

Projekt

Verbesserung der Angebote für gewaltbetroffene Frauen in der psychiatrischen Versor- gung in Berlin

Ergebnisse einer
Bestandsaufnahme

IMPRESSUM

Herausgeberin

Senatsverwaltung für Gesundheit, Umwelt
und Verbraucherschutz
Der Landesbeauftragte für Psychiatrie,
Referat I B,
Oranienstr. 106, 10969 Berlin

Redaktion

Martina Baude
Beatrix Winkler
Tel. (030) 9028 – 2829
Martina.Baude@senguv.verwalt-berlin.de
Beatrix.Winkler@senguv.verwalt-berlin.de
www.berlin.de/lb/psychiatrie/

2. überarbeitete Auflage 2007

Schutzgebühr

6 € (zuzügl. Portokosten)
zu bestellen bei der
Senatsverwaltung für Gesundheit, Umwelt
und Verbraucherschutz, SE B 35
Oranienstr. 106, 10969 Berlin
Telefon: 9028 1229

Inhalt, Layout und Gestaltung des Berichts insgesamt sowie
einzelne Elemente sind urheberrechtlich geschützt.

Dieser Bericht wurde von der multidisziplinären Arbeitsgruppe „Frauen und Psychiatrie“ erarbeitet, die sich wie folgt zusammensetzt:

**Anti-Gewalt-Einrichtungen,
psychosoziale Beratungsstellen, freie Träger:**

BIG-Hotline bei häuslicher Gewalt gegen Frauen	Karin Müller
Frauenkrisentelefon	Dana Pelczar-Kostyra
Frauenprojekte Bora e.V.	Anne Kirschneck
LARA - Krisen- und Beratungszentrum für vergewaltigte und sexuell belästigte Frauen	Sonja Storch
Lesbenberatung e.V. - Psychosoziales Beratungs-, Therapie- und Kommunikationszentrum	Martina Frenznick
Paritätischer Wohlfahrtsverband Berlin, Ref. Psychiatrie	Patrizia Di Tolla
S.I.G.N.A.L. - Intervention im Gesundheitsbereich gegen Gewalt an Frauen e.V. / Frauenzimmer e.V.	Angelika May
TWG Prowo e.V. „Die Zwiebel“	Ulrike Hörrmann-Lecher
Wildwasser Arbeitsgemeinschaft gegen sexuellen Missbrauch an Mädchen e.V.	Iris Hölling

Klinische Versorgung

Campus Charité Mitte, Zentrum für Interkulturelle Psychiatrie und Psychotherapie	Dr. med. Ernestine Wohlfart, Liliana Chandia
--	--

Verwaltung

Bezirksamt Lichtenberg - Sozialpsychiatrischer Dienst	Dr. Elfriede Schult
Bezirksamt Spandau - Psychiatriekoordination	Dr. Harald Lund
Bezirksamt Steglitz-Zehlendorf - Sozialpsychiatrischer Dienst	Henriette Häusner
Bezirksamt Tempelhof-Schöneberg - Sozialpsychiatrischer Dienst	Petra Blume
Senatsverwaltung für Wirtschaft, Technologie und Frauen	Evelyn Labsch
Senatsverwaltung für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz	Heinrich Beuscher, Beatrix Winkler, Dr. Gabriele Lippold, Martina Baude

1	Zusammenfassung.....	6
2	Einführung.....	8
3	Problemstellung.....	10
3.1	Allgemeines.....	10
3.2	Folgen von Gewalt.....	10
3.3	Mit welchen Problemen haben die Versorgungseinrichtungen zu tun?.....	13
4	Bestandsaufnahme.....	15
4.1	Vorgehen.....	15
4.2	Befragung der Berliner Krankenhäuser mit Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychotherapie.....	16
4.3	Befragung der Sozialpsychiatrischen Dienste der Bezirke.....	20
4.4	Befragung des Berliner Krisendienstes.....	23
4.5	Befragung der freien Träger psychiatrischer Hilfen.....	25
4.6	Befragung der Anti-Gewalt-Einrichtungen.....	30
4.7	Befragung von Betroffenen.....	34
5	Psychotherapeutische Versorgungsangebote für gewaltbetroffene Frauen in Berlin.....	38
6	Gesamtschau und Handlungsempfehlungen.....	41
6.1	Allgemeine Handlungsempfehlungen.....	42
6.2	Handlungsempfehlungen für den Kontakt mit psychisch kranken gewaltbetroffenen Frauen.....	43
7	Ansprechpartner/innen aus der AG „Frauen und Psychiatrie“.....	49
8	Anhang.....	51
8.1	Befragung der Berliner Krankenhäuser mit Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychotherapie.....	52
8.1.1	Anschreiben und Musterfragebogen.....	52
8.1.2	Auswertung.....	61
8.2	Befragung der Sozialpsychiatrischen Dienste.....	71
8.2.1	Anschreiben und Musterfragebogen.....	71
8.2.2	Auswertung.....	79
8.3	Befragung des Berliner Krisendienstes.....	88
8.3.1	Anschreiben und Musterfragebogen.....	88
8.3.2	Auswertung.....	96
8.4	Befragung von Trägern psychiatrischer Hilfen.....	102
8.4.1	Anschreiben und Musterfragebogen.....	102
8.4.2	Auswertung.....	111
8.5	Befragung der Anti-Gewalt-Einrichtungen.....	132
8.5.1	Anschreiben und Musterfragebogen.....	132
8.5.2	Auswertung.....	141
8.6	Befragung von Betroffenen.....	157
8.6.1	Musterfragebogen.....	157
8.6.2	Auswertung.....	165

Sehr geehrte Damen und Herren,

die Weltgesundheitsorganisation (WHO) benennt häusliche und sexuelle Gewalt als eines der größten Gesundheitsrisiken für Frauen. Eine Gewalterfahrung kann so zerstörerisch wirken, dass damit gravierende und langwierige Auswirkungen auf die seelische Gesundheit einhergehen. Umgekehrt ist allein schon eine psychische Erkrankung häufig verbunden mit Stigmatisierung und Ausgrenzung der Betroffenen.

Daher ist es enorm wichtig, das Lebensumfeld psychisch kranker Frauen, ihre Geschichte zu beleuchten, um mögliche Gewalterfahrungen herauszufinden und den Umgang damit in Behandlung und unterstützenden Hilfen beachten zu können.

Der Blick für die komplexen Probleme von psychisch kranken gewaltbetroffenen Frauen muss geschärft werden. Dazu gehört es auch ein spezifisches Behandlungssetting zu etablieren, bei dem das besondere Schutzbedürfnis der Frauen elementar zu berücksichtigen ist.

Mit den in Berlin bestehenden Hilfesystemen der psychiatrischen Versorgung und der Anti-Gewalt-Einrichtungen existiert ein Rahmen, der wichtige Unterstützung leistet. Dennoch stellt sich die Frage, ob der besonderen Situation von psychisch kranken gewaltbetroffenen Frauen Rechnung getragen wird und welche Defizite die in der Behandlung oder Betreuung Tätigen selbst wahrnehmen.

Die Aufgabe, eine solche Bestandsaufnahme durchzuführen, in der die Akteurinnen und Akteure der verschiedenen

Institutionen und Einrichtungen und auch die Betroffenen zu Wort kommen, hat die Arbeitsgruppe „Frauen und Psychiatrie“ übernommen. Hier haben Vertreterinnen und Vertreter beider Hilfesysteme mit den Senatsverwaltungen für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz und für Wirtschaft, Technologie und Frauen zusammengearbeitet.

Die nun vorliegende Dokumentation ist das Ergebnis einer Befragung der Berliner Krankenhäuser mit Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychotherapie, der Sozialpsychiatrischen Dienste der Berliner Bezirksämter, des Berliner Krisendienstes, der freien Trägern der psychiatrischen Versorgung, der Anti-Gewalt-Einrichtungen und von betroffenen Frauen. Die Ergebnisse werfen ein Schlaglicht auf die Stärken der Hilfeangebote, sie zeigen aber auch Verbesserungspotenziale auf. Ein Beispiel dafür: Das Zusammenwirken der verschiedenen Hilfesysteme kann und muss aus meiner Sicht noch verbessert werden.

An dieser Stelle möchte ich mich bei allen, die an den Befragungen teilgenommen haben, herzlich bedanken. Erst durch die Vielzahl an Antworten und Anregungen ist diese umfangreiche Bestandsaufnahme möglich geworden. Mein ganz besonderer Dank gilt den Mitgliedern der AG „Frauen und Psychiatrie“, die die Bestandsaufnahme konzipiert, durchgeführt und ausgewertet und daraus Empfehlungen zur Verbesserung der Angebote für psychisch kranke gewaltbetroffene Frauen entwickelt haben.



Katrin Lompscher
Senatorin für Gesundheit,
Umwelt und Verbraucherschutz

1 Zusammenfassung

Eines der größten Gesundheitsrisiken für Frauen stellt erfahrene Gewalt dar. Nationale und internationale Studien berichten übereinstimmend über die gravierenden Auswirkungen, die eine Gewalterfahrung insbesondere für die psychische Gesundheit von Frauen haben kann.

Die Folgen häuslicher und sexueller Gewalt sind auch in Berlin erkennbar; ein Indiz dafür sind die hohen Belegungszahlen der Berliner Frauenhäuser und Zufluchtwohnungen, ein weiteres sind die durch das seit 1999 in der Ersten Hilfe des Universitätsklinikums Benjamin Franklin der Freien Universität Berlin¹ eingesetzte S.I.G.N.A.L. - Interventionskonzept gegen häusliche Gewalt gewonnenen Erfahrungen. Der enge Zusammenhang zwischen Gewalterfahrungen und psychischen Beeinträchtigungen wurde ebenfalls in verschiedenen Experten-/Expertinnengesprächen und Fachtagungen bestätigt.

Vor diesem Hintergrund stellte sich die Frage, ob die in Berlin entwickelten Hilfesysteme - psychiatrische Versorgung und Hilfe durch Anti-Gewalt-Einrichtungen - auf die spezifischen Belange von psychisch kranken Frauen mit Gewalterfahrung eingerichtet und darüber hinaus für einen weitergehenden Bedarf bestimmter Zielgruppen - Frauen mit Kindern, Frauen mit Migrationshintergrund, Frauen mit Behinderungen und lesbische Frauen - gerüstet sind.

Diese Fragen standen im Vordergrund einer Erhebung, die im Herbst 2005 in Berliner Krankenhäusern mit Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychotherapie, den Sozialpsychiatrischen Diensten der Berliner Bezirksamter, dem Berliner Krisendienst, bei freien Trägern der psychiatrischen Versorgung und bei Anti-Gewalt-Einrichtungen durchgeführt wurde. Ergänzend erfolgte Anfang 2006 eine Befragung von betroffenen Frauen. Verantwortlich für Konzept, Durchführung, Auswertung und Interpretation der Befragungsergebnisse ist die vom Landesbeauftragten für Psychiatrie in Kooperation mit der für Frauenpolitik zuständigen Senatsverwaltung gegründete multidisziplinäre Arbeitsgruppe „Frauen und Psychiatrie“ (siehe ausführlich Kapitel 2).

Alle Erhebungen erfolgten über einen schriftlichen Fragebogen. 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 Auswertung der Bestandsaufnahme in den 6 Befragungsbereichen umfasst somit 242 Fragebögen.

Die Befragungsergebnisse belegen nachhaltig das Risiko einer psychischen Beeinträchtigung bzw. Erkrankung im Kontext erlebter Gewalt. 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 von den dort im Jahr 2005 behandelten rund 6.000 Patientinnen die Krankenhäuser bei rund 660 bzw. 1.500 Patientinnen (11 bzw. 25%) eine Gewalterfahrung im Hintergrund der Erkrankung wussten bzw. vermuteten. Diese Zahlen geben auch einen Anhaltspunkt für die Dimension der Problematik.

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 sehen viele Befragungsbereiche noch weiteren Fortbildungsbedarf, insbesondere zur Schärfung des Problembewusstseins.

Die am häufigsten genannten psychischen Beeinträchtigungen sind Angst- und Anpassungsstörungen, Persönlichkeitsstörungen und Depressionen.

Auffallend ist, dass der überwiegende Teil der befragten Einrichtungen kein spezielles Angebot für psychisch kranke Frauen mit Gewalterfahrung vorhält. Die vorhandenen Spezialangebote bewegen sich in einem engen Rahmen: Krankenhäuser mit Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychotherapie (4 von 10 Befragten), Anti-Gewalt-Einrichtungen (6 von 24 Befragten) und psychiatrische Träger bzw. psychiatrische Einrichtungen (2 von 41 befragten Trägern bzw. 6 von 56 befragten Einrichtungen). In diesem Zusammenhang werden auch Grenzen für die Aufnahme in einer Anti-Gewalt-Einrichtung oder einer psychiatrischen Einrichtung benannt: akute Krise/mangelnde Gemeinschaftsfähigkeit werden von Anti-Gewalt-Einrichtungen, ungeklärte Kostenübernahmen und daher keine Möglichkeit der Aufnahme von minderjährigen Kindern werden von psychiatrischen Einrichtungen als mögliche Ausschlussgründe angeführt.

Übereinstimmend thematisieren alle Befragungsbereiche die Schwierigkeit, für psychisch kranke Frauen mit Gewalterfahrung, die aufgrund ihrer psychischen Auffälligkeiten in Frauenhäusern und Zufluchtwohnungen nicht ausreichend betreut werden können, deren Erkrankung aber nicht zwingend einen Klinikaufenthalt erfordert, geeignete Lösungen zum Thema Wohnen zu finden. Darüber hinaus sei es in der Praxis problematisch, gleichzeitig die Versorgung von Kindern sicherzustellen. Hierzu wurden unterschiedlichen Lösungswege vorgeschlagen; im Wesentlichen konzentrierten sie sich auf die Etablierung einer niedrigschwellig

¹ Seit 2003 benannt in: Charité - Universitätsmedizin Berlin, Campus Benjamin Franklin

betreuten Wohn-/ Übernachtungseinrichtung, in der Kinder mit betreut werden können.

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

Obwohl die Erhebungen explizit darauf angelegt waren, die Versorgungssituation auch für Frauen mit Behinderungen und lesbische Frauen genauer zu beleuchten, gibt es dazu wenig fassbare Ergebnisse. Probleme wie mangelnde Barrierefreiheit wurden nur punktuell formuliert, die Fragen, die speziell zu lesbischen Frauen gestellt wurden, zeigen

hohe Ausfallquoten. Die Ursachen dafür sind nicht klar auszumachen, deuten aber darauf hin, dass ein spezifischer Versorgungsbedarf für lesbische Frauen häufig nicht gesehen wird.

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 wird im Einzelnen mehr Wissen über das Krankheitsbild, mehr Verständnis für die Situation Betroffener und ein Mitspracherecht in der Behandlung angemahnt. Eine zentrale Forderung bezieht sich auf die Behandlung/Betreuung/Beratung durch weibliches Personal; dieser Wunsch wird von 70% der Betroffenen artikuliert. Da der Fragebogen nur in deutscher Sprache vorlag, konnten darüber nur wenige Frauen mit Migrationshintergrund erreicht werden; ihre Aussagen weichen aber nicht signifikant von denen anderer Betroffener ab.

Die Befragungsergebnisse zeigen 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 Wissen weiter auszubauen und die Wachsamkeit zu schärfen für gesellschaftliche, zum Teil strukturell verankerte Benachteiligungen, aus denen konkrete Schwierigkeiten für die angemessene Versorgung bestimmter Zielgruppen erwachsen können.

2 Einführung

Nach Angaben des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend hat mindestens jede vierte Frau im Alter von 16 bis 85 Jahren, die in einer Partnerschaft gelebt hat, körperliche (23%) oder - zum Teil zusätzlich - sexuelle (7%) Übergriffe durch aktuelle oder frühere Beziehungspartner mindestens ein- oder auch mehrmals erlebt.² Für Berlin liegen keine speziellen Zahlen vor. Dennoch ist deutlich, dass der Anteil gewaltbetroffener Frauen hoch ist: 11.600 Fälle von häuslicher Gewalt wurden von der Polizei 2005 registriert. 1.320 Frauen und 1.250 Kinder haben im Jahr 2005 Schutz, Hilfe und Unterkunft in den Berliner Frauenhäusern und Zufluchtwohnungen gefunden³.

Obwohl die Auseinandersetzung mit dem Thema häusliche und sexuelle Gewalt in Berlin bereits eine lange Geschichte hat (die Eröffnung des ersten Frauenhauses in der Bundesrepublik Deutschland erfolgte in Berlin im November 1976), mangelt es dennoch an einem breiten Verständnis für die Folgen von erlittener Gewalt. Einen elementaren Beitrag hat in diesem Kontext die in Berlin Ende der 90er Jahre gebildete Initiativgruppe S.I.G.N.A.L. geleistet, die ein Interventionskonzept für den Bereich der medizinischen Versorgung entwickelt hat. 1999 wurde das bundesweit erste Interventionsprojekt gegen häusliche Gewalt in der Ersten Hilfe des Universitätsklinikums Benjamin Franklin der FU-Berlin eröffnet. Im Zuge der wissenschaftlichen Begleitforschung des Projekts entstand das 2003 veröffentlichte Handbuch „Häusliche Gewalt gegen Frauen: gesundheitliche Versorgung“⁴, das u. a. konkrete Handlungsanweisungen für die Versorgung von gewaltbetroffenen Frauen enthält.

Vor diesem Hintergrund fand 2003 in der Charité ein Experten-/Expertinnengespräch zur gesundheitlichen Versorgung traumatisierter Frauen mit Gewalterfahrung mit Vertreterinnen und Vertretern von Anti-Gewalt-Einrichtungen und des psychiatrischen Hilfesystems statt. Dort wurde übereinstimmend festgestellt, dass geschlechtsbezogene Gewalt enorme Folgen für die psychische Gesundheit von Frauen hat und ein spezifisches Behandlungsetting 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, um für gewaltbetroffene Frauen in psychischen Krisensituationen sowie mit psychischen

Erkrankungen ein übergreifendes Hilfeangebot vorzuhalten, wurden als konkrete Ziele formuliert. Um hierfür sukzessive Fortschritte zu erreichen, wurde eine verwaltungsübergreifende Arbeitsgruppe (AG „Frauen und Psychiatrie“) eingerichtet.

Der vorliegende Bericht dokumentiert die Arbeit dieser auf Initiative des Landesbeauftragten für Psychiatrie der Senatsverwaltung für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz in Kooperation mit der Senatsverwaltung für Wirtschaft, Technologie und Frauen 2004 gegründeten multidisziplinären Arbeitsgruppe „Frauen und Psychiatrie“, in der Vertreterinnen und Vertreter der klinischen und ambulanten/komplementären psychiatrischen Versorgung, der Sozialpsychiatrischen Dienste, der bezirklichen Psychiatriekoordinationen, von Frauenberatungsstellen und Zufluchtseinrichtungen (häusliche Gewalt, sexuelle Gewalt) sowie der Senatsverwaltungen für Wirtschaft, Arbeit und Frauen und für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz mitgearbeitet haben.

Die Arbeitsgruppe verständigte sich darauf, zuerst die aus ihrer Sicht bestehenden Probleme zu beschreiben und in der Folge Basisdaten zur aktuellen Versorgungssituation in Berlin - Untersuchung des ambulanten, komplementären und klinischen psychiatrischen Bereichs und der Anti-Gewalt-Einrichtungen - zu ermitteln. Außerdem war es der Arbeitsgruppe ein wichtiges Anliegen, auch die betroffenen Frauen zu Wort kommen zu lassen. Diese Dokumentation spiegelt diese Arbeitsschritte und die daraus resultierenden Handlungsempfehlungen wider.

Die AG hielt eine wissenschaftliche Begleitung dieser umfassenden Bestandsaufnahme für notwendig. Trotz intensiver Bemühungen konnte diese jedoch nicht realisiert werden.

Die vorliegende Dokumentation erhebt somit nicht den Anspruch, sich mit wissenschaftlichen Studien zu messen. Dennoch liefert sie wichtige Hinweise zur aktuellen Versorgungssituation in Berlin in diesem speziellen Kontext.

Die AG ging bei ihren Überlegungen davon aus, dass es für psychisch kranke Frauen in Berlin viele Angebote in unterschiedlichen Versorgungs- und Hilfestrukturen sowohl im gesundheitlichen als auch sozialen Bereich gibt.

Aber:
Erfahrungen von Tätigen in Anti-Gewalt-Einrichtungen und in Institutionen der Regelversorgung zeigen:

- Das Thema Gewalt gegen Frauen spielt angesichts der Häufigkeit und der gravierenden gesundheitlichen Folgen in der gesundheitlichen Versorgung keine angemessene Rolle. Gewalterfahrungen als relevante Vorgeschichte und/oder Ursache der Gesundheitsstörungen bleiben weitgehend unberücksichtigt.
- Die spezifischen Folgen der Gewalt (Erkrankungen, seelisches Leid wie Angst, Scham- und Schuldgefühle, Ambivalenzen, Vermeiden von Untersuchungen bis hin zur Handlungsunfähigkeit) und das Schutz-

² Repräsentative Studie "Lebenssituation, Sicherheit und Gesundheit von Frauen in Deutschland", herausgegeben vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 2005

³ siehe Homepage der Senatsverwaltung für Wirtschaft, Technologie und Frauen zum Thema Häusliche Gewalt: Berliner Aktionsplan zur Bekämpfung häuslicher Gewalt

⁴ Prävalenzstudie unter Patientinnen der Ersten Hilfe im Rahmen des S.I.G.N.A.L.-Interventionsprogramms: Häusliche Gewalt gegen Frauen: gesundheitliche Versorgung; H. Hellbernd, P. Brzank, K. Wieners, U. Maschewski-Schneider, Berlin, 2003

bedürfnis der Frauen sind wenig bekannt, das Bedrohungspotenzial durch Täter/Täterinnen wird häufig unterschätzt. Das Wissen Professioneller um die vielfältigen Beratungs- und Schutzangebote für Frauen mit Gewalterfahrungen und die Kooperationsmöglichkeiten ist häufig unzureichend.

- Das Versorgungssystem hat noch Lücken im Bereich unbürokratischer Schutzräume für Frauen in Krisensituationen und Frauen mit psychischen Erkrankungen (mit und ohne Kinder) jenseits der Frauenhäuser und Zufluchtwohnungen.

Im Kapitel „Problemstellung“ haben die AG-Mitglieder aus ihren Praxiserfahrungen mit psychisch kranken (psychiatriebetroffenen) Frauen mit Gewalterfahrung Erkenntnisse zu Formen und Folgen von Gewalt, Behandlungs-/Betreuungsschwierigkeiten und Versorgungslücken zusammengetragen. Dies beinhaltet die Auseinandersetzung mit zusätzlichen Problemen, die sich für einen Teil der Frauen stellen: Hemmnisse wie Sprachbarrieren, unsichere Aufenthaltssituation, räumliche Unzugänglichkeiten, aber auch Ängste vor dem Bekanntwerden einer lesbischen Identität oder die Betreuung von Kindern wurden als weitere Faktoren herausgearbeitet, auf die das Hilfesystem vorbereitet sein muss. Daher wurden Frauen mit Kindern, Frauen mit Migrationshintergrund, Frauen mit Behinderungen und lesbische Frauen als Zielgruppen, deren Probleme eines besonderen Augenmerks bedürfen, definiert.

Den Schwerpunkt des Kapitels „Bestandsaufnahme“ bildet die Erhebung von Basisdaten zur aktuellen Versorgungssituation in Berlin. Vorangestellt werden methodische Überlegungen zur Durchführung der Erhebungen per Fragebogen, der Festlegung der Befragungsbereiche und der besonderen Berücksichtigung von Frauen mit Kindern,

Frauen mit Migrationshintergrund, behinderten Frauen und lesbischen Frauen. Den Hauptteil des Kapitels stellen die Befragungsergebnisse aus den Bereichen:

- Krankenhäuser mit Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychotherapie
- Sozialpsychiatrische Dienste
- Berliner Krisendienst
- freie Träger der psychiatrischen Versorgung
- Anti-Gewalt-Einrichtungen sowie die
- Befragung von Betroffenen

Enthalten sind jeweils auch Aussagen zur Resonanz der konkreten Fragebogenaktion, zur Affinität und zur Sensibilität für die Probleme psychisch kranker Frauen mit Gewalterfahrung. Darüber hinaus werden Stärken und Verbesserungspotenzial im jeweiligen Befragungsbereich aufgezeigt. Die Ergebnisse aus der Erhebung der befragten Frauen liefern dazu korrespondierende Erkenntnisse. Im Anhang können die detaillierten Auswertungen im Einzelnen nachvollzogen werden.

Das Kapitel „Schlussfolgerungen bzw. Handlungsempfehlungen“ zeigt die wichtigsten Handlungsfelder auf, um das bereits in wesentlichen Punkten gut aufgestellte Hilfesystem für psychisch kranke (psychiatriebetroffene) Frauen mit Gewalterfahrung zu verbessern. Fragen der Information, strukturellen Verbesserung, der Vernetzung und Kooperation, aber auch zur Etablierung weiterer, spezifischer Hilfeangebote stehen hier neben den aus der Betroffenenbefragung gewonnenen Erkenntnissen, die sich vor allem auf die konkrete Behandlungs- bzw. Betreuungssituation und insbesondere den Erstkontakt beziehen, im Vordergrund. Darüber hinaus werden erste Umsetzungsansätze aufgezeigt.

3 Problemstellung

Die nachfolgende Beschreibung ist im Wesentlichen eine Zusammenstellung von Problemstellungen, die von den AG-Mitgliedern in mehreren Sitzungen zusammengetragen wurden. Auf die Bezugnahme auf nationale/internationale Studien wurde in der Regel bewusst verzichtet. Stattdessen werden die Erfahrungen der AG-Mitglieder aus der Praxis der Anti-Gewalt- und der psychiatrischen Einrichtungen beschrieben.

Dabei wurde auf eine möglichst umfassende Beschreibung der Formen und Folgen erlittener Gewalt zur Schaffung eines gemeinsamen Grundverständnisses (in der AG) besonderer Wert gelegt.

3.1 Allgemeines

Formen von Gewalt

Im Weltbericht „Gewalt und Gesundheit“ definiert die WHO den Begriff „Gewalt“ folgendermaßen:

Gewalt ist der absichtliche Gebrauch von angedrohtem oder tatsächlichem körperlichem Zwang oder physischer Macht gegen die eigene oder eine andere Person, gegen eine Gruppe oder Gemeinschaft, der entweder konkret oder mit hoher Wahrscheinlichkeit zu Verletzungen, Tod, psychischen Schäden, Fehlentwicklung oder Deprivation führt.

Gewalt gegen Frauen und Mädchen umfasst sowohl Gewalttaten als auch Gewaltsysteme wie

- körperliche Gewalt wie z.B. Schlagen oder Treten, lebensbedrohliche Verletzungen im Extremfall mit Todesfolge,
- sexualisierte Gewalt z.B. erzwungenen Geschlechtsverkehr bzw. erzwungene sexuelle Handlungen,
- psychische Misshandlung wie z.B. Einschüchterung, Erniedrigung, Verhaltenskontrolle (z.B. wird der Umgang mit Familie oder Freunden verboten), Gewaltandrohung, Psychoterror,
- soziale Misshandlung wie z.B. Diskriminierung, Ausgrenzung und Isolation (z.B. wird der Zugang zu Informationen, Ressourcen oder Hilfe verwehrt) wie auch aufgrund der Identität bzw. Lebensform, Zwangsheirat, Verstoßen aus der sozialen Gruppe,
- ökonomische Gewalt wie z.B. Zwingen in finanzielle Abhängigkeit, Verweigerung von eigenen finanziellen Mitteln.

Häufig wird nicht nur eine Form der Gewalt angewandt, sondern eine Kombination mehrerer Gewaltformen. Stalking, Mobbing, häusliche Gewalt, organisierte Gewalt und

Folter bezeichnen komplexe Misshandlungssysteme, in denen die o.g. unterschiedlichen Gewaltformen zur Anwendung kommen.

Gewalt gegen Frauen und Mädchen findet

- sowohl in der Familie, im familiären Umfeld bzw. unter Intimpartnern hauptsächlich zu Hause
- als auch durch Dritte hauptsächlich außerhalb des eigenen Zuhauses statt.

Eine Studie⁵ hat in einer Modellrechnung festgestellt, dass 22% aller Frauen geschlechtsbezogene Gewalt in einer Ausprägung erlitten haben, die Folgen für ihre Gesundheit hat.

Gewalt kann in jedem Lebensalter und jeder sozialen Schicht einmalig oder kontinuierlich erlebt werden. Bezogen auf das Ausmaß von Gewalt sind Frauen mit geistigen, körperlichen und seelischen Behinderungen, mit Migrationserfahrung, Frauen aus Kriegs- und Krisengebieten, wohnungslose Frauen, schwangere Frauen und lesbische Frauen einem zusätzlichen Risiko ausgesetzt.

3.2 Folgen von Gewalt

3.2.1 Gesundheitliche Folgen von Gewalt

Die o.g. Studie verweist darauf, dass "die unterschiedlichen Gewaltformen ... nicht trennscharf als Ursachen unterschiedlicher Symptomkomplexe festzulegen sind, zumal Gewalt sich im Laufe des Lebens wiederholen und die Wirkung kumulieren kann" und "obwohl es Beschwerden und Störungen gibt, die besonders häufig mit Gewaltauswirkungen in Zusammenhang gebracht werden, gibt es keinen Bereich von Gesundheitsproblemen, für den eine mögliche relevante Vorgeschichte von Gewalt auszuschließen wäre."

Körperliche Folgen

Akute sichtbare körperliche Folgen sind z.B. Stich-, Schuss- und Hiebverletzungen, Schnitt- und Brandwunden, Hämatome, Prellungen, Quetschungen, Würgemale, Schürf- und Kratzwunden, Platzwunden, Frakturen, fehlende Frontzähne, Seh- und Hörbeeinträchtigungen und Verletzungen im vaginalen Bereich.

Hinzu kommen Probleme/Störungen im Bereich der reproduktiven Gesundheit wie z.B. ungewollte Schwangerschaft, sexuell übertragbare Krankheiten, HIV/Aids und sexuelle Funktionsstörungen. Nach Erkenntnissen der o.g. Studie

⁵ Studie „Versorgungsbedarf und Anforderungen an Professionelle im Gesundheitswesen im Problembereich Gewalt gegen Frauen und Mädchen“ der Uni Osnabrück, 2003 s. Fußnote 1

besteht in der Schwangerschaft eine statistisch erhöhte Gefahr, dass ein potentiell gewalttätiger Mann seine Frau schlägt und infolgedessen ein erhöhtes Risiko einer Fehl- oder Frühgeburt besteht ebenso wie Schwangerschaftskomplikationen.

Erkrankungen, die in Zusammenhang mit erfahrener Gewalt entwickelt werden, führen nicht selten zu einer Chronifizierung.

Psychische und psychosomatische Folgen

Psychische Beeinträchtigungen bis hin zu chronisch psychischen Erkrankungen können sowohl akut als unmittelbare Folge der Gewalteinwirkung als auch langfristig auftreten.

Die am häufigsten genannten psychischen Störungen infolge erlittener Gewalt aus der Alltagserfahrung der AG sind komplexe Posttraumatische Belastungsstörungen, Posttraumatische Belastungsreaktionen, Depressionen, Anhedonie, Angstzustände/Panikattacken, psychotische Reaktionen, Psychosen, Persönlichkeitsstörungen bspw. Borderline-Störungen und Impulskontroll-Störungen, Identitätskrisen, dissoziative Störungen, Selbstverletzungen bzw. selbstschädigendes Verhalten, Suizide/Suizidversuche.

Häufige psychosomatische Störungen sind Schluck- und Atembeschwerden, massiver Haarausfall, Erschöpfungszustände, Konzentrations- und Schlafstörungen, Alpträume, Essstörungen, chronischer Schmerz, etc.

Die Datenerhebung einer AG-Teilnehmerin in der eigenen Einrichtung (Zufluchtswohnung) hat ergeben, dass (von insgesamt 69 Bewohnerinnen) rd. 38% der Bewohnerinnen an einer psychischen Erkrankung (psychiatrische Diagnose) litten. Rd. 70% waren Frauen mit Migrationshintergrund. Knapp die Hälfte der psychisch kranken Frauen hatte ein oder mehrere Kinder. Ein Großteil davon lebte mit der Mutter in der Zufluchtswohnung. Der größte Teil der Frauen erhielt ausschließlich oder ergänzend Sozialhilfe. Die Hälfte der psychisch kranken Frauen war sowohl körperlicher als auch psychischer Gewalt ausgesetzt. Weitere 15% haben darüber hinaus sexuelle Gewalt erlebt. Jeweils rd. 20% gaben an, entweder körperliche oder psychische Gewalt erlitten zu haben. Die häufigsten psychischen Störungen waren Depressionen und Angststörungen gefolgt von Ess-Störungen und Suizidalität. Hinsichtlich der Erkrankungshäufigkeit konnten bei der Erhebung keine Hinweise auf Unterschiede zwischen Frauen deutscher und nichtdeutscher Herkunft festgestellt werden.

Im Rahmen einer Promotionsarbeit (Wohlfart, 1998) zum Thema „Psychische Folgen von sexuellem Missbrauch bei psychiatrischen Patientinnen“ wurde in der Stichprobenauswahl (n = 256) deutlich, dass von akut aufgenommenen Patientinnen 68% geschlechtsspezifische Gewalterfahrung angegeben haben. Die Auswertung ergab spezifische psychische Symptomkomplexe, störungsübergreifend, die heute nach ICD 10 als Posttraumatische Belastungsstörungen gewertet werden können.

Gesundheitsgefährdende Überlebensstrategien

Es kann ein selbst schädigendes Verhalten auftreten - wie z.B. vermehrter Suchtmittelgebrauch, selbst verletzendes Verhalten, Suizidversuche - welches zu schweren Gesundheitsschädigungen führen, aber gleichzeitig Überlebensstrategie, Bewältigungs- oder Selbstheilungsversuch der betroffenen Frau sein kann.

3.2.2 Soziale Folgen von Gewalt

Frauen berichten über psychosoziale Probleme im Bereich der Alltagsbewältigung, Kontakt- und Beziehungsgestaltung, der Arbeit und Freizeit als Folge der erlittenen Gewalt.

Hierbei kombinieren sich Schwierigkeiten, die infolge bzw. innerhalb der sozialen Situation der betroffenen Frauen auftreten mit den sozialen Folgen der psychischen wie körperlichen Folgeerkrankungen.

Psychische und psychosomatische Erkrankungen und Beeinträchtigungen wie beispielsweise Angst und Panikattacken, Konzentrationsstörungen, Schlafstörungen, Depressionen oder dissoziative Störungen erschweren oder verunmöglichen vielen Frauen die Teilhabe sowohl am beruflichen wie auch gesellschaftlichen Leben. Es kommt zu einem sozialen Rückzug, welcher die Inanspruchnahme von Hilfsangeboten beeinträchtigen oder verhindern kann. Aufgrund der hohen psychischen und/oder körperlichen Belastung ist die Bewältigung der Anforderungen des Alltags häufig nicht mehr möglich. Eine oft auftretende Folgeerscheinung der erlebten Gewalt ist eine temporäre oder dauerhafte Arbeitsunfähigkeit der Betroffenen.

Von Gewalt betroffene Frauen haben ein erhöhtes Armutsrisiko, welches einerseits durch eine eigene Arbeitsunfähigkeit aus o.g. Gründen, andererseits aus einer finanziellen Abhängigkeit vom Gewalttäter entstehen kann.

Wenn sich Betroffene vom Täter trennen, welcher bisher alleine den Unterhalt der Frau bzw. der Familie finanzierte, sind sie auf Leistungen nach dem SGB II bzw. SGB XII oder Asylbewerberleistungsgesetz angewiesen und müssen zunächst die für die Leistungen notwendigen Nachweise erbringen.

Frauen mit Migrationshintergrund ist es unter Umständen aufgrund der Arbeitserlaubnisverordnung nicht möglich, ein eigenes Einkommen zu erwerben.

Ein eventuell drohender bzw. bereits eingetretener Wohnungsverlust erschwert nochmals die soziale Situation der betroffenen Frau.

Obwohl Frauen die Möglichkeit haben, Maßnahmen nach dem Gewaltschutzgesetz zu beantragen, stellt die gängige Ausführungspraxis etliche Frauen immer noch vor zusätzliche psychische und finanzielle Belastungen. Sie müssen die verschiedenen nötigen Termine (bei Gericht, Rechtsanwältinnen/-anwältinnen, Ärzten/Ärztinnen etc.) wahrnehmen.

men. Dies kollidiert unter Umständen mit einer Arbeitstätigkeit oder familiären Verpflichtungen. Eine weitere Belastung stellt das Vorstrecken entstehender Kosten dar. Hinzu kommen die psychischen Belastungen, sich für den eigenen Schutz und die eigenen Belange einzusetzen.

3.2.3 Zielgruppenspezifische Folgen

Frauen mit Migrationshintergrund

Sprachbarrieren und kulturspezifische Besonderheiten können die Inanspruchnahme von vorhandenen Hilfsangeboten erheblich erschweren.

Für Flüchtlingsfrauen ohne gesicherten Aufenthaltsstatus stellt sich oft die Frage, wie es für sie nach der Unterbringung im Frauenhaus / in der Zufluchtswohnung weitergeht. Die Beantragung und Genehmigung einer "Einzelunterbringung" in einer eigenen Wohnung (außerhalb der Gemeinschaftsunterkünfte) oder gar in einer anderen Stadt bei der Ausländerbehörde dauert meist lang und wird nicht in allen Fällen genehmigt, obwohl sie notwendig ist, um ausreichende Sicherheit und Anonymität zu gewährleisten. Die Frauen entscheiden in solchen Fällen gezwungenermaßen, sich außerhalb der Gemeinschaftsunterkünfte (Asylbewerberwohnheime) aufzuhalten, oder gar die "Residenzpflicht" (Verbot, die Stadt ohne Erlaubnis der Ausländerbehörde zu verlassen) zu verletzen und zu Verwandten oder Freundinnen in eine andere Stadt zu ziehen, was sich negativ auf laufende Asylverfahren auswirken kann. Frauen aus dem Familiennachzug aus Nicht-EU-Staaten gefährden durch Trennung bzw. Auszug aus der ehelichen Wohnung vor Ablauf der zweijährigen ehelichen Lebensgemeinschaft ihr Aufenthaltsrecht. Dies gilt auch für eingetragene Lebenspartnerschaften.

Frauen mit Behinderungen

Frauen mit Behinderungen wie Hör-, Sehbehinderung, geistiger Behinderung und Körperbehinderung benötigen besondere Aufmerksamkeit im Betreuungssystem.

Frauen mit körperlichen Behinderungen sind bei Trennung oder Flucht aus einer häuslichen Gewaltbeziehung mit besonderen Problemen konfrontiert:

- Nutzen sie einen Rollstuhl oder sind sie auf andere Hilfsmittel angewiesen, ist ihnen der Zugang zu Informationen oder die Inanspruchnahme von Hilfeeinrichtungen erschwert oder unmöglich
- Durch Mobilitätseinschränkungen können sie unter Umständen ihr Zuhause nicht ohne fremde Hilfe verlassen
- Hat der Täter ihre Pflege im häuslichen Kontext übernommen, ist in einem langwierigen Verwaltungsprozedere die Umstellung der Pflege zu organisieren; bei hohem Pflegebedarf droht den Frauen aus finanziellen Gründen die Heimunterbringung

Lesbische Frauen

Lesbische Frauen sind zusätzlich struktureller und persönlicher Gewalt ausgesetzt, die gegen ihre lesbische Identität zielt. Trotz aller legislativen Initiativen sind lesbisch lebende Frauen in vielfältiger Weise homophob⁶ motivierter Gewalt (psychisch, physisch, sexuell und strukturell) ausgesetzt. Lesbische Migrantinnen und auch deutsche Lesben erleben Zwangsverheiratungen und Vergewaltigungen, die explizit gegen ihre Identität gerichtet sind. Um Diskriminierung, Ablehnung, Ausgrenzung und auch Gewalt zu meiden, entscheiden sich viele Lesben zur Geheimhaltung ihrer Identität vor der eigenen Familie und insbesondere am Arbeitsplatz. Lesbische Frauen erleben Gewalt zu gleichen Anteilen im öffentlichen sowie privaten Raum.

Folgen:

Angst vor dem Bekanntwerden ihrer lesbischen Identität (Zwangssouting), Angst vor Jobverlust und Familienkonflikten können zu erhöhter Isolation und Ausgrenzung führen.

In diesem Umfeld ist es besonders für lesbische Frauen, die häusliche Gewalt (in ihrer Beziehung, von der Ex-Partnerin, vom Ex-Partner, vom Ehemann, durch die Herkunftsfamilie) erleben, ungleich schwieriger, sich Unterstützung zu holen. Die Folge davon ist ein besonders hohes Maß an Isolation.

Darüber hinaus ist in lesbischen Beziehungen mit häuslicher Gewalt die Rollenzuschreibung Täterin – Opfer, die üblicherweise qua Geschlecht verteilt wird, so nicht übertragbar.

Neben klassischen Misshandlungsbeziehungen, in deren Verlauf Opfer und Täterin sich klar unterscheiden lassen, sind in Gewaltbeziehungen häufiger beide Frauen am Gewaltgeschehen beteiligt. Darüber hinaus gibt es das Phänomen, dass sich beide Frauen als Opfer fühlen und bezeichnen.

Die bestehenden Hilfesysteme können momentan keinen eindeutigen Schutz und Unterstützung für beide betroffene Frauen bieten.

Durch die Vielschichtigkeit und Kombination körperlicher, psychischer und sozialer Folgen ist es den betroffenen Frauen oft nicht möglich, selbstständig Wege zur Bewältigung des Geschehenen zu finden und zu gehen, um gesunden zu können. Sie benötigen spezifische Hilfeangebote, die auf die jeweils bestehenden Problemlagen individuell eingehen können.

⁶ Unter Homophobie versteht man die irrationale, weil sachlich durch nichts begründete Angst vor homosexuellen Menschen und ihren Lebensweisen. Homophobie fasst die verschiedenen Formen von sozialer Ausgrenzung, Diskriminierung, Nichtwahrnehmung und Gewalt zusammen, mit denen Menschen oftmals auf Grund ihrer homosexuellen Lebensweise konfrontiert sind.

3.3 Mit welchen Problemen haben die Versorgungseinrichtungen zu tun?

3.3.1 Fehlende frauenspezifische Sichtweisen - Stigmatisierung

AG-Teilnehmerinnen berichten, dass die Frauen nach wie vor im psychotherapeutischen und psychiatrischen Kontext auf großes Unverständnis für ihre Situation treffen. So wird häufig nicht nach Gewalterfahrungen gefragt, oder es wird zwar danach gefragt, dieses Wissen hat dann aber keinen Einfluss auf das weitere Umgehen mit der betreffenden Frau (so wird z.B. von ihr erwartet, dass sie einen männlichen Psychiater akzeptiert).

Vielen Fachkräften in der medizinischen und psychosozialen Versorgung fehlen Informationen zum Thema Gewalt, den gesundheitlichen Folgen und Interventionsmöglichkeiten. Sie kennen das Angebot an Schutz- und Beratungseinrichtungen nicht, und Frauen erhalten demnach auch keine Informationen, die über die medizinische und psychiatrische Versorgung hinausgehen.

Gewaltbetroffene Frauen berichten in Bezug auf die psychiatrische Versorgung häufig über die Erfahrung einer zusätzlichen Stigmatisierung (Zitat: „Nach allem, was mir passiert ist, will ich nicht auch noch verrückt sein!“). Manche Frauen erleben den Aufenthalt in einer psychiatrischen Klinik als zusätzliche Gewalterfahrung. Insofern stellt auch die Inanspruchnahme des psychiatrischen Versorgungssystems oft eine große Hürde für die betroffenen Frauen dar.

3.3.2 Fehlende Krisenübernachtungsmöglichkeiten

Viele in der AG vertretene Einrichtungen beklagen Versorgungslücken für gewaltbetroffene Frauen mit psychischen Beeinträchtigungen. Z.B. gibt es keine Krisenübernachtungsmöglichkeiten ausschließlich für Frauen, die unbürokratisch für einen kurzen Zeitraum in Anspruch genommen werden können.

3.3.3 Schwierigkeiten bei/mit bestehenden Übernachtungseinrichtungen

Die Vermittlung in bestehende Übernachtungseinrichtungen (Frauenhäuser/Frauenzufluchtwohnungen u.a.) wird erschwert, wenn zur Gewaltbetroffenheit eine psychische Erkrankung bzw. ein akuter Suchtmittelgebrauch hinzutritt. Liegen darüber hinaus weitere Umstände vor, die ein spezielles Umfeld erfordern wie z.B. bei

- behinderten Frauen, die eine persönliche Assistenz benötigen,
- Frauen, die mit mehreren Kindern eine Übernachtungsmöglichkeit benötigen oder
- Frauen, die ihr(e) Haustier(e) mitbringen

ist eine Unterbringung oft sehr schwierig. Derart komplexe Problemlagen können von den Mitarbeiterinnen mit dem zur Verfügung stehenden Betreuungsschlüssel nicht bewältigt werden.

Die Übernachtungseinrichtungen stehen außerdem vor der Problematik, dass gewaltbetroffene Frauen nicht nur vor männlichen Tätern geschützt werden müssen, sondern auch vor weiblichen Täterinnen und auch vor weiblichen Familienangehörigen, die stellvertretend für die Männer, die keinen Zutritt zur Einrichtung erlangen, Gewalthandlungen ausführen wollen.

3.3.4 Probleme bei ambulanten und stationären Therapien

Es fehlen qualifizierte, auf Trauma- und Gewaltfolgen spezialisierte und muttersprachliche Therapeutinnen. Teilweise kommt es zu langen Vorlaufzeiten und Wartezeiten für die Betroffenen, bis ein angemessenes stationäres oder ambulantes Hilfeangebot zur Verfügung steht. Daneben berichten AG-Teilnehmerinnen, dass zunehmend bei Traumatherapien über die Gewalterfahrung nicht mehr gesprochen wird.

Eine sich aktuell häufende Rückmeldung von Frauen, die an psychosomatischen Kuren teilgenommen haben, ist, dass in den Kliniken zunehmend nur der stabilisierende Teil der traumatherapeutischen Konzepte angewandt wird; Kliniken und z.T. auch ambulant arbeitende Therapeutinnen/Therapeuten fühlen sich aber mit der Aufarbeitung der erlebten sexuellen Gewalt überfordert und wollen sie nicht thematisieren.

Dies bedeutet, dass die Frauen mit perfekt funktionierenden „Tresoren“ etc. aus der Klinik kommen, um mögliche Erinnerungen und belastende Gefühle "wegpacken" zu können. Es ist für sie aber unklar, was auf die Dauer mit dem Inhalt des „Tresors“ passieren soll, an welchem Ort eine Möglichkeit zur Auseinandersetzung mit dem Erlebten besteht.

Frauen in ambulanter Psychotherapie werden zunehmend zu Anti-Gewalt-Einrichtungen geschickt, wenn es um die konkrete Thematisierung der erlebten Gewalt gehen soll. Die Psychotherapie läuft zwar weiter, aber die Therapeut/Innen fordern ihre Klientinnen auf, den Missbrauch bzw. die Gewalterfahrungen bei einer Anti-Gewalt-Einrichtung zu thematisieren.

3.3.5 Fehlende frauenspezifische Traumastation

Als weiteres Problem wird das Fehlen von Traumastationen mit frauenspezifischen und auf die Gewaltthematik fokussierten Arbeitsansätzen bemängelt, in die gewaltbetroffene Frauen mit einer psychischen Erkrankung oder in einer akuten psychischen Krisensituation weitervermittelt werden können.

3.3.6 Unzureichende Nachsorgemöglichkeiten

Auch die Nachsorgemöglichkeiten nach einem Aufenthalt in einer Klinik oder im betreuten Wohnen werden als unzureichend geschildert. Einzelfallhelferinnen/-helfer bzw. Mitarbeiterinnen/Mitarbeiter im betreuten Einzelwohnen weisen oft wenig Sensibilität für Gewalterfahrungen/ Traumatisierung auf.

3.3.7 Fehlende Angebote für Mütter mit Kindern

Ein besonderes Problem stellt nach der Erfahrung der AG-Teilnehmerinnen die Unterbringung von Müttern mit Kindern dar. Hier fehlen sowohl in der Unterbringung Plätze als auch korrespondierende Therapiemöglichkeiten für Mütter und Kinder. Besonders dringlich ist eine Problemlösung, wenn Frauen allein erziehend sind und die Kinder nicht im Familien- oder Bekanntenkreis versorgt werden können oder wollen.

3.3.8 Probleme der Kostenregelung

Finanzierungsschwierigkeiten gibt es, wenn Zuzahlungen wegen Schulden nicht leistbar sind, die Krankenversicherung oder eine Finanzierung und Organisation der Sprachmittlung nicht geregelt sind.

Wenn Behandlungen nach dem Opferentschädigungsgesetz über das Versorgungsamt finanziert werden, verfährt dies nach dem Verursacherprinzip und versucht, den Misshandler erstattungspflichtig zu machen, was die Sicherheit der Frau bedroht.

Problematisch ist auch die befristete Kostenübernahme für Traumatherapien durch die Krankenkassen.

3.3.9 Fehlende Ressourcen

Ein weiteres Problem der Anti-Gewalt-Einrichtungen ist der Mangel an Zeit, Personal und Geld. Persönliche Beratungen können deswegen nicht immer rund um die Uhr bzw. ausreichend angeboten werden. Frauen können nicht immer und überallhin begleitet werden, auch wenn dies oft erforderlich wäre.

3.3.10 Unterschiedlichkeit der Hilfesysteme

Ein weiteres Problem ist das Aufeinandertreffen zweier unterschiedlicher Hilfesysteme. Die Anti-Gewalt-Einrichtungen arbeiten auf der Basis von Freiwilligkeit und Selbstbestimmtheit der Frauen.

Dies gilt im Grundsatz auch für das psychiatrische Versorgungssystem, in dem darüber hinaus jedoch in Einzelfällen durch Entscheidungen der Gerichte auch eine Einschränkung der persönlichen Bewegungsfreiheit zum Schutz der Person angeordnet werden kann.

§ 8 Gesetz für psychisch Kranke (PsychKG)
Psychisch Kranke können ... gegen oder ohne ihren Willen nur untergebracht werden, wenn und solange sie durch ihr krankheitsbedingtes Verhalten ihr Leben, ernsthaft ihre Gesundheit oder besonders bedeutende Rechtsgüter anderer in erheblichem Maße gefährden und diese Gefahr nicht anders abgewendet werden kann. Die fehlende Bereitschaft, sich behandeln zu lassen, rechtfertigt für sich allein keine Unterbringung.

Nicht zuletzt sind die existierenden Hilfeangebote häufig nicht bekannt, die Systeme wirken unübersichtlich.

4 Bestandsaufnahme

4.1 Vorgehen

Parallel zur Beschreibung der bestehenden Probleme verständigte sich die AG über die Methodik zur Entwicklung von Erhebungsinstrumenten für die Untersuchung des ambulanten, komplementären und klinischen Bereichs und der Anti-Gewalt-Einrichtungen; außerdem sollte auch ein Meinungsbild von betroffenen Frauen zur Versorgungssituation in Berlin abgebildet werden.

Für die Befragung wurden folgende Bereiche ausgewählt:

- Sozialpsychiatrische Dienste der Bezirke
- Berliner Krisendienst
- Berliner Krankenhäuser mit Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychotherapie
- Anti-Gewalt-Einrichtungen
- Freie Träger der psychiatrischen Versorgung
- Betroffene Frauen

Angesichts der unterschiedlichen Befragungsbereiche war von vornherein das Erfordernis differenzierter, auf die jeweilige Einrichtung bzw. den Personenkreis zugeschnittener Fragebögen deutlich. Hierbei galt als Richtschnur, ein möglichst großes Maß an übereinstimmenden Kernelementen in jedem Fragebogen vorzuhalten bei gleichzeitiger Berücksichtigung der jeweiligen Besonderheiten des Befragungsbereichs. So sollte eine Vergleichbarkeit der Ergebnisse realisiert werden.

Vor diesem Hintergrund hat eine Kleingruppe⁷ zuerst ein Grundgerüst von Fragen entwickelt, welches den Kern aller Fragebögen⁸ bildete. Dieses Grundgerüst wurde im Plenum der AG diskutiert, modifiziert und letztlich als Basis für die im Einzelnen noch zu erarbeitenden Fragebögen definiert.

In der Folge wurden in fünf Unterarbeitsgruppen differenzierte Fragebögen entwickelt, die im Plenum der AG im Zeitraum Mai - September 2005 eingehend erörtert wurden. Alle Fragebögen sind das Produkt eines intensiven Diskussionsprozesses, an dessen Ende ein Konsens erreicht werden konnte.

Dem Versand vorgeschaltet war für alle Fragebögen eine kurze Testphase, in der sowohl Einrichtungen als auch Betroffene den für ihren Bereich konzipierten Erhebungsbogen auf Verständlichkeit, Plausibilität u.ä. prüften. Aufgrund der eingegangenen Rückmeldungen wurden die Fragebögen verändert.

⁷ bestehend aus einer Vertreterin eines freien Trägers in der psychiatrischen Versorgung, einer Vertreterin einer Anti-Gewalt-Einrichtung und einer Vertreterin der Senatsverwaltung für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz

⁸ Ausgenommen war hiervon die Betroffenenbefragung, da hierfür ein anderes Raster entwickelt werden musste.

Im Oktober 2005 erfolgte der Versand der Fragebögen, der Rücklauf war für November 2005 terminiert. Bei der Steuerung des Rücklaufs stellte sich heraus, dass der Zeitraum für die Beantwortung der Fragebögen zu kurz bemessen war. In vielen Fällen gestaltete sich das Ausfüllen erheblich aufwändiger als erwartet, so dass die letzten Rückläufe erst Anfang 2006 eingingen.

Für die Betroffenenbefragung musste sowohl vom grundsätzlichen Fragenraster als auch von der ursprünglichen Zeitachse abgewichen werden. Mit dem für diese Erhebung zu entwickelnden Fragebogen sollte ein größtmögliches Maß an Anonymität für die Antwortenden sichergestellt und die Gefahr von Verzerrungen, wie in direkten/persönlichen Befragungssituationen teilweise zu beobachten, vermieden werden. Hier erfolgte die Verteilung des Fragebogens Anfang 2006, der Rücklauf wurde bis Mitte März 2006 erwartet. Auch hier verzögerten sich die Rückläufe erheblich, so dass später als geplant mit der Auswertung begonnen werden konnte.

Als koordinierender Stelle oblagen der Senatsverwaltung für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz der Versand sowie die Steuerung des Rücklaufs aller Fragebögen wie auch die Erfassung und Auswertung aller Befragungsbereiche.

Die AG hielt auch die Befragung von Projekten und Einrichtungen, die vorrangig/hauptsächlich auf die Unterstützung von Migrantinnen fokussiert sind, für notwendig, um ein umfassendes Bild zu erhalten. Jedoch musste aufgrund der nicht kostenneutral zu lösenden Übersetzungsfrage darauf verzichtet werden, den Fragebogen betroffenen Frauen ohne ausreichende Deutschkenntnisse zugänglich zu machen.

4.1.1 Struktur des Fragebogens

Ausgangspunkt für das Grundgerüst des Fragebogens war die Überlegung, dass es in Berlin zwar ein engmaschiges psychiatrisches Hilfesystem und eine Reihe von Angeboten für von Gewalt betroffene Frauen gibt, davon aber nicht alle Frauen gleichermaßen profitieren können. Hemmnisse wie z.B. Sprachbarrieren, räumliche Unzugänglichkeiten aber auch vielfältige Ängste bei den Betroffenen führen dazu - so die Ausgangsthese der AG - dass insbesondere Frauen mit Kindern, Frauen mit Migrationshintergrund, Frauen mit Behinderungen und lesbische Frauen Schwierigkeiten haben, auf ihre jeweilige Situation zugeschnittene Angebote zu erhalten. Daher sollte der Fragebogen die Versorgungssituation von psychisch kranken Frauen mit Gewalterfahrung insgesamt und darüber hinaus speziell von Frauen mit Kindern, Frauen mit Migrationshintergrund, behinderten Frauen und lesbischen Frauen deutlich machen.

Weitere Ausgangsthesen der AG bezogen sich auf vermutete Defizite im Zusammenwirken der verschiedenen Hilfesysteme (ambulant/stationär; psychiatrisches Versorgungssystem/Anti-Gewalt-Einrichtungen), auf fehlende Spezialangebote sowie auf Informations- und Wissensdefizite über die möglichen Folgen einer Gewalterfahrung für die psychische Gesundheit und damit zusammenhängend einem Mangel an Kooperationspartnern (s. dazu auch S. 11 ff – Erfahrungen der AG-Mitglieder).

Letztlich sollte die Erhebung auch dazu beitragen, weitere Anhaltspunkte für die zahlenmäßige Relevanz der Problematik zu erhalten.

Vor diesem Hintergrund konzentrierte sich die Erhebung auf folgende Aspekte:

- Erreichbarkeit / Öffnungszeiten / Barrierefreiheit von Einrichtungen
- Aufgaben und Schwerpunkte der Einrichtungen
- Kapazitäten der Einrichtungen und Anzahl der Klientinnen/Nutzerinnen
- Erfahrungen mit psychisch kranken/psychiatriebetroffenen Frauen mit Gewalterfahrung
- Beschreibung der Zielgruppe, z.B.: Alter, Herkunft
- Thematisierung der Gewalterfahrung / psychische Beeinträchtigungen/Erkrankungen / spezialisierte Angebote für die Zielgruppe
- Schwierigkeiten und Grenzen in der Hilfeleistung / Defizite im Hilfesystem
- Vermittlungswege und Kooperationen
- Qualifikation, (Fremd)-Sprachenkompetenzen und Fortbildungsstand der Mitarbeiterinnen/Mitarbeiter von Einrichtungen im Zusammenhang mit Gewalterfahrung und Psychiatrieerfahrung/Psychiatriebetroffenheit

Korrespondierend dazu wurde der Betroffenenfragebogen entwickelt; die Intention war identisch: Auch hier sollte ausgelotet werden, was und wen betroffene Frauen als unterstützend oder negativ erlebt haben, wo sie Verbesserungsbedarf sehen, welche Vorschläge sie dazu entwickeln und wie sie Informationen über Unterstützungsangebote einholen.

Für die Betroffenenbefragung standen daher folgende Fragen im Vordergrund:

- Welche Einrichtungen des psychiatrischen Hilfesystems sind bekannt und wurden im Zusammenhang mit der Gewalterfahrung und deren Folgen in Anspruch genommen?
- Welche Anti-Gewalt-Einrichtungen oder anderen Institutionen / Beratungsstellen sind bekannt und wurden im Zusammenhang mit der Gewalterfahrung und deren Folgen in Anspruch genommen?

- Was wurde als unterstützend oder negativ erlebt? Was sind die wichtigsten Punkte für eine gute, sinnvolle Unterstützung?
- Welche Verbesserungsvorschläge gibt es?
- Was sind die wichtigsten Informationswege und Informationsquellen für Betroffene?

Wichtig war darüber hinaus für alle Fragebögen eine gute Balance zu finden zwischen den vielfältigen Informationswünschen einerseits und dem in die Beantwortung zu investierenden Aufwand und damit verbunden der Länge/Komplexität des Fragebogens andererseits. Um hier einen guten Kompromiss zu finden und gleichzeitig ein möglichst hohes Maß an vergleichbaren Antworten zu erhalten, wurde überwiegend mit Antwortvorgaben (Auswahllisten) gearbeitet. Durchgängig wurde die Anzahl der offenen Fragen gering gehalten.

Die Muster der entwickelten Fragebögen sowie die dazu gehörigen Anschreiben sind im Materialband enthalten.

Ursprünglich war geplant, die Angaben der Institutionen und Einrichtungen zu veröffentlichen. Dementsprechend wurden alle Antwortenden vorab um ihre Einwilligung gebeten. Im Zuge der Auswertung der Befragungen ist die AG jedoch von diesem Vorhaben abgerückt, da einige Angaben nur im Gesamtkontext der Antworten des jeweiligen Fragebogens nachvollziehbar sind. Die Nennung von Einrichtungen ist nur noch an den Stellen wiedergegeben, an denen z.B. aus Fragebögen zitiert wurde oder wo besondere Angebote u.ä. benannt wurden.

Die nachfolgenden Texte enthalten bereits bewertende Aussagen zu ausgewählten Befragungs- bzw. Auswertungsteilen. Die detaillierten Auswertungen sind im Einzelnen im Materialband nachzulesen. Sie enthalten Aussagen zu jeder Frage in chronologischer Reihenfolge.

4.2 Befragung der Berliner Krankenhäuser mit Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychotherapie

Für die Versorgung von psychisch erkrankten Menschen im Land Berlin besteht das Prinzip der regionalisierten/bezirklichen Pflichtversorgung, darauf ist auch die Zuordnung der klinischen Behandlungskapazitäten ausgerichtet.

Als ein wesentlicher Bestandteil des Hilfesystems wird in jeder Versorgungsregion/jedem Bezirk mindestens ein klinischer Standort vorgehalten. Jeder Standort hat dabei die Pflichtversorgung für die drei klassischen Psychiatriebereiche (Allgemeinpsychiatrie, Gerontopsychiatrie und Sucht) abzudecken. Die Krankenhausplanung macht hierzu keine weiteren Organisationsvorgaben. Die Gliederung der Abteilungen und Kliniken sowie die Festlegung von Schwerpunkten bzw. die Etablierung von speziellen Ange-

boten für ausgewählte Zielgruppen haben sich dabei vorrangig nach den Behandlungsnotwendigkeiten der Bevölkerung aus der jeweiligen Pflichtversorgungsregion zu richten.

Für die Entwicklung des Fragebogens für diesen Bereich war es von besonderem Vorteil, dass verschiedene AG Mitglieder in Krankenhäusern tätig waren bzw. sind. Die Unterarbeitsgruppe bestand aus einer Oberärztin einer psychiatrischen Klinik, einer Vertreterin eines Sozialpsychiatrischen Dienstes und zwei Vertreterinnen der Senatsverwaltung für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz. Der Fragebogen wurde mit einem Begleitschreiben an 18 Berliner Krankenhäuser mit entsprechenden Fachabteilungen verschickt.

Rücklauf

Von den 18 Berliner Krankenhäusern mit Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychotherapie haben sich 10 Krankenhäuser (55%) an der Befragung beteiligt, damit wurden ca. 45 % der in diesem Zeitraum in allen psychiatrischen Abteilungen und Kliniken der Plankrankenhäuser vorhandenen vollstationären Betten und teilstationären Plätze in die Betrachtungen einbezogen.

Damit liefert die Befragung relevante Informationen und Hinweise zu in den Krankenhäusern besonders wahrgenommenen Problembereichen (z.B. Verständigungsprobleme mit Patientinnen mit Migrationshintergrund) und zur Vernetzung und Kooperation im nachstationären Bereich.

Zahl der Patientinnen

Von ihrem jährlich rund 15.000 Personen umfassenden Klientel sind knapp die Hälfte Frauen (rund 47%). Eine verschiedene Geschlechterdominanz ist nur in den Krankenhäusern feststellbar, die über ein spezialisiertes Angebot verfügen (z.B. Borderline-Station mit höherem Anteil an Patientinnen, Station für Entzugsbehandlungen mit höherem Anteil an Patienten).

In vier Krankenhäusern beträgt der Anteil an Patientinnen mit Migrationshintergrund 20% und mehr, ein Wert, der deutlich über dem Anteil der Migrantinnen (rund 13%) an der weiblichen Bevölkerung Berlins liegt. Diese kommen am häufigsten aus der Türkei.

Die stark schwankenden Angaben (3% bis 35%) korrespondieren mit dem Anteil der ausländischen Wohnbevölkerung in der Region: In Weißensee ist die ausländische Wohnbevölkerung nur mit 3% vertreten, dies entspricht exakt dem vom St. Joseph-Krankenhaus übermittelten Wert für ihre Patientinnen mit Migrationshintergrund. Ähnliches gilt für den von der Psychiatrischen Universitätsklinik der Charité im St. Hedwig-Krankenhaus übermittelten Wert von 35%; in Moabit liegt der Anteil von Menschen mit Migrationshintergrund an der Wohnbevölkerung bei rund 30%.

Die Frage nach der Zahl der Patientinnen mit Behinderungen, haben 8 Krankenhäuser mit erheblichen Unterschieden zwischen 0,2% und 35% beantwortet, ohne dass hierfür eine plausible Erklärung gefunden werden kann.

Die von 4 Krankenhäusern übermittelten niedrigen Werte von bis zu 5% deuten darauf hin, dass andere Behinderungen im Zusammenhang mit der im Vordergrund stehenden aktuellen medizinischen Erstdiagnose nur dann wahrgenommen werden, wenn sie für die gegenwärtige Behandlung relevant sind.

Der Hinweis eines Krankenhauses, dass dies nicht erfasst wird und die als Schätzwert ausgewiesenen Angaben eines weiteren Krankenhauses deuten darauf hin, dass Fragen in diesem Kontext nicht überall Bestandteil der allgemeinen Anamnese sind.

Die Angaben der 6 Krankenhäuser, die Werte zur Anzahl lesbischer Patientinnen übermittelt haben, liegen im Bereich von 0%-7%. Verallgemeinerbare Aussagen lassen sich aus diesem geringen Rücklauf nicht ableiten. Die Angabe 0% könnte als Hinweis auf eine nicht erfolgende Erfassung oder als für die Behandlung nicht relevant interpretiert werden.

Aufmerksamkeit in den Krankenhäusern für die Zielgruppe psychisch kranke Frauen mit Gewalterfahrung / Thematisieren von Gewalt

Alle Befragten haben Erfahrung mit gewaltbetroffenen psychisch kranken Frauen. Die Mehrheit der Krankenhäuser schätzt diesen Anteil auf mehr als 10%, zwei Kliniken schätzen ihn auf mehr als ein Drittel der behandelten Frauen. Gewaltbetroffenheit nehmen die Krankenhäuser vor allem bei jüngeren Frauen wahr. In den Kliniken wurde sowohl aktuelle als auch in der Biographie erlebte Gewalt durchgängig thematisiert. Einen besonderen Bedarf für die Zielgruppe sehen nur einzelne Kliniken z.B. durch sozialarbeiterische Betreuung oder spezielle Therapieformen.

Die Antworten aus den Krankenhäusern deuten darauf hin, dass das Thema Gewalt dort „angekommen“ ist und ein Problembewusstsein besteht. Die Frage nach Erfahrungen im Umgang mit der Zielgruppe gehört zusammen mit der Frage, wie von aktueller oder früherer Gewalt erfahren wird, zu den wenigen, die von allen Krankenhäusern beantwortet wurde. Die Zielgruppe wird klar wahrgenommen, Gewalt wird von den meisten Krankenhäusern thematisiert, entweder als Bestandteil der Anamnese oder durch entsprechende Nachfragen.

9 von 10 Krankenhäusern haben eine Einschätzung, bei wie vielen ihrer Patientinnen eine Gewalterfahrung vorliegt; auch dies deutet auf eine gewachsene Sensibilität für die Zielgruppe hin.

Eine Erklärung für die stark variierenden Angaben zum Anteil der Zielgruppe - die Angaben reichen von unter 5% bis zu 30%-49% - konnte nur punktuell gefunden werden.

Zu vermuten ist, dass der besonders niedrige Wert einer Tagesklinik damit zusammenhängt, dass das Angebot nicht für besonders schwere Krankheitsfälle geeignet ist; der hohe Wert, der von der Universitätsklinik der Charité im St. Hedwig - Krankenhaus in Moabit übermittelt wurde, könnte

mit dem spezialisierten Angebot für die Zielgruppe zusammenhängen. Hier kommen mehrere Faktoren zusammen: Ein spezialisiertes Angebot, das sich zudem an türkische Frauen richtet, der in Berlin quantitativ am stärksten vertretenen ausländischen Bevölkerungsgruppe; der hohe Anteil der türkischen Wohnbevölkerung in Moabit; und ein besonders niedriger Sozialindex des Bezirks Mitte.

In der Tendenz zeigt sich, dass Krankenhäuser mit Spezialangeboten und stationären bzw. teilstationären geringen Kapazitäten ihre Patientinnen offenbar häufiger fragen und daher mehr erfahren; dies könnte aber auch mit der längeren Verweildauer in spezialisierten Bereichen zusammenhängen.

Beschreibung der Zielgruppe / Merkmale wie Alter, im Vordergrund stehende Krankheitsbilder

Eine Aussage zur Altersstruktur der Patientinnen lässt sich nur bedingt treffen, da nur von 4 Krankenhäusern differenzierte Altersangaben vorliegen. Diese 4 Krankenhäuser versorgen vorwiegend gewaltbetroffene Patientinnen im Alter von 18-39 Jahren. Weitere 3 Krankenhäuser benennen, dass alle Alterskategorien - also auch die über 40-Jährigen - gleichermaßen vertreten sind. Dies deutet darauf hin, dass der Zusammenhang psychische Erkrankung und Gewaltbetroffenheit eher bei jüngeren Frauen wahrgenommen wird.

Zur Frage der im Vordergrund stehenden psychischen/psychiatrischen Krankheitsbilder haben sich die Krankenhäuser umfassend geäußert. Das daraus ableitbare Bild (die gleiche Anzahl der Nennungen - jeweils 7-entfiel auf Persönlichkeitsstörungen, affektive Störungen, Angst- und Anpassungsstörungen) zeigt viel Übereinstimmung mit dem diesbezüglichen Ranking der Sozialpsychiatrischen Dienste (1. Persönlichkeitsstörungen, 2. Abhängigkeitserkrankungen, 3. Angst- und Anpassungsstörungen).

Besonderes Problem: Sprach- und Kulturbarriere

Entsprechend der Bevölkerungsstruktur Berlins spielt in den Krankenhäusern ein türkischer Migrationshintergrund bei den Patientinnen nichtdeutscher Herkunft die entscheidende Rolle: Dieser wird von allen 9 Krankenhäusern, die geantwortet haben, benannt.

Auf den ersten Blick scheint es, als ob die Verständigungsproblematik von den Krankenhäusern sehr unterschiedlich wahrgenommen wird: Einen Pol bilden 3 Krankenhäuser mit der Angabe, dass lediglich mit 2% der Patientinnen eine Verständigung auf deutsch nicht möglich sei; dem steht als Gegenpol die Angabe von 3 anderen Krankenhäusern gegenüber, die dieses Problem für 20% bzw. 35% bzw. 60% ihrer Patientinnen mit Migrationshintergrund benennen.

Bei der genauen Betrachtung ergibt sich, dass die Krankenhäuser mit einem nur kleinen Anteil an Patientinnen mit

Migrationshintergrund (3%-5%) die Verständigungsschwierigkeiten im Bereich von 2% benannt haben. Die Krankenhäuser mit Verständigungsproblemen im Bereich von 20% und mehr haben alle einen hohen Anteil Migrantinnen unter den Patientinnen aus der Zielgruppe.

Es ist zu vermuten, dass die Krankenhäuser die Frage unterschiedlich interpretiert haben: Einige scheinen die Formulierung dahingehend verstanden zu haben, dass hier erfragt werden soll, mit wie vielen Patientinnen insgesamt eine Verständigung auf deutsch nicht möglich ist (Angabe eines Krankenhauses: Anteil der Patientinnen mit Migrationshintergrund: 3% / Anteil der Patientinnen, mit denen eine Verständigung auf deutsch nicht möglich ist: 2%). Andere Krankenhäuser scheinen ihre Angabe tatsächlich nur auf die Patientinnen mit Migrationshintergrund bezogen zu haben (Angabe eines Krankenhauses: Anteil der Patientinnen mit Migrationshintergrund: 35% / Anteil der Patientinnen, mit denen eine Verständigung auf Deutsch nicht möglich ist: 60%)

Allerdings stellt die Behandlung von Patientinnen, mit denen eine Verständigung auf deutsch nicht oder nur eingeschränkt möglich ist, eine besondere Schwierigkeit dar, da Psychiatrie/Psychotherapie eine Disziplin der Medizin ist, in der eine gute sprachliche Verständigung eine herausragende Bedeutung hat.

Vor diesem Hintergrund kommt den muttersprachlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiterinnen mit Fremdsprachenkenntnissen in den Krankenhäusern eine ganz entscheidende Rolle zu. Eine genaue Betrachtung ergibt: Zum weit überwiegenden Teil können die Krankenhäuser, die an der Befragung teilgenommen haben, auf Mitarbeiterinnen mit den Sprachkenntnissen zurückgreifen, die exakt vor Ort - dem häufigsten Migrationshintergrund entsprechend - benötigt werden (insgesamt liegen 21 Nennungen zum Migrationshintergrund vor; dazu gibt es 14 Übereinstimmungen hinsichtlich der vorhandenen Sprachkenntnisse); das gesamte benötigte (Fremd-) Sprachenspektrum kann aber nicht abgedeckt werden (fehlend: türkisch / 2 Krankenhäuser, serbokroatisch / 2 Krankenhäuser, arabisch / 1 Krankenhaus, iranische Sprachen / 1 Krankenhaus).

Obwohl Sprachkompetenzen in einem hohen Maß vertreten sind, geben 7 von 10 Krankenhäusern an, auch Dolmetscherinnen und Sprachmittlerinnen einzusetzen. Damit wird der hohe Stellenwert, den das Verständigungsproblem einnimmt, unterstrichen.

Die Sprach- und Kulturbarriere spielt auch bei der Benennung von Defiziten im Hilfesystem durch die Krankenhäuser und der Formulierung von Wünschen hinsichtlich weiterer Kooperationen eine wichtige Rolle: muttersprachliche Ärztinnen oder Beraterinnen oder Therapeutinnen werden hier genannt, ebenso besteht der Wunsch nach Kontakt zu einem türkischen Frauenhaus. Ein Fonds zur Finanzierung von Dolmetscherinnen im Bedarfsfall wird ebenfalls thematisiert.

Vor diesem Hintergrund lassen sich folgende Handlungsempfehlungen ableiten:

- Stärkung der interkulturellen Kompetenz in den Krankenhäusern
- Aufbau von Kooperationen zwischen Krankenhäusern und muttersprachlichen Therapeutinnen / niedergelassenen Ärztinnen etc.
- Verbesserung der Informationen für Krankenhäuser über Anlaufstellen für Migrantinnen in diesem Kontext
- Intensivierung der Kontakte zwischen den Krankenhäusern und dem Gemeindedolmetschdienst

Die Verständigung im Falle einer Hör- bzw. Sprachbehinderung scheint dagegen mit keinem besonderen Problem verbunden zu sein: Hier werden zum überwiegenden Teil ähnliche Lösungswege von den Krankenhäusern skizziert (Gebärdendolmetscherin hinzuziehen, Mimik/Gestik).

Sichtweisen der Krankenhäuser zum spezifischen Bedarf für die Zielgruppe, eigene Angebote, Berücksichtigung der Gewalterfahrung bei der nachstationären Behandlung

Die Antworten der 8 Krankenhäuser zur Frage des spezifischen Bedarfes lassen sich drei Bereichen zuordnen. Thematisiert werden:

1. Zeit- und Personalprobleme in den Krankenhäusern (und damit einhergehend zu wenig Zeit für die Patientinnen und das Thematisieren von Gewalt)
2. Angebote von Gesprächsgruppen für Betroffene in den Krankenhäusern
3. gute Nachsorge

In einigen Kliniken gibt es besondere Angebote für gewaltbetroffene psychisch kranke Frauen, z.B. ein Traumatherapiemodul, Gesprächs- und „nonverbale“ Therapien, eine Gesprächsgruppe speziell für türkische Frauen, eine Klinik setzt sich außerdem für den Opferschutz ein.

Die meisten Kliniken berücksichtigen die Gewalterfahrung der Frauen entweder in der Therapie oder bei der Planung der nachstationären Versorgung.

In der Tendenz haben diejenigen Krankenhäuser, die besondere Angebote für gewaltbetroffene psychisch kranke Frauen vorhalten, einen eher höheren Anteil (mindestens 10%-29%) aus der Zielgruppe an ihren Patientinnen.

Die Antworten der Krankenhäuser zeigen ein Problembewusstsein für die Zielgruppe, spiegeln aber auch die Erkenntnis wider, dass im Krankenhaus nur eingeschränkt eine Aufarbeitung der Gewalterfahrung möglich ist. Die klinische Behandlung von psychisch kranken Frauen mit Gewalterfahrung erfolgt im Rahmen der regionalisierten psychiatrischen Pflichtversorgung; spezialisierte Angebote sind daher kein Standard.

Aus den Antworten der meisten Krankenhäuser ist ferner erkennbar, dass sie sich nachhaltig mit der Frage der

nachstationären Betreuung auseinandersetzen und die Gewalterfahrung dabei in die entsprechenden Planungen einbezogen wird. Dies deutet auf eine gefestigte Nachsorgestrategie hin. (Zwei Krankenhäuser mit wenig Klientel aus der Zielgruppe haben allerdings ausgeführt, dass die Gewalterfahrung für die nachstationäre Behandlung kaum bzw. keine Rolle spielt).

Defizite im Hilfesystem

Zur Verbesserung der Versorgung gewaltbetroffener psychisch kranker Frauen sehen die Kliniken - neben den bereits erwähnten Unterstützungswünschen zur Erleichterung der Verständigung mit Patientinnen mit eingeschränkter deutscher Sprachkompetenz - folgende Notwendigkeiten (Zitate):

- ambulante Traumatherapeutinnen mit kurzen Wartezeiten
- Übergangswohneinrichtungen für Frauen, die psychisch zu labil sind für die Anforderungen der Frauenwohnstatt oder der Frauenhäuser
- Einrichtungen für psychisch kranke Frauen, in denen deren Kinder mitbetreut werden können
- Vernetzung, Kommunikation, Kooperation, gem. Forum der Hilfeeinrichtungen
- Niedrigschwellige Angebote für psychisch kranke Frauen mit Gewalterfahrung, z.B. Wohngruppen mit professioneller Betreuung; ambulante Traumatherapie
- Größere Bereitschaft, auch auf die "Täter" therapeutisch zuzugehen

Qualifikation der Beschäftigten und Fort- und Weiterbildung

Die nachgefragten Qualifikationen sind fast vollständig in allen Krankenhäusern vertreten. Die nur in 5 Krankenhäusern vertretene Qualifikation „zertifizierte/r Traumatherapeut/in“ ist überall dort präsent, wo die entsprechenden Spezialangebote vorgehalten werden.

Hinsichtlich der Inanspruchnahme von Fort- und Weiterbildungen ergibt sich zu den einzelnen Bereichen ein differenziertes Bild: Während der Fort- und Weiterbildungsstand zu den Themenfeldern psychische Erkrankungen, Trauma und Gewalt ausgeprägt ist, trifft dies in den anderen Bereichen nicht zu.

Die Themen interkulturelle Kompetenz, Behinderungen und spezielle Problemlagen lesbischer Frauen stehen augenscheinlich nicht im Vordergrund. Dies ist gerade am Punkt der interkulturellen Kompetenz umso erstaunlicher, wird doch von mehreren Krankenhäusern hierzu ein hoher Problemdruck thematisiert. Dieser mündet aber nicht folgerichtig in eine Inanspruchnahme von entsprechenden Fortbildungen.

Frauen mit Behinderungen und lesbische Frauen werden offenbar in den Krankenhäusern nicht als „Problemgruppe“ wahrgenommen; die Hinweise auf den mangelnden Bedarf

korrespondieren mit den zum Teil sehr geringen Angaben zum Anteil der Patientinnen mit Behinderungen bzw. zum Anteil lesbischer Frauen.

Es wäre wünschenswert, wenn für diese Themen trotz der teilweise kleinen Patientinnenzahlen in den Krankenhäusern mehr Aufmerksamkeit erreicht werden könnte.

Vermittlung und Vernetzung / Kooperationen / weitere Vorschläge und Anmerkungen

Patientinnen werden nicht nur vom psychiatrischen Hilfesystem, sondern auch von Anti-Gewalt-Einrichtungen und Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe an die Kliniken vermittelt. Diese wiederum vermitteln nachstationäre Hilfen nicht nur in das ambulante psychiatrische Hilfesystem, sondern auch zu Anti-Gewalt-Einrichtungen und zu Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe.

Bemerkenswert ist die gute und facettenreiche Vernetzung zwischen den Krankenhäusern und den verschiedenen Akteuren im Kontext psychisch kranker Frauen mit Gewalterfahrung. Die Vermittlung funktioniert offenbar in beide Richtungen (z.B. Vermittlung von Patientinnen durch Anti-Gewalt-Einrichtungen in die Krankenhäuser und umgekehrt vom Krankenhaus an Anti-Gewalt-Einrichtungen).

Dass einzelne Krankenhäuser konkrete Einrichtungen benannt haben, deutet darauf hin, dass sie ihre speziellen Ansprech- und Kooperationspartnerinnen haben.

Auch die Angaben zur Vernetzung deuten auf eine funktionierende Kooperation vor Ort hin, die Benennung von einzelnen Einrichtungen unterstreicht die offenbar vorhandenen Strukturen. Ebenfalls deutlich wird die klare Einbindung der Krankenhäuser in die entsprechenden Gremien wie die bezirklichen PSAGen, Gemeindepsychiatrischen Verbände usw.

Vor diesem Hintergrund ist es auch nicht erstaunlich, dass nur ein Krankenhaus den Wunsch zur Vernetzung thematisiert (Intensivierung bestehender Kontakte).

Die weiteren Vorschläge und Anmerkungen beziehen sich sowohl auf die innere Struktur der Krankenhäuser (z.B. fehlendes Personal, Fonds zur Finanzierung von Dolmetscherinnen) als auch auf das übrige Hilfesystem und die Sozialbehörden (z.B. direkte zeitnahe Zusammenarbeit mit den Sozialbehörden, schnellere Kostenübernahmen).

4.3 Befragung der Sozialpsychiatrischen Dienste der Bezirke

Die für die Erarbeitung des Fragebogens verantwortliche Unterarbeitsgruppe bestand aus zwei Vertreterinnen der Sozialpsychiatrischen Dienste, einer Vertreterin der Senatsverwaltung für Wirtschaft, Technologie und Frauen und

einer Vertreterin der Senatsverwaltung für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz.

Der Fragebogen wurde mit einem Begleitschreiben an (alle) 22 Standorte des Sozialpsychiatrischen Dienstes verschickt.

Nutzung durch Frauen

16 Standorte aus 10 Bezirken (73%) haben sich an der Befragung beteiligt. Sie betreuen jährlich rund 22.000 Klientinnen und Klienten, davon rd. 47% Frauen.

Der Sozialpsychiatrische Dienst wird im Wesentlichen durch eine Beauftragung von Dritten (Ämter, Angehörige, etc.) tätig und hat nur einen Teil der Klientinnen und Klienten, die selbst den Kontakt aufnehmen.

Nutzung durch Frauen mit seelischen Behinderungen

Hier reichen die Angaben von 40%-95%. Insbesondere die relativ niedrigen Prozentangaben von drei Standorten (40%; 50%; 53%) sind nicht erklärbar.

Räumliche Zugangsbarrieren / Probleme für Rollstuhlfahrerinnen

In der Regel sind die einzelnen Standorte des Sozialpsychiatrischen Dienstes für Rollstuhlfahrerinnen direkt zugänglich.

Ein Problemdruck besteht in der Praxis in den anderen Fällen auch hier nicht. Ein wesentlicher Bestandteil der Leistungen des Sozialpsychiatrischen Dienstes sind Hausbesuche. Darüber hinaus gibt es eine gute Vernetzung und Zusammenarbeit mit der ebenfalls im Gesundheitsamt verankerten Beratungsstelle für Menschen mit Behinderung, über die der Sozialpsychiatrische Dienst z.B. vom konkreten Beratungsbedarf für eine Rollstuhlfahrerin informiert wird und individuelle Lösungen für die Beratung arrangiert werden. Diese gute kollegiale Zusammenarbeit zwischen den Beratungsstellen für Menschen mit Behinderung und den Sozialpsychiatrischen Diensten bezieht sich nicht nur auf körperbehinderte, sondern schließt Menschen mit Sinnesbehinderungen ein.

Zwei Sozialpsychiatrische Dienste haben zur Frage nach Nutzerinnen mit einer anderen Behinderung nur Angaben für geistig Behinderte übermittelt; die Körper- und Sinnesbehinderungen wurden in diesen beiden Standorten nicht erfasst. So erklären sich die auffallend niedrigen Werte (8% bzw. 13%), die von dort zu dieser Frage angegeben wurden.

Bei der Betrachtung der Nutzungszahlen dieser speziellen Zielgruppe ist zu beachten, dass für sie andere Hilfesysteme - insbesondere die Beratungsstellen für Menschen mit Behinderung - eine wesentliche Rolle spielen.

Zugangsbarrieren für Frauen mit einer Hör- bzw. Sprachbehinderung

Hier scheint bei den Diensten kein Problemdruck zu bestehen. In den Sozialpsychiatrischen Diensten erfolgt bei Bedarf die Hinzuziehung von Gebärdendolmetschern/-dolmetscherinnen, darüber hinaus werden Frauen mit einer Hör - bzw. Sprachbehinderung zumeist über die Beratungsstelle für Menschen mit Behinderung betreut.

Sprachliche und kulturelle Zugangsbarrieren / Probleme für Frauen mit Migrationshintergrund

Am häufigsten wurde ein Migrationshintergrund aus der Türkei, den GUS-Staaten und den arabischen Ländern genannt.

5 Sozialpsychiatrische Dienste haben ausgeführt, dass der Anteil der Frauen mit Migrationshintergrund an allen Klientinnen 2% und weniger beträgt. Damit ist ihr Anteil an der Gesamtklientinnenanzahl deutlich geringer als sich dies anhand der regionalen Wohnbevölkerung vermuten ließe. Selbst der Sozialpsychiatrische Dienst Schöneberg, der den Anteil dieser Zielgruppe mit 19% benannt hat, erreicht nicht den Anteil an der Wohnbevölkerung von rund 22%.

Trotz der geringen Zahlen stellt die Sprachbarriere ein Hemmnis dar, denn die Sozialpsychiatrischen Dienste können sich häufig nicht mit den Frauen auf Deutsch verständigen. Zwei Standorte gaben an, dass dies jede zweite Frau mit Migrationshintergrund betreffe. Da türkische und arabische Sprachkenntnisse den Diensten nicht zur Verfügung stehen, ist die Hinzuziehung von Dolmetscherinnen bzw. Sprachmittlerinnen erforderlich. Daher erscheint es folgerichtig, dass als Versorgungsdefizite fehlende Sprachmittler bzw. Dolmetscher genannt werden.

Eine Ursache für die scheinbar geringe Inanspruchnahme des Sozialpsychiatrischen Dienstes durch diese Zielgruppe dürfte darin liegen, dass der Migrationshintergrund nicht systematisch statistisch erfasst und nur ein Teil der Frauen mit Migrationshintergrund als zu dieser Zielgruppe gehörend wahrgenommen wird.

Auf der anderen Seite dürfte aber auch eine Sprachbarriere als Zugangshürde empfunden werden. Die vorhandenen Fremdsprachenkenntnisse und wenigen Muttersprachlerinnen (polnisch und russisch) in den sozialpsychiatrischen Diensten „passen“ nicht zu den Sprachen, die dort dringend gebraucht werden: türkisch, serbisch/bosnisch/kroatisch, arabisch.

Insbesondere für Bezirke mit einem hohen Ausländeranteil sollte es daher ein Ziel sein, muttersprachliche Mitarbeiterinnen für die Sozialpsychiatrischen Dienste zu gewinnen. In diesem Zusammenhang sind auch die Antworten zur Frage, wie hoch der Prozentsatz der Frauen, mit denen eine Verständigung auf Deutsch nicht möglich ist, interessant. Die Angaben reichen hier von unter 1% bis zu 50%. Hier werden unterschiedliche Interpretationen der Frage offenbar: Eine umgangssprachliche Verständigung lässt sich selbst bei nur rudimentären Sprachkenntnissen oft

noch herstellen; geht es aber um die Klärung inhaltlicher Fragen im Zusammenhang mit Krankheitsbildern oder gutachterliche Stellungnahmen ist eine 1:1 Übersetzung durch neutrale Dolmetscherinnen/Sprachmittlerinnen erforderlich.

Zugangsbarrieren / Probleme für lesbische Frauen

Auffallend ist, dass diese Frage kaum - nur von 2 Sozialpsychiatrischen Diensten - beantwortet wurde. Da lesbische Frauen sich erfahrungsgemäß nicht ohne weiteres selbst zu erkennen geben, werden sie in den Diensten praktisch nicht wahrgenommen.

Nutzung durch psychisch kranke Frauen mit Gewalterfahrung / Thematisierung von Gewalt

Insgesamt ist festzustellen, dass die Zielgruppe „ankommt“ und wahrgenommen wird. Im Einzelnen:

Fast alle Sozialpsychiatrischen Dienste haben Erfahrungen mit gewaltbetroffenen psychisch kranken Frauen, fast ein Drittel der Standorte schätzt den Anteil auf über 50% bezogen auf alle Klientinnen, ein weiteres Drittel schätzt ihn auf weniger als 10%, wobei die geringen Prozentangaben ausschließlich von Diensten im östlichen, die von mehr als 50% aus westlichen Bezirken stammen.

In fast allen Diensten wurde sowohl aktuelle als auch in der Biographie erlebte Gewalt thematisiert. Am häufigsten wurde benannt, dass die Klientin von selbst darüber berichtet. Bei nahezu 2/3 der Standorte gehört diese Frage zur Anamnese.

Bei den Angaben zum Anteil der psychisch kranken Frauen mit Gewalterfahrung ist ein deutliches Ost / West -Gefälle erkennbar: 5 östliche Standorte benennen einen Anteil von bis zu 9%, 4 westliche Standorte beziffern diesen mit 30% - 49% bzw. über 50%. Nur ein Standort aus den östlichen Bezirken - Prenzlauer Berg - benennt einen ebenfalls hohen Anteil, konkret 30% - 49%.

Ursache dieser deutlichen Unterschiede könnte in einer noch nicht so stark ausgeprägten Sensibilität für das Thema in den östlichen Bezirken liegen. Die jahrzehntelange Tabuisierung von Gewalt gegen Frauen und erst spätere Auseinandersetzung mit diesem Thema in der ehemaligen DDR hat offenbar Auswirkungen auf die Wahrnehmung von Problemen in diesem Kontext und deren Bewertung und zwar in beiden Richtungen: Sowohl bei den Beschäftigten des Sozialpsychiatrischen Dienstes als auch bei dessen Klientel aus der dortigen „alteingesessenen“ Wohnbevölkerung.

Allerdings spiegelt sich dieses Ost – West - Gefälle bei der Betrachtung, wie von aktueller Gewalt erfahren wird, nicht wider. 10 Sozialpsychiatrische Dienste weisen dies als Bestandteil ihrer Anamnese aus - darunter 6 Standorte aus den östlichen Bezirken, 4 aus den westlichen Bezirken. Das heißt im Umkehrschluss, dass 4 Standorte in westli-

chen Bezirken und 2 in östlichen Bezirken die Thematisierung von aktueller Gewalt nicht als Standard in ihrer Anamnese vorgesehen haben. Hier wäre eine Veränderung wünschenswert.

Es stellt sich aber zudem die Frage, ob Gewalt möglicherweise so stark tabuisiert ist, dass diese trotz aktiver Befragung bzw. Nachfrage (die Antwortmöglichkeit „durch entsprechende Nachfrage“ wurde von 14 Standorten angekreuzt) nicht benannt wird.

Für die signifikanten Unterschiede zwischen östlichen und westlichen Bezirken könnten noch weitere Ursachen eine Rolle spielen. Ein Erklärungsfeld könnte in dem unterschiedlichen soziokulturellen Hintergrund (z.B. weit höhere Berufstätigkeit von Frauen in der DDR und damit verbunden geringeres Risiko der ökonomischen Abhängigkeit vom Lebenspartner) liegen.

Ebenfalls könnte die unterschiedliche Bevölkerungsstruktur - mit einem deutlich höheren Anteil an ausländischer Wohnbevölkerung in den westlichen Bezirken - eine Rolle spielen: Das Risiko, Opfer von Gewalt zu werden, ist für Frauen mit Migrationshintergrund überdurchschnittlich hoch.

Eine eindeutige Aussage ist aus den Angaben der Befragung allerdings nicht ableitbar.

Beschreibung der Zielgruppe / Merkmale wie Alter, im Vordergrund stehende Krankheitsbilder

Eine verlässliche Aussage zur Altersstruktur der Klientinnen lässt sich nicht treffen, da nur von 4 Standorten differenzierte Altersangaben vorliegen.

Zur Frage der im Vordergrund stehenden psychischen/psychiatrischen Krankheitsbilder haben sich die Dienste umfassend geäußert. Das daraus ableitbare Ranking (1. Persönlichkeitsstörungen, 2. Abhängigkeitserkrankungen, 3. Angst- und Anpassungsstörungen) zeigt viel Übereinstimmung mit den von den Krankenhäusern übermittelten psychischen/psychiatrischen Krankheitsbildern (häufigste Nennungen sind dort: Persönlichkeitsstörungen, affektive Störungen, Angst- und Anpassungsstörungen).

Wie funktioniert die Vermittlungspraxis / Was fehlt im Hilfesystem

Alle beteiligten Dienste vermitteln Klientinnen an Anti-Gewalt-Einrichtungen, mit einer Ausnahme benennen alle auch verschiedene Angebote des psychiatrischen Hilfesystems als Partner in unterschiedlichen Kombinationen. Für die meisten Standorte sind auch Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe Vermittlungspartner.

Die Sozialpsychiatrischen Dienste haben folgende Versorgungsdefizite benannt, die sich auf den Fokus Unterkunft / Wohnen konzentrieren (Zitate):

- „Adäquate Unterbringungsmöglichkeiten für obdachlos gewordene psychisch kranke Frauen mit akuter Gewalterfahrung“;
- „Da weder psychisch kranke noch suchtkranke akut von Gewalt betroffene Frauen in den bestehenden Einrichtungen Aufnahme finden, müsste ein entsprechendes Angebot eingerichtet werden. Dieses Problem ist ungelöst. Die Situation wird noch erschwert, wenn z.B. Pflegebedürftigkeit und/oder Mehrfacherkrankungen (Gehbehinderung, Rollstuhlfahrerin, Frauen mit Demenz) vorliegen. Es kommt vor, dass der gewalttätige Partner gleichzeitig der Pfleger ist.“
- „Notwendige Wohnungsauflösung erschwert die Annahme von Betreuungsangeboten (z.B. TWG)“;
- „Notunterkunft für Chroniker“;
- „stationärer geschützter Frauenbereich für Krisenintervention und stationärer psychiatrisch / psychotherapeutischer Bereich für durch Gewalt traumatisierte Patientinnen“.

Als konkrete Wünsche wurden aktuelle Informationen über spezifische Beratungsangebote und Zufluchtsmöglichkeiten für psychisch kranke Frauen in Gewaltsituationen sowie mehr Kontakt und Information über die Arbeit der verschiedenen Beratungsstellen im Anti-Gewalt-Bereich genannt.

Die Antworten sprechen für ein gutes Versorgungsnetzwerk; die Sozialpsychiatrischen Dienste verfügen augenscheinlich über funktionierende Kontakte und Kooperationen für die Vermittlung und werden auch umgekehrt häufig in Anspruch genommen. Die Inanspruchnahme durch vielfältige Einrichtungen und Behörden dokumentiert die Bedeutung der Dienstleistung, die diese erbringen und ihre wichtige Funktion im psychiatrischen Hilfesystem.

Im Einzelfall eine bedarfsgerechte Lösung zu finden, ist schwierig. Das zeigen die facettenreichen Nennungen auf die Frage, was im Hilfesystem – trotz guter Kooperation – fehlt.

Aus den benannten Defiziten ist erkennbar, dass die Versorgung/Betreuung von Angehörigen, speziell von Kindern ein zentrales Problem darstellt. Dies deckt sich mit den Erfahrungswerten der AG; darüber hinaus wurde auch die Unterbringung von Haustieren als häufiges Problem aus der Praxis benannt. In diesem Zusammenhang wurden die mit den Nennungen verbundenen verschiedenen Lösungsvorschläge diskutiert. Die Realisierungschancen hinsichtlich der Forderung nach stationären Einrichtungen mit Kinderbetreuung wurden wegen des hohen Belastungspotenzials für die Kinder akut psychisch erkrankter Mütter als gering angesehen. Der Bedarf für eine psychiatrisch betreute Krisenwohnung als niedrigschwelliges Angebot wird als Versorgungslücke gesehen.

Die weitere Auseinandersetzung mit dem zentralen Problemfeld Versorgung / Betreuung von Angehörigen (insbesondere Kindern) ist erforderlich.

Das von den Sozialpsychiatrischen Diensten benannte Verständigungsproblem bezogen auf Frauen mit Migrationshintergrund unterstreicht die an anderer Stelle bereits formulierte Forderung nach Stärkung der interkulturellen Kompetenz innerhalb der Dienste durch muttersprachliche Mitarbeiterinnen.

Fort- und Weiterbildung

In den Sozialpsychiatrischen Diensten besteht ein guter Fort- und Weiterbildungsstand. Allerdings werden lesbische Frauen offenbar nicht als besondere Zielgruppe wahrgenommen. Darauf deuten die wenigen Nennungen zu bereits wahrgenommenen Fortbildungen hin und das darüber hinaus nur punktuell artikuliert Interesse an Fortbildungen in diesem Kontext. Eine stärkere Sensibilisierung für die Probleme lesbischer Frauen wäre wünschenswert.

Auf den ersten Blick könnten die eher wenigen Nennungen, die auf Fortbildungen über spezielle Problemlagen behinderter Frauen entfielen, zu ähnlichen Schlussfolgerungen führen. Auf den zweiten Blick ist diese Quote aber erklärbar, da Frauen mit Behinderungen in erster Linie von der ebenfalls im Gesundheitsamt angesiedelten - Beratungsstelle für Menschen mit Behinderung betreut werden und darüber hinaus zwischen den Ämtern eine enge Kooperation besteht.

In den anderen abgefragten Themenfeldern ist der Fort- und Weiterbildungsstand deutlich stärker ausgeprägt. Dies könnte auch ein Grund dafür sein, dass ein weiterer Fortbildungsbedarf nicht nachhaltig artikuliert wird. Die geringe Personalfuktuation in den Sozialpsychiatrischen Diensten führt dazu, dass langjährige Erfahrungswerte vorliegen.

Dennoch ist auffallend, dass die von Einigen formulierten Probleme im Zusammenhang mit Frauen mit Migrationshintergrund zu keinem höheren Interesse an Fortbildungen zur interkulturellen Kompetenz führen.

Vernetzung

Die Angaben der Sozialpsychiatrischen Dienste deuten auf eine gute Vernetzung und Kooperation mit gefestigten Strukturen. Dies korrespondiert auch mit den Angaben zu ihrer Vermittlungspraxis. Der Sozialpsychiatrische Dienst wünscht darüber hinaus jedoch einen Informationsausbau.

Die von einzelnen Diensten benannten Informationswünsche deuten darauf hin, dass der Kenntnisstand sich vor allem auf das eigene Einzugsgebiet bezieht, Angebote in anderen Bezirken bzw. überregionale Angebote nur bedingt wahrgenommen werden. Die Verbesserung des Informations- und Wissensaustausches ist hier daher ein wichtiges Handlungsfeld.

4.4 Befragung des Berliner Krisendienstes

Die für die Erarbeitung des Fragebogens verantwortliche Unterarbeitsgruppe bestand aus zwei Vertreterinnen der Sozialpsychiatrischen Dienste, einer Vertreterin der Senatsverwaltung für Wirtschaft, Technologie und Frauen und einer Vertreterin der Senatsverwaltung für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz.

Es erfolgte die Befragung der 9 Regionen des Berliner Krisendienstes und des überregionalen Bereitschaftsdienstes. Alle Befragten beteiligten sich an der Umfrage, sodass eine Responserate von 100% erreicht wurde.

Nutzung durch Frauen

Der Berliner Krisendienst wird zum großen Teil von Frauen genutzt. Von den rund 30.000 Personen, die sich an die neun Regionen des Berliner Krisendienstes wenden, sind mehr als 60% Frauen, bei einer Schwankungsbreite zwischen 60 und 75%. Die meisten sind im Alter zwischen 28 und 55 Jahren. Ähnliche Angaben übermittelt der überregionale Bereitschaftsdienst. Von seinem jährlich rund 13.500 Personen umfassenden Klientel schätzt er den Anteil der Nutzerinnen auf rund 66%. Hier sind die Nutzerinnen zu meist zwischen 28 und 39 Jahre alt.

Nutzung durch Frauen mit seelischen Behinderungen

Der Berliner Krisendienst hat dazu - bis auf zwei Ausnahmen - einen Anteil von 60-80% angegeben; die deutlich abweichende Angabe von 10% zweier Regionen ist nicht erklärbar und deutet auf eine andere Interpretation der Frage hin.

Räumliche Zugangsbarrieren / Probleme für Rollstuhlfahrerinnen

Zum überwiegenden Teil sind die Räumlichkeiten für Rollstuhlfahrerinnen direkt zugänglich. Ein Problemdruck besteht in der Praxis aber auch in den anderen Fällen nicht: Zum weit überwiegenden Teil erfolgt die Beratung durch den Krisendienst per Telefon. Mangelnde Barrierefreiheit wird im Einzelfall durch mobile Einsätze kompensiert. Vor diesem Hintergrund erscheinen auch die relativ niedrigen Werte der Nutzerinnen mit anderen Behinderungen erklärbar: Im Vordergrund steht die aktuelle Krisensituation, die Frage einer anderen Behinderung ist sekundär.

Zugangsbarrieren für Frauen mit einer Hör- bzw. Sprachbehinderung

Hier scheint kein Problemdruck zu bestehen. Der Berliner Krisendienst bietet verschiedene schriftliche Beratungsformen an, er hat in einer Region eine Gebärdendolmetscherin.

Sprachliche und kulturelle Zugangsbarrieren / Probleme für Frauen mit Migrationshintergrund

Der Berliner Krisendienst wird nur zu einem geringen Anteil von Frauen mit Migrationshintergrund genutzt (Anteil der Nutzerinnen zwischen 5 - 10% / Bevölkerungsanteil in Berlin insgesamt bei rund 12%, in einigen Berliner Stadtteilen über 20%). Demgegenüber steht eine große Bandbreite an Fremdsprachenkenntnissen und Muttersprachlerinnen bei allen Standorten des Berliner Krisendienstes.

Der Berliner Krisendienst weist darauf hin, kaum Verständigungsprobleme zu haben.

Zugangsbarrieren / Probleme für lesbische Frauen

Da lesbische Frauen sich erfahrungsgemäß nicht ohne weiteres selbst zu erkennen geben, werden sie in den Diensten praktisch nicht wahrgenommen.

Nutzung durch psychisch kranke Frauen mit Gewalterfahrung / Thematisierung von Gewalt

Insgesamt ist festzustellen, dass die Zielgruppe „ankommt“ und wahrgenommen wird. Im Einzelnen:

Der Anteil gewaltbetroffener psychisch kranker Frauen, die den Berliner Krisendienst in Anspruch nehmen, wird von den Befragten in der Regel auf unter 10% geschätzt. Alle Standorte befragen ihre Klientinnen nach aktueller oder in der Vergangenheit erlebter Gewalt bzw. erfahren davon durch die betroffenen Frauen. Auch über Dritte (z.B. Angehörige, Polizei, Feuerwehr) erfährt der Berliner Krisendienst von Gewaltbetroffenen.

Aktuelle und früher erlebte Gewalt sind klarer Bestandteil der Nachfragen. Dass von keiner Region die Antwortmöglichkeit „ist Bestandteil der Anamnese“ gewählt wurde, scheint dem Selbstverständnis des Berliner Krisendienstes als niedrigschwelliger Krisenanlaufstelle mit offenem Gesprächs- und Hilfeangebot zu entsprechen. Dies korrespondiert auch mit dem Hinweis an anderer Stelle, dass psychiatrische Diagnosen nur äußerst selten erhoben werden.

Der insgesamt eher kleine Anteil der Zielgruppe an allen Nutzerinnen dürfte damit korrespondieren, dass in einer akuten oder gefühlten Bedrohungssituation andere Hilfesysteme im Vordergrund stehen.

Beschreibung der Zielgruppe / Merkmale wie Alter, im Vordergrund stehende Krankheitsbilder

Die breite Streuung der Altersangaben bezogen auf die Klientinnen zeigt, dass das Beratungsangebot über alle Altersgruppen hinweg eine breite Akzeptanz findet.

Die deutlichen Unterschiede zwischen den Regionen - zwei Regionen haben schwerpunktmäßig Nutzerinnen im Alter

von über 55 Jahren, sechs Regionen dagegen vorrangig Nutzerinnen im Alter von 28-39 Jahren - lassen sich nur schwer nachvollziehen. Eine Ursache könnte in der unterschiedlichen Alterstruktur in den Regionen und mit dem damit zusammenhängenden Risiko von altersspezifischen Krisen (z.B. Vereinsamung im Alter) liegen.

Eine Aussage zu den im Vordergrund stehenden Krankheitsbildern wird vom überwiegenden Teil der Regionen nicht getroffen.

Wie funktioniert die Vermittlungspraxis / Was fehlt im Hilfesystem

Hilfesuchende werden nicht nur vom psychiatrischen Versorgungssystem, sondern auch von Anti-Gewalt-Einrichtungen und Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe an den Berliner Krisendienst vermittelt. Dieser wiederum vermittelt unterstützende Hilfen nicht nur in das psychiatrische Hilfesystem, sondern darüber hinaus auch zu Anti-Gewalt-Einrichtungen und zu Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe. Der Berliner Krisendienst mit seinen Standorten ist im psychiatrischen Hilfesystem und mit Anti-Gewalt-Einrichtungen gut vernetzt.

Für eine bessere Versorgung gewaltbetroffener psychisch kranker Frauen fehlen dem Berliner Krisendienst insbesondere stationäre Einrichtungen mit Kinderbetreuung und schnellere Vermittlungsmöglichkeiten in ambulante Therapien. Außerdem wurden im Einzelfall Krisenwohnungen, stationäre psychotherapeutische Angebote für Frauen mit Persönlichkeitsstörungen, Posttraumatische Belastungsstörung (PTSD) und Borderline-Störungen sowie Angebote für Täterinnen genannt.

Die Antworten sprechen für ein gutes Versorgungsnetzwerk; Der Krisendienst verfügt augenscheinlich über funktionierende Kontakte und Kooperationen für die Vermittlung und wird auch umgekehrt häufig in Anspruch genommen. Für eine gefestigte Kooperationsstruktur spricht zudem, dass Wünsche für weitere Kooperationen nicht benannt wurden.

Trotz der vorhandenen guten Kooperationen zeigen die Nennungen auf die Frage, was im Hilfesystem fehlt, die Schwierigkeit, im Einzelfall eine bedarfsgerechte Lösung zu bieten.

Aus den benannten Defiziten ist erkennbar, dass die Versorgung / Betreuung von Angehörigen, speziell von Kindern ein zentrales Problem darstellt. Die zentrale Forderung des Berliner Krisendienstes ist die Etablierung von stationären Einrichtungen mit Kinderbetreuung. Darüber hinaus hat eine Region Anti-Gewalt-Trainings für Täterinnen angeregt. Diese Forderung verdeutlicht den Mangel, dass zwar die bestehenden Anti-Gewalt-Trainings ebenso von Frauen genutzt werden können, es aber an einem frauenspezifischen Angebot für die konkrete Zielgruppe „Täterinnen“ fehlt bzw. dieses nicht bekannt ist. Hier gibt es Handlungsbedarf. Die Realisierungschancen hinsichtlich der zentralen Forderung - Etablierung von stationären

Einrichtungen mit Kinderbetreuung - wurden seitens der AG als gering angesehen, da damit ein hohes Belastungspotenzial für die Kinder akut psychisch erkrankter Mütter verbunden ist.

Die weitere Auseinandersetzung mit dem zentralen Problemfeld Versorgung / Betreuung von Angehörigen (insbesondere Kindern) ist erforderlich.

Fort- und Weiterbildung

Auffallend sind der hohe Fort- und Weiterbildungsstand und das darüber hinaus formulierte umfangreiche Fortbildungsinteresse. Dies deutet auf ein ausgeprägtes Problembewusstsein hin. Aus diesem Schema fallen allerdings die Antworten auf die Frage nach Fortbildungen zum Thema spezielle Problemlagen lesbischer Frauen etwas heraus, mit einem deutlich geringeren Fortbildungsstand und Meldungen aus drei Regionen, hierfür keinen Bedarf zu haben.

Der insgesamt häufig formulierte Fortbildungsbedarf lässt sich vermutlich mit der höheren Personalfuktuation als bei anderen Diensten erklären.

Vernetzung

Die 6 Regionen des Berliner Krisendienstes umfassen in der Regel 2 Bezirke. Dieses Handlungsspektrum wird durch den Überregionalen Bereitschaftsdienst mit seinem berlinweiten Einsatzgebiet noch verstärkt. Mit dieser Struktur ist augenscheinlich ein guter Informations- und Wissensaustausch verbunden. Dies korrespondiert auch mit den Angaben zu ihrer Vermittlungspraxis. Auffallend ist, dass keinerlei Wünsche für weitere Kooperationen benannt wurden.

4.5 Befragung der freien Träger psychiatrischer Hilfen

Allgemeines

Die für die Erarbeitung des Fragebogens verantwortliche Unterarbeitsgruppe bestand jeweils aus einer Vertreterin der freien Träger und der Anti-Gewalt-Einrichtungen sowie einer Vertreterin der Senatsverwaltung für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz. Der entwickelte Fragebogen wurde an 73 Träger mit rund 320 Einrichtungen verschickt.

Die Träger sind gebeten worden, die Angaben ihrer einzelnen Einrichtungen in einem „Sammelbogen“ zusammenzufassen; aufgrund der Heterogenität der Einrichtungen haben viele Träger aber einen anderen Weg gewählt: Die einzelnen Einrichtungen haben den Fragebogen selbst

ausgefüllt, eine Zusammenfassung erfolgte nur zu einem kleinen Teil.

Entsprechend musste die Auswertung getrennt nach Trägern einerseits und Einrichtungen andererseits stattfinden, da die Angaben ansonsten völlig unscharf wären.

In diese Auswertung gehen die Fragebögen von

- 14 Trägern mit insgesamt 69 Einrichtungen ohne Unterscheidung der einzelnen Einrichtungen und von
- 66 Einrichtungen (von 19 Trägern) ein.

Diese Rücklaufquote ist zufriedenstellend. Warum fast die Hälfte der Träger nicht geantwortet hat, zumal der DPW als vorwiegender Dachverband an der Erarbeitung der Fragebögen beteiligt war, muss offen bleiben.

Da die Fragebögen teils von den Trägern zusammenfassend, teils von den einzelnen Einrichtungen separat beantwortet wurden, wurden auch zwei Auswertungen durchgeführt. Sie sind nachfolgend als „Einrichtungen“ bzw. „Träger“ benannt. Im Anhang können die getrennten Auswertungen ausführlich nachgelesen werden.

Hinsichtlich der Nutzer/Innenzahlen wurden lediglich die Einrichtungen der Eingliederungshilfe betrachtet, um eine bessere Vergleichbarkeit zu den Daten des sog. Budgetkontrollprogramms⁹ der SenGesUmV herstellen zu können. Darüber hinaus waren die Angaben der KBS und ZV in diesem Bereich häufig nicht verwendbar.

Die o.g. 66 Einrichtungen haben folgendes Profil:

- 45 Einrichtungen bieten verschiedene betreute Wohnformen an (Einrichtungen der Eingliederungshilfe wie therapeutische Wohngemeinschaften (TWG), betreutes Einzelwohnen (BEW), Orientierungshaus, Wohnprojekte, Heime, Übergangwohnheime, Wohnverbände)
- 12 Einrichtungen bieten eine verbindliche Tagesstruktur (ebenfalls Einrichtungen der Eingliederungshilfe - Tagesstätten)
- 3 Einrichtungen bieten Beschäftigung für psychisch kranke Menschen unterhalb der Schwelle des SGB II (Zuverdienste - ZV) und
- 6 Einrichtungen bieten eine Tagesstruktur auf nichtverbindlicher Basis (Kontakt- und Beratungsstellen - KBS). Manche KBS bestehen mit Beschäftigungsmöglichkeiten und/oder Tagesstätten in Form von Tageszentren

Zielgruppe sind fast ausnahmslos psychisch kranke und/oder suchtkranke Menschen beiderlei Geschlechts, teilweise in bestimmten Altersgruppen.

Zwei Einrichtungen haben angegeben, ausschließlich psychisch kranke Frauen als Zielgruppe zu haben, nämlich

^{9 9} Für die Leistungen der Eingliederungshilfe existiert ein IT-gestütztes Datenerfassungssystem (Budgetkontrollprogramm), das u.a. Auskunft über die Nutzerzahlen auch nach Geschlecht ermöglicht.

- die Frauenwohngemeinschaft Bora, eine TWG des Bora e.V. mit der Zielgruppe Frauen mit Gewalterfahrung und hoher psychischer Instabilität/psychiatrischen Symptomen und
- die Zwiebel des PROWO e.V. mit der Zielgruppe substanzmittelabhängige Frauen mit einer psychiatrischen Begleiterkrankung (Doppeldiagnose).

Nutzerinnen-/Nutzerstruktur in den Einrichtungen

Die befragten Einrichtungen/Träger betreuen durchschnittlich pro Jahr ca. 2.500 Menschen. Verglichen mit den Nutzerzahlen des Budgetkontrollprogramms (für das Jahr 2004 rd. 5.300 Menschen), repräsentieren sie mit knapp der Hälfte einen signifikanten Ausschnitt des psychiatrischen Hilfesystems.

Der Anteil der Frauen variiert zwischen 4 und 100%, nur 28% der Einrichtungen und 18% der Träger gaben einen Frauenanteil von mehr als 50% an. Diese Ergebnisse korrespondieren mit den Zahlen des Budgetkontrollprogramms 2004, aus dem sich ein Frauenanteil von 36% gegenüber einem Männeranteil von 64% ergibt.

Verglichen mit der Gesamtbevölkerung Berlins, bei der der Frauenanteil bei rund 51% liegt, sind Frauen im psychiatrischen Hilfesystem deutlich unterrepräsentiert. Dies gilt auch gegenüber den Verhältnissen bei den Krankenhäusern und Sozialpsychiatrischen Diensten. Beide Auswertungen ergaben einen Frauenanteil von rd. 47%.

Daraus erklärt sich, dass mehrere Einrichtungen von einer Teilnahme an der Befragung abgesehen haben, da sie ausschließlich Männer betreuen bzw. im Fragebogen auf die rein männliche Nutzerstruktur hingewiesen haben.

Hier stellt sich die Frage, warum das psychiatrische Hilfesystem weniger von Frauen als von Männern genutzt wird. Mögliche Fragen sind z.B.:

- Sind Frauen – auch mit schwerer psychischer Erkrankung – eher als Männer in der Lage, selbstständig zu leben?
- Können sie die Unterstützung Dritter eher in Anspruch nehmen (funktionieren soziale Netze eher als bei Männern)?
- Lehnen Frauen eine Unterstützung durch „die Psychiatrie“ möglicherweise häufiger ab als Männer?
- Ist die Hilfestellung eher auf Männer als auf Frauen zugeschnitten?
- Sind Anti-Gewalt-Einrichtungen möglicherweise ein paralleles Hilfesystem für einen Teil der psychisch kranken Frauen?

Diese Fragen können jedoch nicht im Rahmen dieser Befragung beantwortet werden, sie bleiben einer anderen Untersuchung vorbehalten.

Dem geringen Anteil psychisch kranker Frauen steht ein überproportionaler Anteil weiblicher Beschäftigter im psychiatrischen Hilfesystem gegenüber. Eine „Männerlastig-

keit“ des Hilfesystems kann im Hinblick auf die Geschlechterverteilung bei den Beschäftigten nicht festgestellt werden. Gründe hierfür könnten wiederum in der vergleichsweise schlechten Vergütung der Arbeit oder im grundsätzlichen „Frauenüberschuss“ in sozialer Arbeit überhaupt liegen.

Psychisch kranke gewaltbetroffene Frauen im psychiatrischen Hilfesystem

Erfahrungen in der Zusammenarbeit mit psychisch kranken gewaltbetroffenen Frauen liegen bei nahezu allen Einrichtungen und allen Trägern vor.

Der Anteil der psychisch kranken gewaltbetroffenen Frauen wird von Einrichtungen und Trägern unterschiedlich eingeschätzt, ein Drittel der Einrichtungen, aber nur 14% der Träger schätzt ihn bei unter 5% ein, während jeweils 14% der Einrichtungen und der Träger den Anteil bei über 50% sehen. Einen mittleren Wert zwischen 10 und 29% haben 12% der Einrichtungen, aber 36% der Träger angegeben. Anhaltspunkte für eine Erklärung der unterschiedlichen Einschätzungen sind aus der Befragung heraus nicht möglich.

Ein Ziel dieser Befragung war, eine Vorstellung über die Größenordnung betroffener Frauen zu erhalten. Bei dem Wissen um die Lückenhaftigkeit der erhobenen Daten dieser Befragung wird nachfolgend dennoch der Versuch einer Einschätzung der Größenordnung der Zielgruppe unternommen. Betrachtet werden hierbei nur die Angaben der Einrichtungen, die zum Spektrum der Eingliederungshilfe gehören, nicht jedoch der Träger.

Ausgehend von einer Gesamtsumme von rd. 1.700 Nutzern/Nutzerinnen und den von den Einrichtungen angegebenen Frauenanteilen ergibt sich für alle Einrichtungen, die Angaben zu beiden Fragen gemacht haben, ein Gesamtfrauenanteil von rd. 32%.

Von diesen rd. 32% Nutzerinnen lässt sich aus den Angaben der Einrichtungen ein Anteil psychisch kranker gewaltbetroffener Frauen zwischen rd. 16% und rd. 27% hochrechnen.

Übertragen auf das gesamte Eingliederungshilfesystem (5.300 Menschen, Frauenanteil von 36% = 1.900 Frauen) würde dies bedeuten, dass bei Übernahme des 16%-Wertes rund 300 Frauen (bezogen auf 27% wären es rund 500 Frauen) im psychiatrischen Hilfesystem Gewalt erfahren hätten.

Wenn in Betracht gezogen wird, dass die Angaben der Träger z.T. deutlich über denen der einzelnen Einrichtungen liegen, erscheint dieser erste Hochrechnungsversuch nicht völlig realitätsfern. Dennoch stellen diese hochgerechneten Zahlen lediglich eine erste Einschätzung dar, die unbedingt durch weitere Untersuchungen überprüft werden sollte.

Betroffen sind Frauen aller Altersgruppen, der Schwerpunkt liegt bei den 28 – 55 Jährigen. Dieses Ergebnis korrespondiert mit den Aussagen der anderen Befragungen.

Betreuung psychisch kranker gewaltbetroffener Frauen mit minderjährigen Kindern findet nur in geringem Maße und fast ausschließlich im betreuten Einzelwohnen statt. Dies setzt in der Regel eine bestimmte Selbstständigkeit der Frauen im täglichen Leben voraus. Haben die Frauen einen umfangreicheren Hilfebedarf, dürfte dies häufig zu einer Trennung von Mutter und Kind(ern) führen.

Bei der Frage nach erlittener Gewalt gibt es kein einheitliches Vorgehen der Einrichtungen und Träger. Gleichzeitig ist ein deutliches Wahrnehmen der Problematik aus den Antworten erkennbar. Bei 2/3 der Einrichtungen und der Träger gehört die aktive Frage nach erlittener Gewalt zum festen Bestandteil der Klientinnenbetreuung. In vielen Einrichtungen berichten die Frauen von sich aus über erlittene Gewalt.

Dies spricht dafür, dass einerseits die Frauen über Gewalterfahrungen sprechen wollen und andererseits die Einrichtungen eine vertrauensvolle Atmosphäre schaffen, in der den Frauen das Berichten erleichtert wird.

Befragt nach den häufigsten psychischen Erkrankungen wurden Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen, psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen und Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen am häufigsten genannt.

Bei rund einem Drittel der Einrichtungen und der Träger haben Beschäftigte bereits eine Fortbildung zu geschlechtsspezifischen Gewalterfahrungen genutzt. Vorrangiger Grund bei denen, die noch keine Fortbildung in Anspruch genommen hatten, war mangelnder Bedarf.

Insgesamt entstand aus den Antworten der Eindruck, dass die Problematik geschlechtsspezifischer Gewalterfahrungen bei psychisch kranken Frauen einer größeren Aufmerksamkeit bedarf.

Vorhandene spezifische Angebote

Zwei Einrichtungen haben angegeben, ausschließlich psychisch kranke Frauen als Zielgruppe zu haben, nämlich

- die Frauenwohngemeinschaft Bora, eine TWG des Bora e.V. mit der Zielgruppe Frauen mit Gewalterfahrung und hoher psychischer Instabilität/psychiatrischen Symptomen und
- die Zwiebel des PROWO e.V. mit der Zielgruppe substanzmittelabhängige Frauen mit einer psychiatrischen Begleiterkrankung (Doppeldiagnose).

Ein Träger hat eine weitere therapeutische Wohngemeinschaft für junge psychisch kranke Frauen angegeben.

Vier Einrichtungen haben spezifische Angebote für psychisch kranke gewaltbetroffene Frauen näher beschrieben (Zitate):

- Psychologische, sozialpädagogische und ergotherapeutische Einzelangebote, viele Gruppenangebote Kochen, Kultur, Gespräch, Mütter, soziales Kompetenztraining, psychoedukative Gruppe,

Tanztherapie, Ergotherapie. (frauenspezifische TWG)

- insofern ja, als dass für jede/n Bewohner/in ein spezielles individuelles Therapieprogramm erstellt wird, das auch Einzel-Therapie-Termine umfasst. (Übergangswohnheim)
- Einzel- und Gruppengespräche, Rollenspiele, In-foveranstaltungen, Screening (Tageszentrum)
- Da alle Frauen Gewalterfahrung haben, ist es Thema in den Einzel- und Gruppengesprächen. (frauenspezifische TWG)

Außerdem haben zwei Träger spezielle Angebote in Form von Therapieangeboten durch entsprechend ausgebildetes Personal bzw. durch Einzelgespräche zur Entlastung und Erarbeitung von Sicherheits- und Bewältigungsstrategien benannt. Ein weiterer Träger hat zwar angegeben, über kein spezifisches Angebot zu verfügen, hat jedoch dazu erläutert, dass die TWG für psychisch kranke junge Frauen auch Frauen mit Gewalterfahrung mit einschließt.

Zwei wichtige Ergebnisse sind festzuhalten:

1. Rund zwei Drittel der im psychiatrischen Hilfesystem unterstützten Menschen sind Männer.
2. Es gibt eine große Zahl von Einrichtungen, die keine speziellen Angebote für psychisch kranke gewaltbetroffene Frauen vorhalten.

Diese Ergebnisse lassen noch keinen Rückschluss auf die von der UAG entwickelte Ausgangsthese, dass das System eher männerorientiert entwickelt ist, zu. Welche Ursachen zu dieser Geschlechterverteilung führen, ob dies z.B. durch eine geschlechtsspezifisch unterschiedliche Lebensbewältigung oder durch bestimmte Ausprägungen des Hilfesystems bedingt ist, muss differenzierter untersucht werden, insbesondere auch unter dem Gesichtspunkt, dass rund 2/3 der im System Beschäftigten Frauen sind.

Vernetzung

Die Vermittlung ins psychiatrische Hilfesystem entspricht den bekannten Zugangswegen, wonach Vermittlung hauptsächlich innerhalb des Systems (stationär / ambulant / Niedergelassene etc.) geschieht. Auffallend ist, dass die Selbstmeldung von Frauen nicht benannt wurde. Dass Anti-Gewalt-Einrichtungen als vermittelnde Stelle selten genannt wurden, unterstützt die Ausgangsthese, dass es zwischen den beiden Hilfesystemen zu wenig Vernetzung gibt.

Die Auswertung der Befragung der Anti-Gewalt-Einrichtungen ergab, dass fast alle Einrichtungen Frauen ins psychiatrische Hilfesystem weiter vermitteln, der Sozialpsychiatrische Dienst wurde dabei am häufigsten genannt. Fast ebenso häufig wurde an betreute Wohneinrichtungen vermittelt.

Wie diese unterschiedliche Praxis zustande kommt, ist aus der Befragung nicht ersichtlich. Ein Erklärungsversuch

könnte darin liegen, dass sich die Vermittlung der Anti-Gewalt-Einrichtungen möglicherweise auf wenige Einrichtungen des psychiatrischen Hilfesystems beschränkt.

Dagegen wurde die Weitervermittlung an Anti-Gewalt-Einrichtungen von erheblich mehr psychiatrischen Einrichtungen und Trägern benannt, was gegen die o.g. These spricht.

Auffallend häufig benannten Träger und Einrichtungen die Frauenhäuser als Kooperationspartnerinnen im Kontext psychisch kranker gewaltbetroffener Frauen. Auch wird ein breites Spektrum zur Verfügung stehender Kooperationsmöglichkeiten genutzt. Daraus lassen sich allerdings keine Aussagen über die Häufigkeit oder Qualität bzw. den Erfolg der Kooperation ableiten.

Frauen mit Migrationshintergrund

Auf die Frage, wie hoch der Anteil der Frauen mit Migrationshintergrund ist, antwortete rund die Hälfte der Einrichtungen, dass dieser „0“ sei. Der größte Teil derer, die eine Einschätzung abgegeben haben, benannte Werte zwischen 1 und 20%. Nur eine Einrichtung gab einen Anteil von Frauen mit Migrationshintergrund von 50% an. Die Angaben der Träger wichen deutlich von denen der Einrichtungen ab, die Anteile wurden zwischen 0 und 37% eingeschätzt, vier Träger gaben 20% oder mehr an.

Das Budgetkontrollprogramm weist für das Jahr 2004 einen Anteil von Klientinnen und Klienten mit Migrationshintergrund mit einem durchschnittlichen Wert von rund 8% aus.

In der Berliner Bevölkerung sind Frauen mit Migrationshintergrund mit rund 12% vertreten. Gemessen daran sind sie in den psychiatrischen Einrichtungen deutlich unterrepräsentiert.

Probleme in der Verständigung sind quasi nicht vorhanden. Lediglich vier Einrichtungen gaben an, dass mit 1 bis 2,5% der Frauen mit Migrationshintergrund eine Verständigung nicht möglich sei. Dass rund die Hälfte der Einrichtungen sich zu diesen Fragen gar nicht bzw. mit einem „Entfällt“ geäußert haben, kann ein Indiz für eine geringe Sensibilität für das Thema „Migration“ sein.

Die am häufigsten genannten Herkunftsgebiete entsprechen denen der größten Migrantengruppen in Berlin.

Hier stellt sich die Frage, ob Frauen mit fehlenden Deutschkenntnissen erst gar nicht bei den Einrichtungen bzw. den bezirklichen Steuerungsgremien anfragen bzw. aufgenommen werden.

Wenn in Einrichtungen oder bei den Trägern Fremdsprachenkenntnisse vorhanden sind, so sind meistens die klassischen europäischen (Schul-)Sprachen vertreten, die

nicht die Muttersprachen der größten Migrantengruppen in Berlin widerspiegeln.

Als ein weiteres Indiz der Sensibilität kann das Fortbildungsverhalten betrachtet werden. Fortbildungen bezüglich interkultureller Kompetenz wurden von Kollegen/Kolleginnen aus rd. 1/3 der Einrichtungen genutzt, während dies bei rd. 2/3 nicht der Fall war. Überwiegend wurde für eine derartige Fortbildung kein Bedarf erkannt. 13 Einrichtungen haben (weiteren) Fortbildungsbedarf angegeben, davon 7 Einrichtungen, in denen Beschäftigte bereits eine entsprechende Fortbildung genutzt haben. Demgegenüber hat die Hälfte der Träger angegeben, dass Beschäftigte bereits eine derartige Fortbildung genutzt hat. Ein Viertel der Träger sieht hier weiteren Bedarf.

Frauen mit Behinderungen

Es bestehen umfangreiche Betreuungsmöglichkeiten für Rollstuhlfahrerinnen, jedoch nicht in den frauenspezifischen Einrichtungen.

Die Gruppe hör- bzw. sprachbehinderter Frauen scheint in den Einrichtungen sehr selten anzutreffen zu sein. Der überwiegende Teil der Einrichtungen beantwortete die Frage gar nicht bzw. in der Weise, dass es einen derartigen Fall bislang noch nicht gegeben habe.

Weniger als ein Viertel der Einrichtungen gab an, dass Kollegen/Kolleginnen der Einrichtungen bereits eine Fortbildung zu besonderen Problemlagen behinderter Frauen genutzt haben. Von den Einrichtungen, die diese Frage mit „nein“ beantwortet haben, hat der Großteil angegeben, keinen Bedarf zu haben. 3 Einrichtungen haben weiteren Fortbildungsbedarf angegeben, davon eine, in der Beschäftigte bereits eine entsprechende Fortbildung genutzt haben.

Lesbische Frauen

80% der Einrichtungen und 40% der Träger haben keine Erkenntnisse hinsichtlich des Anteils lesbischer Frauen. Die angegebenen %-Zahlen liegen mit wenigen Ausnahmen im einstelligen Bereich. Nur zwei Einrichtungen und ein Träger gaben 20%- bzw. 40%-Anteile an.

Es entsteht der Eindruck, dass die Frage nach der sexuellen Orientierung eher als eine randständige Frage oder möglicherweise als zu persönlich angesehen wird und keinen Einfluss auf die Form der Unterstützung zu haben scheint.

Dieser Eindruck verstärkt sich, wenn die Thematik Fortbildungen betrachtet wird. Lediglich 5 Einrichtungen gaben an, dass Kollegen/Kolleginnen der Einrichtungen bereits eine Fortbildung zu besonderen Problemlagen lesbischer

Frauen genutzt haben. Von den 59 Einrichtungen, die diese Frage mit „nein“ beantwortet haben, hat der überwiegende Teil angegeben, keinen Bedarf zu haben. 3 Einrichtungen haben weiteren Fortbildungsbedarf angegeben, davon eine Einrichtung, in denen Beschäftigte bereits eine entsprechende Fortbildung genutzt haben.

Versorgungslücken

Der überwiegende Teil der Einrichtungen machte zu möglichen Versorgungslücken keine Angaben. Dieses Ergebnis korrespondiert mit der bereits dargestellten geringen Frauenquote in vielen Einrichtungen. Über fehlende Hilfen äußerten sich 12 Einrichtungen. Die genannten Defizite/Lücken lassen sich zu folgenden Forderungen/Verbesserungsvorschlägen zusammenfassen:

- mehr Information / Problembewusstsein bei den Mitarbeiterinnen /Mitarbeitern
- mehr spezialisierte ambulante Therapieangebote
- geschützte betreute Wohnplätze
- Aufbau von begleiteten Selbsthilfegruppen

Die Antworten werden nachfolgend im Einzelnen dargestellt:

- zu wenig fach- und themenspezifisch geschulte Mitarbeiterinnen in den Angeboten der Regelversorgung; zu wenig freie ambulante Psychotherapie-Plätze/Traumatherapie; keine spezifischen Angebote bei Mehrfach-Betroffenheit (z.B. Sucht + Traumatisierung)
- Therapieansätze zur Lösung von Abhängigkeit
- Selbsthilfegruppen vor Ort mit Öffentlichkeitsarbeit, die uns erreicht; Veröffentlichung eventuell vorhandener Beratungsangebote
- Einrichtungen mit hohem Schutz und Grenzen (wie Bora), ambulante Psychotherapie, kostenlose Rechtsberatung (2 mal)
- wenig Betreutes Wohnen für psychisch kranke Frauen mit Gewalterfahrung.
- gute Traumatherapie, mehr Zeit, körpertherapeutische Gruppen
- ambulante Psychotherapie, kostenlose rechtliche Beratung und Betreuung, mehr sichere Orte
- Frauenhäuser, die akut psychisch kranke Frauen aufnehmen
- mehr Psychotherapeuten, die auch mit psychiatrisch erkrankten/psychoseerkrankten Menschen arbeiten
- Frauenhäuser, die psych. kranke Frauen aufnehmen
- Begleitete Selbsthilfegruppen, niedrighschwellige psychotherapeutische Angebote
- zu wenig Info vom Hintergrund/Sachverhalt/Informationsfluss, von der Stelle, die die Frauen lange kennen für uns recht schwierig

Den Trägern fehlen (Zitate):

- spezielle Einrichtungen wie z.B. Frauen-WG's, ist durch die Pflichtversorgung für die Einrichtung schwer zu realisieren
- ausreichend niedergelassene Traumatherapeuten
- schnelle unbürokratische Hilfe, z.B. Psychotherapie ohne lange Beantragung
- Selbstverteidigungsgruppen speziell für diesen Personenkreis
- Bereitschaft der Psychotherapeuten, die Behandlung auch vor Ort anzubieten
- Schutzräume
- sehr stark muralen Schutz und Grenzen bietende Einrichtungen mit Therapieangeboten für betroffene Frauen wie z.B. Bora
- psychotherapeutische Betreuung (Gruppe/Einzel)

Verbesserungsvorschläge / Handlungsempfehlungen

Konkrete Verbesserungsvorschläge für weitergehende Kontakte und Kooperationen im Hinblick auf psychisch kranke gewaltbetroffene Frauen lassen sich unter folgenden Überschriften zusammenfassen:

Stärkung des Informations- und Wissensaustausches

- Vorträge und Einführungsveranstaltungen (kurz und lokal), um für das Thema und seine Implikationen zu sensibilisieren
- Selbsthilfe- und Betroffenenorganisationen
- Organisationen, die speziell diese Klientel vertreten
- evtl. Ansprechpartner / AG'en vom Bezirksamt / Frauenberatungsstellen, evtl. ausländische Frauengruppen für den Überblick von Einrichtungen oder Beratungsstellen
- Informationen über bestehendes Hilfesystem / Angebote
- hauptsächlich Weiterbildungsbedarf (zu geschlechtsspezifischer Gewalt, speziellen Problemlagen lesbischer und behinderter Frauen)
- Verzeichnis entsprechender Einrichtungen
- fachlicher Austausch
- LARA
- frauenspezifischen Wegweiser (gerade mit Adressen von Einrichtungen für psychisch kranke Frauen wäre gut)

Verbesserung der Kooperation mit anderen Akteuren/innen

- bessere Vernetzung
- engere Kooperation mit Frauenhäusern bez. längerfristiger Unterbringung
- weitergehende Vertiefung der bisherigen Arbeit
- Frauenhäuser (Vorstellung geplant)
- Zusammenschluss mit anderen Einrichtungen ähnlicher Problematik!

- Krankenkassen (Bewilligungshaltung), Selbsthilfegruppe
- juristische Beratungsangebote
- Kooperation / Erfahrungsaustausch mit Einrichtungen, die für gewaltbetroffene traumatisierte Personen Angebote vorhalten
- mit Erstversorgern, also auch Ärzten und Krankenhäusern

Spezifische Angebote für psychisch kranke gewaltbetroffene Frauen

- spezielles Angebot im stationären Bereich
- sehr stark muralen Schutz und Grenzen bietende Einrichtungen mit Therapieangeboten für betroffene Frauen wie z.B. Bora
- spezielle Einrichtungen wie z.B. Frauen-WG's
- Selbstverteidigungsgruppen speziell für diesen Personenkreis
- ausreichend niedergelassene Traumatherapeuten
- Einrichtungen mit hohem Schutz und Grenzen (wie Bora), ambulante Psychotherapie, kostenlose Rechtsberatung (2 mal)
- ambulante Psychotherapie, kostenlose rechtliche Beratung und Betreuung, mehr sichere Orte
- Frauenhäuser, die akut psychisch kranke Frauen aufnehmen

4.6 Befragung der Anti-Gewalt-Einrichtungen

Die für die Erarbeitung des Fragebogens verantwortliche Unterarbeitsgruppe bestand aus zwei Vertreterinnen der Anti-Gewalt-Einrichtungen, einer Vertreterin einer psychosozialen Beratungsstelle und einer Vertreterin der Senatsverwaltung für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz.

Der Fragebogen ist an 35 Anti-Gewalt-Einrichtungen bzw. Beratungsstellen, die kontinuierlich, aber sich nicht ausschließlich mit gewaltbetroffenen Frauen befassen, verschickt worden.

Von 35 angeschriebenen Anti-Gewalt-Einrichtungen haben 24 an der Befragung teilgenommen. Diese teilen sich auf in 10 Wohneinrichtungen und 14 Beratungsstellen.

Zugangsmöglichkeiten

Die persönliche Erreichbarkeit der Anti-Gewalt-Einrichtungen ist vor allem zu den gängigen Zeiten (montags bis donnerstags bis 18 Uhr, freitags bis 15 Uhr) gegeben; zusätzlich haben mehrere Einrichtungen darauf hingewiesen, nach Absprache über den genannten Zeiträumen hinaus zur Verfügung zu stehen.

Von vornherein umfassender ist die direkte Erreichbarkeit der Frauenhäuser (täglich mindestens von 9.00 – 18.00 Uhr, Frauenhäuser zum Teil rund um die Uhr) sowie der BiG-Hotline (täglich 9.00 – 24.00 Uhr).

Die Erreichbarkeit der Einrichtungen wird als angemessen und ausreichend angesehen.

- Ergänzend wird vorgeschlagen, dass alle Einrichtungen außerhalb der Sprechzeiten die Telefonnummer eines oder mehrerer Krisendienste über den Anrufbeantworter nennen, sofern ein solcher geschaltet ist.

Für Rollstuhlfahrerinnen sind 11 Einrichtungen erreichbar, z.T. mit Einschränkungen, 3 weitere Einrichtungen bieten im Bedarfsfall Beratung in erreichbaren Räumlichkeiten an.

Psychisch kranke gewaltbetroffene Frauen in Anti-Gewalt-Einrichtungen

Mit einer Ausnahme haben alle Anti-Gewalt-Einrichtungen Erfahrungen mit psychisch kranken gewaltbetroffenen Frauen gemacht. Erkennbar ist ein Altersschwerpunkt zwischen 28 und 39 Jahren. Dies wie auch die rapide sinkenden Zahlen im Alter über 55 Jahre entspricht der Gesamtzielgruppe.

Der überwiegende Teil der Anti-Gewalt-Einrichtungen gab an, dass bis zu 10% der Nutzerinnen psychische Beeinträchtigungen aufwiesen. Die höchsten Angaben zum Anteil gewaltbetroffener psychisch kranker Frauen haben neben Beratungsstellen 2 Frauenhäuser und 2 Zufluchtswohnungsprojekte gemacht. In diesen Einrichtungen liegt der Anteil bei 10% bis 29 bzw. bis 49%. Dieser vergleichsweise hohe Anteil stellt die Einrichtungen vor besondere Herausforderungen bzw. Belastungen, die gerade in akuten Situationen die personellen Möglichkeiten zum Teil übersteigen, da die Personalkontingente keine Krisenintervention beinhalten (die Einrichtungen sind nachts und am Wochenende nicht betreut).

Psychisch kranke (psychiatriebetroffene) gewaltbetroffene Frauen werden von 8 Wohneinrichtungen aufgenommen; allerdings benennen alle Einrichtungen auch Ausschlussgründe (z.B. akute Krise) bzw. umgekehrt Voraussetzungen, die gegeben sein müssen, damit eine Aufnahme erfolgen kann (z.B. Gemeinschaftsfähigkeit der Frau). Die Ausgangsthese, dass in Wohnprojekten psychische Erkrankung ein Ausschlussgrund für die Aufnahme sei, lässt sich anhand dieses Ergebnisses nicht bestätigen.

Bei der überwiegenden Zahl (17) der Anti-Gewalt-Einrichtungen gehört die Frage nach psychischer Beeinträchtigung bzw. psychischer Erkrankung zum Standardfragerepertoire. Alle Einrichtungen gaben an, dass die Frauen selbst berichten. Dennoch erfahren die Anti-Gewalt-Einrichtungen nicht immer von psychischen Beeinträchtigungen, wenn die Frauen dies nicht erzählen.

Am häufigsten wurden folgende psychische Beeinträchtigungen von den Anti-Gewalt-Einrichtungen angegeben: verschiedene Angststörungen, Depressionen, Sucht/Alkohol- und Medikamentenmissbrauch, Suizidgefährdung/Suiziderfahrung, Ess-Störungen und Appetitzüglernmissbrauch, Schlafstörungen, Posttraumatische Belastungsstörungen.

Diese Angaben korrespondieren zum großen Teil mit den Angaben des psychiatrischen Versorgungssystems. Die Spannweite der genannten Störungen könnte darauf hinweisen, dass die Frauen offen mit bereits gestellten Diagnosen umgehen, darüber berichten und in den Einrichtungen eine Atmosphäre herrscht, die ihnen dieses Berichten möglich macht. Im Hinblick darauf, dass die Anti-Gewalt-Einrichtungen nicht zu den Gesundheitseinrichtungen gehören, ist das Spektrum der angegebenen psychischen Beeinträchtigungen erstaunlich groß.

Spezielle Angebote für gewaltbetroffene psychisch kranke Frauen werden von 6 Einrichtungen beschrieben (Zitate):

- Mobile Intervention für traumatisierte Frauen
- Krisenintervention, ggf. Rufbereitschaft; Begleitung auch während eines Aufenthaltes in Krankenhaus, Tagesklinik oder Reha
- Wir bieten diesen Frauen einen stabilen tragfähigen Kontakt am Telefon im Sinne der ambulanten Hilfestellung
- Beratung bei Psychologin an 3 Tagen in der Woche; niedrigschwelliger und aufsuchender Zugang direkt im Haus
- Psychotherapiegruppe wöchentlich
- Offener Treff (Gruppe - nicht nur- für psychiatrie-betroffene Frauen), Krisenberatung, Krisenintervention auch telefonisch, Anti-Gewalt-Fachberatung

Auffällig ist, dass dies überwiegend keine gesundheitlichen oder psychiatrischen Angebote sind, sondern der psychosoziale Beratungsrahmen (Prävention/Nachsorge) erhalten bleibt.

Weiterhin fällt auf, dass in über 80% der an der Befragung beteiligten Anti-Gewalt-Einrichtungen bereits Fortbildungen bezüglich psychischer Erkrankungen genutzt wurden und 2/3 der Einrichtungen weiteren Fortbildungsbedarf geäußert haben.

Insgesamt kann festgestellt werden, dass psychisch kranke Frauen mit Gewalterfahrung in den Anti-Gewalt-Einrichtungen ankommen und dort wahrgenommen werden. Es scheint eine große Sensibilität gegenüber psychischen Beeinträchtigungen zu geben. Zumindest in dieser Hinsicht wurde die Anfangsthese, dass der Gesundheitsaspekt zu wenig Berücksichtigung findet, nicht bestätigt. Auch die These, dass es für psychisch kranke Frauen mit Gewalterfahrung keine fachlich fortgebildeten Fachkräfte in den Anti-Gewalt-Einrichtungen gibt, lässt sich anhand der vorliegenden Befragungsergebnisse nicht bestätigen.

Vernetzung

Die meisten Anti-Gewalt-Einrichtungen bekommen Frauen aus dem psychiatrischen Hilfesystem vermittelt, wobei eine Einrichtung darauf hingewiesen hat, dass dies nur gelegentlich geschieht.

Erstaunlich häufig wurden der Berliner Krisendienst und auch die Kontaktvermittlung von Psychotherapeuten/innen genannt. Ebenfalls hohe Vermittlungsangaben bezüglich der Krankenhäuser korrespondieren mit den dortigen Angaben der Befragung, wonach diese neben Ärztinnen/Ärzten am häufigsten an Anti-Gewalt-Einrichtungen vermitteln.

Fast alle Einrichtungen gaben an, dass sie Frauen ins psychiatrische Hilfesystem weiter vermitteln, der Sozialpsychiatrische Dienst wurde dabei am häufigsten genannt. Fast ebenso häufig wurde an betreute Wohneinrichtungen und niedergelassene Psychotherapeuten/-therapeutinnen vermittelt. Häufige Vermittlungspartner waren daneben die psychiatrischen Fachabteilungen der Krankenhäuser und Psychosoziale Kontakt- und Beratungsstellen.

Mit einer Ausnahme kooperieren alle befragten Anti-Gewalt-Einrichtungen mit Einrichtungen des psychiatrischen Hilfesystems. Neben der konkreten Benennung einzelner Anti-Gewalt-Einrichtungen, Kriseneinrichtungen u.ä. beziehen sich die vielfältigen Angaben auf das breite Spektrum der psychiatrischen Versorgung und reichen über Krankenhäuser, Krisenstationen, therapeutische Wohngemeinschaften, den Berliner Krisendienst, den sozialpsychiatrischen Dienst, Psychiatriekordinatoren/innen, Ärztinnen, Psychologinnen und Psychotherapeutinnen.

Die Form der Kooperation ist unterschiedlich, das breite Spektrum zur Verfügung stehender Kooperationsmöglichkeiten wird genutzt. Daraus lassen sich allerdings keine Aussagen über die Häufigkeit oder Qualität bzw. den Erfolg der Kooperation treffen, da keine entsprechenden Nachfragen im Fragebogen enthalten waren.

Bedauerlicherweise gibt es keine strukturbezogenen Vernetzungen zwischen Anti-Gewalt-Einrichtungen und psychiatrischem Hilfesystem. Einzige Ausnahme bildet eine Anti-Gewalt-Einrichtung, die in der Psychosozialen Arbeitsgemeinschaft (PSAG) eines Bezirks mitarbeitet und die dieses Gremium als wichtiges Element der Vernetzung der Systeme ansieht. Ansonsten scheint aus Sicht der Anti-Gewalt-Einrichtungen das hauptsächliche Vernetzungsgremium die AG Frauen und Psychiatrie zu sein, die diese Bestandsaufnahme durchgeführt hat.

Die diesbezügliche Ausgangsthese der UAG ist somit bestätigt. Die fehlende strukturelle Vernetzung stellt aus Sicht der UAG ein erhebliches Defizit dar. Hier sollte in der AG überlegt werden, wie Kooperationen zwischen den Systemen und einzelnen Einrichtungen initiiert und aufrechterhalten werden können. Wichtig wäre, nicht weitere Gremien neu und zusätzlich zu installieren, sondern vorhandene Strukturen zu nutzen. Dies wäre z.B. in den bezirklichen PSAG'en schnell und kostengünstig zu realisieren.

Frauen mit Kindern

Der Anteil psychisch kranker und gewaltbetroffener Frauen mit minderjährigen Kindern lag bei gut der Hälfte aller befragten Einrichtungen unter 25%. Die übrigen Einrichtungen – alle mit Wohnplätzen ausgestattet – gaben einen Anteil von mehr als 25% an. Aus den vorliegenden Daten lässt sich ableiten, dass durchschnittlich jede vierte bis fünfte Frau, die in einer Anti-Gewalt-Einrichtung mit Wohnplätzen Unterstützung sucht, minderjährige Kinder hat. Zu bemerken ist auch, dass es sich hierbei um Projekte mit einem hohen Anteil an Frauen mit Migrationshintergrund handelt.

Sieben Einrichtungen nehmen gewaltbetroffene psychisch kranke Frauen mit ihren Kindern auf. Alle Einrichtungen koppeln die Aufnahme an Bedingungen, u.a. an eine Altersbegrenzung für Söhne (oft begrenzt auf das 14. Lebensjahr).

Frauen mit Migrationshintergrund

14 Einrichtungen gaben an, einen Anteil an Nutzerinnen mit Migrationshintergrund von mehr als 30% zu haben, gegenüber 7 Einrichtungen mit einem Anteil von bis zu 30%. Damit liegen die Zahlen zum Teil erheblich über dem Anteil der Frauen mit Migrationshintergrund an der weiblichen Wohnbevölkerung Berlins (rund 12%).

In den Wohneinrichtungen sind durchgängig mehr als ein Drittel aller Nutzerinnen Frauen mit Migrationshintergrund, in fünf Einrichtungen sind es mehr als die Hälfte.

Anhand der Befragungsergebnisse lässt sich nicht ableiten, ob ein Migrationshintergrund ein erhöhtes Risiko birgt, Gewalt zu erfahren. Dennoch scheinen Migrantinnen einen größeren Bedarf an Beratung und/oder Schutzeinrichtungen zu haben, als Frauen ohne Migrationshintergrund.

Wenn gewaltbetroffene psychisch kranke Frauen einen Migrationshintergrund haben, so ist dieser am häufigsten ein türkischer, russischer (ehemals GUS-Staaten) oder „ex-jugoslawischer“.

In der überwiegenden Zahl der Einrichtungen ist die Zahl von psychisch kranken Frauen, mit denen sich die Einrichtungen nicht auf Deutsch verständigen können, verschwindend gering. Demgegenüber gibt es drei Einrichtungen, die Frauen mit Migrationshintergrund als Zielgruppe angeben, in denen eine Verständigung auf Deutsch nicht möglich ist. Eine Erklärung könnte darin liegen, dass psychisch kranke Frauen in der Regel schon länger in Deutschland leben und die deutsche Sprache bereits gelernt haben, eine andere, dass Frauen, die nicht deutsch sprechen können, auch keine Möglichkeit haben, die zur Verfügung stehenden Hilfeangebote kennen zu lernen.

Die Anti-Gewalt-Einrichtungen sind, was Sprachkompetenzen angeht, gut aufgestellt. Die klassischen Schulsprachen sind häufig vertreten. Auffällig ist, dass polnisch, portugiesisch und rumänisch ausschließlich durch Muttersprachlerinnen vertreten sind. Auffällig ist auch, dass in keiner

Einrichtung eine arabische Sprachkompetenz vorhanden ist.

Häufig wird die Gewaltproblematik/psychische Störung von akuten Fragen des Aufenthalts- und/oder Sorgerechts überlagert.

- Für diese speziellen Fragen benötigen nach den Erfahrungen der UAG auch viele Anti-Gewalt-Einrichtungen noch Fortbildungen, um die Klientinnen fachgerecht unterstützen zu können.

Aus Sicht der Anti-Gewalt-Einrichtungen werden mehr spezifische Angebote für Frauen mit Migrationshintergrund, z.B. muttersprachliche Informations- und Hilfeangebote / muttersprachliches Personal und entsprechende Betreuungs- und Behandlungsangebote benötigt. Diese Forderung wurde allerdings nicht weiter erläutert, so dass nicht erkennbar ist, ob es sich hierbei um eine allgemeine oder an ein bestimmtes Versorgungssystem gerichtete Forderung handelt. Aus den vorliegenden Antworten auf die Befragung kann vielmehr festgestellt werden, dass es ein weit reichendes Angebot für Frauen mit Migrationshintergrund gibt und die Anti-Gewalt-Einrichtungen umfangreiche Fremdsprachenkenntnisse besitzen und auf Frauen mit Migrationshintergrund eingestellt sind.

Frauen mit Behinderungen

Frauen mit Behinderungen (gemeint sind körperliche, geistige, seelische und/oder Sinnesbehinderung) kommen in den Anti-Gewalt-Einrichtungen sehr unterschiedlich an. Die meisten Einrichtungen gaben einen Anteil von unter 5% an. Lediglich zwei Einrichtungen lagen über 20%. Kritisch zu sehen ist hier eine verhältnismäßig hohe Nichtantwortquote.

Ähnlich differierend - mit einer Spanne von 0% - 38% - haben die Wohneinrichtungen geantwortet. Unter den Einrichtungen, die einen hohen Anteil (mehr als 20%) angaben, befinden sich zwei Frauenhäuser.

Da in der Befragung nicht zwischen den einzelnen Behinderungsarten differenziert wurde, lassen sich aus den gegebenen Antworten jedoch keine Erkenntnisse über Defizite bzw. Verbesserungsmöglichkeiten ableiten.

Die Frage nach wahrgenommenen Fortbildungen in Bezug auf die speziellen Problemlagen behinderter Frauen beantwortete knapp die Hälfte der Anti-Gewalt-Einrichtungen negativ. Im Verhältnis zu den Themen Gewalt/Traumatisierung, interkulturelle Kompetenz und psychische Erkrankungen wird damit eine deutlich geringere Fortbildungsintensität wie auch ein geringerer Fortbildungsbedarf artikuliert.

Lesbische Frauen

In Berlin wird von einem Anteil lesbischer Frauen von rund 10% an der weiblichen Bevölkerung ausgegangen¹⁰.

¹⁰ Angabe basierend auf den Erfahrungen der Lesbenberatungsstellen und Lesbentelefone in Deutschland.

Die Frage nach dem Anteil lesbisch lebender Nutzerinnen in den Anti-Gewalt-Einrichtungen beantwortete nahezu die Hälfte der Einrichtungen nicht.

Die übrigen Angaben von bis zu 10% entsprechen den Erwartungen. Ansonsten scheinen lesbisch lebende Frauen in den Einrichtungen unterproportional aufzutreten bzw. nicht zu berichten, dass sie eine lesbische Orientierung haben.

In Wohneinrichtungen sind lesbische Frauen noch weniger präsent. Auch die Angaben der Wohneinrichtungen entsprechen den Erwartungen.

Mögliche Erklärungsansätze sind, dass die Betroffenen sich nicht outen, dass Anti-Gewalt-Einrichtungen eher mit männerbezogener Gewalt assoziiert werden und die betroffene Frau diese Einrichtungen nicht als Möglichkeit für sich erkennt, sondern eher der Bekanntenkreis oder andere Kriseneinrichtungen genutzt werden.

Es liegt der Schluss nahe, dass diese Zielgruppe nicht vom bestehenden System erreicht wird.

Dafür spricht auch, dass das Fortbildungsniveau der Anti-Gewalt-Einrichtungen in Bezug auf spezielle Problemlagen lesbischer Frauen im Vergleich zu den anderen erfragten Fortbildungsbereichen am geringsten ist.

- Um hier eine größere Sensibilität zu schaffen, werden derzeit Standards für eine qualitativ gute Arbeit mit lesbischen Frauen und Mädchen für die Anti-Gewalt-Einrichtungen unter Federführung der Lesbenberatung erarbeitet. Ziel ist die Verbesserung der Versorgungssituation lesbischer Frauen in Anti-Gewalt-Einrichtungen.

Versorgungslücken

Fast alle Einrichtungen haben Versorgungslücken – zum Teil sehr umfassend – beschrieben. Der Vollständigkeit halber werden alle Themenschwerpunkte gesammelt benannt, auch wenn einzelne bereits in obigem Text aufgeführt sind:

1. Spezifische Angebote für Frauen mit Migrationshintergrund, z.B. muttersprachliche Informations- und Hilfeangebote/muttersprachliches Personal und entsprechende Betreuungs- und Behandlungsangebote
2. Spezifische Schutzunterkünfte, Krisenübernachtungsmöglichkeiten
3. therapeutische WG's für Frauen
4. Niedrigschwellige Einrichtung mit rund-um-die-Uhr-Betreuung durch professionelle Mitarbeiterinnen für Frauen auch mit ihren Kindern
5. Krisen- bzw. Traumastationen, die auch Kinder mit aufnehmen
6. Schnellere Vermittlung von Hilfen, Vernetzung und Unterstützung der psychiatrischen Versorgung

zu 4. Gewaltbetroffene Frauen kommen häufig tagsüber gut zurecht, brauchen aber nachts Unter-

stützung / Betreuung oder zumindest die Gewissheit, dass jemand in der Nähe ist (dies muss nicht zwangsläufig eine Professionelle sein). Möglicherweise wäre die Einrichtung von Wohngemeinschaften, - die Unterhaltskosten durch die Frauen selbst finanziert - mit einer ergänzenden psychosozialen Betreuung denkbar.

zu 5. Krisenübernachtungsmöglichkeiten sind insbesondere für Frauen mit akutem Vergewaltigungserlebnis/akuter Traumatisierung/Flashbacks erforderlich. Gedacht wird an eine Übernachtungsmöglichkeit mit personeller Betreuung. Angestrebt werden sollte eine Kooperation unterschiedlicher Akteure/Akteurinnen (Bereitstellung von z.B. Platzkontingenten, Diensten etc.) und die Akquisition von Spenden.

Verbesserungsvorschläge / Handlungsempfehlungen

Die meisten Anti-Gewalt-Einrichtungen haben verschiedene Verbesserungsvorschlägen gemacht, die nachfolgend beispielhaft aufgeführt sind:

Stärkung des Informations- und Wissensaustausches

Wegweiser mit spezialisierten Einrichtungen und Aufnahmekriterien; Vernetzung; Fachaustausch mit Psychiatrie/Krisenstationen/Psychiaterinnen in Berlin; Info-Austausch mit dem Psychiatrischen Versorgungssystem; Netzwerk mit regelmäßigen Plenum mit Teilnahme der verschiedenen Versorgungseinrichtungen zu diesem Thema; regelmäßige Fortbildungsangebote der Mitarbeiterinnen

Verbesserung der Kooperation mit anderen Akteuren/innen

Bessere Kooperation mit dem Sozialpsychiatrischen Dienst; engere Zusammenarbeit mit niedergelassenen Psychiatern; Ansprechpartnerinnen, die sensibilisiert sind für die Thematik Gewalt gegen Frauen, auf psych. Stationen und ambulanten Diensten

- Hier sind insbesondere kürzere, schnellere Wege erforderlich.

Spezifische Angebote für Frauen mit Migrationshintergrund und lesbische Frauen

Mehr Angebote an transkultureller Psychiatrie; zur besseren Versorgung von Migrantinnen: Datenbank mit muttersprachlichen Psychologinnen, Psychotherapeut., Sozialarbeiterinnen, Ärztinnen u.ä.; Nutzung dieser Expertinnen durch sozialpsychiatrische Dienste, Krankenhäuser, Praxen; Muttersprachliche Traumatherapeutinnen und Psychiaterinnen mit Wissen über Gewalt, Berliner Krisendienst; interkulturell arbeitende Institutionen; Offenheit für spez. Belange lesbischer Frauen und Migrantinnen

- Als besonders wichtig wird die wechselseitige Fortbildung über die bestehenden Systeme erachtet; Außerdem sollten regelmäßige Kooperationsbeziehungen zwischen Anti-Gewalt-Einrichtungen und Krankenhäusern/dem niedergelassenen Bereich etc. angestrebt werden, da davon wechselseitig profitiert werden kann.

Außerdem äußerten die Anti-Gewalt-Einrichtungen folgende Wünsche:

- Spezifische Maßnahmen für Frauen mit Migrationshintergrund und für lesbische Frauen
 - „verstärkte Förderung von muttersprachlichem Expertinnenwissen durch bessere Bedingungen für Anerkennung von ausländischen Berufsabschlüssen und Berufserfahrungen; Therapiezulassungen; verstärkte Einbeziehung in die Arbeit der Einrichtungen durch bezahlte Auftragsvergabe; bessere finanzielle und gesellschaftliche Anerkennung der Unterstützungsangebote in den psychosozialen Kontakt- und Beratungsstellen freier Träger (bisher schlecht bezahlt und sogar ehrenamtlich)“
 - „Der Anteil der psychisch kranken Frauen mit Gewalterfahrung liegt bei 5-9%; aufgrund des bei diesen Nutzerinnen vorliegenden erhöhten Beratungsbedarfs liegt ihr Anteil an der Beratungsarbeit allerdings bei über 50%. Die erlebte Gewalt macht vielen Frauen den Zugang zu Hilfsangeboten schwer. Wir begleiten Frauen, die massive Ängste vor der Psychiatrie haben, weil sie in Krisensituationen in der Psychiatrie traumatisiert wurden. Wir fragen uns, wie Frauen mit Migrationshintergrund in der Psychiatrie/Krisenstationen begegnet wird. Sind interkulturelle Kompetenzen in diesem sensiblen Bereich Einstellungskriterien? Die Arbeit mit der Zielgruppe braucht neue Konzepte und besondere Schulungen des gesamten Personals auf den Stationen.“
 - „Insgesamt werden die geschlechtsspezifischen gleich frauenspezifischen Belange sowie die spezifischen Belange und Bedürfnisse von Frauen mit anderen Identitäten und Lebensumwelten als die von heterosexuellen Frauen nicht/zu wenig berücksichtigt in der Konzeptionierung u.v.a. bei der praxisnahen Umsetzung von Angeboten. Dringende Veränderung geboten! Frauen werden und sind anders krank, anders von Gewalt betroffen anders psychischen Krisen ausgesetzt.“
- Verschiedene Versorgungsprobleme/ Verbesserungsvorschläge

- „Schulungen hinsichtlich häuslicher Gewalt der Mitarbeiterinnen des sozialpsychiatrischen Dienstes“
- „Die meisten von Gewalt betroffenen Frauen sind dadurch psychisch beeinträchtigt. Einige sind an der Grenze zur psychischen Krankheit. Für diese müsste es über unsere Unterstützung hinausgehende leichter zugängliche Angebote geben evtl. mit wesentlich mehr Betreuung und Behandlung. Es kommen auch manchmal paranoide Frauen, die wir nicht aufnehmen können und die auch nichts mit der Psychiatrie zu tun haben wollen. Wie kann diesen Frauen geholfen werden?“
- „Das größte Problem sind nicht vorhandene adäquate Unterbringungsmöglichkeiten der betroffenen Frauen.“
- „Wichtig ist die Frage der möglichen und gezielten Kostenübernahme“
- „Hotline für uns, wo wir bei psychiatrischen Fällen anrufen können. Anlaufstelle: Interkulturelles Psychiatriezentrum“

4.7 Befragung von Betroffenen

Allgemeines

Die für die Erarbeitung des Fragebogens verantwortliche Unterarbeitsgruppe bestand aus zwei Vertreterinnen der Anti-Gewalt-Einrichtungen, einer Mitarbeiterin der Senatsverwaltung für Wirtschaft, Technologie und Frauen und einer Vertreterin der Senatsverwaltung für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz.

Zwangsläufig musste sich dieser Fragebogen erheblich von den Erhebungsbögen der befragten Dienste und Einrichtungen unterscheiden. Dennoch ist die Intention identisch, da es auch hier darum geht, Versorgungslücken fassbar zu machen. Daher wurde vor allem erfragt, welche Erfahrungen gewaltbetroffene, psychisch kranke Frauen mit dem psychiatrischen Versorgungssystem, den Anti-Gewalt-Einrichtungen und sonstigen Diensten gemacht haben, was sie als unterstützend oder negativ erlebt haben und welche konkreten Verbesserungsvorschläge sie dafür haben.

Aus Kapazitätsgründen wurde die Betroffenenbefragung zurückgestellt und erst Anfang 2006 realisiert. Die Verteilung des Fragebogens erfolgte ab Ende Januar 2006 sowohl über die Mitglieder der AG „Frauen und Psychiatrie“, als auch über die in den Bezirksämtern angesiedelten Psychiatriekoordinatoren/innen. Darüber hinaus wurden über 100 Kopien des Fragebogens durch Dritte (z.B. Arztpraxen, verschiedene Beratungseinrichtungen) bei der Senatsverwaltung für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz abgefordert.

Vor diesem Hintergrund ist eine Aussage über die Gesamtzahl der insgesamt verteilten Fragebögen nicht möglich.

47 ausgefüllte Fragebögen sind letztlich eingegangen; ein Fragebogen konnte aufgrund der Vielzahl nicht nachvollziehbarer Hinweise und Anmerkungen nicht berücksichtigt werden, sodass insgesamt 46 Fragebögen für die Auswertung zur Verfügung standen.

Das Handicap, dass der Fragebogen nur in deutscher Sprache existiert, wurde sowohl im Vorfeld von den Mitgliedern der AG „Frauen und Psychiatrie“ thematisiert, als auch von einer Frau in der Befragung aufgegriffen. Da eine kostenneutrale Lösung für die Erarbeitung und Auswertung des Fragebogens in verschiedenen Fremdsprachen nicht gefunden werden konnte, musste dieser Mangel in Kauf genommen werden. Dennoch hat der Fragebogen einige Frauen mit Migrationshintergrund erreicht; von den 46 Befragten haben vier einen Migrationshintergrund angegeben.

Beteiligung an der Fragebogenaktion

Der Rücklauf von 47 Fragebögen wird positiv bewertet. Besonders anzumerken ist, dass sich 4 Frauen mit Migrationshintergrund an der Fragebogenaktion beteiligt haben (damit rund 9 % der Befragten). Hervorzuheben ist die Vielzahl an konstruktiven, konkreten Vorschlägen, die insgesamt übermittelt wurden.

Die vielfältigen und facettenreichen Nennungen zeigen, dass die Zielgruppe erreicht wurde und sowohl das psychiatrische Versorgungssystem, als auch andere Einrichtungen benannt und in Anspruch genommen werden. Aus den persönlichen Angaben ist darüber hinaus erkennbar, dass sich Frauen, die verschiedene Gewaltformen erlebt haben, mit dem Fragebogen auseinandergesetzt haben. Dennoch kann die Befragung keinen Anspruch auf Repräsentativität erheben; sie vermittelt aber wichtige Hinweise und Einschätzungen.

Behandlung / Betreuung durch weibliches Fachpersonal - Geschlechterpräferenz

Deutlich erkennbar ist die stärkere Inanspruchnahme von weiblichem Fachpersonal - Psychotherapeutinnen, Ärztinnen, Psychiaterinnen. Dies korrespondiert auch mit anderen Aussagen, dass rund 70% der Betroffenen sich eine Behandlung/Betreuung/ Beratung durch weibliches Personal wünschen.

Zusammenhang zwischen Gewalterfahrung und psychischen Problemen

Rund 89% der Befragten haben angegeben, psychische Probleme aufgrund der Gewalterfahrung zu haben. Diese Zahl verdeutlicht das mit Gewalt verbundene hohe Gesundheitsrisiko bzw. die gesundheitlichen Folgen von Gewalt.

Inanspruchnahme der verschiedenen Einrichtungen durch die Zielgruppe und Erfahrungen

Deutlich wird die herausragende Rolle, die Psychotherapeutinnen/Psychotherapeuten, Ärztinnen/Ärzte und Krankenhäuser mit Fachabteilung für Psychiatrie und Psychotherapie für die Zielgruppe einnehmen; 50-63% der Befragten haben sie im Zusammenhang mit der Gewalterfahrung aufgesucht. Im Umkehrschluss bedeutet dies, dass diese Einrichtungen besonders gefordert sind, sich auf die Belange dieser Klientel einzustellen und auf die Zielgruppe besonders einzugehen. Dazu können die Aussagen, in welchen Einrichtungen Betroffene Unterstützung erfahren haben, Hinweise liefern.

Dementsprechend ist eine Gegenüberstellung der Nennungen zu beiden Fragen interessant; im Sinne einer Gesamtschau werden zusätzlich die Nennungen zur Frage „Mit welchen Einrichtungen hatten Sie bisher bereits Kontakt?“ abgebildet.

Tabelle 1 Inanspruchnahme von Einrichtungen durch betroffene Frauen

Einrichtung	Mit welchen Einrichtungen hatten Sie bereits Kontakt?	Welche Einrichtungen haben Sie im Zusammenhang mit der Gewalterfahrung aufgesucht ?	als unterstützend erlebt -
Psychotherapeutinnen/Psychotherapeuten	39	28	18
Niedergelassene Ärztinnen/Ärzte	32	23	21
Krankenhaus mit Fachabteilung für Psychiatrie und Psychotherapie	27	22	16
Psychiaterinnen/Psychiatern	32	20	11
Krankenhaus	26	19	11
Beratungsstellen für Frauen	18	18	16
Selbsthilfegruppen	12	14	12
Sozialpsychiatrischer Dienst	22	13	16
Berliner Krisendienst	19	13	14
Frauenhaus	12	12	10
Betreutes Wohnen	13	11	13
Kontakt- und Beratungsstellen	17	8	7
anderes	12	6	6
Zufluchtwohnungen	5	4	4
Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe	3	2	1

Bei dieser Betrachtung werden auf der einen Seite Verschiebungen deutlich (z.B. Psychiaterin/ Psychiater), auf der anderen Seite korrespondieren einige Werte für die Inanspruchnahme von Einrichtungen im Kontext der Gewalterfahrung mit einem hohem Maß an positiven Erfahrungen (z.B. Ärztinnen/Ärzte, Sozialpsychiatrischer Dienst, Beratungsstellen für Frauen).

Insgesamt wird von den Betroffenen ein überraschend positives Bild von den Einrichtungen gezeichnet; dies hängt sicher auch damit zusammen, dass durch die Fragebogenaktion nur ein bestimmter Ausschnitt der Zielgruppe (vermutlich vorrangig diejenigen, die sich noch im „Betreuungs-system“ befinden) erreicht werden konnte.

Die im Einzelnen formulierten Erfahrungen spiegeln deutlich das vielfältige Arbeits- und Leistungsspektrum der einzelnen Einrichtungen wider: So spielt bei den Frauenberatungsstellen die Niedrigschwelligkeit und damit verbunden das unkomplizierte Beratungsangebot eine Rolle, während bei den sozialpsychiatrischen Diensten die Kostenübernahmen u.ä. im Vordergrund stehen. Am Beispiel der Krankenhäuser mit Fachabteilung für Psychiatrie und Psychotherapie wird eine Divergenz sichtbar: Der Umgang mit Medikamenten wird sowohl positiv wie negativ erlebt.

Wichtige Hilfen für eine sinnvolle Unterstützung / Verbesserungsvorschläge

Auffallend ist, dass sich zur Frage der wichtigsten Punkte für eine gute sinnvolle Unterstützung alle Befragten geäußert haben. Eine überragende Bedeutung - rund 70 - 80% der Befragten geben dies an - nehmen Aspekte wie

- Sicherheit,
- eine feste Ansprechpartnerin/weibliches Personal und die
- Kostenlosigkeit der Angebote

ein.

Die große Bedeutung, die der Behandlung/Betreuung/Beratung durch weibliches Personal beigemessen wird, korrespondiert mit den Angaben, dass die meisten Frauen, die Kontakt mit dem Versorgungssystem hatten, vorwiegend weibliches Fachpersonal aufsuchen.

Rund 75% aller Befragten haben Verbesserungsvorschläge formuliert, die sich im Kern auf den Wunsch nach

- sensiblem Umgang/ernst genommen zu werden,
- einer fachlichen Behandlung, bei der die Gewalterfahrung berücksichtigt wird und
- geschultem Personal, das zum Thema Gewalt einen besonderen Zugang hat, beziehen.

Diese Vorschläge sind zum Teil sehr ausdifferenziert und zeigen eine intensive Auseinandersetzung mit der Frage. Sie korrespondieren mit den von S.I.G.N.A.L. entwickelten Vorschlägen zur gesundheitlichen Versorgung. Die im

Rahmen der Befragung artikulierten vielfältigen Verbesserungsvorschläge sind im Anhang detailliert aufgenommen.

Bei der Beschreibung von Defiziten durch die Betroffenen wurde eine generelle Schwachstelle der Befragung deutlich: Die Angaben können weder zeitlich noch örtlich zugeordnet werden. So ist nicht erkennbar, wann eine Einrichtung im Zusammenhang mit der Gewalterfahrung aufgesucht wurde und ob benannte Defizite länger zurückliegen, sodass beschriebene Mängel heute evtl. nicht mehr existieren.

Informationswege und daraus resultierende Anforderungen für die Öffentlichkeitsarbeit

Beratungsstellen und Angehörige, Freundinnen/Freunde, Bekannte waren für die Betroffenen die wichtigsten Informationsquellen. Daraus folgt, dass Informationen breit gestreut werden müssen, um so die Zielgruppe - praktisch über Dritte - zu erreichen.

Wichtigste Punkte beim Erstkontakt

In den Antworten spiegelt sich wider, was sich wie ein roter Faden durch die Nennungen zu den verschiedenen Fragekomplexen zieht: Der Wunsch nach Vertrauen und Ernst genommen zu werden. Um Vertrauen herstellen zu können, bedarf es Zeit; dies ist eine wichtige Forderung für den Erstkontakt.

Folgende grundsätzliche Handlungsempfehlungen wurden aus den Äußerungen der betroffenen Frauen herausgearbeitet:

- Anhand der konkreten Aussagen von betroffenen Frauen sollen Hinweise für qualitativ gute Unterstützung entwickelt werden (Beispiel: Aussage zur Frage „Was sind für Sie die wichtigsten Punkte für eine gute, sinnvolle Unterstützung? - „Männerbesuch in der TWG hat mich zum Teil gestört (zu viel/zu lange)“. Daraus abgeleitetes Kriterium für sinnvolle Unterstützung: Männerfreie Räume).
- Viele Äußerungen der betroffenen Frauen sind „auf den Punkt gebrachte“ Situationsbeschreibungen, die hervorragend illustrieren, was z.B. als unterstützend oder eher belastend erlebt wurde. Daher sollte überlegt werden, wie und wo diese Zitate weitergehend eingesetzt werden können. (Beispiel: „Frauen mit Gewalterfahrung sagen nicht in der ersten Kontaktminute, was wirklich los ist. Es wird sich aber oft nicht die Zeit genommen, zuzuhören, anzuerkennen, was passiert ist und dass vieles nicht möglich ist - z.B. Berührungen, Fragen über das Trauma“.)

- Die Auswertung wurde darüber hinaus unter dem Blickpunkt betrachtet, welche Institutionen von psychisch kranken Frauen mit Gewalterfahrung als Anlaufstellen zusätzlich genutzt werden, die bis dato in den Überlegungen zur Fragebogenaktion keine Rolle gespielt haben (z.B. Kirche). Hier sollte eine Vernetzung angestrebt und ein Informations- und Wissensaustausch etabliert werden.
- Besonderes Augenmerk soll auf das Thema Barrierefreiheit und damit zusammenhängende Probleme gelegt werden. Die von einer Betroffenen angesprochene mangelnde Barrierefreiheit von Beratungsstellen war Ausgangspunkt einer weitergehenden Erörterung in der UAG von Problemen im Zusammenhang mit dem besonderen Hilfebedarf, der für psychisch kranke, gewaltbetroffene Frauen mit einer Körperbehinderung besteht.

5 Psychotherapeutische Versorgungsangebote für gewaltbetroffene Frauen in Berlin

Bereits im Jahr 2005 hat die AG in Zusammenarbeit mit der Psychotherapeutenkammer Berlin eine Befragung der Kammermitglieder zum Themenkomplex durchgeführt. Die Auswertung und Interpretation der Ergebnisse wurde extern vergeben und von der Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz veröffentlicht¹¹. In einem Exkurs werden nachfolgend die wichtigsten Ergebnisse noch einmal zitiert, da sie Relevanz für die Befragungsergebnisse insgesamt haben:

Diskussion der Ergebnisse

Studienpopulation

Hinsichtlich der Größe der vorliegenden Studienpopulation muss angesichts der relativ niedrigen Responserate mit 18,6% konstatiert werden, dass mit einem spezifischen Anschreiben und einer Nachfassaktion wahrscheinlich eine höhere Ausschöpfungsrage zu erreichen gewesen wäre. Finanzielle und personelle Ressourcen ließen beides jedoch nicht zu. Bei weiteren Untersuchungen dieser Art sollten entsprechende Vorkehrungen getroffen werden.

Da in dem Fragebogen keine soziodemografischen Daten erhoben wurden, ist eine Bewertung der Studienpopulation nicht möglich. Informationen zu Geschlecht, Alter und Dauer der Berufstätigkeit, Ausbildungsart etc. hätten zudem Aufschluss über spezifische Zusammenhänge wie z.B. Therapieangebote, Bedarfsformulierung, bestehende Kooperationen etc. geben können.

Insgesamt kann davon ausgegangen werden, dass vornehmlich jene angeschriebenen Psychologen/innen und Psychotherapeuten/innen an der Befragung teilgenommen haben, die bereits für den Problemkomplex sensibilisiert sind. Auch das Antwortverhalten hinsichtlich der bestehenden Erfahrung mit gewaltbetroffenen Frauen lässt diesen Zusammenhang vermuten: Die Mehrzahl der Befragten hatte mehrfach Kontakt mit gewaltbetroffenen Frauen. Von einem gewissen Verzerrungseffekt ist also auszugehen und die hier präsentierten Ergebnisse geben nicht die Meinung der Berliner Psychologen/innen und Psychotherapeuten/innen repräsentativ wieder.

Behandlungserfahrungen

Auf die große psychische Belastung von Gewalt weisen die Antworten der befragten Therapeuten/innen hin, denn drei Viertel der Befragten hatte gelegentlich bzw. häufig gewalttraumatisierte Frauen als Klientinnen betreut und nur ein Viertel hatte keinen oder selten beruflichen Kontakt mit gewaltbetroffenen Frauen. Dieses Ergebnis, dass das Ausmaß und die Dimension der psychischen Folgen ver-

deutlich, deckt sich mit nationalen und internationalen Ergebnissen zu den gesundheitlichen Auswirkungen von Gewalt.

In der Mehrzahl erfolgte eine Behandlung aufgrund von sexuellem Missbrauch in der Kindheit. Verschiedene Aspekte können sich hier niederschlagen: Auf Seiten der Klientinnen zeigen sich hier sowohl das große Ausmaß der Betroffenheit als auch die langfristigen Auswirkungen des Traumas, das psychische Beeinträchtigungen zur Folge haben kann, in das Erwachsenenleben der Frauen hineinwirken und in etlichen Fällen zu einer Fortsetzung von Gewaltwiderfahrnissen z.B. in der Partnerschaft führen kann. Im Vordergrund der psychologischen und psychotherapeutischen Behandlung scheint daher der sexuelle Missbrauch in der Kindheit zu stehen und andere Gewaltformen werden vermutlich nachgeordnet.

Gleichzeitig kann das Ergebnis auch derart gedeutet werden, dass im Vergleich z.B. mit anderen Formen von Gewalt eine größere Sensibilisierung hinsichtlich des sexuellen Missbrauchs in der Kindheit zu verzeichnen ist und sich daher in den Behandlungszahlen, in dem Hilfesuchverhalten der Betroffenen selbst sowie in der Finanzierung von Therapien der Leistungsträger niederschlägt. In diesem Kontext erscheint die hohe Zahl der Behandlungen aufgrund von häuslicher Gewalt beachtlich in Anbetracht der Tatsache, dass der Zusammenhang zwischen häuslicher Gewalt und (psychischer) Gesundheit erst seit einigen Jahren breiter in der Öffentlichkeit diskutiert wird.

Hinsichtlich der Erfahrungen mit spezifischen Betroffenen-Gruppen zeigt sich, dass nur ein kleiner Teil der befragten Psychologen/innen und Psychotherapeuten/innen Frauen mit Behinderungen betreut hat. Aufgrund der erhöhten Vulnerabilität dieser Gruppe besteht hier sicher noch ein größerer Bedarf hinsichtlich Aufklärung und Kompetenztraining.

Arbeitsschwerpunkte

Befragt nach Arbeitsschwerpunkten zeigte sich, dass viele der Therapeuten/innen andere bzw. über die vorgegebenen Schwerpunkte hinausgehende Bereiche haben. In den offenen Antworten überwiegen Angst-/Panikstörungen und Depressionen, also jene psychischen Störungen, die in der Literatur als signifikante Auswirkungen von Gewalt beschrieben werden.

Therapieangebote

Hinsichtlich der Angebote an Therapieverfahren wird die Kassenfinanzierung deutlich: Tiefenpsychologisch orientierte Therapie sowie Verhaltenstherapie sind die anerkannten und somit leicht zu finanzierenden Verfahren.

Bei den Therapieformen zeigt sich, dass die meisten Befragten Einzeltherapien anbieten. Nach den Erfahrungen von Anti-Gewalt-Projekten können Gruppentherapien bei der Verarbeitung von Gewalt unterstützend wirken. Es ist

¹¹ Psychotherapeutische Versorgungsangebote für gewaltbetroffene Frauen in Berlin, Dipl. Soz. Petra Brzank, MPH, im Auftrag der BIG- Hotline und in Kooperation mit der Senatsverwaltung für Wirtschaft, Arbeit und Frauen und der Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz, Berlin, 2005

zu vermuten, dass sich hier die Finanzierungspraktiken der Krankenkassen widerspiegeln.

Bei den Sprachangeboten überwiegen jene Sprachen, die in der allgemeinen Schulbildung vermittelt werden. Eine Orientierung an den Bedürfnissen von Migrantinnen und insbesondere auch Flüchtlingen z.B. aus Bürgerkriegsregionen, die mit spezifischen Gewaltformen konfrontiert und traumatisiert sind, findet nur in Ansätzen statt.

Fortbildungen

Mehr als die Hälfte der Befragten hatte zum Zeitpunkt der Befragung bereits Fortbildungen im Bereich Psychotrauma oder sexuelle Traumatisierung besucht. Die Abfrage der besuchten Fortbildungen in offenen Antworten führte zu einer Vielzahl kaum vergleichbarer Angaben, sodass kein einheitlicher Eindruck hinsichtlich des Fortbildungsstands der Therapeuten/innen in der Stadt entstehen kann. Eine konkrete Abfrage an Themen und Form der Fortbildung hätte ein genaueres Bild gebracht.

Thematisch wurden am häufigsten Fortbildungen zu sexuellem Missbrauch und zu Posttraumatischen Belastungsstörungen besucht. Zwei Personen gaben an, sich zu häuslicher Gewalt fortgebildet zu haben.

Bei den Angaben zu Therapiemethoden überwogen traumaspezifische Methoden wie z.B. EMDR.

Wurden in den offenen Antworten Hinweise zum Ausbildungs- oder Kenntnisgrad gegeben, so wurden am häufigsten Angaben gemacht, die einen mittleren Kenntnisstand nahe legen.

Anbieter von Fortbildungen sind vornehmlich Institute. Angebote von Anti-Gewalt-Projekten oder Kooperationen zwischen Instituten und Anti-Gewalt-Projekten wurden seltener besucht.

Die Antworten im Kontext von besuchten Fortbildungen können sowohl die generelle Angebotsstruktur hierzulande ausdrücken als auch die individuellen Interessen und die Schwerpunktsetzung der Befragten.

Als Grund dafür, dass bisher noch keine spezifische Fortbildung besucht wurde, wurden am häufigsten kein Bedarf und keine Zeit genannt.

Generell findet die Mehrzahl der Befragten Fortbildungen zu diesem Thema sinnvoll und notwendig. Hier wird der große Bedarf, aber auch die besondere Aufgeschlossenheit gegenüber dem Thema seitens der Antwortenden deutlich.

Befragt nach einem bestimmten Fortbildungsinteresse zeigt sich, dass die Mehrzahl der Befragten sich zu spezifischen Therapieverfahren und sexuellem Missbrauch fortbilden würde. Hier drückt sich einerseits der Bedarf aufgrund der eigenen Klientel aus, zum anderen kann auch eine größere Sensibilisierung wegen des öffentlichen Diskurses zum Thema sexueller Missbrauch vermutet werden.

Versorgungsbedarf

Hinsichtlich der Angaben zum spezifischen gesundheitlichen Versorgungsbedarf ist festzustellen, dass die Befragten die Notwendigkeit einer Art kombinierten Versorgung

betonen, an der verschiedene Fachdisziplinen und psychosoziale Beratungen beteiligt sein sollten. Die in ihrer Häufigkeit nachfolgenden Angaben beziehen sich vornehmlich auf das eigene Berufsfeld, wie z.B. die Finanzierung von Langzeittherapien. Ein über diesen Bereich hinausgehender Bedarf wird nicht formuliert.

Weitervermittlung und Kooperationsnetzwerke

Frauen in akuten psychischen Krisen werden am häufigsten an den Berliner Krisendienst, dann an Frauenhäuser und spezifische Frauenberatungsstellen vermittelt. Dieses Ergebnis verdeutlicht, dass viele der Befragten über das Hilfesystem für gewaltbetroffene Frauen informiert sind. Von einer Repräsentativität des Ergebnisses für Berlin kann jedoch nicht ausgegangen werden, da hier jener Effekt zu vermuten ist, der sich aus der bestehenden Sensibilisierung der Befragten ergibt.

Bei den Angaben zu den Kooperationsbezügen überwiegen die Anti-Gewalt-Projekte. Hier zeigt sich die Bedeutung der frauenspezifischen Unterstützungsprojekte für die Berufsgruppe der Therapeuten/innen.

Fast zwei Drittel der Befragten ist bereit, an einem Kompetenznetz zur Verbesserung der Angebote für gewalttraumatisierte Frauen mitzuwirken und mehr als die Hälfte gaben ihre Adresse für eine Kontaktaufnahme an. Dieser hohe Anteil an Therapeuten/innen, die zu einer Mitarbeit bereit sind, beschreibt jedoch nicht die generelle Bereitschaft der in der Stadt praktizierenden Psychologen/innen und Psychotherapeuten/innen, da hier zu berücksichtigen ist, dass wahrscheinlich mehr dem Thema aufgeschlossene Personen geantwortet haben.

Fazit

Die Ergebnisse zeigen, dass bei den befragten Psychologen/innen und Psychotherapeuten/innen eine Sensibilität im Hinblick auf diese Problematik zu finden ist. Für diese Schlussfolgerung sprechen z. B.:

- der hohe Anteil ihrer Klientinnen mit Gewalterfahrungen insbesondere sexuellem Missbrauch in der Kindheit.
- besuchte Fortbildungen zur Thematik.
- der formulierte Bedarf nach kombinierter Versorgung und frauenspezifischen Räumen bzw. Angeboten.

Gleichzeitig wird aber auch ein Bedarf im Wunsch nach weiteren Fortbildungen und der Entwicklung von eigenen Kompetenzen deutlich. Hier steht das Erlernen spezifischer Methoden und das Thema sexueller Missbrauch im Vordergrund. Entsprechende Angebote sollten in Kooperation mit verschiedenen Disziplinen und Anbietern insbesondere auch mit Mitarbeiterinnen von Anti-Gewalt-Projekten entwickelt werden, wobei auf eine Zertifizierung zu achten ist. Das Zusammenwirken verschiedener Gewaltformen sollte bei den Fortbildungen ein Thema sein.

Sensibilisierung der Befragten und der Bedarf, der gesehen wird, drückt sich auch deutlich in der Bereitschaft zum Mitwirken in einem Netzwerk aus. Aufbauend auf diesem Interesse kann eine Basis für eine adäquate Versorgung von Betroffenen geschaffen werden. Hier sollte zeitnah

angeknüpft und Strukturen geschaffen werden, um die psychologische und psychotherapeutische Versorgung von gewalttraumatisierten Frauen gemeinsam in Kooperation von verschiedenen Disziplinen und unter Mitarbeit von

Experten/innen verschiedener Bereiche zu verbessern. Zu überprüfen ist weiter, ob qualitätsgesicherte Leitlinien für die Behandlung entwickelt oder zumindest einheitlichere Empfehlungen ausgesprochen werden können.

6 Gesamtschau und Handlungsempfehlungen

Aus dem Blick über alle Befragungsteile im Sinne einer Gesamtschau lassen sich im Ergebnis folgende Erkenntnisse ableiten:

- Psychisch kranke (psychiatriebetroffene) Frauen mit Gewalterfahrung stellen in allen Befragungsbereichen einen deutlichen Anteil der Patientinnen / Nutzerinnen
 - Krankenhäuser mit Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychotherapie: unter 5 bis 49% der Patientinnen
 - Sozialpsychiatrischer Dienst: Je nach Bezirk reichen die Werte von unter 5% bis über 50% der Klientinnen
 - Berliner Krisendienst: 5% bis 29% der Nutzerinnen
 - Anti-Gewalt-Einrichtungen: unter 5% bis 49% der Nutzerinnen
 - Träger psychiatrischer Einrichtungen bzw. einzelne Einrichtungen: unter 4% bis 39%
 - Rund 89% der Frauen, die an der Betroffenenbefragung teilgenommen haben, berichteten über psychische Probleme aufgrund der Gewalterfahrung.

Ein Ziel dieser Befragung war, eine Vorstellung über die Größenordnung betroffener Frauen zu erhalten. Trotz der eingeschränkten Validität der erhobenen Daten wird der Stellenwert, den Gewaltbetroffenheit im Zusammenhang mit psychischer Erkrankung einnimmt, erkennbar.

Exemplarisch wurden für die beiden nachfolgend genannten Bereiche aus den prozentualen Angaben absolute Zahlen errechnet:

Die befragten Krankenhäuser haben im Ergebnis mitgeteilt, rund 6.000 Patientinnen im Jahr 2005 behandelt zu haben; bei rund 660 bzw. 1.500 Patientinnen (11% bzw. 25%) wurde eine Gewalterfahrung im Hintergrund der Erkrankung bekannt bzw. vermutet.

Die ebenfalls in diese Einschätzung eingehenden psychiatrischen Einrichtungen gaben eine Gesamtsumme an Nutzern von rd. 1.700 an. Der Frauenanteil betrug rd. 32% oder absolut rund 540 Nutzerinnen. Der Anteil psychisch kranker gewaltbetroffener Frauen wurde auf rd. 16% bis rd. 27% ermittelt, diese Angaben entsprechen in absoluten Zahlen 88 bis 143 Frauen.

- Die Mehrzahl der Einrichtungen, die sich an der Erhebung beteiligt haben, gab an, Frauen z.B. bei der Anamnese nach aktuellen oder vergangenen Gewalterfahrungen zu befragen.

- Der überwiegende Teil der befragten Einrichtungen hält kein spezielles Angebot für psychisch kranke Frauen mit Gewalterfahrung vor.
- Alle Einrichtungen haben für die Vermittlung von Patientinnen/Nutzerinnen mehrere Kooperationspartner; dennoch bestehen in diesem Zusammenhang weitergehende Informations- und Vernetzungsbedürfnisse. Dies betrifft insbesondere eine strukturierte Kooperation zwischen Anti-Gewalt-Einrichtungen und psychiatrischen Einrichtungen.
- Die Rückmeldungen sowohl aus dem psychiatrischen Hilfesystem als auch aus den Anti-Gewalt-Einrichtungen belegen das Interesse an weitergehenden Fortbildungen zur Thematik psychische Erkrankungen/geschlechtsspezifische Gewalt.
- Besondere Probleme für die adäquate Behandlung/Beratung/Betreuung werden für Frauen mit Migrationshintergrund vom überwiegenden Teil der Befragungsbereiche artikuliert.

Die Befragungsergebnisse zeigen auf, dass die Hilfesysteme für psychisch kranke, gewaltbetroffene Frauen in ihren Grundzügen gut aufgestellt sind, dennoch aber ein Bedarf an weiter ausdifferenzierten Hilfen besteht. Dieser bezieht sich vor allem auf den Bereich Wohnen/Übernachtungseinrichtungen mit psychiatrischer Betreuung, die Versorgung von Angehörigen, insbesondere Kindern und die weit reichenden Probleme von Frauen mit Migrationshintergrund.

Deutlicher Verbesserungsbedarf ist auch hinsichtlich des Zusammenwirkens der verschiedenen Bereiche erkennbar und wird von den einzelnen Akteurinnen und Akteuren selbst als Forderung im Sinne von stärkerer Vernetzung, Kooperation und Information formuliert. Erste Impulse können dazu bereits in der AG „Frauen und Psychiatrie“ gegeben werden, in dem ein wechselseitiger Informations- und Erfahrungsaustausch über die Einrichtungs- und Bezirksgrenzen hinweg verabredet wird. Diese Vernetzungen gilt es auf weitergehende Ebenen zu übertragen.

Positiv zu konstatieren ist, dass in den Befragungsbereichen eine Sensibilität für die Probleme psychisch kranker Frauen mit Gewalterfahrung spürbar war; dies dürfte auch mit dem hohen Fortbildungsstand in den einzelnen Einrichtungen zu psychischen Erkrankungen und einem zum Teil hohen Fortbildungsstand zum Umgang mit Traumata und geschlechtsspezifischer Gewalt zusammenhängen.

Obwohl die Bestandsaufnahme explizit darauf angelegt war, die Versorgungssituation für Frauen mit Behinderungen und lesbische Frauen genauer zu beleuchten, gibt es dazu wenig fassbare Ergebnisse. Probleme wie mangelnde Barrierefreiheit werden nur punktuell formuliert, die Fragen,

die sich speziell auf lesbische Frauen beziehen, zeigen hohe Ausfallquoten. Die Ursachen dafür sind nicht klar auszumachen, deuten aber darauf hin, dass ein spezifischer Versorgungsbedarf für lesbische Frauen zum Teil nicht gesehen wird.

Künftige Befragungen sollten daher verstärkt die spezifischen Bedürfnisse von besonderen Zielgruppen thematisieren.

Die zu Beginn dargelegten Problemstellungen aus Sicht der AG-Mitglieder wurden durch die Befragungen teilweise bestätigt, zum Teil widerlegt.

Als problematisch wurde der Informationsstand der Fachkräfte in der psychosozialen Versorgung in Bezug auf die gesundheitlichen Folgen von Gewalt und entsprechende Interventionsmöglichkeiten sowie Beratungs- und Schutzeinrichtungen angesehen (s. 3.3.1). Dies wurde in den Befragungen von vielen Antwortenden in ähnlicher Weise als Defizit beschrieben.

Als ein weiteres Problem wurde eine zusätzliche Stigmatisierung in Bezug auf die Inanspruchnahme psychiatrischer Versorgung sowie in manchen Fällen weitere Traumatisierung benannt. Dies konnte durch die Betroffenenbefragung nicht bestätigt werden. Stattdessen äußerte sich die Mehrheit der befragten Frauen überwiegend positiv über die erlebte Unterstützung. Dabei wird darauf hingewiesen, dass die Betroffenenbefragung keinen repräsentativen Anspruch erfüllen kann, aber wichtige Hinweise und Eindrücke vermittelt.

Das Fehlen einer Krisenübernachtung mit psychiatrischer Betreuungsmöglichkeit wurde durch die Befragung bestätigt. Nicht bestätigt hat sich die Annahme, dass eine psychische Erkrankung bei gewaltbetroffenen Frauen die Aufnahme in eine Übernachtungseinrichtung erschwert. Dies gilt allerdings nicht für akuten Suchtmittelmissbrauch.

Als Problem wurde auch das Fehlen auf Trauma- und Gewaltfolgen spezialisierter Therapeutinnen beschrieben. Dies wurde auch von den Antwortenden verschiedenster Einrichtungen immer wieder angeführt.

Demgegenüber geht aus der Befragung der Mitglieder der Psychotherapeutenkammer hervor, dass $\frac{3}{4}$ der Antwortenden in der therapeutischen Praxis Erfahrung mit Gewaltbetroffenheit gemacht haben, mehr als die Hälfte hat an spezifischen Fortbildungen im Bereich Psychotrauma/sexuelle Traumatisierung teilgenommen. Hierbei ist allerdings zu berücksichtigen, dass die Umfrage aufgrund der geringen Rücklaufquote nicht repräsentativ ist.

Als ein besonderes Problem wurde die adäquate Unterstützung von Müttern mit Kindern, insbesondere im Hinblick auf die Mitaufnahme/Mitunterstützung der Kinder angesehen (3.3.7). Dies hat sich durch die Befragung bestätigt, ohne dass konkrete Lösungsmöglichkeiten angeboten wurden.

Die eingegangenen Fragebögen der Einrichtungen und Dienste enthielten viele Hinweise auf bestehende Lücken und Defizite wie auch Vorschläge für konkrete Verbesserungen. Darüber hinaus haben auch die befragten Frauen sehr deutlich gemacht, was ihnen bei professionellen Hilfen wichtig ist. Die nachfolgenden Handlungsempfehlungen sind daher in zwei Blöcke geteilt:

6.1 Allgemeine Handlungsempfehlungen

Information und Fortbildung

- Verstärkte Informationen über die Zusammenhänge (geschlechtsspezifischer) Gewalterfahrungen und psychischer Erkrankung zur Verfügung stellen, um ein größeres Problembewusstsein bei Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern - aller beteiligten Einrichtungen/Beratungsstellen etc. schaffen
- Informationen für das psychiatrische Hilfesystem über bestehende Beratungsstellen für Migrantinnen zur Verfügung stellen
- Informationsaustausch (ggf. Fortbildungen) zwischen Anti-Gewalt-Einrichtungen und psychiatrischem Hilfesystem (umfasst sowohl psychiatrische Einrichtungen als auch Sozialpsychiatrischen Dienste, Krankenhäuser und Niedergelassene) über die bestehenden Hilfestrukturen auch über Bezirksgrenzen hinaus initiieren
- Zur Durchführung der Fortbildungen sollen die bestehenden Fortbildungseinrichtungen der Verwaltung (z.B. Verwaltungsakademie), der Krankenhäuser oder der Wohlfahrtsverbände für die psychiatrischen Träger und die Anti-Gewalt-Einrichtungen genutzt werden. Für Informations- und Fortbildungsarbeit ist auch die Berliner Ärztekammer und die Psychotherapeutenkammer anzusprechen¹²
- Erarbeitung eines frauenspezifischen Wegweisers, insbesondere mit Ansprechpartnerinnen für psychisch kranke Frauen, aber auch z.B. für Arbeitsgruppen von Bezirksämtern
- Sensibilisierung zu spezifischen Belangen und Bedürfnissen von Frauen mit Migrationshintergrund, behinderten Frauen und lesbischen Frauen z.B. durch Information oder Fortbildung, damit zukünftig eine Berücksichtigung sowohl konzeptionell als auch in der Praxis erfolgt
- Verstärkte Information über die bestehenden Unterstützungsmöglichkeiten für weitere Stellen, mit denen Frauen in Kontakt kommen, z.B. Jugend-

¹² Da aus Kapazitätsgründen eine Befragung niedergelassener Ärztinnen und Ärzte nicht erfolgen konnte, gab es für die Bestandsaufnahme noch keinen Kontakt zur Ärztekammer. Dieser soll im Zusammenhang mit der Veröffentlichung der Dokumentation durch die Senatsverwaltung für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz aufgenommen und für das Angebot von zertifizierten Fortbildungen zum Thema Gewalt und psychische Erkrankungen geworben werden.

ämter, Familiengerichte, Selbsthilfegruppen, Seelsorgerinnen und Seelsorger

Kinderbetreuung von der Einrichtung in räumlicher Nähe organisiert wird.

Vernetzung / Kooperation

- Ausbau von Kooperationen zwischen Kliniken und niedergelassenen Ärztinnen/Ärzten und Therapeutinnen/Therapeuten, insbesondere auch zu Sprach- und Kulturmittlerinnen
- Aufbau von Kooperationen zwischen Anti-Gewalt-Einrichtungen und psychiatrischem Hilfesystem. Schaffung einer geeigneten Form der Kooperation, die der bezirklichen Organisation der psychiatrischen Versorgung und der überregionalen Versorgung durch die Anti-Gewalt-Einrichtungen gerecht wird, wobei der Kooperation in bereits bestehenden Formen eindeutig der Vorzug zu geben ist

Nächtliche Anlaufstelle

- Erforderlich ist die Absicherung einer nächtlichen Betreuung. Gewaltbetroffene Frauen kommen häufig tagsüber gut zurecht, brauchen aber nachts Unterstützung / Betreuung oder zumindest die Gewissheit, dass jemand in der Nähe ist. Erforderlich ist eine niedrigschwellige Anlaufstelle, in der sich Frauen abends und nachts aufhalten können. Diese Anlaufstelle soll täglich zur Verfügung stehen

Einrichtung einer niedrigschwelligen Wohneinrichtung

- Erforderlich ist ein Wohnangebot mit psychosozialer (nicht psychiatrischer) Betreuung (ggf. rund um die Uhr) mit niedrigschwelligem Zugang (Sofortaufnahme), das für Frauen in Krisen zur Verfügung steht. Sinnvoll wäre, die Betreuung von Kindern in räumlicher Nähe zu ermöglichen bzw. dass die Kinderbetreuung von der Einrichtung organisiert wird.

Einrichtung einer psychiatrisch betreuten Krisenwohnung

- als Rückzugs- und Schutzraum; Eine psychiatrisch betreute Krisenwohnung bietet die Chance, psychisch kranke Frauen mit Gewalterfahrung, deren Erkrankung aber nicht von vornherein einen Klinikaufenthalt erfordert, zu stabilisieren. Diese Einrichtung soll auch zur Vermeidung von Zwangseinweisungen dienen analog zum Krisenhaus oder zur Krisenpension. Frauenhäuser und Zufluchtwohnungen sind häufig überfordert, Frauen mit psychischen Erkrankungen angemessen zu betreuen. Sinnvoll wäre, dass ggf. eine

Interkulturalität

- Beachtung von Migrationshintergründen bei Personaleinstellungen im Sozialpsychiatrischen Dienst, angepasst an die jeweilige bezirkliche Bevölkerungsstruktur.
- Beachtung von Migrationshintergründen bei Personaleinstellungen in Krankenhäusern, insbesondere für psychiatrische Abteilungen und Krisenstationen.
- Ausbau interkultureller Kompetenzen bei den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern in den Hilfesystemen einschließlich öffentlichkeitswirksamerer Präsentation.
- Stärkere Einbeziehung qualifizierter Sprach- und Kulturmittlung in die Hilfesysteme (auch Sicherstellung der Finanzierung).

Weitere Angebotsverbesserungen

- Psychotherapeutinnen sollten eine Behandlung im Bedarfsfall auch aufsuchend anbieten.
- Um einen schnellen Behandlungseinstieg zu ermöglichen, sollten die Wartezeiten auf Psychotherapie verkürzt werden.
- Es werden mehr ambulante Therapieangebote für traumatisierte Frauen benötigt.
- Im stationären Bereich werden frauenspezifische Angebote (z.B. Frauenstation) benötigt.
- Die Anti-Gewalt-Einrichtungen sollen außerhalb der Sprechzeiten die Telefonnummer eines oder mehrerer Krisendienste auf die Ansage des Anrufbeantworters aufnehmen.
- Erhalt und Ausbau von Hilfeangeboten mit Spezialisierungen, z.B. „Sucht und Traumatisierung“, „Mütter und Kinder“.

6.2 Handlungsempfehlungen für den Kontakt mit psychisch kranken gewaltbetroffenen Frauen

Viele Äußerungen aus der Betroffenenbefragung sind „auf den Punkt gebrachte“ Situationsbeschreibungen, die hervorragend illustrieren, was z.B. als unterstützend oder eher belastend erlebt wurde. Sie sind im Anhang ausführlich wiedergegeben. Vorab werden einige ausgewählte Punkte benannt:

- Zeit: Dies gilt insbesondere für den Erstkontakt.
- Sich Zeit zu nehmen und die Klientin/Patientin mit ihrer Persönlichkeit und ihren Problemen ernst zu

nehmen, sind herausragende Punkte der Betroffenenbefragung. Es muss mit Bedacht werden, dass Frauen mit Gewalterfahrung häufig nicht von vornherein über die tatsächlichen Probleme sprechen.

- Den Klientinnen Glauben schenken, Verständnis zeigen, dass z.B. Berührungen in der aktuellen Situation nicht möglich sind oder dass z.B. eine Untersuchung nur von einer Frau durchgeführt werden soll.
- Beteiligung der Frauen bei der Auswahl von Behandlungs-/ Unterstützungsprogrammen
- Berücksichtigung der Gewalterfahrung bei der Behandlung, sensibler Umgang auf „Augenhöhe“ zwischen professioneller HelferIn und Klientin; ein betroffenenkontrollierter Ansatz¹³ wird als unterstützend erlebt;
- Beratung/Behandlung/Betreuung durch Personal, das einen besonderen Zugang zum Thema Gewalt hat.
- Angebot der Behandlung/Betreuung durch weibliches Personal sollte Bestandteil des gängigen Verfahrens sein.

Die umfangreichen Antworten der betroffenen Frauen korrespondieren mit den von S.I.G.N.A.L.- Intervention im Gesundheitsbereich gegen Gewalt an Frauen e.V. entwickelten Hinweisen zur Beratung/Behandlung/Betreuung gewaltbetroffener Frauen. Nachfolgend wird das von S.I.G.N.A.L. erarbeitete Konzept¹⁴ auszugsweise zitiert:

Intervention gegen häusliche Gewalt – Handlungsempfehlungen für Professionelle der Gesundheitsversorgung

Das folgende Kapitel enthält Empfehlungen und konkrete Hinweise für Mitarbeiter/innen der Gesundheitsversorgung für eine Intervention gegen häusliche Gewalt. Beschrieben werden Vorgehensweisen, die als geeignet gelten, um gewaltbetroffenen Patienten/innen eine adäquate Versorgung und Unterstützung zukommen zu lassen. Die Empfehlungen beruhen auf den Erfahrungen aus dem S.I.G.N.A.L. - Interventionsprojekt am Universitätsklinikum Benjamin Franklin (UKBF) und berücksichtigen Standards aus dem internationalen Raum (Warsaw/Ganley 1998; Department of Health 2000; Dutton 2002; FVPF 2002). Da überwiegend Frauen von häuslicher Gewalt betroffen sind, ist im Folgenden von Patientinnen die Rede.

¹³ „Unter betroffenenkontrolliertem Ansatz wird die Beratung / Betreuung in einer Einrichtung/Beratungsstelle durch Menschen verstanden, die mit dem jeweiligen Thema ebenfalls persönliche Erfahrungen haben.“ („Betrifft: Professionalität“; Wildwasser e.V., Weglaufhaus, Tauwetter, Berlin 2004)

¹⁴ entnommen aus: Häusliche Gewalt gegen Frauen: gesundheitliche Versorgung – Das S.I.G.N.A.L.-Interventionsprogramm; Handbuch für die Praxis; H. Heilbernd, P. Brzank, K. Wieners, U. Maschewschky-Schneider, Berlin, 2003; im Internet abrufbar unter:

http://www.bmfsfj.de/Kategorien/Forschungsnetz/forschungsberichte_did=18204.html

4.1 Interventionsempfehlungen

Bevor Sie eine Patientin ansprechen, ob Gewalt als Ursache ihrer Verletzungen oder Beschwerden in Frage kommt, achten Sie darauf, Bedingungen zu schaffen, damit sich die Patientin sicher, angenommen und respektiert fühlen kann, um sich Ihnen anzuvertrauen. Haben Patientinnen den Eindruck, dass keine Offenheit oder Bereitschaft über Gewalt zu sprechen besteht, keine Zeit vorhanden ist oder die Frage nach Gewalt nebenbei gestellt wird, können sich die wenigsten vorstellen, von ihren Gewalterlebnissen zu berichten. Dem Aspekt der Sicherheit der Patientin ist höchste Priorität einzuräumen. Schritte, die die Gewaltsituation verschärfen können, müssen unterbleiben. Im Folgenden werden allgemeine Empfehlungen für eine Intervention angeführt.

Schaffen Sie einen privaten und sicheren Raum

Ärzte/innen und Pflegekräfte sollten wegen der erhöhten Gefährdung ihre Patientin nie im Beisein einer Begleitperson nach Gewalterfahrungen fragen oder den misshandelnden Partner in ein Gespräch einbeziehen. Bitten Sie daher Begleitpersonen, den Behandlungsraum zu verlassen oder versuchen Sie eine Situation herzustellen, in der Sie mit der Patientin allein sind und ihre Sicherheit gewährleistet ist. Die Tendenz, Angehörige bzw. begleitende Personen in die Behandlungssituation einzubeziehen, wirkt sich nicht nur nachteilig aus, sondern verhindert in der Regel ein Gespräch über Gewalt. Es wird empfohlen, Angehörige zumindest solange auszuschließen, bis ein Gespräch über mögliche Gewalterfahrungen mit der Patientin erfolgt ist. Um Irritation durch eine etwaige ‚Sonderbehandlung‘ weiblicher Patientinnen zu verhindern, kann diese Regelungen zu einem Behandlungsstandard gemacht werden. In Deutschland gibt es keine einheitlichen Empfehlungen oder Umgangsweisen. Ob das Arzt-Patienten-Gespräch unter vier Augen oder im Beisein von Begleitpersonen erfolgt, ist hierzulande abhängig von der Haltung und Einstellung der behandelnden Person. Die Erfahrungen im UKBF zeigen, dass eine eindeutige und klare Regelung hilfreich ist und die Arbeit erleichtert. Steht die Begleitperson erst einmal im Behandlungszimmer, ist es nicht immer leicht, sie wieder in den Wartezimmer zu bitten. ...

Nehmen Sie sich Zeit

Vergewissern Sie sich, dass Sie bereit sind, der Patientin zuzuhören und sie zu unterstützen. Sorgen Sie für eine ruhige, ungestörte Umgebung, in der sich die Patientin vertrauensvoll mitteilen kann. Denken Sie daran, dass das Gespräch mit Ihnen und Ihre Unterstützung für die Patientin unter Umständen lebensrettend sein können. Es ist bekannt, unter welchem Zeitdruck und welcher Belastung Mitarbeiter/innen in Krankenhäusern stehen. Sie sollten aber auch bedenken, dass Sie durch Fragen nach erlittener Gewalt und ein Gesprächsangebot eine weitere Gefährdung der Patientin verhindern und dazu beitragen können, dass sich misshandlungsbedingte Beschwerden der Patientin nicht chronifizieren.

Begegnen Sie der Patientin mit Respekt, akzeptieren Sie ihre Entscheidungen

Hören Sie zu, ohne zu urteilen, und sehen Sie die Frau als Expertin ihrer eigenen Situation. Akzeptieren Sie ihr Verhalten, ohne zu werten. Nicht alle Patientinnen möchten über mögliche erlebte Gewalt reden. Es bleibt die Entscheidung der einzelnen Patientin,

wann für sie der geeignete Zeitpunkt für ein Gespräch über Gewalt ist. Viele Frauen müssen mehrmals und zu verschiedenen Zeitpunkten auf Gewalthintergründe angesprochen werden, ehe sie die Möglichkeit wahrnehmen, über erlittene Misshandlungen zu sprechen. Frauen verbleiben trotz Misshandlungserfahrungen und Unterstützungsangeboten häufig vorerst in der Partnerschaft. Als Arzt/Ärztin oder Pflegekraft können Sie ggf. den Prozess einer Trennung unterstützen, nicht aber den Zeitpunkt einer Trennung bestimmen. Üben Sie keinen Druck auf die Patientin aus, raten Sie ihr nicht, sie solle sich von dem Partner trennen oder ihn anzeigen. Bieten Sie Unterstützung an, ohne ein bestimmtes Handeln vorzuschreiben oder moralisch zu werten. Viele Frauen machen die Erfahrung, dass ihnen Unterstützung entzogen wird oder sie missachtet werden, wenn sie sich nach einem Gespräch nicht von dem gewalttätigen Partner trennen. Vor diesem Hintergrund verweisen Interventionsprojekte darauf, dass die Trennung einer Patientin aus einer Gewaltsituation nicht Ziel einer Intervention oder Maßstab für ihr Gelingen sein darf. Über die Trennung und vor allem den richtigen Zeitpunkt einer Trennung kann nur die Patientin selbst entscheiden.

Signalisieren Sie ihre grundsätzliche Gesprächsoffenheit und unterschätzen Sie nicht die Unterstützung, die Sie der Frau durch ein Gesprächsangebot und die Vermittlung von Informationen über weiterführende Beratungs- und Zufluchtseinrichtungen bieten.

Berücksichtigen Sie den individuellen Kontext der Patientin

Sowohl im Gespräch als auch bei den einzelnen Interventions-schritten ist die spezifische Situation der betroffenen Patientin zu berücksichtigen. Bei einigen Zielgruppen gilt es, besondere Aspekte zu beachten.

Patientinnen mit Migrationshintergrund

Häusliche Gewalt ist in allen Kulturkreisen verbreitet, ebenso wie Frauen deutscher Herkunft sind Frauen mit einem Migrationshintergrund von Gewalt betroffen. Ihnen erschweren zusätzliche Aspekte ein Offenlegen von Misshandlungen. Neben sprachlichen Verständigungsproblemen können folgende Gründe Frauen hindern, über Misshandlungen zu sprechen: mangelnde Information über das hiesige Gesundheitssystem und bestehende Hilfs- und Unterstützungsangebote, existentielle Abhängigkeiten von dem Partner und/oder damit verbundene ausländerrechtliche Konsequenzen wie den Verlust des Aufenthaltsrechts oder der Anspruchsberechtigung für medizinische Versorgung. Zu berücksichtigen ist, dass bei Frauen ohne regulären Aufenthaltsstatus eine weitaus höhere Abhängigkeit vom Partner besteht. Auch kann das Sprechen über Gewalt gegen einen kulturellen Kodex verstoßen, wenn häusliche Gewalt in der soziokulturellen Umgebung toleriert wird (Mohammadzadeh 1996; Lehmann 2001; BaF 2003). Achten Sie darauf, dass jeweils die individuelle Situation der Patientin berücksichtigt wird. Allgemeine stereotype Zuschreibungen eines Kulturkreises werden ihren Patientinnen nicht gerecht und können dazu führen, dass Gewaltfolgen nicht erkannt werden und eine Intervention mit dem Argument der kulturspezifischen Gewalttolerierung ausbleibt. Es ist darauf zu achten, dass Patientinnen die Möglichkeit erhalten, sich geschützt mitteilen zu können. In Gegenwart von Begleitpersonen wird misshandelten Frauen, die über keine Deutschkenntnisse verfügen, keine Gelegenheit gegeben, offen zu sprechen. Familienangehörige sollten auf keinen Fall die Funktion des Dolmetschens übernehmen, da ihr Verhältnis zu der misshandelnden Person unklar ist. Es sollte als Standard gelten, dass die Sprachmittlung durch professionelle, eigens für das Übersetzen im gesundheitlichen Bereich ausgebildete Personen erfolgt. Kann dies nicht gewährleistet werden, sollte ein Gespräch über Gewalt zu einem späteren Zeitpunkt in

Anwesenheit einer kompetenten Sprachmittler/in erfolgen. Eine erneute Einbestellung von Patientinnen, bei denen der Verdacht auf Gewalterfahrungen besteht, ist auch in Erste Hilfe-Stationen jederzeit möglich.

Frauen mit Behinderungen

Patientinnen mit Behinderungen werden oft von Personen begleitet, die für ihre Versorgung und Pflege zuständig sind. Die Beziehung zueinander ist in der Regel geprägt von Intimität und Abhängigkeit. Frauen mit Behinderungen sind vielfach in ihrer Selbstbestimmung und z. T. in ihren Artikulationsmöglichkeiten eingeschränkt. Sie begegnen stereotypen Diskriminierungen und leben häufig in einem täterfreundlichen Umfeld (Voss/Hallstein 1993; Zemp 2002; BMFSFJ 2003). Gerade aufgrund dieses besonderen Verhältnisses und der Ungewissheit über den Grad der Abhängigkeit ist auch hier Voraussetzung, dass ein Gespräch allein mit der Patientin erfolgt. Achten Sie darauf, dass den Patientinnen bei dem Verdacht auf Misshandlungen die Möglichkeit gegeben wird, sich in einer privaten und geschützten Umgebung mitteilen zu können. Stellen Sie sicher, dass sich Frauen mit Einschränkungen z.B. der Hörleistungen verständigen können oder ziehen Sie eine dolmetschende Person hinzu.

Vermitteln Sie eine klare Haltung gegenüber häuslicher Gewalt

Nehmen Sie die Schilderungen der Frau ernst und bedenken Sie immer, dass die Frau keine Verantwortung für die erlittene Misshandlung trägt. Vermeiden Sie Fragen darüber, wie Gewalttaten ausgelöst wurden – wie „Was hat zu der Gewalt geführt?“ –, denn damit können bestehende Schuld- und Schamgefühle sowie das Gefühl verantwortlich für die Gewalt zu sein, bei der Patientin verstärkt werden. Für die Unterstützung und Entlastung der Frau ist es von zentraler Bedeutung, Gewalt als einen Straftatbestand und als eine Verletzung grundlegender Menschenrechte zu betrachten und ihr zu vermitteln, dass niemand Gewalt ‚verdient‘ und sie als Opfer nicht verantwortlich ist für das Handeln des Täters.

Bedenken Sie die hohe Gefährdung der Frau

Häusliche Gewalt eskaliert in der Regel in Trennungsphasen bzw. nach einer Trennung. Die meisten tödlichen Angriffe im Zusammenhang mit häuslicher Gewalt erfolgen in dieser Zeit. Stellen Sie sicher, dass nichts von dem, was die Frau erzählt, ohne ihren Wunsch weiter getragen wird. Vermitteln Sie der Patientin, dass ihre Mitteilungen der ärztlichen Schweigepflicht und dem Datenschutz unterliegen. Unternehmen Sie nichts, wozu die Patientin nicht ihre Zustimmung gibt. Klären Sie, ob die Frau zu Hause bleiben kann oder will. Fragen Sie, ob Kinder in der Familie leben und ob deren Sicherheit gewährleistet ist.

Achten Sie auf Ihre eigene Sicherheit

Unternehmen Sie nichts, was Ihre Sicherheit und die Ihrer Kolleginnen gefährden könnte. Versuchen Sie nicht, eine möglicherweise eskalierende Situation alleine zu bewältigen. Achten Sie darauf, dass Sie niemanden in eine gefährliche Situation bringen.

4.2 Erkennen gewaltbedingter Verletzungen und Beschwerden

Wo sollte nach Gewalterfahrungen gefragt werden?

Gewaltverursachte Verletzungen oder Beschwerden sind oft nicht eindeutig zu erkennen. Wissenschaftliche Untersuchungen zu gesundheitlichen Folgen häuslicher Gewalt zeigen, dass die gesundheitlichen Auswirkungen vielfältig sind und sich Gewaltfolgen in körperlichen Verletzungen, (psycho-)somatischen Beschwerden und psychischen Störungen niederschlagen (s. Kap. 3). Es ist davon auszugehen, dass jede Fachdisziplin in der ambulanten oder stationären Versorgung in der Behandlung Patientinnen begegnet, die an gesundheitlichen Folgen von Misshandlungen leiden. Beschäftigte aller medizinischen Disziplinen sollten angesichts der gesundheitlichen Folgen für die Gewaltproblematik sensibilisiert sein und auf gewaltbedingte Verletzungen und Beschwerden achten.

Wer sollte nach Gewalt gefragt werden?

Die Tatsache, dass häusliche Gewalt jede Frau treffen kann und sich Gewalt in vielfachen Verletzungen oder Beschwerden auswirkt und nicht auf hochsignifikante Prädiktoren eingrenzen lässt (Muellemann/Lenaghan et al. 1996; Fanslow/Norton et al. 1998; Muhajarine/D'Arcy 1999; Zachary/Mulvihill et al. 2001), hat dazu geführt, dass viele Interventionsprogramme empfehlen, bei der Anamnese von Patientinnen grundsätzlich nach Gewalterfahrungen zu fragen. Dies sei die Voraussetzung für eine ursachenadäquate Behandlung und eine präventive, d.h. Neuerkrankungen verhindernde Unterstützung der Patientinnen. Das S.I.G.N.A.L.-Projekt macht (ebenso wie internationale Erfahrungen) deutlich, dass eine routinemäßige Befragung aller Patientinnen bei jedem ärztlichen Besuch schwer umzusetzen ist. S.I.G.N.A.L. zeigt, dass ein Fragen nach Gewalt als fester Bestandteil der Anamnese schrittweise und als ein langfristiges Ziel vereinbart werden kann. In jedem Fall aber sollte im Verdachtsfall immer nach möglichen Gewalterfahrungen gefragt werden, d.h. Mitarbeiter/-innen der medizinischen Versorgung sollten Verdachtsmomente wahrnehmen können und sich im Ansprechen von Patientinnen und Patienten kompetent fühlen.

4.3 Empfehlungen für das Gespräch mit der Patientin

Über häusliche Gewalt zu sprechen, ist weder für das medizinische Personal noch für gewaltbetroffene Frauen leicht. Erfahrungen zeigen, dass Ärzte/innen und Pflegekräfte oft unsicher sind, ob es die Patientin als verletzend empfindet, wenn Mitarbeiter/innen nach erlittener Gewalt fragen.

Vermitteln Sie, warum Sie nach Gewalterfahrungen fragen

Aus diesem Grund empfiehlt sich, allgemeine Fragen zu stellen und der Patientin zu vermitteln, dass Gewalt ein Thema ist, das für Sie in der Behandlung und Pflege eine grundsätzliche Bedeutung hat.

Sie können ein Gespräch mit folgenden Fragen beginnen:

- „Wir erleben häufig, dass Verletzungen/Beschwerden von einer anderen Person verursacht wurden. Wir haben uns daher angewöhnt, immer zu fragen, ob so etwas geschehen ist.“
- „Viele Frauen, die zu uns in die Erste Hilfe kommen, wurden von ihrem Partner oder von einer ihr bekannten Person verletzt. Wir haben uns angewöhnt jede Patientin zu fragen, ob sie ähnliches erfahren hat. Werden Sie momentan, von einer Person, die Ihnen nahe steht, bedroht oder verletzt? Sind Sie jemals von einer Person, die Ihnen nahe steht, körperlich oder sexuell verletzt worden?“

- „Wir wissen, dass viele Frauen von Gewalt betroffen sind und die Folgen für die Gesundheit vielfältig sind. Daher fragen wir alle Patientinnen, ob sie Misshandlungen erlitten haben.“
- „Ihre Beschwerden (z.B. Panikattacke/Asthmaanfall) können Ausdruck von Belastungen sein. Viele Frauen erleiden körperliche, seelische und sexuelle Verletzungen, die auch ihre Gesundheit beeinträchtigen. Wir beziehen diese Möglichkeit immer mit ein. Sind Sie möglicherweise...“

Fragen Sie möglichst konkret

Auf die Frage, ob die Patientin häusliche Gewalt erlebt oder misshandelt wurde, antworten betroffene Frauen selten mit ja, da sich die meisten Frauen, die in ihrer Partnerschaft Gewalt erleben, nicht mit diesen Begriffen identifizieren. Fragen Sie daher konkret, ob die Patientin geschlagen wurde oder ob sie zu Hause sicher und gut versorgt ist oder sie jemand verletzt hat. Der Begriff „verletzt“ macht es Ihrer Patientin möglich, über emotionale wie über körperliche Verletzungen zu sprechen.

- „Kann es sein, dass Sie von einer anderen Person geschlagen, getreten, geschubst, gebissen, verbrannt, etc. wurden? War es Ihr Partner oder Freund?“
- „Wie ist es dazu gekommen, dass Sie die Leiter hinunter gestürzt sind? Hat Sie vielleicht jemand gestoßen oder hat Ihnen jemand Angst gemacht?“
- „Sie wirken ängstlich/unruhig, erzählen Sie mir bitte, was Ihnen Angst macht. Hat es etwas mit Ihrer Situation zu Hause zu tun? Fühlen Sie sich dort sicher? Fürchten Sie sich vor ihrem Partner?“
- „Die Verletzungen, die Sie haben, könnten von einer anderen Person verursacht sein. Hat Sie jemand verletzt? Wer hat Sie verletzt?“
- „Fühlen Sie sich durch Ihren Partner verletzt?“
- „Fühlen Sie sich durch Ihren Partner bedroht?“
- „Werden Sie von Ihrem Partner beschimpft?“

Wenn eine Patientin Ihren begründeten Verdacht auf Gewalterfahrung verneint

Verneint eine Patientin Ihre Fragen nach Gewalterfahrungen, obwohl Sie aufgrund der Art der Verletzung, der Beschwerden oder situativen Aspekte einen begründeten Verdacht haben, sagen Sie Ihrer Patientin, dass Sie sich Sorgen machen und den Eindruck haben, dass sie bedroht wird / geschlagen wurde / Angst hat.

- „Ich mache mir Sorgen um Ihre Sicherheit. Denken Sie bitte daran, dass Sie nicht verantwortlich für das Handeln anderer Menschen sind. Niemand ‚verdient‘ es, geschlagen oder bedroht zu werden. Ich würde Ihnen gerne Telefonnummern von Beratungsstellen geben, bei denen Sie jederzeit Unterstützung und Hilfe erhalten können, wenn Sie dies möchten.“
- „Mir ist bewusst, dass es sehr schwer ist, über dieses Thema zu sprechen und dass dies ausschließlich Ihre Entscheidung ist. Es wäre schön, wenn Sie daran denken, dass Sie hier jederzeit Unterstützung finden, wenn Sie darüber sprechen oder Informationen haben möchten.“
- „Ich würde Ihnen dennoch gerne diese Notfallkarte mitgeben. Darin stehen Telefonnummern von Beratungsstellen und Zufluchtseinrichtungen für Frauen und Mädchen, die Gewalt erleben oder erlebt haben. Wir hier kennen die Problematik und können Betroffene in vielen Fällen unterstützen.“

....

4.6 Überblick zu den Interventionsschritten: Leitfaden von S.I.G.N.A.L.

Der Leitfaden von S.I.G.N.A.L. enthält in einer Kurzfassung die Bausteine der Intervention. Er bietet einen Überblick zu den einzelnen Interventionsschritten, jeder Buchstabe steht für eine Handlung.

Setzen Sie ein Signal: Sprechen Sie die Patientin an.

Viele Frauen, die misshandelt werden, erzählen aus Angst und Scham nicht von sich aus, was ihnen passiert ist. Studien belegen eindrucksvoll, dass Frauen sich öffnen, wenn sie direkt nach möglichen Gewalterfahrungen gefragt werden. Professionelle sollten signalisieren, dass sie für das Thema Gewalt sensibilisiert sind. Das Gespräch sollte mit einem Statement beginnen, etwa: "Da Misshandlungen an Frauen so häufig vorkommen, haben wir uns entschlossen, routinemäßig danach zu fragen."

Interview mit konkreten, einfachen Fragen

Die Befragung der Patientinnen sollte routinemäßig als Standard durchgeführt werden. Generell ist darauf zu achten, dass einfache und direkte Fragen gestellt werden und das Gespräch in einer vertrauensvollen und geschützten Atmosphäre stattfindet. Frauen, die misshandelt wurden und über ihre Gewalterfahrungen sprechen, schämen sich und haben Angst bzw. sind es gewohnt, dass ihnen nicht geglaubt und das Erlebte bagatellisiert wird. Deshalb einige Grundsätze für die Beratung:

Die Patientin bejaht Gewalterfahrungen:

- Sie muss ermutigt werden, darüber zu sprechen.
- Behandelnde und Pflegende müssen ihr offen und unvoreingenommen zuhören.
- Behandelnde und Pflegende müssen ihre Wahrnehmungen unterstützen und bestätigen.

Die Patientin verneint Gewalterfahrungen:

- Behandelnde und Pflegende müssen sehr bewusst auf Anzeichen von Gewalt achten.
- Stellen Behandelnde und Pflegende Anzeichen fest, sollten sie dies benennen und spezifische Fragen stellen.
- Auch wenn die Patientin verneint, sollten Behandelnde und Pflegende ihren Verdacht dokumentieren und Informationen über Hilfsangebote anbieten.

Bei Migrantinnen, die nicht ausreichend Deutsch sprechen, ist eine Sprachmittlerin hinzuzuziehen.

In keinem Fall sollten begleitende Männer, Familienangehörige oder Kinder zur Übersetzung herangezogen werden.

Gründliche Untersuchung alter und neuer Verletzungen

Bei der Untersuchung ergeben sich Anzeichen für Misshandlungen,

- wenn Verletzungen unterschiedlich alt sind. Misshandlungsbeziehungen erstrecken sich häufig über lange Zeiträume und Frauen lassen ihre Verletzungen nicht immer behandeln bzw. dürfen sie nicht behandeln lassen.
- wenn Verletzungsart und Erklärungen nicht übereinstimmen.
- wenn trotz schwerer Verletzungen erst sehr spät ärztliche Hilfe gesucht wird.
- wenn die Patientin von Depressionen, Selbstmordgedanken oder -versuchen, Beruhigungs- und Aufputschmitteln, Essstörungen und/oder Suchtmittelabhängigkeit berichtet.
- wenn sich die Patientin schon mehrmals wegen Angst- und Panikattacken ärztliche Hilfe gesucht hat.

- wenn sich die Patientin als wenig gesund beschreibt.

Notieren und dokumentieren aller Ergebnisse und Antworten

Dokumentationen sollten besonders unter dem Aspekt der Gerichtsverwertbarkeit verfasst werden, d.h. sie müssen leserlich geschrieben sein und möglichst viele genaue Informationen enthalten:

- eine detaillierte Beschreibung der physischen wie psychischen Verletzungen sowie der Traumageschichte der Patientin und die wichtigsten Aspekte ihrer sozialen Situation,
- eine detaillierte Beschreibung der physischen Verletzungen mit Anzahl, Größe und Lokalisierung. Die Verletzungen sollten fotografiert werden,
- alle abgegebenen Erklärungen der Patientin (möglichst in Form von Zitaten) über die Ursache der Verletzungen, Tatort und -zeit, den Täter und Zeugen/innen,
- die Einschätzung, ob die Erklärungen der Patientin mit der Art der Verletzung/Symptome übereinstimmen,
- alle Ergebnisse der Untersuchungen und die genaue Diagnose,
- Nennung der Beweismittel (Fotos von Verletzungen sowie Beweismitteln, Kleidungsstücke usw.) und Beschreibung der Beweissicherung,
- Nennung aller involvierten Institutionen, z.B. Polizei, Notarzt/ärztin.

Abklären des aktuellen Schutzbedürfnisses der Patientin

Die Gefahr, dass Gewalt eskaliert, ist dann am Größten, wenn eine Frau ihre Misshandlungen öffentlich macht und/oder sich trennt. *Das Ziel jeder Intervention ist Schutz, Sicherheit und die Beendigung von Gewalt.* Es ist deshalb wichtig herauszufinden, ob sie Angst hat, nach Hause zurückzukehren und lieber zu einer Freundin bzw. einem Freund, anderen Familienangehörigen oder in ein Frauenhaus möchte. Es ist auch zu erfragen, ob sie unverstärkte Kinder zurückgelassen hat. Die betroffene Frau kann ihre Situation selbst am besten einschätzen. Es sollten ihr Schutzmöglichkeiten aufgezeigt werden, aber ihre Entscheidung ist in jedem Fall zu respektieren. Die Polizei sollte nur auf ihren Wunsch hin eingeschaltet werden.

Leitfaden über Hilfsangebote und Notrufnummer geben

Der Patientin sollten Telefonnummern und Adressen von Hilfs- und Schutzeinrichtungen angeboten werden. Sie darf aber weder überredet noch gezwungen werden, sie zu nehmen. Sie muss darauf hingewiesen werden, dass es auch gefährlich für sie sein kann, diese mit sich zu tragen.

Die vor dem Hintergrund der Bestandsaufnahme von der AG „Psychiatrie und Frauen“ entwickelten Handlungsempfehlungen sind hinsichtlich der Chancen ihrer Umsetzbarkeit unterschiedlich: Einige dieser Handlungsempfehlungen können problemlos in den bestehenden Arbeitsalltag integriert werden. Die Umsetzung anderer Empfehlungen wird aufwändiger und mit Kosten verbunden sein. Im Sinne einer besseren Unterstützung psychisch kranker gewaltbetroffener Frauen sollten alle an der Versorgung Beteiligten sich diesem Aufwand stellen.

7 Ansprechpartner/innen aus der AG „Frauen und Psychiatrie“

Wenn Sie direkte Nachfragen zum Bericht haben oder Unterstützung in einem konkreten Fall suchen, können Sie sich an die nachfolgend aufgeführten Einrichtungen bzw. Personen wenden. Alle genannten haben an der Erarbeitung des Berichtes mitgewirkt.

	Anprechpartner/in mit Telefonnummer	Mail, Fax
Anti-Gewalt-Einrichtungen, psychosoziale Beratungsstellen, freie Träger BIG-Hotline bei häuslicher Gewalt gegen Frauen täglich von 9.00 - 24.00 Uhr Tel. 611 03 00 www.big-hotline.de	Karin Müller 610 74 564	info@big-hotline.de 6107 4565
Frauenkrisentelefon e. V. Beratung Mo, Do 10.00-12.00 Uhr, Di, Mi, Fr 19.00-21.00 Uhr, Sam, Sonn 17.00-19.00 Uhr Tel. 615 42 43 www.frauenkrisentelefon.de	Dana Pelczar-Kostyra 614 22 42	fkfel@gmx.de 616 58 217
Frauenprojekte Bora e.V. Geschäftsstelle: Berliner Allee 130, 13088 Berlin-Weißensee, Tel. 9240 5513 www.frauenprojekte-bora.de	Anne Kirschneck 9240 5513	geschaeftsstelle@frauenprojekte-bora.de 9209 2924
LARA - Krisen- und Beratungszentrum für vergewaltigte und sexuell belästigte Frauen e. V. Tempelhofer Ufer 14, 10963 Berlin-Kreuzberg, (Mo-Fr. 9.00-18.00 Uhr) Tel. 216 88 88 www.lara-berlin.de	Sonja Storch 216 30 21	Lara.KuB@t-online.de 216 80 61
Lesbenberatung e.V. - Psychosoziales Beratungs-, Therapie- und Kommunikationszentrum Kulmer Straße 20a, 10783 Berlin-Schöneberg, (Mo, Di, Do 10.00 - 19.00 Uhr, Mi und Fr. 10.00-17.00 Uhr) Tel. 215 20 00 www.lesbenberatung-berlin.de	Martina Frenznick 217 27 53	Martina.Frenznick@lesbenberatung-berlin.de 2191 7009
S.I.G.N.A.L. - Intervention im Gesundheitsbereich e.V. Ebersstraße 32, 10827 Berlin www.signal-intervention.de	Angelika May 787 50 15	Angelika_May@gmx.net 787 50 16
Frauenzimmer e.V. Ebersstraße 32, 10827 Berlin-Schöneberg, (Mo, Di, Do, Fr 10.00 - 13.00 Uhr, Mi 15.00 - 18.00 Uhr) Tel.: 787 50 15 www.frauenzimmer-ev.de		
TWG Prowo e.V. „Die Zwiebel“ Geschäftsstelle: Kottbusser Damm 79a, 10967 Berlin-Kreuzberg, Tel. 695 97 70 www.prowo-berlin.de	Ulrike Hörrmann-Lecher 695 97 719	hoerrmann-lecher@prowo-berlin.de 695 97 720

Anprechpartner/in mit

Mail, Fax

Wildwasser Arbeitsgemeinschaft gegen sexuellen Missbrauch an Mädchen e.V.,	Telefonnummer Iris Hölling 4862 8232	geschaeftsfuehrung@wildwasser-berlin.de 4862 8220
Wildwasser Frauen Selbsthilfe und Beratung Friesenstraße 6, 10965 Berlin-Kreuzberg (Di 9.00 - 11.00 Uhr, Mi 16.00 - 18.00 Uhr, Do 13.00 - 15.00 Uhr) Tel.: 693 91 92 www.wildwasser-berlin.de	Wildwasser Mädchenberatungsstelle Wriezener Str. 10/11, 13359 Berlin-Wedding, (Mo + Mi, 14.00 -17.00 Uhr, Fr 10.00 - 13.00 Uhr) Tel. 4862 8222	
Klinische Versorgung Campus Charité Mitte, Zentrum für Interkulturelle Psychiatrie und Psychotherapie	Liliana Chandia 4505 17136	liliana.chandia@charite.de 4505 17953
Verwaltung Bezirksamt Lichtenberg - Sozialpsychiatrischer Dienst Matenzeile 26, 13051 Berlin-Neu-Hohenschönhausen, Tel. 90296 7575	Dr. Elfriede Schult 90296 7573	Elfriede.Schult@libg.verwalt-berlin.de 90296 7519
Bezirksamt Spandau - Psychiatriekoordination Staakener Straße 79, 13581 Berlin-Spandau, Tel. 3303 4030	Dr. Harald Lund 3303 4030	harald.lund@ba-spandau.verwalt-berlin.de 3303 4075
Bezirksamt Steglitz-Zehlendorf - Sozialpsychiatrischer Dienst Bergstraße 90, 12169 Berlin - Steglitz, Tel. 90299 4758	Henriette Häusner 90299 5801	keine Mailadresse 90299 4329
Bezirksamt Tempelhof-Schöneberg - Sozialpsychiatrischer Dienst Rathausstr. 27, 12105 Berlin-Tempelhof, Tel. 7560 7325	Petra Blume 7560 7335	keine Mailadresse 7560 7302
Senatsverwaltung für Wirtschaft, Technologie und Frauen, Abt. Frauen- und Gleichstellungspolitik Martin-Luther-Straße 105, 10825 Berlin-Schöneberg, Tel. 9013 8950	Evelyn Labsch 9013 8950	Evelyn.Labsch@senwtf.verwalt-berlin.de 9013 8902
Senatsverwaltung für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz, Landesbeauftragte für Psychiatrie Oranienstraße 106, 10969 Berlin-Kreuzberg, Tel. 9028 2829	Beatrix Winkler, Martina Baude 9028 2829	Beatrix.Winkler@senguv.verwalt-berlin.de Martina.Baude@senguv.verwalt-berlin.de 9028 3155

8 Anhang

Nachfolgend wird die Vorgehensweise der durchgeführten Befragungen konkretisiert. Die Darstellung erfolgt einheitlich, in dem das Anschreiben dem Befragungsbereich vorangestellt, anschließend der Fragebogen und die Auswertung wiedergegeben werden. Dabei gibt es eine Abweichung: Diese betrifft die Betroffenenbefragung. Hier erfolgte die direkte Ansprache durch einen vorangestellten Text auf dem Fragebogen und nicht über ein separates Anschreiben.

8.1 Befragung der Berliner Krankenhäuser mit Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychotherapie

Die Befragung richtete sich an 18 Berliner Krankenhäuser mit entsprechenden Fachabteilungen.

8.1.1 Anschreiben und Musterfragebogen

Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz



Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz
Oranienstraße 106, 10969 Berlin

**An die Berliner Krankenhäuser mit Fachabteilungen
für Psychiatrie und Psychotherapie**
(siehe Verteiler)

Geschäftszeichen (bei Antwort bitte angeben)

II B 16

Bearbeiter/in

Frau Baude

Zimmer

3070

Telefon

(030) 9028 (Intern: 928) 2829

Telefax

(030) 9028 (Intern: 928) 3155

Datum

24. Oktober 2005

Sehr geehrte Damen und Herren,

ich wende mich heute mit der Bitte um Unterstützung an Sie.

Wie Sie wissen, hat geschlechtsbezogene Gewalt enorme Folgen für die psychische Gesundheit von Frauen und bedarf eines spezifischen Behandlungssettings auch im psychiatrischen Versorgungssystem. Vor diesem Hintergrund wurde auf gemeinsame Initiative der Senatsverwaltung für Wirtschaft, Arbeit und Frauen und der Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz eine multidisziplinäre Arbeitsgruppe „Frauen und Psychiatrie“ gegründet, um die psychiatrische Versorgung für gewaltbetroffene Frauen zu verbessern.

Ziele der Arbeitsgruppe (AG) sind die Implementierung frauenspezifischer Ansätze in die klinische, ambulante und komplementäre Versorgung und eines effektiven Kooperationsmodells, um für gewaltbetroffene Frauen in psychischen Krisensituationen sowie mit psychischen Erkrankungen ein übergreifendes Hilfeangebot zu schaffen. Die Ermittlung von Basisdaten zur aktuellen Versorgungssituation in Berlin ist eine Voraussetzung für dieses Vorhaben.

Vor diesem Hintergrund erfolgt eine Befragung der in der psychiatrischen Versorgung beschäftigten Einrichtungen sowie von Einrichtungen der Anti-Gewalt-Arbeit.

Die gewonnenen Daten sollen dazu dienen, den Ist-Stand abzubilden und Defizite erkennbar zu machen. Sie bilden gleichzeitig die Grundlage für eine angestrebte Vernetzung. Eine Veröffentlichung der Ergeb-

nisse dieser Befragung ist geplant. Für alle Einrichtungen wurde ein gemeinsames Grundgerüst an Fragen entwickelt, um so eine hohe Vergleichbarkeit der gewonnenen Daten zu erreichen.

Ich übersende Ihnen den anliegenden Fragebogen mit der herzlichen Bitte, diesen für Ihre Klinik/Abteilung auszufüllen und an die Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz - II B 16 – Oranienstraße 106, 10969 Berlin bis **zum 22. November 2005** zurückzuschicken.

Die mit der Befragung gewonnenen Daten sollen dazu beitragen, Kooperationsbeziehungen zu fördern und Vernetzungen herzustellen. Vor diesem Hintergrund richte ich die Bitte an Sie, deutlich im Fragebogen kenntlich zu machen, falls Daten nicht für eine Veröffentlichung berücksichtigt werden sollen.

Für Rückfragen stehe ich Ihnen gern persönlich zur Verfügung (Tel.: 9028 2937); Sie können sich aber auch an Frau Winkler oder Frau Baude, beide zuständig für die Koordination der Befragungen, mit Ihrem Anliegen wenden (Tel.: 9028 2829).

Ich danke Ihnen für Ihre Geduld und hoffe auf Ihre aktive Mitwirkung.

Mit freundlichen Grüßen
Im Auftrag
Heinrich Beuscher
Landesbeauftragter für Psychiatrie

Geschlechtsbezogene Gewalt hat enorme Folgen für die psychische Gesundheit von Frauen und erfordert ein spezielles Behandlungssetting im psychiatrischen Versorgungssystem. Aus diesem Grund wurde vom Landesbeauftragten für Psychiatrie der Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz in Kooperation mit der Senatsverwaltung für Wirtschaft, Arbeit und Frauen eine multidisziplinäre Arbeitsgruppe „Frauen und Psychiatrie“ gegründet. Ziele der AG sind die Implementierung frauenspezifischer Ansätze in die klinische, ambulante und komplementäre Versorgung und eines effektiven Kooperationsmodells, um für gewaltbetroffene Frauen in psychischen Krisensituationen sowie mit psychischen Erkrankungen ein übergreifendes Hilfeangebot zu schaffen. Die Ermittlung von Basisdaten zur aktuellen Versorgungssituation in Berlin ist eine Voraussetzung für dieses Vorhaben.

Vor diesem Hintergrund erfolgt im 2. Halbjahr 2005 eine Befragung der an der psychiatrischen Versorgung beteiligten Einrichtungen sowie von Einrichtungen der Anti-Gewalt-Arbeit.

Die Daten sollen dazu dienen, den Ist-Stand abzubilden und Defizite erkennbar zu machen. Sie bilden gleichzeitig die Grundlage für eine angestrebte Vernetzung. Eine Veröffentlichung der Ergebnisse dieser Befragung ist geplant. Wir nehmen deshalb an, dass Sie mit der Veröffentlichung Ihrer Angaben einverstanden sind, wenn Sie den beantworteten Fragebogen an uns zurücksenden.

Für alle Einrichtungen wurde ein gemeinsames Grundgerüst an Fragen entwickelt, das eine hohe Vergleichbarkeit der gewonnenen Daten ermöglichen soll. Bitte berücksichtigen Sie dies, wenn Ihnen eine Frage nicht schlüssig erscheint.

Die Koordination der Befragungen erfolgt durch die Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz, Referat II B (Frau Winkler, Frau Baude, Tel.: 9028 2829). Wir bitten Sie, den Fragebogen teambezogen für Ihre Abteilung/Klinik **bis zum 22. November 2005** an die Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz, Oranienstr. 106, 10969 Berlin – II B 16 – zu übersenden.

Vielen Dank !

Bestandsaufnahme der Angebote für psychisch kranke Frauen mit Gewalterfahrung

Befragung aller an der Versorgung Beteiligten

1. Allgemeine Fragen zur Abteilung / Klinik:

1.1 Name der Einrichtung _____

1.2 Adresse (bitte auch Bezirk benennen)

–

1.3 Telefon, FAX _____

e-Mail _____

1.4 Ansprechpartner/in _____

1.5 Über wie viele stationäre Betten und teilstationäre Plätze verfügt Ihre psychiatrische Abteilung / Klinik?

stationär _____ teilstationär _____

1.6. Wie viele Patientinnen/Patienten werden in dieser Abteilung / Klinik pro Jahr durchschnittlich behandelt?¹⁵

davon weiblich _____%

¹⁵ Wenn Sie einzelne der im Folgenden erfragten Merkmale nicht erheben, können Sie eine Einschätzung angeben (dann bitte mit „s“ - Schätzung kennzeichnen).

davon Frauen mit Migrationshintergrund¹⁶
_____ %

Frauen mit Behinderungen¹⁷ _____ %

lesbische Frauen _____ %

2. Biografische Fragen zur Zielgruppe psychisch kranker Frauen mit Gewalterfahrungen

2.1 Liegen in Ihrer psychiatrischen Abteilung/Klinik Erfahrungen mit gewaltbetroffenen Frauen vor, bei denen eine psychische Erkrankung diagnostiziert wurde?

ja
nein

2.2 Wie hoch ist in Ihrer psychiatrischen Abteilung/Klinik der Anteil psychisch kranker Frauen mit Gewalterfahrung an allen Patientinnen pro Jahr durchschnittlich ?

unter 5% zwischen 5 und 9% zwischen 10 und 29% zwischen 30 und 49% mehr als 50%

2.3 In welchem Alter sind die psychisch kranken gewaltbetroffenen Patientinnen?

18 – 27: _____ % 28 – 39: _____ % 40 – 55: _____ % über 55: _____ %

2.4 Aus welchen Ländern kommen gewaltbetroffene Frauen mit Migrationshintergrund bzw. ihre Herkunftsfamilien am häufigsten? (bitte höchstens 3 Nennungen)

–

2.5 Wie hoch ist der Anteil dieser Frauen, mit denen Sie sich nicht auf Deutsch verständigen können?

_____ %

2.6 Wie verständigen Sie sich mit Frauen, die über keine ausreichenden deutschen Sprachkenntnisse verfügen?

In der Einrichtung gibt es muttersprachliche Mitarbeiterinnen.
Wenn ja, welche Sprache(n)?

Bei Bedarf werden Dolmetscherinnen / Sprachmittlerinnen hinzugezogen.

Die Einrichtung hat Mitarbeiter/innen, die über Fremdsprachenkenntnisse verfügen.
Wenn ja, welche Sprache(n)?

2.7 Wie verständigen Sie sich mit gewaltbetroffenen Frauen, wenn eine Hör- bzw. Sprachbehinderung vorliegt ?

¹⁶ Frauen mit Migrationshintergrund: Gemeint sind Frauen, die selbst migriert sind oder deren Herkunftsfamilien eine Migrationserfahrung haben, unabhängig von (auch deutscher) Staatsangehörigkeit bzw. Sprachkenntnissen.

¹⁷ Gemeint sind Frauen mit körperlicher, geistiger, seelischer und/oder Sinnesbehinderung.

2.8 Wie erfahren Sie von aktuell erlebter Gewalt?

- ist Bestandteil der Anamnese
- durch entsprechende Nachfrage
- Patientin erzählt von selbst
- anderes bitte erläutern:
- gar nicht

Wie erfahren Sie von in der Biografie erlebter Gewalt?

- ist Bestandteil der Anamnese
- durch entsprechende Nachfrage
- Patientin erzählt von selbst
- anderes bitte erläutern:
- gar nicht

2.9 Welche psychiatrischen/psychischen Krankheitsbilder liegen hauptsächlich vor (inkl. Substanzmittelstörungen, bitte geben Sie auch den ICD-Schlüssel an)?

3. Fragen zum Angebot Ihrer Abteilung/Klinik

3.1 Welchen spezifischen Bedarf sehen Sie für Angebote im klinischen Bereich für psychisch kranke Frauen mit Gewalterfahrung?

3.2 Halten Sie in Ihrer Abteilung / Klinik spezielle Angebote für psychisch kranke Frauen mit Gewalterfahrung vor?

- Nein
- Ja

Wenn ja, welche?

3.3 Welche Einrichtungen vermitteln psychisch kranke gewaltbetroffene Frauen an Ihre Klinik/Abteilung?

- Andere (teil-) stationäre Einrichtungen (z.B. Krankenhäuser, Reha-Kliniken)
- Ambulante psychiatrische Einrichtungen
- Niedergelassene Ärzte/Ärztinnen, Psychotherapeuten/Psychotherapeutinnen
- Anti-Gewalt-Einrichtungen (Frauenhäuser, Zufluchtswohnungen, Frauenberatungsstellen)
- Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe
- Selbsthilfegruppen (z.B. Angehörigengruppen)
- Sonstige (welche?)

3.4 Welche psychiatrischen und sonstigen Angebote vermitteln Sie?

- Andere (teil-) stationäre Angebote (z.B. Krankenhäuser, Reha-Kliniken)
- Ambulante psychiatrische Angebote
- Niedergelassene Ärzte/Ärztinnen, Psychotherapeuten/Psychotherapeutinnen
- Angebote der Anti-Gewalt-Einrichtungen (Frauenhäuser, Zufluchtswohnungen, Frauenberatungsstellen)
- Angebote der Wohnungslosenhilfe
- Selbsthilfegruppen (z.B. Angehörigengruppen)
- Sonstige(welche?)

3.5 Spielt die Gewalterfahrung eine Rolle bei der nachstationären weiteren Behandlung oder Betreuung Ihrer Patientinnen?

- Nein
- Ja, und zwar

3.6 Was fehlt Ihnen für die betroffenen Frauen in den bestehenden Hilfesystemen?

4. Fragen zu den Beschäftigten

4.1 Welche Qualifikation haben Ihre Mitarbeiter/innen?

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Ärztin/Arzt | <input type="checkbox"/> Psychologe/in | <input type="checkbox"/> Psychotherapeut/in (Richtlinien-therapeut/in) |
| <input type="checkbox"/> Sozialarbeiter/in, Sozialpädagogin/e | <input type="checkbox"/> Ergotherapeut/in | <input type="checkbox"/> Krankenpfleger/in |
| <input type="checkbox"/> Zertifizierte/r Traumatherapeut/in | <input type="checkbox"/> Krankengymnast/in | <input type="checkbox"/> Sonstige (welche?) |

4.2 Haben Kolleginnen/en Ihrer Abteilung / Klinik bereits spezielle Fort- und Weiterbildungsangebote genutzt zum Thema.....

geschlechtsspezifische Gewalterfahrungen? Ja Nein

Wenn nein, warum nicht?

- kein Bedarf
 kein Fortbildungsangebot
 anderes:

Es besteht (weiterer) Fortbildungsbedarf.

Umgang mit Traumata? Ja Nein

Wenn nein, warum nicht?

- kein Bedarf
 kein Fortbildungsangebot
 anderes:

Es besteht (weiterer) Fortbildungsbedarf.

psychische Erkrankungen? Ja Nein

Wenn nein, warum nicht?

- kein Bedarf
 kein Fortbildungsangebot
 anderes:

Es besteht (weiterer) Fortbildungsbedarf.

interkulturelle Kompetenz?

Ja

Nein

Wenn nein, warum nicht?

kein Bedarf

kein Fortbildungsangebot

anderes:

Es besteht (weiterer) Fortbildungsbedarf.

spezielle Problemlagen lesbischer Frauen?

Ja

Nein

Wenn nein, warum nicht?

kein Bedarf

kein Fortbildungsangebot

anderes:

Es besteht (weiterer) Fortbildungsbedarf.

spezielle Problemlagen behinderter Frauen (s. a. Fußnote 3)

Ja

Nein

Wenn nein, warum nicht?

kein Bedarf

kein Fortbildungsangebot

anderes:

Es besteht (weiterer) Fortbildungsbedarf.

5. Vernetzung

5.1 Mit welchen Einrichtungen kooperieren Sie im Kontext gewaltbetroffener psychisch kranker Frauen im Einzelfall?

5.2 In welchen Formen finden diese Kooperationen statt?

5.3 In welchen Kooperations-/Vernetzungsgremien arbeitet Ihre Einrichtung mit psychiatrischen Einrichtungen zusammen?

5.4 Welche weitergehenden Kontakte und Kooperationen wären für Ihre Arbeit im Hinblick auf psychisch kranke gewaltbetroffene Frauen hilfreich?

Wenn Sie darüber hinaus Anmerkungen, Anregungen, Ergänzungen zum Befragungsthema haben, würden wir uns freuen, dies zu erfahren:

<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <p style="text-align: center;">Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!</p>
--

8.1.2 Auswertung

Allgemeines

Der Fragebogen ist an alle 18 Berliner Krankenhäuser mit Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychotherapie verschickt worden.

Von 10 Krankenhäusern ist der Fragebogen ausgefüllt und zurückgeschickt worden; dies entspricht einer Rücklaufquote von rund 56 %.

Im Folgenden werden die Antworten auf die einzelnen Fragen zusammengefasst dargestellt (zur leichteren Orientierung wird die jeweilige Frage aus dem Fragebogen vorangestellt)

Allgemeine Fragen zur Abteilung/ Klinik

1.5 Über wie viele stationäre Betten und teilstationäre Plätze verfügt Ihre psychiatrische Abteilung / Klinik?

Hierzu haben alle 10 Krankenhäuser Angaben gemacht. Dabei ist zu berücksichtigen, dass sich darunter auch eine Tagesklinik befindet, die über keine stationären Betten verfügt und ferner ein Krankenhaus explizit darauf hingewiesen hat, dass sich die Angaben nur auf eine Spezialstation (für Borderline-Störungen) beziehen. Dies ausklammernd wurde als größter bzw. kleinster Wert für die stationären Betten 175 bzw. 50 Betten angegeben.

Zur Anzahl der teilstationären Plätze haben 9 Krankenhäuser Angaben übermittelt; ein Krankenhaus hat darauf hingewiesen, dass kein teilstationäres Angebot existiert.

Von den somit verbleibenden 8 Krankenhäusern haben

3 Krankenhäuser jeweils 35 teilstationäre Plätze;
2 Krankenhäuser jeweils 20 teilstationäre Plätze;
jeweils eine Nennung entfiel auf 40, 45 und 65 Plätze.

1.6. Wie viele Patientinnen/Patienten werden in dieser Abteilung / Klinik pro Jahr durchschnittlich behandelt?

Hierzu haben 9 Krankenhäuser geantwortet. Die kleinste Zahl wurde von der Tagesklinik mit 98 Patientinnen und Patienten benannt; 1 Krankenhaus, dessen Angaben sich nur auf die dortige Spezialstation für Borderline-Patienten/innen beziehen, meldete dazu 100 Personen.

Von den weiteren 7 Krankenhäusern wurden Zahlen zwischen 1.700 und 3.500 genannt, wobei zu berücksichtigen ist, dass Mehrfachaufnahmen in diesen Angaben enthalten sind (ein Krankenhaus hat darauf dezidiert hingewiesen) und ein Krankenhaus nur die Patientenzahl bis inklusive Oktober 2005 angegeben hat.

Die Gesamtzahl der Patientinnen und Patienten von 9 Krankenhäusern betrug 15.340.

Zur Frage, wie hoch der Frauenanteil an allen Patienten ist, haben 9 Krankenhäuser geantwortet (darunter das eine Krankenhaus, das keine Gesamtzahl der Patienten ausgewiesen hat).

Die meisten Nennungen (4) entfielen auf den Wert 50%; je einmal genannt wurden 32%, 38,8%, 60%, 65%, 80%.

Um eine Größenordnung zu erhalten, wurde anhand der Gesamtzahlen und der Prozentangaben ein Annäherungswert für die Patientinnen ermittelt.

Gesamtzahl Patienten	davon weiblich in %	d.h. in absoluten Zahlen
3.500	50	1.750
2.000	s 50	1.000
1.700	32	544
1.700	60	1.020
2.311	k. A.	-
k. A.	s 50	-
2.231	38,8	865
100	80	80
1.700	50	850
98	65	64
Gesamt: 15.340		Gesamt: 6.173

Der Frauenanteil betrug somit rd. 47% (gerechnet über alle Kliniken, die sowohl eine Gesamtzahl an Patienten als auch den Frauenanteil angegeben haben).

Zur Frage nach dem Migrationshintergrund ihrer Patientinnen haben alle Krankenhäuser Angaben bzw. Schätzungen übermittelt; diese variierten deutlich von 3% (kleinster Wert) bis 35% (größter Wert).

4 Krankenhäuser wiesen einen Anteil von 20% und mehr aus, somit also einen Wert, der deutlich über dem Anteil der Migrantinnen (rund 13%) an der weiblichen Bevölkerung Berlins lag.

- 2 Krankenhäuser bezifferten den Anteil mit 30%
- je 1 Krankenhaus bezifferte den Anteil mit 35% bzw. 20%

Die Krankenhäuser mit einem deutlich höheren Anteil an Patientinnen mit Migrationshintergrund lagen in Charlottenburg, Mitte, Schöneberg und Wedding, somit in Stadtteilen, in denen die ausländische Wohnbevölkerung deutlich über dem Gesamtdurchschnitt vertreten war.

Zur Frage nach dem Anteil der behinderten Frauen¹⁸ unter den Patientinnen haben 9 Krankenhäuser geantwortet - davon hat ein Krankenhaus lediglich darauf hingewiesen, dass dies nicht erfasst wird. Der kleinste Wert lag bei 0,2%, der größte bei 35%.

- 4 Krankenhäuser gaben den Prozentanteil im Bereich von 0,2% - 5 % an;
- 2 Krankenhäuser schätzten den Anteil auf 10% bzw. 15% ein;
- 2 Krankenhäuser schätzten den Anteil auf 30% bzw. 35% ein.

9 Krankenhäuser haben sich zur Frage nach dem Anteil der lesbischen Frauen geäußert, wobei ein Krankenhaus lediglich darauf hingewiesen hat, dass dies nicht erfasst wurde. Von 2 Krankenhäusern wurde die Frage nur mit einem Fragezeichen quittiert.

Somit lagen von 6 Krankenhäusern konkrete Werte vor, die von 0% bis zu 7% reichten.

Im Einzelnen wurden genannt:

- dreimal 5%
- und je einmal 0%, 2%, 7%.

Biografische Fragen zur Zielgruppe psychisch kranker Frauen mit Gewalterfahrungen

2.1 Liegen in Ihrer psychiatrischen Abteilung/Klinik Erfahrungen mit gewaltbetroffenen Frauen vor, bei denen eine psychische Erkrankung diagnostiziert wurde?

Dies haben alle 10 Krankenhäuser bejaht.

¹⁸ Gemeint sind Frauen mit körperlicher, geistiger, seelischer und/oder Sinnesbehinderung.

2.2 Wie hoch ist in Ihrer psychiatrischen Abteilung/Klinik der Anteil psychisch kranker Frauen mit Gewalterfahrung an allen Patientinnen pro Jahr durchschnittlich ?

Hierzu haben sich 9 Krankenhäuser wie folgt geäußert:

- 4 schätzten den Anteil auf zwischen 10 und 29 % ein.
- 2 schätzten den Anteil auf zwischen 30 und 49 % ein.
- 2 schätzten den Anteil auf zwischen 5 und 9 % ein.
- 1 schätzte den Anteil auf unter 5 % ein.

Der Stellenwert, den Gewaltbetroffenheit im Zusammenhang mit psychischer Erkrankung einnimmt, wird noch klarer, wenn man die oben genannten Prozentangaben in absoluten Zahlen ausweist:

Tabelle A 2:

Gesamtzahl der Patienten	davon weiblich in %	d.h. in absoluten Zahlen	Anteil psych. kranker Frauen mit Gewalterfahrung in %	d.h. in absoluten Zahlen
3.500	50	1.750	10 bis 29 %	175 bis 507
2.000	s 50	1.000	5 bis 9 %	50 bis 90
1.700	32	544	10 bis 29 %	54 bis 158
1.700	60	1.020	5 bis 9 %	51 bis 92
2.311	keine Angabe	-	keine Angabe	-
keine Angabe	s 50	-	30 bis 49 %	-
2.231	38,8	865	10 bis 29 %	86 bis 251
100	80	80	10 bis 29 %	8 bis 23
1.700	50	850	30 bis 49 %	255 bis 416
98	65	64	unter 5 %	3
Gesamt: 15.340		Gesamt: 6.173		Gesamt: 682 bis 1.540

Dies entspricht einem Anteil von 11% - 25 % aus der Zielgruppe an der Gesamtzahl der Patientinnen.

Die zwei Krankenhäuser, die die höchsten Werte (30% - 49%) ausgewiesen haben, haben an anderer Stelle (Frage Nr. 3.5) darauf hingewiesen, dass die Gewalterfahrung bei der nachstationären weiteren Behandlung oder Betreuung eine Rolle spielt. Aber nur eines von diesen beiden Krankenhäusern (Psychiatrische Universitätsklinik der Charité im St. Hedwig-Krankenhaus) hält ein spezifisches Angebot für psychisch kranke Frauen mit Gewalterfahrung vor.

2.3 In welchem Alter sind die psychisch kranken gewaltbetroffenen Patientinnen?

Zwei Krankenhäuser haben sich zu dieser Frage nicht geäußert, 1 Krankenhaus hat angegeben, dass dies nicht erfasst wird.

3 Krankenhäuser haben dazu geantwortet, dass die vorgegebenen Alterskategorien 18 – 27 Jahre, 28 – 39 Jahre, 40 – 55 Jahre und über 55 Jahre gleichermaßen mit 25% vertreten sind.

Von den 4 Krankenhäusern, die differierende Prozentangaben für die verschiedenen Alterskategorien übermittelt haben, haben alle einen deutlich geringeren Anteil an Patientinnen in diesem Kontext im Alter von 40 Jahren und mehr benannt. Besonders deutlich wurde dies bei der Alterskategorie über 55 Jahre - zwei Krankenhäuser bezifferten den Anteil mit 0%, je ein Krankenhaus bei 5% bzw. 10%.

Bei der Betrachtung der Angaben der 7 Krankenhäuser zu den jüngeren Frauen - Alterskategorie 18 - 27 Jahre und Alterskategorie 28 - 39 Jahre wurde deutlich, dass Gewaltbetroffenheit von den Krankenhäusern hauptsächlich bei jungen Frauen wahrgenommen wurde.

Die deutlich aus dem Rahmen fallende Angabe 70% (in der Alterskategorie 18 - 27 Jahre) bezog sich auf die Spezialstation eines Krankenhauses für Borderline-Störungen.

2.4 Aus welchen Ländern kommen gewaltbetroffene Frauen mit Migrationshintergrund bzw. ihre Herkunftsfamilien am häufigsten? (bitte höchstens 3 Nennungen)

Dazu haben sich 9 Krankenhäuser geäußert.

Die herausragende Rolle spielte ein türkischer Migrationshintergrund; er wurde von allen Krankenhäusern benannt. Im Einzelnen:

Tabelle A 3:

Migrationshintergrund	Nennungen
türkisch	9
ex-Jugoslawien	4
polnisch	3
GUS-Staaten	2
arabisch	2
iranisch	1

2.5 Wie hoch ist der Anteil dieser Frauen, mit denen Sie sich nicht auf Deutsch verständigen können?

Hierzu haben sich 9 Krankenhäuser geäußert; die Tagesklinik hat darauf hingewiesen, dass sie nur Patientinnen behandeln konnte, mit denen eine Verständigung auf Deutsch möglich war.

Die Angaben der weiter zu betrachtenden 8 Krankenhäuser wiesen eine erhebliche Bandbreite auf:

- 3 Krankenhäuser gaben den Anteil mit bis zu 2% an,
- je 1 Krankenhaus benannte 5%, 10%, 20%, 35%, 60%.

Die beiden höchsten Werte wurden hier von den Krankenhäusern aus Mitte und Wedding genannt.

2.6 Wie verständigen Sie sich mit Frauen, die über keine ausreichenden deutschen Sprachkenntnisse verfügen?

Hierzu haben sich alle Krankenhäuser geäußert. Die Tagesklinik hat - wie bereits zu 2.5. - darauf hingewiesen, dass sie nur Patientinnen behandeln konnte, mit denen eine Verständigung auf Deutsch möglich war. Darüber hinaus war zu berücksichtigen, dass nicht von allen Krankenhäusern differenzierte Angaben erfolgten. So fehlten von 2 Krankenhäusern nähere Angaben zu den dortigen Muttersprachlerinnen und von einem weiteren Krankenhaus Details zu den Fremdsprachenkompetenzen.

9 Krankenhäuser haben sich wie folgt geäußert:

Tabelle A 4:

Verständigung durch muttersprachliche Mitarbeiterinnen	Verständigung durch Mitarbeiterinnen mit Fremdsprachenkenntnisse	Hinzuziehung von Dolmetscherinnen / Sprachmittlerinnen	Sonstiges
8 Nennungen	7 Nennungen	7 Nennungen	keine Nennung

Zu den Mehrfachnennungen war folgendes festzustellen:

- 6 Krankenhäuser gaben an, alle drei vorgegebenen Möglichkeiten zur Verständigung mit Patientinnen ohne bzw. mit nur geringer deutscher Sprachkompetenz zu nutzen
- Ein Krankenhaus hatte zur Verständigung nur die Möglichkeit, auf Mitarbeiterinnen mit Fremdsprachenkenntnissen (türkisch, englisch, französisch) oder auf Dolmetscherinnen und Sprachmittlerinnen zurückzugreifen.

Zwei Krankenhäuser setzten für die Verständigung ausschließlich ihre muttersprachlichen Mitarbeiterinnen ein; in beiden Einrichtungen war damit türkische Sprachkompetenz vorhanden, eines der beiden Krankenhäuser hatte darüber hinaus Mitarbeiterinnen, die russische und polnische Muttersprachlerinnen sind.

Die darüber hinaus vorhandenen Fremdsprachenkenntnisse erweiterten das Sprachenspektrum. Zusammenfassend lassen sich die differenzierten Angaben der Krankenhäuser über vorhandene Sprachkompetenzen durch Muttersprachlerinnen und/oder Mitarbeiterinnen mit entsprechenden Kenntnissen wie folgt darstellen:

Tabelle A 5:

Sprache	Nennungen	davon Muttersprachlerinnen
türkisch	7 Krankenhäuser	5
russisch	5 Krankenhäuser	2
polnisch	3 Krankenhaus	1
serbo-kroatisch	2 Krankenhäuser	2
englisch	3 Krankenhäuser	-
französisch	3 Krankenhäuser	-
arabisch	1 Krankenhaus	1
italienisch	1 Krankenhaus	-

Ein Krankenhaus hat über die aufgelisteten einzelnen Fremdsprachenkenntnisse hinaus einen Hinweis auf „westeuropäische Sprachen“ gegeben. Da eine Vielzahl von Sprachen darunter zu subsumieren war, wurde dieser Hinweis für die obige Tabelle nicht berücksichtigt.

2.7 Wie verständigen Sie sich mit gewaltbetroffenen Frauen, wenn eine Hör- bzw. Sprachbehinderung vorliegt ?

Hierzu haben 9 Krankenhäuser geantwortet, 7 davon im Tenor übereinstimmend - Gebärdensprache, Gebärdendolmetscher anfordern, schriftlich oder sich über Mimik Gestik verständigen.

Zwei Antworten fallen aus diesem Rahmen heraus: Ein Krankenhaus hat diese Frage mit „gar nicht“ beantwortet. Für die Tagesklinik war die Frage nicht relevant; sie hat darauf hingewiesen, dass für den in Frage stehenden Personenkreis eine tagesklinische Behandlung kaum indiziert sei.

2.8 Wie erfahren Sie von aktuell erlebter Gewalt?

Alle Einrichtungen haben dazu geantwortet.

Die Antwortkategorien wurden wie folgt genutzt:

Tabelle A 6:

„ist Bestandteil der Anamnese“	„durch entsprechende Nachfrage“	„Patientin erzählt von selbst“	„anderes“	„gar nicht“
6 Nennungen	8 Nennungen	8 Nennungen	2 Nennungen	keine Nennung

Die beiden Krankenhäuser, die „Anderes“ angekreuzt haben, haben dies erläutert. In einem Fall erfolgte ein Hinweis „Fremdanamnese“, im anderen wurde ausgesagt: „Wie weitreichend die Frage nach Gewalt sich richtet, richtet sich nach der Situation und psychischen Stabilität der Patientinnen.“

2 Krankenhäuser haben sich auf eine Antwortkategorie beschränkt; in beiden Fällen wurde als Antwort „ist Bestandteil der Anamnese“ übermittelt.

Von der Möglichkeit der Mehrfachnennungen haben 8 Krankenhäuser Gebrauch gemacht.

- 4 Krankenhäuser haben die Antwortkombination „ist Bestandteil der Anamnese“ , „durch entsprechende Nachfrage“ und „Patientin erzählt von selbst“ gewählt.
- 4 Krankenhäuser haben die Antwortkombination „durch entsprechende Nachfrage“ und „Patientin erzählt von selbst“ gewählt

Exakt dieselben Antworten wurden für die Beantwortung der Frage nach dem Erfahren von in der Biografie erlebter Gewalt gegeben.

Als Quintessenz ließ sich feststellen, dass in den Kliniken, die geantwortet haben, erlebte Gewalt durchgängig thematisiert wurde, sowohl bezüglich aktuell erlebter als auch in der Biographie erlebter Gewalt.

2.9 Welche psychiatrischen/psychischen Krankheitsbilder liegen hauptsächlich vor (inkl. Substanzmittelstörungen, bitte geben Sie auch den ICD-Schlüssel an)?

Alle Krankenhäuser haben sich dazu geäußert, vier haben für diese Angabe nur den ICD-Schlüssel verwendet. Da keine Begrenzung vorgegeben war, haben die meisten Krankenhäuser (8) eine ganze Reihe an Krankheitsbildern aufgelistet. Die häufigsten Nennungen waren:

- spezifische Persönlichkeitsstörungen (7), wobei Borderline dabei explizit fünfmal genannt wurde
- verschiedene Formen affektiver Störungen (7); dabei wurden insbesondere verschiedene Formen der Depression genannt
- Angst- und Anpassungsstörungen (7)
- Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen (5)
- Abhängigkeitserkrankungen (4)

Die Nennungen der einzelnen Krankenhäuser im Einzelnen:

- Schizophrenie u. affektive Störungen, Borderline-Störungen, postnatale Störungen
- Borderline-Störungen F60.31, Dysthymia F34.3, Angststörungen F41
- Abhängigkeitserkrankungen F10.2, affekt. Erkr. F30-F33, schizophrene Erk. F20, Anpassungsstörungen F43, Demenzen F00-F03
- schwere depressive Episoden F32.2
- F43.1(posttraumatische Belastungsstörung), F43.2 (Anpassungsstörungen), F43.0 (akute Belastungsreaktion), F60.31 (Borderline), F10(Störungen durch Alkohol), F11 (Störungen durch Opioide) F12 (Störungen durch Cannabinoide), F13 (Störungen durch Sedativa oder Hypnotika), F14 (Störungen durch Kokain).
- F60 (spezifische Persönlichkeitsstörungen), F50 (Ess-Störungen), F43 (Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen), F44 (dissoziative Störungen), F10-F19 (verschiedene Suchtstörungen)
- F10.3, F10.0 (verschiedene Störungen durch Alkohol), F20 (Schizophrenie), F25 (schizoaffektive Störungen), F32.2, F32.3 (verschiedene schwere depressive Episoden) F60.31 (Borderline), F43.0 (akute Belastungsreaktion), F19.3 (Suchtstörung)
- Borderline, PTSD
- F20 (Schizophrenie): 60-70%; F32-33 (verschiedene schwere depressive Episoden / Störungen):10-20 %; F43 (Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen): 20-30 %
- Depressionen (F33; F32); schizophrene Psychosen (F20); Angst- und Panikstörungen F41, Persönlichkeitsstörungen F60; Posttraumatische Belastungsstörung F45; manisch-depressive Erkrankungen F31

Fragen zum Angebot der Abteilung/Klinik

3.1 Welchen spezifischen Bedarf sehen Sie für Angebote im klinischen Bereich für psychisch kranke Frauen mit Gewalterfahrung?

Dazu haben sich 8 Krankenhäuser geäußert. Die Antworten wiesen eine deutliche Spannbreite auf:

- „speziell keinen - eher eine genauere Analyse der unterschiedlich ausgeprägten Verarbeitungs- und Reaktionsweisen bei psychischem krank sein“;
- „Dies sollte Teil guter psych. Behandlung sein und eine einseitige, vorschnelle Täter-Opfer-Dichotomie vermeiden“;
- „ausreichende Anzahl erfahrener Mitarbeiterinnen ist gegeben“;
- „Opferschutz, Gesprächstherapie, sozialarbeiterische Hilfe; "nonverbale" Therapie, Musik- und Gestalttherapie“;
- „Zeit! Aufgrund Personalkürzungen u. Schichtdienst der Ärzte fehlt uns Zeit für die Patientinnen (PsychPV z.Teil nur bei 80%)“;
- „eher Bedarf guter ambulanter Angebote/Nachsorge; beim klinischen Aufenthalt (=akute Krise) ist die Stabilität zum Aufarbeiten von Gewalterfahrungen oft zu gering“;
- „spezifische Frauengesprächsgruppe (für türkische Frauen); Einzeltherapien, sozialarbeiterische Betreuung“;
- „wir bieten eine Gesprächsgruppe nur für Frauen an; es kann dort und in Einzelgesprächen über Gewalterfahrung gesprochen werden“;

3.2 Halten Sie in Ihrer Abteilung / Klinik spezielle Angebote für psychisch kranke Frauen mit Gewalterfahrung vor?

Zu dieser Frage haben sich alle Krankenhäuser geäußert. 6 Krankenhäuser haben diese Frage verneint, die vier Krankenhäuser mit einem speziellen Angebot haben dieses konkret benannt:

- Traumatherapiemodul stationär, in der Tagesklinik und der Institutsambulanz
- Opferschutz, Gesprächstherapie, sozialarbeiter. Hilfen „nonverbale“ Therapie, Musik-und Gestalttherapie,
- Möglichkeit für Traumatherapie in der Tagesklinik
- spezifische Frauengesprächsgruppe (für türkische Frauen)

Zumindest drei der Krankenhäuser mit einem speziellen Angebot haben einen hohen Anteil an psychisch kranken Frauen mit Gewalterfahrung unter ihren Patientinnen benannt: Zwei beziffern diesen Anteil mit 10-29%, ein Krankenhaus mit 30-49%. Ein Krankenhaus, das über ein Spezialangebot verfügt, hat keine Angaben über den Anteil der Zielgruppe an ihren Patientinnen benannt.

3.3 Welche Einrichtungen vermitteln psychisch kranke gewaltbetroffene Frauen an Ihre Klinik/Abteilung?

Hierzu liegen von allen Antworten vor.

Tabelle A 7:

Vermittlung durch	Nennungen
Niedergelassene Ärzte/innen	10
teilstationären Bereich	9
ambulanten psychiatrischen Bereich	9
Anti-Gewalt-Einrichtungen	8
Wohnungslosenhilfe	8
Selbsthilfegruppen	3
Sonstige	3

Zu erwähnen ist, dass ein Krankenhaus, darauf hingewiesen hat, nur sehr selten über Anti-Gewalt-Einrichtungen Patientinnen zu erhalten. Zusätzlich sah der Fragebogen die Antwortmöglichkeit „Sonstige“ vor. Drei Krankenhäuser haben dies angekreuzt, um folgende Angaben zu übermitteln:

- Selbstvorstellerinnen
- Suchtberatungsstellen, Berliner Krisendienst
- BiG-Hotline, Krisendienst, Sozialpsychiatrischen Dienste

Bis auf die genannten „Selbstvorstellerinnen“ wären die anderen Nennungen durch die vorgegebenen Antwortkategorien abgedeckt gewesen. Für die antwortenden Krankenhäuser scheint dennoch die Zuordnung nicht transparent gewesen zu sein. Angesichts der Bekanntheit der genannten Einrichtungen ist dies erstaunlich.

3.4 Welche psychiatrischen und sonstigen Angebote vermitteln Sie?

Zu dieser Frage haben alle Krankenhäuser geantwortet, und zwar

Tabelle A 8:

Vermittlung an/in	Nennungen
Niedergelassene Ärzte/innen	9
Anti-Gewalt-Einrichtungen	9
Angebote im teilstationären Bereich	8
Angebote im ambulanten psychiatrischen Bereich	8
Selbsthilfegruppen	7
Wohnungslosenhilfe	6
Sonstige	3

Die Antwortmöglichkeit „Sonstige“, die von 3 Krankenhäusern genutzt wurde, brachte Hinweise auf Betreutes Wohnen, Langzeiteinrichtungen und Therapeutische Wohngemeinschaften.

3.5 Spielt die Gewalterfahrung eine Rolle bei der nachstationären weiteren Behandlung oder Betreuung Ihrer Patientinnen?

Hierzu haben 9 Krankenhäuser geantwortet.

- 2 Einrichtungen gaben an, dass die Gewalterfahrung keine oder kaum eine Rolle bei der nachstationären weiteren Behandlung oder Betreuung spielte
- 7 Einrichtungen gaben an, dass die Gewalterfahrung eine Rolle bei der nachstationären Behandlung/ Betreuung spielte; fünf Krankenhäuser machten konkretere Angaben und benannten dazu
 - „bei der Wahl der weiteren Therapiestrategie“,
 - „ggf. wird ein Umfeldwechsel organisiert“,
 - „geschlechtsspezifische Hilfe wird gesucht“,
 - „Teil der Planung: ggf. Suche nach Therapeutin, Frauen-WG, Platz im Frauenhaus“,
 - „Fortsetzung der Therapie in der eigenen Institutsambulanz (Psychotherapie; Traumatherapie)“

3.6 Was fehlt Ihnen für die betroffenen Frauen in den bestehenden Hilfesystemen?

6 Krankenhäuser haben sich dazu wie folgt geäußert.

- „Größere Bereitschaft, auch auf die "Täter" therapeutisch zuzugehen“
- „türkisches Frauenhaus“
- „Vernetzung, Kommunikation, Kooperation, gem. Forum der Hilfeinrichtungen“
- „Übergangswohnrichtungen für Frauen, die psychisch zu labil sind für die Anforderungen der Frauenwohnstatt oder Frauenhäuser“
- „Einrichtungen für psychisch kranke Frauen, in denen deren Kinder mitbetreut werden können“
- „niedrigschwellige Angebote für psychisch kranke Frauen mit Gewalterfahrung, z.B. Wohngruppen mit professioneller Betreuung; ambulante Traumatherapie“
- „z.B. Therapeuten oder Beraterinnen, die die jeweilige Muttersprache beherrschen (z.B. russisch, polnisch, türkisch, kroatisch usw.)“

4. Fragen zu den Beschäftigten

4.1 Welche Qualifikation haben Ihre Mitarbeiter/innen?

Dazu haben sich alle geäußert.

Von den vorgegebenen 8 Qualifikationen waren 6 bei allen Krankenhäusern vorhanden und zwar: Ärztin/Arzt; Psychologe/in, Psychotherapeut/in (Richtlinientherapeut/in), Sozialarbeiter/in, Sozialpädagogin, Ergotherapeut/in, Krankenpfleger/in.

Die Qualifikation „Krankengymnast/in“ war in 9 Krankenhäusern vertreten. Die Qualifikation „Zertifizierte/r Traumatherapeut/in“ war in 5 Krankenhäusern vertreten.

Die darüber hinaus vorgesehene Antwortkategorie „Sonstige“ nutzten 5 Krankenhäuser; davon gaben 4 konkrete Hinweise auf weitere Therapieformen.

Übereinstimmend benannten die 4 Krankenhäuser Musiktherapie; die weiteren Angaben waren Einzelnennungen und bezogen sich auf die Gestalttherapie; Entspannungs- und Bewegungstherapie Tanztherapie, Kunsttherapie.

4.2 Haben Kolleginnen/en Ihrer Abteilung / Klinik bereits spezielle Fort- und Weiterbildungsangebote genutzt zum Thema.....

- geschlechtsspezifische Gewalt
- Umgang mit Traumata
- psychische Erkrankungen
- interkulturelle Kompetenz
- spezielle Problemlagen lesbischer Frauen
- spezielle Problemlagen behinderter Frauen

Dieser umfangreiche Frageblock, mit dem zusätzlich nachgefragt wurde, warum Fortbildungen im Einzelnen nicht erfolgten und ob überhaupt ein Fortbildungsbedarf gesehen wird, wurde mehrheitlich beantwortet.

Im Sinne eines Überblicks wird hier eine zusammenfassende Darstellung vorangestellt:

Tabelle A 9:

Spez. Fort- und Weiterbildung wurde genutzt zum Thema....	Zahl der ja - Antworten	Wie oft wird Fortbildungsbedarf dazu artikuliert?
---	-------------------------	---

psychische Erkrankungen	10	4
Umgang mit Traumata	9	5
geschlechtsspezifische Gewalt	7	6
interkulturelle Kompetenz	6	4
spez. Problemlagen lesbischer Frauen	2	4
spez. Problemlagen behinderter Frauen	2	3

Eine deutlich geringere Antwortquote wiesen die (Rück)-Fragen, warum eine Fortbildung bisher nicht wahrgenommen wurde, auf. Zu den insgesamt 20 abgegebenen „nein“-Antworten gab es nur 10 Begründungen. Auffallend war darüber hinaus der geringe Bedarf an Fort- und Weiterbildung in Bezug auf spez. Problemlagen lesbischer Frauen und spez. Problemlagen behinderter Frauen.

Im Folgenden werden die Ergebnisse für die einzelnen Bereiche im Detail dargestellt:

Geschlechtsspezifische Gewalt

Hierzu haben alle geantwortet: 7 Krankenhäuser bejahten die Frage, von 3 wurde dies verneint. Zur Frage, warum eine solche Fort- und Weiterbildung bisher nicht erfolgte, hat sich nur ein Krankenhaus geäußert und angekreuzt, dass es dazu kein Angebot gäbe.

6 Krankenhäuser (darunter zwei, die bisher kein Angebot dazu wahrgenommen haben) haben angegeben, weiteren Fortbildungsbedarf dazu zu haben.

Umgang mit Traumata

Hierzu haben alle geantwortet: 9 bejahten die Frage, von 1 Krankenhaus wurde dies ohne weitere Angaben verneint.

5 Krankenhäuser (darunter eines, das bisher kein Angebot dazu wahrgenommen hat) haben angegeben, weiteren Fortbildungsbedarf dazu zu haben.

Psychische Erkrankungen

Dazu haben alle mit ja geantwortet. 4 Krankenhäuser haben angegeben, weiteren Fortbildungsbedarf dazu zu haben.

Interkulturelle Kompetenz

Hierzu haben 9 Krankenhäuser geantwortet: 6 bejahten die Frage, von 3 Krankenhäusern wurde diese verneint. Zwei gaben dazu keinen Bedarf an, 1 Krankenhaus äußerte sich dazu nicht weiter.

4 Krankenhäuser (darunter eines, das bisher kein Angebot dazu wahrgenommen hat) haben angegeben, weiteren Fortbildungsbedarf dazu zu haben.

Spezielle Problemlagen lesbischer Frauen

Hierzu haben 9 Krankenhäuser geantwortet: 2 Krankenhäuser bejahten dies, 7 verneinten dies mit unterschiedlichen Begründungen. Von 3 Krankenhäusern gab es dazu keine Erläuterung; von den 4 weiteren Krankenhäusern wird fehlender Bedarf angegeben, in einem Fall mit der Ergänzung: „kein Bedarf - ebenso wenig wie spezielle Probleme heterosex. Frauen“.

4 Krankenhäuser haben angegeben, weiteren Fortbildungsbedarf dazu zu haben. Diesen Bedarf artikulierten u. a. die bereits „geschulten“ beiden Krankenhäuser.

Spezielle Problemlagen behinderter Frauen

Hierzu haben 8 Einrichtungen geantwortet: 2 Krankenhäuser bejahten dies, 6 verneinten dies mit unterschiedlichen Begründungen.

Von 3 Krankenhäusern gab es dazu keine Erläuterung; von den weiteren Krankenhäusern wurde fehlender Bedarf benannt bzw. der Hinweis gegeben, dass das Problem unterrepräsentiert sei. 3 Krankenhäuser haben angegeben, weiteren Fortbildungsbedarf dazu zu haben.

5. Vernetzung

5.1 Mit welchen Einrichtungen kooperieren Sie im Kontext gewaltbetroffener psychisch kranker Frauen im Einzelfall?

Von 9 Krankenhäusern wurden Angaben übermittelt. 6 Krankenhäuser haben dazu im Tenor „die üblichen Einrichtungen“ geantwortet und verwiesen in diesem Zusammenhang z.B. auf Frauenhäuser, Beratungsstellen, Ärzte, Psychotherapeuten, freie Träger, Behörden.

3 Krankenhäuser haben verschiedene Kooperationspartner/innen konkret benannt:

- LARA, BORA, Frauenhäuser, Brandenburgklinik, Bernau-Waldsiedlung, Berliner Krisendienst
- FrauSuchtZukunft, FAM, Frauenhäuser
- BiG-Hotline, Notruf Beratung e.V., LARA, DRK Frauenwerkstatt, Frauenhäuser, FrauSuchtZukunft

5.2 In welchen Formen finden diese Kooperationen statt?

Hierzu haben 7 Krankenhäuser Angaben übermittelt.

Von allen wurden Hinweise wie Helferkonferenzen, Fallbesprechungen, Terminabsprachen gegeben; die Tagesklinik hat zusätzlich „...manchmal auch Begleitung von Patientinnen zu ihren Terminen“ angegeben.

5.3 In welchen Kooperations-/Vernetzungsgremien arbeitet Ihre Einrichtung mit psychiatrischen Einrichtungen zusammen?

Hierzu haben 8 Krankenhäuser Angaben übermittelt.

Die in den Bezirken angesiedelten Psychosozialen Arbeitsgemeinschaften (PSAG) waren ein elementarer Kooperationsbezug; sie werden von 5 Krankenhäusern direkt benannt, drei weitere haben Gemeindepsychiatrische Verbände/Einrichtungen benannt. Weitere Hinweise entfielen auf den Psychiatriebeirat (2), Steuerungsgruppen (2), gerontopsych. Verbände (2). Einzelnennungen entfielen auf die Landesstelle gegen Suchtgefahren (AK Krankenhäuser), das Kompetenznetzwerk Depression, das Bündnis gegen Depression, die Suchtakademie, die AG Wohnen/regional. 2 Krankenhäuser benannten Fallkonferenzen¹⁹ und „Krisentreffen“ als weitere zusätzliche Kooperationsinstanzen.

5.4 Welche weitergehenden Kontakte und Kooperationen wären für Ihre Arbeit im Hinblick auf psychisch kranke gewaltbetroffene Frauen hilfreich?

Hierzu haben 6 Krankenhäuser Angaben übermittelt.

3 Krankenhäuser thematisierten Probleme im Zusammenhang mit Patientinnen mit Migrationshintergrund: so wünschte sich ein Krankenhaus einen Fonds zur Finanzierung von Dolmetscher-Einsätzen im Bedarfsfall, ein anderes muttersprachliche Ärztinnen oder Beraterinnen oder Therapeutinnen und das dritte hätte gern Kontakte zu einem türkischen Frauenhaus.

Als weitere Wünsche wurden genannt:

- ambulante Traumatherapeutinnen mit kurzen Wartezeiten
- Intensivierung bestehender Kontakte,
- Übergangswohneinrichtungen für Frauen, die psychisch zu labil sind für die Anforderungen der Frauenwohnstatt oder Frauenhäuser
- Einrichtungen für psychisch kranke Frauen, in denen deren Kinder mitbetreut werden können
- direkte zeitnahe Zusammenarbeit mit den Sozialbehörden, schnellere Kostenübernahmen

Von der Möglichkeit, Anmerkungen oder Anregungen zum Befragungsthema vorzunehmen, haben zwei Krankenhäuser Gebrauch gemacht. Diese lauteten:

- Das Thema Gewalt wird oft erst während der Behandlung fassbar - vor zu großer Fokussierung durch Spezialisierung rate ich ab.
- Wir brauchen mehr Personal. Die PsychPV muss zu 100% erfüllt sein, sonst können wir die psychiatrische Versorgung nicht mehr gewährleisten, geschweige bes. Gruppen Rechnung tragen.

¹⁹ Dies könnte im Einzelfall identisch mit Steuerungsgruppen sein.

8.2 Befragung der Sozialpsychiatrischen Dienste

Die Befragung richtete sich an die 22 Standorte des Sozialpsychiatrischen Dienstes in Berlin.

8.2.1 Anschreiben und Musterfragebogen

Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz



Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz
Oranienstraße 106, 10969 Berlin

**An alle Standorte der
Sozialpsychiatrische Dienste der Bezirksämter
(siehe Verteiler)**

Geschäftszeichen (bei Antwort bitte angeben)

II B 16

Bearbeiter/in

Frau Baude

Zimmer

3070

Telefon

(030) 9028 (Intern: 928) 2829

Telefax

(030) 9028 (Intern: 928) 3155

Datum

24. Oktober 2005

Sehr geehrte Damen und Herren,

ich wende mich heute mit der Bitte um Unterstützung an Sie.

Wie Sie wissen, hat geschlechtsbezogene Gewalt enorme Folgen für die psychische Gesundheit von Frauen und bedarf eines spezifischen Behandlungssettings auch im psychiatrischen Versorgungssystem. Vor diesem Hintergrund wurde auf gemeinsame Initiative der Senatsverwaltung für Wirtschaft, Arbeit und Frauen und der Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz eine multidisziplinäre Arbeitsgruppe „Frauen und Psychiatrie“ gegründet, um die psychiatrische Versorgung für gewaltbetroffene Frauen zu verbessern.

Die Arbeitsgruppe setzt sich zusammen aus Vertreterinnen und Vertretern der klinischen und ambulanten/komplementären psychiatrischen Versorgung, der Sozialpsychiatrischen Dienste, der bezirklichen Psychiatriekoordinatoren, von Frauenberatungsstellen und Zufluchtseinrichtungen (häusliche Gewalt, sexuelle Gewalt) sowie den Senatsverwaltungen für Wirtschaft, Arbeit und Frauen und für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz.

Ziele der AG sind die Implementierung frauenspezifischer Ansätze in die klinische, ambulante und komplementäre Versorgung und eines effektiven Kooperationsmodells, um für gewaltbetroffene Frauen in psychischen Krisensituationen sowie mit psychischen Erkrankungen ein übergreifendes Hilfeangebot zu schaffen. Die Ermittlung von Basisdaten zur aktuellen Versorgungssituation in Berlin ist eine Voraussetzung für dieses Vorhaben.

Vor diesem Hintergrund erfolgt eine Befragung der in der psychiatrischen Versorgung engagierten Einrichtungen sowie von Einrichtungen der Anti-Gewalt-Arbeit.

Die gewonnenen Daten sollen dazu dienen, den Ist-Stand abzubilden und Defizite erkennbar zu machen. Sie bilden gleichzeitig die Grundlage für eine angestrebte Vernetzung. Eine Veröffentlichung der Ergeb-

nisse dieser Befragung ist geplant. Für alle Einrichtungen wurde ein gemeinsames Grundgerüst an Fragen entwickelt, um so eine hohe Vergleichbarkeit der gewonnenen Daten zu erreichen.

Ich übersende Ihnen den anliegenden Fragebogen mit der herzlichen Bitte, diesen für Ihren Standort auszufüllen und an die Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz - II B 16 - bis **zum 15. November 2005** zurückzuschicken.

Die mit der Befragung gewonnenen Daten sollen dazu beitragen, Kooperationsbeziehungen zu fördern und Vernetzungen herzustellen. Vor diesem Hintergrund richte ich die Bitte an Sie, deutlich im Fragebogen kenntlich zu machen, falls Daten nicht für eine Veröffentlichung berücksichtigt werden sollen.

Für Rückfragen stehe ich Ihnen gern persönlich zur Verfügung (Tel.: 9028 2937); Sie können sich aber auch an Frau Winkler oder Frau Baude, beide zuständig für die Koordination der Befragungen, mit Ihrem Anliegen wenden (Tel.: 9028 2829).

Ich danke Ihnen für Ihre Geduld und hoffe auf Ihre aktive Mitwirkung.

Mit freundlichen Grüßen
Im Auftrag
Heinrich Beuscher
Landesbeauftragter für Psychiatrie

Geschlechtsbezogene Gewalt hat enorme Folgen für die psychische Gesundheit von Frauen und erfordert ein spezifisches Behandlungssetting im psychiatrischen Versorgungssystem. Aus diesem Grund wurde vom Landesbeauftragten für Psychiatrie der Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz in Kooperation mit der Senatsverwaltung für Wirtschaft, Arbeit und Frauen eine multidisziplinäre Arbeitsgruppe „Frauen und Psychiatrie“ gegründet. Ziele der AG sind die Implementierung frauenspezifischer Ansätze in die klinische, ambulante und komplementäre Versorgung und eines effektiven Kooperationsmodells, um für gewaltbetroffene Frauen in psychischen Krisensituationen sowie mit psychischen Erkrankungen ein übergreifendes Hilfeangebot zu schaffen. Die Ermittlung von Basisdaten zur aktuellen Versorgungssituation in Berlin ist eine Voraussetzung für dieses Vorhaben.

Vor diesem Hintergrund erfolgt im 2. Halbjahr 2005 eine Befragung der in der psychiatrischen Versorgung engagierten Einrichtungen sowie von Einrichtungen der Anti-Gewalt-Arbeit (Beratung und Betreuung gewaltbetroffener Frauen).

Die Daten sollen dazu dienen, den Ist-Stand abzubilden und Defizite erkennbar zu machen. Sie bilden gleichzeitig die Grundlage für eine angestrebte Vernetzung. Eine Veröffentlichung der Ergebnisse dieser Befragung ist geplant. Wir nehmen deshalb an, dass Sie mit der Veröffentlichung Ihrer Angaben einverstanden sind, wenn Sie den beantworteten Fragebogen an uns zurücksenden.

Für alle Einrichtungen wurde ein gemeinsames Grundgerüst an Fragen entwickelt, das eine hohe Vergleichbarkeit der gewonnenen Daten ermöglichen soll. Bitte berücksichtigen Sie dies, wenn Ihnen eine Frage nicht schlüssig erscheint. Der nachfolgende Fragebogen wurde an alle Standorte verschickt. Die Koordination der Befragungen erfolgt durch die Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz, Referat II B (Frau Winkler, Frau Baude, Tel.: 9028 2829). Wir bitten Sie, Ihre Angaben teambezogen für Ihren Standort per Fragebogen **bis zum 15. November 2005** an die Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz – II B 16 – zu übersenden.

Vielen Dank !

Bestandsaufnahme der Angebote für psychisch kranke Frauen mit Gewalterfahrung

Befragung aller an der Versorgung Beteiligten

1. Fragen zur Einrichtung

1.1 Name der Einrichtung

1.2 Adresse (bitte auch Bezirk benennen)

–

1.3 Telefon, Fax, _____ e-Mail _____

1.4 Ansprechpartner/in _____

1.5 Zu welchen Zeiten sind Sie für Frauen direkt erreichbar (persönlich, telefonisch – kein Anrufbeantworter?)

1.6 Sind Sie für Rollstuhlfahrerinnen in Ihren Räumen erreichbar?

ja nein

Sonstiges (bitte beschreiben) _____

1.7 Wie viele Klientinnen/Klienten nutzen Ihre Einrichtung pro Jahr durchschnittlich?²⁰
gesamt _____

1.8 Wie hoch ist der Anteil der Frauen? _____%

davonAnteil der Frauen mit seelischen Behinderungen _____%

Anteil der Frauen mit anderen Behinderungen²¹ _____%

Anteil der Frauen mit Migrationshintergrund²² _____%

Anteil lesbischer Frauen _____%

sonstige (welche ?) _____%

2. Biografische Fragen zur Zielgruppe psychisch kranker Frauen mit Gewalterfahrungen

2.1 Liegen in Ihrer Einrichtung Erfahrungen mit gewaltbetroffenen Frauen vor, bei denen eine psychische Erkrankung diagnostiziert wurde?

ja
nein

2.2 Wie hoch ist der Anteil von psychisch kranken Frauen mit Gewalterfahrung an allen Klientinnen pro Jahr durchschnittlich (bezogen auf Ihren Standort)?

unter 5% zwischen 5 und 9% zwischen 10 und 29% zwischen 30 und 49% mehr als 50%

2.3 In welchem Alter sind Ihre psychisch kranken Klientinnen mit Gewalterfahrung?

18 – 27: _____% 28 – 39: _____% 40 – 55: _____% über 55: _____%

2.4 Aus welchen Ländern kommen gewaltbetroffene Frauen mit Migrationshintergrund bzw. ihre Familien am häufigsten? (bitte höchstens 3 Nennungen)

2.5 Wie hoch ist der Anteil dieser Frauen, mit denen Sie sich nicht auf deutsch verständigen können?

_____%

2.6 Wie verständigen Sie sich mit Frauen, die über keine ausreichenden deutschen Sprachkenntnisse verfügen?

In der Einrichtung gibt es muttersprachliche Mitarbeiterinnen
wenn ja, welche Sprache(n)?

Bei Bedarf werden Dolmetscherinnen / Sprachmittlerinnen hinzugezogen.

Die Einrichtung hat Mitarbeiter/innen, die über _____

²⁰ Wenn Sie einzelne der im Folgenden erfragten Merkmale nicht erheben, können Sie eine Einschätzung angeben (dann bitte mit „S“ - Schätzung kennzeichnen. Wenn Ihnen eine Einschätzung nicht möglich ist, lassen Sie das Feld bitte unausgefüllt.

²¹ Gemeint sind Frauen mit körperlicher, geistiger und/oder Sinnesbehinderung.

²² Frauen mit Migrationshintergrund: Gemeint sind Frauen, die selbst migriert sind oder deren Herkunftsfamilien eine Migrationserfahrung haben, unabhängig von (auch deutscher) Staatsangehörigkeit bzw. Sprachkenntnissen.

Fremdsprachenkenntnisse verfügen.
Wenn ja, welche Sprache(n)?

2.7 Wie verständigen Sie sich mit Frauen, wenn eine Hör- bzw. Sprachbehinderung vorliegt ?

2.8 Wie erfahren Sie von

.... aktuell erlebter Gewalt?

- ist Bestandteil der Anamnese
 durch entsprechende Nachfrage
 Klientin erzählt von selbst
 anderes bitte erläutern:
 gar nicht

in der Biographie erlebter Gewalt?

- ist Bestandteil der Anamnese
 durch entsprechende Nachfrage
 Klientin erzählt von selbst
 anderes bitte erläutern:
 gar nicht

2.9 Welche psychischen/psychiatrischen Krankheitsbilder liegen bei gewaltbetroffenen Frauen hauptsächlich vor (incl. Substanzmittelstörungen; bitte geben Sie auch den ICD-Schlüssel an)?

3. Fragen zur Vermittlungspraxis Ihrer Einrichtung

3.1 Welche Einrichtungen vermitteln psychisch kranke gewaltbetroffene Frauen an den Sozialpsychiatrischen Dienst?

- (Teil-)stationäre Einrichtungen (z.B. Krankenhäuser, Reha-Kliniken)
 Ambulante psychiatrische Einrichtungen

- Niedergelassene Ärzte/Ärztinnen, Psychotherapeuten/Psychotherapeutinnen
 - Anti-Gewalt-Einrichtungen (Frauenhäuser, Zufluchtwohnungen, Frauenberatungsstellen)
 - Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe
 - Selbsthilfegruppen (z.B. Angehörigengruppen)
 - Sonstige(welche?)
-

3.2 Welche psychiatrischen und sonstigen Angebote vermitteln Sie?

- (Teil-)stationäre Angebote (z.B. Krankenhäuser, Reha-Kliniken)
 - Ambulante psychiatrische Angebote
 - Niedergelassene Ärzte/Ärztinnen, Psychotherapeuten/Psychotherapeutinnen
 - Angebote von Anti-Gewalt-Einrichtungen (Frauenhäuser, Zufluchtwohnungen, Frauenberatungsstellen)
 - Angebote der Wohnungslosenhilfe
 - Selbsthilfegruppen (z.B. Angehörigengruppen)
 - Sonstige(welche?)
-
-

3.3 Was fehlt Ihnen für die betroffenen Frauen in den bestehenden Hilfesystemen?

4. Fragen zur Fort- und Weiterbildung der Beschäftigten

Haben Kolleginnen/en Ihrer Dienststelle bereits spezielle Fort- und Weiterbildungsangebote genutzt zum Thema

geschlechtsspezifische Gewalterfahrungen? Ja Nein

Wenn nein, warum nicht?

- kein Bedarf
- kein Fortbildungsangebot
- anderes:

Es besteht (weiterer) Fortbildungsbedarf.

Umgang mit Traumata?

Ja

Nein

Wenn nein, warum nicht?

kein Bedarf

kein Fortbildungsangebot

anderes:

Es besteht (weiterer) Fortbildungsbedarf.

psychische Erkrankungen?

Ja

Nein

Wenn nein, warum nicht?

kein Bedarf

kein Fortbildungsangebot

anderes:

Es besteht (weiterer) Fortbildungsbedarf.

interkulturelle Kompetenz?

Ja

Nein

Wenn nein, warum nicht?

kein Bedarf

kein Fortbildungsangebot

anderes:

Es besteht (weiterer) Fortbildungsbedarf.

spezielle Problemlagen lesbischer Frauen?

Ja

Nein

Wenn nein, warum nicht?

kein Bedarf

kein Fortbildungsangebot

anderes:

Es besteht (weiterer) Fortbildungsbedarf.

spezielle Problemlagen behinderter Frauen (s. a. Fußnote 2)

Ja

Nein

Wenn nein, warum nicht?

kein Bedarf

kein Fortbildungsangebot

anderes:

Es besteht (weiterer) Fortbildungsbedarf.

5. Vernetzung

5.1 Mit welchen Einrichtungen kooperieren Sie im Kontext gewaltbetroffener psychisch kranker Frauen im Einzelfall?

5.2 In welchen Formen finden diese Kooperationen statt?

5.3 In welchen Kooperations-/Vernetzungsgremien arbeitet Ihre Einrichtung mit psychiatrischen Einrichtungen zusammen?

5.4 Welche weitergehenden Kontakte und Kooperationen wären für Ihre Arbeit im Hinblick auf psychisch kranke gewaltbetroffene Frauen hilfreich?

Wenn Sie darüber hinaus Anmerkungen, Anregungen, Ergänzungen zum Befragungsthema haben, würden wir uns freuen, dies zu erfahren:

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

8.2.2 Auswertung

Allgemeines

Der Fragebogen ist an alle 22 Standorte des Sozialpsychiatrischen Dienstes verschickt worden.

16 Standorte aus 10 Bezirken haben den Fragebogen ausgefüllt und zurückgeschickt; dies entspricht einer Rücklaufquote von rd. 73%. Ein Standort eines Sozialpsychiatrischen Dienstes hat mitgeteilt, den Fragebogen nicht ausfüllen zu können, da die abgefragten Daten nicht erfasst werden.

In einem Bezirk hat auch der Sozialmedizinische Dienst den Fragebogen beantwortet; da dieser Dienst jedoch nicht zur Zielgruppe gehört, konnte er in die Auswertung nicht einbezogen werden. Damit die Wünsche nach weiteren Kooperationspartnern nicht verloren gehen, werden diese am Ende dieser Auswertung aufgeführt.

Im Folgenden werden die Antworten auf die einzelnen Fragen zusammengefasst dargestellt (zur leichteren Orientierung wird die jeweilige Frage aus dem Fragebogen vorangestellt).

1.6 Sind Sie für Rollstuhlfahrerinnen in Ihren Räumen erreichbar?

Hierzu lagen Antworten von 15 Standorten vor. 11 Standorte waren für Rollstuhlfahrerinnen erreichbar, ein Standort hat dazu angegeben, zurzeit nur nach Absprache, jedoch perspektivisch direkt für diese Zielgruppe erreichbar zu sein (neuer Fahrstuhl kommt).

Drei Standorte haben die Frage verneint, eine Alternative unter „Sonstiges“ wurde nicht benannt.

1.7 Wie viele Klientinnen/Klienten nutzen Ihre Einrichtung pro Jahr durchschnittlich?

Hierzu haben 13 Standorte verwertbare Angaben gemacht (2 Standorte haben sich nicht zur Frage geäußert; die Angaben eines weiteren waren in sich widersprüchlich und wurden daher außer Betracht gelassen). Sofern einzelne Merkmale nicht erfasst wurden, konnten die Dienste auch Schätzungen angeben. Von dieser Möglichkeit hat an dieser Stelle kein Dienst Gebrauch gemacht.

Die Nutzerzahlen wichen deutlich voneinander ab: Der kleinste Wert wurde mit 1.233 angegeben, der größte mit 3.252.

Die Addition der angegebenen Durchschnittszahlen der 13 Standorte ergab eine Gesamtzahl von 23.557 Klientinnen und Klienten; daran orientiert wurde ein Durchschnittswert von 1.812 Personen ermittelt.

1.8 Wie hoch ist der Anteil der Frauen?

Hierzu liegen von 11 Standorten verwertbare Angaben vor (1 Standort hat darauf hingewiesen, dass außer der absoluten Nutzerzahl keine Details erfasst wurden; die Angaben eines anderen Standortes waren in sich komplett widersprüchlich und nur auf absolute Zahlen bezogen; 3 Standorte haben sich nicht zur Frage geäußert).

Die Angaben der 11 Standorte reichten von 60% (höchster Wert) bis 38% (geringster Wert), der Durchschnittswert lag bei rd. 47%.

Tabelle A 10:

unter 40%	41 bis unter 50%	50 bis unter 60%	60% und mehr
2	4	4	1

Verwertbare Einschätzungen und Angaben zum Anteil der Frauen mit **seelischen Behinderungen** haben 12 Standorte übermittelt (von 2 Standorten wurde die Frage nicht beantwortet, die Angaben von zwei weiteren Standorten lagen nur in absoluten Zahlen vor, zu denen aber eine Bezugsgröße fehlte).

Die Einschätzungen und Angaben der 12 Standorte zu dieser Frage variierten deutlich:

Tabelle A 11:

40 - 55%	56 - 70%	71 - 85%	86% und mehr
3	1	5	3

Als kleinster Wert wurden 40%, als größter 95% benannt.

Verwertbare Einschätzungen und Angaben zum Anteil der Frauen mit **anderen Behinderungen** haben 11 Standorte übermittelt (von 3 Standorten wurde die Frage nicht beantwortet, die Angaben von zwei weiteren Standorten lagen nur in absoluten Zahlen vor, zu denen aber eine Bezugsgröße fehlte).

Von den 11 Standorten, die Angaben übermittelt haben, haben zwei explizit darauf hingewiesen, dass sie unter dieser Kategorie nur geistige Behinderungen erfasst haben.

Tabelle A 12:

5 – 15%	16 – 25%	46 - 50%
4	5	2

Als kleinster Wert wurden 5 %, als größter 50 % benannt.

Einschätzungen und Angaben zum Anteil der Frauen mit **Migrationshintergrund** haben 9 Standorte übermittelt; allerdings konnte eine Angabe nicht ausgewertet werden, da die Angabe nur in absoluten Zahlen vorlag, dazu aber eine Bezugsgröße fehlte.

Von den 8 Standorten lagen folgende Nennungen vor:

- 3 Standorte bezifferten den Anteil mit unter 1%
- 2 Standorte bezifferten den Anteil mit 2%
- 1 Nennung entfiel auf 3%
- 1 Nennung entfiel auf 5%
- 1 Nennung entfiel auf 19%

Der hohe Anteil von 19% wurde vom Standort Schöneberg genannt, einem Stadtgebiet mit vergleichsweise hohem Ausländeranteil an der Wohnbevölkerung.

Auffallend waren aber die ansonsten geringen Zahlen von Nutzerinnen mit Migrationshintergrund. Eine Ursache dürfte in dem relativ geringen Ausländeranteil in den östlichen Stadtgebieten liegen (bis auf 2 Nennungen stammen alle Angaben aus östlichen Bezirken).

Die Frage zum Anteil der **lesbischen Frauen** hatte eine hohe Ausfallquote; von 16 Standorten, die den Fragebogen ausgefüllt haben, haben 10 sich zu dieser Frage gar nicht geäußert. Ein Standort hat die Angabe „nicht bekannt“ übermittelt, drei weitere haben die Frage mit einem Fragezeichen versehen. Zwei Standorte haben konkrete Werte übermittelt (0,5% und 4,5%). Die vorgesehene Antwortkategorie „Sonstige“ wurde nicht genutzt.

2. Biografische Fragen zur Zielgruppe psychisch kranker Frauen mit Gewalterfahrungen

2.1 Liegen in Ihrer Einrichtung Erfahrungen mit gewaltbetroffenen Frauen vor, bei denen eine psychische Erkrankung diagnostiziert wurde?

Hierzu lagen Antworten von 15 Standorten vor. 14 Standorte haben die Frage bejaht, ein Standort hat dies verneint. Der Standort, der diese Frage verneint hat, hat dazu unter Anmerkungen folgende Erläuterung abgegeben: „Gewalt bei Frauen kommt vor, bei psychisch Kranken häufiger als im Normalfall. Es handelt sich nicht um einen Brennpunkt unserer Arbeit. Wir sind für weitergehende Hinweise im Bedarfsfall dankbar.“

Der Standort hat dennoch zu einzelnen Fragen Antworten übermittelt, die in die Auswertung einbezogen wurden.

2.2 Wie hoch ist der Anteil von psychisch kranken Frauen mit Gewalterfahrung an allen Klientinnen pro Jahr durchschnittlich (bezogen auf Ihren Standort)?

Zu dieser Frage haben sich 13 Standorte in einer deutlichen Bandbreite geäußert:

Tabelle A 13:

Einschätzung	unter 5%	zwischen	zwischen	zwischen	mehr als
--------------	----------	----------	----------	----------	----------

nicht möglich / keine Erfassung		5 und 9%	10 und 29%	30 u.49%	50%
3	3	2	0	3	2

Die geringen Prozentangaben (bis 9%) stammten ausschließlich von Diensten im östlichen Teil Berlins, während die Angaben von mehr als 50% aus westlichen Bezirken kamen. Von den insgesamt 5 Nennungen, die einen hohen Anteil (30% und mehr) gewaltbetroffener psychisch kranker Frauen angaben, entfielen vier auf Dienste in westlichen Bezirken und eine auf einen Dienst aus einem östlichen Bezirk.

2.3 In welchem Alter sind Ihre psychisch kranken Klientinnen mit Gewalterfahrung?

Zu dieser Frage gab es eine hohe Ausfallquote. Zwar haben sich 10 Standorte geäußert - davon 4 jedoch nur mit dem Hinweis, dass dazu keine Einschätzung möglich sei bzw. keine Erfassung vorgenommen würde. Ein weiterer Standort hat ebenfalls keine Zahlenangaben übermittelt sondern mitgeteilt, dass alle Altersgruppen vertreten waren. Die Angabe eines anderen Standorts ließ ebenfalls keine exakte Einordnung zu: Hier wurde ausschließlich ein Kreuz bei der Altersgruppe 28-39 Jahre gemacht.

Damit liegen differenzierte Zahlenangaben von 4 der 16 Standorte, die den Fragebogen ausgefüllt haben, vor. Verallgemeinerbare Rückschlüsse auf die Altersstruktur der Klientinnen der Sozialpsychiatrischen Dienste (aus der Zielgruppe) ließen sich angesichts der hohen Ausfallquote bei dieser Frage nicht ziehen.

Betrachtet man die Angaben der 4 Standorte, so ist für diese erkennbar, dass ihre Klientinnen mehrheitlich zwischen 18 und 39 Jahre alt waren; die Altersgruppe der über 55 jährigen war dagegen kaum vertreten.

Tabelle A 14:

Standort	Alter in % 18-27 Jahre	Alter in % 28-39 Jahre	Alter in % 40-55 Jahre	Alter in % über 55 Jahre
1	80	15	5	-
2	30s	30s	25s	15s
3	17	66	17	-
4	22	33,5	33,5	11

2.4 Aus welchen Ländern kommen gewaltbetroffene Frauen mit Migrationshintergrund bzw. ihre Familien am häufigsten? (bitte höchstens 3 Nennungen)

Zu dieser Frage haben sich 12 Standorte geäußert, wobei drei darauf hingewiesen haben, dass dies nicht erfasst bzw. eingeschätzt werden konnte. Dieser Rücklauf entsprach den unter 1.6 getroffenen Aussagen, dass bei einem Teil der Sozialpsychiatrischen Dienste Klientinnen mit Migrationshintergrund eher selten waren.

Von den 9 Standorten, die Angaben übermittelt haben, liegen folgende Angaben vor:

Tabelle A 15:

Migrationshintergrund	Nennungen
türkisch	5
GUS-Staaten ²³	5
arabisch	4
ex-Jugoslawien	3
Serbien-Montenegro	2
polnisch	2
vietnamesisch	1
chinesisch	1

2.5 Wie hoch ist der Anteil dieser Frauen, mit denen Sie sich nicht auf Deutsch verständigen können?

²³ In der Zahl der Nennungen enthalten ist eine Angabe, die konkret „Russlanddeutsche“ angibt.

Zu dieser Frage haben sich 13 Standorte in einer deutlichen Bandbreite geäußert, davon konnten zwei Standorte dies nicht einschätzen, ein weiterer hat dies nicht erfasst. Die übrigen Bezirke gaben folgendes an:

Tabelle A 16:

prozentuale Angabe	Häufigkeit der Nennung
unter 1 – 4%	5
5 – 10%	2
30 – 49%	1
50%	2

2.6 Wie verständigen Sie sich mit Frauen, die über keine ausreichenden deutschen Sprachkenntnisse verfügen?

Hierzu haben sich 15 Standorte wie folgt geäußert:

Tabelle A 17:

Verständigung durch muttersprachliche Mitarbeiterinnen	Verständigung durch Mitarbeiterinnen mit Fremdsprachenkennt.	Hinzuziehung von Dolmetscherinnen / Sprachmittlerinnen	Sonstiges
3	6	12	5

Betrachtet man die Nennungen im Einzelnen, so fällt auf:

- Nur zwei Standorte nutzten alle drei vorgegebenen Möglichkeiten zur Verständigung mit Patientinnen ohne bzw. mit nur geringer deutscher Sprachkompetenz.
- Die Mehrheit der Standorte war auf Dolmetscherinnen/ Sprachmittlerinnen oder dolmetschende Angehörige, Freunde, Bekannte angewiesen: Dies benannten 8 Standorte in verschiedenen Antwortkombinationen. Auffallend war dabei eine Nennung, wonach Verständigungsprobleme ausschließlich durch dolmetschende Angehörige oder Freunde gelöst werden.

Die in drei Standorten vorhandene Sprachkompetenz durch Muttersprachlerinnen bezog sich jeweils einmal auf russisch und polnisch; vom dritten Standort wurde keine Konkretisierung vorgenommen.

Von den 6 Standorten, die mitgeteilt haben, dass ihre Mitarbeiterinnen über Fremdsprachenkenntnisse verfügten, haben 5 die Sprachen präzisiert. Zusammenfassend ergab sich daher hinsichtlich der vorhandenen (Fremd-) Sprachenkenntnisse folgendes Bild:

Tabelle A 18:

Sprache	Nennungen
englisch	5
russisch	4, davon eine Muttersprachlerin
Gebärdensprache	3
polnisch	2, davon eine Muttersprachlerin
italienisch	1
spanisch	1
griechisch	1

Damit wurde der Bedarf an Dolmetscherinnen und Sprachmittlerinnen deutlich: Denn Sprachen wie türkisch, arabisch, serbokroatisch (als häufiger Migrationshintergrund unter 2.4 genannt) waren nicht vertreten.

2.7 Wie verständigen Sie sich mit Frauen, wenn eine Hör- bzw. Sprachbehinderung vorliegt?

Hierzu haben alle Standorte Angaben übermittelt, wobei ein Standort nur darauf hingewiesen hat, dass dies nicht erfasst wurde und ein weiterer hat mitgeteilt, über keine Erfahrung in dieser Frage zu verfügen, aber im Bedarfsfall einen Fachdienst hinzuzuziehen.

- 9 Nennungen entfielen auf die Hinzuziehung von Gebärdendolmetschern/innen,
- 6 Nennungen entfielen auf die schriftliche oder gestisch/mimische Verständigung,
- 4 Nennungen bezogen sich auf die Hinzuziehung von Sprachmittlern, z.B. Angehörigen.

2.8 Wie erfahren Sie von aktuell erlebter Gewalt?

Alle Standorte haben dazu geantwortet. Dies war insofern bemerkenswert, da ein Standort unter 2.1 geantwortet hatte, über keine Erfahrungen mit der Zielgruppe psychisch kranke Frauen mit Gewalterfahrung zu verfügen.

Die Antwortkategorien wurden wie folgt gewählt:

Tabelle A 19:

„ist Bestandteil der Anamnese“	„durch Nachfrage“	entspr. „Klientin erzählt von selbst“	„anderes“	„gar nicht“
10	14	16	5	1

Bemerkenswerte Punkte dabei waren:

- Die Nennung „gar nicht“ - dies dokumentierte die dazugehörige Erläuterung - war im Sinne von „es ist nicht auszuschließen dass...“ zu verstehen; der Standort hatte alle 5 Antwortkategorien angekreuzt
- Ein Standort hat angekreuzt, nur dann von aktueller Gewalt zu erfahren, wenn die Klientin selbst erzählt
- Die 5 Nennungen, die sich auf „anderes“ bezogen, wurden präzisiert: In vier Fällen war die Mitteilung durch Dritte - z.B. Begleitpersonen - gemeint, ein Standort hat den Hinweis auf Fremdanamnese gegeben.

Von der Möglichkeit der Mehrfachnennung haben 14 Standorte Gebrauch gemacht:

Die Frage nach in der Biographie erlebter Gewalt haben 15 Standorte beantwortet. Dabei haben $\frac{3}{4}$ der Befragten exakt die Antwort zur Vorfrage wiederholt. Die Abweichungen bezogen sich in zwei Fällen darauf, dass aktuell erlebte Gewalt bereits Bestandteil einer Anamnese war und jetzt zur früheren Gewalt nachgefragt wurde bzw. die Klientin von selbst erzählte. Die dritte abweichende Antwort bezog sich darauf, dass die Patientin von selbst über die aktuelle Gewalterfahrung erzählte, hingegen eine frühere Gewalterfahrung durch die Anamnese oder wiederum durch die Patientin selbst erfahren wurde.

2.9 Welche psychischen/psychiatrischen Krankheitsbilder liegen bei gewaltbetroffenen Frauen hauptsächlich vor (incl. Substanzmittelstörungen; bitte geben Sie auch den ICD-Schlüssel an)?

Hierzu haben sich 13 Standorte geäußert - 8 haben für diese Angabe nur den ICD-Schlüssel benutzt. Da keine Begrenzung vorgegeben war, haben alle Antwortenden eine ganze Reihe an Krankheitsbildern aufgelistet. Die häufigsten Nennungen waren:

- 12 Nennungen entfielen auf spezifische Persönlichkeitsstörungen, wobei Borderline dabei explizit viermal genannt wurde
- 11 Nennungen bezogen sich auf verschiedene Abhängigkeitserkrankungen
- 9 Nennungen bezogen sich auf verschiedene Angst- und Anpassungsstörungen, wobei Posttraumatische Belastungsstörung mehrfach explizit genannt wurde
- 4 Nennungen bezogen sich auf Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen
- Einzelnennungen entfielen auf verschiedene Formen der Depression, Intelligenzminderung und Demenz.

Die Zitate der Standorte im Einzelnen:

- F43 (Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen), F60, F19, F41, F34
- F60.3-Borderline / F43.1
- F33, F20, F43, F60.3
- Borderline-Pt; Suchtkranke, Pt mit suchtkranken Angehörigen
- Alkohol- u. Drogenabhängigkeit, Persönlichkeitsstörung
- ICD 10: F10, F11, F19, F43, F60 Hinweis: Bei diesen Diagnosen liegt der geschätzte Anteil deutlich höher
- ICD 10: F10, F11, F19, F43, F60 Hinweis: Bei diesen Diagnosen liegt der geschätzte Anteil deutlich höher
- F60, F10, F20, F43.1
- F60, F10, F20
- Borderline-Störung (F61.3), Polytoxikomanie (F19.2), Psychosen (F20.0), Angsterkrankungen (F41.2), Posttraumatische Belastungsstörung
- Intelligenzminderung (F70), Persönlichkeitsstörungen (F60) psychische u. Verhaltensstörungen (F1) vaskuläre Demenz (F01)
- F60, F19 (verschiedene Suchtstörungen)

- F60 (spezifische Persönlichkeitsstörungen), F10 (Störungen durch Alkohol)

3. Fragen zur Vermittlungspraxis Ihrer Einrichtung

3.1 Welche Einrichtungen vermitteln psychisch kranke gewaltbetroffene Frauen an den Sozialpsychiatrischen Dienst?

Hierzu haben alle Standorte geantwortet. Eine Einrichtung hat darauf hingewiesen, nur sehr selten durch das psychiatrische Versorgungssystem Klientinnen vermittelt zu bekommen, ein anderer Standort hat darauf hingewiesen, dass Gewaltbetroffenheit dabei nicht das Kriterium war.

Insgesamt wurden benannt:

Tabelle A 20:

Vermittlung durch	Nennungen
(teil-) stationäre Einrichtungen	15
ambulante psychiatrische Einrichtungen	15
Niedergelassene Ärzte/innen	14
Wohnungslosenhilfe	13
Anti-Gewalt-Einrichtungen	12
Sonstige	9
Selbsthilfegruppen	7

Zu den umfangreichen Nennungen zu „Sonstiges“ gehörten auch je ein Hinweis auf Selbstmelderinnen, das Krisenhaus, den Krisendienst und Hausverwaltungen. Die Mehrfachnennungen ließen sich zu folgenden Schwerpunkten zusammenfassen:

Tabelle A 21:

Behörden (Sozialamt, Arbeitsamt etc.)	Polizei	Beratungsstellen u. Sozialdienste
5	3	3

3.2 Welche psychiatrischen und sonstigen Angebote vermitteln Sie?

Zu dieser Frage wurden von allen Angaben übermittelt; benannt wurden:

Tabelle A 22:

Vermittlung an/in	Nennungen
Anti-Gewalt-Einrichtungen	16
Angebote im (teil-) stationären Bereich	15
Niedergelassene Ärzte/innen	14
Wohnungslosenhilfe	14
ambulante psychiatrische Angebote	13
Selbsthilfegruppen	13
Sonstige	2

Ein Standort hat angegeben, nicht an Angebote im (teil-) stationären Bereich und an ambulante psychiatrische Angebote zu vermitteln, es fand sich in diesem Fragebogen auch kein Hinweis auf die Vermittlung durch ein Steuerungsgremium.

Die Antwortmöglichkeit „Sonstige“, die von 2 Standorten genutzt wurde, brachte Hinweise auf Betreutes Wohnen und die Einzel-fallhilfe.

3.3 Was fehlt Ihnen für die betroffenen Frauen in den bestehenden Hilfesystemen?

Von 7 Standorten sind Defizite konkret benannt und Vorstellungen entwickelt worden. Diese bezogen sich vor allem auf folgende Bereiche (Zitate):

Unterkunft / Wohnen

- Adäquate Unterbringungsmöglichkeiten für obdachlos gewordene psychisch kranke Frauen mit akuter Gewalterfahrung.
- Da weder psychisch kranke noch suchtkranke akut von Gewalt betroffene Frauen in den bestehenden Einrichtungen Aufnahme finden, müsste ein entsprechendes Angebot eingerichtet werden. Dieses Problem ist ungelöst. Die Situation wird noch erschwert, wenn z.B. Pflegebedürftigkeit und/oder Mehrfacherkrankungen (Gehbehinderung, Rollstuhlfahrerin, Frauen mit Demenz) vorliegen. Es kommt vor, dass der gewalttätige Partner gleichzeitig der Pfleger ist.
- Notwendige Wohnungsauflösung erschwert die Annahme von Betreuungsangeboten (z.B. TWG)
- Notunterkunft für Chroniker
- stationärer geschützter Frauenbereich für Krisenintervention und stationärer psychiatrisch / psychotherapeutischer Bereich für durch Gewalt traumatisierte Patientinnen

Verständigung

- Sprachmittler
- Dolmetscher für nicht so häufige Sprache

Ein Sozialpsychiatrischer Dienst hat darauf hingewiesen, über ein breites Angebot zu verfügen, dies aber nicht näher erläutert. Ein anderer Standort hat angeregt, prophylaktische Aspekte zu berücksichtigen, indem den Kindern dieser Familien mehr Beachtung zuteil wird.

4. Fragen zur Fort- und Weiterbildung der Beschäftigten

Haben Kolleginnen/en Ihrer Dienststelle bereits spezielle Fort- und Weiterbildungsangebote genutzt zum Thema

.....

- geschlechtsspezifische Gewalt?
- Umgang mit Traumata?
- psychische Erkrankungen?
- interkulturelle Kompetenz?
- spezielle Problemlagen lesbischer Frauen?
- spezielle Problemlagen behinderter Frauen?

Dieser umfangreiche Fragenblock, mit dem zusätzlich nachgefragt wurde, warum Fortbildungen im Einzelnen nicht erfolgten und ob überhaupt ein Fortbildungsbedarf gesehen wird, wurde mehrheitlich beantwortet.

Im Sinne eines Überblicks wird hier eine zusammenfassende Darstellung vorangestellt:

Tabelle A 23:

Spez. Fort- und Weiterbildung wurde genutzt zum Thema....	Zahl der ja - Antworten	Wie oft wird Fortbildungsbedarf dazu artikuliert?
psychische Erkrankungen	16	3
Umgang mit Traumata	15	1
geschlechtsspezifische Gewalt	10	2
interkulturelle Kompetenz	10	4
spez. Problemlagen behinderter Frauen	6	3
spez. Problemlagen lesbischer Frauen	4	2

Auffallend waren die wenigen Nennungen im Zusammenhang mit Frauen mit Behinderungen und lesbischen Frauen. Nur wenige Standorte haben in diesem Kontext Fort- und Weiterbildungen bisher genutzt; ebenfalls wurde kaum ein Bedarf artikuliert.

Insgesamt wurden die (Rück)-Fragen, warum eine Fortbildung bisher nicht wahrgenommen wurde, in weiten Teilen komplett beantwortet. Nur die Nachfragen zu Fortbildungen in Bezug auf lesbische Frauen (zu 9 nein-Antworten gibt es 6 Präzisierungen) und behinderten Frauen (zu 7 nein-Antworten gab es 4 Präzisierungen) wurden nicht komplett beantwortet.

Im Folgenden werden die Ergebnisse für die einzelnen Bereiche im Detail dargestellt:

Geschlechtsspezifische Gewalt

Hierzu haben 14 Standorte geantwortet: 10 bejahten die Frage, von 4 wurde dies verneint. Zur Frage, warum eine solche Fort- und Weiterbildung bisher nicht erfolgte, erklärten 3 Standorte, dass sie keinen Bedarf haben, 1 Standort gab „kein Angebot“ an. 2 Standorte (die bereits geschult sind) haben angegeben, weiteren Fortbildungsbedarf dazu zu haben.

Umgang mit Traumata

Hierzu haben alle geantwortet: 15 bejahten die Frage, von 1 Standort wurde dies mit dem Hinweis auf „kein Angebot“ verneint. 1 bereits „geschulter“ Standort hat weiteren Fortbildungsbedarf dazu benannt.

Psychische Erkrankungen

Dazu haben alle mit ja geantwortet. 3 Standorte haben angegeben, weiteren Fortbildungsbedarf dazu zu haben.

Interkulturelle Kompetenz

Hierzu haben 13 Standorte geantwortet: 10 bejahten die Frage, von 3 Standorten wurde diese verneint. Zwei gaben dazu keinen Bedarf an, 1 Standort gab den Hinweis „kein Angebot“.

4 Standorte haben angegeben, weiteren Fortbildungsbedarf dazu zu haben.

Spezielle Problemlagen lesbischer Frauen

Hierzu haben 13 Standorte geantwortet: 4 Standorte bejahten dies, 9 verneinten dies mit unterschiedlichen Begründungen. Von 4 Standorten wurde fehlender Bedarf angegeben, zwei andere Standorte benannten dazu „kein Angebot“. Von 3 Standorten gab es keine Präzisierung.

2 Standorte (darunter einer, der noch keine Fortbildung dazu hatte) haben angegeben, weiteren Fortbildungsbedarf dazu zu haben.

Spezielle Problemlagen behinderter Frauen

Hierzu haben 13 Standorte geantwortet: 6 Standorte bejahten dies, 7 verneinten dies mit unterschiedlichen Begründungen. 3 Standorte gaben „kein Bedarf“ an, 1 Standort benannte „kein Angebot“ und von 3 weiteren gibt es dazu keine Präzisierung.

3 Standorte (darunter einer, der bisher noch keine Fortbildung in diesem Kontext hatte) haben angegeben, weiteren Fortbildungsbedarf dazu zu haben.

5. Vernetzung

5.1 Mit welchen Einrichtungen kooperieren Sie im Kontext gewaltbetroffener psychisch kranker Frauen im Einzelfall?

Hierzu haben alle Standorte umfangreiche Angaben übermittelt und mehrere Kooperationspartner benannt. Eine herausragende Rolle spielten dabei Frauenhäuser, Anti-Gewalt-Einrichtungen und Krankenhäuser/Kliniken, auf die jeweils 10 und mehr Nennungen entfielen. Weitere häufige Kooperationspartner waren Ärzte/innen, Therapeuten/innen, Krisenunterkünfte, Freie Träger und der Krisendienst. Die darüber hinaus gehenden Nennungen bezogen sich auf verschiedene Behörden, die Wohnungslosenhilfe aber auch auf Angehörige.

5.2 In welchen Formen finden diese Kooperationen statt?

Zu dieser Frage haben sich 14 Standorte nahezu identisch geäußert. Im Tenor wurde auf einzelfallbezogene Absprachen, Vermittlung und Übergaben hingewiesen.

5.3 In welchen Kooperations-/Vernetzungsgremien arbeitet Ihre Einrichtung mit psychiatrischen Einrichtungen zusammen?

Zu dieser Frage haben sich 14 Standorte geäußert.

Die in den Bezirken angesiedelten Psychosozialen Arbeitsgemeinschaften (PSAG) waren ein elementarer Kooperationsbezug; sie wurden von 11 Standorten direkt benannt. Ein weiterer Mehrfachblock entfiel auf die Nennungen zu Belegungskommission, Fallkonferenzen und Steuerungsrunden, die insgesamt elfmal angegeben wurden. Auf verschiedene Arbeitskreise, Arbeits- und Unterarbeitsaufgruppen entfielen 6 Nennungen. Die weiteren Angaben bezogen sich auf das gemeindepsychiatrische Versorgungsnetz, den Psychiatriebeirat, den Gerontopsychiatrischen Verbund, Krankenhäuser, Reha-Träger, die Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie und die Arbeitsgruppe „Frauen und Psychiatrie“.

5.4 Welche weitergehenden Kontakte und Kooperationen wären für Ihre Arbeit im Hinblick auf psychisch kranke gewaltbetroffene Frauen hilfreich?

Hierzu lagen insgesamt 7 Äußerungen vor. Von 4 Standorten wurde die Frage mit „keine“ beantwortet, 1 Standort hat darauf hingewiesen, über ein ausreichendes Netzwerk zu verfügen.

2 Standorte haben an dieser Stelle konkrete Wünsche artikuliert (Zitate).

- aktuelle Informationen über spezifische Beratungsangebote und Zufluchtsmöglichkeiten für psychisch kranke Frauen in Gewaltsituationen
- mehr Kontakt und Information über die Arbeit der verschiedenen Beratungsstellen im Anti-Gewalt-Bereich

Ein weiterer Informations- und Kontaktwunsch (Bitte um Aufnahme in den Verteiler der Anti-Gewalt-Einrichtungen und Frauenprojekte für aktuelle Infos, Flyer, Tel.-Nr., Fortbildung etc.) wurde von einem Standort zusätzlich unter den Anmerkungen und Ergänzungen platziert. Um weitergehende Hinweise im Bedarfsfall hat ein anderer Standort gebeten, der das Thema Gewalt gegen Frauen nicht als einen Brennpunkt seiner Arbeit einstuft.

Von der Möglichkeit, **Anmerkungen und Ergänzungen** zum Fragebogen vorzunehmen, haben 8 Standorte mit unterschiedlicher Intention Gebrauch gemacht. 3 Standorte haben dies für Erläuterungen, warum der Fragebogen zum Teil nicht beantwortet werden konnte, genutzt. Exemplarisch wird eine Anmerkung wiedergegeben:

- Leider können wir unter Punkt 1.8 keine genaueren Angaben machen, da wir viele Kriterien nicht in unser Dokumentationssystem eingeben (z.B. lesbische Frauen, Gewalterfahrung). Zudem geben wir die Nationalität analog des Passes ein, die sich oftmals nicht mit dem Herkunftsland deckt. Viele unserer Klientinnen haben Doppeldiagnosen, wir haben bei Punkt 1.8 die im Vordergrund stehende Störung angegeben

4 Standorte haben Probleme und einzelne Aspekte ihrer Arbeit im Zusammenhang mit der Zielgruppe beschrieben (Zitate):

- Ambivalentes Verhalten der Frauen erschwert Vermittlung der Betreuungsangebote
- Da wir keinen Internet-Zugang haben, bitten wir um Aufnahme in den Verteiler der Anti-Gewalt-Einrichtungen und Frauenprojekte für aktuelle Info, Flyer, Tel-Nr, Fortbildung etc
- Gewalt bei Frauen kommt vor, bei psychisch Kranken häufiger als im Normalfall. Es handelt sich nicht um einen Brennpunkt unserer Arbeit. Wir sind für weitergehende Hinweise im Bedarfsfall dankbar.
- Gelegentlich wenden sich Ehefrauen/Partnerinnen von psychisch kranken Männern an uns, die von Gewalt bedroht sind. Es kommt vor, dass dann die Einweisung in eine psych. Klinik erfolgt, wenn sich herausstellt, dass z.B. durch eine wahnhafte Verkennung Fremdgefährdung vorliegt. Selten sucht die von Gewalt bedrohte Frau Beratung für sich, da die psych. Erkrankung des Partners im Vordergrund steht.

Ein Standort hat diesen Raum für folgenden Hinweis genutzt.

- Gewalterfahrung von Frauen in Einrichtungen lebend, Demenz WG, Pflegeheime etc

Der Fragebogen des Sozialmedizinischen Dienstes enthielt zur Frage weitergehender Kontakt- und Kooperationswünsche folgendes:

Mehr Frauenhäuser, rechtliche Aufklärung, dafür spezialisierte Rechtsanwälte, spezialisierte Ärzte; mehr Anlaufstellen für Gewalt ausübende Männer.

8.3 Befragung des Berliner Krisendienstes

Die Befragung richtete sich an die 9 Regionen des Berliner Krisendienstes und den überregionalen Bereitschaftsdienst.

8.3.1 Anschreiben und Musterfragebogen

Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz



Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz
Oranienstraße 106, 10969 Berlin

**An die
Standorte des Berliner Krisendienstes sowie den überregionalen
Bereitschaftsdienst**
(siehe Verteiler)

Geschäftszeichen (bei Antwort bitte angeben)
II B 16
Bearbeiter/in
Frau Baude
Zimmer
3070
Telefon
(030) 9028 (Intern: 928) 2829
Telefax
(030) 9028 (Intern: 928) 3155
Datum
24. Oktober 2005

Sehr geehrte Damen und Herren,

ich wende mich heute mit der Bitte um Unterstützung an Sie.

Wie Sie wissen, hat geschlechtsbezogene Gewalt enorme Folgen für die psychische Gesundheit von Frauen und bedarf eines spezifischen Behandlungssettings auch im psychiatrischen Versorgungssystem. Vor diesem Hintergrund wurde auf gemeinsame Initiative der Senatsverwaltung für Wirtschaft, Arbeit und Frauen und der Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz eine multidisziplinäre Arbeitsgruppe „Frauen und Psychiatrie“ gegründet, um die psychiatrische Versorgung für gewaltbetroffene Frauen zu verbessern.

Die Arbeitsgruppe setzt sich zusammen aus Vertreterinnen und Vertretern der klinischen und ambulanten/komplementären psychiatrischen Versorgung, der Sozialpsychiatrischen Dienste, der bezirklichen Psychiatriekoordinatoren, von Frauenberatungsstellen und Zufluchtseinrichtungen (häusliche Gewalt, sexuelle Gewalt) sowie den Senatsverwaltungen für Wirtschaft, Arbeit und Frauen und für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz. Ziele der AG sind die Implementierung frauenspezifischer Ansätze in die klinische, ambulante und komplementäre Versorgung und eines effektiven Kooperationsmodells, um für gewaltbetroffene Frauen in psychischen Krisensituationen sowie mit psychischen Erkrankungen ein übergreifendes Hilfeangebot zu schaffen. Die Ermittlung von Basisdaten zur aktuellen Versorgungssituation in Berlin ist eine Voraussetzung für dieses Vorhaben.

Vor diesem Hintergrund erfolgt eine Befragung der in der psychiatrischen Versorgung engagierten Einrichtungen sowie von Einrichtungen der Anti-Gewalt-Arbeit. Die gewonnenen Daten sollen dazu dienen, den Ist-Stand abzubilden und Defizite erkennbar zu machen. Sie bilden gleichzeitig die Grundlage für eine angestrebte Vernetzung. Eine Veröffentlichung der Ergebnisse dieser Befragung ist geplant. Für alle

Einrichtungen wurde ein gemeinsames Grundgerüst an Fragen entwickelt, um so eine hohe Vergleichbarkeit der gewonnenen Daten zu erreichen.

Ich übersende Ihnen den anliegenden Fragebogen mit der herzlichen Bitte, diesen für Ihren Standort auszufüllen und an die Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz - II B 16 – Oranienstraße 106, 10969 Berlin bis **zum 15. November 2005** zurückzuschicken.

Die mit der Befragung gewonnenen Daten sollen dazu beitragen, Kooperationsbeziehungen zu fördern und Vernetzungen herzustellen. Vor diesem Hintergrund richte ich die Bitte an Sie, deutlich im Fragebogen kenntlich zu machen, falls Daten nicht für eine Veröffentlichung berücksichtigt werden sollen.

Für Rückfragen stehe ich Ihnen gern persönlich zur Verfügung (Tel.:9028 2937); Sie können sich aber auch an Frau Winkler oder Frau Baude, beide zuständig für die Koordination der Befragungen, mit Ihrem Anliegen wenden (Tel.: 9028 2829).

Ich danke Ihnen für Ihre Geduld und hoffe auf Ihre aktive Mitwirkung.

Mit freundlichen Grüßen
Im Auftrag
Heinrich Beuscher
Landesbeauftragter für Psychiatrie

Geschlechtsbezogene Gewalt hat enorme Folgen für die psychische Gesundheit von Frauen und erfordert ein spezifisches Behandlungssetting im psychiatrischen Versorgungssystem. Aus diesem Grund wurde vom Landesbeauftragten für Psychiatrie der Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz in Kooperation mit der Senatsverwaltung für Wirtschaft, Arbeit und Frauen eine multidisziplinäre Arbeitsgruppe „Frauen und Psychiatrie“ gegründet. Ziele der AG sind die Implementierung frauenspezifischer Ansätze in die klinische, ambulante und komplementäre Versorgung und eines effektiven Kooperationsmodells, um für gewaltbetroffene Frauen in psychischen Krisensituationen sowie mit psychischen Erkrankungen ein übergreifendes Hilfeangebot zu schaffen. Die Ermittlung von Basisdaten zur aktuellen Versorgungssituation in Berlin ist eine Voraussetzung für dieses Vorhaben.

Vor diesem Hintergrund erfolgt im 2. Halbjahr 2005 eine Befragung der in der psychiatrischen Versorgung engagierten Einrichtungen sowie von Einrichtungen der Anti-Gewalt-Arbeit (Beratung und Betreuung gewaltbetroffener Frauen).

Die Daten sollen dazu dienen, den Ist-Stand abzubilden und Defizite erkennbar zu machen. Sie bilden gleichzeitig die Grundlage für eine angestrebte Vernetzung. Eine Veröffentlichung der Ergebnisse dieser Befragung ist geplant. Wir nehmen deshalb an, dass Sie mit der Veröffentlichung Ihrer Angaben einverstanden sind, wenn Sie den beantworteten Fragebogen an uns zurücksenden.

Für alle Einrichtungen wurde ein gemeinsames Grundgerüst an Fragen entwickelt, das eine hohe Vergleichbarkeit der gewonnenen Daten ermöglichen soll. Bitte berücksichtigen Sie dies, wenn Ihnen eine Frage nicht schlüssig erscheint. Der nachfolgende Fragebogen wurde an alle Standorte verschickt. Die Koordination der Befragungen erfolgt durch die Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz, Referat II B (Frau Winkler, Frau Baude, Tel.: 9028 2829). Wir bitten Sie, Ihre Angaben teambezogen für Ihren Standort per Fragebogen **bis zum 15. November 2005** an die Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz, Oranienstraße 106, 10969 Berlin – II B 16 – zu übersenden.

Vielen Dank !

Bestandsaufnahme der Angebote für psychisch kranke Frauen mit Gewalterfahrung

Befragung aller an der Versorgung Beteiligten

1. Fragen zur Einrichtung

1.1 Name der Einrichtung _____

1.2 Adresse (bitte auch Bezirk benennen)

–

1.3 Telefon, Fax,

e-Mail

1.4 Ansprechpartner/in

1.5 Sind Sie für Rollstuhlfahrerinnen in Ihren Räumen erreichbar?

ja nein

Sonstiges (bitte beschreiben) _____

1.6 Wie viele Klientinnen/Klienten nutzen Ihre Einrichtung pro Jahr durchschnittlich?²⁴

gesamt _____

davon weiblich _____ %

Frauen mit seelischen Behinderungen _____ %

Frauen mit anderen Behinderungen²⁵ _____ %

Frauen mit Migrationshintergrund²⁶ _____ %

lesbische Frauen _____ %

sonstige (welche ?) _____ %

2. Biografische Fragen zur Zielgruppe psychisch kranker Frauen mit Gewalterfahrungen

2.1 Liegen bei Ihnen Erfahrungen mit gewaltbetroffenen Frauen vor, bei denen eine psychische Erkrankung diagnostiziert wurde?

ja
nein

2.2 Wie hoch ist der Anteil psychisch kranker Frauen mit Gewalterfahrungen (bezogen auf Ihren Standort – durchschnittlich pro Jahr in Prozent)?

unter 5% zwischen 5 und 9% zwischen 10 und 29% zwischen 30 und 49% mehr als 50%

2.3 In welchem Alter sind Ihre Klientinnen?

18 – 27: _____ % 28 – 39: _____ % 40 – 55: _____ % über 55: _____ %

2.4 Aus welchen Ländern kommen gewaltbetroffene Frauen mit Migrationshintergrund bzw. ihre Familien am häufigsten? (bitte höchstens 3 Nennungen)

2.5 Wie hoch ist der Anteil dieser Frauen, mit denen Sie sich nicht auf Deutsch verständigen können?

_____ %

2.6 Wie verständigen Sie sich mit Frauen, die über keine ausreichenden deutschen Sprachkenntnisse verfügen?

In der Einrichtung gibt es muttersprachliche Mitarbeiterinnen.
Wenn ja, welche Sprache(n)?

Bei Bedarf werden Dolmetscherinnen / Sprachmittlerinnen hinzugezogen.

Die Einrichtung hat Mitarbeiter/innen, die über Fremdsprachenkenntnisse verfügen.
Wenn ja, welche Sprache(n)?

²⁴ Wenn Sie einzelne der im Folgenden erfragten Merkmale nicht erheben, können Sie eine Einschätzung angeben (dann bitte mit „S“ - Schätzung kennzeichnen. Wenn Ihnen eine Einschätzung nicht möglich ist, lassen Sie das Feld bitte unausgefüllt.

²⁵ Gemeint sind Frauen mit körperlicher, geistiger und/oder Sinnesbehinderung.

²⁶ Frauen mit Migrationshintergrund: Gemeint sind Frauen, die selbst migriert sind oder deren Herkunftsfamilien eine Migrationserfahrung haben, unabhängig von (auch deutscher) Staatsangehörigkeit bzw. Sprachkenntnissen.

2.7 Wie verständigen Sie sich mit Frauen, wenn eine Hör- bzw. Sprachbehinderung vorliegt ?

2.8 Wie erfahren Sie von

.... aktuell erlebter Gewalt?

- ist Bestandteil der Anamnese
 durch entsprechende Nachfrage
 Klientin erzählt von selbst
 anderes bitte erläutern:
 gar nicht

.... in der Biographie erlebter Gewalt?

- ist Bestandteil der Anamnese
 durch entsprechende Nachfrage
 Klientin erzählt von selbst
 anderes bitte erläutern:
 gar nicht

2.9 Welche psychischen/psychiatrischen Krankheitsbilder liegen hauptsächlich vor (incl. Substanzmittelstörungen; bitte geben Sie möglichst auch den ICD-Schlüssel an)?

3. Fragen zur Vermittlungspraxis der Klientinnen

3.1 Welche Einrichtungen vermitteln psychisch kranke gewaltbetroffene Frauen an den Berliner Krisendienst?

- (Teil-) stationäre Einrichtungen (z.B. Krankenhäuser, Reha-Kliniken)

- Ambulante psychiatrische Einrichtungen
 - Niedergelassene Ärzte/Ärztinnen, Psychotherapeuten/Psychotherapeutinnen
 - Anti-Gewalt-Einrichtungen (Frauenhäuser, Zufluchtswohnungen, Frauenberatungsstellen)
 - Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe
 - Selbsthilfegruppen (z.B. Angehörigengruppen)
 - Sonstige (welche?)
-

3.2 Welche psychiatrischen und sonstigen Angebote vermitteln Sie?

- (Teil-)stationäre Angebote (z.B. Krankenhäuser, Reha-Kliniken)
 - Ambulante psychiatrische Angebote
 - Niedergelassene Ärzte/Ärztinnen, Psychotherapeuten/Psychotherapeutinnen
 - Angebote von Anti-Gewalt-Einrichtungen (Frauenhäuser, Zufluchtswohnungen, Frauenberatungsstellen)
 - Angebote der Wohnungslosenhilfe
 - Selbsthilfegruppen (z.B. Angehörigengruppen)
 - Sonstige (welche?)
-

3.3 Was fehlt Ihnen für die betroffenen Frauen in den bestehenden Hilfesystemen?

4. Fragen zur Fort- und Weiterbildung der Beschäftigten

Haben Kolleginnen/en Ihrer Einrichtung bereits spezielle Fort- und Weiterbildungsangebote genutzt zum Thema

geschlechtsspezifische Gewalt-
erfahrungen? Ja Nein

Wenn nein, warum nicht?

- kein Bedarf
 - kein Fortbildungsangebot
 - anderes:
-

Es besteht (weiterer) Fortbildungsbedarf.

Umgang mit Traumata? Ja Nein

Wenn nein, warum nicht?

- kein Bedarf

- kein Fortbildungsangebot
- anderes:

Es besteht (weiterer) Fortbildungsbedarf.

psychische Erkrankungen? Ja Nein

Wenn nein, warum nicht?

- kein Bedarf
- kein Fortbildungsangebot
- anderes:

Es besteht (weiterer) Fortbildungsbedarf.

interkulturelle Kompetenz? Ja Nein

Wenn nein, warum nicht?

- kein Bedarf
- kein Fortbildungsangebot
- anderes:

Es besteht (weiterer) Fortbildungsbedarf.

spezielle Problemlagen lesbischer Frauen? Ja Nein

Wenn nein, warum nicht?

- kein Bedarf
- kein Fortbildungsangebot
- anderes:

Es besteht (weiterer) Fortbildungsbedarf.

spezielle Problemlagen behinderter Frauen (s. a. Fußnote 2) Ja Nein

Wenn nein, warum nicht?

- kein Bedarf
- kein Fortbildungsangebot
- anderes:

Es besteht (weiterer) Fortbildungsbedarf.

5. Vernetzung

5.1 Mit welchen Einrichtungen kooperieren Sie im Kontext gewaltbetroffener psychisch kranker Frauen im Einzelfall?

5.2 In welchen Formen finden diese Kooperationen statt?

5.3 In welchen Kooperations-/Vernetzungsgremien arbeitet Ihre Einrichtung mit psychiatrischen Einrichtungen zusammen?

5.4 Welche weitergehenden Kontakte und Kooperationen wären für Ihre Arbeit im Hinblick auf psychisch kranke gewaltbetroffene Frauen hilfreich?

Wenn Sie darüber hinaus Anmerkungen, Anregungen, Ergänzungen zum Befragungsthema haben, würden wir uns freuen, dies zu erfahren:

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

8.3.2 Auswertung

Allgemeines

Der Fragebogen ist an alle 9 Standorte sowie den überregionalen Bereitschaftsdienst des Berliner Krisendienstes im Oktober 2005 verschickt worden.

Von 9 Standorten und dem überregionalen Bereitschaftsdienst gingen Antworten; dies entspricht einer Rücklaufquote von 100%.

Im Folgenden werden die Antworten auf die einzelnen Fragen zusammengefasst dargestellt (zur leichteren Orientierung wird die jeweilige Frage aus dem Fragebogen vorangestellt).

Zu den Fragen

1.5 Sind Sie für Rollstuhlfahrerinnen in Ihren Räumen erreichbar?

Es lagen von allen befragten Einrichtungen Antworten vor. 6 Einrichtungen haben dies bejaht, vier verneint, davon konnten 2 Einrichtungen eine Alternative für Rollstuhlfahrerinnen anbieten.

1.6 Wie viele Klientinnen/Klienten nutzen Ihre Einrichtung pro Jahr durchschnittlich?

Es lagen von allen befragten Einrichtungen Antworten vor, die je nach Region deutlich variierten. Sie reichten von rund 2.000 bis 5.600 Personen je nach Region. Der überregionale Bereitschaftsdienst wies eine Zahl an Nutzerinnen und Nutzern mit 13.500 Personen pro Jahr aus.

Sowohl die einzelnen Regionen wie auch der überregionale Bereitschaftsdienst schätzten ein, dass **ihre Klientel überwiegend Frauen** sind:

Tabelle A 24:

Region	Nutzerinnen in %
West (Spandau)	75
West (Charlottenburg - Wilmersdorf)	75
Südwest	70
Ost	66
Mitte	66
Süd-Ost (Treptow/Köpenick)	62
Süd-Ost (Neukölln)	62
Nord (Pankow)	60
Nord (Reinickendorf)	60

Der **überregionale Bereitschaftsdienst** gab den Frauenanteil mit 66% an. Die Zahlen wurden zum Teil als Schätzungen ausgewiesen.

Die Einschätzungen und Angaben zum Anteil der Frauen mit **seelischen Behinderungen** wiesen eine deutliche Spannweite auf:

Zahlen aus den einzelnen Regionen:

Tabelle A 25:

Region	Nutzerinnen mit seel. Beh. in %
Mitte	80
Südwest	80
Süd-Ost (Treptow/Köpenick)	70
Süd-Ost (Neukölln)	70
West (Spandau)	60
West (Charlottenburg - Wilmersdorf)	60
Ost	60
Nord (Pankow)	10
Nord (Reinickendorf)	10

Der **überregionale Bereitschaftsdienst** gibt diesen Anteil mit 80% an. Zumeist wurden diese Angaben als Schätzungen ausgewiesen.

Die Einschätzungen und Angaben zum Anteil der Frauen mit **anderen Behinderungen** bewegten sich in einer sehr geringen Spannbreite. Alle Einrichtungen schätzten den Anteil im Bereich zwischen 2 - 4%.

Die Einschätzungen und Angaben zum Anteil der Frauen mit **Migrationshintergrund** bewegten sich ebenfalls in einer geringen Spannbreite. Alle Einrichtungen schätzten den Anteil im Bereich zwischen 5% - 10%.

Zur Fragen nach dem **Anteil der lesbischen Frauen** gab es überhaupt keine Zahlen oder Einschätzungen; allenfalls erfolgte hier der Hinweis, dass dies nicht erfasst wurde.

Die im Fragebogen vorgesehene Rubrik **Sonstige** wurde von keiner Einrichtung genutzt.

2.1 Liegen bei Ihnen Erfahrungen mit gewaltbetroffenen Frauen vor, bei denen eine psychische Erkrankung diagnostiziert wurde?

Alle Einrichtungen beantworten diese Frage mit ja.

2.2 Wie hoch ist der Anteil psychisch kranker Frauen mit Gewalterfahrungen (bezogen auf Ihren Standort – durchschnittlich pro Jahr in Prozent)?

Hierzu lagen von allen Befragten Angaben vor. Die Regionen haben sich wie folgt geäußert:

- 8 Nennungen entfielen auf einen Anteil zwischen 5% und 9%
- Die Region Südwest bezifferte den Anteil mit zwischen 10% und 29%

Ebenfalls abweichend äußerte sich der **überregionale Bereitschaftsdienst**; er benannte den niedrigsten Wert mit einem geschätzten Anteil von unter 5%.

2.3 In welchem Alter sind Ihre Klientinnen?

Hierzu lagen von allen Einrichtungen Angaben vor. Zwei Standorte haben ausdrücklich darauf hingewiesen, dass ihnen das Alter ihrer Nutzerinnen zum Teil nicht bekannt war. Aus der nachstehenden Tabelle wird deutlich, dass die meisten BKD (6) den Hauptanteil ihrer Nutzerinnen bei den 28 – 55-jährigen sahen. Deutlich geringer wurden diese BKD von älteren und jüngeren Frauen genutzt.

Abweichend davon gaben drei BKD an, dass die größte Nutzerinnengruppe die über 55-jährigen Frauen waren. In der nachfolgenden Tabelle wurden die Angaben, die als Schätzwerte ausgewiesen wurden, mit „s“ gekennzeichnet.

Tabelle A 26:

BKD Nr.	Alter 18-27 in %	Alter 28-39 in %	Alter 40-55 in %	Alter über 55 in %	Alter unbekannt in %
West (Spandau)	8	12	28	33	19
West (Charl.-Wilm)	12	17	46	7	18
Süd-Ost (Trept.-Köp)	20	35	30	15	
Süd-Ost (Neukölln)	20	35	30	15	
Ost	20	35	30	15	
Südwest	s 15	s 35	s 30	s 20	
Mitte	s 20	s 35	s 30	s 15	
Überregionaler Bereitschaftsdienst	s 20	s 35	s 30	s 15	
Nord (Pankow)	25	25	10	40	
Nord (Reinickendorf)	20	20	20	40	

2.4 Aus welchen Ländern kommen gewaltbetroffene Frauen mit Migrationshintergrund bzw. ihre Familien am häufigsten? (bitte höchstens 3 Nennungen)

Hierzu gab es keine Nennungen, drei Standorte gaben den Hinweis „unbekannt“.

2.5 Wie hoch ist der Anteil dieser Frauen, mit denen Sie sich nicht auf Deutsch verständigen können?

Hier wurde von allen Einrichtungen ein Prozentsatz von etwa 1% angegeben.

2.6 Wie verständigen Sie sich mit Frauen, die über keine ausreichenden deutschen Sprachkenntnisse verfügen?

Es lagen von allen Befragten Antworten vor. 7 Regionen sowie der überregionale Bereitschaftsdienst gaben an, muttersprachliche Mitarbeiterinnen und Mitarbeiterinnen mit Fremdsprachenkenntnissen zu haben; 2 Regionaldienste wiesen darauf hin, dass sie keine Muttersprachlerinnen haben, aber Mitarbeiterinnen mit Fremdsprachenkenntnissen. Alle 10 Einrichtungen setzten im Bedarfsfall Dolmetschern/innen ein.

4 Regionen haben keine näheren Angaben zu den im Einzelnen vertretenen Sprachkompetenzen übermittelt, sodass nur feststellbar war, dass Muttersprachler/innen für folgende Sprachen (in alphabetischer Reihenfolge) vertreten waren: französisch, griechisch, holländisch, persisch, russisch, serbokroatisch, türkisch.

Die darüber hinaus vorhandenen Fremdsprachenkenntnisse erweiterten das Sprachenspektrum; zusammenfassend waren damit folgende Sprachkompetenzen durch Muttersprachlerinnen und/oder Mitarbeiterinnen mit entsprechenden Kenntnissen vertreten:

Tabelle A 27:

Sprache	Nennungen insgesamt	davon Muttersprachlerinnen
englisch	5	-
französisch	5	1
russisch	4	1
griechisch	4	2
spanisch	4	-
portugiesisch	2	-
holländisch	2	2
persisch	1	1
serbo-kroatisch	1	1
türkisch	1	1

2.7 Wie verständigen Sie sich mit Frauen, wenn eine Hör- bzw. Sprachbehinderung vorliegt ?

2 Regionen haben diese Frage nicht beantwortet; sodass nur 8 Antworten betrachtet werden konnten. Von den 8 Einrichtungen, die geantwortet haben, haben 2 mitgeteilt, über keine Erfahrungswerte dazu zu verfügen; Ein Standort hatte eine Mitarbeiterin, die Gebärdensprache beherrschte, ansonsten bezogen sich alle Antworten auf verschiedene Formen der schriftlichen Beratung.

2.8 Wie erfahren Sie von aktuell erlebter Gewalt?

Es lagen von allen 10 Befragungsbereichen identische Antworten vor. Alle gaben an, von aktuell erlebter Gewalt durch Nachfrage und/oder die Klientin selbst und/oder durch Dritte zu erfahren. Diese „Dritten“ wurden präzisiert als Polizei, Feuerwehr oder Angehörige.

Wie erfahren Sie von in der Biographie erlebter Gewalt?

Es liegen von allen 10 Befragungsbereichen identische Antworten vor. Alle gaben an, von früherer Gewalt durch Nachfrage oder die Klientin selbst zu erfahren.

2.9 Welche psychischen/psychiatrischen Krankheitsbilder liegen hauptsächlich vor (incl. Substanzmittelstörungen; bitte geben Sie möglichst auch den ICD-Schlüssel an)?

Von allen 10 Befragungsbereichen wurde im Tenor ähnlich geantwortet: 8 Befragte führten aus, auf die Zielgruppe bezogen keine Aussagen treffen zu können; zwei Dienste wiesen darauf hin, dass sie nur äußerst selten Diagnosen erheben: Wenn, dann stünden Persönlichkeitsstörungen, Depressionen und Angststörungen im Vordergrund.

3. Fragen zur Vermittlungspraxis der Klientinnen

3.1 Welche Einrichtungen vermitteln psychisch kranke gewaltbetroffene Frauen an den Berliner Krisendienst?

Dies haben alle Befragten nahezu identisch beantwortet.

Tabelle A 28:

Vermittlung durch	Nennungen
Niedergelassene Ärzte/innen	10
teilstationären Bereich	10
andere ambulante Einrichtungen	10
Anti-Gewalt-Einrichtungen	10
Selbsthilfegruppen	10
Wohnungslosenhilfe	8
Sonstige	1 (Polizei)

3.2 Welche psychiatrischen und sonstigen Angebote vermitteln Sie?

Dies haben alle Befragten nahezu identisch beantwortet.

Tabelle A 29:

Vermittlung an/in	Nennungen
Angebote im teilstation. Bereich	10
andere Angebote im ambulanten Bereich	10
Niedergelassene Ärzte/innen, Psychotherapeut.	10
Anti-Gewalt-Einrichtungen	10
Wohnungslosenhilfe	10
Selbsthilfegruppen	7
Sonstige	2

Die Angabe „Sonstige“ wurde von einer Region mit dem Hinweis auf die Lesbenberatung präzisiert.

3.3 Was fehlt Ihnen für die betroffenen Frauen in den bestehenden Hilfesystemen?

Zu dieser Frage haben sich 7 von 10 Befragten geäußert; hier benannten einige Regionen mehrere Defizite.

- 7 Nennungen entfielen auf stationäre Einrichtungen mit Kinderbetreuung,
- 3 Nennungen bezogen sich auf schnellere Vermittlungsmöglichkeiten in ambulante Therapien,
- 1 Standort benannte Krisenwohnungen, stationäre psychotherapeutische Angebote für Frauen mit Persönlichkeitsstörungen, PTSD und Borderline-Störungen sowie Angebote für Täterinnen

4. Fragen zur Fort- und Weiterbildung der Beschäftigten

Haben Kolleginnen/en Ihrer Einrichtung bereits spezielle Fort- und Weiterbildungsangebote genutzt zum Thema

.....

- geschlechtsspezifische Gewalt,
- Umgang mit Traumata,
- psychische Erkrankungen,
- interkulturelle Kompetenz,
- spezielle Problemlagen lesbischer Frauen,
- spezielle Problemlagen behinderter Frauen

Dieser umfangreichen Frageblock, mit dem zusätzlich nachgefragt wurde, warum Fortbildungen im Einzelnen nicht erfolgten und ob überhaupt ein Fortbildungsbedarf gesehen wird, wurde von den Befragten umfassend beantwortet.

Im Sinne eines Überblicks wird eine zusammenfassende Darstellung vorangestellt:

Tabelle A 30:

Spez. Fort- und Weiterbildung wurde genutzt zum Thema....	Zahl der ja - Antworten	Wie oft wird Weiterbildungsbedarf dazu artikuliert?
interkulturelle Kompetenz	10	9
spez. Problemlagen behinderter Frauen	10	7
Umgang mit Traumata	9	8
psychische Erkrankungen	9	7
geschlechtsspezifische Gewalt	5	9
spez. Problemlagen lesbischer Frauen	3	7

Eine deutlich geringere Antwortquote wiesen die (Rück)-Fragen, warum eine Fortbildung bisher nicht wahrgenommen wurde, auf. Zu den insgesamt 14 abgegebenen „nein“ - Antworten gab es nur 8 Begründungen, die allesamt keinen bzw. bisher keinen Bedarf angaben.

Im Folgenden werden die Ergebnisse für die einzelnen Bereiche im Detail dargestellt:

Haben Kolleginnen/en Ihrer Einrichtung bereits spezielle Fort- und Weiterbildungsangebote genutzt zum Thema ...

Geschlechtsspezifische Gewalterfahrungen

5 haben die Frage bejaht, 5 haben die Frage verneint. Dieses „nein“ wurde von 2 Befragten nicht begründet, 3 teilten mit, keinen oder noch keinen Bedarf zu haben.

9 von 10 Befragten sahen einen weiteren Fortbildungsbedarf zum Thema geschlechtsspezifische Gewalt.

Umgang mit Traumata

9 haben die Frage bejaht, eine Einrichtung hat dies verneint. Dieses „nein“ wurde mit keinem Bedarf begründet.

8 von 10 Befragten sahen einen weiteren Fortbildungsbedarf zum Thema Umgang mit Traumata.

Psychische Erkrankungen

9 haben die Frage bejaht, eine Einrichtung hat die Frage verneint. Dieses „nein“ wurde mit keinem Bedarf begründet.

7 von 10 Befragten sahen einen weiteren Fortbildungsbedarf zum Thema Umgang mit psychischen Erkrankungen.

Interkulturelle Kompetenz

Dazu haben sich alle Befragten geäußert und zwar identisch - von allen wurde die Frage bejaht.

9 von 10 Befragten sahen einen weiteren Fortbildungsbedarf zum Thema interkulturelle Kompetenz.

Lesbische Frauen

Dazu haben sich alle Befragten geäußert; 3 haben die Frage bejaht, 7 Einrichtungen haben die Frage verneint. Dieses „nein“ wurde von 3 mit keinem Bedarf begründet, die restlichen 4 haben sich dazu nicht näher geäußert.

7 von 10 Befragten sahen einen weiteren Fortbildungsbedarf zum Thema lesbische Frauen.

Frauen mit Behinderungen

Dazu haben sich alle Befragten geäußert und zwar identisch - von allen wurde die Frage bejaht.

7 von 10 Befragten sahen einen weiteren Fortbildungsbedarf zum Thema Frauen mit Behinderungen.

5. Vernetzung

5.1 Mit welchen Einrichtungen kooperieren Sie im Kontext psychisch kranker gewaltbetroffener Frauen im Einzelfall?

Dazu haben sich alle Befragten - nahezu identisch- geäußert. Von allen genannt wurden Frauenhäuser, BiG-Hotline, Sozialpsychiatrische Dienste, Frauenberatungsstellen, Polizei, Feuerwehr, und viele andere. Darüber hinaus wurden Krankenhäuser, Frauenwohneinrichtungen oder einzelne Beratungsstellen benannt.

5.2 In welchen Formen finden diese Kooperationen statt?

Dazu haben sich alle Befragten nahezu identisch geäußert. Der Tenor lautete: Vermittlung, mobile Einsätze, Gremien, Öffentlichkeitsarbeit, Fachberatung, Fallberatung und Nachbesprechung.

5.3 In welchen Kooperations-/Vernetzungsgremien arbeitet Ihre Einrichtung mit psychiatrischen Einrichtungen zusammen?

Auch diese Frage wurde von allen im Kern ähnlich beantwortet, nämlich mit dem Hinweis auf die PSAG, AG Krise, Gerontopsychiatrische Verbände. Zwei der Befragten wiesen auf ihre regelmäßigen Treffen mit der Krisenstation St. Hedwig hin.

5.4 Welche weitergehenden Kontakte und Kooperationen wären für Ihre Arbeit im Hinblick auf psychisch kranke gewaltbetroffene Frauen hilfreich?

Hierzu hat keiner der Befragten eine Angabe gemacht.

Von der Möglichkeit, sonstige Anmerkungen zum Fragebogen vorzunehmen, haben 2 Befragte Gebrauch gemacht. Beide haben dargelegt, warum sie einige Angaben nicht liefern konnten.

8.4 Befragung von Trägern psychiatrischer Hilfen

Die Befragung richtete sich an 73 Träger psychiatrischer Hilfen.

8.4.1 Anschreiben und Musterfragebogen

Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz



Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz
Oranienstraße 106, 10969 Berlin

**An die
Träger psychiatrischer Hilfen**
(entsprechend Verteiler)

Geschäftszeichen (bei Antwort bitte angeben)
II B 16
Bearbeiter/in
Frau Baude
Zimmer
3070
Telefon
(030) 9028 (Intern: 928) 2829
Telefax
(030) 9028 (Intern: 928) 3155
Datum
25. Oktober 2005

Sehr geehrte Damen und Herren,

ich wende mich heute mit der Bitte um Unterstützung an Sie.

Wie Sie wissen, hat geschlechtsbezogene Gewalt enorme Folgen für die psychische Gesundheit von Frauen und bedarf eines spezifischen Behandlungssettings auch im psychiatrischen Versorgungssystem. Vor diesem Hintergrund wurde auf gemeinsame Initiative der Senatsverwaltung für Wirtschaft, Arbeit und Frauen und der Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz eine multidisziplinäre Arbeitsgruppe „Frauen und Psychiatrie“ gegründet, um die psychiatrische Versorgung für gewaltbetroffene Frauen zu verbessern.

Die Arbeitsgruppe setzt sich zusammen aus Vertreterinnen und Vertretern der klinischen und ambulanten/komplementären psychiatrischen Versorgung, der Sozialpsychiatrischen Dienste, der bezirklichen Psychiatriekoordinatoren, von Frauenberatungsstellen und Zufluchtseinrichtungen (häusliche Gewalt, sexuelle Gewalt) sowie den Senatsverwaltungen für Wirtschaft, Arbeit und Frauen und für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz.

Ziele der AG sind die Implementierung frauenspezifischer Ansätze in die klinische, ambulante und komplementäre Versorgung und eines effektiven Kooperationsmodells, um für gewaltbetroffene Frauen in psychischen Krisensituationen sowie mit psychischen Erkrankungen ein übergreifendes Hilfeangebot zu schaffen. Die Ermittlung von Basisdaten zur aktuellen Versorgungssituation in Berlin ist eine Voraussetzung für dieses Vorhaben.

Vor diesem Hintergrund erfolgt eine Befragung der in der psychiatrischen Versorgung engagierten Einrichtungen sowie von Einrichtungen der Anti-Gewalt-Arbeit.

Die gewonnenen Daten sollen dazu dienen, den Ist-Stand abzubilden und Defizite erkennbar zu machen. Sie bilden gleichzeitig die Grundlage für eine angestrebte Vernetzung. Eine Veröffentlichung der Ergebnisse dieser Befragung ist geplant. Für alle Einrichtungen wurde ein gemeinsames Grundgerüst an Fragen entwickelt, um so eine hohe Vergleichbarkeit der gewonnenen Daten zu erreichen.

Ich übersende Ihnen den anliegenden Fragebogen mit der herzlichen Bitte, diesen für Ihre Einrichtung auszufüllen und an die Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz - II B 16 – Oranienstraße 106, 10969 Berlin bis **zum 15. November 2005** zurückzuschicken.

Mir ist bewusst, dass damit für Sie ein nicht unerheblicher Aufwand verbunden ist, gilt es doch, die Antworten der verschiedenen Einrichtungen in Ihrer Trägerschaft zusammenzufassen. In diesem Zusammenhang wäre ich Ihnen dankbar, wenn Sie uns nicht nur die Zusammenfassung der Antworten, sondern auch die einzelnen Rückmeldungen der verschiedenen Einrichtungen beifügen könnten.

Die mit der Befragung gewonnenen Daten sollen dazu beitragen, Kooperationsbeziehungen zu fördern und Vernetzungen herzustellen. Vor diesem Hintergrund richte ich die Bitte an Sie, deutlich im Fragebogen kenntlich zu machen, falls Daten nicht für eine Veröffentlichung berücksichtigt werden sollen.

Für Rückfragen stehe ich Ihnen gern persönlich zur Verfügung (Tel.:9028 2937); Sie können sich aber auch an Frau Winkler oder Frau Baude, beide zuständig für die Koordination der Befragungen, mit Ihrem Anliegen wenden (Tel.: 9028 2829).

Ich danke Ihnen für Ihre Geduld und hoffe auf Ihre aktive Mitwirkung.

Mit freundlichen Grüßen
Im Auftrag
Heinrich Beuscher
Landesbeauftragter für Psychiatrie

Bestandsaufnahme der Angebote für psychisch kranke Frauen mit Gewalterfahrung

Befragung aller an der Versorgung Beteiligten

1. Fragen zum Träger

1.1 Name des Trägers _____

1.2 Adresse (bitte auch Bezirk benennen)

1.3 Telefon, FAX _____

e-Mail _____

1.4 Ansprechpartner/in _____

1.5 Welche Einrichtungen der psychiatrischen Versorgung betreiben Sie?

Nr.	Name der Einrichtung	Adresse	Leistungstyp/ Versorgungsauftrag	ggf. Zielgruppe / Schwerpunkt

1.6 Sind Ihre Einrichtungen für Rollstuhlfahrerinnen nutzbar?

ja nein

Sonstiges (bitte beschreiben) _____

1.7 Wie viele Personen (Plätze) betreuen Sie zur Zeit? _____

1.8 Wie viele Klientinnen/Klienten nutzen Ihre Einrichtung/en durchschnittlich pro Jahr?²⁷ _____

Wie hoch ist der Frauenanteil? _____ %
 davon Frauen mit Migrationshintergrund²⁸ _____ %

²⁷ Wenn Sie diese Merkmale nicht erheben, können Sie eine Einschätzung angeben (dann bitte mit „s“ kennzeichnen). Wenn Ihnen eine Einschätzung nicht möglich ist, lassen Sie das Feld bitte unausgefüllt.

Frauen mit Behinderungen²⁹ _____%

lesbische Frauen _____%

2. Biografische Fragen zur Zielgruppe psychisch kranker Frauen mit Gewalterfahrungen

2.1 Liegen in Ihren Einrichtungen Erfahrungen mit psychisch kranken gewaltbetroffenen Frauen vor?

ja

nein

2.2 Wie hoch ist der Anteil der durchschnittlich pro Jahr betreuten psychisch kranken gewaltbetroffenen Frauen?

unter 5%

zwischen
5 und 9%

zwischen
10 und 29%

zwischen
30 und 49%

mehr als 50%

2.3 In welchem Alter sind diese Frauen?

18 – 27: _____%

28 – 39: _____%

40 – 55: _____%

über 55: _____%

2.4 Wie groß ist unter den psychisch kranken Frauen mit Gewalterfahrung der Anteil der Frauen mit minderjährigen Kindern ?

<25%

25-50%

51-75%

>75%

Falls Sie eine Wohneinrichtung führen, beantworten Sie bitte auch diese Frage:

2.5 Nehmen Sie psychisch kranke gewaltbetroffene Frauen mit minderjährigen Kindern auf?

Nein

Ja

Gibt es Einschränkungen – falls ja, welche?

–

–

2.6 Aus welchen Ländern kommen psychisch kranke Frauen mit Migrationshintergrund und Gewalterfahrung am häufigsten? (bitte höchstens 3 Nennungen)

–

2.7 Wie hoch ist der Anteil dieser Frauen, mit denen Sie sich nicht auf deutsch verständigen können?

_____%

2.8 Wie verständigen Sie sich mit Frauen, die über keine ausreichenden deutschen Sprachkenntnisse verfügen?

In der Einrichtung gibt es muttersprachliche

Bei Bedarf werden Dolmetscherinnen /

²⁸ Frauen mit Migrationshintergrund: Gemeint sind Frauen, die selbst migriert sind oder deren Herkunftsfamilien eine Migrationserfahrung haben, unabhängig von (auch deutscher) Staatsangehörigkeit bzw. Sprachkenntnissen.

²⁹ Gemeint sind Frauen mit körperlicher und/oder Sinnesbehinderung.

Mitarbeiterinnen.
Wenn ja, welche Sprache(n)?

Die Einrichtung hat Mitarbeiter/innen, die über
Fremdsprachenkenntnisse verfügen.
Wenn ja, welche Sprache(n)?

Sprachmittlerinnen hinzugezogen.

—

2.9 Wie verständigen Sie sich mit Frauen, wenn eine Hör- bzw. Sprachbehinderung vorliegt ?

—

2.10 Wie erfahren Sie von

aktuell erlebter Gewalt?

ist Bestandteil der Anamnese
 durch entsprechende Nachfrage
 Klientin erzählt von selbst
 anderes bitte erläutern:
 gar nicht

—

in der Biographie erlebter Gewalt?

ist Bestandteil der Anamnese
 durch entsprechende Nachfrage
 Klientin erzählt von selbst
 anderes bitte erläutern:
 gar nicht

—

2.11 Welche psychischen Beeinträchtigungen liegen bei psychisch kranken gewaltbetroffenen Frauen hauptsächlich vor (incl. legalem/illegalem Drogenmissbrauch/-abhängigkeit)?

—

3. Fragen zum Angebot Ihrer Einrichtung

3.1 Haben Sie Angebote speziell für die Zielgruppe psychisch kranke Frauen mit Gewalterfahrung?

Ja, bitte benennen Sie diese

Nein

3.2 Welche Einrichtungen vermitteln psychisch kranke gewaltbetroffene Frauen an Sie?

(Teil-)stationäre Einrichtungen (z.B. Krankenhäuser, Reha-Kliniken)

Andere ambulante psychiatrische Einrichtungen

Niedergelassene Ärzte/Ärztinnen, Psychotherapeuten/Psychotherapeutinnen

Anti-Gewalt-Einrichtungen (Frauenhäuser, Zufluchtswohnungen, Frauenberatungsstellen)

Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe

Selbsthilfegruppen (z.B. Angehörigengruppen)

_____ Sonstige(welche?)

3.3 Welche psychiatrischen und sonstigen Angebote vermitteln Sie?

(Teil-)stationäre Angebote (z.B. Krankenhäuser, Reha-Kliniken)

Andere ambulante psychiatrische Angebote

Niedergelassene Ärzte/Ärztinnen, Psychotherapeuten/Psychotherapeutinnen

Angebote von Anti-Gewalt-Einrichtungen (Frauenhäuser, Zufluchtswohnungen, Frauenberatungsstellen)

Angebote der Wohnungslosenhilfe

Selbsthilfegruppen (z.B. Angehörigengruppen)

_____ Sonstige(welche?)

3.4 Was fehlt Ihnen für die betroffenen Frauen in den bestehenden Hilfesystemen?

4. Fragen zu den Beschäftigten und zu Fortbildungen

4.1 Wie viele (rechnerische) Vollzeitstellen stehen Ihren Einrichtungen zur Verfügung?

Wie viele Kolleginnen/Kollegen arbeiten regelmäßig in der Einrichtung? w____/ m____

4.2 Welche Qualifikation haben Ihre Mitarbeiter/innen?

Anzahl	m/w	berufliche Grundausbildung	wöchentl. Arbeitszeit

4.3. Haben Kollegen/Kolleginnen Ihrer Einrichtung bereits Fort- und Weiterbildung genutzt in Bezug auf ...

geschlechtsspezifische Gewalterfahrungen? Ja Nein

Wenn nein, warum nicht?

- kein Bedarf
- kein Fortbildungsangebot
- anderes: _____

Es besteht (weiterer) Fortbildungsbedarf.

Umgang mit Traumata? Ja Nein

Wenn nein, warum nicht?

- kein Bedarf
- kein Fortbildungsangebot
- anderes: _____

Es besteht (weiterer) Fortbildungsbedarf.

psychische Erkrankungen? Ja Nein

Wenn nein, warum nicht?

- kein Bedarf
- kein Fortbildungsangebot
- anderes: _____

Es besteht (weiterer) Fortbildungsbedarf.

interkulturelle Kompetenz? Ja Nein

Wenn nein, warum nicht?

- kein Bedarf
- kein Fortbildungsangebot
- anderes: _____

Es besteht (weiterer) Fortbildungsbedarf.

spezielle Problemlagen lesbischer Frauen? Ja Nein

Wenn nein, warum nicht?

- kein Bedarf
- kein Fortbildungsangebot
- anderes:

Es besteht (weiterer) Fortbildungsbedarf.

spezielle Problemlagen behinderter Frauen (s. a. Fußnote 3)

Ja

Nein

Wenn nein, warum nicht?

- kein Bedarf
- kein Fortbildungsangebot
- anderes:

Es besteht (weiterer) Fortbildungsbedarf.

5. Vernetzung

5.1 Mit welchen Einrichtungen kooperieren Sie im Kontext gewaltbetroffener psychisch kranker Frauen im Einzelfall?

5.2 In welchen Formen finden diese Kooperationen statt?

5.3 In welchen Kooperations-/Vernetzungsgremien arbeitet Ihre Einrichtung mit psychiatrischen Einrichtungen zusammen?

5.4 Welche weitergehenden Kontakte und Kooperationen wären für Ihre Arbeit im Hinblick auf psychisch kranke gewaltbetroffene Frauen hilfreich?

Wenn Sie darüber hinaus Anmerkungen, Anregungen, Ergänzungen zum Befragungsthema haben, würden wir uns freuen, dies zu erfahren:

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

8.4.2 Auswertung

Im Vorfeld der Befragung wurden folgende Erkenntnisinteressen formuliert:

- **Ziel** war, einen Überblick zu gewinnen über
 - vorhandene Angebote (auch Angebote mit Modellcharakter)
 - vorhandene Vernetzungen/Kooperationen
 - bestehende Defizit/Lücken in der Versorgung
 - vorhandene bzw. fehlende "Qualifikationen/Informationen" zum Umgang mit der Zielgruppe
- **Zielgruppen** sollten sein
 - Therapeutische Wohngemeinschaften (TWG)
 - Betreutes Einzelwohnen (BEW)
 - Tagesstätten (TS)
 - Tageszentren (TZ)
 - Kontakt- und Beratungsstellen (KBS)
 - Übergangsheime, Heime
- **Ausgangsthesen** waren:
 - Es gibt nicht genug Vernetzung bzw. Anti-Gewalt-Einrichtungen und psychiatrische Einrichtungen kooperieren zu wenig.
 - Im psychiatrischen Versorgungssystem werden mehr Männer als Frauen versorgt
 - Deshalb ist das System eher männerorientiert.
 - Frauen aus den Ostbezirken nutzen psychiatrische Versorgungsangebote (und Anti-Gewalt-Einrichtungen) seltener als Frauen aus den Westbezirken.
- **Fragestellungen** waren z.B.
 - Welche frauenspezifischen Angebote mit welchen Kapazitäten stehen zur Verfügung?
 - Wie groß ist der Anteil gewaltbetroffener Frauen (aktuell / in der Biographie) in den Einrichtungen (ggf. auch Einschätzung)?
 - Haben die betroffenen Frauen "Kontakte" zu Anti-Gewalt-Einrichtungen bzw. haben sie diese gehabt?
 - Welche Anbindung/Kooperation gibt es heute schon zwischen den Einrichtungen und dem psych. Versorgungssystem (z.B. in PSAG)?
 - Wie hoch ist der Informationsgrad über die Gewaltproblematik?
 - Ist Gewaltbetroffenheit ein Thema im psychiatrischen Hilfesystem? Wie wird damit umgegangen?

Auf die Befragung haben 41 Träger (56%) zusammengefasst für alle von ihnen vertretenen Einrichtungen geantwortet.

11 Fragebögen einzelner Einrichtungen bzw. Träger liegen vor, die weder dem psychiatrischen Hilfesystem noch den Anti-Gewalt-Einrichtungen zugeordnet werden können, sondern überwiegend aus dem Bereich Wohnungslosenhilfe kommen. Diese werden in der folgenden Auswertung nicht berücksichtigt. Sofern zu einem späteren Zeitpunkt weitere Kapazitäten zur Verfügung stehen, kann hier eine ergänzende Auswertung vorgenommen werden.

1 Fragebogen geht in die Auswertung nicht ein, da in der Einrichtung nur Männer betreut werden.

1 weiterer Fragebogen geht in die Auswertung nicht ein, da er aufgrund fehlender Antworten nicht auswertbar ist.

2 weitere Träger haben mitgeteilt, dass sie nur Männer betreuen und daher auf die Rücksendung verzichten.

Bei der Befragung von Trägern psychiatrischer Hilfen mussten letztlich zwei Auswertungen erarbeitet werden, da nur wenige Träger für ihre verschiedenen Einrichtungen die Angaben zusammengefasst haben. Vielmehr wurde im Regelfall der Fragebogen durch die einzelnen Einrichtungen direkt beantwortet. Dementsprechend werden die jeweiligen Auswertungen als einzelne Kapitel dargestellt.

Auswertung zusammengefasster Bögen

Zusammengefasste Ergebnisse haben 14 Träger (34%) zurückgesandt. Sie vertraten zusammen ca. 69 Einrichtungen (BEW, TWG, Tagesstätte, Zuverdienst, Orientierungshaus, Wohnverbund, KBS, Stadtteilzentrum, Suchtberatungsstelle) mit jährlich etwa 800 Nutzerinnen und Nutzern (in Einrichtungen der Eingliederungshilfe, wobei 2 Träger keine Angabe zu den jährlichen

Nutzerzahlen machten). Die Nutzer/innenzahlen beruhen zum Teil auf Schätzungen der Träger und es konnten nur die Angaben von 11 Trägern berücksichtigt werden.

Der **Frauenanteil** betrug zwischen 20% und 53% an den jährlich betreuten Menschen, wobei nur zwei Träger einen Anteil von mehr als 50% angegeben haben. Die Träger arbeiteten zum überwiegenden Anteil mit Männern.

Die **Angaben zu Frauen mit Migrationshintergrund** fallen sehr unterschiedlich aus: 1 Träger hat dazu keine Angabe gemacht, zwei weitere haben „entfällt“ geantwortet. Bei den übrigen lag der Anteil zwischen 0% und 37%, wobei vier Träger 20% oder mehr angaben.

Die Angaben zur Behinderung waren so widersprüchlich, dass hierzu keine Auswertung erfolgen konnte.

Zum **Anteil lesbischer Frauen** machten 6 von 14 Trägern eine Angabe. Die angegebenen %-Zahlen liegen mit einer Ausnahme im einstelligen Bereich, ein Träger hat demgegenüber einen Anteil von 22% angegeben. Eine Erklärung kann darin liegen, dass die Lesbenberatung mit einigen Trägern enger kooperiert und lesbische Frauen verstärkt bei diesen Trägern betreut werden.

Erfahrungen mit gewaltbetroffenen psychisch kranken Frauen haben alle Träger. Der Anteil jährlich betreuter gewaltbetroffener Frauen wird von den Trägern sehr unterschiedlich eingeschätzt:

Tabelle A 31:

Anteil in %	Anzahl Träger	Träger in %
mehr als 50	2	14
30 - 49	1	7
10 - 29	5	36
5 - 9	4	29
unter 5	2	14
Summe	14	100

Die Angaben zu den **hauptsächlichen Altersgruppen** psychisch kranker gewaltbetroffener Frauen verteilen sich sehr gleichmäßig auf die Altersgruppen 18 – 27 Jahre, 28 – 39 Jahre und 40 – 55 Jahre. Nur ein Träger benannte die Altersgruppe der über 55 Jahre alten Frauen als häufigste Altersgruppe.

Alle Träger gaben an, dass der **Anteil der Frauen mit minderjährigen Kindern** unter 25% lag. 6 Träger nahmen Frauen mit minderjährigen Kindern in die Wohnbetreuung auf, drei davon aber nur im betreuten Einzelwohnen. 7 nahmen keine minderjährigen Kinder mit auf, wobei ein Träger ergänzend angegeben hat, dass in raren Ausnahmefällen, wenn keine andere adäquate Betreuung vorhanden war, doch eine Mitaufnahme erfolgte.

Zur Frage, aus welchen Ländern psychisch kranke gewaltbetroffene **Frauen mit Migrationshintergrund** am häufigsten kommen, äußerten sich 8 Träger. Am häufigsten wurden Türkei (4), Polen (3) und Ex-Jugoslawien (2) genannt. Einzelnennungen gab es zu arabischen Ländern, Deutschland (!), Iran, Portugal, Sudan und Thailand.

11 Träger konnten sich mit ihren Klientinnen auf Deutsch verständigen. Bei drei Trägern gab es muttersprachliche Mitarbeiterinnen (russisch, türkisch (2)), vier Träger hatten Mitarbeiter/innen, die über Fremdsprachenkenntnisse in spanisch, französisch, russisch (2), arabisch, englisch (3) verfügten, drei Träger haben auf Dolmetscherinnen bzw. Sprachmittlerinnen zurückgegriffen, sofern Bedarf bestand.

Zur **Verständigung mit hör- bzw. sprachbehinderten Frauen** machten vier Träger keine Angabe, vier weitere Träger berichteten, dass sie sich mit deutlichem Sprechen, dem Einsatz von Mimik und Gestik, über Sprachmittler, z.B. Angehörige oder schriftlich verständigen, die übrigen Träger gaben an, dass sie über keine derartige Erfahrung verfügten.

64% der Träger (9) stellten die **Frage nach erlebter aktueller oder früherer Gewalt** im Rahmen der Anamnese, mit einer Ausnahme fragten alle Träger nach. Außerdem gaben die meisten Träger an, dass die Frauen auch von selbst erzählen. In Einzelfällen erhielten die Träger diesbezügliche Informationen durch Dritte (Angehörige, Sozialstation, Mitbewohnerinnen). Anzumerken ist, dass ein Großteil der Träger mehrere Antwortmöglichkeiten angekreuzt hat.

Zur Frage „**welche psychischen Beeinträchtigungen** liegen bei psychisch kranken gewaltbetroffenen Frauen hauptsächlich vor?“ lagen die Antwortschwerpunkte auf Borderline-Erkrankungen, Depressionen zum Teil mit Suchterkrankungen einhergehend und Psychosen. Suchterkrankungen allein und Ängste wurden weniger häufig genannt. Einzelnennungen entfielen auf Schizophrenie, Stimmungsschwankungen, Selbstverachtungstendenzen, aggressives bzw. autoaggressives Verhalten, Bedürfnis nach hoher Sicherheit, gestörten Tag-Nacht-Rhythmus, Beziehungsstörungen, Ess-Störungen und dissoziative Erregungszustände.

Tabelle A 32:

Häufigkeit der Nennung	Beeinträchtigung
7	Borderline-Erkrankung,
7	Depression,
7	Psychose
5	verschiedene Formen von Sucht (Alkohol, Drogen, Medikamente)
4	Ängste (in einem Fall wurde betont, dass diese vor allem in Bezug auf männliche Bewohner geäußert werden)

Im Unterschied zu den Antworten der Einrichtungen, entsprach die Nennung tendenziell der Einteilung in Anlehnung an psychiatrische Klassifikationssysteme.

Spezielle Angebote für psychisch kranke gewaltbetroffene Frauen machten zwei Träger in Form von Therapieangeboten durch entsprechend ausgebildetes Personal bzw. durch Einzelgespräche zur Entlastung und Erarbeitung von Sicherheits- und Bewältigungsstrategien. Ein weiterer Träger hat zwar angegeben, über kein spezifisches Angebot zu verfügen, hat jedoch dazu erläutert, dass die TWG für psychisch kranke junge Frauen auch Frauen mit Gewalterfahrung mit einschließen. Alle anderen Träger haben angegeben, über kein spezielles Angebot zu verfügen.

Zur Frage, von welchen Einrichtungen die psychiatrischen Träger Klientinnen vermittelt bekommen, äußerten sich die Befragten folgendermaßen:

Tabelle A 33:

Von	Anzahl
(teil)stationären Einrichtungen	14
ambulanten psychiatrischen Einrichtungen	11
niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten	8
Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe	6
Anti-Gewalt-Einrichtungen	3
Selbsthilfe	1

Vier Träger haben ausdrücklich auf die Vermittlung durch die bezirklichen Steuerungsstellen verwiesen.

Auf die Frage, welche anderen Angebote die psychiatrischen Träger vermitteln, gaben diese folgende Informationen:

Tabelle A 34:

An	Anzahl
niedergelassene Ärztinnen und Ärzten	12
(teil)stationäre Einrichtungen	11
Selbsthilfe	11
ambulante psychiatrische Einrichtungen	8
Anti-Gewalt-Einrichtungen	8
Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe	2

Ergänzend wurden von einem Träger Selbstverteidigungskurse benannt.

Das Verhältnis der Vernetzung mit den Anti-Gewalt-Einrichtungen bestätigt die Ergebnisse der einrichtungsbezogenen Auswertung.

Eine der zentralen Fragen der Bestandsaufnahme war die nach Lücken im Hilfesystem. Acht Träger äußerten sich dazu folgendermaßen:

Es fehlten (Zitate der Antworten)

- spezielle Einrichtungen wie z.B. Frauen-WG's, ist durch die Pflichtversorgung für die Einrichtung schwer zu realisieren;
- ausreichend niedergelassene Traumatherapeuten;
- schnelle unbürokratische Hilfe, z.B. Psychotherapie ohne lange Beantragung;
- Selbstverteidigungsgruppen speziell für diesen Personenkreis;
- Bereitschaft der Psychotherapeuten, die Behandlung auch vor Ort anzubieten;

- Schutzräume;
- sehr stark muralen Schutz und Grenzen bietende Einrichtungen mit Therapieangeboten für betroffene Frauen wie z.B. Bora;
- psychotherapeutische Betreuung (Gruppe/Einzel).

Bei den 14 Trägern gab es insgesamt 284 Vollzeitstellen, diese waren zu rund 60% von Frauen, zu rund 40% von Männern besetzt. Dabei variierte die personelle Größe der Träger zwischen 6,5 und 76,25 Vollzeitstellen erheblich.

Die am häufigsten vertretenen Berufsgruppen waren folgende (soweit sich eine entsprechende Zuordnung treffen ließ):

Tabelle A 35:

Berufsgruppe	Summe der Beschäftigten	davon männlich	davon weiblich
(Diplom-)Psychologen	33	12	21
(Diplom-) Sozialpädagogen, Sozialarbeiter	153	57	96
Krankenpfleger, Altenpfleger, Heilziehungs pfleger	33	18	15
(Diplom-)Pädagogen	10	5	5
Erzieher	15	3	12
Ergotherapeuten	20	6	14
Summe	264	101	163

Kolleginnen bzw. Kollegen aller Träger haben Fortbildungen bezüglich psychischer Erkrankungen genutzt. Mit Ausnahme zweier Träger haben alle anderen auch Fortbildung zum Umgang mit Traumata genutzt und gut die Hälfte hat sich bezüglich interkultureller Kompetenz fortbilden lassen. Jeweils fünf Träger haben Fortbildungen zu geschlechtsspezifischen Gewalterfahrungen und/oder speziellen Problemlagen behinderter Frauen absolviert. Nur bei drei Trägern haben Kolleginnen/Kollegen eine Fortbildung zu speziellen Problemlagen lesbischer Frauen genutzt.

Als häufigsten Grund für die Nichtnutzung von Fortbildung haben die Träger „keinen Bedarf“ angegeben. Dies traf sowohl auf die speziellen Problemlagen lesbischer Frauen und behinderter Frauen als auch wenn auch in deutlich geringerem Maß auf die interkulturelle Kompetenz zu.

Vier Träger gaben an, kein Angebot zur Thematik geschlechtsspezifischer Gewalterfahrungen gehabt zu haben.

(Weiteren) Fortbildungsbedarf sah die Hälfte der Träger zum Thema geschlechtsspezifische Gewalterfahrungen und zum Umgang mit Traumata, jeweils rund ein Viertel der Träger sah für sich (weiteren) Fortbildungsbedarf in den übrigen o.g. Bereichen.

Mit Ausnahme eines Trägers haben alle Befragten Kooperationseinrichtungen im Kontext gewaltbetroffener psychisch kranker Frauen genannt.

13 Träger kooperierten mit unterschiedlichen Einrichtungen des psychiatrischen Versorgungssystems,

9 Träger kooperierten (auch) mit verschiedenen Anti-Gewalt-Einrichtungen bzw. Frauenberatungsstellen.

Je ein Träger benannte auch Dick und Dünn e.V. bzw. die Polizei als Kooperationspartner.

Die Art der Kooperation bestand in der Regel einzelfallbezogen aus gemeinsamen Fallbesprechungen (Helferkonferenzen, Fallkonferenzen), gemeinsamer Betreuung, Beratungsgesprächen, Weitervermittlung oder auch regelmäßigen Kontakten während der Behandlung.

Alle Träger haben angegeben, in den üblichen bezirklichen Steuerungs- und Kooperationsgremien (Steuerungsrunde, PSAG) mitzuarbeiten.

Die Hälfte der Träger wünschte sich weitergehende Kontakte und Kooperationen. Im Einzelnen wurde folgendes genannt:

- hauptsächlich Weiterbildungsbedarf (zu geschlechtsspezifischer Gewalt, speziellen Problemlagen lesbischer und behinderter Frauen);
- Verzeichnis entsprechender Einrichtungen;
- juristische Beratungsangebote;
- Kooperation / Erfahrungsaustausch mit Einrichtungen, die für gewaltbetroffene traumatisierte Personen Angebote vorhalten;
- mit Erstversorgern, also auch Ärzten und Krankenhäusern;
- fachlicher Austausch;
- LARA;
- frauenspezifischen Wegweiser (gerade mit Adressen von Einrichtungen für psychisch kranke Frauen wäre gut);
- spezielles Angebot im stationären Bereich.

Hauptsächlich werden Wünsche nach mehr Information und Kooperation/fachlichem Austausch geäußert.

Einige Träger haben weitere Anregungen bzw. Anmerkungen gemacht, die hier als Zitate wiedergegeben werden:

- Ist-Stand: Zu lange Wartezeiten bei Therapeuten speziell Traumatherapeuten. Insgesamt zu wenig niedergelassene Traumatherapeuten;
- Wir finden es notwendig, dass geschlechtsbezogene Gewalt kontinuierlich thematisiert wird. Es ist nötig, die psych. Versorgung für gewaltbetroffene Frauen zu verbessern und spezifische Angebote vorzuhalten. Unsere Bewohnerinnen thematisieren eigene Betroffenheiten zu dem Thema und suchen den Austausch mit den Mitarbeitern/innen.
- Die Frage nach dem lesbischen Anteil der Frauen in unseren Einrichtungen sieht voraus, dass „gewisse“ Daten bekannt und erhoben werden und sich diese Frauen geoutet haben.
Ganz allgemein, es wird zuviel vermischt, d.h. psychisch krank, Migrationshintergrund, sexuelle Orientierung und Gewalterfahrung.
Viele Fragen sind falsch gestellt und nicht mit unseren Projekten in dieser Form übertragbar. Welche Form der Gewalt ist gemeint (physische, verbale?).
- Es wäre gut, mehr über den Zusammenhang Gewalterfahrung / Psychosen zu wissen (Umfragen, Forschung).

Im Folgenden wird die Auswertung für diejenigen Träger wiedergegeben, die keine Zusammenfassungen vorgenommen haben, sondern ihre Einrichtungen den Fragebogen selbst ausgefüllt haben.

Auswertung psychiatrischer Einrichtungen

1.6 Sind Ihre Einrichtungen für Rollstuhlfahrerinnen nutzbar?

Mehr als die Hälfte der Einrichtungen (39 bzw. 59%) waren für Rollstuhlfahrer/innen erreichbar, 7 weitere gaben dazu eine Einschränkung an. 21 Einrichtungen gaben an, nicht für Rollstuhlfahrerinnen erreichbar zu sein, davon waren 6 Angaben von einem Träger mit unterschiedlichen Einrichtungen. Vier Einrichtungen (hauptsächlich BEW) beantworteten die Frage nicht. Dabei ist zu berücksichtigen, dass die Fragestellung nicht auf das BEW passt, da die Betreuten in der eigenen Wohnung leben, die je nach Erfordernis rollstuhlgerecht sein kann. Trotzdem haben viele BEW eine Antwort gegeben.

1.7 Wie viele Personen (Plätze) betreuen Sie zurzeit?

Zur Zeit der Befragung wurden in den Einrichtungen der Eingliederungshilfe rund 1.500 Menschen, in den zuwendungsfinanzierten Einrichtungen rund 376 Menschen betreut.

1.8 Wie viele Klientinnen/Klienten nutzen Ihre Einrichtung/en durchschnittlich pro Jahr?³⁰

15 Einrichtungen machten keine Angabe zu durchschnittlichen **Nutzer/innenzahlen** pro Jahr. Die übrigen Einrichtungen betreuten im Jahresdurchschnitt rund 1.700 Menschen in Einrichtungen der Eingliederungshilfe, wobei die Spannweite zwischen 6 und 100 Personen lag. Die Kontakt- und Beratungsstellen bzw. Tageszentren, die an der Befragung teilgenommen haben, betreuten zwischen 45 Menschen pro Tag und 350 Menschen pro Jahr.

Tabelle A 36:

³⁰ Wenn Sie diese Merkmale nicht erheben, können Sie eine Einschätzung angeben (dann bitte mit „s“ kennzeichnen). Wenn Ihnen eine Einschätzung nicht möglich ist, lassen Sie das Feld bitte unausgefüllt.

	Anzahl	Anzahl mit Angabe der NutzerInnen	NutzerInnen
Betreute Wohneinrichtungen (BEW, TWG, Verbund, Heim)	45	41	1.470
Tagesstätten	12	7	223
zuwendungsfinanzierte Pflichtversorgung	9	3	nicht zählbar*
Summe	66	50	1.693 plus x*

* Teilweise wurden Nutzer pro Tag, teilweise Nutzer pro Jahr angegeben. 4 KBS bzw. Tageszentren gaben die Nutzerzahlen mit insgesamt ca. 850 an. Dazu kamen 90 Nutzer in zwei Zuverdienstangeboten.

Für die Leistungen der Eingliederungshilfe existiert ein IT-gestütztes Datenerfassungssystem (Budgetkontrollprogramm), das Auskunft über die Nutzerzahlen auch nach Geschlecht für das Jahr 2004 ermöglichte. Danach erhielten insgesamt rund 5.300 Menschen solche Leistungen, wobei jede Person – auch wenn sie mehrere Leistungen erhielt, in dieser Zahl nur einmal erfasst wurde.

Verglichen mit den o.g. Nutzerzahlen des Budgetkontrollprogramms, repräsentierten die Einrichtungen, die sich an der Befragung beteiligt haben, mit rund einem Drittel einen signifikanten Ausschnitt des psychiatrischen Hilfesystems.

Noch 1.8 Wie hoch ist der Frauenanteil?

Der **Anteil der Frauen** variierte zwischen 4% und 100%. 44 Einrichtungen oder ca. 72% hatten einen Frauenanteil von bis zu 50%, 28% der Einrichtungen hatten einen Frauenanteil von mehr als 50%. Im Einzelnen teilten sich die Anteile folgendermaßen auf:

Tabelle A 37:

Frauenanteil zwischen ...	Anzahl	Art der Einrichtung
bis 10%	3	2 TWG, 1 TS,
10 – 20%	8	2 BEW, 3 Betreutes Wohnen, 2 ÜWH, 1 TS
21 – 30%	14	4 BEW, 2 TWG, 4 Verbund, 1 Übergangsheim, 1 TS, 1 KBS, 1 Tageszentrum
31 – 40%	10	2 BEW/TWG, 3 TWG, 1 Verbund, 2 TS, 1 ZV
41 – 50%	9	2 BEW, 2 BEW/TWG, 2 Verbund, 1 Heim, 1 TS, 1 KBS
51 – 60%	9	2 BEW, 1 BEW/TWG, 1 TS, 3 TZ, 1 KBS, 1 ZV
61 – 70%	4	2 BEW, 1 TWG, 1 BEW/TWG
71 – 80%	1	1 TS
91 – 100%	3	2 TWG, 1 weitere Einrichtung

Diese Ergebnisse korrespondierten mit den Zahlen des Budgetkontrollprogramms 2004, aus dem sich ein Frauenanteil von 36% gegenüber einem Männeranteil von 64% ergab. Verglichen mit der Gesamtbevölkerung Berlins, bei der der Frauenanteil bei rund 51% liegt, waren Frauen im psychiatrischen Hilfesystem deutlich unterrepräsentiert. (Die Auswertung der Krankenhausbefragung ergab dort einen Frauenanteil von rd. 47%, die Befragung der Sozialpsychiatrischen Dienste ergab das gleiche Verhältnis.)

Bei näherer Prüfung und Vergleich der Angaben im Zusammenhang mit späteren Fragen entstand der Eindruck, dass manche Einrichtungen keine Prozente, sondern absolute Zahlen angegeben haben. Dies erschwerte Auswertung und Einschätzung erheblich. Die betreffenden Einrichtungen mussten bei den weiteren Betrachtungen, bei denen die Nutzer(innen)zahlen von Bedeutung waren, unberücksichtigt bleiben.

Auf die Frage, wie hoch der **Anteil der Frauen mit Migrationshintergrund** in der Einrichtung ist, antwortete rund die Hälfte der Einrichtungen, dass der Anteil „0“ sei (auch „entfällt“ oder „/“). 6 Einrichtungen äußerten sich gar nicht. Der größte Teil derer, die eine Einschätzung abgegeben haben, benannte Werte zwischen 1 und 20%. Nur eine Einrichtung, eine Tagesstätte, gab einen Anteil von Frauen mit Migrationshintergrund von 50% an.

Im Einzelnen stellen sich die angegebenen Werte wie folgt dar:

Tabelle A 38:

Art der Nennung	Anzahl
keine Angabe	6
entfällt / 0	30
zwischen 1 und 4% (1, 1.5, 1(?), 1, 2, 1-2, 2, 2.5, unter 5, 1 Frau, 3.6)	11
zwischen 5 und 9% (8, 5, 6, 8, ca. 5-10, 5, <10, 6)	8
zwischen 10 und 20% (15, 11, 14, 10, 10, 10, 14, 10, 10, 20)	10
über 20% (50)	1
Summe	66

Das Budgetkontrollprogramm wies für das Jahr 2004 einen Anteil von Klientinnen und Klienten mit Migrationshintergrund zwischen knapp 1% (Treptow-Köpenick) und 17% (Mitte) bei einem durchschnittlichen Wert von rund 8% aus. Frauen- und Männeranteil hatten hier das gleiche Verhältnis bei den Nutzern/Nutzerinnen insgesamt (36% zu 64%). Frauen mit Migrationshintergrund sind in der Berliner Bevölkerung mit rund 12% vertreten.

Die Antworten zum **Anteil behinderter Frauen** (in einer Fußnote war angegeben, dass hierbei Frauen mit körperlicher und/oder Sinnesbehinderung gemeint sind) differierten erheblich, wie die nachfolgende Tabelle zeigt:

Tabelle A 39:

Art der Nennung	Anzahl
keine Angabe	9
entfällt / 0	27
zwischen 1 und 10% (5, 1.5, 3, 1.16, 4, 10, 10, 10, 2, 2, 1, 5, unter 1, 7, 7, <5, 3.6)	17
zwischen 11 und 20% (20)	1
zwischen 21 und 30% (26, 26, 25)	3
zwischen 31 und 40% (40, 40, 40)	3
zwischen 51 und 60% (60)	1
zwischen 71 und 80% (75, 80)	2
zwischen 91 und 100% (100, 100, 100)	3
Summe	66

Zwei der drei Antworten von 100% stammten von einem Träger, insgesamt hat dieser Träger die Angaben für seine Einrichtungen zwischen 0% und 100% differenziert.

Die Tendenz, Fragen nicht vollständig zu beantworten, setzte sich bei der Frage nach dem Anteil lesbischer Frauen in verstärkter Form weiter fort. Der Anteil der Einrichtungen, die einen prozentualen Anteil über 0% angaben, verringerte sich auf unter 20%. Im Einzelnen ergab sich folgendes Bild:

Tabelle A 40:

Art der Nennung	Anzahl
keine Angabe	8

entfällt / 0	32
?	8
unbekannt	2
zwischen 1 und 4% (4 (absolut?), 1, unter 1, 3, 2.5)	5
zwischen 5 und 9% (5-10, 5, 7)	3
zwischen 10 und 15% (13s, 10,10)	3
über 15% (20, 40)	2
Kommentare: Was soll das? (2x) Wir befragen unsere Besucher nicht nach ihrer sexuellen Orientierung.	3
Summe	66

2.1 Liegen in Ihren Einrichtungen Erfahrungen mit psychisch kranken gewaltbetroffenen Frauen vor?

Bei dieser Frage haben sich fast alle Befragten geäußert. 86% haben angegeben, über entsprechende Erfahrungen zu verfügen. 10% hatten demnach noch keine Erfahrung mit psychisch kranken gewaltbetroffenen Frauen. (Eine befragte Einrichtung hat keine Angabe gemacht, eine weitere konnte nichts angeben, da ihr eine Definition von Gewalt fehlte.)

2.2 Wie hoch ist der Anteil der durchschnittlich pro Jahr betreuten psychisch kranken gewaltbetroffenen Frauen?

Der Anteil der psychisch kranken gewaltbetroffenen Frauen wurde von den Einrichtungen unterschiedlich eingeschätzt, ein Drittel der Einrichtungen schätzte ihn bei unter 5% ein, ein Viertel schätzte ihn auf 30% und mehr ein.

Tabelle A 41:

Kategorie	Anzahl	in %
keine Angabe	8	12
unter 5%	22	33
zwischen 5 und 9%	13	20
zwischen 10 und 29%	8	12
zwischen 30 und 49%	6	9
über 50%	9	14
Summe	66	100

Ein Ziel dieser Befragung war, eine Vorstellung über die Größenordnung betroffener Frauen zu erhalten. Bei dem Wissen um die Lückenhaftigkeit der erhobenen Daten dieser Befragung wird nachfolgend dennoch der Versuch einer Einschätzung der Größenordnung der Zielgruppe unternommen.

Bei einer Gesamtsumme an Nutzern/Nutzerinnen von rd. 1.700 (1.693) und den von den Einrichtungen angegebenen Frauenanteilen ergibt sich über alle Einrichtungen, die an der Befragung teilgenommen haben, ein Gesamtfrauenanteil von rd. 32% oder absolut 539 Nutzerinnen.

Ausgehend von diesen Werten wurde eine (eher vorsichtige) Einschätzung des Anteils gewaltbetroffener Frauen in den Einrichtungen (die zum Leistungsspektrum der Eingliederungshilfe gehörten) vorgenommen. Voraussetzung war, dass die Einrichtungen zu beiden Fragen konkret verwertbare Antworten gegeben hatten. Deren prozentuale Angaben wurden ins Verhältnis zum angegebenen Frauenanteil gesetzt. Danach kann von einem Anteil psychisch kranker gewaltbetroffener Frauen zwischen rd. 16% und rd. 27% ausgegangen werden (hochgerechnet in absolute Zahlen ergäbe dies einen Wert zwischen 88 und 143 Frauen).

Übertragen auf das gesamte Eingliederungshilfesystem (5.300 Menschen, Frauenanteil von 36% = 1.900 Frauen) würde dies bedeuten, dass bei Übernahme des 16%-Wertes rund 300 Frauen (bezogen auf 27% wären es rund 500 Frauen) im psychiatrischen Hilfesystem Gewalt erfahren hätten.

Tabelle A 42:

	abso- lut	in %	davon Frauen	in %
--	--------------	------	-----------------	------

Nutzer/innen in Einrichtungen der Eingliederungshilfe, die an der Befragung teilgenommen haben	1.693	100	539	32
Psychisch kranke gewaltbetroffene Frauen nach Einschätzung der Einrichtungen			88 - 143	16 - 27
Nutzer/innen in Einrichtungen der Eingliederungshilfe 2004 insgesamt	5.300	100	1.900	36
Hochrechnung psychisch kranker gewaltbetroffener Frauen in Einrichtungen der Eingliederungshilfe			300 - 500	16 - 27

An dieser Stelle wird nochmals darauf hingewiesen, dass diese hochgerechneten Zahlen lediglich eine erste Einschätzung darstellen, die durch weitere Untersuchungen überprüft werden sollte.

2.3 In welchem Alter sind diese Frauen?

Zur Altersverteilung der betroffenen Frauen haben 50 Einrichtungen verwertbare Angaben gemacht. Teilweise ließ sich ein eindeutiger Altersschwerpunkt ermitteln, teilweise verteilten sich die Prozentangaben gleichmäßig auf zwei Alterskategorien. Zum Teil gaben die Einrichtungen „100%“ bei einer Alterskategorie an und bemerkten dazu, dass es sich um eine Frau im Alter von ... Jahren handelte. Da es verschiedene Mehrfachschwerpunkte gab, ist die Summe der Nennungen höher als die Summe der Einrichtungen, die Angaben gemacht haben.

Im Einzelnen sahen

9 Einrichtungen bei Frauen zwischen	18 und 27 Jahren,
26 Einrichtungen bei den	28- bis 39-Jährigen,
23 Einrichtungen bei den	40- bis 55-Jährigen und
6 Einrichtungen bei den	über 55-Jährigen den Schwerpunkt.

15 Einrichtungen haben zwei gleich große Altersgruppen genannt:

9 in den Altersgruppen	28 bis 55 Jahre,
vier Einrichtungen in den Altersgruppen	18 bis 39 Jahre,
eine Einrichtung bei den	40 bis über 55-Jährigen sowie
eine Einrichtung bei den	18- bis 27- und 40- bis 55-Jährigen.

Demnach waren Frauen aller Altersgruppen betroffen, der Schwerpunkt lag bei den 28 – 55 Jährigen.

2.4 Wie groß ist unter den psychisch kranken Frauen mit Gewalterfahrung der Anteil der Frauen mit minderjährigen Kindern?

Zu dieser Frage haben 56 Einrichtungen (85%) Angaben gemacht. Der weitaus überwiegende Teil (66%) hat dabei einen Anteil von unter 25% angegeben, wobei drei Einrichtungen darauf hingewiesen haben, dass dieser Anteil in der Realität gleich „0“ war, da die Klientinnen älter waren und insofern keine minderjährigen Kinder mehr hatten (die Antwortmöglichkeiten sahen die Variante „keine minderjährigen Kinder“ nicht vor). 6 Einrichtungen (9%) haben einen Anteil von Frauen mit minderjährigen Kindern zwischen 25% und 50%, eine Einrichtung einen Anteil von 51% – 75% und zwei Einrichtungen haben einen Anteil von mehr als 75% an Frauen mit minderjährigen Kindern. Vielfach waren bereits die Ausgangswerte der Betrachtung (Angaben zur Frage „Wie hoch ist der Anteil der durchschnittlich pro Jahr betreuten psychisch kranken gewaltbetroffenen Frauen?“) so gering, dass bei der weiteren Untersuchung bei vielen Einrichtungen keine ganzen Zahlen („ganzen Frauen“) errechnet werden konnten. Lediglich von 11 Einrichtungen ließen sich Zahlen errechnen, die in der Summe zwischen 7 und 43 Frauen mit minderjährigen Kindern ergaben.

2.5 Nehmen Sie psychisch kranke gewaltbetroffene Frauen mit minderjährigen Kindern auf?

Dies haben 12 Einrichtungen bejaht, der überwiegende Teil bezog sich explizit auf die Betreuungsform des betreuten Einzelwohnens. Nur zwei Einrichtungen gaben an, dass dies auch in einer Therapeutischen Wohngemeinschaft möglich war. 28 Einrichtungen haben geantwortet, dass sie keine minderjährigen Kinder mit aufnehmen. Von einigen Einrichtungen kamen zusätzliche Hinweise wie z.B.:

- Grundsätzlich würden auch Kinder mit aufgenommen, wenn die Finanzierung von Betreuung und Wohnung gewährleistet wäre (dies wurde zweimal genannt); oder
- Die Klientel ist älter und hat keine minderjährigen Kinder mehr.

20 Einrichtungen haben sich zu dieser Frage nicht geäußert.

Als Einschränkungen bei der Mitaufnahme von Kindern wurden folgende Punkte benannt (Zitate):

- Die Frau muss ihre Kinder ggf. mit Unterstützungen durch ambulante Hilfe selber versorgen können,
- keine Söhne, die älter als 14 sind,
- Zugehörigkeit zur ZiK-Zielgruppe,
- Therapiefähigkeit – clean status.

Nicht von dieser Befragung erfasst wurden Einrichtungen/Angebote, die im Rahmen des SGB VIII psychisch kranke gewaltbetroffene Mütter mit betreuen (Familienhilfe, Einzelfallhilfen).

2.6 Aus welchen Ländern kommen psychisch kranke Frauen mit Migrationshintergrund und Gewalterfahrung am häufigsten? (bitte höchstens 3 Nennungen)

Hier äußerten sich 22 Einrichtungen. Davon benannten 12 Einrichtungen ein Herkunftsland, 8 Einrichtungen zwei Länder und 2 Einrichtungen drei Länder.

34 Einrichtungen machten dazu entweder keine oder die Angabe, dass diese Zielgruppe in der Einrichtung nicht vorhanden war. Dieses Verhältnis entsprach den obigen Angaben zum Anteil von Frauen mit Migrationshintergrund in den Einrichtungen. Eine Einrichtung wies darauf hin, dass es sich stets um Einzelpersonen handele und eine Häufigkeitsnennung daher nicht möglich sei.

Sofern Frauen mit Migrationshintergrund in der Einrichtung waren, bezogen sich die häufigsten Nennungen auf die Herkunftsgebiete Türkei, Ex-Jugoslawien und Polen. Einzelnennungen entfielen auf Russland, Kasachstan, Rumänien, Kenia, Afrika, Iran, Thailand, Laos und Südostasien.

Die häufigste Nennung der Herkunftsgebiete deckte sich mit den größten Migrantengruppen in Berlin. Erstaunlich ist, dass in drei Fällen Berlin bzw. Deutschland als Migrationsland angegeben wurde.

2.7 Wie hoch ist der Anteil dieser Frauen, mit denen Sie sich nicht auf Deutsch verständigen können?

Probleme in der Verständigung waren quasi nicht vorhanden. Lediglich vier Einrichtungen gaben an, dass mit 1 bis 2,5% der Frauen mit Migrationshintergrund eine Verständigung nicht möglich sei. Eine Einrichtung gab an, dass der Anteil zurzeit „null“ betrage. Alle übrigen Einrichtungen gaben „null“ oder „entfällt“ an oder machten keine Angabe.

2.8 Wie verständigen Sie sich mit Frauen, die über keine ausreichenden deutschen Sprachkenntnisse verfügen?

Auf diese Frage waren Mehrfachantworten möglich, wurden aber nur in sechs Fällen genutzt. Fünf Einrichtungen gaben an, dass sie über muttersprachliche Mitarbeiterinnen verfügen, 14 Einrichtungen hatten Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen mit Fremdsprachenkenntnissen und 13 Einrichtungen haben auf Dolmetscherinnen bzw. Sprachmittlerinnen zurückgegriffen.

13 Einrichtungen machten folgende Anmerkungen (Zitate):

- Der TWG-Rahmen erfordert ausreichende Sprachkenntnisse
- Zielgruppe wurde noch nicht betreut
- trifft nicht zu, da zur Zeit alle Frauen deutschsprachig sind
- entfällt (3x)
- bisher nicht vorgekommen (2x)
- keine Klientinnen bisher
- liegt nicht vor
- war bisher nicht notwendig
- betraf die Einrichtung noch nie (2x)

30 Einrichtungen beantworteten die Frage nicht bzw. mit einem „entfällt“ o.ä.

Muttersprachliche Mitarbeiterinnen gab es nur in 5 Einrichtungen für die Sprachen englisch, polnisch (2), portugiesisch, türkisch und russisch.

14 Einrichtungen hatten Mitarbeiterinnen mit Fremdsprachenkenntnissen in folgendem Umfang:

Tabelle A 43:

Fremdsprache	Anzahl
englisch	10
französisch	5
spanisch	3
russisch	3
polnisch	2

Jeweils einmal wurden die Sprachen griechisch, kroatisch, portugiesisch, rumänisch und türkisch genannt.

Wenn in Einrichtungen Fremdsprachenkenntnisse vorhanden waren, so waren meistens die klassischen europäischen (Schul-) Sprachen vertreten, die nicht die Muttersprachen der größten Migrantengruppen in Berlin widerspiegeln.

2.9 Wie verständigen Sie sich mit Frauen, wenn eine Hör- bzw. Sprachbehinderung vorliegt ?

Diese Frage haben 43 Einrichtungen nicht bzw. mit „entfällt“ beantwortet. 13 Einrichtungen gaben an, dass diese Konstellation bisher nicht vorgekommen sei bzw. die Einrichtung damit keine Erfahrung habe. Eine Einrichtung hatte eine Mitarbeiterin, die die Gebärdensprache beherrscht, eine weitere Einrichtung setzte einen Dolmetscher ein.

Acht Einrichtungen machten unterschiedliche Ausführungen, die nachfolgend aufgeführt sind (Zitate):

- Wir haben keine Gebärdendolmetscher und auch keine Klienten, für die wir das bräuchten. Bei Schwerhörigkeit arbeiten wir mit HNO-Ärzten, Hörgeräteakustikern und dem Verband für Schwerhörige zusammen.
- Versorgung Hörgerät, geduldiges, akzentuiertes Sprechen, schriftliche Hilfen, Versorgung mit speziellen Hilfsmitteln,
- wenig Erfahrung, Übersetzung über Begleitung der Frau,
- deutliches Sprechen, im Bedarfsfall Weitervermittlung,
- Zielgruppe nicht dort vorhanden,
- individuell verschieden,
- verbal und Blickkontakt, Mundablesen,
- Wir bemühen uns um ein Hörgerät.

Auch die Gruppe hör- bzw. sprachbehinderter Frauen schien in den Einrichtungen sehr selten anzutreffen zu sein.

2.10 Wie erfahren Sie von

aktuell erlebter Gewalt?

Bei 25 Einrichtungen war diese Frage Bestandteil der Anamnese. 34 Einrichtungen fragten die Frauen, wobei eine Einrichtung ergänzte, dass sie dies bei entsprechendem Verdacht tut. In 50 Einrichtungen erzählten die Frauen von selbst. 5 Einrichtungen haben angegeben, (im Zweifel) gar nicht von erlittener Gewalt zu erfahren und 11 Einrichtungen haben folgende Anmerkungen gemacht:

- Alles möglich,
- im Betreuungsverlauf wird Gewalt thematisiert,
- Gespräche im Rahmen der Betreuungsbeziehung – evtl. im Erstgespräch,
- teilweise Thema in Helferkonferenzen,
- In der Regel nicht, nur wenn Personen freiwillig darüber sprechen. In vertraulichen Einzelgesprächen oder in der Gesprächsgruppe.
- Wird in Anamnese nicht explizit erfragt; Thematik taucht teilweise im Gespräch auf, dann auch entsprechende Nachfrage,
- Beobachtungen und Nachfragen, auch bezogen auf Familienmitglieder,
- Bewohner leben seit Jahren in der TWG, bisher keine aktuelle erlebte häusliche Gewalt,
- in aktuellen Situationen,
- Epikrisen (spezieller zusammenfassender Rückblick und eine Interpretation des Krankengeschehens und der verantwortlichen Therapie, meist an einen weiter behandelnden Arzt gerichtet)
- in Helferkonferenzen durch professionelle Helfer

Wie erfahren Sie von

in der Biographie erlebter Gewalt?

Auf diese Frage haben 2 Einrichtungen keine Angabe gemacht. 31 Einrichtungen haben angegeben, dass diese Frage Bestandteil der Anamnese ist, 37 gaben an, nachzufragen. 50 Einrichtungen gaben an, dass die Klientin von selbst erzählt, 7 kreuzten „gar nicht“ an, 12 die Rubrik „Anderes“.

Außerdem gab es folgende Anmerkungen (Zitate):

- Alles möglich
- Im Betreuungsverlauf wird Gewalt thematisiert
- Im Rahmen der Rehabilitationsplanung erzählt die Klientin
- Gespräche im Rahmen der Betreuungsbeziehung, evtl. im Erstgespräch
- teilweise Thema in Helferkonferenzen
- Gelegentlich erzählt die Klientin
- Wird in Anamnese nicht explizit erfragt; Thematik taucht teilweise im Gespräch auf, dann auch entsprechende Nachfrage
- Im Laufe des Aufenthaltes wird es irgendwann einmal Thema, d.h. Klientin ist bereit, davon zu erzählen
- Unsere Informationen über in der Biographie erlebte Gewalt sind lückenhaft
- Berichte von anderen Facheinrichtungen
- Im Aufnahmeverfahren
- Epikrisen
- (Klientin erzählt von selbst/gar nicht) Hinweis: Nur im Zusammenhang mit dieser Befragung
- z.T. im Behandlungs- und Rehabilitationsplan erwähnt. Helferkonferenzen
- Beim Ausfüllen von Anträgen erzählen die Klientinnen spontan von Gewaltanwendung

Bei 2/3 der Einrichtungen gehörte die aktive Frage nach erlittener Gewalt zum festen Bestandteil der Klientinnenbetreuung. In vielen Einrichtungen berichteten die Frauen von sich aus über erfahrene Gewalt.

2.11 Welche psychischen Beeinträchtigungen liegen bei psychisch kranken gewaltbetroffenen Frauen hauptsächlich vor (incl. legalem/illegalem Drogenmissbrauch/-abhängigkeit)?

Hierzu haben 52 Einrichtungen geantwortet, wobei Mehrfachantworten möglich waren. Es wurde eine breite Palette von psychiatrischen Krankheitsbildern, Symptomen und diagnostischen Begrifflichkeiten unterschiedlicher Therapieschulen genannt. Für die Auswertung schien es hilfreich zu sein, das am meisten in der psychiatrischen Landschaft verwendete Klassifikationssystem, die ICD 10 auf die Nennungen anzuwenden. Danach ergab sich folgendes Bild:

F1 psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen:	30 Nennungen
F2 Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen	33 Nennungen
F3 affektive Störungen	11 Nennungen
F4 Neurotische-, Belastungs- und somatoforme Störungen	6 Nennungen
F5 Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen oder Faktoren	4 Nennungen
F6 Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	26 Nennungen

Es konnte festgehalten werden, dass es sich bei einem der Grossteil der genannten psychiatrischen Beeinträchtigungen um schwere psychiatrische Störungen handelte. Des Weiteren konnte angenommen werden, dass eine größere Gruppe von psychisch kranken Frauen mit Gewalterfahrungen auch im Rahmen der Suchthilfeinrichtungen betreut wird.

Im Einzelnen verteilten sich die Angaben zur Art der Störungen folgendermaßen:

Tabelle A 44:

Art der Störung	Anzahl der Nennungen
Psychosen	21
Borderline-Störung	17
Alkoholabhängigkeit	14
Drogenabhängigkeit	12
Depression	11

Schizophrenie	10
Persönlichkeitsstörungen	8
Angststörungen	5
Ess-Störungen	5
Medikamentenmissbrauch	4
selbstverletzendes Verhalten, Autoaggression	4
Selbstwertproblematik	4
hirnorganisches Psychosyndrom	2
Bindungsstörungen	1
chronisch paranoid	1
dissoziative Identitätsstörung	1
Doppeldiagnosen	1
interrogade Amnesie	1
Kontaktstörungen	1
Minderbegabung	1
Narzissmus	1
paranoid halluzinatorische Psychose des schizophrenen Formenkreises	1
Schwierigkeiten Impulskontrolle	1
Schwierigkeiten Nähe und Distanz	1
Suizidalität	1
Zwangsstörungen	1

3.1 Haben Sie Angebote speziell für die Zielgruppe psychisch kranke Frauen mit Gewalterfahrung?

Auf diese Frage antworteten 56 Einrichtungen mit „nein“ und 6 Einrichtungen mit „ja“. Vier Einrichtungen haben ihr Angebot näher beschrieben (Zitate):

- Psychologische, sozialpädagogische und ergotherapeutische Einzelangebote, viele Gruppenangebote Kochen, Kultur, Gespräch, Mütter, soziales Kompetenztraining, psychoedukative Gruppe, Tanztherapie, Ergotherapie. (ist eine frauen-spezifische TWG)
- insofern ja, als dass für jede/n Bewohner/in ein spezielles individuelles Therapieprogramm erstellt wird, das auch Einzel-Therapie-Termine umfasst. (Übergangwohnheim)
- Einzel- und Gruppengespräche, Rollenspiele, Infoveranstaltungen, Screening (Tageszentrum)
- Da alle Frauen Gewalterfahrung haben, ist es Thema in den Einzel- und Gruppengesprächen. (frauenspezifische TWG)

3.2 Welche Einrichtungen vermitteln psychisch kranke gewaltbetroffene Frauen an Sie?

Diese Frage beantworteten 55 Einrichtungen.

Tabelle A 45:

Einrichtung	Anzahl der Nennungen
(teil-)stationäre Einrichtungen	50
andere ambulante psychiatrische Einrichtungen	35
niedergelassene Ärztinnen und Ärzte	22
Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe	14
Anti-Gewalt-Einrichtungen	9
Selbsthilfegruppen	2

Darüber hinaus wurden genannt:

Sozialpsychiatrischer Dienst:	11
Drogen- und Suchtberatungsstellen:	3
gesetzlicher Betreuer:	3
Sozialmakler:	2

Außerdem wurden Zik, Prowo, Steuerungsrunde Spandau, Entgiftungsstationen jeweils einmal genannt. Darüber hinaus erläuterte eine Einrichtung, die nur (teil-)stationäre Einrichtungen angekreuzt hatte, Folgendes: „Klienten kamen aus Einrichtungen für chronisch Kranke Enthospitalisierung 1996“.

3.3 Welche psychiatrischen und sonstigen Angebote vermitteln Sie?

Diese Frage beantworteten 54 Einrichtungen.

Tabelle A 46:

Einrichtung	Anzahl der Nennungen
niedergelassene Ärztinnen und Ärzte	48
andere ambulante psychiatrische Einrichtungen	40
(teil-)stationäre Einrichtungen	38
Selbsthilfegruppen	32
Anti-Gewalt-Einrichtungen	20
Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe	10

Zur Rubrik „Sonstige“ machten 7 Einrichtungen eine Angabe. Im Einzelnen wurde genannt (Zitate):

- eigene Wohnung
- andere Wohnprojekte
- Zuverdienst, Schuldnerberatung
- andere Wohnformen
- Zuverdienste, KBS
- bieten ambulant-komplementäres Angebot
- Psychotherapie

3.4 Was fehlt Ihnen für die betroffenen Frauen in den bestehenden Hilfesystemen?

Zur Frage, was in den Hilfesystemen fehlt, äußerten sich 14 Einrichtungen. Die Antworten werden nachfolgend zitiert:

- zu wenig fach- und themenspezifisch geschulte Mitarbeiterinnen in den Angeboten der Regelversorgung; zu wenig freie ambulante Psychotherapie-Plätze / Traumatherapie; keine spezifischen Angebote bei Mehrfach-Betroffenheit (z.B. Sucht + Traumatisierung)
- Therapieansätze zur Lösung von Abhängigkeit
- Da das Thema Gewaltbetroffenheit eine äußerst untergeordnete Rolle spielt, bestand bislang noch keine Notwendigkeit, außer den bekannten Angeboten noch spezifischere herauszufinden.
- Selbsthilfegruppen vor Ort mit Öffentlichkeitsarbeit, die uns erreicht; Veröffentlichung eventuell vorhandener Beratungsangebote
- Einrichtungen mit hohem Schutz und Grenzen (wie Bora), ambulante Psychotherapie, kostenlose Rechtsberatung (2 mal)
- wenig Betreutes Wohnen für psychisch kranke Frauen mit Gewalterfahrung.
- gute Traumatherapie, mehr Zeit, körpertherapeutische Gruppen
- ambulante Psychotherapie, kostenlose rechtliche Beratung und Betreuung, mehr sichere Orte
- Frauenhäuser, die akut psychisch kranke Frauen aufnehmen
- mehr Psychotherapeuten, die auch mit psychiatrischen Erkrankten/ psychoerkrankten Menschen arbeiten
- Frauenhäuser, die psych. kranke Frauen aufnehmen
- Begleitete Selbsthilfegruppen, niedrigschwellige psychotherapeutische Angebote
- zu wenig Info vom Hintergrund/Sachverhalt/Informationsfluss, von der Stelle, die die Frauen lange kennen für uns recht schwierig

Die genannten Defizite/Lücken lassen sich zu folgenden Forderungen/Verbesserungsvorschlägen zusammenfassen:

- mehr Information / Problembewusstsein bei den Mitarbeiterinnen /Mitarbeiter
- mehr spezialisierte ambulante Therapieangebote
- geschützte betreute Wohnplätze
- Aufbau von begleiteten Selbsthilfegruppen

(Das Thema „Frauenhäuser“ wurde in zwei unterschiedlichen Bögen vom gleichen Träger, der gleichen Ansprechpartnerin benannt.)

4.1 Wie viele (rechnerische) Vollzeitstellen stehen Ihren Einrichtungen zur Verfügung? Wie viele Kolleginnen/Kollegen arbeiten regelmäßig in der Einrichtung?

Den 54 Einrichtungen, die die Frage nach zur Verfügung stehenden Vollzeitstellen beantwortet haben, standen insgesamt 393,4 Stellen zur Verfügung. 7 Einrichtungen gaben an, darüber hinaus über weitere „zentrale“ Stellen zu verfügen. 3 Einrichtungen verwiesen auf die Strukturberichte.

Die genannten rd. 393 Stellen waren mit 317 Frauen und 199 Männern besetzt. In 5 Einrichtungen waren nur Frauen beschäftigt (TWG, TWG, BEW – Wohnprojekt [Frauenanteil 55% S], Tagesstätte [Frauenanteil 75%], und Beschäftigungsprojekt [Frauenanteil 94%]).

In 8 Einrichtungen arbeiteten die gleiche Anzahl von Männern und Frauen, in weiteren 8 Einrichtungen arbeiteten mehr Männer als Frauen. In den übrigen 31 Einrichtungen arbeiteten mehr Frauen als Männer.

4.2 Welche Qualifikation haben Ihre Mitarbeiter/innen?

Auf die hauptsächlichen Berufsgruppen ergab sich folgende Verteilung:

Tabelle A 47:

Beruf	weiblich	männlich
Sozialpädagogin, Sozialarbeiter/in	82	62
Psychologin/in / Psychotherapeut/in, Psychiater/in	17	11
Ergotherapeut/in	35	9
Pflegeberufe (Krankenschwester /-pfleger, Heilerziehungspfleger/-in, Altenpfleger/in, Gemeinde- bzw. Familienpfleger/in)	49	25
Erzieher/in	4	3
Dipl.-Pädagoge/in	4	0
Summe	191	110

Weitere vereinzelt genannte Berufsgruppen waren: Haushandwerker, Verwaltung, Arbeitstherapeut, Hauswirtschafterin, Maler/Lackierer, Sozialtherapeut/in, Heilpädagogin, Körpertherapeut/in, Musiktherapeut/in, Grafikdesigner, Modegestalterin systemische Familientherapie, Sucht(sozial)therapeut/in, Dipl. Sonder-/ Rehapädagoge/in.

Einige Einrichtungen haben die unterschiedlichen Professionen im Block kombiniert mit der Summe der Beschäftigten genannt bzw. keine Aufschlüsselung vorgenommen, so dass in diesen Fällen eine Zuordnung nicht möglich war und die obige Tabelle insofern unvollständig bleiben musste.

4.3 Haben Kollegen/Kolleginnen Ihrer Einrichtung bereits Fort- und Weiterbildung genutzt in Bezug auf ...

- geschlechtsspezifische Gewalt?
- Umgang mit Traumata?
- psychische Erkrankungen?
- interkulturelle Kompetenz?
- spezielle Problemlagen lesbischer Frauen?
- spezielle Problemlagen behinderter Frauen?

Hier haben die Einrichtungen folgendermaßen geantwortet:

Tabelle A 48:

Thema	ja	nein
geschlechtsspezifische Gewalterfahrungen	24	39
Umgang mit Traumata	33	29
psychische Erkrankungen	64	1
interkulturelle Kompetenz	24	41
spezielle Problemlagen lesbischer Frauen	5	59
spezielle Problemlagen behinderter Frauen	15	44

Mit einer Ausnahme haben alle Einrichtungen angegeben, Fortbildungen hinsichtlich psychischer Erkrankungen genutzt zu haben. Einen deutlich geringeren Fortbildungsstand gab es bezüglich geschlechtsspezifischer Gewalterfahrungen und interkultu-

reller Kompetenz. Der vergleichsweise niedrige Fortbildungsstand zeichnete sich anhand der im bisherigen Befragungsverlauf gemachten Angaben (Fragen 2.7, 3.1) ab. In beiden Bereichen gab es auch geringen Bedarf an (weiteren) Fortbildungen. Ein Grund dafür könnte darin liegen, dass sowohl psychisch kranke gewaltbetroffene Frauen als auch Migrantinnen vergleichsweise selten in den Einrichtungen ankommen. Es war festzustellen, dass ein weiterer Fortbildungsbedarf über alle befragten Bereiche als niedrig eingeschätzt wurde.

Im Einzelnen haben...

.....63 Einrichtungen in Bezug auf Fort-/Weiterbildung zum **Thema geschlechtsspezifische Gewalterfahrungen** Angaben gemacht.

24 Einrichtungen gaben an, dass Kollegen/Kolleginnen der Einrichtungen bereits eine derartige Fortbildung genutzt haben, 39 Einrichtungen haben dies verneint. Bezogen auf die Träger der Einrichtungen gab es einen Träger, bei dem sämtliche Einrichtungen bereits eine solche Fortbildung absolviert haben, bei einem weiteren Träger überwog die Anzahl der „ja“-Angaben. Bei allen übrigen Trägern mit mehreren Einrichtungen überwogen die „nein“-Antworten.

Von den 39 Einrichtungen, die diese Frage mit „nein“ beantwortet haben, haben 17 angegeben, dass sie keinen Bedarf haben, 9 Einrichtungen fehlte ein entsprechendes Angebot. Weitere 7 Einrichtungen haben andere Gründe angeführt:

- anderer dringender Fortbildungsbedarf (2 mal)
- Thema war bei anderen Fortbildungen integriert (2 mal)
- Zeitmanagement
- z. Zt. nicht relevant
- hat sich nicht ergeben

10 Einrichtungen haben weiteren Fortbildungsbedarf angegeben, davon fünf Einrichtungen, in denen Beschäftigte bereits eine derartige Fortbildung besucht haben.

.....62 Einrichtungen in Bezug auf Fort-/Weiterbildung zum **Thema Umgang mit Traumata** Angaben gemacht.

33 Einrichtungen gaben an, dass Kollegen/Kolleginnen der Einrichtungen bereits eine derartige Fortbildung genutzt haben, 29 Einrichtungen haben dies verneint.

Von den 29 Einrichtungen, die diese Frage mit „nein“ beantwortet haben, haben 14 angegeben, dass sie keinen Bedarf haben, 7 Einrichtungen fehlte ein entsprechendes Angebot, wobei eine Einrichtung darauf hingewiesen hat, dass sie eine solche Fortbildung für wichtig hält. Weitere drei Einrichtungen haben andere Gründe angeführt:

- dringende andere näher liegende Angebote (2)
- kein Schwerpunkt

17 Einrichtungen haben weiteren Fortbildungsbedarf angegeben, davon 10 Einrichtungen, in denen Beschäftigte bereits eine entsprechende Fortbildung genutzt haben.

.....65 Einrichtungen in Bezug auf Fort-/Weiterbildung zum **Thema psychische Erkrankungen** Angaben gemacht.

64 Einrichtungen gaben an, dass Kollegen/Kolleginnen der Einrichtungen bereits eine derartige Fortbildung genutzt haben, 1 Einrichtung hat dies verneint, aber gleichzeitig auf „regelmäßige Fortbildungen“ hingewiesen.

10 Einrichtungen haben angegeben, weiteren Fortbildungsbedarf zu haben.

.....65 Einrichtungen in Bezug auf Fort-/Weiterbildung zum **Thema interkulturelle Kompetenz** Angaben gemacht.

24 Einrichtungen gaben an, dass Kollegen/Kolleginnen der Einrichtungen bereits eine derartige Fortbildung genutzt haben, 41 Einrichtungen haben dies verneint.

Von den 41 Einrichtungen, die diese Frage mit „nein“ beantwortet haben, haben 21 angegeben, dass sie keinen Bedarf haben, 3 Einrichtungen fehlte ein entsprechendes Angebot, wobei eine Einrichtung darauf hingewiesen hat, dass sie eine solche Fortbildung für wichtig hält. Weitere 7 Einrichtungen haben andere Gründe angeführt:

- z. Zt. kein Bedarf (5)
- dringende andere näher liegende Angebote
- z. Zt. keine Migrantinnen

13 Einrichtungen haben weiteren Fortbildungsbedarf angegeben, davon 7 Einrichtungen, in denen Beschäftigte bereits eine entsprechende Fortbildung genutzt haben.

.....64 Einrichtungen in Bezug auf Fort-/Weiterbildung zum **Thema spezielle Problemlagen lesbischer Frauen** Angaben gemacht.

5 Einrichtungen gaben an, dass Kollegen/Kolleginnen der Einrichtungen bereits eine derartige Fortbildung genutzt haben, 59 Einrichtungen haben dies verneint.

Von den 59 Einrichtungen, die diese Frage mit „nein“ beantwortet haben, haben 38 angegeben, dass sie keinen Bedarf haben, 3 Einrichtungen fehlte ein entsprechendes Angebot. Weitere 6 Einrichtungen haben andere Gründe angeführt:

- wenig Bedarf
- andere Fortbildungen bisher vordergründig
- die sexuelle Orientierung ist für unsere Unterstützung nicht ausschlaggebend
- dies war bis heute kein spezielles Problem
- Kompetenz im Team vorhanden

3 Einrichtungen haben weiteren Fortbildungsbedarf angegeben, davon eine Einrichtung, in denen Beschäftigte bereits eine entsprechende Fortbildung genutzt haben.

.....59 Einrichtungen in Bezug auf Fort-/Weiterbildung zum **Thema spezielle Problemlagen behinderter Frauen** Angaben gemacht.

15 Einrichtungen gaben an, dass Kollegen/Kolleginnen der Einrichtungen bereits eine derartige Fortbildung genutzt haben, 44 Einrichtungen haben dies verneint.

Von den 44 Einrichtungen, die diese Frage mit „nein“ beantwortet haben, haben 34 angegeben, dass sie keinen Bedarf haben, 5 Einrichtungen fehlte ein entsprechendes Angebot. 6 Einrichtungen haben andere Gründe angeführt:

- aktuell kein Bedarf
- andere Fortbildungen bisher vordergründig
- Wenn im Einzelfall notwendig, wird Angebot gesucht.
- Wir haben keine körperlich behinderten Frauen.
- Kompetenz im Team vorhanden

3 Einrichtungen haben weiteren Fortbildungsbedarf angegeben, davon eine, in der Beschäftigte bereits eine entsprechende Fortbildung genutzt haben.

5.1 Mit welchen Einrichtungen kooperieren Sie im Kontext gewaltbetroffener psychisch kranker Frauen im Einzelfall?

55 Einrichtungen haben sich zu dieser Frage geäußert. Fast alle nannten mehrere Kooperationspartner/Innen. Die überwiegende Mehrheit der Nennungen bezog sich auf die verschiedenen Bausteine des psychiatrischen Versorgungssystems, in der Summe wurden Einrichtungen des Anti-Gewalt-Bereichs bzw. Fraueneinrichtungen 24 mal genannt. Im Einzelnen verteilten sich die Angaben wie folgt:

Tabelle A 49:

Art der Einrichtung	Anzahl der Nennungen
(Tages-)Kliniken	23
Sozialpsychiatrische Dienste	20
Ärzte/Ärztinnen	17
Frauenhäuser	12
Psychiatrische Einrichtungen	8
Psychotherapeuten/-innen	7
Wildwasser	4
Jugendamt	4
Drogeneinrichtungen	3
Lara	3
Institutsambulanzen	2

Suchteinrichtungen	2
rechtliche Betreuer	2
Polizei	2
Bora	2
Paula Panke	2
Beratungsstellen	2
Psychologen	1
Krisendienst	1
Drogenberatungsstellen	1
Träger geschützter Beschäftigungsmöglichkeiten	1
Einrichtung der Jugendhilfe	1
Familienberatung	1
ambulante Wohnhilfe	1
Wohnungsvermittlungen	1
Wohneinrichtungen	1
Zufluchtswohnung	1
Frauenberatungseinrichtungen	1
Kontaktläden	1
Zeitraum	1
Lesbenberatung	1
Berliner AIDS-Hilfe	1
Zik	1
Krisendienst Manetstr.	1
Wohnprojekt für von Gewalt betroffene Frauen nach § 67 SGB XII	1
Selbsthilfeorganisationen	1

Über diese konkreten Angaben hinaus wurden weitere allgemeine Bezeichnungen angegeben bzw. Kooperationsverbünde benannt:

- Mitglied des gerontopsychiatrischen Verbundes Charlottenburg-Wilmersdorf
- bezirkliches Steuerungsgremium; (3 mal)
- gem. Psychiatrieverbund
- bisher keine Erfahrungen
- bisher kein Bedarf (2 mal)
- keine direkte Kooperation, nur durch Flyer
- war bisher nicht nötig (2 mal)
- keine speziellen Einrichtungen
- jede benötigte Facheinrichtung
- Kooperationspartner

Auffallend war die häufige Nennung von Frauenhäusern als Kooperationspartnerinnen. Ein Viertel der an der Erhebung beteiligten Träger beschrieb Frauenhäuser als eine Möglichkeit der Kooperation in diesem Kontext.

5.2 In welchen Formen finden diese Kooperationen statt?

Hierzu antworteten 45 Einrichtungen, meist wurden mehrere Stichworte genannt:

Tabelle A 50:

Art der Kooperation	Anzahl der Nennungen
Vermittlung	14
Gespräche	14
Helferkonferenz	11
Fachlicher /Informations- Austausch	8
Begleitung	6
Kommunikation mit dem in der Kooperationseinrichtung anwesenden (med.) Personal	3
Übergaben/Übernahmen von Klientinnen	3
Beratung	3
Fallbesprechung, fallbezogene Zusammenarbeit	2
regelmäßige Treffen	1
Steuerungsrunde	1
personenzentrierte Zusammenarbeit	1
Kontaktaufnahme	1
Flyer „Gewalt gegen Frauen“ mit weiterführenden Adressen vom Netzwerk Frauengesundheit	1
Behandlungsplanung	1
Kontakt zu Angehörigen	1
Gruppenangebote	1
Informationsveranstaltungen	1
medizinisch-psychiatrische Regel- und Krisenversorgung	1
Wohnmöglichkeit	1
Vereinbarungen	1

5.3 In welchen Kooperations-/Vernetzungsgremien arbeitet Ihre Einrichtung mit psychiatrischen Einrichtungen zusammen?

Hierzu lagen 53 Antworten vor:

Tabelle A 51:

Kooperationsgremium	Anzahl der Nennungen
PSAG einschl. Untergruppen	36
Steuerungsrunde	17
AG's (Zusammenfassung!)	15
GPV (einschl. Geronto, in Planung)	14
AG Sucht	6
Hilfeplankonferenzen	5
Belegungskommission	4
AG Psychiatrie	4
Sozialpsychiatrischer Dienst	3
Psychiatriebeirat	3
Helferkonferenzen	3
Fachkliniken	3
Krisendienst	2
Umsetzungsrunde für Enthospitalisierung	3
diverse bezirkliche Gremien	2
Stadt Rand-Verbund	1
Krisenstation Urban	1
Kooperationsgremium	Anzahl der Nennungen
psychiatrische Pflichtversorgung	1
Fachbereich Wohnen	1
Geländekooperationsgremium	1
Verbund	1
reg. Suchthilfedienst (RSD)	1

DPW	1
Gesundheitsdienst Sucht Mitte	1

Außerdem wurden noch folgende Anmerkungen gemacht:

- Wir sind eine psychiatrische Einrichtung und arbeiten im Bezirk mit anderen Einrichtungen der psych. Pflichtversorgung zusammen.
- in allen Einrichtungen der Gemeindepsychiatrie
- Pflichtversorgung innerhalb des Bereichs

Die weitere Auswertung der Frage musste entfallen, da diese eigentlich die Kooperation mit Anti-Gewalt-Einrichtungen hätte abfragen müssen.

5.4. Welche weitergehenden Kontakte und Kooperationen wären für Ihre Arbeit im Hinblick auf psychisch kranke gewaltbetroffene Frauen hilfreich?

16 Einrichtungen haben konkrete Wünsche für weitergehende Kontakte und Kooperationen im Hinblick auf psychisch kranke gewaltbetroffene Frauen geäußert (Zitate).

- Einzelfallhilfe – werden Kosten nicht übernommen
- bessere Vernetzung
- Vorträge und Einführungsveranstaltungen (kurz und lokal), um für das Thema und seine Implikationen zu sensibilisieren
- Krisendienst
- bisher keine auffälligen Notstände in der Vernetzung und fehlende Kooperationseinrichtung aufgefallen (2 mal)
- Krankenkassen (Bewilligungshaltung), Selbsthilfegruppe
- engere Kooperation mit Frauenhäusern bez. längerfristiger Unterbringung
- Selbsthilfe- und Betroffenenorganisationen
- Organisationen, die speziell diese Klientel vertreten
- weitergehende Vertiefung der bisherigen Arbeit
- Frauenhäuser (Vorstellung geplant)
- Zusammenschluss mit anderen Einrichtungen ähnlicher Problematik!
- Da wir hauptsächlich mit schwersten psychischen Erkrankungen zu tun haben, arbeiten wir zuvorderst mit psychiatrischen Einrichtungen zusammen.
- evtl. Ansprechpartner / AG's vom Bezirksamt / Frauenberatungsstellen, evtl. ausländische Frauengruppen für den Überblick von Einrichtungen oder Beratungsstellen
- Informationen über bestehendes Hilfesystem / Angebote

Weitere 10 Einrichtungen haben angegeben, in dieser Hinsicht keinen Bedarf zu haben.

Zum Ende der Befragung war Raum für weitere Anmerkungen, Anregungen und Ergänzungen. Davon haben 10 Einrichtungen Gebrauch gemacht. Die Anmerkungen werden nachfolgend zitiert:

- Auch Männer sind betroffen. Viele Menschen haben auch heute noch Probleme, ihre Homosexualität öffentlich zu machen.
- Die Mitarbeiter wissen im Bedarfsfall, wo sie sich hinwenden können (Weißer Ring, Wildwasser, Frauenhäuser)
- In unserer Hilfe/ bzw. bei unserem Klientel steht Gewalt gegen Frauen seltenst an einer der obersten Prioritäten, meist aber Erhalt der Wohnung, psych. Wohlbefinden, und Kampf gegen Vereinsamung. Viele unserer Betreuten haben in der Vergangenheit Gewalt erlebt, sind aber nicht aktuell betroffen, da sie meist nicht in einer Beziehung leben und meist erst wieder Kontakte knüpfen müssen. Wir betreuen auch 2-3 gewaltbetroffene Männer und unterscheiden in unserer Arbeit weniger das Geschlecht der Betroffenen, sondern die individuelle Wirkung der Erfahrungen.
- Da % Kontakt- und Beratungsstellenbesucher sind und nur 20 – 23 Personen Betreuungsverträge mit uns haben, davon 15 Personen Frauen, liegt die Anzahl der von Ihnen erfragten Gruppe sehr niedrig bis gar nicht, somit können wir Ihnen vermutlich schlecht weiterhelfen. Betroffene Frauen vermitteln wir zusätzlich an geeignete Stellen weiter.
- Unklar ist, was mit gewaltbetroffen gemeint ist. Wir haben z.B. Klienten, welche vor 30 Jahren Gewalt im häuslichen Umfeld, aber auch im Heim oder in der Klinik erfahren haben. Diese Gewalterfahrung steht in unserer Arbeit nicht im Vordergrund.
- Frauenanteil in unserer Einrichtung erst seit 2004 ansteigend bis max. 50%, ab 2006 wird erstmals spezifische Frauengruppe (Thema: Familie und Partnerschaft) stattfinden als geschlossene Gruppe; beinhaltet auch entwicklungsge-schichtliche Themen wie Gewalterfahrungen und Bewältigung von Lebenskrisen

- Welchem wirklichen Anliegen dient diese Art von Befragung?
- Schwer belastete Frauen können schwer alleine leben. Es braucht mehr Dauerwohnplätze oder Wohnungen mit geringer Betreuung und Kontaktmöglichkeit nach der Therapie in TWG's.
- Als Krankenpfleger wäre ich froh, wenn ich mir mal ein Frauenhaus ansehen könnte; leider zu wenig weiß, ob es Beratungsstellen gibt; dieses Thema wird noch zu sehr totgeschwiegen; wie sieht es mit gewaltbetroffenen psychisch kranken Männern aus?
- Nachfragen bzgl. sexueller Orientierung sind in diesem Kontext sehr unspezifisch, somit kaum relevant für eine Evaluierung des Gesamtbildes

8.5 Befragung der Anti-Gewalt-Einrichtungen

Die Befragung richtete sich an 35 Anti-Gewalt-Einrichtungen in Berlin.

8.5.1 Anschreiben und Musterfragebogen

Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz



Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz
Oranienstraße 106, 10969 Berlin

**An die
Berliner Anti-Gewalt-Einrichtungen**
(entsprechend Verteiler)

Geschäftszeichen (bei Antwort bitte angeben)

II B 16

Bearbeiter/in

Frau Baude

Zimmer

3070

Telefon

(030) 9028 (Intern: 928) 2829

Telefax

(030) 9028 (Intern: 928) 3155

Datum

25.Oktober 2005

Sehr geehrte Damen,

ich wende mich heute mit der Bitte um Unterstützung an Sie.

Wie Sie wissen, hat geschlechtsbezogene Gewalt enorme Folgen für die psychische Gesundheit von Frauen und bedarf eines spezifischen Behandlungssettings auch im psychiatrischen Versorgungssystem. Vor diesem Hintergrund wurde auf gemeinsame Initiative der Senatsverwaltung für Wirtschaft, Arbeit und Frauen und der Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz eine multidisziplinäre Arbeitsgruppe „Frauen und Psychiatrie“ gegründet, um die psychiatrische Versorgung für gewaltbetroffene Frauen zu verbessern.

Die Arbeitsgruppe setzt sich zusammen aus Vertreterinnen und Vertretern der klinischen und ambulanten/komplementären psychiatrischen Versorgung, der Sozialpsychiatrischen Dienste, der bezirklichen Psychiatriekoordinatoren, von Frauenberatungsstellen und Zufluchtseinrichtungen (häusliche Gewalt, sexuelle Gewalt) sowie den Senatsverwaltungen für Wirtschaft, Arbeit und Frauen und für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz.

Ziele der AG sind die Implementierung frauenspezifischer Ansätze in die klinische, ambulante und komplementäre Versorgung und eines effektiven Kooperationsmodells, um für gewaltbetroffene Frauen in psychischen Krisensituationen sowie mit psychischen Erkrankungen ein übergreifendes Hilfeangebot zu schaffen. Die Ermittlung von Basisdaten zur aktuellen Versorgungssituation in Berlin ist eine Voraussetzung für dieses Vorhaben.

Vor diesem Hintergrund erfolgt eine Befragung der in der psychiatrischen Versorgung engagierten Einrichtungen sowie von Einrichtungen der Anti-Gewalt-Arbeit.

Die gewonnenen Daten sollen dazu dienen, den Ist-Stand abzubilden und Defizite erkennbar zu machen. Sie bilden gleichzeitig die Grundlage für eine angestrebte Vernetzung. Eine Veröffentlichung der Ergebnisse dieser Befragung ist geplant.

Für alle Einrichtungen wurde ein gemeinsames Grundgerüst an Fragen entwickelt, um so eine hohe Vergleichbarkeit der gewonnenen Daten zu erreichen. Daher gestatten Sie mir noch zwei inhaltliche Hinweise zu dem Ihnen jetzt vorliegenden Fragebogen: Als psychische Erkrankungen werden in diesem Fragebogen diejenigen Erkrankungen verstanden, die den Kriterien der ICD-10 entsprechen. Unter psychiatrie-betroffenen Frauen werden diejenigen Frauen verstanden, die in der Vergangenheit mit dem stationären psychiatrischen Versorgungssystem in Kontakt gekommen sind.

Ich übersende Ihnen den Fragebogen mit der herzlichen Bitte, diesen für Ihre Einrichtung auszufüllen und an die Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz - II B 16 – Oranienstraße 106, 10969 Berlin bis **zum 15. November 2005** zurückzuschicken.

Die mit der Befragung gewonnenen Daten sollen dazu beitragen, Kooperationsbeziehungen zu fördern und Vernetzungen herzustellen. Vor diesem Hintergrund richte ich die Bitte an Sie, deutlich im Fragebogen kenntlich zu machen, falls Daten nicht für eine Veröffentlichung berücksichtigt werden sollen.

Für Rückfragen stehe ich Ihnen gern persönlich zur Verfügung (Tel.:9028 2937); Sie können sich aber auch an Frau Winkler oder Frau Baude, beide zuständig für die Koordination der Befragungen, mit Ihrem Anliegen wenden (Tel.: 9028 2829).

Ich danke Ihnen für Ihre Geduld und hoffe auf Ihre aktive Mitwirkung.

Mit freundlichen Grüßen
Im Auftrag
Heinrich Beuscher
Landesbeauftragter für Psychiatrie

Bestandsaufnahme der Angebote für psychisch kranke Frauen mit Gewalterfahrung

Befragung aller an der Versorgung Beteiligten

1. Fragen zur Einrichtung

1.1 Name der Einrichtung

1.2 Adresse (bitte auch Bezirk benennen, wenn nicht anonym)

1.3 Telefon _____, e-Mail _____

FAX _____

1.4 Ansprechpartnerin _____

1.5 Zu welchen Zeiten sind Sie für Frauen direkt erreichbar (persönlich, telefonisch – kein Anrufbeantworter)?

1.6 Sind Sie für Rollstuhlfahrerinnen in Ihren Räumen erreichbar?

ja nein

Sonstiges (bitte beschreiben) _____

1.7 Welche Schwerpunkte hat Ihre Einrichtung?

1.8 Wie viele Frauen nutzen Ihre Einrichtung pro Jahr durchschnittlich?³¹ _____

davon mit Migrationshintergrund³² _____%

Frauen mit Behinderungen³³ _____%

lesbische Frauen _____%

³¹ Wenn Sie diese Merkmale nicht erheben, können Sie eine Einschätzung angeben (dann bitte mit „s“ - Schätzung kennzeichnen. Wenn Ihnen eine Einschätzung nicht möglich ist, lassen Sie das Feld bitte unausgefüllt.

³² Frauen mit Migrationshintergrund: Gemeint sind Frauen, die selbst migriert sind oder deren Herkunftsfamilien eine Migrationserfahrung haben, unabhängig von (auch deutscher) Staatsangehörigkeit bzw. Sprachkenntnissen.

³³ Gemeint sind Frauen mit körperlicher, geistiger, seelischer und/oder Sinnesbehinderung.

Wenn Sie eine Wohneinrichtung führen, beantworten Sie bitte auch die Fragen 1.9 bis 1.11

1.9 Wie viele Plätze hat Ihre Wohneinrichtung? _____

1.10 Wie viele Frauen nutzen Ihre Wohneinrichtung pro Jahr durchschnittlich?³⁴ _____
davon mit Migrationshintergrund _____%
Frauen mit Behinderungen _____%
lesbische Frauen _____%

1.11 Nehmen Sie psychisch kranke (psychiatriebetroffene) gewaltbetroffene Frauen auf?

Nein Ja

Gibt es Einschränkungen – falls ja, welche?

2. Biografische Fragen zur Zielgruppe psychisch kranker (psychiatriebetroffener) Frauen mit Gewalterfahrungen

2.1 Liegen in Ihrer Einrichtung Erfahrungen mit psychisch kranken (psychiatriebetroffenen) Frauen mit Gewalterfahrung vor?

ja
nein

2.2 Wie hoch ist der Anteil an psychisch kranken (psychiatriebetroffenen) Frauen mit Gewalterfahrung an allen Nutzerinnen pro Jahr durchschnittlich?

unter 5% zwischen 5 und 9% zwischen 10 und 29% zwischen 30 und 49% mehr als 50%

2.3 In welchem Alter sind diese Nutzerinnen?

18 – 27: _____% 28 – 39: _____% 40 – 55: _____% über 55: _____%

2.4 Wie groß ist unter den psychisch kranken (psychiatriebetroffenen) Frauen mit Gewalterfahrung der Anteil der Frauen mit minderjährigen Kindern?

<25% 25-50% 51-75% >75%

Falls Sie eine Wohneinrichtung führen, beantworten Sie bitte auch diese Frage:

2.5 Nehmen Sie psychisch kranke (psychiatriebetroffene) gewaltbetroffene Frauen mit minderjährigen Kindern auf?

Nein Ja

Gibt es Einschränkungen – falls ja, welche?

³⁴ Bitte auf Bewohnerinnen beziehen.

2.6 Aus welchen Ländern kommen psychisch kranke (psychiatriebetroffene) Frauen mit Migrationshintergrund und Gewalterfahrung am häufigsten? (bitte höchstens 3 Nennungen)

2.7 Wie hoch ist der Anteil dieser Frauen, mit denen Sie sich nicht auf deutsch verständigen können? _____%

2.8 Wie verständigen Sie sich mit Frauen, die über keine ausreichenden deutschen Sprachkenntnisse verfügen? (Mehrfachnennung möglich)

In der Einrichtung gibt es muttersprachliche Mitarbeiterinnen.
Wenn ja, welche Sprache(n)?

Bei Bedarf werden Dolmetscherinnen / Sprachmittlerinnen hinzugezogen.

Die Einrichtung hat Mitarbeiter/innen, die über Fremdsprachenkenntnisse verfügen.
Wenn ja, welche Sprache(n)?

2.9 Wie verständigen Sie sich mit Frauen, wenn eine Hör- bzw. Sprachbehinderung vorliegt ?

—

2.10 Wie erfahren Sie von

... aktuell erlebter Gewalt?

ist Bestandteil der Anamnese

anderes
bitte erläutern:

durch entsprechende Nachfrage

gar nicht

Klientin erzählt von selbst

... in der Biographie erlebter Gewalt?

ist Bestandteil der Anamnese

anderes
bitte erläutern:

durch entsprechende Nachfrage

gar nicht

Klientin erzählt von selbst

—
—
2.11 Wie erfahren Sie von psychischer Erkrankung (Psychiatriebetroffenheit)?

- ist Bestandteil der Anamnese
 durch entsprechende Nachfrage
 Klientin erzählt von selbst
 anderes bitte erläutern:
 gar nicht
- —

—
—
2.12 Über welche psychischen Beeinträchtigungen berichten die Frauen hauptsächlich (incl. Substanzmittelstörungen)?

—
—
—

3. Fragen zum Angebot Ihrer Einrichtung

3.1 Haben Sie Angebote speziell für die Zielgruppe psychisch kranke (psychiatriebetroffene) Frauen mit Gewalterfahrung?

- Ja, bitte benennen Sie diese
 Nein
- —
—

3.2 Werden Frauen vom psychiatrischen Versorgungssystem an Ihre Einrichtung vermittelt?

- Ja, von/vom
 Nein
- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Krankenhaus, Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie | <input type="checkbox"/> niedergelassene Psychiater/innen | <input type="checkbox"/> niedergelassene Psychotherapeutinnen / -therapeuten |
| <input type="checkbox"/> Sozialpsychiatrischen Dienst | <input type="checkbox"/> Betreutes Wohnen (Therapeutische Wohngemeinschaft, betreutes Einzelwohnen etc.) | <input type="checkbox"/> Psychosoziale Kontakt- und Beratungsstelle |
| <input type="checkbox"/> Berliner Krisendienst | <input type="checkbox"/> andere (bitte erläutern): | |
-

3.3 Vermitteln Sie Frauen auch in Hilfen des psychiatrischen Versorgungssystems?

- Ja
 Nein

Wohin vermitteln Sie?

Krankenhaus, Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie

niedergelassene Psychiater/innen

niedergelassene Psychotherapeutinnen / -therapeuten

Sozialpsychiatrischen Dienst

Betreutes Wohnen (Therapeutische Wohngemeinschaft, betreutes Einzelwohnen etc.)

Psychosoziale Kontakt- und Beratungsstelle

Berliner Krisendienst

andere (bitte erläutern

3.4 Was fehlt Ihnen für die betroffenen Frauen in den bestehenden Hilfesystemen?

-

-

-

4. Fragen zu den Beschäftigten

4.1 Wie viele (rechnerische) Vollzeitstellen stehen Ihrer Einrichtung zur Verfügung?

4.2 Wie viele Mitarbeiterinnen hat Ihre Einrichtung?

festangestellt _____

Honorarkräfte _____

Ehrenamtliche _____

Sonstige _____

4.3 Welche Qualifikation haben Ihre Mitarbeiterinnen? (Mehrfachantwort ist möglich)

Ärztin für Psychiatrie/ Psychotherapie

Psychologin

Psychotherapeutin (Richtlinientherapeutin)

Sozialarbeiterin, Sozialpädagogin

Ergotherapeutin

Krankenpflegerin

Zertifizierte Traumatherapeutin

weitere _____

weitere _____

4.4 Haben Mitarbeiterinnen Ihrer Einrichtung bereits Fort- und Weiterbildung genutzt in Bezug auf

geschlechtsspezifische Gewalterfahrungen?

Ja

Nein

Wenn nein, warum nicht?

kein Bedarf

- kein Fortbildungsangebot
 - anderes:
-

Es besteht (weiterer) Fortbildungsbedarf.

Umgang mit Traumata?

- Ja Nein

Wenn nein, warum nicht?

- kein Bedarf
 - kein Fortbildungsangebot
 - anderes:
-

Es besteht (weiterer) Fortbildungsbedarf.

psychische Erkrankungen?

- Ja Nein

Wenn nein, warum nicht?

- kein Bedarf
 - kein Fortbildungsangebot
 - anderes:
-

Es besteht (weiterer) Fortbildungsbedarf.

interkulturelle Kompetenz?

- Ja Nein

Wenn nein, warum nicht?

- kein Bedarf
 - kein Fortbildungsangebot
 - anderes:
-

Es besteht (weiterer) Fortbildungsbedarf.

spezielle Problemlagen lesbischer Frauen?

- Ja Nein

Wenn nein, warum nicht?

- kein Bedarf
 - kein Fortbildungsangebot
 - anderes:
-

Es besteht (weiterer) Fortbildungsbedarf.

spezielle Problemlagen behinderter Frauen (s. a. Fußnote 3)

- Ja Nein

Wenn nein, warum nicht?

- kein Bedarf
 - kein Fortbildungsangebot
 - anderes:
-

Es besteht (weiterer) Fortbildungsbedarf.

5. Kooperation/Vernetzung

5.1 Mit welchen Einrichtungen kooperieren Sie im Kontext gewaltbetroffener psychisch kranker (psychiatriebetroffener) Frauen im Einzelfall?

5.2 In welchen Formen finden diese Kooperationen statt?

5.3 In welchen Kooperations-/Vernetzungsgremien arbeitet Ihre Einrichtung mit psychiatrischen Einrichtungen zusammen?

5.4 Welche weitergehenden Kontakte und Kooperationen wären für Ihre Arbeit im Hinblick auf psychisch kranke (psychiatriebetroffene) gewaltbetroffene Frauen hilfreich?

Wenn Sie darüber hinaus Anmerkungen, Anregungen, Ergänzungen zum Befragungsthema haben, würden wir uns freuen, dies zu erfahren:

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

8.5.2 Auswertung

Im Vorfeld der Befragung wurden – ergänzend zu den alle Befragungsbereiche betreffenden Ausgangsthesen – für die Befragung der Anti-Gewalt-Einrichtungen folgende Befragungsziele und Fragestellungen bzw. Ausgangsthesen formuliert:

- **Ziel** war, einen Überblick zu gewinnen über
 - vorhandene Angebote (auch Angebote mit Modellcharakter)
 - vorhandene Vernetzungen/Kooperationen
 - bestehende Defizit/Lücken in der Versorgung
 - vorhandene bzw. fehlende "Qualifikationen/Informationen" zum Umgang mit der Zielgruppe
- **Ausgangsthesen** waren
 - Es gibt nicht genug Spezifizierung.
 - Es gibt nicht genug Vernetzung.
 - Der Gesundheitsaspekt findet bei Anti-Gewalt-Einrichtungen zu wenig Berücksichtigung.
 - Für psychisch kranke Frauen gibt es keine fachlich fortgebildeten Fachkräfte.
 - In Wohnprojekten kann psychische Erkrankung ein Ausschlussgrund für die Aufnahme sein.
- **Fragestellungen** waren z.B.
 - Welche Angebote mit welchen Kapazitäten stehen zur Verfügung?
 - Wie groß ist der Anteil psychisch erkrankter Frauen in den Einrichtungen (ggf. auch Einschätzung)?
 - Haben die betroffenen Frauen "Kontakte" zum psychiatrischen Versorgungssystem bzw. haben sie diese gehabt?
 - Welche Anbindung/Kooperation gibt es heute schon zwischen den Einrichtungen und dem psych. Versorgungssystem (z.B. in PSAG)?
 - Wie hoch ist der Informationsgrad über psychische Erkrankungen?

Der Fragebogen ist an 35 Anti-Gewalt-Einrichtungen in Berlin verschickt worden. Von 24 Anti-Gewalt-Einrichtungen wurde der Fragebogen beantwortet; dies entspricht einer Rücklaufquote von rund 69%.

Im Folgenden werden die Antworten auf die einzelnen Fragen zusammengefasst dargestellt (zur leichteren Orientierung wird die jeweilige Frage aus dem Fragebogen vorangestellt).

1. Fragen zur Einrichtung

1.5 Zu welchen Zeiten sind Sie für Frauen direkt erreichbar (persönlich, telefonisch – kein Anrufbeantworter)?

Zu dieser Frage lagen umfangreiche Angaben von 21 Anti-Gewalt-Einrichtungen vor. Zwei Einrichtungen haben keine Angabe gemacht, eine hat auf ein Info-Blatt verwiesen, das jedoch nicht beigelegt war.

Die persönliche Erreichbarkeit war vor allem zu den gängigen Zeiten (montags bis donnerstags bis 18 Uhr, freitags bis 15 Uhr) gegeben; zusätzlich haben mehrere Einrichtungen darauf hingewiesen, nach Absprache über den genannten Zeitrahmen hinaus zur Verfügung zu stehen.

Von vornherein umfassender war die direkte Erreichbarkeit der Frauenhäuser sowie der BiG-Hotline (täglich mindestens von 9-18 Uhr, zum Teil rund um die Uhr); das Frauenkrisentelefon war sowohl Freitagabend als auch am weiteren Wochenende zu eingegrenzten Zeiten (jeweils 2 Stunden) erreichbar.

1.6 Sind Sie für Rollstuhlfahrerinnen in Ihren Räumen erreichbar?

Hierzu haben alle Einrichtungen geantwortet.

Tabelle A 52:

Uneingeschränkt zugänglich	eingeschränkt, z.B. Schwellen	Beratung dann in anderen Räumen	keine Lösung für Rollstuhlfahrerinnen
8	4	3	9

1.7 Welche Schwerpunkte hat Ihre Einrichtung?

Hierzu haben alle Einrichtungen umfangreiche Angaben übermittelt. Die Angebote bezogen sich auf

- Schutz, Beratung und Unterstützung für Frauen und ihre Kinder bei häuslicher Gewalt
- Zufluchtswohnungen für Frauen mit und ohne Kinder, weitere vorübergehende Wohnmöglichkeiten
- soziale, psychologische, rechtliche, finanzielle und gesundheitliche Beratung, Krisenberatung; Prozessbegleitung, Beratung für Angehörige, Beratung von Professionellen
- Beratung und Krisenintervention bei Frauen, die sexualisierte Gewalt im Erwachsenenalter erlebt haben; auch Frauen mit Missbrauchserfahrung
- Beratung und Information für lesbische und bisexuelle Frauen und Mädchen, transidente Menschen
- Beratung und Betreuung von Menschen mit besonderen Problemen: Ess-Störungen, HIV/ AIDS, Opfer oder potenziell Betroffene von Menschenhandel, Gewalterfahrung im Migrationsprozess; Opfer von sexualisierter Gewalt in Kindheit und Jugend
- Kommunikations- und Lernzentren für Frauen, Hilfe zur Selbsthilfe, Gesundheitsförderung, umfangreiche Kursangebote
- Öffentlichkeitsarbeit allgemein und speziell für gewaltbetroffene Migrantinnen; koordinierende Aufgaben

1.8 Wie viele Frauen nutzen Ihre Einrichtung pro Jahr durchschnittlich?

Hierzu haben 21 Einrichtungen Angaben übermittelt, die in vier Fällen als Schätzungen ausgewiesen wurden. Eine Einrichtung hat darauf hingewiesen, dass in der von ihnen genannten Zahl Mehrfachkontakte enthalten waren, eine andere hat zusätzlich zur Zahl der Frauen die betreuten Kinder (350) benannt, die aber in der Auswertung nicht weiter berücksichtigt/ mitgezählt wurden. Mehrere Einrichtungen haben darauf hingewiesen, dass sich ihre Angaben auf 2004 beziehen, bei einer Einrichtung waren es die Werte von 2003.

Die Zahlen weisen eine erhebliche Bandbreite auf; 27 und damit die kleinste Zahl stammt von einem Wohnprojekt, die größte mit 12.000 Nutzerinnen wurde von einem Frauenzentrum mit umfangreichem Beratungs- und Kursangebot benannt.

Tabelle A 53:

Unter 100 Nutzerinnen	100 bis 250 Nutzerinnen	251 bis 500 Nutzerinnen	501 bis 1000 Nutzerinnen	Über 1.000 Nutzerinnen
1	3	4	5	8

Die Addition aller Nutzerinnenzahlen ergab einen Wert von 50.850. Im Rahmen der Diskussion der Ergebnisse in der AG wurde deutlich, dass einige Einrichtungen konkrete Nutzerinnenzahlen angegeben hatten, während andere die Anzahl der Kontakte (die ggf. Mehrfachzählungen beinhalten) benannt hatten. Insofern konnten keine weiteren Aussagen getroffen werden.

Einschätzungen und Angaben zum Anteil der **Frauen mit Migrationshintergrund** haben 21 Einrichtungen übermittelt. Auch hier gab es eine erhebliche Bandbreite:

Tabelle A 54:

Anteil Nutzerinnen mit Migrationshintergrund - unter 5%	Anteil Nutzerinnen mit Migrationshintergrund – 5% bis 15%	Anteil Nutzerinnen mit Migrationshintergrund – 16% bis 30%	Anteil Nutzerinnen mit Migrationshintergrund – 31% bis 50%	Anteil Nutzerinnen mit Migrationshintergrund - über 50%
1	2	4	6	8

Damit lagen die Zahlen zum Teil erheblich über dem Anteil der Frauen mit Migrationshintergrund an der weiblichen Wohnbevölkerung Berlins (rund 12%).

Eine genaue Betrachtung der 8 Einrichtungen, deren Klientel überwiegend aus Frauen mit Migrationshintergrund bestand, zeigte:

- 3 hatten fast ausschließlich Nutzerinnen mit Migrationshintergrund (benannt wurden 99% und 100%)
- 2 wandten sich ebenfalls zum weit überwiegenden Teil an Frauen mit Migrationshintergrund (benannt wurden 87% und 90%)
- 3 weitere hatten mehrheitlich Nutzerinnen mit Migrationshintergrund (benannt wurden: 57%, 60% und 70%)

Interessant war darüber hinaus eine Anmerkung einer weiteren Beratungseinrichtung: Sie bezifferte den Anteil auf 44 % und wies dabei darauf hin, dass darunter 15,2% der Frauen einen deutschen Pass hatten.

Einschätzungen und Angaben zum Anteil der **Frauen mit Behinderungen** haben 16 Einrichtungen übermittelt; eine dieser Einrichtungen hat dazu mitgeteilt, dass dies nicht erfasst wurde.

Von den somit verbleibenden 15 Einrichtungen lagen Zahlenangaben vor, die sich zwischen unter 1% (kleinster Wert) bis 35% (größter Wert) bewegten.

Tabelle A 55:

Anteil behinderter Nutzerinnen - bis 5%	Anteil behinderter Nutzerinnen - über 5% bis 10%	Anteil behinderter Nutzerinnen - über 10% bis 20%	Anteil behinderter Nutzerinnen - über 20% bis 30%	Anteil behinderter Nutzerinnen - über 30% bis 40%
7	3	3	1	1

Einschätzungen und Angaben zum Anteil der **lesbischen Frauen** haben 13 Einrichtungen übermittelt; eine davon hat die Frage allerdings nur mit einem Fragezeichen beantwortet. Die Angaben reichten von 0% (geringster Wert) bis 80% (höchster Wert, der von der Lesbenberatung angegeben wurde):

- 1 Nennung entfiel auf 0%
- 8 Nennungen entfielen auf einen Wert von unter 5%
- 2 Nennungen entfielen auf einen Wert von 10%
- 1 Nennung entfiel auf 80%

Der Fragebogen sah in der Folge Fragen (1.9 bis 1.11) an die Anti-Gewalt-Einrichtungen vor, die eine Wohneinrichtung führen.

1.9 Wie viele Plätze hat Ihre Wohneinrichtung?

13 Einrichtungen haben dazu Angaben übermittelt. 6 Einrichtungen haben die Platzzahl konkret in Plätze für Frauen und Plätze für Kinder aufgeschlüsselt. Insgesamt wurden 357 - 363 Plätze benannt, wobei davon ein Teil explizit für Kinder ausgewiesen wurde (77-83 Plätze)³⁵. Die Platzzahlen reichten von 5 (kleinster Wert) bis 53 (größter Wert).

1.10 Wie viele Frauen nutzen Ihre Wohneinrichtung pro Jahr durchschnittlich?

Von den 13 Wohneinrichtungen, die zur vorigen Frage Angaben übermittelt haben, haben 12 die Frage zur durchschnittlichen jährlichen Nutzung beantwortet. Die Angaben der 12 Wohneinrichtungen ergaben in der Addition eine Zahl von 1.258 bzw. 1.260 Nutzerinnen³⁶; eine Einrichtung hat darüber hinaus die Zahl der von ihr betreuten Kinder angegeben.

Die Nutzerinnenzahlen der einzelnen Einrichtungen variierten erheblich; sie reichten von 5 Nutzerinnen (kleinster Wert) bis zu 350 Nutzerinnen (größter Wert).

Zur Frage des **Anteils der Nutzerinnen mit Migrationshintergrund** haben alle 13 Wohneinrichtungen geantwortet. Danach war erkennbar, dass Frauen mit Migrationshintergrund einen erheblichen Stellenwert an der Klientel ausmachten:

Tabelle A 56:

Anteil Nutzerinnen mit Migrationshintergrund - kleiner als 35%	Anteil Nutzerinnen mit Migrationshintergrund - 35% bis 49%	Anteil Nutzerinnen mit Migrationshintergrund - 50% bis 60%	Anteil Nutzerinnen mit Migrationshintergrund - über 60%

³⁵ Zwei Einrichtungen haben für ihre Platzkapazitäten jeweils Spannbreiten angegeben, die für die Auswertung so übernommen wurden.

³⁶ Eine Einrichtung hat dazu eine Spannweite angegeben.

0	3	6	3
---	---	---	---

Der kleinste Anteil wurde von einer Einrichtung mit 35% angegeben, der höchste Anteil wurde mit 95% beziffert.

10 Einrichtungen haben Angaben zum Anteil der **Nutzerinnen mit Behinderungen** übermittelt. Von diesen 10 hat eine Einrichtung darauf hingewiesen, dass dies nicht erhoben wird. Die weiteren Angaben reichten von 0% (kleinster Wert) bis 38,5% (größer Wert):

Tabelle A 57:

Anteil Nutzerinnen mit Behinderungen 0% - 10 %	Anteil Nutzerinnen mit Behinderungen 11% bis 20 %	Anteil Nutzerinnen mit Behinderungen 21% bis 30 %	Anteil Nutzerinnen mit Behinderungen > 30%
4	2	1	2

Zur Frage nach dem Anteil der **lesbischen Frauen** haben sich ebenfalls 10 Einrichtungen geäußert. Von diesen 10 hat eine Einrichtung darauf hingewiesen, dass dies nicht erhoben wird, eine andere hat die Frage mit einem Fragezeichen quittiert und eine dritte Einrichtung hat dazu „bisher eine Frau“ geantwortet. Die Zahlenwerte der verbleibenden 7 Einrichtungen gliederten sich wie folgt:

Tabelle A 58:

Anteil der lesbischen Frauen - 0%	Anteil der lesbischen Frauen - unter 5%	Anteil der lesbischen Frauen – 5% bis 10%
2	3	2

1.11 Nehmen Sie psychisch kranke (psychiatriebetroffene) gewaltbetroffene Frauen auf?

13 Wohneinrichtungen haben dazu Angaben übermittelt; 4 Einrichtungen verneinten diese Frage, eine Einrichtung antwortete zwar nein, versah dies aber mit dem Hinweis, dass in absoluten Ausnahmefällen doch eine Aufnahme erfolge, vorausgesetzt es liege keine akute Krankheit vor und die Betreuung würde als sinnvoll/möglich eingeschätzt.

8 Wohneinrichtungen nahmen psychisch kranke (psychiatriebetroffene) gewaltbetroffene Frauen auf; allerdings benannten alle Einrichtungen auch Ausschlussgründe (z.B. akute Krise) bzw. umgekehrt Voraussetzungen, die gegeben sein mussten, damit eine Aufnahme erfolgen konnte (z.B. Gemeinschaftsfähigkeit der Frau). Im Einzelnen werden genannt:

Tabelle A 59:

Ausschlussgrund bzw. Mindestanforderungen	Anzahl
akute Krise/ Erkrankung, Psychose, psychotische Reaktionen, Suizidgefahr	6
selbständige Versorgung, Alltagsbewältigung	2
Gemeinschaftsfähigkeit	4
keine Drogen, kein Alkohol	1
akute Suchtmittelabhängigkeit	2

2.1 Liegen in Ihrer Einrichtung Erfahrungen mit psychisch kranken (psychiatriebetroffenen) Frauen mit Gewalterfahrung vor?

Hierzu haben 23 Anti-Gewalt-Einrichtungen geantwortet - 22 haben die Frage bejaht, wobei eine Einrichtung explizit darauf hingewiesen hat, dass dies nur Einzelfälle seien. Darüber hinaus hat eine Einrichtung die Frage verneint. (Anmerkung: Dies war erstaunlich, da diese Einrichtung als einen Aufgabenschwerpunkt die Beratung in Fällen häuslicher Gewalt benannt hatte.)

2.2 Wie hoch ist der Anteil an psychisch kranken (psychiatriebetroffenen) Frauen mit Gewalterfahrung an allen Nutzerinnen pro Jahr durchschnittlich?

Zu dieser Frage haben 21 Einrichtungen konkrete Werte (teilweise als Schätzungen ausgewiesen) übermittelt; 1 Einrichtung hat lediglich darauf hingewiesen, dass eine Angabe nicht möglich sei. Im Einzelnen:

Tabelle A 60:

unter 5%	5% bis inkl. 9%	10% bis inkl. 29%	30% bis inkl. 49%
5	9	3	4

Die vorgesehene Antwortkategorie „mehr als 50%“ wurde von keiner Einrichtung angekreuzt.

2.3 In welchem Alter sind diese Nutzerinnen?

Von den 24 Anti-Gewalt-Einrichtungen, die den Fragebogen ausgefüllt zurück geschickt haben, haben 6 sich zu dieser Frage nicht geäußert. Weitere 2 Einrichtungen haben mitgeteilt, dass dies nicht erfasst wurde. Keine exakten Angaben haben 3 andere Befragte übermittelt: Eine Einrichtung wies darauf hin, dass alle Altersgruppen ab 18 Jahre vertreten waren, eine weitere, dass ihre Klientel zumeist in der Altersgruppe 28 - 39 Jahre zu finden war, und eine dritte Einrichtung hatte lediglich die Altersgruppe 40 - 55 Jahre mit einem Kreuz versehen.

Damit verbleiben Angaben von 13 Einrichtungen, die weiter ausdifferenziert waren. Allerdings haben davon 2 Einrichtungen andere Alterskategorien gewählt (die wiederum auch nicht deckungsgleich waren) als die im Fragebogen vorgesehenen und dazu folgendes benannt:

Tabelle A 61:

jünger als 20 Jahre	20 - 30 Jahre	30 - 40 Jahre	40 - 50 Jahre	50 - 60 Jahre	älter als 60 Jahre
5 %	38,8 %	32,6 %	17,4%	4,4 %	1,2 %

Tabelle A 62:

18 - 25 Jahre	26 - 40 Jahre	41 - 70 Jahre	Alter unbekannt
25 %	33,75 %	32,5%	8,75 %

Nachfolgend werden die Angaben der 11 Einrichtungen, die ihre Angaben an den im Fragebogen vorgegebenen Alterskategorien ausgerichtet haben, abgebildet:

Tabelle A 63:

Einrichtung lfd. Nummer	zwischen 18-27 Jahren	zwischen 28-39 Jahren	zwischen 40-55 Jahren	über 55 Jahre
1	5%	50%	30%	15%
2	50%	50%		
3	30%	30%	30%	10%
4	20%	44%	25%	6%
5	40%	40%	20%	
6	30%	40%	30%	
7	32%	40%	24%	4%
8 (alle Nutz.)	30%	30%	30%	10%
9	5%	95%		
10	25%	30%	30%	10%
11	15%	30%	45%	10%

Die unter der lfd. Nummer 8 ausgewiesene Einrichtung hatte ihre Prozentangaben mit dem Hinweis „alle Nutzerinnen“ versehen, sodass zu vermuten war, dass die Angaben sich nicht speziell auf die erfragte Zielgruppe bezogen.

Aufgrund der hohen Ausfallquote bei dieser Frage ist der Aussagewert ohnehin begrenzt: erkennbar ist aber der deutlich geringere Anteil der älteren Frauen (über 55 Jahre).

2.4 Wie groß ist unter den psychisch kranken (psychatriebetroffenen) Frauen mit Gewalterfahrung der Anteil der Frauen mit minderjährigen Kindern?

Von den 24 Anti-Gewalt-Einrichtungen, die den Fragebogen ausgefüllt haben, haben sich 6 zu dieser Frage nicht geäußert. Weitere 4 Einrichtungen haben mitgeteilt, dass dies nicht erfasst wurde bzw. unbekannt war, eine andere Einrichtung hat die Frage nur mit einem Fragezeichen versehen.

Somit verbleiben Angaben von 13 Einrichtungen, die näher betrachtet werden können.

Tabelle A 64:

Anteil Nutzerinnen mit minderjährigen Kindern - < 25%	Anteil Nutzerinnen mit minderjährigen Kindern – 25% - 50%	Anteil Nutzerinnen mit minderjährigen Kindern – 51% - 75%	Anteil Nutzerinnen mit minderjährigen Kindern - >75%
7	4	1	1

Der Fragebogen sah anschließend eine Frage (Nr. 2.5) speziell an die Anti-Gewalt-Einrichtungen, die eine Wohneinrichtung führen, vor und zwar:

2.5 Nehmen Sie psychisch kranke (psychiatriebetroffene) gewaltbetroffene Frauen mit minderjährigen Kindern auf?

Insgesamt haben 14 Einrichtungen hierzu Angaben übermittelt. Dazu gehörte der Hinweis einer Einrichtung, die ansonsten die Frage weder mit ja noch mit nein beantwortet hatte und selbst auch nur in Ausnahmefällen diese Klientel aufnahm: (siehe oben, Frage Nr. 1. 11); dieser lautete: „Vor längerer Zeit war eine psychiatriebetroffene Frau mit minderjährigen Kindern hier, die wir in die Psychiatrie brachten.“

Die übrigen 13 Antworten teilten sich in 6 „nein“ und 7 „ja“ - Angaben auf; damit war eine weitgehende Übereinstimmung mit den Antworten zu Frage Nr. 1.11 gegeben (dort 8 „ja“-Antworten). Alle Einrichtungen koppelten die Aufnahme an Bedingungen, wie sie bereits unter 1.11 beschrieben wurden; dementsprechend erfolgte in der Regel nur ein Hinweis auf die Angaben zu dieser Vorfrage. Zwei Einrichtungen haben aber noch Ergänzungen vorgenommen: Die eine wies darauf hin, dass die Aufsichtspflicht bei der Mutter liege und daher die angemessene Versorgung der Kinder durch die Mutter gewährleistet sein müsse; eine andere benannte „Jungs über 14 Jahren“ im Kontext der Aufnahmeeinschränkungen.

2.6 Aus welchen Ländern kommen psychisch kranke (psychiatriebetroffene) Frauen mit Migrationshintergrund und Gewalterfahrung am häufigsten? (bitte höchstens 3 Nennungen)

Bei dieser Frage war eine relativ hohe Ausfallquote zu verzeichnen: Von den 24 ausgefüllten Fragebögen enthielten 17 dazu eine Angabe; davon enthielten 5 aber nur Hinweise auf „keine Erfassung“, „unbekannt“ oder die Frage wurde mit einem Fragezeichen quittiert.

Bei den somit verbleibenden Angaben von 12 Einrichtungen war eine schwer zuzuordnen; geantwortet wurde mit „k. A.“, dies wurde aber ergänzt durch „Frauen mit Migrationshintergrund: türkisch, russisch, arabisch“. Für die nachfolgende Tabelle wurde diese Angabe nicht berücksichtigt.

Die (Mehrfach-) Nennungen der somit verbleibenden 11 Einrichtungen ergaben folgendes Bild:

Tabelle A 65:

Migrationshintergrund	Nennungen
türkisch	8
GUS-Staaten	5
ex-Jugoslawien	3
verschiedene afrikanische Länder	3
polnisch	2
iranisch	2
spanischsprachige Länder	2
thailändisch	1
vietnamesisch	1

Zusätzlich gab eine Einrichtung, die zum Migrationshintergrund detaillierte Angaben übermittelt hatte, den Hinweis, dass bezogen auf ihre Einrichtung 33% der psychisch auffälligen Frauen einen Migrationshintergrund hatten.

2.7 Wie hoch ist der Anteil dieser Frauen, mit denen Sie sich nicht auf Deutsch verständigen können?

Hierzu war eine ebenfalls relativ hohe Ausfallquote zu verzeichnen: 8 Einrichtungen haben keine Angaben dazu übermittelt, 3 weitere quittierten diese Frage mit einem Fragezeichen, Strich oder mit dem Hinweis, dass dies nicht erfasst wurde.

Die somit verbleibenden 13 Angaben wiesen eine erhebliche Bandbreite auf:

- 4 Einrichtungen bezifferten den Anteil mit 0%
- 1 Einrichtung mit 0,5%

- 4 Einrichtungen bezifferten den Anteil mit 5-10%
- 1 Einrichtung mit unter 20%
- je 1 Einrichtung benannte 70%, 90%, 100%.

Die drei Einrichtungen mit den höchsten Werten hatten fast ausschließlich Nutzerinnen mit Migrationshintergrund (87% und mehr, siehe Frage Nr. 1.8).

2.8 Wie verständigen Sie sich mit Frauen, die über keine ausreichenden deutschen Sprachkenntnisse verfügen? (Mehrfachnennung möglich)

Zu diesem Fragenblock haben 21 Einrichtungen Angaben übermittelt. Insgesamt ergab sich folgendes Bild:

Tabelle A 66:

Verständigung durch muttersprachliche Mitarbeiterinnen	Verständigung durch Mitarbeiterinnen mit Fremdsprachenkenntnissen	Hinzuziehung von Dolmetscherinnen / Sprachmittlerinnen	Sonstiges
16	15	16	3

- 9 Einrichtungen nutzten alle drei vorgenannten Möglichkeiten für die Verständigung
- 3 Einrichtungen nutzten sowohl Muttersprachlerinnen als auch Mitarbeiterinnen mit Fremdsprachenkenntnissen
- 3 Einrichtungen nutzten Mitarbeiterinnen mit Fremdsprachenkenntnissen und Dolmetscherinnen / Sprachmittlerinnen
- 3 Einrichtungen nutzten ausschließlich Dolmetscherinnen / Sprachmittlerinnen
- 2 Einrichtungen nutzten ausschließlich muttersprachliche Mitarbeiterinnen,
- 1 Einrichtung nutzte dafür ausschließlich Mitarbeiterinnen mit Fremdsprachenkenntnissen
- 1 Einrichtung hatte keine Möglichkeiten außer der Weitervermittlung an geeignete Stellen und hat daher nur „Sonstiges“ angekreuzt
- Die 3 Nennungen zu Sonstiges bezogen sich in zwei Fällen auf die Weitervermittlung an Einrichtungen mit entsprechendem Sprachangebot; die dritte Nennung bezog sich auf die Anmerkung, dass keine finanziellen Mittel zur Hinzuziehung von Sprachmittlerinnen zur Verfügung standen.

Darüber hinaus sei angemerkt, dass eine Einrichtung zwar die Rubrik Muttersprachlerinnen ankreuzte, dann aber keine Details dazu benannte; eine weitere hatte die Frage nach den vorhandenen Fremdsprachenkenntnissen nur mit einem Fragezeichen versehen, im übrigen aber geantwortet.

Die vorhandenen Sprachkompetenzen in den Einrichtungen zeigten ein umfangreiches Spektrum auf; wobei die Tabelle nur die Mehrfachnennungen enthält:

Tabelle A 67:

Sprache	Nennungen	davon Muttersprachlerinnen
englisch	16	2
persisch	8	7
spanisch	8	3
französisch	8	1
polnisch	7	7
russisch	7	4
türkisch	6	6
portugiesisch	2	2
rumänisch	2	2
dari	2	1

Einzelnennungen existierten für folgende Sprachen (in alphabetischer Reihenfolge): Albanisch, hindi, italienisch, ragalos (?), serbo-kroatisch, thai, tschechisch, vietnamesisch. Bis auf Italienisch wurden diese Sprachen komplett durch Muttersprachlerinnen abgedeckt.

2.9 Wie verständigen Sie sich mit Frauen, wenn eine Hör- bzw. Sprachbehinderung vorliegt ?

Hierzu haben 21 Einrichtungen (zum Teil mit Mehrfachnennungen) geantwortet:

- 12 Einrichtungen zogen eine Gebärdendolmetscherin hinzu oder vermittelten (2 Einrichtungen) an geeignete Einrichtungen weiter; 1 Einrichtung verfügte selbst über eine Mitarbeiterin mit Gebärdensprachkenntnissen
- 7 Einrichtungen benannten verschiedene Hilfsmittel zur Verständigung wie z.B.: Schreibtafel, online-Beratung, Fax, Gebärden, sich viel Zeit nehmen
- 4 Einrichtungen wiesen darauf hin, dass dies noch nicht vorgekommen sei

2.10 Wie erfahren Sie von aktuell erlebter Gewalt?

Hierzu haben 21 Anti-Gewalt-Einrichtungen fast komplett mit Mehrfachnennungen geantwortet. Die Antwortkategorien wurden wie folgt benannt:

Tabelle A 68:

„ist Bestandteil der Anamnese“	„durch entsprechende Nachfrage“	„Klientin erzählt von selbst“	„anderes“	„gar nicht“
12	12	18	1	0

- Die Einrichtung, die „anderes“ angekreuzt hat, wies darauf hin, dass sich das Angebot selbst an Gewaltbetroffene richtet.
- Eine Einrichtung, die keine Kategorie ausgewählt hat, erläuterte: „Grundlage der Beratung -Zielgruppe“
- Eine Einrichtung hat das Wort Anamnese durch 1. Beratungsgespräch ersetzt, das Kreuz aber in dieser Kategorie vorgesehen
- Zusätzliche Hinweise, ohne dass dabei eine weitere Rubrik angekreuzt wurde, haben 3 Einrichtungen abgegeben.
 - So erläuterte eine Einrichtung: „Wir erheben keine Anamnesen. Bei Krisenintervention ein kontraproduktives Verfahren.“
 - Eine Einrichtung führte aus, durch Hinweise auf das in der Einrichtung vorhandene spezifische Anti-Gewalt-Beratungsangebot von aktueller Gewalt zu erfahren
 - Eine weitere Einrichtung benannte: „Eventuell wird von der Gewalterfahrung auch durch Ämter, andere Institutionen und durch das Aufnahmegespräch erfahren.“

Zwei Einrichtungen haben angegeben, von Gewalt nur dann zu erfahren, wenn die Klientin selbst erzählt. In diesem Zusammenhang hat eine Einrichtung auf die besondere Spezifikation des Angebotes hingewiesen.

Zum weit überwiegenden Teil wurden dieselben Antworten für die Frage nach dem Erfahren von in der Biografie erlebter Gewalt abgegeben. Die insgesamt abweichenden 6 Antworten bezogen sich vor allem darauf, dass aktuelle Gewalt Bestandteil der Anamnese war und dann nach einer früheren Gewalterfahrung gefragt wurde.

2.11 Wie erfahren Sie von psychischer Erkrankung (Psychiatriebetroffenheit)?

Hierzu haben 21 Einrichtungen weit überwiegend mit Mehrfachnennungen geantwortet.

Die Antwortkategorien wurden wie folgt benannt:

Tabelle A 69:

„ist Bestandteil der Anamnese“	„durch entsprechende Nachfrage“	„Klientin erzählt von selbst“	„anderes“	„gar nicht“
7	17	21	2	1

- Die Nennungen zu „anderes“ wurden wie folgt erläutert:
 - „erschließt sich möglicherweise aus dem Gesprächsverlauf“
 - „Rückmeldungen anderer Bewohnerinnen, auffälliges Verhalten“
- Die Nennung zu „gar nicht“ wurde erläutert mit: „ist auch schon passiert“.
- Eine Einrichtung hat das Wort Anamnese - wie bereits bei der vorherigen Frage - ersetzt und zwar durch „des 1. Gesprächs miteinander“, das Kreuz aber in dieser Kategorie vorgesehen
- Drei zusätzliche Hinweise, ohne dass dabei eine weitere Rubrik angekreuzt wurde, wurde von 3 Einrichtungen im Tenor jeweils wiederholt (Hinweis auf nicht erfolgende Anamnesen bei Krisenintervention; evtl. Informationen durch Ämter, Institutionen; Hinweis auf spezifisches Angebot für psychiatriebetroffene Frauen).

4 Einrichtungen haben angegeben, von psychischer Erkrankung (Psychiatriebetroffenheit) nur dann zu erfahren, wenn die Klientin selbst erzählt.

2.12 Über welche psychischen Beeinträchtigungen berichten die Frauen hauptsächlich (incl. Substanzmittelstörungen)?

Hierzu haben 19 Einrichtungen zum Teil sehr ausdifferenzierte Angaben übermittelt. Die häufigsten Nennungen stellten sich wie folgt dar:

- 16 Nennungen entfielen auf verschiedene Angststörungen
- 12 Nennungen entfielen auf Depressionen
- 7 Nennungen entfielen auf Sucht / Alkohol- und Medikamentenmissbrauch
- 6 Nennungen entfielen auf Suizidgefährdung/Suiziderfahrung
- 6 Nennungen entfielen auf Ess-Störungen und Appetitzüglermisbrauch
- 6 Nennungen entfielen auf Schlafstörungen

Die Nennungen der Einrichtungen im Einzelnen:

- Posttraumatische Belastungsstörung, Dissoziative Störung, Angst-/Panikattacken, Depression, Suizidgefährdung, selbstverletzendes Verhalten
- Ängste, Müdigkeit, psychosomatische Störungen, Schlaflosigkeit, Ess-Störungen
- Posttraumatische Belastungsstörung, Dissoziative Störung, Angststörung, Depression
- Depression, Angst, Panikstörungen, Traumatisierung, Psychosen, frühe Störungen/ Persönlichkeitsstörungen
- Angststörungen, Panikattacken, Psychosen, Borderline, Sucht, Dissoziative Identitätsstörung, Erschöpfungszustände, Depression, Suizidalität, selbstverletzendes Verhalten
- Ängste, Depressionen
- Depression, Angst, geringer Selbstwert, Ess-Störungen, neur. Reaktionen, Alkohol/- Medikamentenabhängigkeit, PTSB, Suizid, Selbstverletzung, Borderline
- Multiple Ängste, Angst vor Verfolgung, Wahnvorstellung, Suizidversuche
- Schizophrenie, Verfolgungswahn, Psychosen
- Angststörungen, Schlafstörungen, Medikamentenmissbrauch
- Angststörung, Ess-Störung, Alkohol- und Medikamentengebrauch, Posttraumatische Belastungsstörung
- Depressionen, Angstzustände, psych. Störungen, Medikamentenabhängigkeit, Schlafstörungen, Ess-Störung
- Depressionen, Angststörungen, Suiziderfahrung, Alkohol- oder Drogenmissbrauch, Persönlichkeitsstörung (insb.Borderline)
- häufiger Appetitzüglermisbrauch

- Depressionen, Selbstmordgefährdung, verwirrt
- Alkohol, Ängste, Depressionen, psych. Instabilität
- Depression, Angst, Schlafstörungen, Essstörung, Sucht, PTSD
- Beziehungsschwierigkeiten, Schlafstörung, Verfolgungsängste
- Angst, Depression, Schlafstörungen, leichte Erregbarkeit, Ärger

3.1 Haben Sie Angebote speziell für die Zielgruppe psychisch kranke (psychiatriebetroffene) Frauen mit Gewalterfahrung?

Diese Frage haben alle Einrichtungen beantwortet.

- 18 Einrichtungen verneinten dies; davon wies aber eine Einrichtung auf eine besondere Kooperation hin
- 6 Einrichtungen beschrieben ein spezielles Angebot
 - Mobile Intervention für traumatisierte Frauen
 - Krisenintervention, ggf. Rufbereitschaft; Begleitung auch während eines Krankenhausaufenthaltes, Tagesklinik/ Reha
 - wir bieten diesen Frauen einen stabilen tragfähigen Kontakt am Telefon im Sinne der ambulanten Hilfestellung
 - Beratung bei Psychologin an 3 Tagen in der Woche; niedrighschwelliger und aufsuchender Zugang direkt im Haus.
 - Psychotherapiegruppe wöchentlich
 - Offener Treff (Gruppe -nicht nur- für psychiatriebetroffene Frauen), Krisenberatung, Krisenintervention, telefonische Anti-Gewalt-Fachberatung

3.2 Werden Frauen vom psychiatrischen Versorgungssystem an Ihre Einrichtung vermittelt?

Diese Frage haben 23 Einrichtungen zumeist mit umfangreichen Mehrfachnennungen wie folgt beantwortet:

- 19 Einrichtungen haben diese Frage bejaht, wobei eine Einrichtung darauf hingewiesen hat, dass nur gelegentlich eine Vermittlung darüber erfolgt;
- 4 Einrichtungen haben diese Frage verneint, wobei eine Einrichtung dies mit dem Hinweis „in der Regel nicht“ versehen hat.

Im Einzelnen ergab sich folgendes Bild:

Tabelle A 70:

Vermittlung durch	Nennungen
Krankenhaus, Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie	17
Berliner Krisendienst	15
Psychosoziale Kontakt- und Beratungsstelle	13
Sozialpsychiatrischen Dienst	11
Niedergelassene Psychotherapeuten/innen	11
Niedergelassene Psychiater/innen	7
Betreutes Wohnen	6
andere ((Frauen-) Beratungsstellen, Polizei, Jugendamt, Einzelfallhelferin, Ärzte, Schulen)	5

Eine Einrichtung, die (s.o.) auch mitgeteilt hatte, nur selten Vermittlungen in diesem Kontext zu erhalten, hat präzisiert, dass diese dann ausschließlich über die Krankenhäuser erfolgten.

3.3 Vermitteln Sie Frauen auch in Hilfen des psychiatrischen Versorgungssystems?

Diese Frage haben 23 Einrichtungen zumeist mit umfangreichen Mehrfachnennungen wie folgt beantwortet:

- 22 Einrichtungen haben diese Frage bejaht;
- 1 Einrichtung hat diese Frage verneint.

Im Einzelnen ergab sich folgendes Bild:

Tabelle A 71:

Vermittlung an/ in	Nennungen
Sozialpsychiatrischen Dienst	20
Betreutes Wohnen	19
Niedergelassene Psychotherapeuten/innen	19
Krankenhaus, Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie	18
Berliner Krisendienst	18
Psychosoziale Kontakt- und Beratungsstelle	17
Niedergelassene Psychiater/innen	14
andere (Anti-Gewalt-Projekte, Tageskliniken, Krisenambulanzen, Krankenhaus/ Psychosomatik, Einzelfallhelferinnen)	3

Eine Einrichtung hat angegeben, nur an den Krankenhausbereich zu vermitteln.

3.4 Was fehlt Ihnen für die betroffenen Frauen in den bestehenden Hilfesystemen?

Hierzu haben sich 21 Einrichtungen zum Teil sehr umfassend geäußert. Folgende Themenschwerpunkte wurden benannt:

- Spezifische Angebote für Frauen mit Migrationshintergrund, z.B. muttersprachliche Informations- und Hilfeangebote / muttersprachliches Personal und entsprechende Betreuungs- und Behandlungsangebote
- Spezifische Schutzunterkünfte, Krisenübernachtungsmöglichkeiten
- Adäquate Unterbringungsmöglichkeiten, ggf. auch für die Mitversorgung von Kindern geeignet; therapeutische WG's
- Niedrigschwellige Einrichtung mit rund-um-die-Uhr-Betreuung durch professionelle Mitarbeiterinnen für Frauen auch mit ihren Kindern
- Krisenstationen
- Schnellere Vermittlung von Hilfen, Vernetzung und Unterstützung der psychiatrischen Versorgung

Nachfolgend sind die Beiträge der 21 Einrichtungen, die sich dazu geäußert haben, wiedergegeben.

- Kompetenter Umgang; Berücksichtigung Gewalterfahrung; Unterbringung mit Kindern; frauenspezifische Angebote insbesondere Unterbringung
- Mehr therapeutische WG's für Frauen, leichter Zugang zur Psychotherapie, schnellere Vermittlung von Hilfen (Netzwerk)
- Muttersprachige Hilfeangebote, Unterbringungsmöglichkeiten / Betreuung
- Kontinuierlicher Sprachmittlerdienst; Einrichtung, die rund-um-die-Uhr, unbürokratisch fachlich betreut und Unterbringung bietet
- Krisenstationen für Frauen; ausreichend therapeutische Versorgung durch Therap. in verschiedenen Sprachen; Zufluchtswohnung/Frauenhausplätze für Frauen mit psych. Krankheiten
- Dolmetscherinnen für seltene Sprachen wie thai, tagalog (???). Thailändische Therapeutin
- Spezielle Einrichtungen für psychiatriebetroffene Frauen auf dem Hintergrund häuslicher Gewalt
- Niedrigschwellige Einrichtung mit rund-um-die-Uhr-Betreuung durch professionelle Mitarbeiterinnen für Frauen auch mit ihren Kindern, Nachsorgeprojekte
- Muttersprachliche Angebote (ärztl. Behandlung, Psychotherapien, sozialpädagogische Begleitung und Betreuung)
- Traumatherapeutinnen, Krisenstation, Traumastation
- spezifische Schutzunterkünfte (vor allem für Frauen mit Kindern) Betreutes Wohnen - nicht gemischt, niedrigschwellige Angebote
- Niedrigschwelliges interkulturelles Angebot für Frauen, bei dem sie ohne SPD-Beteiligung und ohne dass die einen §§dschungel durchlaufen müssen, unbürokratisch Hilfe und Unterstützung erhalten, auch für Frauen ohne Krankheitseinsicht. Muttersprachliches Angebot für Migrantinnen und Frauen mit unsicherem Aufenthalt.
- nicht psychiatrische Krisenübernachtung, ambulante psychoedukative Veranstaltungen in verschiedenen Sprachen
- Angebote für gewaltbetroffene Frauen, insbesondere geschützte Notaufnahmeeinrichtung mit Sofortaufnahmemöglichkeit für Frauen und ihre Kinder sowie interkulturelle Angebote diesbezüglich
- Sichere Orte für psych. kranke Frauen (psych. Abt. sind keine sicheren Orte für traumatisierte Frauen); adäquate Therapie (Behandlungs-) Angebote für kurzfristige Krisenintervention und für langfristige Behandlung
- Krisenübernachtung für gewaltbetroffene Frauen; Traumatherapeutische Frauenstation im KKH; teilweise bessere Zusammenarbeit, um Frauen gemeinsam unterstützen zu können.
- Antipsychiatrische Hilfseinrichtungen für Menschen ohne Krankheitseinsicht; Betreuung für Frauen und Kinder; unbürokratische Aufnahme in der Krise; Vernetzung und Unterstützung von psychiatrischer Versorgung

- frauenspezifische. Krisenpension; WG speziell für lesbische Frauen; Frauenstationen in KH / Klinik von/für Frauen; Schulungen zu bestehenden Angeboten für spezifische Belange lesbischer Frauen und Migrantinnen
- Genügend Therapeutinnen, Psychiaterinnen mit muttersprachlichem Angebot; muttersprachliche, niedragschwellige Info-Broschüren; Finanzierung einer Stelle für betroffene Frauen bei TIO (z.B. Psychotherapeutin).

4.1 Wie viele (rechnerische) Vollzeitstellen stehen Ihrer Einrichtung zur Verfügung?

20 Einrichtungen haben dazu Angaben übermittelt; davon konnten zwei für die nachfolgende Tabelle nicht berücksichtigt werden (nur Hinweis auf Teilzeit u.ä.). Somit verbleiben Angaben von 18 Einrichtungen, die folgendes Bild ergaben:

Tabelle A 72:

bis einschließlich 1,5 rechn. Voll- zeitstellen	mehr als 1,5 bis einschl. 3 rechn. Vollzeitstellen	mehr als 3 bis einschl. 6 rechn. Vollzeitstellen	mehr als 6 rechnerische Vollzeitstellen
1	9	7	1

Als kleinster Wert wurden 1,5 als größter Wert 8 rechnerische Vollzeitstellen ausgewiesen.

4.2 Wie viele Mitarbeiterinnen hat Ihre Einrichtung?

Hierzu haben 23 Einrichtungen Angaben übermittelt, eine war jedoch nicht verwertbar (nur Hinweis auf Teilzeit).

Tabelle A 73:

Lfd. Nr.	fest angestellt	Honorarkräfte	Ehrenamtliche	Sonstige
1	4	2	-	-
2	2	-	-	-
3	11	4	1	-
4	13	-	-	-
5	23	6	-	-
6	5	3	-	1
7	5	-	-	-
8	2	-	-	-
9	11	10	3	3
10	4	9	3	-
11	4	4	1	-
12	1	-	3	3 (ABM)
13	4	2	2	4 (geringfügig Beschäftigte)
14	7	-	-	-
15	5	-	-	-
16	4	5	-	2
17	2	-	cirka 8	-
18	12	-	-	-
19	6	4	-	-
20	4	-	-	-
21	5	11	14	4 (2 Prakt., 1 MAE, 1 Arbeit statt Strafe)
22	3	wechselnd	-	2 (Prakt.)

Deutlich wurde der hohe Stellenwert von ehrenamtlicher Arbeit, der auch in diesem Bereich geleistet wurde; mehr als 1/3 der Einrichtungen (8) konnten auf eine solche Unterstützung zurückgreifen.

4.3 Welche Qualifikation haben Ihre Mitarbeiterinnen? (Mehrfachantwort ist möglich)

Hierzu haben 23 Einrichtungen Angaben übermittelt.

Tabelle A 74:

Qualifikation	Nennungen
weitere	37
Sozialarbeiterin, Sozialpädagogin	22
Psychologin	9
Psychotherapeutin (Richtlinientherapeutin)	6 bzw. 8 ³⁷ (s. Fußnote)
Zertifizierte Traumatherapeutin	6
Ergotherapeutin	1
Krankenpflegerin	1
Ärztin für Psychiatrie/ Psychotherapie	-

Auffallend war das deutliche quantitative Gefälle zwischen den oben genannten Qualifikationen; während die Qualifikation „Sozialarbeiterin, Sozialpädagogin“ bis auf eine Einrichtung überall vertreten war und zudem noch die Nennungen von Dipl.-Pädagoginnen unter der Rubrik „weitere Qualifikationen“ zu berücksichtigen waren, gab es in keiner Einrichtung eine Ärztin für Psychiatrie/ Psychotherapie.

Die umfangreichen Nennungen zu „weiteren Qualifikationen“ (37 Mal wurde „weitere Qualifikation“ angekreuzt und in 36 Fällen mit einer Beschreibung versehen) bezogen sich sowohl auf andere - als die vorgegebenen - Qualifikationen, als auch auf Zusatzkompetenzen, die durch entsprechende Fortbildungen erworben wurden. Sie werden im Folgenden in alphabetischer Reihenfolge wiedergegeben, die Zahl in Klammern dokumentiert etwaige Mehrfachnennungen:

Ausbildung für Friedensarbeit, Arzthelferin, Biologin, Dipl.-Pädagogin (4), Erzieherin (6), Fremdsprachenkorrespondentin, Gesprächskompetenz in Deutscher Gebärdensprache, Gestalttherapeutin (2), Hauswirtschafterin, Industriekauffrau, Ökonomin, Pharmazeutin, Politologin, Psychodrama-Ausbildung, Qualitätsmanagerin, Rechtsanwältin, Sekretärin, Shiatsu-Ausbildung, Soziologin (2), Sozialtherapie, Sozialwissenschaftlerin, Suchtherapeutin (2), Theologin, therap. Fortbildungen, Verwaltungsangestellte (2).

Bei der Betrachtung der in den Einrichtungen vorhandenen unterschiedlichen Qualifikationen (die Rubrik „weitere Qualifikationen“ wird ausgeblendet) ergab sich folgendes Bild:

- 10 Einrichtungen gaben an, dass eine der vorgegebenen Qualifikationen präsent war
- 5 Einrichtungen gaben an, dass zwei der vorgegebenen Qualifikationen präsent waren
- 5 Einrichtungen gaben an, dass drei der vorgegebenen Qualifikationen präsent waren
- 2 Einrichtungen gaben an, dass vier der vorgegebenen Qualifikationen präsent waren
- 1 Einrichtung gab an, dass sechs der vorgegebenen Qualifikationen präsent waren

4.4 Haben Mitarbeiterinnen Ihrer Einrichtung bereits Fort- und Weiterbildung genutzt in Bezug auf

- geschlechtsspezifische Gewalt
- Umgang mit Traumata
- psychische Erkrankungen
- interkulturelle Kompetenz
- spezielle Problemlagen lesbischer Frauen
- spezielle Problemlagen behinderter Frauen

Dieser umfangreichen Frageblock, mit dem zusätzlich nachgefragt wurde, warum Fortbildungen im Einzelnen nicht erfolgten und ob überhaupt ein Fortbildungsbedarf gesehen wird, wurde nahezu vollständig beantwortet.

Im Sinne eines Überblicks wird hier eine zusammenfassende Darstellung vorangestellt:

Tabelle A 75:

Spez. Fort- und Weiterbildung wurde genutzt zum Thema....	Zahl der ja - Antworten	Wie oft wird Fortbildungsbedarf dazu artikuliert?
geschlechtsspezifische Gewalt	24	7
interkulturelle Kompetenz	23	13
Umgang mit Traumata	21	12
psychische Erkrankungen	20	16
spez. Problemlagen behinderter Frauen	14	11

³⁷ Zwei Einrichtungen, in denen eine Psychotherapeutin arbeitet, haben sich nicht unter dem Zusatz (Richtlinientherapie) subsumiert, sondern auf „system. Familientherapie, Gestalttherapeutin“ bzw. Psychotherapeutin (klientenzentriert) hingewiesen.

Auffallend waren der hohe Fortbildungsstand und das nachhaltig artikuliert Interesse an weiteren Schulungen.

Im Folgenden werden die Ergebnisse für die einzelnen Bereiche im Detail dargestellt:

Geschlechtsspezifische Gewalt

Hierzu haben alle geantwortet und die Frage bejaht. Ein weiterer Fortbildungsbedarf wurde - trotz der bereits vorhandenen Kompetenzen - von 7 Einrichtungen artikuliert.

Interkulturelle Kompetenz

Hierzu haben alle 24 Einrichtungen geantwortet; nur eine Einrichtung hat die Frage verneint, dies aber nicht begründet. 13 Einrichtungen - darunter auch die eine, die noch keine Fortbildung dazu hatte - artikulierten Fortbildungsbedarf.

Umgang mit Traumata

Hierzu haben 23 Einrichtungen geantwortet, und zwar 21 mit ja und 2 mit nein. Dieses „nein“ wurde in einem Fall mit keinem Bedarf begründet, im anderen Fall fehlte eine Erläuterung. 12 Einrichtungen artikulierten Fortbildungsbedarf, darunter 1, die bisher eine Fortbildung in diesem Kontext noch nicht wahrgenommen hatte. Zudem hat auch die eine Einrichtung Fortbildungsbedarf angekreuzt, die die Ausgangsfrage nicht beantwortet hat.

Psychische Erkrankungen

Hierzu haben 23 Einrichtungen geantwortet - 20 mit ja, 3 mit nein. Dieses „nein“ wurde in einem Fall mit keinem Angebot begründet, im zweiten Fall fehlte eine Erläuterung und die dritte Einrichtung gab an, dass dies keinem ihrer Arbeitsschwerpunkte entsprechen würde. Insgesamt wurde 16mal Fortbildungsbedarf angekreuzt, darunter auch zwei Einrichtungen, die bisher keine Fortbildung dazu genutzt hatten.

Spezielle Problemlagen behinderter Frauen

Hierzu haben alle geantwortet - 14 Einrichtungen bejahten die Frage, 10 verneinten dies. Dieses „nein“ wurde unterschiedlich begründet: In vier Fällen wurde kein Angebot benannt, zweimal wurde kein Bedarf angegeben. Die vier unter „anderes“ genannten Gründe bezogen sich zweimal darauf, kein behindertengerechtes Angebot vorhalten zu können; eine andere Einrichtung gab an, dass dies nicht ihr Arbeitsschwerpunkt sei und eine weitere führte an, bisher keine Gelegenheit für eine diesbezügliche Fortbildung zu haben.

Insgesamt wurde von 11 Einrichtungen Fortbildungsbedarf artikuliert - darunter 3 Einrichtungen, die bisher noch keine Fortbildung genutzt hatten.

Spezielle Problemlagen lesbischer Frauen

Hierzu haben 23 Einrichtungen geantwortet und zwar 12 mit ja und 11 mit nein. Dieses „nein“ wurde in vier Fällen nicht begründet, zweimal wurde kein Bedarf angegeben, dreimal kein Angebot und in zwei Fällen wurden andere Gründe geltend gemacht. Eine Einrichtung gab an, dass dies nicht ihr Arbeitsschwerpunkt sei und eine andere wies darauf hin, dass nur sehr wenige lesbische Frauen in ihrer Einrichtung vorhanden seien.

Insgesamt wurde von 11 Einrichtungen Fortbildungsbedarf artikuliert - darunter 5 Einrichtungen, die bisher noch keine Fortbildung genutzt hatten.

5.1 Mit welchen Einrichtungen kooperieren Sie im Kontext gewaltbetroffener psychisch kranker (psychiatriebetroffener) Frauen im Einzelfall?

Hierzu haben 23 Einrichtungen Angaben übermittelt, die im Tenor viel Übereinstimmung aufwiesen. Neben der konkreten Benennung einzelner Anti-Gewalt-Einrichtungen, Kriseneinrichtungen u.ä. bezogen sich die vielfältigen Angaben auf das breite Spektrum der psychiatrischen Versorgung und reichten über Krankenhäuser, Krisenstationen, therapeutische Wohngemeinschaften, den Berliner Krisendienst, den Sozialpsychiatrischen Dienst, Psychiatriekoordinatoren/innen, Ärztinnen, Psychologinnen, Psychotherapeutinnen bis hin zur Benennung des Diagnose- und Behandlungszentrums für Kinder- und Jugendliche und der Polizei. Darüber hinaus wurde noch das Netzwerk Frauengesundheit angegeben.

Zwei Antworten fielen aus diesem Rahmen heraus:

- eine Einrichtung gibt „keine Kooperation, nur Weitervermittlung“ an.

- Die andere Einrichtung benannte konkrete Kooperationspartner und fügte darüber hinaus an: „Ärzte - Leider sind aufgrund der inadäquaten interkulturellen Öffnung des Gesundheitswesens die Kooperationsmöglichkeiten beschränkt.“

5.2 In welchen Formen finden diese Kooperationen statt?

Hierzu haben 22 Einrichtungen geantwortet; folgerichtig hat die Einrichtung, die bei der Vorfrage „keine Kooperation, nur Weitervermittlung“ angegeben hat, die aktuelle Frage mit „entfällt“ beantwortet.

Die übrigen 21 Antworten zeigen viel Übereinstimmung: Ein Schwerpunkt der Antworten bezog sich auf die Vermittlung, Unterbringung und Begleitung von Klientinnen, konkrete Fallübergaben, Fallbesprechungen, Beratung in Einzelfällen, einzelne Angebote wie sprachmittlerische Hilfen, Hilfekonferenzen, aber auch gemeinsame Mobile Intervention, Zuarbeit bei Finanzanträgen u.ä.

Einen zweiten Schwerpunkt bildeten Antworten im Zusammenhang mit der konkreten Kooperationsausgestaltung und damit zusammenhängend dem Informationsaustausch. Die Antworten in diesem Kontext reichten von persönlich, telefonisch, auf Tagungen, Fortbildung, Arbeitskreise und Arbeitsgruppen bis hin zum Case Management.

5.3 In welchen Kooperations-/Vernetzungsgremien arbeitet Ihre Einrichtung mit psychiatrischen Einrichtungen zusammen ?

Diese Fragen haben 18 Einrichtungen beantwortet. Von diesen 18 haben 6 angegeben, in keinem Gremium mitzuwirken, zum Teil erfolgte der Hinweis „entfällt“ oder „ist nicht unser Schwerpunkt“. Zwei weitere AGE haben die Frage mit „sporadisch, nach Bedarf“ beantwortet.

Somit verblieben Angaben aus 10 Einrichtungen, die näher betrachtet werden konnten:

- 2 Einrichtungen benannten dazu als einziges Kooperations-/Vernetzungsgremien das Netzwerk Frauengesundheit
- 2 Einrichtungen benannten dazu als einziges Kooperations-/Vernetzungsgremien die AG Frauen und Psychiatrie
- Je 1 Einrichtung benannte dazu als einziges Kooperations-/Vernetzungsgremien das Bündnis gegen Depression bzw. die AG Gesundheit Friedrichshain-Kreuzberg von Gesundheit Berlin e.V.
- 1 Einrichtung benannte dazu zwei Kooperations-/Vernetzungsgremien, und zwar die AG Krise und die AG Frauen und Psychiatrie

Umfangreichere Mitwirkungen benannten 2 Einrichtungen und zwar

- Berliner Krisen Dienste; Frauengesundheitsnetzwerk; AG Frauen und Psychiatrie, AG Migration
- PSAG, Frauengesundheitsnetzwerk, Krisenpension-Träger, AG „Unterstützungsangebote für lesbische gewaltbetroffene Frauen“, BiG Plenum

5.4 Welche weitergehenden Kontakte und Kooperationen wären für Ihre Arbeit im Hinblick auf psychisch kranke (psychiatriebetroffene) gewaltbetroffene Frauen hilfreich?

Hierzu haben 18 Einrichtungen zum Teil sehr umfassende Wünsche übermittelt. Sie lassen sich in verschiedene Blöcke aufteilen:

Stärkung des Informations- und Wissensaustausches

In diesem Kontext wurden genannt:

Wegweiser mit spezialisierten Einrichtungen und Aufnahmekriterien; Vernetzung, Fachaustausch mit Psychiatrie / Krisenstationen / Psychiaterinnen in Berlin; Info-Austausch mit dem Psychiatrischen Versorgungssystem, Netzwerk mit regelmäßigen Plenum mit Teilnahme der verschiedenen Versorgungseinrichtungen zu diesem Thema; regelmäßige Fortbildungsangebote der Mitarbeiterinnen, Angebotsübersicht

Verbesserung der Kooperation mit anderen Akteuren/innen

In diesem Kontext wurden genannt:

Bessere Kooperation mit dem Sozialpsychiatrischen Dienst; engere Zusammenarbeit mit niedergelassenen Psychiatern, Ansprechpartnerinnen, die sensibilisiert sind für die Thematik Gewalt gegen Frauen, auf psych. Stationen und ambulanten Diensten

Spezifische Angebote für Frauen mit Migrationshintergrund und lesbische Frauen

In diesem Kontext wurden genannt:

Mehr Angebote an transkultureller Psychiatrie; zur besseren Versorgung von Migrantinnen: Datenbank mit muttersprachlichen Psychologinnen, Psychotherapeut., Sozialarbeiterinnen, Ärztinnen u. ä.; Nutzung dieser Expertinnen durch Sozialpsychiatrischen Dienste, Krankenhäuser, Praxen; Muttersprachliche Traumatherapeutinnen und Psychiaterinnen mit Wissen über Gewalt, Berliner Krisendienst; interkulturell arbeitende Institutionen; Offenheit für spez. Belange lesbischer Frauen und Migrantinnen

Weiteres

Dazu wurde benannt:

Es wäre sehr gut, wenn Frauen, wenn sie es wollen, sofort eine Therapie beginnen könnten und wenn es mehr darauf spezialisierte Einrichtungen gibt; Hotline für psychisch kranke Frauen; psychiatrische, psychosomatische, und Sucht Kliniken; Psychiaterinnen; Traumatherapeutinnen; niedergelassene Ärztinnen; falls es gezielte traumatherapeutische Angebote und stationäre Angebote gäbe, würden wir kooperieren.

Wenn Sie darüber hinaus Anmerkungen, Anregungen, Ergänzungen zum Befragungsthema haben, würden wir uns freuen, dies zu erfahren:

9 Einrichtungen haben von dieser Möglichkeit Gebrauch gemacht. Eine Einrichtung hat sich darauf beschränkt, auf das zum Teil hohe Aggressionspotenzial der betroffenen Frauen und die damit verbundenen Betreuungseinschränkungen hinzuweisen („Von den 28 betroffenen Frauen bis 31.10. in 2005 mussten insgesamt 6 Frauen das Haus wieder verlassen. Sie waren zu aggressiv.“).

Die anderen 8 Einrichtungen haben diesen Raum vor allem für weitere Wünsche und Anregungen genutzt, diese betrafen folgende Schwerpunkte:

- Spezifische Maßnahmen für Frauen mit Migrationshintergrund und lesbische Frauen
 - „verstärkte Förderung von muttersprachlichem Expertinnenwissen durch bessere Bedingungen für Anerkennung von ausl. Berufsabschlüssen u. -erfahrungen; Therapiezulassungen; verstärkte Einbeziehung in die Arbeit der Einrichtungen durch bezahlte Auftragsvergabe; bessere finanzielle und gesellschaftliche Anerkennung der Unterstützungsangebote in den psychosoz. Kontakt- und Beratungsstellen freier Träger (bisher schlecht bezahlt und sogar ehrenamtlich)“
 - „Der Anteil der psychisch kranken Frauen mit Gewalterfahrung liegt bei 5-9%; aufgrund des bei diesen Nutzerinnen vorliegenden erhöhten Beratungsbedarfs liegt ihr Anteil an der Beratungsarbeit allerdings bei über 50%. Die erlebte Gewalt macht vielen Frauen den Zugang zu Hilfsangeboten schwer. Wir begleiten Frauen, die massive Ängste vor der Psychiatrie haben, weil sie in Krisensituationen in der Psychiatrie traumatisiert wurden. Wir fragen uns, wie Frauen mit Migrationshintergrund in der Psychiatrie/Krisenstationen begegnet wird. Sind interkulturelle Kompetenzen in diesem sensiblen Bereich Einstellungskriterien? Die Arbeit mit der Zielgruppe braucht neue Konzepte und besondere Schulungen des gesamten Personals auf den Stationen.“
 - „Insgesamt werden die geschlechtsspez. gleich frauenspez. Belange sowie die spez. Belange und Bedürfnisse von Frauen mit anderen Identitäten und Lebensumwelten als die von heterosexuellen Frauen nicht /zu wenig berücksichtigt in der Konzeptionierung u.v.a. bei der praxisnahen Umsetzung von Angeboten. Dringende Veränderung geboten! Frauen werden und sind anders krank, anders von Gewalt betroffen anders psychischen Krisen ausgesetzt.“
- Verschiedene Versorgungsprobleme/ Verbesserungsvorschläge
 - „Schulungen hinsichtlich häuslicher Gewalt der Mitarbeiterinnen des Sozialpsychiatrischen Dienstes“
 - „Die meisten von Gewalt betroffenen Frauen sind dadurch psychisch beeinträchtigt. Einige sind an der Grenze zur psychischen Krankheit. Für diese müsste es über unsere Unterstützung hinausgehende leichter zugängliche Angebote geben evtl. mit wesentlich mehr Betreuung und Behandlung. Es kommen auch manchmal paranoide Frauen, die wir nicht aufnehmen können und die auch nichts mit der Psychiatrie zu tun haben wollen. Wie kann diesen Frauen geholfen werden?“
 - „Das größte Problem sind nicht vorhandene adäquate Unterbringungsmöglichkeiten der betroffenen Frauen.“
 - „Wichtig ist die Frage der möglichen und gezielten Kostenübernahme“
 - „Hotline für uns, wo wir bei psychiatrischen Fällen anrufen können. Anlaufstelle: Interkulturelles Psychiatriezentrum“

8.6 Befragung von Betroffenen

Die Verteilung dieses Fragebogens erfolgte ab Ende Januar 2006 sowohl über die Mitglieder der AG „Frauen und Psychiatrie“, als auch über die in den Bezirksamtern angesiedelten Psychiatriekoordinatoren/innen. Dem Fragebogen war eine Präambel vorangestellt, in der die Intention der Befragung erläutert und für eine Mitwirkung geworben wurde.

8.6.1 Musterfragebogen

Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz



Sehr geehrte Frau,

Gewalt gegen Frauen kann enorme Folgen für die psychische Gesundheit haben.

Wir, die Arbeitsgruppe „Frauen und Psychiatrie“ haben uns 2004 gegründet. In unserer Arbeitsgruppe sind Anti-Gewalt-Einrichtungen, Beratungsstellen, Kliniken und Behörden vertreten. Unser gemeinsames Ziel ist es, ein besseres Hilfesystem für Frauen, die Gewalt erlitten haben, zu erreichen.

Sie halten gerade einen Fragebogen in der Hand, der zum Ziel hat, Wünsche und Bedürfnisse von gewaltbetroffenen Frauen zu erfahren. Wir, die Arbeitsgruppe „Frauen und Psychiatrie“ wollen uns mit Fragen beschäftigen wie

- „Wie wünschen sich gewaltbetroffene Frauen Unterstützungsangebote?“
- „Was sollte an den bestehenden psychiatrischen Behandlungs- und Versorgungseinrichtungen und den Anti-Gewalt-Einrichtungen verbessert werden?“
- „Was fehlt völlig?“

Daher bitten wir Sie - als Expertin in eigener Sache - um Ihre Meinung!

Alle Fragebögen bleiben anonym und werden nur an einer zentralen Stelle ausgewertet. Zwei Mitglieder unserer Arbeitsgemeinschaft - Frau Winkler und Frau Baude von der Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz – haben diese Aufgabe übernommen. Falls Sie dazu Fragen haben können Sie Frau Winkler und Frau Baude montags bis freitags von 9.00 – 17.00 Uhr unter der Telefonnummer 9028 2829 persönlich erreichen.

Falls Sie den ausgefüllten Fragebogen nicht in der Einrichtung, über die Sie den Fragebogen erhalten haben, abgeben wollen, können Sie uns den Fragebogen auch zuschicken bzw. in den Hausbriefkasten legen. Unsere Adresse lautet: Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz, Oranienstraße 106, 10969 Berlin, Referat II B, zu Händen Frau Winkler/Frau Baude. Bitte senden Sie uns den Fragebogen bis spätestens 15. März 2006 zurück.

Vielen Dank !

Betroffenenbefragung

1. Erfahrungen mit Krankenhäusern, Anti-Gewalt-Einrichtungen, Kontakt- und Beratungsstellen etc.

1.1 Mit welchen Einrichtungen hatten Sie bisher bereits Kontakt ? (Mehrfachnennungen möglich)

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Krankenhaus | <input type="checkbox"/> Niedergelassene Ärztin | <input type="checkbox"/> Sozialpsychiatrischen Dienst |
| | <input type="checkbox"/> Niedergelassener Arzt | |
| <input type="checkbox"/> Krankenhaus mit Fachabteilung für Psychiatrie und Psychotherapie | <input type="checkbox"/> Psychiaterinnen | <input type="checkbox"/> Berliner Krisendienst |
| | <input type="checkbox"/> Psychiater | |
| <input type="checkbox"/> Psychotherapeutinnen | <input type="checkbox"/> Frauenhaus | <input type="checkbox"/> Zufluchtswohnungen |
| <input type="checkbox"/> Psychotherapeuten | | |
| <input type="checkbox"/> Beratungsstellen für Frauen | <input type="checkbox"/> Betreutes Wohnen im Rahmen der psychiatrischen Versorgung (z.B. therapeutische Wohngemeinschaft, betreutes Einzelwohnen) | <input type="checkbox"/> Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe |
| <input type="checkbox"/> Selbsthilfegruppen | <input type="checkbox"/> Kontakt- und Beratungsstellen | <input type="checkbox"/> andere (bitte erläutern) |

(falls Sie möchten, können Sie uns hier genaueres angeben, z.B. wie oder wie oft dieser Kontakt zustande gekommen ist)

1.2 Haben Sie aufgrund Ihrer Gewalterfahrungen psychische Probleme?

- Ja
- Nein

1.3 Welche Einrichtungen haben Sie im Zusammenhang mit / aufgrund der Folgen Ihrer Gewalterfahrung aufgesucht? (Mehrfachnennungen möglich)

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Krankenhaus | <input type="checkbox"/> Niedergelassene Ärztin | <input type="checkbox"/> Sozialpsychiatrischen Dienst |
| | <input type="checkbox"/> Niedergelassener Arzt | |
| <input type="checkbox"/> Krankenhaus mit Fachabteilung für Psychiatrie und Psychotherapie | <input type="checkbox"/> Psychiaterinnen | <input type="checkbox"/> Berliner Krisendienst |
| | <input type="checkbox"/> Psychiater | |
| <input type="checkbox"/> Psychotherapeutinnen | <input type="checkbox"/> Frauenhaus | <input type="checkbox"/> Zufluchtswohnungen |

Psychotherapeuten

Beratungsstellen für Frauen

Selbsthilfegruppen

Betreutes Wohnen im Rahmen der psychiatrischen Versorgung (z.B. therapeutische Wohngemeinschaft, betreutes Einzelwohnen)

Kontakt- und Beratungsstellen

Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe

andere (bitte erläutern)

(falls Sie möchten, können Sie uns hier genauere Angaben machen, z.B. ob Sie selbst den Kontakt gesucht haben, oder ob Sie an eine andere Einrichtung vermittelt wurden)

1.4 In welchen Einrichtungen haben Sie Unterstützung erfahren?

Krankenhaus
wenn ja, was war hilfreich

Krankenhaus mit Fachabteilung für Psychiatrie und Psychotherapie
wenn ja, was war hilfreich

Niedergelassene Ärzte/innen
wenn ja, was war hilfreich

Psychiater/innen
wenn ja, was war hilfreich

Psychotherapeutinnen/en
wenn ja, was war hilfreich

Sozialpsychiatrischen Dienst
wenn ja, was war hilfreich

Berliner Krisendienst
wenn ja, was war hilfreich

Frauenhaus
wenn ja, was war hilfreich

Zufluchtswohnungen
wenn ja, was war hilfreich

Beratungsstellen für Frauen
wenn ja, was war hilfreich

Betreutes Wohnen im Rahmen der psychiatrischen Versorgung (z.B. therapeutische Wohngemeinschaft, betreutes Einzelwohnen)
wenn ja, was war hilfreich

Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe
wenn ja, was war hilfreich

Kontakt- und Beratungsstellen
wenn ja, was war hilfreich

Selbsthilfegruppen
wenn ja, was war hilfreich

anderes (bitte erläutern)
wenn ja, was war hilfreich

(falls Sie möchten, können Sie uns hier genaueres angeben)

2. Was ist für Sie wichtig, welche Hilfen brauchen Sie?

2.1 Was sind für Sie die wichtigsten Punkte für eine gute, sinnvolle Unterstützung? (Mehrfachnennungen sind möglich)

...dass ich eine feste Ansprechperson für mein Problem habe

...dass ich die Einrichtung jederzeit verlassen kann, wann ich will

...dass ich zur Ruhe kommen kann

...dass nach aktuellen Gewalterfahrungen gefragt wird

... dass ich Aufklärung über die Gewaltdynamik erhalte

...dass ich die Mitarbeiter/innen direkt/persönlich erreichen kann

...dass ich anonym bleiben kann

...dass ich die Angebote kostenlos in Anspruch nehmen kann

...dass nach früheren Gewalterfahrungen gefragt wird

... dass ich muttersprachliche Ansprechpartnerinnen habe

...dass ich meine Kinder in die Einrichtung mitnehmen kann

...dass ich mich geschützt/sicher fühle

...dass es sich hierbei um männerfreie Räume handelt

...dass die Behandlung/Beratung/Betreuung durch weibliches Personal erfolgt

... dass meine sexuelle Orientierung (lesbisch, bi-, trans-, heterosexuell) akzeptiert wird

... dass ich unterstützt

anderes (bitte dafür die

werde bei der Klärung meiner weiteren Schritte (Perspektive / Lebensplanung)

freien Kästchen nutzen

(falls Sie möchten, können Sie hier genauere Angaben, Anmerkungen etc. machen)

2.2 Was sollte im Hilfesystem für gewaltbetroffene Frauen mit psychischen Problemen verbessert werden?

In welchem Bereich sollte etwas verbessert werden ?	Was sollte verbessert werden?
Krankenhaus	
Krankenhaus mit Fachabteilung für Psychiatrie und Psychotherapie	
Niedergelassene Ärzte/Ärztinnen	
Psychiater/innen	
Psychotherapeutinnen/Psychotherapeuten	
Sozialpsychiatrische Dienste	

Berliner Krisendienst	
Frauenhäuser	
Zufluchtswohnungen	
Betreutes Wohnen im Rahmen der psychiatrischen Versorgung (z.B. therapeutische Wohngemeinschaft, betreutes Einzelwohnen)	
Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe	
Beratungsstellen für Frauen	
Kontakt- und Beratungsstellen	
Selbsthilfegruppen	

Andere Bereiche (welche?)	
Weitere Anregungen	

3. Informationswege

3.1. Wie haben Sie sich über Unterstützungsangebote informiert? (Mehrfachnennungen sind möglich)

- Durch Angehörige, Freundinnen / Freunde, Bekannte
- Durch Plakate, Broschüren o.ä.
- Durch das Internet
- Durch Beratungsstellen
- Durch den Sozialpsychiatrischen Dienst
- Durch den Berliner Krisendienst
- Durch eine Ärztin/einen Arzt
- Durch ein Krankenhaus
- Durch die Polizei
- Anderes (bitte benennen)

3.2 Was ist nach Ihrer Meinung für psychisch kranke / psychiatriebetroffene Frauen, die Gewalt erlitten haben und zum ersten Mal Unterstützung bei einer Einrichtung suchen, besonders wichtig?

3.3 Gibt es noch etwas, was Sie uns mitteilen möchten?

4. Persönliche Angaben

Falls Sie dazu bereit sind, würden wir uns über einige persönliche Angaben freuen:

Wie alt sind Sie?

18 - 27

28 - 39

40 - 55

über 55

Sind Sie oder Ihre Familie (Eltern/Großeltern) migriert?

Nein

Ja, aus _____ (bitte Land angeben)

Haben Sie Kinder?

Nein

Ja

Leben Ihre Kinder bei Ihnen?

Nein

Ja

Möchten Sie uns weitere Hinweise zu Ihrer Person geben (Lebensumstände)?

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

8.6.2 Auswertung

Im Folgenden werden die Antworten auf die einzelnen Fragen zusammengefasst dargestellt (zur leichteren Orientierung wird die jeweilige Frage aus dem Fragebogen vorangestellt).

1. Erfahrungen mit Krankenhäusern, Anti-Gewalt-Einrichtungen, Kontakt- und Beratungsstellen etc.

1.1 Mit welchen Einrichtungen hatten Sie bisher bereits Kontakt ? (Mehrfachnennungen möglich)

Hierzu haben alle 46 Befragten Angaben - zumeist Mehrfachnennungen - (38 Befragte haben mindestens 3 Antwortmöglichkeiten angekreuzt) übermittelt:

Tabelle A 76:

Kontakt mit...	Nennungen
Psychotherapeutinnen/Psychotherapeuten	39
Niedergelassenen Ärztinnen/Ärzten	32
Psychiaterinnen/Psychiatern	32
Krankenhaus mit Fachabteilung für Psychiatrie und Psychotherapie	27
Krankenhaus	26
Sozialpsychiatrischem Dienst	22
Berliner Krisendienst	19
Beratungsstellen für Frauen	18
Kontakt- und Beratungsstellen	17
Betreutem Wohnen	13
Frauenhaus	12
Selbsthilfegruppen	12
anderen	12
Zufluchtswohnungen	5
Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe	3

Die Nennungen zur Rubrik „anderes“ wurden in 10 Fällen erläutert; genannt wurden (in alphabetischer Reihenfolge): Beschäftigungstagesstätte, Eltern, Familienhilfe, Feministisches Frauengesundheitszentrum, Krisenunterkunft, LARA, Lebensberatung im Dom, Psychosomatischer Klinikaufenthalt, Sozialberatung Treberhilfe, Wildwasser.

Von den 46 Frauen haben 38 Befragte drei Antwortkategorien und mehr benannt. Die wenigen Abweichungen sahen wie folgt aus: Fünf Frauen haben nur eine Antwortkategorie und drei Frauen haben nur zwei Antwortkategorien angekreuzt.

Die Befragten, die nur zwei Antwortkategorien angekreuzt haben, haben als Kombinationen benannt: Krankenhaus und niedergelassene Ärztin; Zufluchtswohnung und Kontakt- und Beratungsstellen; Frauenhaus und Psychotherapeuten.

Einige Frauen haben nur eine Antwortkategorie angekreuzt: Beratungsstellen für Frauen (von zwei Befragten angegeben), Zufluchtswohnung, Psychotherapeutin, anderes (=Eltern).

Darüber hinaus haben einige Befragte bei den Antwortkategorien, die eine Geschlechterdifferenzierung vorsahen, beides angekreuzt:

Tabelle A 77:

Kontakt zu.....(beides angekreuzt)	Anzahl
Psychotherapeutinnen / Psychotherapeuten	9
Psychiaterinnen / Psychiatern	7
Niedergelassenen Ärztinnen / niedergelassenen Ärzten	6

Die meisten Frauen, die den Fragebogen ausgefüllt haben, haben aber bei den Antwortkategorien, die eine Angabe mit einer Geschlechterdifferenzierung ermöglichen, diese auch vorgenommen. Die nachfolgende Tabelle enthält aber auch die Doppelanaben, die in der vorherigen Tabelle ausgewiesen wurden.

Tabelle A 78:

Kontakt zu....	Anzahl
Psychotherapeutinnen	27
Psychotherapeuten	12
Niedergelassenen Ärztinnen	20
niedergelassenen Ärzten	12
Psychiaterinnen	17
Psychiatern	15

Von der Möglichkeit weiterer Anmerkungen und Ergänzungen haben 13 Befragte Gebrauch gemacht. Diese Anmerkungen bezogen sich sowohl auf das Zustandekommen des Kontakts (genannt wurden in alphabetischer Reihenfolge: Beschäftigungstagesstätte, BiG-Hotline, Frauenhaus, Internet, Kirchengemeinde, Flyer bekommen bei Aussage beim LKA Berlin, Polizei), als auch auf Konkretisierungen der in Anspruch genommenen Hilfen und weiteren Leistungen. Im Einzelnen:

- „Mehrere Aufenthalte in der Psychiatrie nach Gewaltausübung durch insgesamt 3 Ehemänner“
- „habe Hilfe erst im Dezember 2005 in Anspruch genommen, zum ersten Mal überhaupt“
- „unzählige Male, es war früher die Hölle; heute nicht mehr“
- „1970 war ich für 6 Monate auf einer geschlossenen Station in HH. Aber erst 2000 konnte ich meinen sexuellen Missbrauch in der Kindheit anfangen aufzuarbeiten mit Unterstützung von Wildwasser“
- „Kontakt immer in akuter Notsituation; regelmäßiger und mehrjähriger Kontakt zur Psychotherapeutin und Frauenberatungsstelle“
- „Kontakt kam durch Flyer, eigenes Interesse zustande, leider sind nicht alle Beratungsstellen barrierefrei. Besonderes Problem: Mangelnde Sensibilität und Sachkenntnis der Beraterinnen. So sind mehrere Beraterinnen in Tränen ausgebrochen und haben sich bei mir für das Gespräch bedankt.“
- „Familienhilfe - war gut für mich und meine Tochter (derzeit Säugling); jedoch keine Hilfe für die Beziehung (Streit/Gewalt)“
- „a) 2 Langzeittherapien. 12 Monate und 14 Monate. Kontakt durch Drogenberatung.
b) Therapeutische WG für Frauen circa 2 Jahre. Kontakt durch Therapeutin.
c) WG für Suchtkranke. Circa 2 Jahre“

1.2 Haben Sie aufgrund Ihrer Gewalterfahrungen psychische Probleme?

Hierzu haben 45 Frauen Angaben übermittelt. 40 Befragte haben diese Frage bejaht, 5 verneint.

1.3 Welche Einrichtungen haben Sie im Zusammenhang mit / aufgrund der Folgen Ihrer Gewalterfahrung aufgesucht? (Mehrfachnennungen möglich)

Zu dieser Frage haben 44 Frauen Angaben - zumeist Mehrfachnennungen - (33 Befragte haben mindestens 3 Antwortmöglichkeiten angekreuzt) übermittelt:

Tabelle A 79:

Kontakt mit	Nennungen
Psychotherapeutinnen/Psychotherapeuten	28
Niedergelassenen Ärztinnen/Ärzten	23
Krankenhaus mit Fachabteilung für Psychiatrie und Psychotherapie	22
Psychiaterinnen/Psychiatern	20
Krankenhaus	19
Beratungsstellen für Frauen	18
Selbsthilfegruppen	14
Sozialpsychiatrischem Dienst	13
Berliner Krisendienst	13
Frauenhaus	12
Kontakt mit	Nennungen
Betreutem Wohnen	11
Kontakt- und Beratungsstellen anderen	8
	6

Zufluchtswohnungen	4
Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe	2

Die Nennungen zur Rubrik „anderes“ wurden von allen konkretisiert. Genannt wurden (in alphabetischer Reihenfolge): Feministisches Frauengesundheitszentrum, Jugendamt, Kindernotdienst, LARA, Lebensberatung im Dom, Polizei.

Von 44 Frauen haben

- 33 Befragte drei Antwortkategorien und mehr benannt
- 6 Befragte zwei Antwortkategorien benannt
- 3 Befragte eine Antwortkategorie benannt
- 2 Befragte „keine“ benannt

Die Befragten, die nur zwei Antwortkategorien angegeben haben, haben als Kombinationen benannt: Krankenhaus und niedergelassene Ärztin; Frauenhaus und Psychotherapeuten; Frauenhaus und Zufluchtswohnung; Berliner Krisendienst und Beratungsstelle für Frauen; Krankenhaus und Beratungsstelle für Frauen; Betreutes Wohnen und Psychotherapeutin.

Die Befragten, die nur eine Antwortkategorie angegeben haben, haben im Einzelnen benannt: zweimal Zufluchtswohnung und einmal Beratungsstellen für Frauen.

Darüber hinaus haben einige Frauen bei den Antwortkategorien, die eine Geschlechterdifferenzierung vorsehen, beides angekreuzt:

Tabelle A 80:

Kontakt zu (beides angekreuzt)	Anzahl
Psychotherapeutinnen / Psychotherapeuten	4
Niedergelassenen Ärztinnen / niedergelassenen Ärzten	4
Psychiaterinnen / Psychiatern	3

Die meisten Frauen, die den Fragebogen ausgefüllt haben, haben aber bei den Antwortkategorien, die eine Angabe mit einer Geschlechterdifferenzierung ermöglichen, diese auch vorgenommen. Die nachfolgende Tabelle enthält die Doppelangaben, die in der vorherigen Tabelle ausgewiesen wurden.

Tabelle A 81:

Kontakt zu....	Anzahl
Psychotherapeutinnen	18
Psychotherapeuten	10
Niedergelassenen Ärztinnen	15
niedergelassenen Ärzten	8
Psychiaterinnen	12
Psychiatern	8

Von der Möglichkeit weiterer Anmerkungen und Ergänzungen haben 15 Frauen Gebrauch gemacht. Diese Anmerkungen bezogen sich schwerpunktmäßig auf das Zustandekommen des Kontakts, der überwiegend selbst gesucht wurde; diese Kontaktaufnahme erfolgte zum Teil auf Anraten Dritter (z.B. Ärztin, Polizei, Anti-Gewalt-Einrichtung). Drei Erläuterungen in diesem Kontext werden hier wiedergegeben:

- „Ich habe selbst den Kontakt gesucht und war angenehm überrascht. Konnte dadurch auch sehr viel Hilfe erfahren“
- „Ich habe selbst den Kontakt aufgenommen und es war ein langer, schwerer Weg, bis ich an der richtigen Stelle war.“
- „Habe selbst den Kontakt zu Wildwasser gesucht. 1970 bin ich eingewiesen worden nach mehreren Suizidversuchen.“

Drei Frauen wiesen darauf hin, vermittelt worden zu sein. Darüber hinaus sind von zwei Befragten Konkretisierungen zu den Rahmenumständen gegeben worden, die nachfolgend wiedergegeben werden:

- „überwiegend selbst Kontaktaufnahme. Einweisung in die Psychiatrie nach zwei Selbstmordversuchen“
- „bin seit dem 16. Lebensjahr krank, habe aber erst mit 23 Jahren Hilfe bekommen, nachdem ich aufgrund meiner Erkrankung von zu Hause weg bin und 3 Monate auf der Straße gelebt habe. Als ich wieder zu Hause war, bin ich einen Tag später zum Krisendienst und dann in die Psychiatrie am zweiten Tag“

1.4 In welchen Einrichtungen haben Sie Unterstützung erfahren?

In diesem umfangreichen Fragenblock wurden die Frauen gebeten, diejenigen Einrichtungen anzukreuzen, die sie als unterstützend/hilfreich im Zusammenhang mit der Gewalterfahrung erlebt haben. Zusätzlich waren die Befragten gefordert, über ihre positiven Erfahrungen mit einzelnen Einrichtungen konkret zu berichten. Die meisten Frauen haben sich mit diesem Fragekomplex intensiv auseinandergesetzt; nur wenige Befragte haben sich auf das Ankreuzen von Einrichtungen beschränkt und keine Konkretisierungen vorgenommen.

Zum Teil wurden die Fragen auch dafür genutzt, etwaige Kritik oder negative Erlebnisse mitzuteilen; es gibt einen Fragebogen, in dem überhaupt keine positive Erfahrung benannt wird. Die Anmerkungen einiger Befragten ließen sich nicht eindeutig in die Rubriken „als unterstützend erlebt“ oder „negativ erlebt“ zuordnen und wurden daher gesondert benannt.

Insgesamt haben sich 45 Frauen zu diesem Frageblock geäußert.

Um einen schnellen Überblick zu erhalten, wurde eine zusammenfassende Darstellung den einzelnen Betrachtungen vorangestellt³⁸. Im Einzelnen:

Tabelle A 82:

Einrichtung	als unterstützend erlebt	negativ erlebt
	Nennungen	Nennungen
Niedergelassene Ärztinnen/Ärzte	21	2
Psychotherapeutinnen /Psychotherapeuten	18	1
Beratungsstellen für Frauen	16	1
Krankenhaus mit Fachabteilung für Psychiatrie und Psychotherapie	16	4
Sozialpsychiatrischer Dienst	16	3
Berliner Krisendienst	14	3
Betreutes Wohnen	13	-
Selbsthilfegruppen	12	1
Krankenhaus	11	3
Psychiaterinnen/ Psychiater	11	3
Frauenhaus	10	1
Kontakt- und Beratungsstellen	7	1
anderes	6	1
Zufluchtswohnungen	4	2
Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe	1	-

Zur Antwortkategorie „anderes“ wurden angegeben:

- „Körpertherapie, Schmerzlinderung, Trauma und Gewalt steckt auch im Körper, wird oft nicht gesehen“
- „Arbeitgeber hatte Verständnis für meine Notlage“
- „Familienhilfe - war gut für mich und meine Tochter (derzeit Säugling); jedoch keine Hilfe für die Beziehung (Streit/Gewalt)“
- „Entspannungstechniken“
- „Ein guter Freund von mir hat sich sehr um mich gekümmert, so war ich anfangs , als es ganz akut war, nicht alleine“
- „Jugendamt - Zusammenleben dürfen mit Kind“
- „gab niemanden! Eltern meinten, ich hätte selbst schuld“

Interessant war auch ein genauerer Blick auf die insgesamt 26 Negativ-Nennungen (siehe obige Tabelle). Die Kritikpunkte wurden von 10 Frauen vorgetragen. Dabei fällt die Kritik von 3 Frauen, die sich überwiegend negativ äußern, besonders auf. Allein 15 Negativ-Nennungen wurden von ihnen formuliert - konkret: 2 Frauen haben über negative Erfahrungen mit 5 Einrichtungen und gleichzeitig über positiv Erlebtes mit 4 Einrichtungen berichtet; eine weitere Frau hat ebenfalls über negative Erfahrungen mit 5 Einrichtungen berichtet, zugleich sich aber positiv über 2 Einrichtungen geäußert.

Im Folgenden werden die Angaben zur Frage, was als unterstützend erlebt wurde, zusammenfassend wiedergegeben (zuerst werden die positiven Erfahrungen thematisiert; im Anschluss werden kritische und sonstige Anmerkungen jeweils aufgeführt).

Niedergelassene Ärztinnen/Ärzte

³⁸ Da nur sehr wenige Angaben geschlechterdifferenziert ausgewiesen wurden, konnte dieser Aspekt nicht weiter verfolgt werden.

21 Frauen haben angegeben, von niedergelassenen Ärztinnen/Ärzten Hilfe und Unterstützung bekommen zu haben. Die positiven Erfahrungen bezogen sich zum einen auf formale und medizinische Aspekte (z.B. Unterstützung im Umgang mit Medikamenten, medikamentöse Einstellung, Einweisung ins Krankenhaus, Überweisung zur Psychotherapie, Atteste, richtige Diagnose), und zum anderen - überwiegenden Teil - auf die Vertrauensbasis, die durch intensive Gespräche über die eigene Situation und die Gesundheit entstanden war. Aspekte wie Mut machen, nachfragen, zuhören, ein aufgeschlossener und respektvoller Umgang mit der Patientin, eine offene und ganzheitliche Wahrnehmung von gesundheitlichen "Störungen" wurden dazu genannt. Darüber hinaus gaben einige Befragte an, entsprechende Informationen oder Materialien, wo welche Hilfe zu bekommen war, über die Ärztin/den Arzt erhalten zu haben (im Gespräch oder Informationen lagen im Wartezimmer aus). Eine Frau gab noch den Hinweis auf Fotos der Körperverletzung.

Kritische Anmerkungen

- „keine Hilfe“
- „nichts, leider“

Sonstige Anmerkung

- „offen ansprechen, dass Behandlungsprobleme da sind. Problem: viele Ärzte/innen reagieren nicht so professionell auf Traumatisierung. Hilfreich ist also: auch als traumatisierte Patientin behandelt zu werden.“

Psychotherapeutinnen /Psychotherapeuten

18 Frauen haben angegeben, von Psychotherapeutinnen /Psychotherapeuten Hilfe und Unterstützung erfahren zu haben. Als hilfreich benannt wurden hier die intensiven Einzelgespräche, die verschiedenen Therapieformen, das Angenommensein in der Krise, die Begleitung im Aufarbeitungsprozess und insgesamt die Unterstützung, einen eigenen Weg zu finden. Aspekte wie eine sichere Vertrauensbasis (eine Befragte: „Steht zu mir, so wie ich bin. Ist für mich da, habe gelernt, meinem Gefühl zu trauen“), zuhören, die regelmäßige Beschäftigung/ Auseinandersetzung mit den eigenen Gefühlen (eine Befragte: „reden und weinen zu können, verzweifelt sein dürfen...“), aber auch Ratschläge für den Alltag, Tipps bei Angstsituationen und das Erlernen von Entspannungstechniken wurden benannt. Darüber hinaus gab eine Frau noch „Hilfe in Bezug auf Kind; Hilfe in Bezug auf Umgang mit Betreuerinnen in der TWG“ an.

Kritische Anmerkung

- „war nicht hilfreich“

Sonstige Anmerkung

- „Therapieplatz erst in 2 Monaten“

Beratungsstellen für Frauen

16 Frauen haben angegeben, von Beratungsstellen für Frauen Hilfe und Unterstützung erlebt zu haben. Die positiven Erfahrungen bezogen sich auf das unkomplizierte und kostenlose Beratungsangebot, die Möglichkeit, anonym Informationen erhalten zu können, die gute telefonische und persönliche Beratung (auch Rechtsberatung durch Anwältinnen), die von Beratungsstellen geleistet wird (einzelne Einrichtungen wurden direkt benannt). In diesem Zusammenhang wurde auf die wertvolle mentale Unterstützung durch die Gruppenangebote allgemein und speziell durch die Gesprächsangebote von selbst betroffenen, ausgebildeten Frauen hingewiesen; auch die Vermittlung einer Psychotherapie wurde von einer Frau thematisiert. Äußerungen wie „dass man sich mit gewaltbetroffenen Frauen austauschen kann, nichts erklären muss“ und „spezialisierte Begleitung von selbst betroffenen Frauen“ stehen stellvertretend für die Nennungen in diesem Kontext.

Ein Schwerpunkt der Nennungen bewegte sich auf der persönlichen Ebene. Hinweise wie „war sehr verständnisvoll, man fühlte sich nicht allein gelassen“, „endlich wurde ich ernst genommen“, „Erstgespräch gab Gefühl von Betreuung und Nichtalleinsein“, wurden von den meisten genannt. Im Tenor wurde die regelmäßige Unterstützung bei der Auseinandersetzung/Reflexion von schwierigen Lebenssituationen, die Hilfe bei der Entwicklung der weiteren Perspektive („Leitfaden, wie es nach der Trennung weitergeht“) genannt.

Kritische Anmerkung

- „Von all den genannten - SozPsychD, BKD, Frauenhaus, Zufluchtswohnung, Beratungsstelle für Frauen, hat mich niemand in der Zeit von Dez 2004 bis Nov 2005 unterstützt. Eingaben wurden nicht bearbeitet, Anträge auf eine Zufluchtswohnung wegen der Körperverletzung vom 13.11.2004 nicht bearbeitet“

Sonstige Anmerkung

- „aktive Maßnahmen zu entwickeln, um aus dem Trauma raus zu gehen, z.B. Öffentlichkeit herstellen oder offen das Thema mit Ärztinnen ansprechen“

Krankenhaus mit Fachabteilung für Psychiatrie und Psychotherapie

16 Frauen haben angegeben, von Krankenhäusern mit Fachabteilung für Psychiatrie und Psychotherapie Hilfe und Unterstützung erfahren zu haben. Als hilfreich benannt wurden hier verschiedene Therapieformen (Musiktherapie, Gestalttherapie, psychotherapeutische, körpertherapeutische Unterstützung, Einzeltherapie, Einzel - Gruppengespräche), Sport, die entsprechende medikamentöse Einstellung, das Erlernen von Methoden, mit dem Erlebten und/oder mit der Krankheit zu Recht zu kommen. Diese positiven Erfahrungen wurden unterlegt mit Nennungen wie „seelisch und geistig aufgebaut“, „dass ich im Krankenhaus bleibe als Schutz vor mir selbst“, „Ruhe, Geduld, akzeptiert zu sein“, „...dort habe ich es geschafft zu akzeptieren, dass ich ein Recht zum Leben habe“, „die regelmäßigen Gesprächsgruppen morgens und abends. Dadurch dass ich morgens sehr verschlossen bin und nicht in der Lage bin, von meinen Gefühlen zu reden, haben mir die Abendgruppen sehr geholfen“, „Hilfestellung jeglicher Art zu bekommen“, „Vermittlung ins Betreute Wohnen“. Eine Frau benannte darüber hinaus: „Ehemann wurde zur Entzugsbehandlung veranlasst“.

Kritische Anmerkungen

- „zu wenig, „schlechte“ Hilfe; zu wenig Eingehen auf die Situation bzw. gar nicht;“
- „nichts! Falsche Diagnose nach Anamnese im Schreckzustand = Beruhigungsmittel“
- „nicht hilfreich, da ich an einer Studie für ein neues Medikament hätte teilnehmen müssen. Also habe ich die Einrichtung verlassen“
- „haben mir zu viel Tabletten gegeben“

Sonstige Anmerkungen

- „bin unsicher, ob es hilfreich war“
- „Unterstützung erhält frau im KH kaum, es sei denn es gibt einige wenige engagierte Ärztinnen. Eigentlich ist frau in der Psychiatrie nicht gut aufgehoben“

Sozialpsychiatrischer Dienst

16 Frauen haben angegeben, vom Sozialpsychiatrischen Dienst Hilfe und Unterstützung erfahren zu haben. Als hilfreich benannt wurden hier die Kostenübernahmen (Therapie, Betreutes Einzelwohnen, therapeutische Wohngemeinschaft, Einzelfallhilfe), die Unterstützung bei der Wohnungssuche, das Angebot einer Zufluchtswohnung, im Tenor die „Vermittlung von Hilfen“ bzw. „wenn es um dringende Angelegenheiten ging“ wie zwei Befragte es konkret formulierten. Aber auch die persönliche Ebene wurde thematisiert; in diesem Kontext genannt wurden „stützende Gespräche“, „die Amtsärztin/ der Amtsarzt“ und darüber hinaus die Unterstützung im Zusammenhang mit einer Beschwerde („..dabei sein mit dem Opferschutzbeauftragten bei einem runden Tisch mit dem Abschnittsleiter der Polizei wegen meiner Kritik im Umgang mit Frauen in Gewaltsituationen.“).

Kritische Anmerkungen

- „Von all den genannten - SozPsychD, BKD, Frauenhaus, Zufluchtswohnung, Beratungsstelle für Frauen, hat mich niemand in der Zeit von Dez 2004 bis Nov 2005 unterstützt. Eingaben wurden nicht bearbeitet, Anträge auf eine Zufluchtswohnung wegen der Körperverletzung vom 13.11.2004 nicht bearbeitet“
- „keine Hilfe möglich“
- keine Konkretisierung, jedoch hilfreich durchgestrichen

Berliner Krisendienst

14 Frauen haben angegeben, vom Berliner Krisendienst Hilfe und Unterstützung erfahren zu haben. Als hilfreich benannt wurde hier vor allem, dass damit eine „Notfallhilfe rund um die Uhr“ gegeben ist, die anonym ist und über die eine Unterstützung bei der Suche nach Hilfsangeboten, weiteren Adressen etc erfolgen kann. Diese positiven Erfahrungen wurden unterlegt mit Nennungen wie „dass ich sofort über die kochenden Dinge sprechen konnte“, „zuhörende Menschen zu haben in Krisensituationen“ „einfach nur reden können“. „urteilsfrei in der Befragung“, „dass man sofort vorbeikommen und Gespräch haben konnte“.

Kritische Anmerkungen

- „haben mich nicht ernst genommen“

- „Von all den genannten - SozPsychD, BKD, Frauenhaus, Zufluchtswohnung, Beratungsstelle für Frauen, hat mich niemand in der Zeit von Dez 2004 bis Nov 2005 unterstützt. Eingaben wurden nicht bearbeitet, Anträge auf eine Zufluchtswohnung wegen der Körperverletzung vom 13.11.2004 nicht bearbeitet“
- „keine Hilfe“

Betreutes Wohnen

13 Frauen haben angegeben, vom Betreuten Wohnen Hilfe und Unterstützung erfahren zu haben. Als hilfreich wurden hier eine ganze Reihe von „Hilfen im Alltag“ benannt, die sich auf Ämter, Arbeit, Unterstützung bei der Erziehung der Tochter oder beim Verlassen der elterlichen Wohnung, Hilfe bei Einnahme von Medikamenten bezogen. Eine Betroffene brachte es auf den Nenner: „Unterstützung in allen Bereichen“.

Darüber hinaus stand die persönliche Ebene häufig im Vordergrund: Zuhören, Zuwendung, nachfragen, Gespräche, immer vorhandene Ansprechpartner, das Gefühl von Sicherheit und ein fester Ort/ eine klare Struktur waren dabei die Stichworte. Exemplarisch wird hier eine Nennung wiedergegeben: „Gefühl von Sicherheit, sich aufgehoben fühlen, Gefühl sich erst mal Zeit nehmen zu können. Enger Kontakt zur Betreuerin -therapeutische WG nur für Frauen - war für mich wichtig“.

Kritische Anmerkungen

keine

Selbsthilfegruppen

12 Frauen haben angegeben, von Selbsthilfegruppen Hilfe und Unterstützung erfahren zu haben. Als hilfreich benannt wurde im Kern der „Austausch mit anderen Betroffenen“ und das damit verbundene Gefühl, „nicht allein mit den Problemen zu sein“. Positiv hervorgehoben wurde dabei die gegenseitige Unterstützung bei der Alltagsbewältigung und in Angst- bzw. Traumasituationen, der regelmäßige Kontakt in der Gruppe. Selbsthilfegruppen werden auch als Informationsbörse wahrgenommen, wie die Nennungen „Information zur Transaktionsanalyse“ und „lehrreich betreffend Sucht“ dokumentieren. Im Vordergrund stand bei den Nennungen aber die Gefühlsebene. Exemplarisch seien dazu folgende Nennungen wiedergegeben: „Geschichten von anderen zu hören und zu sehen, dass man nicht allein mit den Problemen ist. Dadurch fällt es einem leichter, auch von sich zu erzählen und man fühlt sich nicht mehr ganz so einsam.“, „Austausch auf gleicher Augenhöhe, Gemeinschaftsgefühl, Regelmäßigkeit“.

Kritische Anmerkung

- keine Konkretisierung, jedoch hilfreich durchgestrichen

Krankenhaus

11 Frauen haben angegeben, über das Krankenhaus Hilfe und Unterstützung erfahren zu haben. Was als hilfreich empfunden wurde, lässt sich im Wesentlichen zwei Bereichen zuordnen: Der Behandlung in der Notaufnahme und den Informationen über Schutzeinrichtungen, Frauenhäuser etc., die von dort erhalten wurden. Eine Frau benannte dazu „Mut gemacht zur Anzeige“. Darüber hinaus wurde angesprochen: „psychosomatische Therapie“ und „hilfreich war die Kontakt- und Ausgangssperre auf der geschlossenen Station und dass ich mich um nichts kümmern musste. Dadurch konnte sich mein Kopf erholen und anfangen mehr klar zu denken“.

Kritische Anmerkungen

- „nur Behandlung der Verletzung, keine weitere Unterstützung (habe gelogen, bin "gestürzt")“,
- „nichts! nach Verabreichung von Diazepam in der Notaufnahme wieder weggeschickt!“
- „keine Hilfe“

Psychiaterinnen/Psychiater

11 Frauen haben angegeben, von Psychiaterinnen/Psychiatern Hilfe und Unterstützung erfahren zu haben. Die positiven Erfahrungen bezogen sich zum einen auf formale und medizinische Aspekte (z.B. Unterstützung im Umgang mit Medikamenten, medikamentöse Einstellung, Kostenantrag an die Krankenkasse, Klärung des derzeitigen psychischen Zustands) und zum anderen auf die Vertrauensbasis, die durch Gespräche entstanden ist. Nennungen wie „fühlte mich verstanden und aufgehoben“, „Fragen stellen, Ratschläge erteilen“ belegten dies.

Kritische Anmerkungen

- „total überlastet“

- „nicht so viel (Angebot von Beruhigungsmitteln und Reha in einer psychosomatischen Klinik)“
- keine Konkretisierung, jedoch hilfreich durchgestrichen

Frauenhaus

10 Frauen haben angegeben, über das Frauenhaus Hilfe und Unterstützung erfahren zu haben. Die positiven Erfahrungen bezogen sich darauf überhaupt einen Unterschlupf/eine Notunterkunft zu finden (z.B. „da konnte ich sofort hin“), sich dort sicher und geschützt zu fühlen (z.B. „da fühlte ich mich sicher, weil die Adresse geheim ist“) und weitergehende Unterstützung zu erhalten (z.B. „Abstand zum Ehemann. Von dort wurden weitergehende Hilfen veranlasst, wie z.B. einstweilige Verfügung.“). Aber auch Aspekte wie kein Einzelfall zu sein, kein bürokratisches Procedere dort zu erleben, ernst genommen zu werden, wurden genannt. Eine Frau gab den Hinweis „Selbstverteidigung“.

Kritische Anmerkung

- „Von all den genannten - SozPsychD, BKD, Frauenhaus, Zufluchtswohnung, Beratungsstelle für Frauen, hat mich niemand in der Zeit von Dez 2004 bis Nov 2005 unterstützt. Eingaben wurden nicht bearbeitet, Anträge auf eine Zufluchtswohnung wegen der Körperverletzung vom 13.11.2004 nicht bearbeitet“

Kontakt- und Beratungsstellen

7 Frauen haben angegeben, über Kontakt- und Beratungsstellen Hilfe und Unterstützung erfahren zu haben. Was als hilfreich empfunden wurde, lässt sich im Wesentlichen folgenden Bereichen zuordnen: Tagesstruktur („konnte jeden Tag kommen u. Gespräch haben auch mit Psychotherapeutin“), Weiterbildungsangebote (z.B. „Durch den Computer PC Trainingskurs - Bewerbungen zum 2. Bildungsweg schreiben“) und Gesprächs- und Beratungsangebote (z.B.: „Hilfe, wie es weitergehen kann/soll“; „Einzelgespräche in Richtung Sucht“). Eine Nennung sei hier exemplarisch wiedergegeben: „ich konnte reden; mir wurde zugehört; endlich wurde ich ernst genommen ! Neue Wege aufgezeigt; Kontaktadressen erhalten. Sofortige Hilfe erhalten. Das große Gefühl, nicht mehr allein zu sein!“

Kritische Anmerkung

- keine Konkretisierung, jedoch hilfreich durchgestrichen

Zufluchtswohnungen

4 Frauen haben angegeben, durch Zufluchtswohnungen Hilfe und Unterstützung erfahren zu haben. Als hilfreich wurde die schnelle Vermittlung in eine Zufluchtswohnung, die Beratung und Begleitung und „ich konnte mich anvertrauen“ benannt.

Kritische Anmerkungen

- „Von all den genannten - SozPsychD, BKD, Frauenhaus, Zufluchtswohnung, Beratungsstelle für Frauen, hat mich niemand in der Zeit von Dez 2004 bis Nov 2005 unterstützt. Eingaben wurden nicht bearbeitet, Anträge auf eine Zufluchtswohnung wegen der Körperverletzung vom 13.11.2004 nicht bearbeitet“
- keine Konkretisierung, jedoch hilfreich durchgestrichen

Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe

Eine Frau hat angegeben, durch Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe Hilfe und Unterstützung erfahren zu haben. Als hilfreich benannte sie: „Erstmal ein Dach über dem Kopf zu haben. Hilfe bei der Wohnungssuche.“

Von der Möglichkeit weiterer Anmerkungen haben 8 Frauen Gebrauch gemacht; die Zitate im Einzelnen:

- „Frauen mit Gewalterfahrung sagen nicht in der ersten Kontaktminute, was wirklich los ist. Es wird sich aber oft nicht die Zeit genommen, zuzuhören, anzuerkennen, was passiert ist und dass vieles nicht möglich ist (z.B. Berührungen, Fragen über das Trauma)“
- „Langzeittherapie: Dort konnte man sich wirklich nur auf sich konzentrieren, die ganzen Alltagsdinge fielen weg, z.B. Miete zahlen, Einkaufen, Ämterstress; Therapeutische WG für Frauen: Ich habe das Zusammenleben dort sehr entspannt empfunden, ich bin der Meinung, dass es damit zu tun hatte, dass keine Männer da waren. Ich konnte leichter über Dinge -z. B. Vergewaltigung- sprechen, weil die meisten Frauen dort auch Gewalterfahrungen hatten. ich glaube nicht dass es mir möglich gewesen wäre, wenn Männer in der Gruppe gewesen wären.“

- „Es war gut, nicht hin und hergeschickt zu werden. Es war gut, dass ich ein Zimmer mit einer anderen Frau hatte. Da konnte ich mich zurückziehen. Bin jetzt mit der Frau befreundet. Und dass da andere Frauen waren hat geholfen. Denen sind auch schlimme Sachen passiert. Wir haben uns gegenseitig geholfen.“
- „Die Beratung und Unterstützung der Polizei bei Einsätzen trotz richterlicher Verfügung gegen den Gewalttäter war schlecht.“
- „Beratung bei Wildwasser war am kompetentesten“
- „Es fällt mir immer noch schwer darüber nachzudenken, aus Angst, dass es wieder hochkommt.“
- „Die Beratungen der Frauen für Frauen bei TARA z.B. finden in mehreren Sprachen statt. Eine wesentliche Voraussetzung dafür, dass auch Migrantinnen dieses Angebot hier wahrnehmen können. Da es diesen Fragebogen leider nur in Deutsch gibt, werden Sie mit dieser Umfrage leider viele Betroffene ausschließen.“
- „Ich habe endlich Hilfe und Unterstützung erhalten und meine psychischen und gesundheitlichen Probleme wurden ernst genommen! Leider kann ich das von meinem psychosomatischen Klinik-Aufenthalt nicht behaupten! Das war die größte Belastung überhaupt und mir geht es seit dem schlechter als vorher.“

2. Was ist für Sie wichtig, welche Hilfen brauchen Sie?

2.1 Was sind für Sie die wichtigsten Punkte für eine gute, sinnvolle Unterstützung? (Mehrfachnennungen sind möglich)

Zu dieser Frage haben alle 46 Frauen umfangreiche Angaben übermittelt:

- 40 Befragte haben mindestens 6 Antwortkategorien angekreuzt
- 3 Befragte haben 5 Antwortkategorien angekreuzt
- 2 Befragte haben 4 Antwortkategorien angekreuzt
- 1 Befragte hat 2 Antwortkategorien angekreuzt

Im Einzelnen:

Tabelle A 83:

Wichtigste Punkte	Nennungen absolut	Nennungen in %
dass ich eine feste Ansprechperson für mein Problem habe	38	82,6
dass ich unterstützt werde bei der Klärung meiner weiteren Schritte (Perspektive / Lebensplanung)	38	82,6
dass ich mich geschützt/ sicher fühle	35	76,1
dass ich zur Ruhe kommen kann	35	76,1
dass ich die Angebote kostenlos in Anspruch nehmen kann	33	71,7
dass die Behandlung/Beratung/Betreuung durch weibliches Personal erfolgt	32	69,6
dass ich die Einrichtung jederzeit verlassen kann, wann ich will	25	54,3
dass ich anonym bleiben kann	25	54,3
dass ich die Mitarbeiter/innen direkt/persönlich erreichen kann	24	52,2
dass es sich hierbei um männerfreie Räume handelt	21	45,6
dass nach aktuellen Gewalterfahrungen gefragt wird	20	43,5
dass nach früheren Gewalterfahrungen gefragt wird	20	43,5
dass meine sexuelle Orientierung (lesbisch, bi-, trans-, heterosexuell) akzeptiert wird	17	36,9
dass ich Aufklärung über die Gewaltdynamik erhalte	15	32,6
Wichtigste Punkte	Nennungen absolut	Nennungen in %
anderes	11	23,9
dass ich muttersprachliche Ansprechpartnerinnen habe	10	21,7
dass ich meine Kinder in die Einrichtung mitnehmen kann	8	17,4

Die Nennungen zur Rubrik „anderes“ wurden überwiegend konkretisiert; die Zitate im Einzelnen:

- „Bewusstsein für Frauen mit Beeinträchtigungen (Behinderungen)“;
- „Unterstützung, um aus der Opfersituation raus zu kommen; Richter, die den Gewaltopfern glauben; Sicherheit vor dem Täter auch vor weiteren Drohungen und Nachstellungen; Bestrafung des Täters;“
- „anwaltliche Unterstützung wäre angemessen gewesen; Wahrung des GG und Datenschutz / Verfassungsschutz des Landes Berlin;“
- „dass mir geglaubt wird“

- „individuelle Beratung; Mitarbeiterinnen haben viel Wissen“;
- „getrennte Wohnräume von Mutter und Familie, dass ich entscheiden kann ob und wann ich sie treffen will“;
- „dass ich bei der Wiedereingliederung in ein normales Leben unterstützt werde“;
- „Dass mir in einer Therapiesitzung konkrete Fragen gestellt werden, da ich von alleine Probleme habe zu erzählen und dadurch manchmal der Eindruck entsteht, dass ich verschlossen bin, was eigentlich nicht stimmt. Wenn ich gefragt werde, antworte ich auch.“
- „dass ich ernst genommen werde“

Darüber hinaus sind zu einzelnen Antwortkategorien noch weitere Aspekte interessant:

So war offenbar der Fragebogen an einigen Stellen missverständlich oder zumindest nicht leicht verständlich: Eine Frau fragte „Gewaltdynamik - was ist das?“, eine andere „migriert - dieses Wort verstehe ich nicht“. In diesem Sinne sind auch die Angaben zur Frage nach muttersprachlichen Ansprechpartnerinnen kritisch zu sehen.

Die Antwortkategorie „...dass ich muttersprachliche Ansprechpartnerinnen habe“ wurde von 10 Frauen als wichtiger Unterstützungspunkt angekreuzt. Jedoch haben 5 Frauen an späterer Stelle (bei Frageblock 4 / Persönliche Angaben) einen Migrationshintergrund verneint, eine andere hat die Frage gestellt, was „migriert“ bedeutet und eine weitere hat gar keine Angabe gemacht. So war nur bei drei Frauen, die muttersprachliche Ansprechpartnerinnen als wichtigen Unterstützungspunkt benannt haben, ein Migrationshintergrund erkennbar (je einmal: Mazedonien, Polen, Russland).

Interessant war zudem ein Hinweis einer Frau mit thailändischem Migrationshintergrund: Sie hat „...dass ich muttersprachliche Ansprechpartnerinnen habe“ nicht angekreuzt, sondern mit der Anmerkung versehen: „würde mich trauriger machen“.

Drei Frauen haben zur Antwortvorgabe „...dass die Behandlung/Beratung/Betreuung durch weibliches Personal erfolgt“ folgende Anmerkungen vorgenommen: „riesig groß“, „manchmal hilfreich“ und die dritte Frau hat hier ein überdimensionales Kreuz gesetzt.

Die Antwortkategorie „...dass ich meine Kinder in die Einrichtung mitnehmen kann“ ist von 8 Frauen als wichtiger Unterstützungspunkt angekreuzt worden. Um eine Einschätzung zur Bedeutung der Zahl der Nennungen zu erhalten, war eine gleichzeitige Betrachtung des Frageblocks 4 / Persönliche Angaben erforderlich. Danach ergab sich folgendes Bild: Von 8 Frauen, die diese Antwortkategorie gewählt hatten, hatte die Hälfte (4) Kinder, die bei ihnen lebten; 3 weitere Frauen hatten zwar Kinder, diese lebten aber nicht bei ihnen, und eine Frau, die keine Kinder hatte, hatte trotzdem die Antwortvorgabe angekreuzt.

Die weitergehende Betrachtung zeigte darüber hinaus, dass aus der relativ geringen Zahl der Nennungen kein unmittelbarer Rückschluss auf die persönlichen Lebensumstände gezogen werden konnte, denn insgesamt haben 18 Frauen im Frageblock 4 angegeben, Kinder zu haben. Im Einzelnen:

Tabelle A 84:

Lebensumstände	Anzahl der Frauen	Anzahl der Nennungen der Antwortkategorie „...dass ich meine Kinder in die Einrichtung mitnehmen kann“
mit Kindern zusammenlebend	7	4
Kinder vorhanden, leben aber nicht zusammen	11	3
keine Kinder	24	1

Von zwei Frauen ist der Hinweis gegeben worden, dass ihre Kinder schon erwachsen waren. Diese Anmerkung wies auf eine Schwachstelle der Befragung hin, die an späterer Stelle - bei der Betrachtung des Frageblocks 4 - thematisiert wird.

Von der Möglichkeit weiterer Anmerkungen haben 7 Frauen Gebrauch gemacht. Die Zitate im Einzelnen:

- „Männerbesuch in der TWG hat mich zum Teil gestört (zu viel/zu lange)“
- „dass meine Kinder bei mir wohnen können“
- „Gruppenangebote für betroffene Frauen; stärkt die Eigenaktivität, wirkt Depressionen, Vereinsamung und Mutlosigkeit entgegen. Finanzielle Mittel dafür um z.B. mit d. SH-Gruppe mal einen Ausflug machen zu können“
- „möglichst schnelle Therapie“
- „wichtig finde ich auch, dass meine "Hindernisse" keine Männer sehen zu können, keine Menschen überhaupt, nicht rausgehen zu können usw. nicht verboten werden, nicht zu etwas gezwungen werden. Was nicht unbedingt sein muss. Das könnte immer nach hinten los gehen.“
- „Kein Preis/Leistungsverhältnis...“ (Rest unleserlich)
- „seitdem ich das Gefühl habe, meine Geschichte erzählen zu können ohne zu kämpfen, mein Gegenüber weiß, wovon ich spreche - Druck wird weniger“

2.2 Was sollte im Hilfesystem für gewaltbetroffene Frauen mit psychischen Problemen verbessert werden?

Mit diesem umfangreichen Fragenblock wurden die Frauen gebeten, Verbesserungsvorschläge für die einzelnen Einrichtungen zu benennen. Die meisten Frauen haben sich mit diesem Fragenkomplex intensiv auseinandergesetzt und konkrete Anregungen formuliert. Zum Teil enthielten die Verbesserungsvorschläge keine Kritik an den bestehenden Einrichtungen, im Gegenteil: Forderungen wie „mehr Anerkennung durch größere finanzielle Unterstützung des Staates“ sprachen für eine positive Wertschätzung.

Darüber hinaus wurde die Frage auch für weitere Anmerkungen, z. B. über positive Erfahrungen mit einzelnen Einrichtungen, genutzt. Auf diese weiteren Hinweise wird zum Abschluss der Betrachtungen zu diesem Fragenblock eingegangen.

35 Frauen haben sich zu diesen Fragen geäußert - und zwar haben

- 17 Befragte zu maximal drei Einrichtungen Verbesserungsvorschläge formuliert;
- 13 Befragte zu vier und mehr Einrichtungen Verbesserungsvorschläge formuliert;
- 5 Befragte andere Hinweise, die nicht unter die Rubrik Verbesserungsvorschläge zu subsumieren waren, gegeben.

Um einen schnellen Überblick zu erhalten, wurde eine zusammenfassende Darstellung den einzelnen Betrachtungen vorangestellt³⁹. Gezählt wurden die Anmerkungen pro Person als ein Verbesserungsvorschlag für eine Einrichtung, selbst wenn in einer Nennung verschiedene Aspekte für eine Einrichtung skizziert wurden. Diese Systematik wurde nur für die Rubrik „Anderes“ durchbrochen. Hier wurden alle Verbesserungsvorschläge einzeln gezählt.

Tabelle A 85:

Einrichtung	Verbesserungsvorschläge
Krankenhaus	16
Krankenhaus mit Fachabteilung für Psychiatrie und Psychotherapie	16
Niedergelassene Ärztinnen/Ärzte	12
anderes	11
Psychotherapeutinnen /Psychotherapeuten	10
Psychiaterinnen/ Psychiater	9
Frauenhaus	6
Sozialpsychiatrischer Dienst	5
Berliner Krisendienst	4
Kontakt- und Beratungsstellen	4
Beratungsstellen für Frauen	3
Betreutes Wohnen	2
Selbsthilfegruppen	2
Zufluchtwohnungen	2
Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe	2

Insgesamt wurden 11 weitere Vorschläge oder Hinweise übermittelt, zum Teil in der Rubrik „anderes“ und zum Teil in „weitere Anmerkungen“. Eine Trennung dieser Nennungen erschien für die Auswertung unpraktikabel. Dementsprechend wurden die Vorschläge bzw. Hinweise komplett der Kategorie „anderes“ zugeordnet und nachfolgend dargestellt. Die Zitate im Einzelnen:

- „Famillengericht: Richter/innen sollten geschult werden auf häusliche Gewalt!“
- „Wichtig ist, dass alle Stellen, die Kontakt mit dem Opfer haben, fachlich geschult und persönlich geeignet sind.“
- „Informationen über Selbsthilfegruppen und Einrichtungen für Frauen auch in medizinischer Hinsicht sollen bei den Frauengleichstellungsbeauftragten ausliegen. Noch besser ist es eine Beauftragte zum Schutz der Frauen und Kinder vor körperlicher und sexueller Gewalt in jedem Rathaus zu haben!“
- „stärkere Einbindung selbst Betroffener in das Personal der entsprechenden Stellen, so weit möglich eigene Betroffenheit als Einstellungskriterium, um Hierarchien abzubauen.“
- „dass es mehr Plätze für psychisch Erkrankte in Krankenhäusern gibt“
- „Besser ausgebildete Sinnesprägungen der sozial geforderten Polizei, Sozialarbeiter, Krankenhausstrukturen“
- „mehr Hilfe den Betroffenen durch die Gesellschaft zukommt.“
- „Ausbildung - Berufstätigkeit im geschützten Umfeld. Werkstätten.“
- „erstes Gespräch mit Pfarrerin war nur kurz möglich“
- „Polizei - besserer Umgang von der Polizei, nicht so herablassend“

³⁹ Da nur sehr wenige Angaben geschlechterdifferenziert ausgewiesen wurden, konnte dieser Aspekt nicht weiter verfolgt werden.

- „würde heute nie wieder zur Polizei gehen - zu großer psych. Druck“

Im Folgenden werden die Verbesserungsvorschläge für jede Einrichtung wiedergegeben. Eine Zusammenfassung wird bei den Einrichtungen mit vielen Nennungen voran gestellt; danach werden die Verbesserungsvorschläge der Frauen im Einzelnen wiedergegeben.

Krankenhaus

16 Frauen haben Verbesserungsvorschläge für die Behandlung im Krankenhaus formuliert, die sich im Wesentlichen drei Bereichen zuordnen lassen:

- Dem Wunsch nach sensiblem Umgang/ernst genommen zu werden,
- einer fachlichen Behandlung, bei der die Gewalterfahrung berücksichtigt wird
- und medizinischem Personal, das zum Thema Gewalt einen besonderen Zugang hat.

Diese Verbesserungsvorschläge wurden unterlegt mit Formulierungen wie „mehr Eingehen auf die Frauen; mehr Zeit -genauer nachfragen und Hinweise auf weitere Hilfe“, „dass im Krankenhaus mehr auf sexuelle Gewalt eingegangen wird, die Patientin ernst genommen wird mit dem schlimmen Problem“.

Bezogen auf die fachliche Beratung wurde u.a. angeregt „Patientinnen sollten das Recht haben, von Ärztinnen behandelt zu werden“ oder „dass Frau nicht irgendwelche Behandlungsprogramme ohne große Absprachen aufgedrückt werden; dass akzeptiert wird, dass man sich nicht anfassen lässt und wenn dies notwendig ist, es abgesprochen wird; viel mehr Zeit für Beratung da sein muss.“

Zum Personal wurden Wünsche wie „mehr Betroffene sollten dort arbeiten; betroffenenkontrollierter Ansatz; mehr Personal“ oder „im Angstzustand oder traumatischen Schock Unterstützung z.B. durch Info über Zufluchtwohnungen; spezielle Schulungen des Krankenhauspersonals“ formuliert.

Die Verbesserungsvorschläge im Einzelnen bezogen auf Krankenhäuser

- dass Frau nicht irgendwelche Behandlungsprogramme ohne große Absprachen aufgedrückt werden; dass akzeptiert wird, dass man sich nicht anfassen lässt und wenn dies notwendig ist, es abgesprochen wird; viel mehr Zeit für Beratung da sein muss
- mehr Eingehen auf die Frauen; mehr Zeit -genauer nachfragen und Hinweise auf weitere Hilfe
- Patienten sollten auch mit psych. Problemen ernst genommen werden
- sensiblerer Umgang, mehr Zeit. Nicht immer allen die kommen meine Problematik erzählen müssen. Etwas persönlich
- mehr Wissen, sensiblerer Umgang
- mehr Zeit, mehr Nachfragen, Infomaterial zu Folgen
- mehr Unterstützung, bessere Beratung
- im Angstzustand oder traumatischen Schock Unterstützung z.B. durch Info über Zufluchtwohnungen; spezielle Schulungen des Krankenhauspersonals.
- Dass in KH mehr auf sexuelle Gewalt eingegangen wird, die Patientin ernst genommen wird mit dem schlimmen Problem
- Wenn man den Verdacht hat, nachhaken!
- Bewusstsein für Frauen mit Beeinträchtigungen (Behinderungen). Um ein Bewusstsein zu schaffen ist es nötig Berührungängste abzubauen. Das ist schwer andere Bedürfnisse zu formulieren. Ist im KH-Alltag schwer. Frau kann nur durch persönliche Überzeugung Hilfe erfahren.
- weibliche Begleitung von einer Abteilung zur anderen in der Krise
- körperliche und seelische Probleme beachten (Krankheiten)
- Patientinnen sollten das Recht haben, von Ärztinnen behandelt zu werden
- mehr Betroffene sollten dort arbeiten; betroffenenkontrollierter Ansatz; mehr Personal
- psychologische Unterstützung neben Körper-Check!

Krankenhaus mit Fachabteilung für Psychiatrie und Psychotherapie

16 Frauen haben Verbesserungsvorschläge für die Behandlung im Krankenhaus mit Fachabteilung für Psychiatrie und Psychotherapie entwickelt. Diese lassen sich im Wesentlichen zwei Bereichen zuordnen:

- Dem Wunsch nach medizinischem Personal, das zum Thema Gewalt einen besonderen Zugang hat
- und eine fachlichen Behandlung, die Gespräche in den Vordergrund rückt und keine Zwangsmaßnahmen vorsieht.

Im Tenor zielten die Vorschläge auf mehr Selbstbestimmung, ein besseres Zusammenspiel - auf gleicher Augenhöhe- zwischen Krankenhauspersonal und Patientin, wie sich dies in der Formulierung „Patientinnen sollten das Recht haben, von Ärztinnen behandelt zu werden und ein uneingeschränktes Recht auf Akteneinsicht haben“ widerspiegelt.

Die Verbesserungsvorschläge wurden bezogen auf das Personal mit Konkretisierungen wie „speziell ausgebildetes Personal für von Gewalt betroffenen Frauen und deren Problemen“, „mehr Kliniken mit Fachabteilung für posttraumatische Störungen in Deutschland, da es solche kaum gibt“ unterstrichen. Hinsichtlich der Behandlung seien exemplarisch „dass die Gespräche in den Vordergrund gerückt werden sollten nicht nur die Medikamente“ und „Abschaffung der Zwangsmaßnahmen wie Fixierung ans Bett, Zwangseinweisung in die Psychiatrie durch Gericht, Ruhigstellung durch Medikamente wie Tavor, Diazepam“ benannt.

Die Verbesserungsvorschläge im Einzelnen bezogen auf Krankenhäuser mit Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychotherapie

- dass Schutz- und Rückzugsraum da sein muss; fester ausgebildetes Personal; dass das Krankheitsbild, vor allem Dissoziationszustände verstanden wird u Hilfe da ist; Bezugspflegesystem (feste Kontakte zu Bezugspfleger usw.); bessere Ausbildung des Personals
- dass mehr auf das Geschehene geschaut wird und nicht nur auf die Zukunft geschaut wird.
- mehr Eingehen (war zur Beobachtung da und es passierte nichts)
- Mehr Kliniken mit Fachabteilung für posttraumatische Störungen in Deutschland, da es solche kaum gibt.
- Während eines 4 1/2 Monate dauernden Aufenthalts in der Psychiatrie kam es insgesamt nur zu 3 Einzelgesprächen beim Arzt, ansonsten tägl. Stationsmeetings, die ich nicht als hilfreich empfand.
- a) dass nur einmal pro Woche eine Zimmervisite stattfindet b) man nur einen festen Arzt hat und nicht ständig neue c) dass man nur 1 Mal seine Geschichte erzählen muss und dies in der Akte festgehalten wird und nicht ständig alles wiederholen muss d) einen längeren Aufenthalt in Betracht kommen könnte und nicht so schnell wie möglich wieder entlassen wird, nur weil die Ärzte denken, man sei stabil und lässt den Suizid.
- Dass die Gespräche in den Vordergrund gerückt werden sollten nicht nur die Medikamente.
- Bewusstsein für Frauen mit Beeinträchtigungen (Behinderungen). Um ein Bewusstsein zu schaffen ist es nötig Berührungängste abzubauen. Das ist schwer andere Bedürfnisse zu formulieren. Ist im KH-Alltag schwer. Frau kann nur durch persönliche Überzeugung Hilfe erfahren.
- speziell ausgebildetes Personal für von Gewalt betroffenen Frauen und deren Problemen
- kein Zwang Psychopharmaka zu nehmen. Auf der Station waren auch Männer untergebracht, die an der Studie für das neue Medikament teilnahmen. Für von Männergewalt betroffene Frauen?
- Zusammenarbeit mit Patient und Personal und Ärzte mit anstehenden Begleitungen bei den weiteren Schritten.
- zwangsweise Einweisung. Fixieren, Medikamentenverordnung nur bei Gefahr für Leib und Leben; flexiblere Ausgangszeiten, da Gewaltbetroffene oft Opfer von Freiheitsberaubung waren.
- Patientinnen sollten das Recht haben, von Ärztinnen behandelt zu werden und ein uneingeschränktes Recht auf Akteneinsicht haben.
- Betroffenenkontrollierter Ansatz; mehr Zeit zum Zuhören
- Wenn ich mich nach langem hin- und herüberlegen entschieden habe, in die Klinik zu gehen, wäre es angenehmer, die stationäre Aufnahme würde rascher erfolgen (nicht erst nach 2-3 Wochen)
- Abschaffung der Zwangsmaßnahmen wie Fixierung ans Bett, Zwangseinweisung in die Psychiatrie durch Gericht, Ruhigstellung durch Medikamente wie Tavor, Diazepam

Niedergelassene Ärztinnen / Ärzte

12 Frauen haben Verbesserungsvorschläge für die Behandlung durch niedergelassene Ärztinnen/Ärzte entwickelt. Dreh- und Angelpunkt war der Wunsch nach mehr Kompetenz bei den Ärztinnen/Ärzten bzw. schnellerer Überweisung an Spezialistinnen/Spezialisten; dies haben 8 der 12 Frauen thematisiert. Die Forderung einer weiteren Frau bezog sich auf konkrete Unterstützungswünsche und lautete: „Atteste, Fotos der Verletzungen, gegebenenfalls Anzeige gegen den Gewalttäter und Info an den medizinischen Dienst.“

Die weiteren Vorschläge bezogen sich auf mehr Verständnis und damit einhergehend einem sensibleren, freundlichen Umgang und die zu langen Wartezeiten.

Die Verbesserungsvorschläge im Einzelnen bezogen auf niedergelassene Ärztinnen/ Ärzte

- dass Zeit für uns da ist, dass Kenntnisse über das Krankheitsbild vorhanden sind; keine Symptombehandlung sondern als Ganzes gesehen werden
- nicht so lange warten müssen; nett und höflich bedient werden
- Müssten den Hintergrund für geschilderte psycho-somatische Störungen erfragen und eventuell an andere Stellen rechtzeitig verweisen.
- dass sie eine bessere Schulung im Bereich Psychologie bekommen

- mehr Informationen, sensiblerer Umgang
- Atteste, Fotos der Verletzungen, gegebenenfalls Anzeige gegen den Gewalttäter und Info an den medizinischen Dienst.
- mehr Verständnis und Liebe, bitte keine Vorwürfe etc. z.B. auch Krankschreibung
- zu lange Wartezeiten
- dass Ärzte mehr weiterhelfen könnten durch Beratung bzw. Überweisung an auf dieses Thema geschulte Ärzte...
- Erkennen eigener Kompetenzgrenzen, bessere Vernetzung mit Spezialisten
- sollten besser Bescheid wissen über Folgen und Symptome sexuellen Missbrauchs an Kindern
- Schulung über Gewalt - Auswirkungen von Gewalt auf Psyche und Körper

Psychotherapeutinnen / Psychotherapeuten

10 Frauen haben Verbesserungsvorschläge für die Behandlung durch Psychotherapeutinnen/Psychotherapeuten entwickelt. Ähnlich zu den Vorschlägen bezogen auf die niedergelassenen Ärztinnen/Ärzte ging es auch hier vorrangig um stärkere Kompetenz/mehr Wissen hinsichtlich der konkreten Behandlungsbedürfnisse von Frauen mit Gewalterfahrung und dem Wunsch nach Informationen über weitere Hilfeangebote.

Auch zu lange Wartezeiten für einen Therapieplatz sowie die Begrenzung der Therapie auf ein zu klein bemessenes Stundenkontingent wurden kritisch gesehen.

Ein Vorschlag zielte darüber hinaus auf die gleichberechtigte Ebene zwischen Psychotherapeutin/ Psychotherapeut und Patientin, in dem „Einsicht in die Protokolle“ gewünscht wurde.

Die Verbesserungsvorschläge im Einzelnen bezogen auf Psychotherapeutinnen / Psychotherapeuten

- keine so langen Wartezeiten;
- Stunden sind viel zu wenig, es braucht Zeit, Vertrauen aufzubauen. Bessere Ausbildung in Traumatherapie; dass nicht nur auf der kognitiven Ebene gearbeitet wird, sondern der Körper mit einbezogen wird.
- sollten sich nicht von schwierigen Fällen gleich überfordert fühlen
- dass man nicht so lange warten muss bis man einen Therapieplatz bekommt, sondern wenn man Hilfe braucht, die auch sofort bekommt.
- Sollten aktive Hilfsangebote geben, z.B. über öffentliche Einrichtungen, wo es Gruppen von betroffenen Frauen gibt um aus der Selbstisolation wieder herauszukommen.
- Einsicht in die Protokolle
- dass es mehr Psychotherapeutinnen mit Richtung Gewalt an Frauen gibt und dass man auch erfährt, wohin man sich wenden kann.
- keine Ratschläge nach Schema f ; Unterstützung für körperlich kranke Frauen, z.B. bei Durchsetzung des Rentenanspruchs, da viele Gewaltopfer körperlich krank sind.
- Finanzierungsregelung der Kassen bezüglich Therapie
- Schulung über Gewalt - Auswirkungen von Gewalt auf Psyche und Körper

Psychiaterinnen / Psychiater

9 Frauen haben Verbesserungsvorschläge für die Behandlung durch Psychiaterinnen/Psychiater formuliert. Auch hier ging es vorrangig um breitere Kompetenzen und mehr Wissen (z.B. „dass sie gleichzeitig eine Ausbildung zum Psychotherapeuten haben“, „bessere Ausbildung mit Schwerpunkt Traumatherapie; größeres Wissen über Hilfsmöglichkeiten...“) und dem Wunsch nach sensiblem, zugewandten Umgang. Zu lange Wartezeiten wurden darüber hinaus von einer Frau kritisch angesprochen.

Die Verbesserungsvorschläge im Einzelnen bezogen auf Psychiaterinnen / Psychiater

- Bessere Ausbildung mit Schwerpunkt Traumatherapie; größeres Wissen über Hilfsmöglichkeiten von Einrichtungen als auch von(unleserlich)
- bessere Ursachenforschung bei Problemen; habe keine Antworten auf Fragen bekommen ("warum werde ich zum Opfer?")
- sollten sich nicht von schwierigen Fällen gleich überfordert fühlen
- dass sie gleichzeitig eine Ausbildung zum Psychotherapeuten haben
- muss offen über Gewalt und Schläge zuhören, mich ernst nehmen, mir glauben
- Ängste, Panik, minderes Selbstwertgefühl - aufbauende Therapie. Medikamente ohne Gesprächstherapie sind die falsche Lösung.
- sollte auch wenn nicht so viel Zeit ist, etwas auf die Probleme eingehen

- dass Psychiater/innen mehr weiterhelfen könnten durch Beratung bzw. Überweisung an auf dieses Thema geschulte Ärzte...
- oft zu lange Wartezeiten auf einen Termin, ein Gutachten etc

Frauenhaus

6 Frauen haben Verbesserungsvorschläge bezogen auf die Frauenhäuser übermittelt. Diese werden nachfolgend zitiert, da eine Zusammenfassung angesichts der Spannweite der Vorschläge nicht sinnvoll erschien.

- „mehr Plätze für Frauenhäuser“
- „1977 und 1978 bei den Aufenthalten Überfüllung erlebt - 11 Personen in einem Raum.“
- „mehr Zeit für mich haben“
- „kompetenteres Fachpersonal/Hygienebestimmungen gemäß des Gesundheitsamtes“
- „Sollten auch Therapeutinnen haben, die sich mit Entspannungsverfahren und Konfliktlösungsstrategien auskennen.“
- „Unterstützung für körperlich kranke Frauen“

Sozialpsychiatrischer Dienst

5 Frauen haben Verbesserungsvorschläge bezogen auf den Sozialpsychiatrischen Dienst übermittelt. Diese werden nachfolgend zitiert, da eine Zusammenfassung angesichts der Spannweite der Vorschläge nicht sinnvoll erschien.

- „vielleicht dass es hier eine spez. Anlaufstelle oder Sprechstunde gäbe für diese Problematik“
- „bessere Ausbildung; dass wenn schon Hilflosigkeit da ist, diese auch gesagt wird“
- „mehr zuhören, mehr nachfragen“
- „dass sie die Akte aus dem Krankenhaus bekommen und beim ersten Gespräch so ungefähr wissen, wie sie sich auf die Person einstellen müssen“
- „Aktive Schuldzuweisung gegenüber dem Gewalttäter, die Frauen nicht mit Fragen zum Krankheitsbild nerven.“

Berliner Krisendienst

4 Frauen haben Verbesserungsvorschläge bezogen auf den Berliner Krisendienst übermittelt, die nachfolgend zitiert werden:

- „ebenso bessere Ausbildung der Mitarbeiter; dass man nicht einfach so abgewiesen wird“
- „speziell ausgebildetes Personal für von Gewalt betroffenen Frauen und deren Problemen“
- „dass sie mehr Befugnisse bekommen.“
- „telefonische Beratung okay. Den ersten Schritt zum persönlichen Besuch einer Schutzeinrichtung z.B. LARA oder BiG unterstützen.“

Kontakt- und Beratungsstellen

4 Frauen haben sich mit den Kontakt- und Beratungsstellen auseinandergesetzt; drei haben ihre positive Einschätzung durch entsprechende Forderungen (z.B. „mehr davon“) unterstrichen, eine Frau hatte eine kritische Anmerkung. Im Einzelnen:

- „sollen weiter bestehen bleiben und nicht eingespart werden, abends längere Öffnungszeiten, Fahrgeld sollte erstattet werden“;
- „Die Selbsthilfegruppen sollten unterstützt werden, zunächst durch Anleitung, dann auch durch finanzielle Mittel“.
- „Keine religiöse Überfrachtung“
- „Mehr davon“

Beratungsstellen für Frauen

Alle 3 Frauen, die sich hierzu geäußert haben, thematisierten eine Ausweitung der Beratungskapazitäten.

- „Sollten mehr Personal haben, damit nicht so lange Wartezeiten für einen persönlichen Termin entstehen und der Frau schneller geholfen wird.“
- „mehr Beratungsstellen für Frauen und Mädchen von Wildwasser in Berlin“
- „mehr Anerkennung durch größere finanzielle Unterstützung des Staates, mehr Beraterstellen und Mittel“

Betreutes Wohnen

2 Frauen haben sich dazu wie folgt geäußert:

- „mehr Zeit für die Frauen“
- „mehr therapeutische Einrichtungen speziell für Frauen“

Zufluchtswohnungen

2 Frauen haben sich dazu wie folgt geäußert:

- „sollten sofort nach einer Gewalttat zur Verfügung gestellt werden und nicht erst 12 Monate nach Antragstellung! Sehr peinlich in Spandau!“
- „Sollten durch die Betreuung von Einzelfallhelferinnen ergänzt werden.“

Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe

2 Frauen haben sich dazu wie folgt geäußert:

- „Sollte nicht ausschließlich psychiatrisch orientiert sein. Es gibt auch Wohnungslose ohne Bedarf an psychiatrischer Behandlung.“
- „Größere Differenzmöglichkeit“

Selbsthilfegruppen

2 Frauen haben sich dazu wie folgt geäußert:

- „Räume und Zugang zu Infos (Sekis) sollten kostenlos sein. Die Krankenkassen und der Senat sollten die Arbeit der Selbsthilfegruppen unterstützen.“
- „Problematisch wurde erlebt, dass über die Gruppe hinaus kein Zusammenhalt der Mitglieder entstand.“

Weitere Anmerkungen

Darüber hinaus haben die Befragten insgesamt noch 28 weitere Anmerkungen (die nicht unter Verbesserungsvorschläge zu subsumieren waren) zu verschiedenen Bereichen übermittelt. Einen Schwerpunkt - 14 Nennungen - bildeten die positiven Rückmeldungen. Eine Frau hat - ohne eine Einrichtung speziell zu benennen - geantwortet: „war im großen und ganzen immer zufrieden“, die anderen positiven Rückmeldungen bezogen sich auf die in der Tabelle aufgeführten Einrichtungen.

Tabelle A 86:

Einrichtung	positive Rückmeldungen
Krankenhaus mit Fachabteilung für Psychiatrie und Psychotherapie	2
Sozialpsychiatrischer Dienst	2
Beratungsstellen für Frauen	2
Krankenhaus	1
niedergelassene Ärztinnen / Ärzte	1
Berliner Krisendienst	1
Psychotherapeutinnen / Psychotherapeuten	1
Frauenhäuser	1
Psychiaterinnen / Psychiater	1
Selbsthilfegruppen	1

Nachfolgend werden alle Anmerkungen im Einzelnen zitiert.

Globale Anmerkungen:

- „war im großen und ganzen immer zufrieden“
- „Polizei - positiv: Waren super informiert in Schöneberg, Gefühl der Sicherheit kam auf. Waren freundlich und bemüht.“
- „Vertrieb der hergestellten Güter (bezieht sich vermutlich auf in Werkstätten hergestellte Güter)“
- „nachfragend“

Anmerkungen zu einzelnen Bereichen:

Krankenhaus mit Fachabteilung für Psychiatrie und Psychotherapie:

- „Ich war im Jerichow, Fachklinik für Psychiatrie, die Betreuung war hervorragend. Durch viel Sport und Kunsttherapien, Gespräche mit Psychologen (Einzel-Gruppen) wurde mir nach einem Suizidversuch sehr geholfen. Wohne jetzt in einer Zufluchtswohnung.“
- „ich weiß nicht“
- „benötigt nicht jedes Gewaltopfer, für die Täter sehr empfehlenswert“
- „Lauert der Gewalttäter zu Hause (z.B. Nachbar, Verwandter, ex-Freund) sollte die Frau nicht in dieses Umfeld zurückgehen. Der Prozess der Aufarbeitung kann lange dauern.“
- „War okay“

Sozialpsychiatrischer Dienst

- „nein“
- „Das war sehr gut konnte gut reden wurde ernst genommen.“
- „Hier habe ich bis jetzt immer die beste Hilfe erhalten.“

Psychiaterinnen/ Psychiater

- „nein“
- „für den Täter“
- „Hat mir gut zugehört und Vertrauen geschenkt“

Beratungsstellen für Frauen

- „habe hier nur gute Erfahrungen gemacht“
- „LARA- sehr, sehr gut!“

Berliner Krisendienst

- „Das war sehr gut hilfreich aufbauend“
- „Was ist das so weit“

Psychotherapeutinnen /Psychotherapeuten

- „Mich umgehend um einen Psychotherapeuten umsehen“
- „Das war sehr gut und erfolgreich.“

Frauenhäuser

- „Mit 6 Kindern ohne Sicherheitsschlüssel vor der eigenen Tür“
- „Es gefällt mir so wie es ist.“

Betreutes Wohnen

- „nein“
- „benötige ich nicht“

Krankenhaus

- „Alles okay“

Niedergelassene Ärztinnen/Ärzte

- „bei mir okay“

Selbsthilfegruppen

- „War sehr unterstützend sich mit anderen auszutauschen zu merken, bin nicht allein mit den vielen Problemen. Andere haben das auch.“

3. Informationswege

3.1. Wie haben Sie sich über Unterstützungsangebote informiert? (Mehrfachnennungen sind möglich)

Zu dieser Frage haben 44 Frauen Angaben übermittelt:

- 12 Befragte haben 2 Antwortkategorien angekreuzt
- 9 Befragte haben 3 Antwortkategorien angekreuzt
- 9 Befragte haben 1 Antwortkategorie angekreuzt
- 8 Befragte haben 4 Antwortkategorien angekreuzt
- 6 Befragte haben 5 und mehr Antwortkategorien angekreuzt

Im Einzelnen:

Tabelle A 87:

Information über Unterstützungsangebote durch...	Nennungen
Beratungsstellen	21
Angehörige, Freundinnen/Freunde, Bekannte	18
Plakate, Broschüren o.ä.	16
Ärztinnen /Ärzte	11
das Internet	11
den Berliner Krisendienst	11
anderes	10
den Sozialpsychiatrischen Dienst	9
ein Krankenhaus	9
die Polizei	7

Die Angaben zu „anderes“ wurden von 9 Frauen konkretisiert - benannt wurden:

- „Kirchengemeinde, Pfarrerin“
- „Jugendamt“
- „Zuverdienst Köchin“
- „Sozialdienst im Krankenhaus“
- „LARA (Öffentlichkeitsaktion - die Telefonnummer des Beratungsdienstes hing in der U-Bahn aus). Sonst hätte ich nicht direkt gewusst wohin ich mich wenden kann!“
- „habe abgewartet, bis es vorbei ist.“
- „Psychologin“
- „Psychotherapeuten“
- „Betreuer“

Betrachtet man die 9 Fragebögen, in denen nur eine Antwortkategorie angegeben wurde, ergibt sich folgendes Bild:

- 2 Frauen haben diese Information ausschließlich über den Sozialpsychiatrischen Dienst erhalten
- 2 Frauen haben diese Information ausschließlich über die Polizei erhalten
- 2 Frauen haben diese Information ausschließlich über Angehörige, Freundinnen/Freunde, Bekannte erhalten
- Jeweils eine Frau benannte „Betreuer“, „Krankenhaus“ und „habe abgewartet, bis es vorbei ist.“

3.2 Was ist nach Ihrer Meinung für psychisch kranke / psychiatriebetroffene Frauen, die Gewalt erlitten haben und zum ersten Mal Unterstützung bei einer Einrichtung suchen, besonders wichtig?

Zu dieser Frage haben 37 Frauen Angaben übermittelt.

Ernst genommen werden, dass der Frau geglaubt wird, Vertrauen und Ruhe sind die zentralen Aussagen, die von dem überwiegenden Teil der Frauen benannt werden (19 Frauen haben explizit mindestens einen der genannten Begriffe in ihrer Aussage verwendet). Der Tenor vieler Äußerungen ging in Richtung Zugewandtheit, persönlich sich angenommen und verstanden fühlen. Weitere wichtige Themen waren Sicherheit, Schutz, Anonymität, die Chance, sofort Hilfe zu erhalten. Die Anmerkung einer Frau fiel aus diesem Rahmen heraus; sie führte aus: „Die Frage ist falsch und trifft nicht die gesamte Gruppe von Gewaltopfern; bei mir hat meine Ärztin keine Notwendigkeit einer psychiatrischen Behandlung oder Erkrankung festgestellt, nur weil ich Opfer einer Gewalttat geworden bin, bin ich nicht gleichzeitig psychiatrisch behandlungsbedürftig.“

Die Nennungen im Einzelnen:

- Gespräch sofort möglich, keine Wartezeiten, keine Termine
- Anonymität, Zeit für ein Gespräch, feste Ansprechpartner, nicht abgewiesen werden, weil man falsch ist. Sichere Umgebung, Rückzugsmöglichkeit, Sicherheit in einer so aufzubauenden Beziehung, Klarheit, Ehrlichkeit über Möglichkeiten und Grenzen.
- dass man das Geschehene ernst nimmt und darauf eingeht, dass man nicht alleine gelassen wird und Unterstützung bekommt.
- Vertrauen, Ruhe
- Hilfe bei Problemen
- Sensibilität
- Das zuhören, was für Schritte zu bewegen sind, dass das Opfer mit dem Gewalttäter ein Einzelgespräch hat.
- Schutz! D.h. die Einrichtung darf keine Auskünfte an Personen weitergeben, ob oder wo sich die Frau aufhält. Das die Frau, soweit möglich, entlastet wird und sich nicht um Alltagsdinge kümmern muss. Die Frau braucht erst Mal Ruhe, muss sich wieder sammeln, Kraft tanken, um dann weiter zu kämpfen.
- Dass sie Ernst genommen werden und es akzeptiert werden, wie sie sind.
- Dass man sie ernst nimmt und hilfreich unterstützt.
- Einfühlungsvermögen, sofortige Hilfe und nicht unverrichteter Dinge gehen lassen, gleich Weitervermittlung ins Krankenhaus bzw. Krisenhaus.
- dass mir geglaubt wird und ich allein Gespräche führen kann ohne das Familienangehörige dabei sind und nichts weitergegeben wird (Anonymität und Schweigepflicht)
- ernst genommen werden, nicht komisch angekuckt werden
- dass ihnen geglaubt wird; dass sie nicht abgestempelt werden
- Wenn die Hilfe über einen Arzt kommt, bekomme ich Angst. Ich brauche jemanden, der mich bremst (wenn ich zu viel von der Vergangenheit rede z.B.)
- Die Frage ist falsch und trifft nicht die gesamte Gruppe von Gewaltopfern; bei mir hat meine Ärztin keine Notwendigkeit einer psychiatrischen Behandlung oder Erkrankung festgestellt, nur weil ich Opfer einer Gewalttat geworden bin, bin ich nicht gleichzeitig psychiatrisch behandlungsbedürftig.
- Stabilität zu geben! Zuversicht, Mut und Hilfe.
- dass sie ernst genommen werden, sich verstanden fühlen keine Angst haben brauchen. Über die Probleme reden können und sich beschützt fühlen.
- Vertrauen
- ein sicherer Ort
- Freundlichkeit (weil ich verängstigt bin); Vertrauen (Glaubwürdigkeit)
- Glaubwürdigkeit; in der Klinik darf ich nicht mit anderen Betroffenen über meine Probleme reden
- dass den Frauen geglaubt wird. Nochmals: Ich glaube nicht dass die Psychiatrie der richtige Ort ist für traumatisierte Frauen. Aber im Notfall ist es vielleicht der einzige Weg.
- Wenn Frau als psychisch krank oder psychiatrie betroffen gilt, hat sie bestimmt schon mehrmals Unterstützung gesucht. Wichtig ist wenn Frau zum ersten Mal Unterstützung sucht, ihr zu vermitteln, dass sie okay ist.
- Dass bekannter wäre, wo man sich sofort hinwenden kann; dass die Schuld nicht dem Opfer gegeben wird durch irgendwelche blöden Bemerkungen (das war bei mir der Fall bei einer Therapeutin, was meine Hemmschwelle nochmals eine aufzusuchen enorm erhöht hat)
- Geduld, Ruhe, Vertrauen
- Unterstützung dabei, der Gewaltsituation entkommen zu können, sensible Herangehensweise, auch Weitervermittlung an andere Stellen
- Angenommen zu werden, dass mir geglaubt wird, Verständnis
- sichere, haltende Umgebung; dass ihnen geglaubt wird
- Dass sie ernst genommen werden, dass genügend Zeit vorhanden ist und eine Ansprechpartnerin ihnen aufmerksam zuhört.
- vertrauensvolle, individuelle geschützte und kostenlose Beratung von Frauen
- Dass man das Erlebte erzählen darf und Trost findet.
- Man sollte in jedem Fall ernst genommen werden, egal wo man hingehet oder hingeschickt wird. Zuhören und Trost erhalten. Feinfühligkeit für die Betroffenen.
- warmherzig aufgenommen zu werden (Tee ist großartig!), ruhige Atmosphäre (Ablauf, persönliche Ansprache, umfassende Beratung)
- Das sie ganz viel Mut brauchen; dass ihnen zugehört und geholfen wird.
- Anonymität und Schutzraum, psychologische Unterstützung

3.3 Gibt es noch etwas, was Sie uns mitteilen möchten?

10 Frauen haben die Möglichkeit für weitere Anmerkungen genutzt. Drei Frauen thematisierten die gute Unterstützung, die sie erfahren haben. Weitere zwei Frauen haben das Thema „zur Ruhe kommen“ aufgegriffen und zwar wie folgt:

- „Ich finde, man soll die Frau erst Mal einige Zeit völlig in Ruhe lassen und nicht gleich mit 1000 Fragen bombardieren, wieso, warum, weshalb. Ich finde, das ist so wichtig!“
- „Es ist wichtig, dass man nicht zu sehr gedrängt wird, das Erlebte zu bearbeiten, wenn man das Gefühl hat, dass man am liebsten alles ganz weit weg schieben will. Selbst nach 14 Jahren (in meinem Fall) ist die Angst nicht ganz weg und kann jederzeit wieder ausbrechen, z.B. wenn man einem Mann begegnet, der einen an das Erlebte erinnert. Ich glaube die Angst wird nie ganz weggehen, der Einschnitt war einfach übergreifend.“

Darüber hinaus hat eine Frau angeregt, den „Betroffenenfragebogen“ in mehreren Sprachen herauszubringen und eine weitere hat ihre Mitarbeit in der AG „Frauen und Psychiatrie“ angeboten.

Drei Frauen thematisierten aus ihrer Sicht bestehende Defizite in verschiedenen Bereichen:

- „Es gibt zu wenig Hilfen im schulischen Bereich in psychologischer Hinsicht, sodass man den meisten Erkrankten nicht schon eher helfen kann, sondern meistens erst wenn sie sich fast selbst zerstört haben und meistens dann auch nicht.“
- „Frauen die von Gewalt bedroht sind und waren sollten wegen der langfristigen Folgen für sie eine Opferentschädigung auch in finanzieller Hinsicht erhalten, da außer der Erkrankung laufend: Selbstzweifel, mangelnde positive Zuversicht, Eingeschüchtertheit und Angst wegen der Verletzung der körperlichen Unversehrtheit und Würde seit dem Geschehen ihr Leben bestimmen und das eine große seelische, dauernde Belastung darstellt.“
- „Was fehlt ist eine Einrichtung, wo betroffene Frauen leben, wohnen. Therapie, Körpertraining, Berufsausbildungsplätze im geschützten Umfeld und Werkstätten, autonome Selbstverwaltung als Ziel zur Selbständigkeit und nicht wie heute z.B. in Behindertenwerkstätten zur Berufstätigkeit integriert Vermittlung von Transaktionsanalyse.“

4. Persönliche Angaben

In diesem abschließenden Frageblock wurden die Frauen um einige persönliche Angaben gebeten. Die weit überwiegende Zahl der Frauen hat dazu Angaben übermittelt.

Wie alt sind Sie?

44 Frauen haben diese Frage beantwortet. Danach ergibt sich folgende Altersverteilung:

Tabelle A 88:

18-27 Jahre	28-39 Jahre	40-55 Jahre	über 55 Jahre
10 Befragte	17 Befragte	12 Befragte	5 Befragte

Sind Sie oder Ihre Familie (Eltern/Großeltern) migriert?

45 Frauen haben hierzu Angaben übermittelt. 41 Frauen verneinten diese Frage (darunter eine Frau verbunden mit dem Hinweis, dass sie das Wort migriert nicht kennt), 4 Frauen bejahten einen Migrationshintergrund. Dieser Migrationshintergrund wurde wie folgt konkretisiert: Mazedonien, Polen, Russland, Thailand.

Haben Sie Kinder? / Leben Ihre Kinder bei Ihnen?

42 Frauen haben Angaben zur Frage nach den Kindern übermittelt:

Tabelle A 89:

Lebensumstände	Anzahl der Frauen
mit Kindern zusammenlebend	7
Kinder vorhanden, leben aber nicht zusammen	11
keine Kinder	24

Von zwei Frauen wurde der Hinweis gegeben, dass ihre Kinder schon erwachsen sind. Diese Anmerkung wies auf eine Schwachstelle der Befragung in diesem Zusammenhang hin; die Frage nach der Existenz von Kindern und daran anknüpfend dem Zusammenleben mit Kindern würde Sinn ergeben, wenn das Alter der Kinder erkennbar wäre. Ohne diese Information kann nur gemutmaßt werden, ob die relativ hohe Zahl derjenigen Frauen mit Kindern, die aber nicht bei ihnen leben dadurch zustande kommt, dass das Gros der Kinder bereits erwachsen ist.

Möchten Sie uns weitere Hinweise zu Ihrer Person geben (Lebensumstände)?

14 Frauen haben von der Möglichkeit Gebrauch gemacht, weitere Angaben zu übermitteln.

7 Frauen haben an dieser Stelle über die Trennung vom früheren Partner oder das Zusammenleben in einer Beziehung berichtet; exemplarisch seien genannt:

- „Ich lebe jetzt in der 5. Ehe und habe und hatte nur alkoholranke und gewaltbereite Partner. Mit meinem jetzigen Mann bin ich seit über 30 Jahren verheiratet. Nach früheren schlimmen Gewalterfahrungen körperlicher Art werde ich jetzt von Zeit zu Zeit psych. unter Druck gesetzt.“
- „Aufgrund des psychischen Drucks meines Mannes bin ich aus dem gemeinsamen Haus (er steht im Grundbuch, wir sind über 20 Jahre verheiratet) ausgezogen. Meine Kinder (16, 18, 19 Jahre) blieben wegen Arbeit und Schule bei ihm. Es bricht mir das Herz!“

4 Frauen haben ihre gesundheitlichen und darüber hinausgehenden Schäden und Beeinträchtigungen aufgrund der Gewalterfahrung an dieser Stelle weiter konkretisiert; stellvertretend seien genannt:

- „Ich suche seit 5 Jahren Hilfe, habe mir oft Hilfe über Widersprüche und Klagen (insgesamt 14 Verfahren) erkämpfen müssen. Hätte ich gleich die richtige Hilfe bekommen, wäre ich heute nicht erwerbsgemindert aufgrund der Gewalterfahrungen und der dadurch entstandenen gesundheitlichen Schäden. Die meisten Therapien musste ich selbst bezahlen und habe dadurch Schulden.“
- „Ich leide am Borderline-Syndrom, Dysthymie, schweren episodenhaften Depressionen, habe Stimmen gehört und Wahnvorstellungen gehabt durch Medikamente nicht mehr. Leide unter mehreren Psychosen, sowie an einem post-traumatischen Stresssyndrom.“

3 Frauen haben über stützende Maßnahmen und positiv erlebte Einrichtungen berichtet; beispielhaft seien hier zitiert:

- „Ich habe mehrfach Gewalterfahrung erlebt und bin dankbar über gute Einrichtung wie Lara, gute Psychotherapeutinnen kennengelernt zu haben.“
- „In einer niedersächsischen Kleinstadt geboren, ungewolltes Kind, daher Probleme, mich selbst zu akzeptieren. Missbrauchserfahrung durch Vater und Bruder, was ich zwar 1970 in dem stationären Aufenthalt erwähnt habe, wurde aber nicht aufgegriffen. Missbrauchsaufarbeitung 2000 und 2005 in Nicaragua und Berlin, mit Hilfe von Therapeutin und Wildwasser/ Beratung und SH-Gruppe.“