

# **Kurzkonzept**

**Berliner Modellvorhaben zur Versorgung gewaltbetroffener Frauen  
mit traumatherapeutischem Behandlungsbedarf sowie ihrer Kinder  
im Rahmen eines integrativen Netzwerkes  
(Traumanetz Berlin, S.I.G.N.A.L. e.V.)**

**Schwerpunkt Kinder und Jugendliche**

## **Autorinnen des Gesamtkonzepts**

Netzwerk Frauengesundheit Berlin,  
Arbeitsgruppe Gesundheitliche Folgen von Gewalt

Frau Schröder, Feministisches Frauengesundheitszentrum  
Frau Wieners, S.I.G.N.A.L. e.V., Integration und Frauen

Senatsverwaltung für Arbeit, Integration und Frauen  
Frau Labsch

Alexianer St. Joseph-Krankenhaus Berlin Weißensee  
Frau Dr. Hauth  
Frau Dr. Fürstenberg

Vivantes Netzwerk für Gesundheit  
Frau Dr. Munk

## **Kontakt zum Traumanetz Berlin, S.I.G.N.A.L. e.V.**

Tel: 030-46902500  
Email: [traumanetz@signal-intervention.de](mailto:traumanetz@signal-intervention.de)

## Hintergrund des Berliner Modellvorhabens

Die Analyse der Versorgungssituation gewaltbetroffener Frauen und ihrer Kinder in Berlin hat die Arbeitsgruppe „Gesundheitliche Folgen von Gewalt“, Netzwerk Frauengesundheit Berlin, veranlasst, in Zusammenarbeit mit den Leitungen der psychiatrischen Kliniken St. Joseph-Krankenhaus Weißensee und Vivantes Klinikum Neukölln ein Konzept zur gezielten Behandlung und Versorgung von schwer psychisch erkrankten und gewaltbetroffenen Frauen und ihrer Kinder zu erarbeiten.<sup>1</sup> In der Bedarfsanalyse stellen die Autorinnen v.a. folgende Probleme in der derzeitigen Versorgung fest:

- In Berlin mangelt es an frauen- und gewaltspezifischen Angeboten in der psychiatrischen Gesundheitsversorgung. Die klinisch psychiatrische Versorgung ist über die bezirkliche Versorgungsverpflichtung der einzelnen Standorte in Berlin geregelt. Wenn sich traumatisierte Frauen akut in der Klinik melden und eine ärztliche Indikation zur stationären Behandlung gestellt wird, werden sie in der Regel auf eine allgemeinspsychiatrische Station aufgenommen. In Kombination mit langen Wartezeiten in der ambulanten Versorgung besteht hierdurch u.a. die Gefahr der Retraumatisierung sowie Chronifizierung.
- Bislang werden die Bedarfe von Kindern gewaltbetroffener Frauen nicht oder wenn dann nur getrennt im Rahmen der Kinder- und Jugendpsychiatrie aufgefangen. Die Situation, Belastungen und Bedürfnisse der Kinder werden im Zusammenhang mit Behandlungs-/Versorgungsangeboten für die betroffenen Frauen damit unzureichend berücksichtigt (u.a. Gefahr der transgenerationalen Weitergabe).
- Es fehlen integrierte, den oft komplexen Problemlagen der Betroffenen gerecht werdende Angebote und Kooperationsstrukturen zwischen den an der Versorgung und Unterstützung der Frauen (und ihrer Kinder) beteiligten Einrichtungen. Damit verbunden sind Risiken der Fehl-, Über-, und Mangelversorgung für Frauen und Kinder. Zum Beispiel lehnen viele Mütter mit Traumafolgestörungen den Aufenthalt in einer psychiatrischen Klinik ab, da sie nicht mit ihrem Kind aufgenommen werden können. Niedrigschwellige und integrierte Mutter-Kind-Angebote fehlen bislang.

Der dringende Handlungsbedarf in diesem Bereich wurde bereits im Jahr 2000 vom 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 festgestellt:<sup>2</sup> Liegen komplexe Traumatisierungen aufgrund von häuslicher und/oder sexualisierter Gewalterfahrungen vor, ist ein umfassendes Konzept der Traumaverarbeitung erforderlich, das nur durch qualifizierte, interdisziplinäre Fachteams gewährleistet werden kann. Ebenso bedarf es der strukturierten Kooperation zwischen den Versorgungsbereichen und -einrichtungen.

---

<sup>1</sup> Das ausführliche Konzept „Berliner Modellvorhaben“ ist abrufbar unter: [http://signal-intervention.de/download/Konzept\\_Modellvorhaben\\_Trauma\\_21\\_3\\_2017.pdf](http://signal-intervention.de/download/Konzept_Modellvorhaben_Trauma_21_3_2017.pdf)

<sup>2</sup> Verbesserung der Angebote für gewaltbetroffene Frauen in der psychiatrischen Versorgung in Berlin, 2000. <http://www.berlin.de/lb/psychiatrie/ueber-uns/veroeffentlichungen/fachveroeffentlichungen/>

Der Bedarf für eine Weiterentwicklung der psychiatrischen Versorgung wird auch von Seiten des Landespsychiatriebeirats formuliert. In seiner Stellungnahme zum aktuellen Krankenhausplan 2016-2020 empfiehlt der Beirat, dass die Angebote für Menschen mit Gewalterfahrung unter Berücksichtigung geschlechtsspezifischer Aspekte zu entwickeln sind (Nr. 12). Kinder und Jugendliche mit psychisch kranken Eltern sollen gezielt gefördert werden, Kliniken verstärkt familienorientierte Behandlungsansätze entwickeln und es sollten hierzu Kooperationsvereinbarungen getroffen werden (Nr. 13). Im Rahmen des Modellvorhabens sollen diese Empfehlungen modellhaft und schrittweise umgesetzt werden.

### **Zielgruppe: Schwerpunkt Frauen mit Kindern**

Zielgruppe sind Frauen, die anhaltend, mehrfach oder wiederholt sexualisierte, psychische und/oder physische Gewalt in der Paarbeziehung und/oder Menschenhandel erlebt und in der Folge komplexe Traumafolgestörungen entwickelt haben. Dabei sollen die spezifischen Bedarfe unterschiedlicher Gruppen berücksichtigt werden: Frauen mit Kindern, Frauen mit Migrationserfahrung sowie Frauen mit Behinderung.

Nicht selten haben die betroffenen Frauen bereits in der Kindheit häusliche Gewalt (mit)erlebt und finden sich im Erwachsenenalter erneut in gewaltvollen Beziehungen. Daher soll in dem Modellvorhaben die transgenerationale Weitergabe von Vulnerabilitäten besonders berücksichtigt werden. 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. Als häufige Symptome und Beschwerden, die Kinder nach häuslicher Gewalt entwickeln, werden beschrieben: Unruhe, Aggressivität und/oder Niedergeschlagenheit, Scham- und Schuldgefühle, geringes Selbstwertgefühl und Isolation; eingeschränkte Lern- und Konzentrationsfähigkeit, mangelnder Schulerfolg/Schulabbruch, geringe Problemlösungskompetenzen; (hoch)unsichere Bindung/Bindungsstörungen, posttraumatische Belastungsstörung, depressive Symptome, suizidale Gedanken oder erfolgte Suizidversuche, psychosomatische Beschwerden wie Asthma oder Schlaf- und Essstörungen (Kindler 2013<sup>3</sup>, Fegert et al. 2013<sup>4</sup>; Martin 2002).

Da die Folgen der Gewalt gegen die Mutter für Gesundheit und Entwicklung der Kinder derart vielfältig sind, sind neue Angebote, die auf die Bedürfnisse der Kinder abgestimmt sind, neben der kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung zu entwickeln.

### **Neues Angebot**

In dem Berliner Modellvorhaben sind 15 Therapieplätze pro Klinik/Region für das beschriebene Klientel geplant, davon 10 Plätze vollstationär und 5 Plätze teilstationär, wobei ein überregionaler Zugang ermöglicht werden sollte. Haben komplex

---

<sup>3</sup> Kindler, „Partnergewalt und Beeinträchtigung kindlicher Entwicklung: Ein aktualisierter Forschungsüberblick“, in: Kavemann, Kreyssig (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

traumatisierte Frauen Kinder, soll deren Situation sowie Unterstützungsbedarf frühzeitig thematisiert und geklärt werden. Ziel ist es, auch die Kinder der Nutzerinnen bzw. Klientinnen bei der Bewältigung bestehender Belastungen und Beschwerden, die im Kontext der mit- oder selberlebten Gewalt sowie der familiären bzw. mütterlichen Situation stehen, zu unterstützen und dadurch kurz-, mittel- und langfristige Risiken für ihre Gesundheit und Entwicklung zu reduzieren.

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.

Im Mittelpunkt eines Klärungsprozesses sollten die Fragen des Kindeswohls und die des Unterstützungsbedarfs der Mutter hinsichtlich der Bewältigung des Alltags und der emotionalen Versorgung der Kinder während einer stationären sowie teilstationären Behandlung stehen. Je nach Ausmaß bzw. Schwere der psychischen Belastung der Kinder sollten entsprechend geeignete Maßnahmen der Kinder- und Jugendhilfe installiert und/oder begleitende Eltern-Kind-Angebote gemacht werden (bspw. begleitete Elternschaft, Familienhilfe), um die Mutter-Kind-Bindung zu stärken. Für altersgestufte sowie mädchen- bzw. jungenspezifische Versorgungs-, Behandlungs- und Unterstützungsmöglichkeiten ist bei der Aufnahme von Frauen mit Kindern in der Klinik eine Kooperation mit regionalen Kindertagesstätten, Schulen oder Freizeiteinrichtungen nötig.

Bei einer hohen psychischen Belastung der Kinder müssen diese durch ein eigenständiges (trauma-)therapeutisches und/oder (trauma-)pädagogisches Angebot aufgefangen werden. Im Bedarfsfall soll eine spezifische Behandlung der Kinder und Jugendlichen in Kooperation mit ambulanten Fachärztinnen und -ärzten für Kinder- und Jugendpsychiatrie und/oder den zuständigen Kliniken stattfinden. Ein Einbezug der Kinder von betroffenen Frauen erfordert Konsil- und Liaisondienste, sofern die Klinik keine eigene kinder- und jugendpsychiatrische wie -psychologische Fachkompetenz vorhalten sollte.

### **Herausforderungen im Hinblick auf die Mitversorgung von Kindern**

Eine gut vernetzte und aufeinander abgestimmte integrierte Unterstützung und ggf. Behandlung ist nicht nur in der Versorgung der Frauen sondern auch im Hinblick auf die parallele Versorgung und Unterstützung der Töchter und Söhne erforderlich. Für die Etablierung verbindlicher Kooperationen im Hinblick auf die Koordination der komplexen Hilfebedarfe im Bereich des SGB V, SGB VIII und SGB XII sowie der Beschulung der Kinder ist geplant, eine Arbeitsgruppe aller involvierten Versorgungseinrichtungen einzurichten. Gemeinsam mit den zuständigen Stellen und Kostenträgern können dort Verfahrensweisen und konkrete Unterstützungsmöglichkeiten besprochen werden.

Auf kommunaler Ebene müssten die Handlungs- und Unterstützungsmöglichkeiten der Jugendämter besprochen und unter Beachtung eines niedrigschwelligen Zugangs Musterwege entwickelt werden. Kinder- und jugendpsychiatrische Expertise – z.B. über

den KJPD – könnte eingebunden werden, bei kleinen Kindern auch Netzwerke der Frühen Hilfen. Die Rolle von Erziehungs- und Familienberatungsstellen, die einen niedrigschwelligen Zugang und zugleich eine gewisse Kontinuität in der Begleitung ermöglichen, sollte berücksichtigt werden. Die Benennung konkreter Ansprechpartner\*innen aller zuvor genannten Hilfeinrichtungen kann dabei eine schnelle Hilfestellung begünstigen.

### **Traumanetz Berlin**

Das Traumanetz Berlin (gefördert durch die Senatsverwaltung für Gesundheit, Pflege, Gleichstellung; Träger: S.I.G.N.A.L. e.V.) ist ein Kernbestandteil des Modellkonzepts und übernimmt eine koordinierende und steuernde Funktion. Das Traumanetz begleitet die Umsetzung des Modellvorhabens bei der Entwicklung und Etablierung des stationären sowie teilstationären Angebots für komplex traumatisierte Frauen und ihre Kinder nach Gewalterfahrungen zur Traumaverarbeitung mit den Phasen der Stabilisierung, Traumakonfrontation und -integration.

Es fördert und initiiert die Entwicklung, Erprobung sowie Evaluierung von Versorgungspfaden und Kooperationen zwischen ambulanten Angeboten, teilstationärer und vollstationärer Behandlung. Da die komplexen Problemlagen betroffener Frauen und ihrer Kinder eine koordinierte Zusammenarbeit aller beteiligten Stellen erfordern, besteht neben einer fachlichen Zusammenarbeit das Ziel auch darin, die Versorgungssysteme der beteiligten Institutionen, die u.a. den Leistungsbereichen SGB V, SGB VIII und SGB XII zugeordnet sind, und der auf dieser Basis agierenden Leistungsstellen zusammenzuführen und weiterzuentwickeln.

## Fallbeispiel

Frau A. ist Klientin einer auf sexualisierte Gewalt spezialisierten Krisen- und Beratungseinrichtung. Frau A., 39 Jahre alt, verheiratet, getrennt lebend, 2 Kinder, 6 und 10 Jahre alt; in der Biografie wiederholte massive Traumata erlitten, bisher keine therapeutische Aufarbeitung; in der Ehe erneute körperliche und psychische Gewalt; bisher keine Anzeige gestellt, sorgerechts- und umgangsrechtliche Fragen sind noch ungeklärt, der Kindsvater drängt auf Kontakt. An Symptomen zeigt Frau A. starke Dissoziationen, Flashbacks, Vermeidungsverhalten, hohe Anspannung, Depressionen, Ängste, Misstrauen und selbstverletzendes Verhalten. Der Unterstützungsbedarf geht deutlich über das Angebot der Krisen- und Beratungsstelle hinaus. Frau A. benötigt aufgrund der Komplexität ein stationäres und anschließendes ambulantes Setting, was ihr die Therapiephasen der Stabilisierung, der Konfrontation und Integration ermöglicht. Allerdings hat sie massive Ängste vor einem möglichen Verlust der Kinder und vor einer Trennung bei einer stationären Aufnahme. Möglichkeiten der Mitaufnahme oder einer kliniknahen Unterbringung, die regelmäßigen Kontakt und eigenständige Unterstützung der Kinder ermöglicht, können bei einem stationären Aufenthalt weitere Krisen und ggf. einen Behandlungsabbruch vermeiden. Hierfür ist eine Zusammenarbeit und Abstimmung der Kostenträger erforderlich (Krankenkassen, Jugendämter).

Im besten Fall sollten vor der Aufnahme in einem umfassenden Klärungsprozess bereits bestehende Hilfen sowie Bedarfe der beiden Kinder festgestellt und ein niedrigschwelliger Zugang zu benötigten Hilfen gewährleistet werden. Zudem sind Aspekte des Kinder- und Jugendschutzes für die Zeit während des Klinikaufenthaltes abzuklären. Der Einbezug von Jugendämtern in Form einer Hilfeplanung ist hierfür erforderlich, ebenso ist die Frage der Schulung und der längerfristigen Unterstützung bei eventuellen schulischen Defiziten während des Aufenthaltes abzuklären. Beide Kinder Frau A.s leiden unter Schuldgefühlen, Ängsten und zeigen soziale und schulische Probleme. Eine traumapädagogische und/oder -therapeutische Unterstützung zur Bewältigung der Situation ist daher für beide Kinder angeraten und während des stationären Aufenthaltes zu initiieren. Dies erfordert eine Zusammenarbeit zwischen den stationären/teilstationären Angeboten und spezialisierten Angeboten der Kinder- und Jugendhilfe.

Für eine längerfristige Stabilisierung ist die Initiierung einer ambulanten Psychotherapie für die Mutter, ggf. auch für die Kinder indiziert. Auch im Hinblick auf den Kinder- und Jugendschutz müssten angemessene Angebote an die Mutter für die Zeit nach der Klinik gemacht werden. Im Rahmen einer niedrigschwelligen Erziehungs- und Familienberatungsstelle, falls erforderlich im Rahmen einer Familientherapie, kann die Mutter gezielt dabei unterstützt werden, trotz der eigenen Belastungen angemessen für ihre Kinder verfügbar zu sein. Eine längerfristige Begleitung spezifisch qualifizierter Familien- und/oder Einzelfallhilfe ist wünschenswert. Im Rahmen einer Rechtsberatung kann Frau A. die Vor- und Nachteile jeweiliger Vorgehensweisen bzgl. der Forderungen des Kindsvaters abklären und über die Möglichkeiten und Folgen einer polizeilichen Anzeige aufgeklärt werden.