

# 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 Alexianer 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 regional 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 Traumanetz 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 durchein 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>, DeGPT 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.

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

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

---

<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)

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. (...)

Eingeschlossen werden hier auch Kooperationen mit psychiatrischen sowie kinder- und jugendpsychiatrischen Behandlungsangeboten. Kooperationen zwischen den Kliniken sollten gefördert werden.

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

## **1. Zielgruppe**

### **1.1. Frauen mit komplexen Traumafolgestörungen**

Das Angebot richtet sich an Frauen, die anhaltend, mehrfach oder wiederholt Gewalt erlebt haben und unter komplexen Traumafolgen leiden (komplexe PTBS<sup>1</sup>). Zu den Gewalterfahrungen gehören insbesondere sexualisierte, psychische und/oder physische Gewalt in der Kindheit, sexualisierte Gewalt und Ausbeutung im Erwachsenenalter, Gewalt in der Partnerschaft und Menschenhandel. Besondere Berücksichtigung sollen Frauen mit Behinderungen und Beeinträchtigungen, Frauen mit Migrationshintergrund und Frauen mit Kindern finden.

Die posttraumatische Belastungsstörung, oft in komplexer Form, umfasst: Das Wiedererleben traumatisierender Erlebnisse (so als würden sie gerade in diesem Moment geschehen), Intrusionen, Flashbacks, Albträume, 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 post-traumatischer Belastungsstörung erwähnt. Die manifeste (chronische) posttraumatische Belastungsstörung verschlechtert die Prognose anderer somatischer und psychischer Erkrankungen.<sup>2</sup>

### **1.2 Mitbetroffene Kinder**

Wir gehen davon aus, dass ein Teil der Zielgruppe ein oder mehrere Kinder hat. Im Rahmen des Modellprojekts soll ein möglicher Hilfe- und Unterstützungsbedarf auf Seiten der Kinder sowie in der Mutter-Kind-Beziehung systematisch mitgeklärt werden. Dabei wird auch die Expertise von Kliniken für Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie in Diagnostik und Therapie eingebunden werden.

Bei Bedarf sollen Kinder gemeinsam mit der Mutter stationär aufgenommen und alters- und situationsadäquat unterstützt und versorgt werden. Ziel ist es, Kinder bei der Bewältigung bestehender Belastungen/Beschwerden, die im Kontext der mit- oder selbsterlebten Gewalt sowie der familiären bzw. mütterlichen Situation stehen, zu unterstützen sowie Risiken für ihre Gesundheit und Entwicklung zu reduzieren. Forschung und Praxis zeigen, dass Kinder, die Gewalt in ihren Familien miterleben ein deutlich erhöhtes Risiko tragen selbst Opfer von Gewalt zu sein, dass sie hohe Belastungen erfahren und dass das Risiko einer transgenerationalen Weitergabe besteht.

Die Folgen für Gesundheit und Entwicklung der Kinder sind vielfältig. Als häufige Symptome und Beschwerden werden beschrieben: Unruhe, Aggressivität und/oder Niedergeschlagenheit, Scham- und Schuldgefühle, geringes Selbstwertgefühl und Isolation. Eingeschränkte Lern- und Konzentrationsfähigkeit, mangelnder Schulerfolg/Schulabbruch, geringe Problemlösekompetenzen. (Hoch)unsichere Bindung/Bindungsstörungen, posttraumatische Belastungsstörung, depressive Symptome, suizidale Gedanken oder erfolgte Suizidversuche, psychosomatische Beschwerden wie Asthma oder Schlaf- und Essstörungen. Eine gut vernetzte und aufeinander abgestimmte integrative Unterstützung und ggf. Behandlung ist – wie in der Versorgung der Frauen – auch im Hin-

---

<sup>1</sup> Vgl. Reddemann, Wöller, Komplexe Posttraumatische Belastungsstörung, Verlag Hogrefe, Göttingen 2017

<sup>2</sup> vgl. Frommberger, Angerendt, Berger; Posttraumatische Belastungsstörung - eine diagnostische und therapeutische Herausforderung; in Deutsches Ärzteblatt, Jg. 111, Heft 5, Jan. 2015

blick auf die Mädchen und Jungen erforderlich (Kindler 2013<sup>3</sup>, Fegert et al. 2013<sup>4</sup>; Martin 2002). Im Rahmen des Modellprojekts sollen verbindliche Kooperationen mit dem Versorgungs- und Hilfenetz, darunter auch zwischen Psychiatrie und Kinder- und Jugendpsychiatrie etabliert werden.

## 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. Für die Versorgung psychisch erkrankter gewaltbetroffener Frauen in den Berliner Zufluchtseinrichtungen wurde dieser Bedarf 2014/2015 erneut bestätigt (Kavemann/Hertlein, 2014, 2015)<sup>6</sup>.

Der 2004 von den psychiatrischen Kliniken (Basis 8 Kliniken) angegebene Anteil gewaltbetroffener Frauen lag zwischen 10 und 25 % der Patientinnen.<sup>7</sup>

Von den Berliner Zufluchtseinrichtungen wird der Anteil psychisch erkrankter oder hoch belasteter Frauen unter den jährlich etwa 1.200 aufgenommenen Frauen mit bis zu 50% angegeben (vgl. Kavemann 2014). Einen Migrationshintergrund haben dabei durchschnittlich mehr als 50% der Nutzerinnen. Als Schutzeinrichtungen können Frauenhäuser und Zufluchtwohnungen für psychisch erkrankte gewaltbetroffene Frauen nur eine Brückenfunktion wahrnehmen, eine adäquate Versorgung und Unterstützung ist überwiegend nicht möglich (Kavemann 2015). Auch frauenspezifische Fachberatungsstellen, Einrichtungen der Wohnungslosen- und der Suchthilfe sowie Krisendienste beraten oder betreuen komplex traumatisierte bzw. psychisch hoch belastete Frauen. Eine adäquate Versorgung dieser Problematik kann durch die Einrichtungen nicht gewährleistet werden.

Das medizinische Versorgungssystem wird von vielen Betroffenen genutzt. Komplexe Traumafolgebeschwerden infolge von Gewalterfahrungen werden dort jedoch oft nicht erkannt und es besteht die Gefahr einer Fehl- oder Mangelversorgung (Reddemann et al 2014). Spezialisierte Versorgungsangebote wie psychiatrische Traumaambulanzen oder Zentren für Folteropfer sind konzeptionell oder aufgrund der Finanzierung für komplex traumatisierte gewaltbetroffene Frauen und ihre Kinder überwiegend nicht geeignet.

**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 Bedingungen, die allgemeinspsychiatrische Behandlungsangebote, aber in der Regel keine traumatherapeu-

<sup>3</sup> Kindler, „Partnergewalt und Beeinträchtigung kindlicher Entwicklung: Ein aktualisierter Forschungsüberblick“, in: Kavemann, Kreysig (Hg): Handbuch Kinder und häusliche Gewalt. Springer VS 2013, 3. Auflage

<sup>4</sup> Fegert, Ziegenhain, Goldbeck, (Hg), Traumatisierte Kinder, Beltz-Verlag Weinheim Basel 2013

<sup>5</sup> Verbesserung der Angebote für gewaltbetroffene Frauen in der psychiatrischen Versorgung in Berlin, 2000. <http://www.berlin.de/lb/psychiatrie/ueber-uns/veroeffentlichungen/fachveroeffentlichungen/>

<sup>6</sup> Kavemann/Hertlein (2015), Endbericht der Folgestudie: Die Weiterentwicklung des Berliner Unterstützungssystems bei häuslicher Gewalt gegen Frauen, Sozialwissenschaftliches Frauenforschungsinstitut Freiburg Vorlage zur Kenntnisnahme des Senats von Berlin über Weiterentwicklung des Hilfesystems bei häuslicher Gewalt in Berlin. Drucksache 17/2579, 20.11.2015, <https://www.parlament-berlin.de/ad0s/17/IIIPlen/vorgang/d17-2579.pdf>

<sup>7</sup> Ebenda

tischen 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 Patienten/innen gegen deren Willen wegen Eigen- und / oder Fremdgefährdung und gleichzeitig bestehendem Entlassungswunsch, Gabe von Medikation gegen den Willen der Klienten/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, wiez.B. dissoziative Symptome, vermehrtes Auftreten von Flashbacks und Intrusionen, Übererregbarkeit, Albträume, 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. Eine Mitaufnahme und Behandlung eines oder mehrerer Kinder der Frauen ist bisher so gut wie nicht vorgesehen und unter den gegebenen Rahmenbedingungen auch nicht leistbar. Eine solche Mitaufnahme muss von entsprechenden Therapie- und Unterstützungsangeboten mit Expertise auf dem Gebiet von psychischen Störungen und Belastungsreaktionen von Kindern und Jugendlichen begleitet werden.

Situation in der ambulanten Versorgung: Von den ambulant praktizierenden 520 Fachärzten/innen für Psychiatrie und Psychotherapie und psychosomatische Medizin (Berliner Ärztekammer, Stand 31.12.2015) und den 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. 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>8</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 sexualisierte - 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 angenom-

---

<sup>8</sup> Schröttle et al, Gewalt gegen Frauen in Paarbeziehungen, 11/2008

men werden: Etwa 376.000 Berlinerinnen haben nach ihrem 16. Lebensjahr mindestens einmal körperliche oder sexualisierte Gewalt, gut 286.000 psychische Gewalt durch einen Partner erlebt. In ca. 139.000 Fällen handelt es sich um tendenziell schwere, in 101.000 Fällen um sehr schwere bis lebensbedrohliche körperliche Gewalttaten. Etwa 60.000 Frauen erleben ein komplexes Muster schwerer körperlicher, sexualisierter 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>9</sup>.

#### 4. Zielstellung

Das Konzept greift die Empfehlungen der deutschsprachigen Gesellschaft für Psychotraumatologie (2013) sowie Empfehlungen der WHO-Leitlinien<sup>10</sup> (Nr. 2.2) auf und richtet sich an Frauen, die aufgrund körperlicher, psychischer und/oder sexualisierter Gewalterfahrungen (komplex) traumatisiert sind und eine Stabilisierung, gegebenenfalls Bewältigung und Integration der Traumata benötigen.

Ziel des Modellvorhabens ist, dass Frauen, die aufgrund häuslicher und/oder sexualisierter 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) unter Einbezug mitbetroffener Kinder.
2. Vernetzung der bestehenden Hilfesysteme, um ein Zusammenwirken aller am Hilfeprozess Beteiligten zu erreichen (Traumanetz Berlin).

**Zu 1.** Aufgrund der Erkenntnis, dass einzelne Phasen der Stabilisierung und Traumaverarbeitung in einem geschützten (klinischen) Rahmen stattfinden müssen, ist die Einrichtung regionaler 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>11</sup> Die höchste Therapieeffizienz bieten nach dem derzeitigen Stand des Wissens vor allem Verfahren, die eine Durcharbeitung von Traumaerinnerungen beinhalten.<sup>12</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

<sup>9</sup> European Union Agency for Fundamental Rights (2014), „Gewalt gegen Frauen: eine EU-weite Erhebung. Ergebnisse auf einen Blick

<sup>10</sup> Umgang mit Gewalt in Partnerschaften und mit sexueller Gewalt gegen Frauen. Leitlinien der WHO für Gesundheitsversorgung und Gesundheitspolitik, WHO, 2013

<sup>11</sup> Kirkpatrick et al., IntJPsychMed. 2014;47(4):337-46.

<sup>12</sup> Le et al., JClinPsychiatry, 2014 Mar; 75(3):222-30

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, Schutz- und Wohneinrichtungen sowie ambulanten therapeutischen Angeboten. Dies beinhaltet auch die spezifische Behandlung der Kinder und Jugendlichen in Kooperation mit Fachärztinnen und -ärzten für Kinder- und Jugendpsychiatrie und/oder den zuständigen Kliniken. Von Bedeutung sind diese auch im Hinblick auf die Koordination der komplexen Hilfebedarfe im Bereich des SGB V und SGV VIII sowie der Beschulung der Kinder.

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 unterschiedlichen Hilfesystemen zugeordnet (siehe Schaubild, Seite 13). Erforderlich sind daher eine fachliche Verständigung über die jeweiligen Sichtweisen, Aufgabenstellungen und Strukturen sowie ein kontinuierlicher Austausch über vorliegende Erkenntnisse, Erfahrungen und Studien. Ebenfalls gilt es Versorgungspfade zu entwickeln bzw. zu verbessern. Diese Ziele sollen im Rahmen des Traumanetz 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 Traumanetz gewährleistet. Alle Bereiche werden verbindlich miteinander kooperieren und bei Bedarf eine Intervallnutzung der klinischen Versorgung ermöglichen.

Bei Patientinnen, die unter einer psychischen Traumafolgestörung oder einer komorbiden psychiatrischen Störung leiden, die von Chronizität bedroht ist oder wo bereits Chronizität eingetreten ist, sucht die Klinik insbesondere im Hinblick auf die soziale Wiedereingliederung der Patientinnen Kontakt mit der bezirksbezogenen Psychiatriekoordination und dem bezirksbezogenen Sozialpsychiatrischen Dienst auf. Kinder- und jugendpsychiatrische Expertise - z.B. über den KJPD – wird eingebunden, bei kleinen Kindern auch Netzwerke im Rahmen der Frühen Hilfen.

Insbesondere geeignete Wohnformen sollen dort im Rahmen der regionalen Hilfeplankonferenzen, Steuerungsgremien und Helferkonferenzen erörtert werden. Dabei hat die Einbeziehung und das Selbstbestimmungsrecht der Patientin und die Notwendigkeit, einen Ort zu finden, an dem die Patientin vor evtl. Übergriffen sicher ist, absoluten Vorrang. Die Klinik nimmt mit den jeweils bezirklich zuständigen Stellen Kontakt auf.

Gerade in diesen Fällen liegt die Notwendigkeit einer komplex-psychiatrischen Behandlung mit einer engen Vernetzung der beteiligten Kooperationspartner vor.

Hier wird auf bestehende bezirkliche Strukturen zurückgegriffen. Unabgestimmte Interventionen auf verschiedenen Ebenen sollen vermieden werden. Beziehungsabbrüchen wird aktiv entgegen gewirkt; bei Behandlungsabbrüchen wird eine aufsuchende Behandlung erwogen. Falls Beeinträchtigungen von Alltagsfertigkeiten vorliegen, wird ein Training sozialer Fertigkeiten in das komplexe Angebot integriert.



## **Zeitlicher Behandlungsrahmen**

Betroffene Frauen und vermittelnde Stellen können sich telefonisch auf der Station bzw. in der Tagesklinik melden, dann wird zeitnah ein Vorgesprächstermin vereinbart. In diesem Gespräch sollte geklärt werden, ob die Behandlungsangebote zum gegenwärtigen Zeitpunkt eine angemessene Hilfe sein könnten und ob sich die Frauen vorstellen können, das Behandlungsangebot anzunehmen.

Im Falle einer Aufnahme überprüfen Klientinnen und Therapeutinnen in der Regel im Rahmen der zweiwöchigen Diagnostikphase, ob die Therapieangebote unterstützen können. Während des Aufenthalts wird auch geklärt, ob die Trauma-spezifische Behandlung sich zunächst auf die Stabilisierungsangebote begrenzen sollte oder die Frau eine Traumaexpositionsbildung erhalten sollte. Hierzu zählen z.B. die Technik der EMDR, Bildschirmtechnik oder / und das Durcharbeiten der traumatischen Erfahrungen im Gespräch.

In den Fällen der Konfrontationstechniken sind bei komplex traumatisierten Menschen erfahrungsgemäß 20 bis 25 Expositionen erforderlich. 4 bis 5 Intervallbehandlungen sollten kalkuliert werden, wobei jede Behandlung eine Therapiezeit von 6 Wochen beinhalten kann. Je Intervallbehandlung können 4 bis 5 Expositionsbildungen durchgeführt werden, meist eine pro Woche. Danach könnten die Klientinnen etwa 6 Wochen unter ambulanten Bedingungen verbleiben. Im Verlauf können die Intervalle der Wiederaufnahmen verlängert werden. Die Entscheidung über Behandlungsdauer und die Vereinbarung von Intervallbehandlungen wird nach Indikation entschieden.

## **Quantifizierung der Ressourcen**

Geplant sind 15 Therapieplätze pro Region für das beschriebene Klientel, davon 10 Plätze vollstationär und 5 Plätze teilstationär. Langfristig geplant sind insgesamt 4 Regionen in Berlin.

Bei 15 Therapieplätzen muss die personelle Situation entsprechend mit weiblichen Mitarbeiterinnen ausgestattet sein, die auch über interkulturelle Kompetenz verfügen.

Die Pflegekräfte sind im Dreischichtsystem tätig. 2 ärztliche Stellen, anteilig oberärztliche Tätigkeit und eine psychologische Stelle sowie eine Sozialarbeiterinnen-Stelle wären als Akademikerinnenstellen notwendig. Darüber hinaus soll auch qualifiziertes, nicht akademisches Personal eingesetzt werden. Für die Zeiten von Konfrontationsbehandlungen ist sicher zu stellen, dass die Frauen eine 1:1 Betreuung durch eine Krankenschwester erhalten.

Nur unter diesen Bedingungen kann eine verantwortliche Expositionsbildung erfolgen.

## **Neues Angebot: Tagesklinische Behandlung**

Die Traumaspezifischen Angebote betreffen die Stabilisierungsphase, die Traumaexpositionstechniken und das Einbeziehen der Trauerphase und der Neuorientierung. Je nach Schweregrad der Erkrankung, der belastenden und stabilisierenden Faktoren im Leben der Betroffenen kann gemeinsam vereinbart werden, welche Therapieinhalte zum gegenwärtigen Zeitpunkt am ehesten indiziert sind.

Die tagesklinische Behandlung bietet den Klientinnen zudem die Möglichkeit des Bearbeitens 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 von komplexer Traumatisierungen vorkommen können, werden gemeinsam analysiert. Tragfähigere Alternativen können im direkten häuslichen Umfeld erprobt werden. Dies ist besonders in Hinblick auf das eigene Erziehungsverhalten mit dem Risiko einer sekundären Traumati-

sierung eigener Kinder – von großer präventiver Bedeutung. Darüber hinaus ist die Schwelle, eine teilstationäre Behandlung in Anspruch nehmen zu wollen, meist geringer als sich in eine vollstationäre Behandlung zu begeben.

Die Behandlung umfasst tiefenpsychologisch fundierte einzel- und gruppentherapeutische Angebote mit verhaltenstherapeutischen Ansätzen und Angebote, wie Psychoedukation, Imaginationsübungen, körperorientierte Therapien; Teile des Skilltrainings werden supportiv angeboten. Parallel dazu nach Indikationsstellung die Traumaexpositionsverfahren wie EMDR, Bildschirmtechnik und verbales Durcharbeiten der traumatischen Inhalte. Ergänzt werden die Therapieangebote durch nonverbale Therapien, z.B. Ergotherapie, Sport- und Bewegungsangebote, aber auch soziotherapeutische Maßnahmen.

Der 3-Säulen-Behandlung (medizinische Behandlung, therapeutische Angebote und sozialarbeiterische Hilfen) soll hiermit Rechnung getragen werden. Während der tagesklinischen Behandlung muss eine Kinderbetreuung stets gewährleistet werden.

Bei Einbezug der Kinder von betroffenen Frauen wären Konsil- bzw. Liaisondienste unabdingbar, sofern die Klinik keine eigene kinder- und jugendpsychiatrische und –psychologische Fachkompetenz vorhalten sollte. Nur so kann gesichert werden, dass so früh als möglich den Kindern die möglicherweise notwendige therapeutische Unterstützung vermittelt werden kann. Die teilstationäre Therapie sollte von Beginn an den stationär-ambulanten Übergang im Blick behalten. Hier findet eine enge Kooperation mit niedergelassenen Nervenärzten/-innen, niedergelassenen psychologischen Psychotherapeuten/-innen und Fachärzten/-innen für Psychotherapeutische Medizin statt.

### **Neues Angebot: Vollstationäre Behandlung**

Im Rahmen des stationären Aufenthaltes orientieren sich die Autorinnen strukturell an den Angeboten, wie sie für die tagesklinische traumatherapeutische Behandlung beschrieben sind. Die spezifischen Therapien stehen unter der Überschrift Stabilisierung, Traumaexposition und /oder Begleitung in der Trauerphase und Neuorientierung. Psychotherapeutisch werden ebenfalls tiefenpsychologisch fundierte Aspekte mit verhaltenstherapeutischen Ansätzen je nach Indikationsstellung verbunden. Sowohl unter teil- wie unter vollstationären Bedingungen orientieren sich die Therapien an den S3 Leitlinien Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen der DGPPN. Die Arbeit mit komplex traumatisierten Frauen bedeutet, einen Raum anzubieten, der Sicherheit und Geborgenheit vermittelt – dies umfasst auch eine genderspezifische Ausrichtung der Station und ein Frauenteam.

Viele der Patientinnen haben Kinder. Hier bestehen ggf. bereits therapeutische Angebote für die Kinder und/oder Hilfen über das SGB VIII. In jedem Fall sollte eine gezielte und auf die Bedarfe der Kinder / Jugendlichen ausgerichtete Planung von Hilfen aus den Bereichen des SGB V, SGB VIII und Schule erfolgen. Zu gewährleisten sind altersgestufte sowie mädchen- bzw. jungenspezifische Versorgungs-, Behandlungs- und Unterstützungsmöglichkeiten. Dies umfasst bei Aufnahme von Frauen mit Kindern beispielsweise auch eine Kooperation mit regionalen Kindertagesstätten, Schulen oder Freizeiteinrichtungen. Eine gezielte (sozial) pädagogische und bei Bedarf psychotherapeutische Versorgung und Betreuung der Kinder könnte in vielen Fällen die Schwelle zur Inanspruchnahme der Leistung durch die betroffenen Frauen senken und trägt damit insbesondere zur nachhaltigen Bewältigung der familiären Situation und in der Folge zur Prävention der nächsten Generation bei.

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

Die Angebote müssen für die Zielgruppen niedrigschwellig 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 Netzwerks der involvierten Versorgungseinrichtungen geplant. Bereits bestehende Gremien und Vernetzungen sowie Möglichkeiten der Schnittstellenoptimierung werden dabei berücksichtigt. Zentrale Ziele des Traumanetzes sind:

- Auf- und Ausbau der Zusammenarbeit zwischen den 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, Psychosomatik, Erwachsenen- und Kinder-/Jugendpsychiatrie, Neurologie), Kliniken (Erwachsenen- sowie Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik, Gynäkologie u.a.), Traumaambulanzen, Rehabilitations- und Kureinrichtungen für Mütter und ihre Kinder sowie Frauengesundheitsprojekte, die bezirklichen Kinder- und Jugendgesundheitsdienste (KJGD; KJPD), 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 und strukturellen Problemen, 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 Traumanetz Berlin soll ein kontinuierlich arbeitendes „Kerngremium“ für den Fachaustausch sowie ein offenes „Austauschtreffen“ für alle im Themenfeld Tätigen umfassen. Anvisiert wird darüber hinaus die Entwicklung eines Online-Informationsangebots für Betroffene und Fachkräfte (Verlinkung zu bestehenden Datenbanken, Veröffentlichung von Angeboten etc.).

Das Traumanetz soll bei einem freien Träger angebunden werden. Es bedarf der finanziellen Förderung im Umfang von zwei Personalstellen und Sachmitteln. Zu gewährleisten sind mindestens folgende Tätigkeiten:

- Fachlicher und organisatorischer Aufbau des Traumanetzes und ggf. Arbeitsgremien
- Kontinuierliche Organisation und Begleitung des Traumanetzes und ggf. seiner Gremien
- Entwicklung und Pflege von Informationsangeboten (online)
- Konzeptionierung und Durchführung von Fach- und Informationsveranstaltungen / Öffentlichkeitsarbeit
- Konzeptionierung von Fortbildungsmaßnahmen
- fachliche Weiterentwicklung, auch im Bereich der interkulturellen Kompetenzen

## **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. Einzubeziehen sind ebenfalls thematisch spezialisierte Kinder- und Jugendpsychotherapeut/innen. Die Umsetzung soll in enger Kooperation mit der Psychotherapeutenkammer Berlin und der Ärztekammer Berlin erfolgen.

### 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 gewährleisten sein.

### ÖGD –Gemeindepsychiatrische Versorgungsstrukturen

Regional stehen Versorgungsstrukturen zur Verfügung, die im Einzelfall im Rahmen des fallbezogenen Steuerungsgremiums Psychiatrie oder durch Angebote des Sozialpsychiatrischen Dienstes (SpD) im Bezirk einbezogen werden sollen. Dies betrifft die Unterstützung bei der Behandlungsplanung als auch bei der Nachsorge betroffener Frauen und ihrer Kinder.

Auf struktureller Ebene können die PSAGen bei der Einbeziehung spezifischer Zielgruppen und der Verbesserung der Zusammenarbeit eine wichtige Rolle spielen.

### Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe, Kinder- und Jugendgesundheitsdienste u.a.

Im Rahmen des Angebots sollen mitbetroffene Kinder der Frauen eigenständige und gezielte Hilfen und Versorgung erhalten. Eingebunden werden sollen entsprechende Anbieter der Gesundheitsversorgung (SGB V), spezialisierte Anbieter der Kinder- und Jugendhilfe (SGB VIII), bezirkliche KJGDe, der KJPD und weitere relevante Leistungsanbieter und Kostenträger (z.B. nach SGB IX, XII).

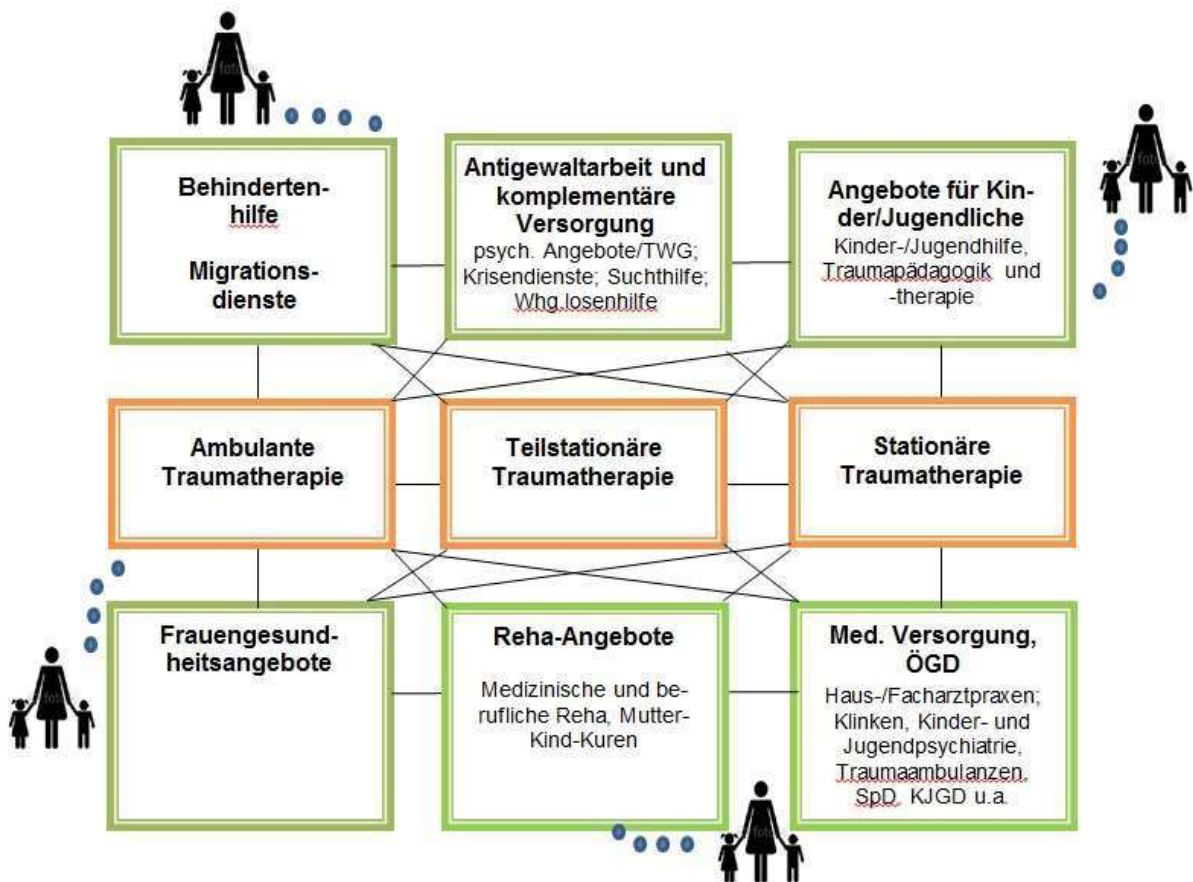
### Migrationsarbeit und Behindertenhilfe

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 qualifizierter 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 Traumanetzes 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.



## Evaluation / Begleitforschung

Das vorliegende Modellprojekt soll über den gesamten Modellzeitraum (4-6 Jahre) wissenschaftlich begleitet werden. Gewährleistet werden soll dadurch zum einen eine prozessorientierte konzeptionelle Weiterentwicklung des Projekts und seiner Bausteine. Kritische Momente sollen möglichst frühzeitig erkannt und bearbeitet werden können (formative Evaluation). Zum anderen sollen Erkenntnisse gesammelt werden für eine angestrebte Übertragung des Konzepts auf weitere Versorgungsregionen (summativ Evaluation). Bedeutsame Fragestellungen sind:

- Von wem und in welcher Weise wird das neue teil- und vollstationäre Versorgungsangebot genutzt?
- Welcher Versorgungsbedarf zeigt sich für Frauen mit komplexen Traumafolgestörungen und für ihre Kinder? Ist das Konzept sowohl geeignet, die Versorgung von Frauen zu verbessern, die unter komplexen Traumafolgebeschwerden leiden, als auch im Bedarfsfall die mitbetroffenen Kinder?
- Welche förderlichen, welche hinderlichen Faktoren zeigen sich im Hinblick auf die angestrebte Verbesserung der Versorgung für Frauen und im Hinblick auf die Einbeziehung und Mitbehandlung der Kinder?

- In welcher Weise gelingt der Aufbau verbindlicher Kooperationsstrukturen über das Trauma-Netz? Wie bzw. in welcher Weise trägt es zur Erhellung von Versorgungsbedarf, Versorgungslücken, strukturellen Erfordernissen und damit zur Verbesserung der Versorgung bei?
- Welche zeitlichen, personellen und finanziellen Ressourcen benötigt das Projekt?

### **Schlussfolgerungen**

Die hohe Anzahl betroffener Personen - insbesondere Frauen - legt nahe, dass die erforderlichen spezialisierten Behandlungs- und Versorgungsleistungen regional vorgehalten werden sollten. Ein Aufbau in jeder Fachabteilung/Klinik erscheint in absehbarer Zeit nicht realistisch.

Es liegen bislang kaum Erfahrungen mit einer integrativen Versorgung vor, in die auch Leistungsanbieter eingebunden sind, die nicht nach SGB V finanziert werden. Diese, verbindlich zu gestaltende, Zusammenarbeit ist jedoch ein Kernelement für die Genesung komplex traumatisierter Frauen und ihrer Kinder. Um die erforderlichen Erfahrungen zu sammeln und um ggf. Fehlanreize in der Fläche zu vermeiden, sollte nach Ansicht der Projektentwicklerinnen das Konzept modellhaft mit 2 bis 3 Kliniken erprobt werden. Die Projektdauer sollte in Abstimmung mit den Kostenträgern 4 bis 6 Jahre betragen. Unerlässlich ist eine Begleitforschung, die sich sowohl auf das neue stationäre und teilstationäre Behandlungsangebot, wie auf das integrative Gesamtkonzept mit Traumanetz bezieht (Details s.o.). Eine Implementierung in weiteren Regionen/Kliniken bedarf eines 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 sexualisierte 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	unabhängig	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	unabhängig	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.	unabhängig	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 /psychosoziale Therapie schwer psychisch Erkrankter). Keine Finanzierung vergleichbar Soziotherapie	