

Diskussionspapier:

**(Routine-) Datenerhebung in der
Berliner Gesundheitsversorgung
zu häuslicher und sexualisierter Gewalt**

Das Diskussionspapier zur (Routine-) Datenerhebung in der Berliner Gesundheitsversorgung zu häuslicher und sexualisierter Gewalt wurde erstellt von der Fachgruppe „Datenerhebung und Forschung“ des Runden Tisch Berlin – Gesundheitsversorgung bei häuslicher und sexualisierter Gewalt unter Beteiligung von:

Berlin School of Public Health: Prof. Dr. Dr. Hürrem Tezcan-Güntekin



Geschäftsstelle zum Runden Tisch Berlin – Gesundheitsversorgung bei häuslicher und sexualisierter Gewalt: Marion Winterholler, Karin Wieners

RUNDER
TISCH
BERLIN

RTB

Gesundheitsversorgung
bei häuslicher und
sexualisierter Gewalt



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

Hochschule für angewandte Pädagogik: Prof. Dr. Majken Bieniok

Landesarbeitsgemeinschaft der Frauen- und Gleichstellungsbeauftragten: Juliane Fischer-Rosendahl



Die Gleichstellungs-
und Frauenbeauftragten
der Berliner Bezirke

Öffentlicher Gesundheitsdienst, Zentrum für sex. Gesundheit und Familienplanung Gesundheitsamt Friedrichshain-Kreuzberg Berlin: Dr. Katrin Wolf

Layout:

Maria Kempfer, ATELIER 124

Herausgeberin:

Geschäftsstelle Runder Tisch Berlin –
Gesundheitsversorgung bei häuslicher und sexualisierter Gewalt
S.I.G.N.A.L. e. V.
Sprengelstraße 15
13353 Berlin
rundertisch@signal-intervention.de
<https://signal-intervention.de/der-runde-tisch>
Berlin, November 2022

Inhalt

1. Einleitung	Seite 3
2. Warum bedarf es Daten aus der Gesundheitsversorgung zu häuslicher und sexualisierter Gewalt?	Seite 4
3. Derzeitiger Stand der Erhebung von (Routine-) Daten im Gesundheitswesen zur Versorgung nach häuslicher und sexualisierter Gewalt	Seite 6
4. Vorhandene Empfehlungen und Literatur zur Datenerfassung im Gesundheitsbereich	Seite 10
5. Datenset der Fachgruppe Datenerhebung und Forschung des Runden Tisches Berlin – Gesundheitsversorgung bei häuslicher und sexualisierter Gewalt	Seite 11
6. Nächste Schritte	Seite 12
7. Quellenverzeichnis	Seite 13

1. Einleitung

Gewalt gegen Frauen und häusliche Gewalt gilt als eine schwere Menschenrechtsverletzung (Europarat 2011). Einen repräsentativen Überblick von Gewaltprävalenzen bei Frauen in Deutschland, die 16 Jahre und älter sind, geben Schröttle und Müller (2004) mit insgesamt 25 % für Gewalt in der (ehemaligen) Paarbeziehung und für sexualisierte Gewalt mit 13 % an. Über wiederholte Gewalterfahrungen berichten 19,1 % der Frauen, über wiederholte sexualisierte Gewalterfahrungen 5,8 % (ebd.).

In der Berliner Gesundheitsversorgung werden aktuell keine fortlaufenden und belastbaren Daten zum Versorgungsgeschehen nach häuslicher und sexualisierter Gewalt erhoben, gleichwohl Studien aufzeigen, dass 42 % bis 65 % der von Gewalt in der Paarbeziehung betroffenen Frauen über Verletzungen und gesundheitliche Folgen nach Gewalt berichten (WHO 2013a, Schröttle & Müller 2004). 48,2 % der betroffenen Frauen berichten von mehr als 11 gesundheitlichen Beschwerden und 65,2 % berichten von mehr als sieben psychischen Beschwerden, jeweils in den letzten 12 Monaten (Schröttle & Müller 2004). Ebenso ist bekannt, dass von Gewalt betroffene Frauen die Gesundheitsversorgung in einem höheren Maß in Anspruch nehmen, als nicht betroffene Frauen (WHO 2013b).

Das vorliegende Diskussionspapier stellt vor

- warum es Daten aus der Gesundheitsversorgung bedarf,
- wie die Datenerhebung in Deutschland derzeit gestaltet ist,
- welche Empfehlungen bereits vorliegen und schlägt
- ein Datenset von Parametern vor, die in der Praxis erhoben werden sollten und stellt
- nächste mögliche Schritte vor.

In Abgrenzung zum ebenfalls sehr wichtigen Bereich des Erkenntnisgewinns durch Forschungsstudien, bezieht sich das vorliegende Papier ausschließlich auf einen Basisdatensatz (Datenset) statistischer Daten bzw. Daten, die routinemäßig im Zuge der Versorgung Betroffener erhoben werden könnten bzw. sollten.

Erarbeitet wurde das Papier von Mitgliedern der Fachgruppe Datenerhebung und Forschung des Runden Tisch Berlin – Gesundheitsversorgung bei häuslicher und sexualisierter Gewalt (RTB). Der RTB hat

sich zum Ziel gesetzt, die evidenzbasierten Empfehlungen der Weltgesundheitsorganisation (WHO) zum „Umgang mit Gewalt in Paarbeziehungen und mit sexueller Gewalt gegen Frauen“ in Berlin umzusetzen (WHO 2013b, Geschäftsstelle Runder Tisch Berlin 2021). Bereits zu Beginn seiner Arbeit in 2019 stellte der RTB einen Mangel an Daten und Forschung zur Thematik fest (Geschäftsstelle Runder Tisch Berlin 2021). Die Fachgruppe Datenerhebung und Forschung hat den Auftrag Maßnahmen zur Verbesserung der Daten- und Forschungslage zu erarbeiten und umzusetzen.

2. Warum bedarf es Daten aus der Gesundheitsversorgung zu häuslicher und sexualisierter Gewalt?

Internationale Organisationen wie UN Women, WHO, der Europarat und WAVE – weisen allesamt auf die Notwendigkeit verstärkter und verbesserter Forschung und Datengrundlagen hin, um eine bedarfsgerechte und nachhaltige Antwort auf die massiven gesundheitlichen Problemlagen durch geschlechtsspezifische Gewalt geben zu können (UN Women & WHO 2022, Europarat 2011, WAVE 2013).

So unterstreicht die WHO in ihrem Handbuch *Strengthening health systems to respond to women subjected to intimate partner violence or sexual violence: a manual for health managers* die Bedeutung von qualitativer Forschung wie quantitativer Erfassung von Daten als eine der grundlegenden Bedingungen für das adäquate Reagieren des Gesundheitssystems auf geschlechtsspezifische Gewalt (WHO 2017).

Es solle eine valide, geschlechtersensible und intersektionale Datengrundlage für politische Entscheidungen und bedarfsgerechte Versorgung geschaffen werden, die einen positiven Einfluss auf die kurz- und langfristigen Folgen und monetären Kosten der Gewalt haben (Pöge et al 2019).

Evidenzbasiertes Handeln von Politik und Verwaltung schafft Glaubwürdigkeit in die finanziellen Entscheidungen und die getroffenen Maßnahmen zur Bekämpfung von partnerschaftlicher und sexualisierter Gewalt – bei Betroffenengruppen, den Mitarbeitenden des Gesundheitssektors und den Anlaufstellen wie der breiten Öffentlichkeit. Verlässliche Daten sind notwendig für politische und finanzielle Entscheidungen und für deren Nachvollziehbarkeit. Ein starkes Erkenntnisinteresse auf operativer Ebene besteht auch darin, Bedarfe überhaupt sichtbar zu machen und dann passende Maßnahmen ergreifen zu können, die möglichst keine weißen Flecken enthalten.

UN Women und die WHO formulieren als Hauptziel einer Datenerhebung „*Verbesserung von Präventionsstrategien und -programmen, Unterstützung von Betroffenen und Grundlagen, um Gewaltausübende zur Verantwortung ziehen zu können*“ (UN Women & WHO 2022). Konkret wird eine angemessene Verwendung von administrativen Daten zu Gewalt gegen Frauen gefordert, um ein besseres Verständnis bzgl. Art der von Betroffenen gewünschten Hilfe einschätzen und zur Verbesserung von Strategien und Programmen beizutragen. Hierzu gehört auch das Monitoring der Inanspruchnahme von Angeboten und Programmen, das benannt wird als *“assess policy implementation, service coverage and quality”*, (UN Women & WHO 2022, S. 14). Ein weiterer Aspekt ist die Abbildung von Kapazitäten, Ressourcenverteilungen und Kostenplanung, die durch die Erhebung dieser Routinedaten erreicht werden könnte. Zentral ist die Vertraulichkeit der Daten und dass die Erhebung den gewaltbetroffenen Menschen keinen Schaden zufügt.

Deutlich wird, dass die bisherigen Daten und Erkenntnisse nicht für die Einschätzung der tatsächlichen Bedarfe für eine adäquate medizinische Versorgung von Betroffenen und Opferzeug*innen ausreichen. Ausgehend von den evidenzbasierten Leitlinien der WHO und den identifizierten Daten-desideraten möchten wir mit dieser Publikation Empfehlungen für eine den Erfordernissen angemessene Datenerhebung aussprechen.

Das Ziel muss eine bedarfsgerechte Versorgung der Betroffenen und ihrer Kinder sein. Barrieren, die betroffene Personen an einer Inanspruchnahme gesundheitlicher Versorgung, Beratung, Spurensicherung hindern, müssen identifiziert werden. Dies können Barrieren sein, die Bereiche wie Mobilität, finanzielle Ressourcen, die personelle Ausstattung des Gesundheitssystems, Diskriminierungserfahrungen, aber auch die Gefahr des Stigmas in Familien oder Communities betreffen.

Benötigt werden Informationen zur tatsächlichen Inanspruchnahme, z. B. Tageszeit, Versorgungsbereich und Charakteristika der Aufsuchenden, um das Verständnis der Problematik zu verbessern und analysieren zu können, warum andere Betroffenen Gruppen evtl. nicht erreicht werden konnten. Um messen zu können, ob sich durch die Einführung von Maßnahmen etwas verändert, braucht es zudem ein regelmäßiges Monitoring der Inanspruchnahme und Wirkung bestehender Angebote (vergl. auch DIMR 2020).

Das bereitgestellte Wissen kann etwa dazu beitragen, Anzeichen für Gewaltbetroffenheit besser zu identifizieren und so besser intervenieren zu können, um wesentliche Bedarfe der heterogenen Betroffenen Gruppen in verbesserte Unterstützungsangebote umzusetzen.

Die Erstellung eines Datensets zur Erhebung von gewaltbezogenen Routinedaten in der Gesundheitsversorgung geht mit unterschiedlichen Herausforderungen einher. So birgt eine standardisierte Erhebung von Daten aufgrund einer fehlenden oder unzureichenden Kontextualisierung die Gefahr der Stigmatisierung einzelner Bevölkerungsgruppen. Quantitativ verfahrenende Erhebungsinstrumente können ohne Einbettung in theoretische Zusammenhänge und Vertiefung durch qualitative Verfahren zu einer verzerrten Abbildung der Wirklichkeit beitragen (Lentz 1992). Der Prozess der Datenerhebung und -analyse muss so gestaltet sein, dass einerseits ein sensibler Umgang mit Betroffenen und der Anonymisierung ihrer personenbezogenen Daten gemäß der Bonner Ethik-Erklärung (Empfehlungen für die Forschung zu sexueller Gewalt in pädagogischen Kontexten) stattfindet und andererseits die Gefahren von Stigmatisierungen im Forschungsprozess stets beachtet und vermieden werden (Poelchau et al 2015). Die Bonner Ethik-Deklaration unterstreicht, dass die Forschung mit und Erforschung von gewaltbetroffenen Menschen jedoch nicht in Frage gestellt werden darf, weil erhöhte ethische Schutzmaßnahmen gefordert sind und gibt hilfreiche Empfehlungen für konkrete Handlungsansätze bei der Durchführung der Forschung.

Zwischenfazit: Unterschiedliche Institutionen wie die WHO und UN Women weisen ausdrücklich auf die Notwendigkeit von Routinedatenerhebungen zum Themenfeld medizinischer Versorgung nach Gewalterfahrungen hin. Die Daten werden für das Monitoring von Angeboten sowie für die Ressourcenplanung benötigt.

3. Derzeitiger Stand der Erhebung von (Routine-) Daten im Gesundheitswesen zur Versorgung nach häuslicher und sexualisierter Gewalt

Im Folgenden wird der aktuelle Stand der Datenerhebung zum Versorgungsgeschehen nach häuslicher und sexualisierter Gewalt in Berlin beschrieben.

3.1. Daten der Krankenkassen

Kliniken und Praxen nutzen in Deutschland das bis auf weiteres gültige Diagnoseverschlüsselungssystem ICD-10 GM (German Modification). Es basiert auf dem ICD-10 und bietet begrenzt Möglichkeiten zur Verschlüsselung von Diagnosen zum Thema Misshandlung und sexualisierte Gewalt. Zum Thema Misshandlung und sexualisierte Gewalt stehen die folgenden Kodierungen zur Verfügung:

- T74.0 Vernachlässigen oder Imstichlassen
- T74.1 Körperlicher Missbrauch
Ehegattenmisshandlung o.n.A.
Kindesmisshandlung o.n.A.
- T74.2 Sexueller Missbrauch
- T74.3 Psychischer Missbrauch
- T74.8 Sonstige Formen des Missbrauchs von Personen
Mischformen
- T74.9 Missbrauch von Personen, nicht näher bezeichnet
Schäden durch Missbrauch:
 - eines Erwachsenen o.n.A.
 - eines Kindes o.n.A.
- Y09.9! Tätlicher Angriff (allgemeine Kategorie, inkl. Misshandlung, Vergewaltigung)
- Z04.5 Untersuchung und Beobachtung nach durch eine Person zugefügter Verletzung
 - Inkl.: Untersuchung von Opfer oder Beschuldigtem nach angegebener Vergewaltigung oder sexuellem Missbrauch
 - Untersuchung von Opfer oder Beschuldigtem nach sonstiger durch eine Person zugefügter Verletzung

Die Codes sind nicht mit Definitionen verknüpft (Jud & Kindler 2022). Die Kodierungen des ICD- 10 GM werden derzeit ausschließlich zur Abrechnung von Leistungen an die Krankenkassen übermittelt (§295 & §301 SGB V). Da für die Versorgung von Erwachsenen, die von sexualisierter oder häuslicher Gewalt betroffen sind, keine Abrechnungsziffer vorliegt, besteht keine Veranlassung für Leistungserbringer die verfügbaren Kodierungen zu nutzen. Für Kinder und Jugendliche gibt es zwar einen Operationen- und Prozedurenschlüssel im Fallpauschalenkatalog 2022 für Kliniken (OPS-Kode 1-945). Jedoch weisen Jud & Kindler (2022) auf eine Vielzahl von Problemen hinsichtlich der Verwendung und auf eine geringe Nutzung hin.

Eine unveröffentlichte Analyse der BARMER, LV Berlin-Brandenburg (Mitglied des RTB), hat gezeigt, dass T74-Kodierungen in der Praxis dennoch begrenzt verwendet werden. Die Häufigkeit der Verwendung variiert von Bundesland zu Bundesland (BARMER 2019). Eine Diskussion der Untersuchungsergebnisse mit Mitgliedsorganisationen des RTB ergab, dass mit Blick auf Daten- und Opfer-

schutz erhebliche Bedenken bestehen sensible Informationen, wie z. B. eine erlebte Vergewaltigung, zu kodieren und den Krankenkassen mitzuteilen.

Initiiert durch S.I.G.N.A.L. e. V. und BIG e. V. dürfen Informationen über gesundheitliche Schädigungen, die auf Misshandlung oder sexualisierte Gewalt zurückgehen, seit 2017 nur mit expliziter Zustimmung der Patient*in an die Krankenkassen vermittelt werden (§294a SGB V, S.I.G.N.A.L. & BIG 2014 & 2017). Den Versand sogenannter „Unfallbögen“ zur Klärung möglicher Regressansprüche durch die Krankenkassen verhindert diese Regelung allerdings nicht (§116 SGB X). Die Bögen werden von den Krankenkassen automatisch auf Grundlage von Kodierungen versandt, die darauf schließen lassen, dass ggf. Regressansprüche gegenüber Dritten bestehen. S.I.G.N.A.L. e. V., BIG e. V., der Berufsverband der Frauenärzte, die Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe und das Deutsche Institut für Menschenrechte verweisen seit mehreren Jahren darauf, dass der Versand von Unfallbögen für Betroffene zusätzliche Belastungen und erhebliche Gefährdungen bedeuten können (a.a.O., DIMR 2020, Butler & Eckel 2006, BFV & DGGG 2016). Die (wiederholte) Inanspruchnahme medizinischer Versorgung kann hierdurch erschwert werden. Bemühungen, u.a. des S.I.G.N.A.L. e. V., eine Änderung der Praxis mit Hilfe des Bundesministeriums für Gesundheit und des GKV-Spitzenverbands zu bewirken, bleiben bislang erfolglos.

Zwischenfazit: Es liegen keine nutzbaren und verlässlichen Daten von Krankenkassen vor. Die vorhandenen Kodierungen sind kein geeignetes Instrument zur Gewinnung von Daten. Es gilt zunächst die damit verbundenen Probleme, inkl. des Daten- und Opferschutzes, zu lösen.

3.2. Daten aus der Gesundheitsberichtserstattung des Bundes

Die Gesundheitsberichtserstattung des RKI beschreibt den Gesundheitszustand der Bevölkerung in Deutschland. Datenbasis sind das Gesundheitsmonitoring des RKI sowie Surveys, Datenbanken, Routinedaten, amtliche Statistiken, Registerdaten und epidemiologische Studien (RKI 2010). Das Monitoring dient der kontinuierlichen und umfassenden Beobachtung der gesundheitlichen Lage in Deutschland, der Verbesserung der Datenlage des Bundes und besteht aus drei Gesundheitsstudien/-surveys. Eine der Studien, die DEGS, beinhaltete in der Erhebungswelle 2008-2011 einmalig auch Fragen zu Gewalterfahrungen (Schlack et al 2013). Die Erhebungsmethodik und damit auch die veröffentlichten Ergebnisse stießen auf grundlegende Kritik (Schröttle 2013) und werden nicht weiter genutzt. Die repräsentativen Ergebnisse einer neuen, von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung geförderten Studie der Universität Hamburg zum Thema „Sex gegen den eigenen Willen“ und gesundheitliche Folgen (Brunner et al 2021) könnten in zukünftige Berichte einfließen.

Der aktuellste Frauengesundheitsbericht enthält ein Kapitel zu gesundheitlichen Auswirkungen von Gewalt gegen Frauen. Die genannten Daten stammen ausschließlich aus bereits seit einigen Jahren vorliegenden Forschungsarbeiten zur Thematik (Schröttle & Müller 2004, FRA 2014, WHO 2017, Schröttle et al 2019 u.a.). Betont wird die Schlüsselrolle der Gesundheitsversorgung für die Prävention, Intervention und Unterstützung sowie die Wichtigkeit von Qualifikation und Vernetzung (RKI 2020). Der Bericht erwähnt die in der Istanbul-Konvention benannte Pflicht zur kontinuierlichen Datensammlung, um die Umsetzung der Konvention kritisch zu begleiten. Er befasst sich jedoch nicht mit den Möglichkeiten und Grenzen, solche Daten im Gesundheitswesen zu erheben.

Zwischenfazit: In kontinuierlichen Erhebungen der Gesundheitsberichterstattung (RKI) ist die Thematik (im Sinne einer regelmäßigen Datenerhebung) nicht verankert. Es sind bisher nur punktuell relevante Erhebungen erfolgt.

3.3. Gesundheitsberichtserstattung für die Landes- oder kommunale Ebene

Im Indikatorenset für die Gesundheitsberichtserstattung der Länder finden sich keine Vorgaben zur Erfassung von Daten zum Thema häuslicher und sexualisierte Gewalt (AOLG 2003).

Nach Auskunft der LAG der Berliner Frauen- und Gleichstellungsbeauftragten liegen auf bezirklicher Ebene ebenfalls keine relevanten Daten aus der Gesundheitsversorgung vor.

Ein Basisbericht 2012/2013 des Landes Berlin zum Thema sexuelle Gewalt greift auf Daten aus Studien (z. B. Schröttle 2004) und der PKS zurück und stellt bezüglich der Beratungs- und Therapieangebote einen Handlungsbedarf zur Verbesserung der Versorgung fest (SenGuS 2013). Das 2012 eingerichtete Berliner Netzwerk gegen sexuelle Gewalt fordert in seiner 2016 veröffentlichten Integrierten Maßnahmenplanung ein Monitoring der Umsetzung von Maßnahmen – unter Einbezug von Daten aus der Gesundheitsversorgung (LaKo 2016). Gemäß dem 1. Monitoring zur Umsetzung der Maßnahmenplanung sind in diesem Bereich bisher noch keine Maßnahmen realisiert worden (SenGPG 2021).

Im Gesundheitsamt Tempelhof-Schöneberg wurden einmalig, über einen Zeitraum von 18 Monaten hinweg, mittels eines Fragebogens Daten zu gesundheitlichen Belastungen durch Gewalt erhoben. Die Erhebung wurde nicht in die von der zuständigen Senatsverwaltung vorgegebenen Statistiken für die Fachbereiche der Gesundheitsämter eingearbeitet und nicht fortgeführt (Berg 2006).

Mitglieder der Fachgruppe Datenerhebung und Forschung des RTB stellten 2020 das Anliegen des RTB, die Datenlage zu verbessern, in der AG Gesundheitsberichtserstattung der Berliner Bezirke vor. Dort entstand der Vorschlag, das unten beschriebene Datenset in einem Bezirk beispielhaft zu erheben und auszuwerten. Diese Idee wurde von keinem der Bezirke weiterverfolgt.

Zwischenfazit: Es liegen keine Daten zur Thematik aus der Landes- oder kommunalen Ebene vor.

3.4. Gesundheitsbezogene Daten aus anderen Quellen

Die Polizeiliche Kriminalstatistik (PKS Berlin 2020) wird jährlich veröffentlicht und bietet Hellfelddaten, z. B. für 2020:

- Gewalttaten innerhalb der Partnerschaft
 - vorsätzliche einfache Körperverletzung: 5.207 Frauen, 1.517 Männer
 - gefährliche und schwere Körperverletzung: 711 Frauen, 450 Männer
 - Mord und Totschlag: 13 Frauen und ein Mann starben
- Sexualdelikte
 - 13,7 % (610 von 4.468 Personen) der Opfer von Sexualdelikten erlitten körperliche Verletzungen, inkl. 16 Personen mit schweren Verletzungen, ein Opfer tödlich verletzt
 - 37,3 % (335 von 898 Personen) der Opfer von Vergewaltigung/sexueller Nötigung/sexuellem Übergriff im besonders schweren Fall erlitten körperliche Verletzungen. Inkl. 14 Opfer mit schweren und ein Opfer mit tödlichen Verletzungen.

Es ist von einer hohen Dunkelziffer in Bezug auf beide Gewaltbereiche auszugehen. Bemühungen des S.I.G.N.A.L. e. V., eine vertiefte Auswertung der verfügbaren polizeilichen Daten – z. B. Angaben zu Rettungsdiensteinsätzen im Kontext polizeilicher Maßnahmen – zu erhalten, sind bisher erfolglos geblieben.

In der Krankenhausaufnahmestatistik und im statistischen Jahrbuch des Landes Berlin finden sich keine Daten zu Gewalt gegen Frauen (Amt für Statistik Berlin-Brandenburg 2020).

Die letzte veröffentlichte Fortschreibung „Datenerhebung und Statistik häusliche Gewalt“ der für Gleichstellung zuständigen Senatsverwaltung bezieht sich auf 2017 und enthält keine Daten aus dem Gesundheitswesen (SenGPG 2018). Die Fortschreibung stellt jährlich erfasste Daten zu häuslicher Gewalt v.a. aus Polizei, Justiz, Kinderschutz und Antigewaltarbeit zusammen.

Zwischenfazit: Jährliche Helfelddaten der Polizei geben Hinweise auf mögliche Verletzungsfolgen nach häuslicher und sexualisierter Gewalt, bieten jedoch keine Informationen zur Art von Verletzung, Inanspruchnahme von Versorgung, Ort, Alter des Opfers (über Volljährigkeit hinaus). Dunkelfelddaten liegen nicht vor.

3.5. Daten auf der Ebene der einzelnen Einrichtungen

Kliniken:

Der Berliner Landeskrankenhausplan gibt seit 2016 für Kliniken der Notfallversorgung vor: „Es müssen Konzepte vorliegen, welche die adäquate Versorgung von Erwachsenen und Kindern sicherstellen, die von häuslicher und/oder sexualisierter Gewalt betroffen sind“ (SenGPG 2016, S.63 & SenGPG 2020, S.92). Die Vorgabe wird nicht überprüft, entsprechend liegen keine Daten zur Umsetzung vor.

Gewaltschutzambulanz (GSA):

Einige Eckdaten zur jährlichen Inanspruchnahme der Gewaltschutzambulanz der Charité wurden in Pressemitteilungen und als Antworten auf kleine Anfragen veröffentlicht (z. B. Pressemitteilung SenJVA vom 03.03.2021). Da aus verschiedenen Gründen anzunehmen ist, dass nur ein kleiner Teil der Betroffenen das Angebot der GSA in Anspruch nimmt/nehmen kann, sind die Daten in Bezug auf die eingangs skizzierte Gesamthematik nicht erhellend.

Niedergelassene Praxen und Öffentlicher Gesundheitsdienst:

Für beide Bereiche konnten keine Routinedaten gefunden werden.

Zwischenfazit: Es liegen keine aussagefähigen Daten zum Versorgungsgeschehen nach häuslicher oder sexualisierter Gewalt aus einzelnen Einrichtungen der Gesundheitsversorgung vor.

4. Vorhandene Empfehlungen und Literatur zur Datenerfassung im Gesundheitsbereich

Nach Artikel 11 der Istanbul Konvention (Europarat 2011) verpflichten sich die Vertragsstaaten regelmäßig differenzierte Daten zu allen Formen von Gewalt zu erheben, zu analysieren, aufzubereiten und zu veröffentlichen. Dabei sollen Daten zu folgenden Themen und Bereichen erhoben werden:

- Inanspruchnahme der Dienste durch die Gewaltbetroffenen
- Art und Weise, wie der Gesundheitssektor im Hinblick auf medizinische Versorgung Unterstützung gibt
- Daten zu Wirksamkeit von Maßnahmen und Bewertung von Kosten

Das Fachgremium des Europarats GREVIO („group of experts on action against violence“) empfiehlt nach Überprüfung der Umsetzung des Übereinkommens zudem eine Aufschlüsselung der Daten (Secretariat GREVIO 2021) nach:

- Alter
- Geschlecht
- Art der Gewalttat
- Täter-Opfer-Beziehung
- geographische Lage
- und sonstige relevanten Faktoren (z. B. Behinderung)

Zugleich ist Deutschland aufgefordert zu erläutern, ob staatlich finanzierte Stellen, z. B. der Gesundheitssektor, routinemäßig Daten erheben (ebd.).

Internationale Evidenz zur Erhebung von Daten zu häuslicher und sexualisierter Gewalt im Gesundheitsbereich sind von der WHO (2017) veröffentlicht. Zudem wurden Erkenntnisse zur Datenerhebung aus EU-Projekten (WAVE 2013) und konsentiertere Expertenempfehlungen (UN Women 2020) publiziert.

Die WHO empfiehlt die Erhebung der folgenden Daten:

- Anzahl der Fälle nach
 - Gewaltart
 - Alter
 - Täterbeziehung
- Symptome in Verbindung mit der Gewalt
- Anzahl der Betroffenen, die angemessene medizinische und psychologische Versorgungsangebote erhalten haben, wie:
 - STI-Diagnostik und Prophylaxe / HIV-Postexpositionsprophylaxe
 - Notfallverhütung
 - Schwangerschaftsabbruch
 - Ersthilfe gemäß WHO-Leitlinien
 - Weiterleitung in spezialisierte Dienste

Im Projekt – Bericht WAVE II wird zusätzlich empfohlen:

- Schwere der Verletzung
- Gewaltform nach ICD-10

In dem von UN Women (2020) veröffentlichten Bericht wird die Erhebung folgender Daten empfohlen:

- Zeitpunkt des Gewaltereignisses
- Alter des Täters
- Geschlecht des Täters
- (sozialer) Ort des Gewaltereignisses (z. B. Schule, Arbeitsplatz)
- Cybercrime
- Versorgungsangebote gegenüber der Betroffenen und Inanspruchnahme
- Anzahl der Opfer im Verhältnis zum Gesamtklientel
- Durchgeführte Maßnahmen (Erste-Hilfe-Maßnahmen, Wundversorgung, Nachsorge)

Die neueste Veröffentlichung von UN Women und der WHO (2022) empfiehlt die Erhebung eines Basisdatensets:

- Gewaltform (physisch, psychologisch, sexualisiert)
- Geburtsdatum, oder mind. Geburtsjahr der/des Betroffenen
- Geschlecht Betroffene*r (laut Quelle: weiblich, männlich)
- Beziehung Täter*in / Opfer (aktuelle*r Partner*in, Ex-Partner*in, Familienmitglied, Autoritätsperson/Pflegende*r, Freund*in/Kollege*in/Peer/Bekannte*r, jemand anderes dem Opfer bekanntes, Unbekannte*r)
- Alter mutmaßliche*r Täter*in
- Geschlecht mutmaßliche*r Täter*in

5. Datenset der Fachgruppe Daten/Forschung des Runden Tisches Berlin – Gesundheitsversorgung bei häuslicher und sexualisierter Gewalt

Unter Einbeziehung der o.g. Literatur und der Expertise der Fachgruppenmitglieder wurde ein Datenset für eine Erhebung nach Gewalterfahrung für den Gesundheitsbereich erstellt. Ziel war die Entwicklung eines Basisdatensatzes, der in den verschiedenen Versorgungssettings des Gesundheitsbereiches einheitlich zu erheben ist.

Datenset:

Erläuterung: Die fett markierten Aspekte finden sich nicht in den bisherigen Empfehlungen der WHO und UN Women/WHO.

- Geschlecht Betroffene*r:
 - Biologisches Geschlecht
 - **Geschlechtsidentität**
 - **Sexuelle Orientierung**
- Geburtsdatum, oder mind. Geburtsjahr Betroffene*r
- Geschlecht Täter*in
- **Geschlechtsidentität Täter*in**
- Geburtsdatum oder -jahr Täter*in
- Beziehung Täter*in / Betroffene*r (aktuelle*r Partner*in, Ex-Partner*in, Familienmitglied, Autoritätsperson/Pflegende*r, Freund*in/Kollege*in/Peer/Bekannte*r, jemand anderes dem Opfer bekanntes, Unbekannte*r) (*Fortsetzung nächste Seite*)

- Ort des Geschehens (geografisch – Stadt, Dorf, Region o.ä.)
- Art des Ortes des Geschehens (zu Hause, öffentlicher Ort, Schule, Arbeitsplatz, online, Institution, anderswo)
- **Schwere der Verletzung**
- Art der Gewalt (Physische, sexualisierte, psychische)
- **Anzahl der Kinder im Haushalt**
- **Alter der Kinder**
- **Behinderung und Art der Behinderung**
- **Verständigung (nur in 3. Sprache möglich, mit/ohne Sprachmittlung)**
- **Lebensform (verheiratet, getrennt lebend, alleinlebend)**
- Inanspruchnahme von Angeboten/Weiterverweisung (Angebot unterbreitet – ja/nein, Betroffene*r lehnt Angebot ab, trifft nicht zu)

Die Fachgruppe präsentierte dieses Datenset Vertreter*innen der bezirklichen Gesundheitsberichterstattung (GBE). Diskutiert wurde, ob eine Aufnahme in den Indikatorensatz der bezirklichen GBE möglich ist. Angeregt wurde ein regionaler Pilotversuch in einem Gesundheitsamt, der bisher aufgrund mangelnder Ressourcen nicht erfolgen konnte.

Auf dem Kongress Armut-und-Gesundheit 2021 wurde das Datenset der Fachöffentlichkeit vorgestellt und im Hinblick auf eine Umsetzung in den einzelnen Versorgungssettings diskutiert.

6. Nächste Schritte

Für die Arbeitsgruppe Datenerhebung und Forschung des RTB stehen folgende Schritte an:

Das vorliegende Papier wird in unterschiedlichen Ebenen verbreitet, um eine **Diskussion insbesondere auf landes- und bundespolitischer Ebene anzustoßen** und zu einem Austausch einzuladen, bei dem gemeinsam geplant werden kann, wie

- a. die bevorstehenden Pilotstudien konzipiert, finanziert und durchgeführt werden können, um das Datenset in unterschiedlichen Settings wie ambulante haus- und fachärztliche Versorgung, stationäre Krankenhausversorgung, Versorgung in Notaufnahmen, pflegerische Versorgung (v.a. ambulant), Öffentlicher Gesundheitsdienst (Versorgung und Beratung) und unter Beachtung des Datenschutzes und der Sicherheit Betroffener zu erproben
- b. Modifikation und Anpassung des Datensets an unterschiedliche Versorgungssettings
- c. Klärung der Analysemethoden und -verantwortlichen der erhobenen Daten

Von politischen Entscheidungsträgern sind folgende Schritte erwünscht:

- a. Finanzielle Unterstützung der Pilotierung des Datensets und der Routinedatenerhebung zum Erleben häuslicher und sexualisierter Gewalt in Berlin
- b. Ideelle Unterstützung beim Gatekeeping zu den und der Einbindung der Institutionen
- c. Langfristige Einbindung in den Berliner Krankenhausplan und entsprechende Pläne für die anderen Versorgungsstrukturen und Überprüfung der Vorgaben
- d. Implementierung der Erhebung und Analyse der Routinedaten in der Landesgesundheitsberichterstattung
- e. Integration des Themas in die Gesundheitsberichterstattung des Bundes
- f. Einrichtung eines Forschungsbudgets für geschlechtsspezifische Gewalt (Berlin)

7. Quellenverzeichnis

Amt für Statistik Berlin-Brandenburg (2022). Statistisches Jahrbuch 2020 Berlin.

https://download.statistik-berlin-brandenburg.de/9e8efb180d4a9e16/35030de9226a/AfS_Jahrbuch_2020_BE.pdf

AOLG – Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgesundheitsbehörden (2003). Indikatorenatz für die Gesundheitsberichterstattung der Länder.

https://www.gbe-bund.de/pdf/indikatorensatz_der_laender_2003.pdf (Zugriff 13.09.2022).

BARMER LV Berlin-Brandenburg (2019). Häusliche Gewalt. Routinedatenanalyse BARMER (unveröffentlicht).

Berg, E. (2006). Gesundheitliche Auswirkungen durch häusliche Gewalt. In: Jeremy Butler, Heinz Eckel (2006). Häusliche Gewalt und Gesundheit. Gesundheitsbericht Berlin-Mitte. Beiträge zur Gesundheitsförderung und Gesundheitsberichterstattung. Band 7. Januar 2006.

BFV – Berufsverband der deutschen Frauenärzte, DGGG – Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (2016). Pressemitteilung. Gewalt gegen Frauen – § 294a SGB V gefährdet betroffene Frauen und erschwert die ärztliche Betreuung.

Brunner, F./Tozdan, S./Klein, V./Dekker, A./Briken, P. (2021). Lebenszeitprävalenz des Erlebens von Sex und sexueller Berührung gegen den eigenen Willen sowie Zusammenhänge mit gesundheitsbezogenen Faktoren. Bundesgesundheitsblatt 2021, 64:1339–1354.

<https://link.springer.com/content/pdf/10.1007/s00103-021-03434-6.pdf> (Zugriff 13.09.2022).

Butler, J. / Eckel, H. (2006). Häusliche Gewalt und Gesundheit. Gesundheitsbericht Berlin-Mitte. Beiträge zur Gesundheitsförderung und Gesundheitsberichterstattung. Band 7. Januar 2006.

DIMR – Deutsches Institut für Menschenrechte (2020). Akutversorgung nach sexualisierter Gewalt. Zur Umsetzung von Artikel 25 der Istanbul-Konvention in Deutschland.

https://www.institut-fuer-menschenrechte.de/fileadmin/Redaktion/Publikationen/Analyse_Studie/Analyse_Akutversorgung_nach_sexualisierter_Gewalt.pdf (Zugriff 13.09.2022).

Europarat (2011). Übereinkommen des Europarats zur Verhütung und Bekämpfung von Gewalt gegen Frauen und häuslicher Gewalt und erläuternder Bericht. Istanbul: Eigendruck.

<https://rm.coe.int/1680462535> (Zugriff 13.09.2022).

Fallpauschalen-Katalog 2022. Hrsg. inEK GmbH.

https://www.g-drg.de/content/download/10834/file/Fallpauschalenkatalog_2022_20211123.pdf

FRA – Agentur der Europäischen Union für Grundrechte (2014). Gewalt gegen Frauen: eine EU-weite Erhebung. Ergebnisse auf einen Blick. Luxemburg: Agentur der Europäischen Union für Grundrechte.

Geschäftsstelle Runder Tisch Berlin – Gesundheitsversorgung bei häuslicher und sexualisierter Gewalt (2021). Leitlinien der Weltgesundheitsorganisation (WHO) Umgang mit Gewalt in Paarbeziehungen und mit sexueller Gewalt gegen Frauen: Eckpunkte der Umsetzung in Berlin.

ICD-10-GM Version 2021, Systematisches Verzeichnis, Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision, Stand: 18. September 2020.

Hrsg.: Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) unter Beteiligung der Arbeitsgruppe ICD des Kuratoriums für Fragen der Klassifikation im Gesundheitswesen (KKG). Köln.

Jud, A. / Kindler, H. (2022). Verbesserung der Datenerhebung sexueller Gewalt an Kindern und Jugendlichen im Helffeld. Arbeitsstab des Unabhängigen Beauftragten für Fragen des sexuellen Kindesmissbrauchs (Hrsg.).

Kaupen-Haas, H. / Saller, C. (Hrsg.) (1999). Wissenschaftlicher Rassismus: Analysen einer Kontinuität in den Human- und Naturwissenschaften. Campus Verlag. Frankfurt/New York.

LaKo – Landeskommision Berlin gegen Gewalt (2016). Gemeinsam gegen Gewalt. Dokumentation. Integrierte Maßnahmenplanung des Berliner Netzwerks gegen sexuelle Gewalt. Berliner Forum Gewaltprävention. Nr. 60. https://digital.zlb.de/viewer/api/v1/records/34171704/files/images/bfg_60.pdf/full.pdf (Zugriff 13.09.2022).

Lentz, C. (1992). Quantitative und Qualitative Erhebungsverfahren im fremdkulturellen Kontext. Kritische Anmerkungen aus ethnographischer Sicht. In: Reichert, Christoph; Scheuch, Erwin; Seibel, Hans-Dieter (Hg.): Empirische Sozialforschung über Entwicklungsländer: Methodenprobleme und Praxisbezug, Saarbrücken: Breitenbach, S. 317 – 339.

Pöge, K. / Rommel, A. / Mena, E. / Holmberg, C. / Saß, A.-C. / Bolte, G. (2019). AdvanceGender – Verbundprojekt für eine geschlechtersensible und intersektionale Forschung und Gesundheitsberichterstattung. In: Bundesgesundheitsblatt 2019 · 62:102–107.

Poelchau, H.-W. / Briken, P. / Wazlawik, M. / Bauer, U. / Fegert, J. M. / Kavemann, B. (ohne Datum) Bonner Ethik-Erklärung: Empfehlungen für die Forschung zu sexueller Gewalt in pädagogischen Kontexten: <https://www.bmbf.de/bmbf/shareddocs/downloads/files/ethikerklaerung-1.html> (Zugriff: 03.12.2021).

PKS Berlin – Polizei Berlin. Kriminalität in Berlin 2020. Polizeiliche Kriminalstatistik und ergänzende Informationen.

RKI – Robert Koch-Institut (2010). Gesundheitsberichterstattung des Bundes: Ziele, Aufgaben und Nutzungsmöglichkeiten. GBE Kompakt 1/2010 www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownload-sk/2010_1_Ziele_Aufgaben.pdf?__blob=publicationFile (Zugriff: 13.09.2022).

RKI – Robert Koch-Institut (Hrsg.) (2020). Gesundheitliche Lage der Frauen in Deutschland. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gemeinsam getragen von RKI und Destatis. RKI, Berlin.

Schlack, R. / Rüdell, J. / Karger, A. / Hölling, H. (2013). Körperliche und psychische Gewalterfahrungen in der deutschen Erwachsenenbevölkerung. Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). In: Bundesgesundheitsblatt 2013, 56:755– 764.

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

Schröttle, M. (2013). Die Studienergebnisse des Robert Koch-Instituts zu Gewalt gegen Frauen und Männer: Ein Lehrstück für die Notwendigkeit einer methodisch versierten Erfassung, Auswertung und Interpretation geschlechtervergleichender Daten im Rahmen einer geschlechtersensiblen Gewalt- und Gesundheitsforschung. www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Studien/Degs/degs_w1/Basispublikation/Stellungnahme_Schroettle.pdf?__blob=publicationFile (Zugriff: 13.09.2022).

Schröttle, M. / Meshkova, K. / Lehmann, C. (2019). Umgang mit sexueller Belästigung am Arbeitsplatz – Lösungsstrategien und Maßnahmen zur Intervention. Ergebnisse einer Studie der Antidiskriminierungsstelle des Bundes. Antidiskriminierungsstelle des Bundes, Berlin.

Secretariat GREVIO – Secretariat of the monitoring mechanism of the Council of Europe Convention on Preventing and Combating Violence against Women and Domestic Violence. Council of Europe (2021). Mid-term Horizontal Review of GREVIO baseline evaluation reports.

SenGPG – Senatsverwaltung für Gesundheit, Pflege und Gleichstellung (2016). Krankenhausplan 2016 des Landes Berlin.

SenGPG – Senatsverwaltung für Gesundheit, Pflege und Gleichstellung (2018). Datenlage und Statistik zu häuslicher Gewalt in Berlin 2017.

SenGPG – Senatsverwaltung für Gesundheit, Pflege und Gleichstellung (2020). Krankenhausplan 2020 des Landes Berlin.

SenGPG – Senatsverwaltung für Gesundheit, Pflege und Gleichstellung (2021). Integrierte Maßnahmenplanung des Berliner Netzwerks gegen sexuelle Gewalt (IMP). HANDOUT: Neustrukturierung und Ergebnisse des 1. Monitorings.

SenGuS - Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales (2013). Basisbericht 2012/2013, Daten des Gesundheits- und Sozialwesens

www.gsi-berlin.info/redirectA.asp?filename=TG0100433T00201300.pdf (Zugriff: 13.09.2022).

SenJVA (2021). Pressemitteilung Entwicklung der häuslichen Gewalt in 2020.

<https://www.berlin.de/sen/justva/presse/pressemitteilungen/2021/pressemitteilung.1059664.php>

S.I.G.N.A.L. e. V. & BIG e. V. (2014). Sicherheit für Gewaltopfer: ärztliche Mitteilungspflicht an Krankenkassen bei häuslicher und sexueller Gewalt abschaffen. www.signal-intervention.de/sites/default/files/2020-04/Aenderung_294a_Aufruf.pdf (Zugriff: 13.09.2022).

S.I.G.N.A.L. e. V. & BIG e. V. (2017). Pressemitteilung. Bundestag stärkt informationelles Selbstbestimmungsrecht von Patient*innen. https://www.signal-intervention.de/sites/default/files/2020-04/Aktuelles_Presseerklaerung_294a_10_4_17.pdf (Zugriff: 13.09.2022).

UN WOMEN (2020). A synthesis of evidence on the collection and use of administrative data on violence against women – background paper:

<https://www.unwomen.org/en/digital-library/publications/2020/02/background-paper-synthesis-of-evidence-on-collection-and-use-of-administrative-data-on-vaw> (Zugriff: 13.09.2022).

United Nations Entity for Gender Equality and the Empowerment of Women (UN Women) and World Health Organization (WHO) (2022). Global technical guidance: Improving the collection and use of administrative data on violence against women. New York: UN Women.

WAVE - Women Against Violence Europe, (2013). Protect II. Guidance Report. For the improvement of data on gender-based violence against women in the European Union http://files.wave-network.org/trainingmanuals/GENDERSTAT_Guidance_2012.pdf (Zugriff: 27.06.2021).

WHO (2013a). Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health impacts of intimate partner violence and non-partner sexual violence. WHO: Geneva, 2013.

WHO (2013b). Responding to intimate partner violence and sexual violence against women: WHO clinical and policy guidelines. WHO: Geneva, 2013.

WHO – World Health Organization (2017). Strengthening health systems to respond to women subjected to intimate partner violence or sexual violence. A manual for health managers:

<https://apps.who.int/iris/handle/10665/259489> (Zugriff: 14.06.2021).

Kontakt für weitere Informationen:
Geschäftsstelle Runder Tisch Berlin –
Gesundheitsversorgung bei häuslicher und sexualisierter Gewalt
S.I.G.N.A.L. e. V.
Sprengelstraße 15 · 13353 Berlin
Tel.: 030 24 63 05 79
E-Mail: RunderTisch@signal-intervention.de
www.signal-intervention.de/geschaeftsstelle-des-runden-tischs-berlin

Gefördert durch die Senatsverwaltung für Wissenschaft, Gesundheit,
Pflege und Gleichstellung.
S.I.G.N.A.L. e. V. ist Mitglied im Paritätischen Wohlfahrtsverband.