetzungsstelle „Gesundheit – Gewalt“ und die Einbeziehung von Vertreter*innen bestehender Koordinierungsstellen in Gremien, die für die weitere Umsetzung der Istanbul Konvention verantwortlich zeichnen werden.

Berlin, 30.05.2017

Ansprechpartnerinnen:

S.I.G.N.A.L. e.V.

Karin Wieners, MPH

T: 030 – 275 95 353

wieners@signal-intervention.de

Marion Winterholler, MSc

T: 030 – 246 30 469

winterholler@signal-intervention.de

Prof. Dr. Daphne Hahn

T: 0178 – 767 84 59

Daphne.Hahn@pg.hs-fulda.de

Weitere Informationen über den Verein und seine Angebote:

www.signal-intervention.de