

# Konzept

## *Berliner Modellvorhaben*

*zur Versorgung gewaltbetroffener Frauen mit traumatherapeutischem Behandlungsbedarf sowie ihren Kindern  
im Rahmen eines integrativen Netzwerks*

---

### **Autorinnen**

Netzwerk Frauengesundheit Berlin, Arbeitsgruppe „Gesundheitliche Folgen von Gewalt“  
Frau Schröder, Feministisches Frauengesundheitszentrum  
Frau Wieners, S.I.G.N.A.L. e.V., Koordinierungsstelle

Senatsverwaltung für Arbeit, Integration und Frauen  
Frau Labsch

Alexianer St. Joseph Krankenhaus Berlin Weißensee  
Frau Dr. Hauth  
Frau Fürstenberg, Frau Kruttschnitt

Vivantes Netzwerk für Gesundheit  
Frau Dr. Munk

## Zusammenfassung

Die Analyse der Versorgungssituation gewaltbetroffener Frauen und ihrer Kinder in Berlin hat das Netzwerk Frauengesundheit Berlin, AG gesundheitliche Folgen von Gewalt<sup>1</sup> veranlasst, in Zusammenarbeit mit den Leitungen der psychiatrischen Kliniken St. Joseph, Weißensee und Vivantes Neukölln ein Konzept zur gezielten Behandlung und Versorgung von schwer psychisch erkrankten gewaltbetroffenen Frauen zu erarbeiten. Die Möglichkeit der Verarbeitung der erfahrenen Gewalt mit ihren gravierenden Auswirkungen auf die Gesundheit und die gesamte Lebenssituation der Betroffenen soll die Rückkehr in ein selbstbestimmtes Leben und zu gesellschaftlicher Teilhabe unterstützen.

In dem nachfolgend skizzierten Projekt sollen regionalisierte teilstationäre und stationäre Angebote für Traumatherapie eingerichtet und Versorgungspfade zwischen ambulanter Behandlung und Beratung, teilstationärer und vollstationärer Behandlung sowie Angeboten der psychosozialen Versorgung und der Kinder- und Jugendhilfe modellhaft entwickelt, erprobt und evaluiert werden. Die komplexen Problemlagen betroffener Frauen und Kinder erfordern außerdem eine koordinierte Zusammenarbeit aller beteiligten Stellen. Ziel ist, das Versorgungssystem zusammenzuführen und weiterzuentwickeln. Das Traumaforum Berlin ist mit einer koordinierenden und steuernden Funktion ein Kernbestandteil des vorliegenden Konzepts.

Dringender Handlungsbedarf besteht aufgrund der hohen Anzahl von Betroffenen und fehlender, an den Bedürfnissen der Betroffenen orientierter integrativer Angebote im ambulanten, teilstationären und stationären Bereich zur Behandlung der Traumata aufgrund von Gewalterfahrungen. In der Regel liegen komplexe Traumatisierungen vor, die ein umfassendes Konzept der Traumaverarbeitung erfordern, das nur durch qualifizierte, interdisziplinäre Fachteams gewährleistet werden kann.

Viele der Frauen haben Kinder, die ggf. mit aufgenommen werden, deren Erfahrungen und Belastungen durch ein eigenständiges (trauma) therapeutisches und/oder (trauma) pädagogisches Angebot aufgefangen werden müssen.

Aufgrund der besonders hohen Betroffenheit und spezifischer Bedürfnisse sind die Angebote im Besonderen auf Frauen mit Migrationshintergrund und Frauen mit Beeinträchtigungen und Behinderungen auszurichten.

Es sind frauenspezifische Angebote erforderlich, die der Situation der Frauen und ihrer Kinder gerecht werden (Traub/Rohrer 2014<sup>2</sup>, DeGT 2013<sup>3</sup>). Die vorhandene Struktur der psychiatrischen Versorgung kann dies nur unzureichend leisten. Im Zusammenhang mit der Behandlung müssen Schutzräume geschaffen werden, um Sicherheit herzustellen und Retraumatisierungen zu vermeiden.

---

<sup>1</sup> An der Arbeitsgruppe sind folgende Einrichtungen bzw. Projekte beteiligt: BORA e.V., TWG; FFGZ Berlin e.V.; Frauenzimmer e.V.; LARA e.V.; Lesbenberatung e.V.; Senatsverwaltung für Arbeit, Integration und Frauen; S.I.G.N.A.L. e.V., Koordinierungsstelle

<sup>2</sup> Traub/Rohrer (2014), „Konzept einer stationären Traumatherapieabteilung für Frauen“, in: Trauma. Zeitschrift für Psychotraumatologie und ihre Anwendungen. 12. Jahrgang (2014), Heft 1, S. 38-46

<sup>3</sup> DeGPT (2013), „Positionspapier. Psychotraumatologische Versorgung und Forschung in Deutschland, Österreich und der Schweiz“, [www.degpt.de](http://www.degpt.de)

Der Landespsychiatriebeirat empfiehlt in seiner Stellungnahme zum neuen Krankenhausplan 2016 - 2020:

Nr. 2 Überregionale klinische Kapazitäten beider Fachgebiete sind nicht über den Bestand der Fortschreibung 2006 des Berliner Krankenhausplans hinaus zu erweitern. ....

Nr. 11 Die Kliniken sind aufgefordert, ihre Versorgungsangebote kultursensibel zu strukturieren, um den Bedürfnissen von Patienten mit Migrationshintergrund Rechnung zu tragen. Die interkulturelle Kompetenz der Kliniken ist zu fördern. An allen Standorten sind integrative Angebote vorzuhalten. ...

Nr. 12 Die Kliniken sind aufgefordert, ihre Versorgungsangebote geschlechtssensibel zu strukturieren. Psychotherapieangebote für psychisch kranke Menschen mit Gewalterfahrung sind - unter Berücksichtigung Geschlechtsspezifischer Aspekte - zu entwickeln. ...

Nr. 13 Es wird empfohlen, in den Kliniken verstärkt familienorientierte Behandlungsansätze zu entwickeln, um Kinder und Jugendliche mit psychisch kranken Eltern .... gezielt zu fördern. Hierzu sollen Kooperationsvereinbarungen getroffen werden. ....

**Mit diesem Modellvorhaben können diese Empfehlungen schrittweise umgesetzt werden.**

## 1. Folgen komplexer Traumatisierung

Die Folgen äußern sich häufig als posttraumatische Belastungsstörung oft in komplexer Form, die durch folgende Aspekte beschrieben werden kann: Das Wiedererleben traumatisierender Erlebnisse (so als würden sie gerade in diesem Moment geschehen), Intrusionen, Flashbacks, Alpträume, psychische Belastung und körperliche Reaktionen bei Konfrontation sind in diesem Zusammenhang zu nennen, aber auch Vermeidungsverhalten und Übererregbarkeit mit Schlafstörungen, Konzentrationsstörungen und Schreckhaftigkeit sowie Reizbarkeit gehören zum spezifischen Störungsbild. Eine wichtige Bedeutung haben Komorbiditäten wie psychische Störungen mit affektiven Beschwerden, Ängsten, Somatisierungs-, Borderline-Persönlichkeitsstörungen, Abhängigkeitserkrankungen, Psychosen und einer dissoziativen Identitätsstörung. Beschrieben werden zudem somatische Beschwerden verschiedener Ausprägung und eine gesteigerte Mortalität.

Bei der Verlaufsbeobachtung ist eine Chronifizierung von 20 bis 30% der Patienten mit posttraumatischer Belastungsstörung erwähnt. Die manifeste (chronische) posttraumatische Belastungsstörung verschlechtert die Prognose anderer somatischer und psychischer Erkrankungen.<sup>4</sup>

## 2. Ausgangssituation in Berlin

Erkennbare Defizite und Bedarfe in der Versorgung psychisch kranker gewaltbetroffener Frauen veranlassten den Landesbeauftragten für Psychiatrie in Berlin (Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales) in Kooperation mit der für Frauen zuständigen Senatsverwaltung und weiteren Versorgungseinrichtungen aus dem Anti-Gewalt-Bereich und dem psychiatrischen Hilfesystem 2004 zu einer breit angelegten Bestandsaufnahme<sup>5</sup>, die einen dringenden Handlungsbedarf belegt.

Der von den psychiatrischen Kliniken (Basis 8 Kliniken) angegebene Anteil an gewaltbetroffenen Frauen lag zwischen 10 und 25 % der Patientinnen.

Der Anteil psychisch kranker Frauen allein in den 6 Berliner Frauenhäusern reicht von unter 5 % bis zu 49 % der jährlich zwischen 1.000 und 1.400 hier untergebrachten gewaltbetroffenen Frauen<sup>6</sup>, Tendenz seit 2005 steigend.

Der Anteil an Frauen mit Migrationshintergrund lag 2007 in 75% der Gewaltschutzeinrichtungen über 50 % und ist weiter gestiegen (Türkei, GUS-Staaten, ehem. Jugoslawien).

Als Schutzeinrichtungen können sie für psychisch kranke gewaltbetroffene Frauen jedoch nur eine Brückenfunktion wahrnehmen. Gleiches gilt für die frauenspezifischen Fachberatungsstellen.

**Klinische Situation:** Die klinisch psychiatrische Versorgung in Berlin ist über die bezirkliche Versorgungsverpflichtung der einzelnen Standorte in Berlin geregelt. Die psychiatrischen Kliniken Berlins sind bei einer über die Jahre deutlich verkürzten Liegezeit mit einer hohen Auslastung konfrontiert.

Wenn sich traumatisierte Frauen akut in der Klinik melden und eine ärztliche Indikation zur stationären Behandlung gestellt wird, werden die Betroffenen dem nächsten freien Bettenplatz zugeordnet. In der Regel auf einer fakultativ geschlossenen Station unter geschützten

<sup>4</sup> vgl. Frommberger, Angerendt, Berger; Posttraumatische Belastungsstörung - eine diagnostische und therapeutische Herausforderung; in Deutsches Ärzteblatt, Jg. 111, Heft 5, Jan. 2015

<sup>5</sup> Verbesserung der Angebote für gewaltbetroffene Frauen in der psychiatrischen Versorgung in Berlin, 2007 Link: <http://www.berlin.de/lb/psychiatrie/ueber-uns/veroeffentlichungen/fachveroeffentlichungen/>

<sup>6</sup> Ebenda

Bedingungen, die allgemeinspsychiatrische Behandlungsangebote, aber in der Regel keine traumatherapeutischen Leistungen vorhalten. Dies bedeutet für die Frauen aber auch, mit den Gegebenheiten einer geschlossenen Station konfrontiert zu sein. (Als besonders belastend/problematisch werden von den Frauen beispielsweise erlebt: Freiheitseinschränkende Maßnahmen wie Fixierungen, Isolierungen, gerichtliche Unterbringungen von Patient\_innen gegen deren Willen wegen Eigen- und / oder Fremdgefährdung und gleichzeitig bestehendem Entlassungswunsch, Gabe von Medikation gegen den Willen der Klient\_innen.) Entsprechende Vorerfahrungen sowie die eigenen besonders belastenden lebensgeschichtlichen Aspekte führen sehr häufig dazu, dass traumatisierte Frauen den Aufenthalt in einer psychiatrischen Klinik ablehnen, weil sie eine Retraumatisierung mit den entsprechenden Folgen, wie z.B. dissoziative Symptome, vermehrtes Auftreten von Flashbacks und Intrusionen, Übererregbarkeit, Alpträume, Zunahme von Ängsten, dem Erleben von Unsicherheit und unzureichendem Vertrauen befürchten oder in der Vergangenheit durchaus mehrfach erleben mussten.

Die personelle Situation gestaltet sich in den Kliniken sowohl die Anzahl der Mitarbeiter\_innen als auch die spezifische Ausbildung betreffend, traumatisierten Betroffenen ein angemessenes Therapieangebot vermitteln zu können, ebenfalls sehr schwierig. Als wenig förderlich stellt sich häufig auch die in der Regel hohe Personalfuktuation dar. Somit wird eine kontinuierliche therapeutische Beziehung kaum bis gar nicht entstehen können.

Zudem ist der Alltag der Arbeit auf einer geschlossenen Station von deren Akuität mit den damit verbundenen Konsequenzen geprägt z.B. Planung des Alltags kaum möglich, akute Situationen erfordern sofortiges Handeln und stehen in der Hierarchie oben, Terminplanung kaum realistisch, Aufnahmen kommen ungeplant. Betroffene mit einer posttraumatischen Belastungsstörung benötigen ein gesondertes Setting.

**Situation in der ambulanten Versorgung:** Von den ambulant praktizierenden 400 Fachärzt/innen für Psychiatrie und Psychotherapie und ca. 1.400 psychologischen Psychotherapeuten/-innen (GSI Stand 01.01.2013) sind nur wenige auf die traumaspezifische Behandlung gewaltbetroffener Frauen und deren Kinder spezialisiert. Bei letzteren bestehen zum Teil Wartezeiten bis zu einem Jahr.

Wegen des Mangels an adäquaten Behandlungen in Berlin weichen Frauen derzeit ins Bundesgebiet aus oder sind gezwungen, Behandlungen wahrzunehmen, die ihnen nicht weiterhelfen oder ihre Situation sogar verschlechtern.

### **3. Aktuelle Datenlage**

Psychische Folgebelastungen von Gewalterfahrungen wurden durch die repräsentative Studie zu Gewalt gegen Frauen in Deutschland und aus Sekundäranalysen zu Schweregraden, Mustern und Risikofaktoren belegt.<sup>7</sup> Ein erheblicher Teil der von schwerer und anhaltender Misshandlung durch einen Partner betroffenen Frauen ist traumatisiert und durch in Kindheit und Jugend erlittene – vor allem auch sexuelle - Gewalt in den engsten sozialen Beziehungen hoch belastet.

Werden die Ergebnisse der Studie von Schröttle (2004) auf in Berlin lebende Frauen im Alter zwischen 16 und 85 Jahren (1.507.420 Frauen – Stand 2010) übertragen, kann folgendes angenommen werden: Etwa 376.000 Berlinerinnen haben nach ihrem 16. Lebensjahr mindestens einmal körperliche oder sexuelle Gewalt, gut 286.000 psychische Gewalt durch einen Partner erlebt. In ca. 139.000 Fällen handelt es sich um tendenziell schwere, in 101.000

---

<sup>7</sup> Schröttle et al, Gewalt gegen Frauen in Paarbeziehungen, 11/2008

Fällen um sehr schwere bis lebensbedrohliche körperliche Gewalttaten. Etwa 60.000 Frauen erleben ein komplexes Muster schwerer körperlicher, sexueller und psychischer Gewalt. Die vielfältigen gesundheitlichen und insbesondere psychischen Folgen häuslicher und sexualisierter Gewalt belegt auch die 2014 veröffentlichte Studie der Europäischen Agentur für Grundrechte zur Gewaltbetroffenheit von Frauen in der EU (FRA)<sup>8</sup>.

#### 4. Zielstellung

Das Konzept greift die Empfehlungen der WHO-Leitlinien<sup>9</sup> (Nr. 2.2) auf und richtet sich an Frauen die aufgrund körperlicher, psychischer und/oder sexueller Gewalterfahrungen (komplex) traumatisiert sind und eine Stabilisierung, gegebenenfalls Bewältigung und Integration der Traumata benötigen.

Ziel des Modellvorhabens ist, dass Frauen, die aufgrund häuslicher/sexueller Gewalt traumatisiert wurden mithilfe einer geschlechtssensiblen Behandlung und Versorgung das traumatische Erleben verarbeiten und wieder selbstbestimmt leben können. Dies gilt gleichermaßen für mitbetroffene Kinder. Das therapeutische Konzept orientiert sich an der Frau und ihren Ressourcen, Kompetenzen und Möglichkeiten sowie der Komplexität der Erkrankungen mit dem Ziel der Verbesserung der Lebensqualität.

Hieraus ergeben sich folgende operative Ziele:

1. Aufbau klinischer Ressourcen zur Traumaverarbeitung (stationär und teilstationär).
2. Vernetzung der bestehenden Hilfesysteme, um ein Zusammenwirken aller am Hilfeprozess Beteiligten zu erreichen (Traumaforum Berlin).

**Zu 1.** Aufgrund der Erkenntnis, dass einzelne Phasen der Stabilisierung und Traumaverarbeitung in einem geschützten (klinischen) Rahmen stattfinden müssen, ist die Einrichtung regionalisierter frauenspezifischer teilstationärer und stationärer Angebote unerlässlich. Mit diesem Ziel werden auch die bereits genannten Empfehlungen des Landespsychiatriebeirates aufgegriffen (s. S. 2). Eine Versorgung allein im ambulanten psychiatrischen und psychotherapeutischen Bereich ist nicht ausreichend.

Die Wirksamkeit spezifisch traumatherapeutischer Verfahren ist mittlerweile wissenschaftlich sehr gut belegt und als allgemein anerkannt zu sehen.<sup>10</sup> Die höchste Therapieeffizienz bieten nach dem derzeitigen Stand des Wissens vor allem Verfahren, die eine Durcharbeitung von Traumaerinnerungen beinhalten.<sup>11</sup> Dafür muss ein entsprechender Rahmen geschaffen werden, um eine Implementierung und Umsetzung national und international erprobter und wirksamer Methoden zur Traumaverarbeitung in Berlin realisieren zu können.

Gestützt auf die Berliner Ergebnisse (s. Seite 2, Fußnote 3), die Erfahrungen aus den Frauenprojekten sowie wissenschaftliche Erkenntnisse ist ein spezialisiertes Angebot zur Behandlung von Frauen mit einer Kapazität von je 10 stationären und 5 teilstationären Plätzen in vorerst zwei bis drei Versorgungsregionen dringend geboten. Die Therapie wird räumlich und fachlich auf die Bedürfnisse der Betroffenen ausgerichtet, umfasst gezielte Unterstützungs- und Bewältigungsangebote für die Kinder und ist eng verzahnt mit ambulanten Beratungsstellen,

---

<sup>8</sup> European Union Agency for Fundamental Rights (2014), „Gewalt gegen Frauen: eine EU-weite Erhebung. Ergebnisse auf einen Blick.

<sup>9</sup> Umgang mit Gewalt in Paarbeziehungen und mit sexueller Gewalt gegen Frauen. Leitlinien der WHO für Gesundheitsversorgung und Gesundheitspolitik, WHO, 2013

<sup>10</sup> Kirkpatrick et al., IntJPsychMed. 2014;47(4):337-46.

<sup>11</sup> Le et al., JClinPsychiatry, 2014 Mar; 75(3):222-30

Schutz- und Wohneinrichtungen sowie ambulanten therapeutischen Angeboten. Das Angebot in der Klinik soll konzeptionell den besonderen Bedürfnissen von Frauen mit Behinderungen und Beeinträchtigungen angepasst sein. Ebenfalls zu berücksichtigen sind besondere Versorgungsbedürfnisse von Frauen mit Migrationshintergrund.

**Zu 2.** Die am Hilfeprozess beteiligten bzw. zu beteiligenden Einrichtungen/Institutionen sind häufig unterschiedlichen Hilfesystemen zugeordnet (s. auch Anhang - Fallbeispiel). Die unterschiedlichen Sichtweisen, Aufgabenstellungen und Strukturen machen eine Vernetzung untereinander unabdingbar erforderlich, ebenso wie eine fortlaufende Diskussion vorhandener Erkenntnisse, Erfahrungen, Studien für die am Hilfeprozess Beteiligten und berlinweite Umsetzung der Ergebnisse, um das eingangs beschriebene Ziel erreichen zu können. Dieses Ziel soll mit dem Traumaforum Berlin realisiert werden.

## **5. Das integrative Versorgungs- und Behandlungskonzept**

Im Zentrum des integrativen Versorgungskonzepts stehen die neu zu schaffenden stationären und teilstationären traumatherapeutischen Behandlungsangebote für Frauen und ihre Kinder.

Die Verzahnung mit weiteren flankierenden Versorgungs- und Unterstützungsangeboten wird durch das neu aufzubauende Traumaforum gewährleistet. Alle Bereiche werden verbindlich miteinander kooperieren und bei Bedarf eine Intervallnutzung der klinischen Versorgung ermöglichen.

### **Neues Angebot: Tagesklinische Behandlung**

Die tagesklinische Behandlung bietet den Klientinnen die Möglichkeit des Durcharbeitens ihrer Gewalterfahrung in einem stabilisierenden und stützenden Rahmen tagsüber und den Einbezug der sozialen Bindungen im häuslichen Umfeld der Betroffenen. Dysfunktionale Beziehungsverhaltensmuster, wie sie im Rahmen von Bewältigungsversuchen der Folgen komplexer Traumatisierung vorkommen, werden gemeinsam analysiert und tragfähige Alternativen direkt im häuslichen Umfeld trainiert. Dies ist besonders im Hinblick auf das eigene Erziehungsverhalten komplex traumatisierter Frauen mit dem belegten Risiko einer sekundären Traumatisierung eigener Kinder<sup>6</sup> - von großer präventiver Bedeutung.

Darüber hinaus ist die Schwelle, eine teilstationäre Behandlung in Anspruch zu nehmen, meist deutlich geringer, als sich in eine stationäre Traumatherapie zu begeben.

Die Behandlung umfasst tiefenpsychologisch fundierte Einzel- und gruppentherapeutische Angebote mit verhaltenstherapeutischen Ansätzen, traumaspezifische Behandlungselemente wie Imaginationsübungen und EMDR, Pharmakotherapie, körperorientierte Therapien [Tanz, Bewegungs- und Physiotherapie, Entspannungstraining], Therapien im Übergangsfeld von Körper und Seele [Achtsamkeitstraining, Angstbewältigungstraining, Stressbewältigungstraining, Genusstraining], Ergo- und Soziotherapie [soziales Kompetenztraining, Training sozialer Fertigkeiten], Entwicklung von Ausdrucksfähigkeiten mit verschiedenen Materialien und Medien [Kunst- und Gestaltungstherapie, Musiktherapie, Tanztherapie] und sozialarbeiterische Beratung. Sie soll von Anfang an den stationär-ambulanten Übergang mit im Auge haben.

## **Neues Angebot: Stationäre Behandlung**

Während des **stationären Aufenthaltes** steht bei den Klientinnen die Stabilisierungsphase und Traumaverarbeitungsphase (sog. Traumakonfrontation) in Form von Intervallbehandlungen im Vordergrund. Das Therapieprogramm beinhaltet tiefenpsychologisch fundierte Einzel- und gruppentherapeutische Angebote mit verhaltenstherapeutischen Ansätzen, traumaspezifische Behandlungselemente wie Imaginationsübung und Co-Therapien, wie Tanz-, Bewegungs-, Physiotherapie, Entspannungstraining, Qi Gong, Achtsamkeitstraining oder Stressbewältigung. Während der stationären Behandlung steht zunächst eine ausführliche Diagnostik der posttraumatischen Belastungsstörung und vor allem auch der psychischen Komorbiditäten im Vordergrund. Die Station stellt eine unterstützende und therapeutisch stabilisierende Umgebung dar, welche den spezifischen Erfordernissen durch Vermeidung von triggernden Reizen angepasst ist.

Im Vordergrund der stationären Behandlung stehen Copingstrategien, Stabilisierungstechniken, Anleitung zum Erlernen von Selbstversorgungstechniken. Am Ende der stationären Behandlung wird gemeinsam mit den Klientinnen die weitere Behandlung geplant, die entweder als Intervallbehandlung stationär, in der Tagesklinik oder als ambulante Weiterbetreuung erfolgen kann.

Die Arbeit mit komplex traumatisierten Frauen bedeutet, einen Raum zu schaffen, der Sicherheit und Geborgenheit bietet – dies umfasst auch eine genderspezifische Ausrichtung der Station und ein Frauenfachteam. Viele der Patientinnen haben Kinder, so dass über die bisher schon umgesetzte Kooperation mit unterstützenden Maßnahmen vom Jugendamt, Familienpflege usw. eine altersgestufte und mädchen- bzw. jungenspezifische Hilfs- und Unterstützungsmöglichkeit im Einzelfall realisiert werden soll. Dies umfasst bei Aufnahme von Frauen mit Kindern beispielsweise auch eine Kooperation mit regionalen Kitas, Schulen oder Freizeiteinrichtungen.

Eine gezielte (sozial-)pädagogische und bei Bedarf psychotherapeutische Versorgung und Betreuung der Kinder würde in vielen Fällen die Schwelle zur Inanspruchnahme der Leistung durch die betroffenen Frauen senken und trägt damit vor allem zur nachhaltigen Bewältigung der familiären Situation und damit zur Prävention der nächsten Generation bei.

## **Neues Angebot: Traumaforum Berlin - Kooperation, Transparenz, Zugang gewährleisten**

Die Angebote müssen für die Zielgruppen zugänglich gemacht werden. Alle involvierten Akteur/innen müssen über das Angebot informiert und in der Lage sein, betroffene Klientinnen für eine Inanspruchnahme zu motivieren. Soweit erforderlich ist eine entsprechende fachliche Qualifizierung zu gewährleisten.

Um ein integriertes Versorgungsnetzwerk im Themenfeld aufzubauen, ist die Gründung eines gemeinsamen Forums der involvierten Versorgungseinrichtungen geplant.

Zentrale Ziele dieses Traumaforums sind:

- Auf- und Ausbau der Zusammenarbeit zwischen allen an der Versorgung (komplex-)traumatisierter Frauen und ihrer Kinder beteiligten Einrichtungen.  
Dazu gehören: Beratungs- und Schutzeinrichtungen der Antigewaltarbeit, des psychiatrischen Hilfesystems, der Behindertenhilfe, der Migrations- und Flüchtlingsdienste, Suchthilfe, Wohnungslosenhilfe, Jugend- und Kinderhilfe, der Nachbarschaftsarbeit und der Familienberatung, Einrichtungen der Gesundheitsversorgung, darunter vor allem ambulante (Trauma-)therapeutische



Praxen, Sozialmedizinische und Sozialpsychiatrische Dienste, niedergelassene Arztpraxen (v.a. Allgemeinmedizin, Gynäkologie, Psychiatrie/Neurologie), Kliniken (Psychiatrie, Psychosomatik, Gynäkologie u.a.), Traumaambulanzen, Rehabilitations- und Kureinrichtungen für Mütter und ihre Kinder sowie Frauengesundheitsprojekte, Kinder- und Jugendhilfe und deren Einrichtungen und die bezirklichen Kinder- und Jugendgesundheitsdienste, Jobcenter, Sozialämter und fallbezogen weitere komplementäre Einrichtungen/Angebote.

- Transparenz über Versorgungsangebote herstellen, Verständnis vertiefen für den Versorgungsbedarf traumatisierter Frauen und ihrer Kinder
- Fachliche Weiterentwicklung
- Identifizieren von Versorgungslücken, Aufzeigen von Handlungsbedarf
- Fachliche Unterstützung/Austausch für Fachkräfte, die mit traumatisierten Frauen (und ihren Kindern) arbeiten,
- Vermittlung von Informationen für Hilfe suchende Betroffene (Informationsportal)

Das Traumaforum Berlin soll ein kontinuierlich arbeitendes „Kerngremium“ für den Fachaus-tausch sowie ein offenes „Austauschtreffen“ für alle im Themenfeld Tätigen umfassen. Anvisiert wird darüber hinaus die Entwicklung eines Online-Informationsangebot für Betroffene und Fachkräfte (Verlinkung zu bestehenden Datenbanken, Veröffentlichung von Angeboten etc.).

Das Traumaforum soll bei einem freien Träger angebunden werden. Es bedarf der finanziellen Förderung (2 Stellen und Sachmittel).

Zu gewährleisten sind mindestens folgende Tätigkeiten:

- Fachlicher und organisatorischer Aufbau des Forums und ggf. Gremien
- Kontinuierliche Organisation und Begleitung des Forums und ggf. Gremien
- Entwicklung und Pflege von Informationsangeboten (online)
- Konzeptionierung und Durchführung von Fach- und Informationsveranstaltungen / Öffentlichkeitsarbeit
- Konzeptionierung von Fortbildungsmaßnahmen
- fachliche Weiterentwicklung

### **Weitere Bereiche, die im Rahmen der Vernetzungsarbeit einzubeziehen sind:**

#### Ambulante Traumatherapie

Im Rahmen des integrativen Versorgungsangebots ist eine bedarfsgerechte ambulante Versorgung zu gewährleisten mit zeitnahe Zugang und für die traumatherapeutische Behandlung der Zielgruppe qualifizierten Fachkräften. Dafür ist ein Pool von Traumatherapeutinnen zu bilden, die Kontingente für betroffene Frauen und ihre Kinder bereithalten.

#### Antigewaltarbeit und komplementäre Versorgung/Betreuung im Wohnbereich

Je nach Lebenslage und -situation der Betroffenen sind unterschiedliche und z.T. mehrere Stellen und Einrichtungen in den Hilfeprozess involviert, aber nicht unbedingt über Gewalterfahrungen als Ursache bzw. Kontext vorliegender Probleme informiert. Im Rahmen des neuen Angebots sollen alle relevanten Einrichtungen/Stellen in den Hilfeprozess involviert und eine abgestimmte Unterstützung gewährleistet sein.

### Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe

In der Kindheit selbst- oder miterlebte Gewalt gilt als ein zentrales Risiko im Erwachsenenalter erneut sexuelle, körperliche und psychische Gewalt zu erleben oder Gewalt auszuüben. Um diesen Kreislauf zu durchbrechen sollen Kinder und Jugendliche, deren Mütter das Angebot nutzen, eigenständige und gezielte (trauma-)pädagogische und (trauma-)therapeutische Hilfe erhalten. Zu gewährleisten sind darüber hinaus begleitende alltagspädagogische Hilfen. Entsprechend qualifizierte Leistungsanbieter sollen konzeptionell integriert und in den Hilfeprozess eingebunden werden.

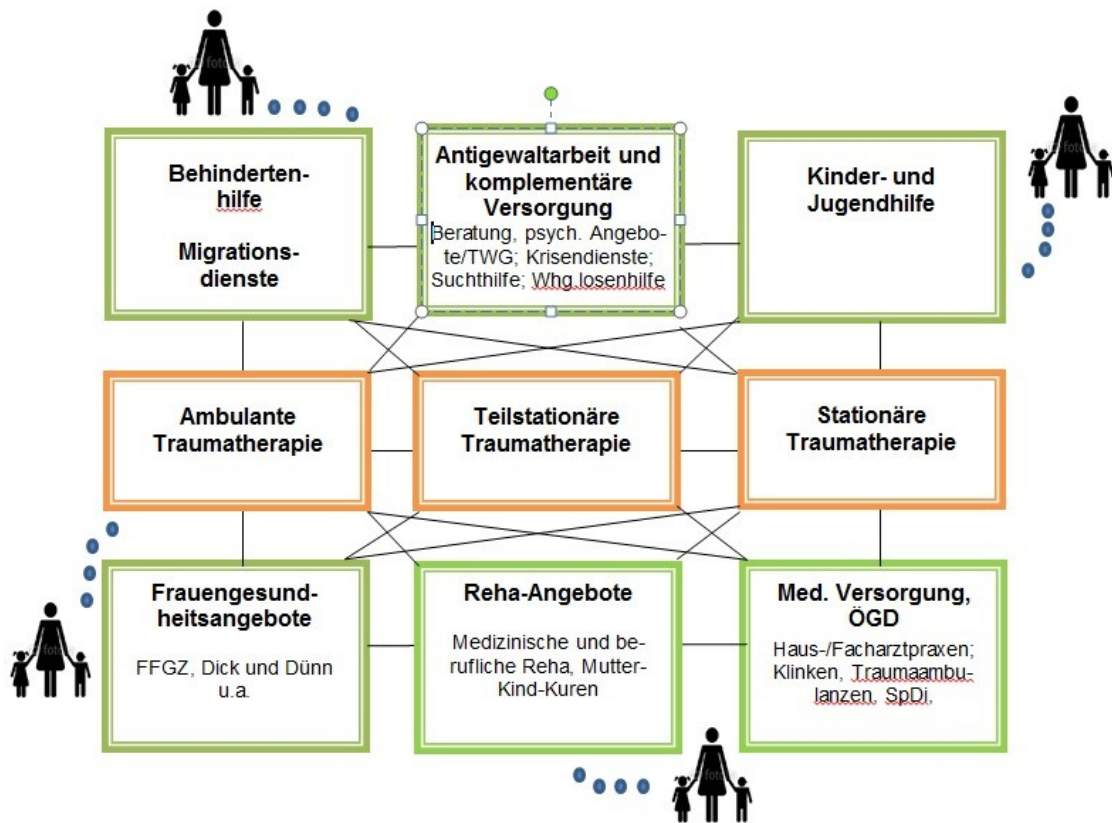
### Migrationsarbeit und Behindertenhilfe

Das neue Angebot soll vorliegende Erkenntnisse zum Versorgungsbedarf traumatisierter Frauen mit Migrationshintergrund und Frauen mit Behinderungen und/oder chronischen Erkrankungen aufgreifen und umsetzen. Beide Zielgruppen sind überproportional von Gewalt betroffen. Für beide Gruppen bestehen derzeit massive Versorgungsdefizite und Zugangsbarrieren. Die Umsetzung erfordert u.a. die Einbindung qualifizierte Leistungsanbieter aus den Bereichen der Behindertenhilfe und der Migrationsarbeit.

### Medizinische Versorgung und Rehabilitation

Gewaltbetroffene Frauen nutzen aufgrund der vielfältigen Folgen in hohem Maße das medizinische System und die Rehabilitation. Bisher sind diese Bereiche zu wenig sensibilisiert und geschult. Im Rahmen des Traumaforums können diese Defizite abgebaut werden und neue Kooperationen entstehen, die Frauen und ihren Kindern die Zugangswege erleichtern und ihre medizinische Versorgung verbessern.

Das folgende Schaubild zeigt in vereinfachter Weise die zu involvierenden Bereiche und die angestrebten Verbindungen zwischen ihnen. Traumatisierte Frauen (und ihre Kinder) sollen von jeder Stelle im Hilfenetz, an der sie „angedockt“ haben, Zugang zu den spezialisierten traumatherapeutischen Angeboten erhalten. Das Einverständnis der Klientin vorausgesetzt bleiben die fallbezogen involvierten Einrichtungen in den Hilfeprozess eingebunden.



## **Schlussfolgerungen**

Die hohe Anzahl betroffener Personen - insbesondere Frauen - legt nahe, dass die erforderlichen spezialisierten Behandlungs- und Versorgungsleistungen in jeder psychiatrischen / psychosomatischen klinischen Behandlungseinrichtung vorgehalten werden müssten. Mit Verweis auf die bestehende hohe Auslastung in den Fachabteilungen und Kliniken ist ein entsprechender Aufbau in absehbarer Zeit jedoch nicht realistisch.

Auch bestehen bislang keine Erfahrungen mit der integrativen Zusammenarbeit mit Einbindung der Leistungsanbieter, die nicht nach SGB V finanziert werden. Diese verbindlich zu gestaltende Zusammenarbeit ist jedoch ein Kernelement zur Genesung komplex traumatisierter Frauen. Um die erforderlichen Erfahrungen zu sammeln und um ggf. Fehlanreize in der Fläche zu vermeiden, sollte nach Ansicht der Projektentwicklerinnen die Lösung modellhaft mit 2 bis 3 Kliniken erprobt werden. Die Projektdauer sollte in Abstimmung mit den Kostenträgern 4 bis 6 Jahre betragen. Eine Evaluation erscheint dabei unerlässlich. Eine Implementierung in die Fläche (Abteilungen Psychiatrie/Psychosomatik) bedarf eines entsprechend positiven Ergebnisses der Evaluation.

## **Anhang: Fallbeispiel**

*Frau A., 39 Jahre, verheiratet, getrennt lebend, erwerbslos, zwei Kinder (6 und 10 Jahre). Frau A. ist Klientin einer auf sexuelle Gewalt spezialisierten Krisen- und Beratungseinrichtung.*

Frau A. hat in ihrer Biographie wiederholt und über längere Zeiträume massive Traumata erlebt. In ihrer Kindheit wurde sie über mehrere Jahre hinweg durch einen Familienangehörigen sexuell missbraucht. Psychische und körperliche Misshandlungen gingen eng damit einher. Eine therapeutische Aufarbeitung erfolgte bislang nicht. Ihre Ehe beschreibt Frau A. als schwierig, konfliktreich und durch wiederholte psychische und körperliche Grenzverletzungen geprägt. Vor etwa 2 Monaten wurde Frau A. von ihrem Partner vergewaltigt. Daraufhin erfolgte die Trennung aus der Beziehung. Eine polizeiliche Anzeige hat Frau A. bisher nicht gestellt. Sorge- und umgangsrechtliche Fragen sind noch ungeklärt - der Vater dringt auf Kontakt.

Frau A. leidet unter einer komplexen posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS). Sie zeigt starke Dissoziationen, Flashbacks, Vermeidungsverhalten, hohe Anspannung, Depressionen, Ängste, hohes Misstrauen und Selbstverletzungen. Frau A. hat darüber hinaus häufige und starke, medizinisch unerklärte Unterleibsschmerzen. Aufgrund ihrer psychischen und körperlichen Gesundheitssituation ist Frau A. nicht arbeitsfähig – die Familie ist verschuldet. Aktuell befindet sich Frau A. in einem hochbelasteten, krisenhaften Zustand. Die Beratungseinrichtung bietet eine kurzzeitige psychotherapeutische Krisenintervention mit dem Ziel einer ersten Stabilisierung sowie psychosoziale Beratung zur Klärung der aktuellen Situation und des Hilfebedarfs.

Der Unterstützungsbedarf von Frau A. geht deutlich über das Angebot der Krisen- und Beratungsstelle hinaus. Die erlittenen Traumata sind zu umfassend und zu schwer, um sie alleine in einem ambulanten traumatherapeutischen Setting zu bearbeiten (Stabilisierung, Konfrontation, Integration). Die Komplexität der Traumatisierung, die chronifizierten psychischen und gesundheitlichen Folgen sowie die mangelnde Stabilität der Lebenssituation erfordern eine abgestimmte, miteinander vernetzte Versorgung ambulanter, teilstationärer und stationärer traumatherapeutischer Angebote, verknüpft mit einer alltagsbezogenen psychosozialen Beratung und Begleitung. Der Aufbau von Vertrauen in das Versorgungs- und Unterstützungsnetz und die Gewährleistung von Beziehungskontinuität sind dabei von elementarer Bedeutung.

Einzubeziehen sind darüber hinaus eigenständige Unterstützungsangebote für die Kinder. Beide leiden unter Schuldgefühlen, Ängsten und zeigen soziale und schulische Probleme. Eine traumapädagogische und/oder –therapeutische Unterstützung zur Bewältigung der Situation ist für beide Kinder angeraten. Frau A. hat massive Ängste vor einem möglichen Verlust der Kinder und vor einer Trennung. Die Mitaufnahme und eigenständige Unterstützung der Kinder sollte bei einem stationären Aufenthalt gewährleistet werden um weitere Krisen und ggf. einen Behandlungsabbruch zu vermeiden.

Die folgende Tabelle zeigt erforderliche Unterstützungsangebote und ihre Dringlichkeit (Spalten 1 und 2) sowie Situation und Problematiken in der Versorgung und im Hinblick auf Schnittstellen (Spalten 3 und 4).

<b>Erforderliche Unterstützung</b>	<b>Dringlichkeit</b>	<b>Aktuelle Versorgungssituation - Problematiken</b>	<b>Schnittstellen - Problematiken</b>
Frauenspezifisches, stationäres / teilstationäres traumatherapeutisches Angebot zur längerfristigen Stabilisierung und Integration der erlittenen Traumata. Mitaufnahme und parallele Versorgung und Unterstützung der Kinder	unabdingbar	Aktuell lediglich Stabilisierung in der allgemeinen, gemischtgeschlechtlichen psychiatrischen Versorgung. Kinder i.d.R. fremduntergebracht und ohne begleitende Hilfen.	Mangelnde Zusammenarbeit/Abstimmung der Kostenträger: Krankenkassen : Jugendämter. Mangelnde Kooperation mit ambulanten traumatherapeutischen Angeboten und den in den Hilfeprozess involvierten Stellen/ Angeboten
Bedarfsgerechtes traumapädagogisch oder – therapeutisch fundiertes Hilfeangebot für beide Kinder, mindestens psychosoziale Unterstützung zur Bewältigung der Situation und der Erfahrungen	unabdingbar	Lange Wartezeit für Zugang zu entsprechenden Angeboten aufgrund fehlender Kapazitäten, fehlende/ungeklärte Finanzierung	(s. Zeile 1.); Zusammenarbeit zwischen stationären/teilstationären Angeboten und spezialisierten Angeboten der Kinder- und Jugendhilfe unzureichend verankert;
Im Anschluss ambulante traumatherapeutisch spezialisierte Psychotherapeutin für die Frau, die über Wissen zum Thema sex. Gewalt verfügt und eng mit stationären/teilstationären Versorgungsangebot kooperiert.	unabdingbar	Lange Wartezeiten für den Zugang zu spezialisierten Psychotherapeutinnen; unzureichende Kapazitäten. In nicht spezialisierten Therapien bleiben Gewalterfahrungen oft unthematisiert; Ggf. fehlende Stabilität für ambulante Therapie	Mangelnde Kooperation mit Psychotherapeutenkammer ; defizitäre Situation ggf. nicht ausreichend bekannt/beachtet
Bedarfsorientierte ergänzende familientherapeutische Beratung / Begleitung	wünschenswert	Wartezeiten, fehlende/ungeklärte Finanzierung	Zusammenarbeit/Kooperation zu den übrigen in den Hilfeprozess involvierten Stellen und Angeboten unzureichend verankert
Familien- und/oder Einzelfallhilfe mit fachlicher Qualifizierung für die Unterstützung traumatisierter Familien	erforderlich	mangelnde Qualifizierung und fachgerechte Vermittlung von Familien- und/EinzelfallhelferInnen, Misstrauen der Betroffenen gegenüber Behörden/Ämtern und Angst vor Inobhutnahme d. Kinder	(s. vorherige Zeile)
Klärung der finanziellen Situation, Entschuldung	erforderlich	Hilfeangebote werden oft zu spät in Anspruch genommen, zu wenig bekannt, nicht systematisch eingebunden	Vernetzung mit sozialen Diensten – bisher nur über Sozialarbeiter/-in im klinischen Setting und unzureichend verankert
Rechtliche Beratung/ggf. Rechtsbeistand (Sorge/Umgangsrecht; Strafrechtliche Fragen)	erforderlich		
Koordinierende und begleitende Unterstützung durch eine Fachkraft, die eine integrierte, vernetzte Versorgung gewährleistet, für Informationsfluss sorgt und daran mitwirkt, bestehenden Ängste auf Seiten der Frau abzubauen.	erforderlich	Case-Management im Sinne einer am Bedarf der Patientin orientierten Behandlungs- und Unterstützungskontinuität über die Grenzen der Hilfesysteme hinweg trotz bestehender Empfehlung kaum vorhanden (s. S3-Leitlinie 038-020 /psychosoz. Therapie schwer psychisch Erkrankter). Keine Finanzierung vergleichbar Soziotherapie	