

UMFRAGE ZUR PSYCHOTHERAPEUTISCHEN VERSORGUNG GEWALTBETROFFENER FRAUEN IN BERLIN

INHALTSVERZEICHNIS:

1. HINTERGRUND	1
2. DATENGRUNDLAGE	1
3. ERGEBNISSE	4
3.1 LANGE WARTEZEITEN – INSBESONDERE IM KASSENSYSTEM	4
3.2 GEWALTBETROFFENHEIT IST FESTER BESTANDTEIL DER REGELVERSORGUNG	5
3.3 INTERDISZIPLINÄRE ZUSAMMENARBEIT – BEDARF HOCH, UMSETZUNG BEGRENZT	6
3.4 MITBETROFFENE KINDER – ANGEBOTE FEHLEN HÄUFIG	8
3.5 HERAUSFORDERUNGEN IN DER VERSORGUNG	11
3.6 BEDARFE AN SENSIBILISIERUNG UND FORTBILDUNGEN	15
4. TRAUMANETZ-EMPFEHLUNGEN	17

Auf der Webseite vom Traumanetz Berlin finden Sie die Kurzfassung der Ergebnisse:
traumanetz.signal-intervention.de/umfragen

1. HINTERGRUND

Geschlechtsspezifische Gewalt und damit auch insbesondere Gewalt gegen Frauen ist eine Menschenrechtsverletzung und eine Form struktureller Diskriminierung. Sie stellt ein erhebliches gesundheitspolitisches Problem dar und ist häufig mit schwerwiegenden Folgen für die (psychische) Gesundheit der Betroffenen verbunden. Je häufiger und intensiver Gewalterfahrungen auftreten, desto höher ist das Risiko psychischer Beeinträchtigungen. Das trifft besonders bei Partnerschafts- und sexualisierter Gewalt zu.¹ Häusliche und sexualisierte Gewalt gelten als Risikofaktoren für akute Belastungsreaktionen, Depressionen, Angststörungen, (komplexe) Traumafolgestörungen. Dies zeigt sich auch in der hohen Prävalenz von Gewalterfahrungen bei Frauen in psychiatrischen Settings.

Für gewaltbetroffene Frauen stellen Gesundheits- und Sozialdienste eine relevante Anlaufstelle dar.² Internationale und nationale Gesetze sowie Leitlinien betonen die Bedeutung frühzeitiger psychologischer Intervention und Unterstützung für die „Genesung nach Gewalt“.³ Vor diesem Hintergrund kommt dem Gesundheitswesen sowie psychotherapeutisch tätigen Fachpersonen eine zentrale Verantwortung zu. Eine für geschlechtsspezifische Gewalt sensibilisierte traumatherapeutische Versorgung ist ein zentraler Baustein, um Traumafolgen und psychische Langzeitfolgen zu behandeln und einer Chronifizierung vorzubeugen.

Gleichzeitig bestehen bundesweit erhebliche strukturelle Defizite, z. B. lange Wartezeiten, begrenzte Kapazitäten und fehlende sektorenübergreifende Versorgung. Sofern Betroffene einen Therapieplatz finden, wird das traumatische Erleben in vielen Fällen nicht thematisiert, und ein erheblicher Teil der Psychotherapeut*innen berichtet über fehlende Ausbildungsinhalte zu geschlechtsspezifischer Gewalt.⁴

Für Berlin gibt es bisher wenig Daten darüber, wie ambulant tätige Psychotherapeut*innen die Versorgung gewaltbetroffener Frauen einschätzen. Die vorliegende Studie untersucht die Situation und Bedarfe vorwiegend aus Sicht ambulanter Psychotherapeut*innen sowie auch weiterer psychotherapeutisch tätiger Fachpersonen in Berlin. Dabei werden strukturelle Rahmenbedingungen, Versorgungsbedarfe sowie wahrgenommene Herausforderungen in der psychotherapeutischen Versorgung gewaltbetroffener Frauen⁵ erfasst. Auf dieser Grundlage werden abschließend gesundheitspolitische und versorgungsbezogene Empfehlungen formuliert.

2. DATENGRUNDLAGE

Die Datenerhebung für die Umfrage „Gemeinsam Stark: Umfrage zur Versorgung von gewaltbetroffenen Frauen aus Sicht ambulanter Psychotherapeut*innen in Berlin“ erfolgte von Juli bis Dezember 2024 mittels eines strukturierten Online-Fragebogens über LimeSurvey. Die Auswertung basiert auf 83 vollständig ausgefüllten Fragebögen von überwiegend ambulant tätigen Psychotherapeut*innen sowie weiteren psychotherapeutisch tätigen Fachpersonen in Berlin.

Der Fragebogen bestand überwiegend aus geschlossenen Fragen zu Qualifikation, Berufsgruppe, Therapieverfahren, Abrechnung, Wartezeiten, Kooperationen sowie zum Anteil ge-

¹ Maercker, A. et al. (2008). Posttraumatische Belastungsstörungen in Deutschland: Ergebnisse einer gesamtdeutschen epidemiologischen Untersuchung. *Nervenarzt*, 79(5), 577–586.

² European Union Agency for Fundamental Rights (FRA) (2026). [EU Gender-Based Violence Survey. Key Results](#).

³ IK, WHO, Gewaltschutzgesetz.

⁴ Vogel, A., Steil, R., Comtesse, H., Eilers, R., Renneberg, B. & Rosner, R. (2021). Routineversorgung für Jugendliche mit Posttraumatischer Belastungsstörung nach Missbrauchserfahrungen in Deutschland. *Kindheit und Entwicklung*, 30(3), 183–191. | Kirchner, E. (2022). Gemeinsam gegen Gewalt an Frauen. *Psychotherapie Aktuell*, 14(1), 28–32.

⁵ Die Studie fokussiert auf Frauen. Frauen meint cis und trans Frauen sowie Personen, die als „weiblich“ gelesen und entsprechende Gewalterfahrungen machen – unabhängig ihrer Geschlechtsidentität.

waltbetroffener Klientinnen und mitbetroffener Kinder. Ergänzend erfassten offene Fragen Herausforderungen sowie Unterstützungs- und Fortbildungsbedarfe in der Arbeit mit gewaltbetroffenen Frauen und deren Kindern.

Angeschrieben wurden gezielt Therapeut*innen, die nach eigener Auskunft mit gewaltbetroffenen Personen arbeiten und/oder Trauma, Traumafolgebelastrungen oder Posttraumatische Belastungsstörungen als Behandlungsschwerpunkte aufwiesen. Insgesamt wurden 1.143 Personen angeschrieben. Die thematische Vorauswahl der Befragten führt zu einer Vorselektion der Stichprobe. Zudem ist aufgrund des Themas eine Selbstselektion der Teilnehmenden wahrscheinlich. Die Stichprobe ist daher nicht repräsentativ, ermöglicht aber fundierte Einblicke und belastbare Hinweise für die Versorgungssituation in Berlin.

Die Teilnahme an der Befragung erfolgte freiwillig und anonym. Personenbezogene Angaben waren keine Pflichtangaben und wurden nicht in die Auswertung einbezogen. Nach Abschluss der Erhebung lagen 166 Datensätze vor. Im Anschluss wurde eine Datenbereinigung durchgeführt. Unvollständig ausgefüllte Fragebögen sowie leere Datensätze wurden ausgeschlossen. Grundlage dieser Auswertung bilden 83 valide Datensätze.

Beschreibung der Stichprobe

An der Befragung nahmen insgesamt 83 überwiegend ambulant tätige Psychotherapeut*innen sowie weitere psychotherapeutisch tätige Fachpersonen in Berlin teil.

69%

**der Befragten gaben an,
weiblich zu sein**

Die Stichprobe war überwiegend weiblich geprägt (69 %). 11 % der Befragten gaben an, männlich zu sein, 2 % eine diverse Geschlechtsidentität zu haben und 14 % machten keine Angabe.

Den größten Anteil der Befragten stellten psychologische Psychotherapeut*innen (70 %). Darüber hinaus nahmen ärztliche Psychotherapeut*innen (7 %) sowie Kinder- und Jugendpsychotherapeut*innen (5 %) teil. Ebenfalls vertreten waren Psycholog*innen, Pädagog*innen und Sozialarbeiter*innen (30 %), die überwiegend zusätzlich über eine auf Psychotherapie beschränkte Heilpraktikererlaubnis verfügten. Mehrfachnennungen waren möglich.

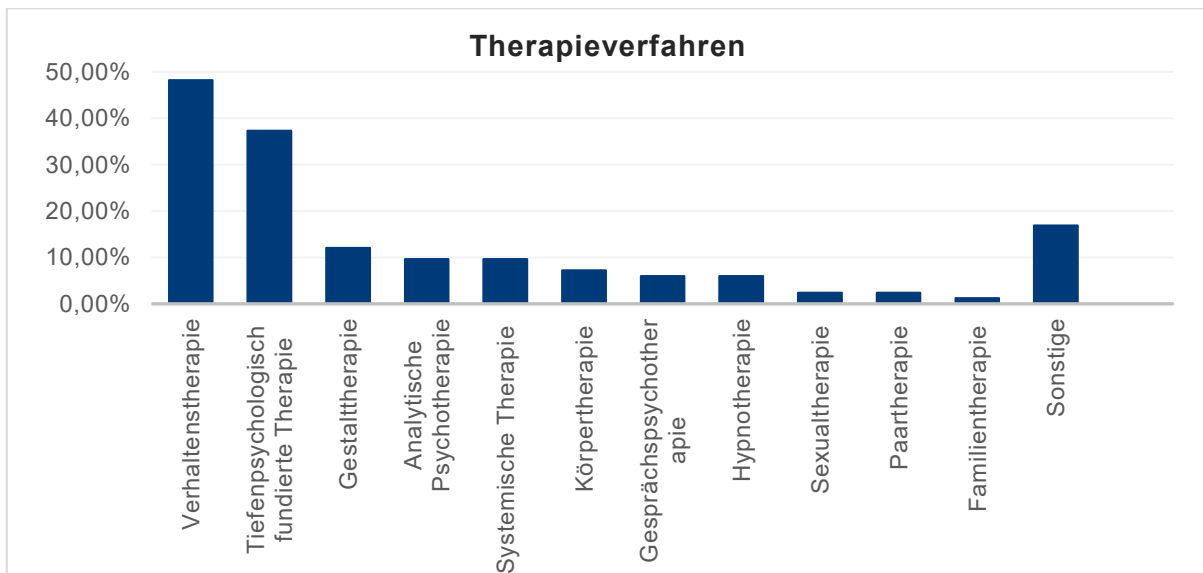
82%

**sind psychologische,
ärztliche sowie Kinder- und
Jugendpsychotherapeut*innen**

48%

**sind Verhaltenstherapeut*innen,
37% tiefenpsychologisch fundierte
Psychotherapeut*innen**

In Bezug auf die therapeutische Ausrichtung wurden überwiegend kassenanerkannte Richtlinienverfahren angegeben: 48 % der Befragten boten Verhaltenstherapie und 37 % tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie an.

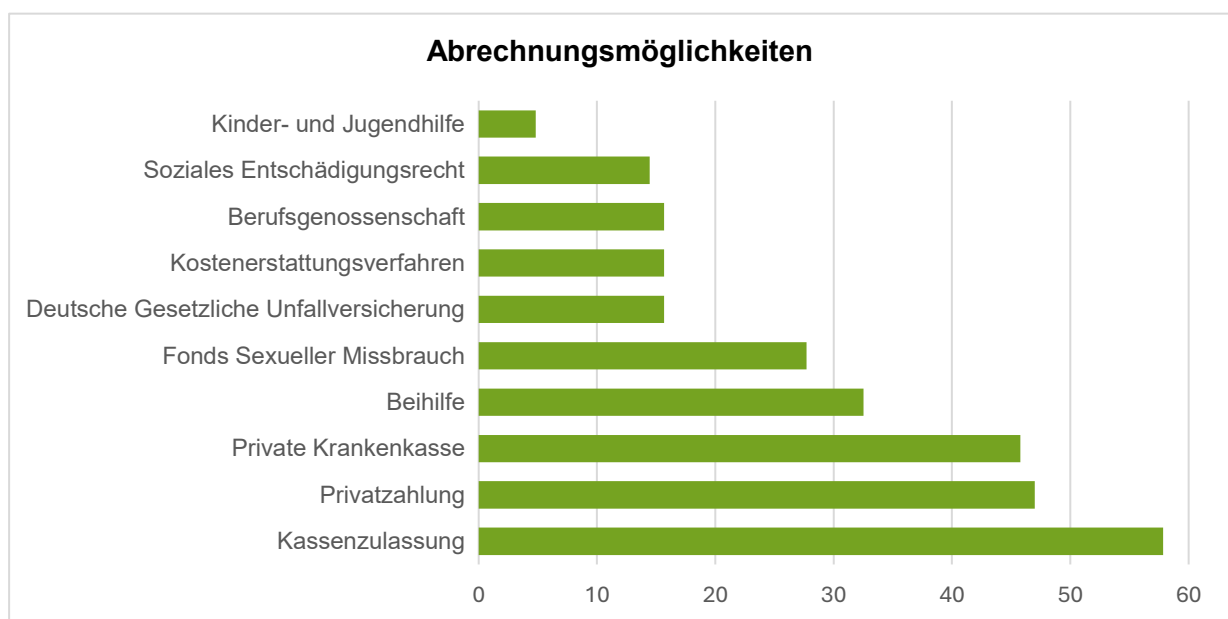


Anmerkung: Gesamtstichprobe N = 83; Mehrfachnennungen möglich.

Die Berücksichtigung der Abrechnungsmodalitäten ist für die Einordnung der Ergebnisse von besonderer Relevanz, da sie die Rahmenbedingungen der psychotherapeutischen Versorgung sowie deren Zugänglichkeit für gewaltbetroffene Frauen maßgeblich beeinflussen. Die Kassenzulassung stellt hierbei einen zentralen strukturellen Faktor dar, da sie den Zugang zur Regelversorgung der gesetzlichen Krankenversicherung ermöglicht.

58%
der Befragten
verfügen über eine
Kassenzulassung

Mehr als die Hälfte der Befragten (58 %) verfügte über eine Kassenzulassung. Darüber hinaus wurden weitere Abrechnungsmöglichkeiten genannt (Mehrfachnennung möglich), darunter Privatzahlung und private Krankenkassen. Spezifische Finanzierungswege, die insbesondere für gewaltbetroffene Frauen relevant sein können, wurden ebenfalls angegeben, darunter der Fonds Sexueller Missbrauch (28 %), Leistungen nach dem sozialen Entschädigungsrecht (14 %) sowie das Kostenerstattungsverfahren (16 %).



Anmerkung: Gesamtstichprobe N = 83; Mehrfachnennungen möglich.

3. ERGEBNISSE

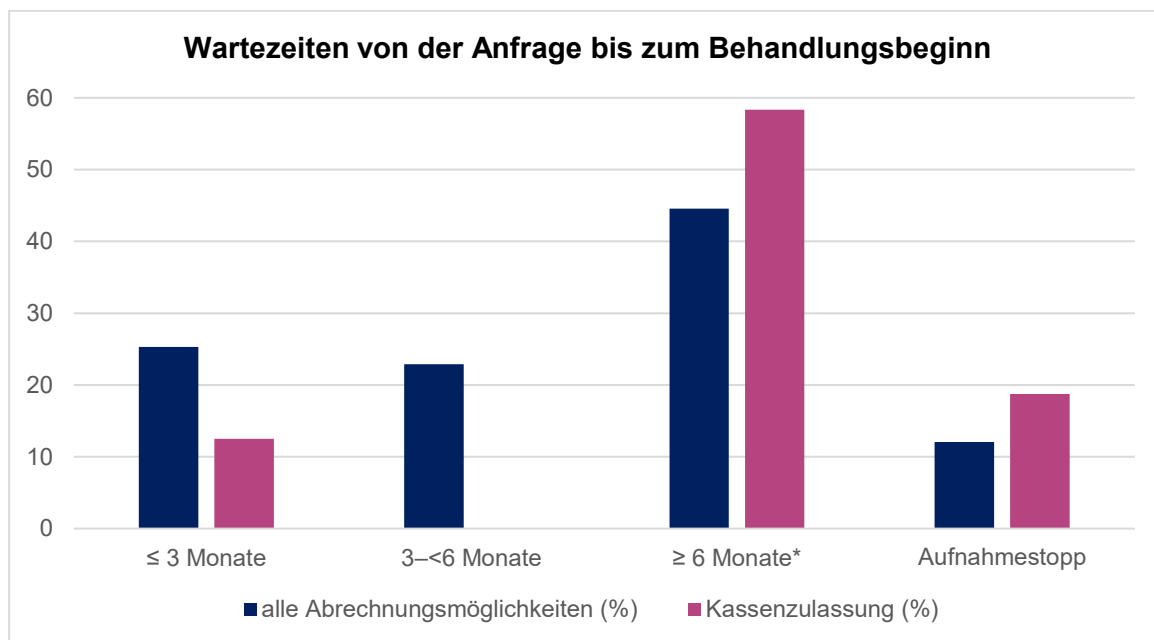
Im Folgenden werden die zentralen Ergebnisse der Befragung zur Versorgung gewaltbetroffener Frauen aus Sicht ambulanter Psychotherapeut*innen sowie weiterer psychotherapeutisch tätiger Fachpersonen in Berlin dargestellt.

3.1 LANGE WARTEZEITEN – INSBESONDERE IM KASSENSYSTEM

**6 Monate
Wartezeit**
geben 58% der kassen-
zugelassenen Psycho-
therapeut*innen an

Die Wartezeiten zwischen dem ersten Kontakt und dem Beginn einer Psychotherapie sind in Berlin erheblich: Unter den kassenzugelassenen Praxen berichteten 58 % von Wartezeiten von mindestens sechs Monaten, während 19 % aktuell keine neuen Patient*innen aufnehmen (Aufnahmestopp). Nur 12 % der Praxen gaben Wartezeiten von bis zu drei Monaten an.

Da die Kassenzulassung den Zugang zur Regelversorgung der gesetzlichen Krankenversicherung ermöglicht, wurden die Wartezeiten für diese Teilstichprobe gesondert analysiert. Die Ergebnisse weisen auf erhebliche strukturelle Engpässe in der ambulanten, kassenfinanzierten psychotherapeutischen Versorgung hin. Für die untersuchte Betroffenen­gruppe liegen die Wartezeiten in Berlin in einem Großteil der kassenzugelassenen Praxen (rund 60 %) deutlich über dem bundesweiten Durchschnitt von fünf Monaten.⁶



Anmerkung: Gesamtstichprobe N = 83 (alle Abrechnungsmöglichkeiten), davon n = 14 ohne Angaben. Die Teilstichprobe mit Kassenzulassung umfasst n = 48 Befragte, davon n = 5 ohne Angaben.

Auch unter Einbezug aller abgefragten Abrechnungsformen zeigen sich weiterhin hohe Wartezeiten: 45 % der Befragten berichteten von Wartezeiten von sechs Monaten oder länger, 12 % gaben an, aktuell einen Aufnahmestopp für neue Patient*innen zu haben, und 25 % verzeichneten Wartezeiten unter drei Monaten.

⁶ BPtK (2023). [Weiterentwicklung der psychotherapeutischen Versorgung. Hintergrundpapier der BPtK.](#) | Singer, S. et al. (2023). [Evaluation der Psychotherapie-Strukturreform. Ergebnisbericht für den G-BA.](#)

3.2 GEWALTBETROFFENHEIT IST FESTER BESTANDTEIL DER REGELVERSORGUNG

72%

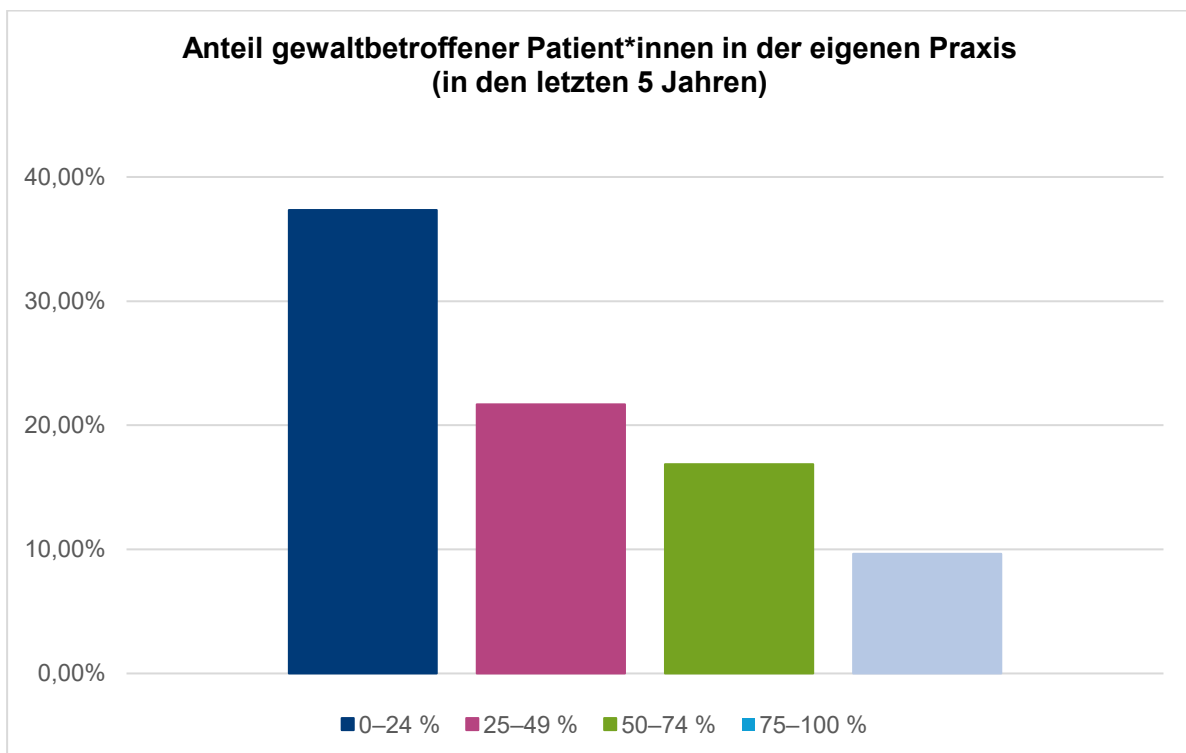
der Befragten behandeln gewaltbetroffene Frauen

Gewaltbetroffene Frauen stellen kein Randphänomen spezialisierter Einrichtungen dar, sondern sind Bestandteil der ambulanten psychotherapeutischen Regelversorgung sowie der Praxis weiterer psychotherapeutisch tätiger Fachpersonen: 72 % der Befragten gaben an, Frauen mit psychischer Belastung aufgrund von Gewalterfahrungen zu behandeln.

Mehr als ein Viertel der Befragten (27 %) berichtete, dass diese Patient*innengruppe in den letzten fünf Jahren bei ihnen mehr als die Hälfte der behandelten Patient*innen ausmachte.

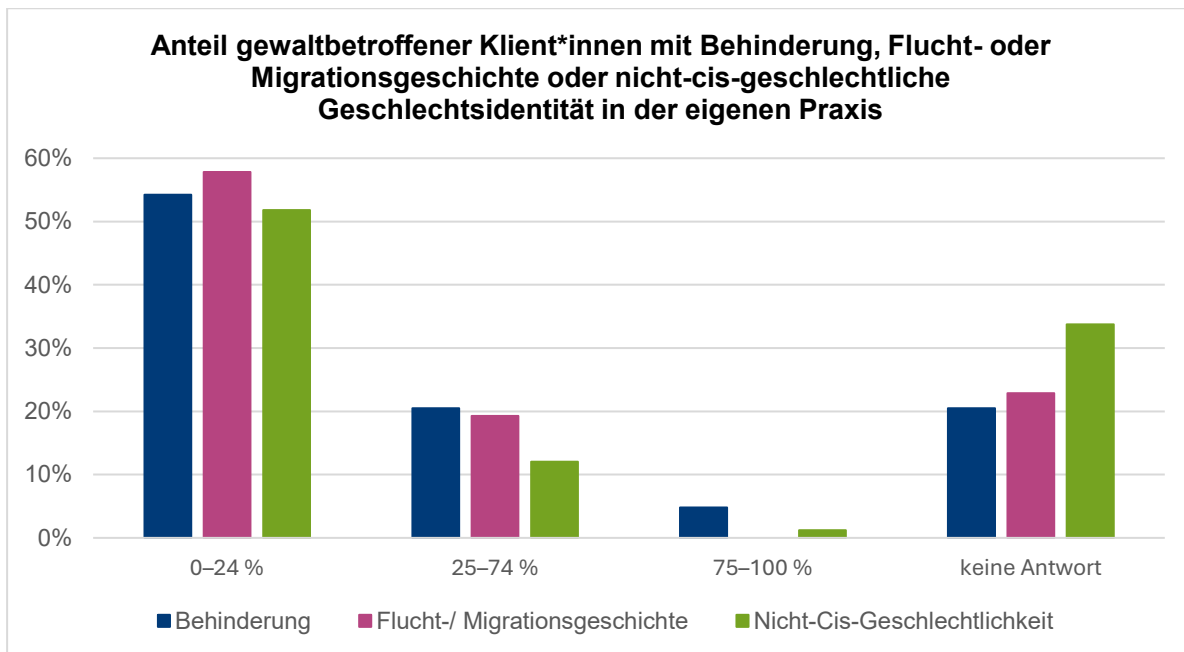
27%

der Befragten berichtet, dass gewaltbetroffene Frauen mindestens die Hälfte ihrer Patient*innen ausmacht



Anmerkung: Gesamtstichprobe N = 83; die Auswertung bezieht sich auf die Teilstichprobe gewaltbetroffener Patient*innen n = 71; fehlende Angaben: n = 12.

Zusätzlich wurde erhoben, in welchem Umfang Frauen mit Flucht- oder Migrationsgeschichte, Frauen mit Behinderung sowie nicht cis-geschlechtliche Personen vertreten sind: Der Anteil dieser Klient*innen liegt in rund der Hälfte der Praxen im unteren Bereich (0–24 %), während er in den übrigen Praxen überwiegend im mittleren Bereich (25–74 %) liegt.



Anmerkung: Gesamtstichprobe N = 83; vertikale Achse: Anteil der Antworten (%); horizontale Achse: Anteil der Klient*innen in der eigenen Praxis nach Behinderung, Flucht-/Migrationsgeschichte, nicht-cis-Geschlechtsidentität (%).

Es zeigt sich, dass die genannten Lebensrealitäten im Praxisalltag regelmäßig vertreten sind und in rund der Hälfte der Praxen bis zu einem Viertel der Klient*innen ausmachen. Die ambulante Psychotherapie trägt somit auch eine erhebliche Verantwortung für hochbelastete und häufig mehrfach marginalisierte Personengruppen, die zugleich mit strukturellen Zugangshürden und Ausschlüssen von der Versorgung konfrontiert sind.

Es ist zudem davon auszugehen, dass die in der Befragung sichtbaren Anteile die tatsächliche Versorgungsrelevanz dieser Gruppen eher unterschätzen. Da diese Gruppen statistisch gesehen ein erhöhtes Risiko für geschlechtsspezifische Gewalt aufweisen, besteht zugleich ein erhöhter Unterstützungs- und Behandlungsbedarf. Dieser trifft jedoch auf ein Versorgungssystem, das strukturell nur eingeschränkt auf spezifische Bedarfe ausgerichtet ist, beispielsweise im Hinblick auf Sprachmittlung, Barrierefreiheit sowie queer- und diskriminierungssensible Versorgung.

3.3 INTERDISZIPLINÄRE ZUSAMMENARBEIT – BEDARF HOCH, UMSETZUNG BEGRENZT

Es wurde befragt, mit welchen Einrichtungen die Befragten im Rahmen der Behandlung kooperieren und wie häufig sowie wie zufriedenstellend die Zusammenarbeit mit unterschiedlichen Akteur*innen des Gesundheits- und Unterstützungssystems erfolgt.⁷

Häufigkeit der Zusammenarbeit

Insgesamt zeigt sich, dass interdisziplinäre Kooperationen oft nur eingeschränkt stattfinden, obwohl die Versorgung gewaltbetroffener Frauen eine enge Zusammenarbeit verschiedener Systeme erfordert und eine multiprofessionelle Aufgabe darstellt. Dabei war die Vernetzung innerhalb des Gesundheitsbereichs ausgeprägter als mit anderen Versorgungsbereichen.

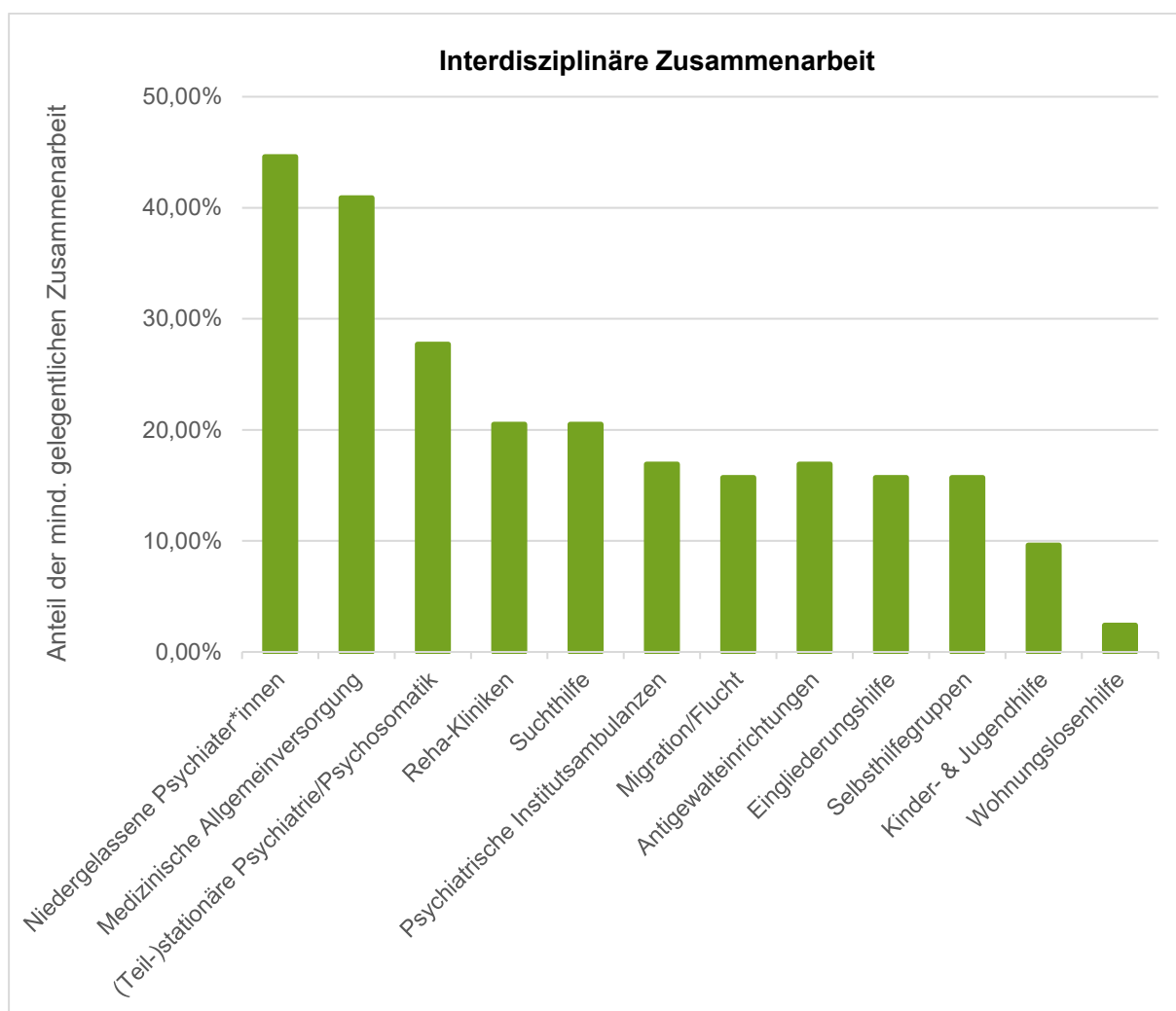
⁷ Erfasst wurde die Zusammenarbeit mit Akteur*innen des medizinischen, psychosozialen und spezialisierten Unterstützungssystems (siehe Diagramm, S. 8).

45%

kooperieren gelegentlich mit Psychiater*innen, 41 % mit Hausärzt*innen

Vergleichsweise häufig wurde mit niedergelassenen Psychiater*innen kooperiert: 45 % der Befragten berichteten von einer zumindest gelegentlichen Zusammenarbeit. In der medizinischen Allgemeinversorgung (z. B. Hausärzt*innen, Gynäkolog*innen) lag dieser Anteil bei 41 %.

Im stationären Versorgungsbereich fällt die Kooperationsintensität demgegenüber geringer aus. Mit (teil-)stationären Einrichtungen der Psychiatrie und Psychosomatik berichteten 28 % von einer zumindest gelegentlichen Zusammenarbeit, während 37 % selten oder nie kooperieren. Ähnlich stellte sich die Situation bei psychiatrischen Institutsambulanzen dar: Hier gaben 17 % eine mindestens gelegentliche Kooperation an, wohingegen 41 % selten oder nie zusammenarbeiten.



Anmerkung: Dargestellt sind für die Frage „Mit welchen Einrichtungen arbeiten Sie aufgrund der Behandlung gewaltbetroffener Frauen zusammen?“ ausschließlich die Antwortkategorien „gelegentlich“, „oft“ und „sehr oft“ für die jeweiligen Akteure. Die Kategorien „selten“, „noch nie“ sowie fehlende Angaben sind im Diagramm nicht dargestellt. Für jeden Akteur gilt N = 83.

Für weitere Teile des Unterstützungssystems wurden überwiegend seltene oder ausbleibende Kooperationen angegeben: So berichteten 37 % der Befragten, noch nie mit Angeboten im Bereich Migration und Flucht zusammengearbeitet zu haben. Für die Wohnungslosenhilfe lag dieser Anteil bei 42 %, für Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe bei 37 % und für Einrichtungen der Eingliederungshilfe bei 30 %. Im Kontakt mit Antigewaltseinrichtungen (z.B. Frauenhäusern oder spezialisierten Beratungsstellen) berichteten 43 % der Befragten von einer seltenen oder bislang fehlenden Zusammenarbeit.

Weitere als hilfreich benannte Akteure im Unterstützungssystem

Hinsichtlich der Frage, welche weiteren Kooperationspartner*innen aus Sicht der Befragten für die Arbeit mit gewaltbetroffenen Frauen hilfreich wären, äußerten sich 37 % (n = 31). Besonders häufig wurden juristische Akteur*innen genannt, darunter Rechtsanwält*innen, Prozessbegleitung, Polizei sowie Opferschutzeinrichtungen. Dies unterstreicht die Relevanz rechtlicher Verfahren und Schutzmaßnahmen im Kontext von Gewaltbetroffenheit und deren Bedeutung für die Stabilisierung und Absicherung therapeutischer Prozesse.

Darüber hinaus wurden spezialisierte Beratungsstellen (z.B. zu geschlechtsspezifischer Gewalt, Diskriminierung, Trans*-Themen oder Stalking), medizinische oder therapeutische Einrichtungen (z.B. Gewaltschutzambulanzen, Gynäkolog*innen, Frauengesundheitszentren, Ergotherapeut*innen) sowie ambulante oder (teil-)stationäre Anlaufstellen mit spezifischen traumatherapeutischen Angeboten (z.B. körperorientierte Verfahren oder Gruppentherapien) als hilfreiche Kooperationspartner*innen benannt.

Mehrere Befragte verwiesen zudem auf die Notwendigkeit sozialarbeiterischer Kooperationen, insbesondere in den Bereichen Wohnen, Existenzsicherung und berufliche Perspektiven, sowie auf die Schnittstelle zur sozialpsychiatrischen Versorgung, wie dem Sozialpsychiatrischen Dienst oder betreutes Einzelwohnen.

»Insgesamt gibt es keine Finanzierung und dadurch keine Zeit für konsiliarische Erörterungen oder das gemeinsame Aufstellen von Behandlungsplänen.«

Die Befragten äußerten zugleich einen hohen Bedarf an stabileren Vernetzungsstrukturen sowie Kooperationen. Eine strukturell abgesicherte Vernetzung fehlte jedoch.

Insgesamt waren Kooperationen vor allem innerhalb der unmittelbaren medizinischen Regelversorgung – insbesondere mit niedergelassenen Psychiater*innen und der allgemeinmedizinischen Versorgung – am ehesten etabliert. Die Zusammenarbeit mit weiteren spezialisierten Unterstützungsstrukturen außerhalb dieses Bereichs wurde hingegen deutlich seltener berichtet. Entsprechend war die Vernetzung innerhalb des Gesundheitsbereichs ausgeprägter als mit anderen Versorgungsbereichen.

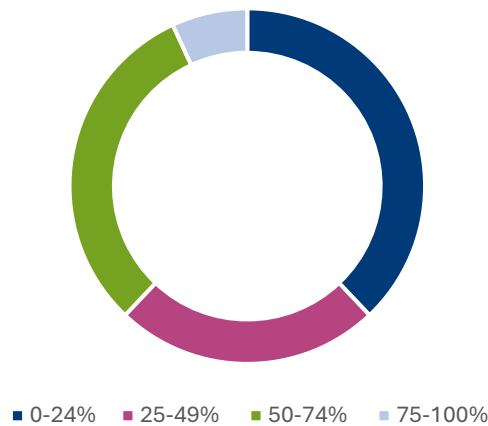
Die offenen Rückmeldungen verdeutlichten zugleich, dass die ambulante psychotherapeutische Versorgung gewaltbetroffener Frauen in vielfältige soziale, medizinische und juristische Kontexte eingebettet ist. Gleichzeitig erschien die Vernetzung mit diesen Bereichen vielfach nicht flächendeckend, sondern insgesamt eher punktuell und anlassbezogen. Die Ergebnisse deuten somit auf eine stark sektorierte Versorgungsstruktur hin, in der Gewaltschutz- und soziale Hilfesysteme nur geringe Berührungspunkte mit den befragten Psychotherapeut*innen und weiteren psychotherapeutisch tätigen Fachpersonen aufweisen und weitgehend parallel zueinander agieren.

3.4 MITBETROFFENE KINDER – ANGEBOTE FEHLEN HÄUFIG

Die Ergebnisse zeigen, dass ein relevanter Anteil der Patient*innen Kinder hat und kindbezogene Themen im therapeutischen Prozess eine wichtige Rolle spielen.

Knapp die Hälfte der Befragten dieser Teilstichprobe (45 %) gaben an, dass 50–100 % ihrer gewaltbetroffenen Patient*innen ein oder mehrere Kinder haben. Ein weiteres Viertel (24 %) berichtete, dass dies auf 25–50 % ihrer Patient*innen zutrifft.

Anteil gewaltbetroffener Patient*innen mit Kindern



Anmerkung: Gesamtstichprobe N = 83; die Auswertung bezieht sich auf die Teilstichprobe gewaltbetroffener Patient*innen mit Kindern n = 58; fehlende Angaben: n = 25.

Die qualitativen Antworten zur Frage nach den Herausforderungen in der Versorgung von Müttern und mitbetroffenen Kindern wurden in fünf übergeordnete Kategorien gebündelt (Mehrfachnennungen möglich). Die Ergebnisse zeigen ein komplexes Zusammenspiel kindbezogener Belastungen, elterlicher Überforderung, institutioneller (Fehl-)Entscheidungen sowie struktureller Probleme im Hilfesystem.

Hohe Belastung der Kinder und unzureichende Unterstützungsangebote

Viele Befragte benannten eine unzureichende Versorgung der Kinder (n = 9). Sie verwiesen auf fehlende niedrigschwellige Angebote sowie mangelnde spezifische Unterstützungsstrukturen für Kinder, die Gewalt miterleben.

Zudem wurden erhebliche emotionale Belastungen der Kinder beschrieben, etwa durch Loyalitätskonflikte, fortbestehenden Täterkontakt oder sekundäre Traumatisierung. Auch Parentifizierung wurde thematisiert. Außerdem wurde ein Mangel an familientherapeutischen Angeboten festgestellt.

»Mütter haben kaum Zeit und Energie sich um sich selbst zu kümmern, demnach wären leicht zugängliche niedrigschwellige Angebote für betroffene Kinder oder beide sinnvoll. Unbürokratisch auch um Sprachbarrieren zu senken.«

Die Aussagen verdeutlichen, dass Kinder nicht nur indirekt betroffen sind, sondern eigene Belastungsfolgen entwickeln, für die es aus Sicht der Befragten nicht ausreichend passende Angebote existieren.

Hohe Belastung und begrenzte Ressourcen der Mütter

Mehrere Rückmeldungen betonten die massive Belastung der Mütter nach Gewalterfahrungen (n = 6). Neben eigener Traumatisierung tragen sie häufig die Hauptverantwortung für Organisation, Versorgung und rechtliche Auseinandersetzungen.

»Grundsätzlich: die Mütter stehen nach Trennungen aus Gewaltbeziehungen meist enorm unter Druck, sie werden von Jugendamt und Gerichten nicht ausreichend entlastet, z.T. im Gegenteil zusätzlich belastet.«

Zudem wurde darauf hingewiesen, dass Mütter häufig selbst keine ausreichende psychotherapeutische Unterstützung erhalten, was sich wiederum auf die Situation der Kinder auswirkt. Die Versorgung der Kinder ist damit eng an die Stabilität der Mütter gekoppelt.

Kindeswohlgefährdung, institutionelle Schutzfaktoren und Täterkontakt

Mehrere Antworten thematisierten Herausforderungen im Zusammenhang mit der Bewertung von Kindeswohlgefährdung sowie mit Entscheidungen von Jugendämtern und Gerichten (n = 12). Beschrieben wurden Unsicherheiten in der Gewichtung von Schutzaspekten, eine als unzureichend wahrgenommene Sensibilität gegenüber Gewaltkontexten sowie Belastungen durch fortbestehenden Täterkontakt.

»Eine der größten Herausforderungen ist der oft fortlaufende Kontakt zu den gewalttätigen Vätern. Unser System schützt Kinder nicht ausreichend vor ihren gewalttätigen Vätern und die Mütter müssen das Spiel mitspielen, da ihnen sonst ‚Bindungsintoleranz‘ vorgeworfen wird.«

Der erzwungene oder fortgesetzte Kontakt zum gewaltausübenden Elternteil wurde als emotional belastend und destabilisierend für Kinder und Mütter beschrieben. Zudem wurde die Balance zwischen therapeutischer Schweigepflicht und Meldepflicht bei Kindeswohlgefährdung als anspruchsvoll erlebt. Insgesamt ist der Eindruck entstanden, dass Schutzmechanismen aus Sicht der Befragten nicht immer konsequent umgesetzt werden.

Strukturelle Probleme im Versorgungs- und Hilfesystem

»Das Versorgungssystem bricht gerade zusammen, einen Platz in einer teilstationären oder stationären Einrichtung zu bekommen, ist für alle Klienten sehr schwierig. Wartezeiten sind lange.«

Mehrere Befragte beschrieben eine generelle Überlastung bestehender Versorgungsstrukturen. Genannt wurden lange Wartezeiten, fehlende stationäre oder teilstationäre Plätze sowie personelle Engpässe (n = 11).

Darüber hinaus wurden unklare Verantwortlichkeiten und institutionelle Übergänge als problematisch beschrieben. Mehrfach wurde auf „Systembrüche“ verwiesen, bei denen Unterstützungsprozesse nicht kontinuierlich fortgeführt werden können.

Fehlende Transparenz hinsichtlich der Zuständigkeiten erhöht den organisatorischen Aufwand für die Mütter und erschwert eine abgestimmte Hilfeplanung. Mehrere Rückmeldungen thematisierten zudem eine unzureichende Abstimmung zwischen verschiedenen Hilfesystemen (z.B. Psychotherapie, Jugendhilfe, Gerichte), was zu parallelen oder nicht aufeinander abgestimmten Maßnahmen führen kann.

Ein weiterer Aspekt betraf neben unzureichenden Fachkenntnissen und mangelnder Spezialisierung im Umgang mit Gewalt- und Traumafolgen die hohe personelle Fluktuation. Diese erschwert die langfristige Beziehungsarbeit und schränkt die Kontinuität in der Begleitung ein. Personalwechsel und fehlende Expertise wurden als relevante Faktoren für Fehlbewertungen oder unzureichende Unterstützung wahrgenommen.

»Überlastete Jugendämter mit zu wenig Personal, die keine individuellen Lösungen anbieten, auf die betroffenen Mütter jedoch häufig bedrohlich und einschüchternd wirken (Angst das Sorgerecht entzogen zu bekommen oder kontrolliert zu werden, wenn sie bei Überforderung nach Hilfe suchen).«

Herausforderungen therapeutischer Prozesse

Als eine weitere Herausforderung wurde die konkrete therapeutische Arbeit mit gewaltbetroffenen Frauen mit Kindern beschrieben (n = 8). Therapeutische Arbeit wurde als erschwert be-

schrieben, wenn akute Krisen, finanzielle Unsicherheiten oder rechtliche Auseinandersetzungen bestehen. Behandlungsinstabilität und Ausfallrisiken wurden benannt.

»Hohe Stundenausfälle durch die Notwendigkeit, kranke Kinder zu versorgen und Ferien abzapfen sind der Grund, warum viele Kollegen traumatisierte Frauen mit Kindern ungern in Therapie nehmen (Festkosten laufen weiter, Einnahmen kommen nicht, viel mehr Zeit erforderlich für Anträge, etc.).«

Zudem wurde die Herausforderung benannt, zwischen therapeutischer Schweigepflicht und Schutzauftrag abzuwägen. Es wurde darauf verwiesen, dass die potenzielle Gefährdung der Kinder durch das Miterleben von Gewalt von Patient*innen verdrängt wird. Zudem besteht die Sorge, dass eine Therapie nach der Meldung einer Kindeswohlgefährdung abgebrochen werden könnte. Weiterhin wirken sich unsichere Lebensbedingungen und fortbestehende Belastungen destabilisierend auf den Therapieprozess aus.

3.5 HERAUSFORDERUNGEN IN DER VERSORGUNG

Auf die Frage nach bestehenden Herausforderungen in der derzeitigen psychotherapeutischen Versorgung gewaltbetroffener Frauen antworteten 46 der 83 Befragten (55 %). Die qualitativen Antworten wurden thematisch kodiert und kategorisiert. Da einzelne Rückmeldungen mehrere Problembereiche adressierten, waren Mehrfachzuordnungen möglich. Die Ergebnisse zeigen ein Zusammenspiel verschiedener Problemlagen.

Strukturelle Versorgungslücken

Am häufigsten wurden strukturelle Hürden in der psychotherapeutischen Regelversorgung benannt (n = 27). Im Zentrum lagen mangelnde Therapieplatzkapazitäten, lange Wartezeiten,

»Es gibt zu wenig psychotherapeutische und psychiatrische Angebote und zu lange Wartezeiten.«

begrenzte Stundenkontingente sowie restriktive Finanzierungsbedingungen von psychotherapeutischen Leistungen.

Häufig wurde eine „erhebliche Unterversorgung mit freien Therapieplätzen“ benannt. Es wurde beschrieben, dass Anfragen nach ambulanter Traumatherapie die „vorhandenen

Kapazitäten um ein Vielfaches“ übersteigen würden, was eine spezifische Überlastung im Bereich der traumatherapeutischen Versorgung darlegt.

Weitere Rückmeldungen kritisierten die strukturelle Ausgestaltung psychotherapeutischer Behandlung. Vor allem starre Stundenkontingente, begrenzte Verlängerungsmöglichkeiten sowie fehlende flexible Behandlungsmodelle wurden als nicht passend für die Versorgung komplex traumatisierter, gewaltbetroffener Frauen beschrieben. Bei wiederkehrenden Krisenverläufen sollten flexiblere, längerfristige oder intervallartige Behandlungsmodelle anwendbar sein.

Darüber hinaus wurde die Finanzierung psychotherapeutischer Leistungen als strukturelle Barriere benannt. So wurde etwa die unklare oder eingeschränkte Finanzierung spezialisierter Traumatherapie kritisiert. Die zukünftige Ausgestaltung bzw. Sicherung des Fonds Sexueller Missbrauch wurde außerdem als versorgungsrelevant beschrieben.⁸

Hier zeigt sich, dass nicht nur die Anzahl verfügbarer Behandlungsplätze, sondern auch die Refinanzierbarkeit bestimmter Therapieformen sowie die fehlende Flexibilität von Behandlungsmodellen die Versorgung maßgeblich beeinflussen.

⁸ Der Fond Sexueller Missbrauch wird seit 2026 nicht weitergeführt, siehe [Stellungnahme des UBSKM](#).

Zugangshürden zur ambulanten Versorgung

Mehrere Rückmeldungen (n = 4) verwiesen auf spezifische Zugangshürden zur psychotherapeutischen Versorgung bei gewaltbetroffenen Frauen.

So wurde beschrieben, dass Frauen aufgrund multipler Belastungslagen den Weg in die ambulante psychotherapeutische Versorgung nicht oder nur verzögert finden. Neben anhaltenden Gewaltsituationen, existenzieller Unsicherheit oder fehlendem Wohnraum wurden komplexe psychosoziale Problemlagen als Faktoren benannt, die eine Therapieaufnahme erschweren.

»Aufgrund multipler Belastungen finden diese Frauen nicht in die ambulante psychotherapeutische Versorgung.«

Darüber hinaus wurden Informations- und Orientierungshürden thematisiert. Mehrere Aussagen verwiesen auf eine mangelnde Transparenz der Angebotsstruktur sowie auf Schwierigkeiten, geeignete spezialisierte Behandler*innen zu identifizieren.

»Viele kommen nicht deswegen in die Psychotherapie (Scham, etc.), Probleme werden also erst lange später sichtbar, werden in hausärztlichen Praxen etc. kaum erkannt.«

Zudem wurde angemerkt, dass Gewalterfahrungen oft nicht unmittelbar als Behandlungsanlass benannt werden, etwa aufgrund von Scham oder fehlendem Problembewusstsein im medizinischen Erstkontakt. Dadurch kann sich der Zugang zur spezifisch traumasensiblen Versorgung weiter verzögern.

Die Zugangshürden sind somit weniger auf eine fehlende Therapiebereitschaft von Betroffenen zurückzuführen, sondern vielmehr auf strukturelle Barrieren und Intransparenz bezogen auf bestehende Behandlungsangebote und der komplexen psychosozialen Belastungslage.

Fehlende Fachkompetenz zu geschlechtsbasierter Gewalt und Trauma

Ein zentraler Themenbereich betraf aus Sicht der Befragten fachliche Lücken im Umgang mit geschlechtsspezifischer Gewalt und der Behandlung von Traumafolgen (n = 10). Mehrere Rückmeldungen verwiesen darauf, dass Gewaltdynamiken, komplexe Traumafolgestörungen sowie diskriminierungssensible Aspekte bislang nicht systematisch oder nur randständig in der Psychotherapieausbildung verankert sind.

Darüber hinaus wurden fehlende traumaspezifische Kompetenzen sowie Unsicherheiten im Umgang mit belastenden Lebenslagen benannt: Vor allem Herausforderungen im Kontext von Flucht- und Migrationserfahrungen, Rassismuserfahrungen oder anderen Formen struktureller Diskriminierung, die im therapeutischen Prozess angemessen berücksichtigt werden müssten.

»Ausbildungslücken: in der Psychotherapieausbildung haben geschlechtsspezifische Gewaltdynamiken und Sozialisationsbedingungen keinen Raum. Dadurch werden Psychotherapien Betroffenen häufig nur unzureichend gerecht.«

Auch Formulierungen wie „geringe Spezialisierung von den niedergelassenen Psychotherapeut*innen“ oder die Forderung nach „Fortbildungen spezifisch zu diesem Thema“ deuteten an, dass viele Befragte eine stärkere Ausrichtung der Ausbildung auf die Bedarfe von Betroffenen geschlechtsspezifischer Gewalt wünschen.

»Fachpersonal ist nicht genügend ausgebildet und vorbereitet auf folgende Themen: Rassismuserfahrung, Flucht, Migrationshintergrund.«

Die Lücken betreffen somit auch qualitative Aspekte der psychotherapeutischen Versorgung, die nötig sind, um den komplexen Anforderungen der Arbeit mit gewaltbetroffenen und traumatisierten Menschen sensibilisiert begegnen und gerecht werden zu können.

Fehlende Vernetzung und Schnittstellenprobleme

Die fehlende interprofessionelle Zusammenarbeit wurde mehrfach als eine besondere Herausforderung benannt (n = 10). Die Befragten beschrieben eine unzureichende strukturelle Verankerung von Vernetzung, insbesondere zwischen Psychotherapie, Psychiatrie, Frauenhäusern, spezifischen Beratungsstellen, Jugendhilfe, Polizei und Gerichten. Kooperation und Vernetzung wurde häufig nur anlassbezogen und situativ praktiziert, nicht jedoch systematisch und regelmäßig. Ein zentrales Problem stellte dabei die fehlende Finanzierung von interdisziplinärer Zusammenarbeit dar. Hier zeigt sich, dass Kooperation nicht als reguläre, strukturell abgesicherte Versorgungsaufgabe verankert ist, sondern weitgehend vom individuellen Engagement einzelner Fachpersonen abhängt. Zudem wurde eine unzureichende Abstimmung zwischen psychologischer und somatischer Versorgung kritisiert.

»Letztlich findet nur selten Austausch statt, da ambulante Versorgung überlastet ist und die Vergütung für Kooperation und Vernetzung fehlt. Austausch erlebe ich nur im Notfall und Krisen.«

»Die Zusammenarbeit zwischen psychologischer und körperlicher Betreuung ist mangelhaft. Insgesamt gibt es keine Finanzierung und dadurch keine Zeit für konsiliarische Erörterungen oder das gemeinsame Aufstellen von Behandlungsplänen.«

Darüber hinaus verwiesen mehrere Befragte auf fehlende Netzwerke und Austauschformate: „Zu wenig Kooperationsmöglichkeiten, fehlende Netzwerke, fehlende ‚runde Tische‘/ Helfer-konferenzen o.ä.“ Dabei wurde auch die Schwierigkeit benannt, sich in der bestehenden Angebotslandschaft zu orientieren. Es wurde der Wunsch nach einer Bündelung und Sichtbarkeit der Angebote benannt.

Weiter wurde darauf hingewiesen, dass Kooperationspartner*innen nicht immer ausreichend für Gewalt- und Traumadynamiken sensibilisiert sind. Beispielsweise wurden polizeiliche Untersuchungen als für Betroffene potenziell belastend bzw. schädlich beschrieben. Der Austausch mit Kooperationspartner*innen, die nicht ausreichend geschult sind, erfordere einen hohen zeitlichen und personellen Aufwand, wodurch Ressourcen in der Psychotherapie gebunden werden und für die eigentliche Behandlung verloren gehen.

Inhaltlich wurde deutlich, dass Gewaltbetroffenheit häufig komplexe rechtliche, soziale und gesundheitliche Problemlagen umfasst. Ohne koordinierte Zusammenarbeit bleiben Therapeut*innen mit sozialrechtlichen, sicherheitsrelevanten oder behördlichen Fragestellungen allein, was die psychotherapeutische Arbeit erschweren oder verzögern kann. Das geringe Ausmaß gelebter Vernetzung (siehe Kapitel 3.3, S. 6) stand im Widerspruch zu den angegebenen Kooperationsbedarfen der Therapeut*innen. Dies deutet darauf hin, dass eingeschränkte Kooperationen weniger auf mangelnde Bereitschaft der Beteiligten zurückzuführen sind, sondern vielmehr auf strukturelle Rahmenbedingungen wie Zeitmangel, fehlende Finanzierung und unzureichend etablierte oder den Therapeut*innen nicht bekannte Vernetzungsstrukturen.

Fehlende spezialisierte Angebote

Zudem berichteten die Befragten von einer unzureichenden Verfügbarkeit traumasensibler und zielgruppenspezifischer Versorgungsangebote (n = 8). Die Therapeut*innen nehmen die ambulante psychotherapeutische Regelversorgung als nicht ausreichend ausdifferenziert wahr, um den komplexen Bedarfen gewaltbetroffener Frauen* gerecht zu werden. Es wurde darauf hingewiesen, dass ein Fehlen der Angebote die Teilhabe Betroffener am gesellschaftlichen Leben hindere. Insbesondere wird ein Mangel an spezialisierten Einrichtungen für Betroffene sexualisierter Gewalt beschrieben. Dabei wurde deutlich, dass Beratungsangebote nicht als Ersatz für spezifische traumatherapeutische Behandlung verstanden werden.

»Es braucht ein spezialisiertes Therapiezentrum für Betroffene von z.B. sexualisierter Gewalt – gemeint ist nicht Beratung oder Selbsthilfe [...].«

Darüber hinaus wurden fehlende Angebote für trans*, inter* und nicht-binäre Menschen, unzureichende (teil-)stationäre Settings für komplex belastete Patient*innen sowie Versorgungslücken für besonders vulnerable Gruppen (z.B. wohnungslose Frauen oder Betroffene von Folter bzw. ritualisierter Gewalt) benannt.

Die Ergebnisse verweisen auf ein strukturelles Dilemma: Die allgemeine psychotherapeutische Versorgung besteht zwar formal, wird jedoch den Bedarfen hochbelasteter, mehrfach marginalisierter und komplex traumatisierter Frauen sowie TIN*-Personen oft nicht gerecht. Neben dem Ausbau spezialisierter und niedrigschwelliger Angebote ist daher insbesondere die Vernetzung zentral.

Anspruchsvolle Therapieverläufe

Zwei Befragte wiesen darauf hin, dass die Behandlung gewaltbetroffener Frauen häufig sehr komplex ist und im Rahmen einer rein psychotherapeutischen Intervention nur begrenzt zu leisten ist. Beschrieben werden Verläufe mit Krisen, Instabilität, Unterbrechungen sowie einem erhöhten Unterstützungsbedarf.

»Es müsste ein anderes Therapiekonzept und Kontingent geben, bei gesicherter Diagnose auch Möglichkeiten von z.B. Intervalltherapien (ambulant), da es ggf. häufiger zu Krisen und Therapiebedarf kommt.«

Der Verweis auf Intervalltherapien verdeutlichte, dass standardisierte Behandlungslogiken (z.B. kontinuierliche Kurz- oder Langzeittherapie mit festgelegten Kontingenten) aus Sicht der Befragten nicht immer den spezifischen Bedarfen gewaltbetroffener Frauen entsprechen. Wiederkehrende Krisen – etwa im Zusammenhang mit Täterkontakt, Gerichtsverfahren oder unsicheren Lebensumständen – können therapeutische Prozesse destabilisieren und zusätzlichen Unterstützungsbedarf erzeugen.

Zudem wurde beschrieben, dass psychotherapeutische Arbeit teilweise erst möglich ist, nachdem akute soziale, sicherheitsrelevante oder existenzielle Problemlagen geklärt sind. Da Beratungsstellen und Frauenhäuser häufig überlastet sein können, verbleiben entsprechende Aufgaben mitunter auch bei den Psychotherapeut*innen oder psychotherapeutisch tätigen Fachpersonen.

»Oft stoße ich psychotherapeutisch an die Grenze, dass ich inhaltlich kaum arbeiten kann, da ich erst sozialarbeiterisch tätig werden muss.«

Gesellschaftliche und systemische Barrieren

Einige Rückmeldungen thematisierten übergeordnete gesellschaftliche und sozialrechtliche Barrieren, die therapeutische Prozesse beeinträchtigen (n = 4). Diese liegen außerhalb des engeren Gesundheitssystems, wirken jedoch unmittelbar auf die psychische Stabilität der Patient*innen und den Therapieerfolg.

»Finanzierung von Schutzbedürftigen in Frauenhäusern oft unklar und Frauenhäuser überfüllt.«

Die genannten systemischen Barrieren aus Sicht der Befragten zeigten, dass psychotherapeutische Versorgung nicht isoliert betrachtet werden kann. Wohnungsmarkt, Sozialrecht, Opferschutzstrukturen und institutionelle Praxis beeinflussen maßgeblich die Behandlungsbedingungen. Ohne sichere Lebensverhältnisse bleibt Traumatherapie in vielen Fällen begrenzt wirksam.

»Wenn sich eine gewaltbetroffene Frau aus einer Partnerschaft lösen möchte, in der sie weiterhin Gewalt erfährt, braucht sie schnell günstigen Wohnraum. Wenn sie dann nichts findet, stagniert auch der therapeutische Prozess erheblich.«

3.6 BEDARFE AN SENSIBILISIERUNG UND FORTBILDUNGEN

Zur Einschätzung möglicher Fortbildungsbedarfe in der psychotherapeutischen Arbeit mit Betroffenen geschlechtsbezogener Gewalt wurden die Teilnehmenden nach thematischen Fortbildungswünschen befragt.

Die höchste Zustimmung zeigt sich für die folgenden Themenbereiche:

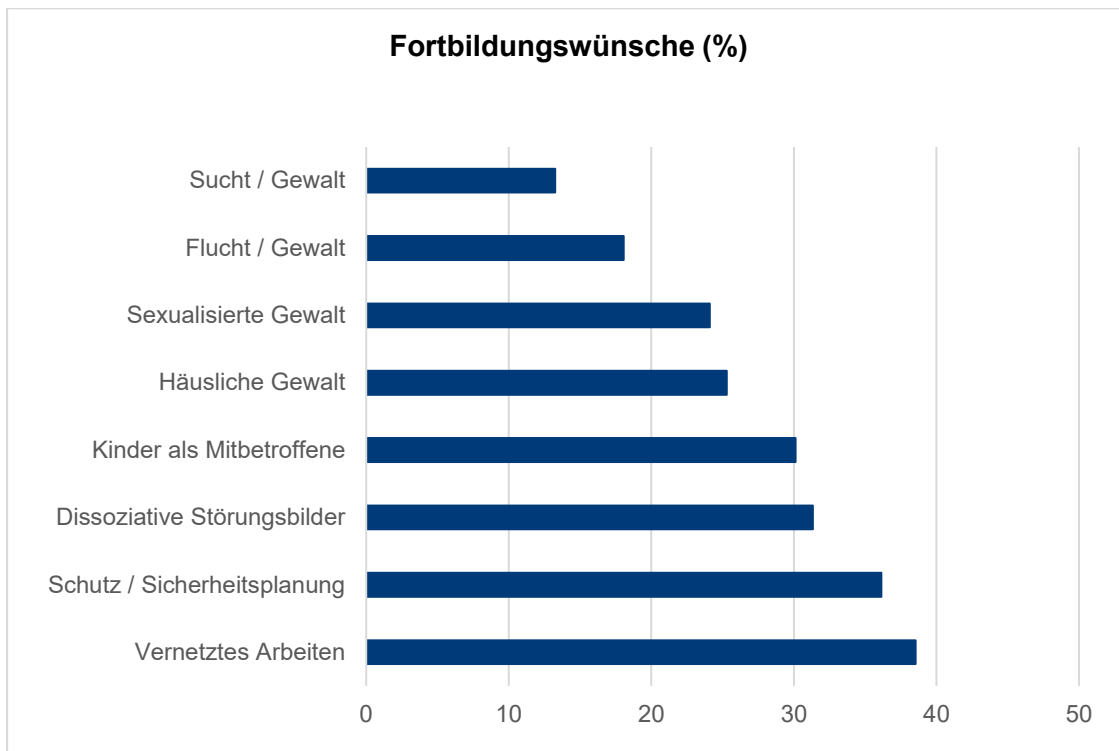
- Vernetztes Arbeiten (39 %; n = 32)
- Schutz- und Sicherheitsplanung (36 %; n = 30)
- Dissoziative Störungsbilder (31 %; n = 26)
- Kinder als Mitbetroffene (30 %; n = 25)

Moderate Zustimmungswerte ergeben sich für:

- Häusliche Gewalt (25 %; n = 21)
- Sexualisierte Gewalt (24 %; n = 20)

Geringere Zustimmungswerte zeigen sich bei:

- Flucht und Gewalt (18 %; n = 15)
- Sucht und Gewalt (13 %; n = 11)



Zusätzlich benannten 15 Teilnehmer*innen weitere Fortbildungswünsche. Diese betreffen insbesondere:

- Gewalt in queeren Kontexten sowie Gewalt gegen nicht-binäre Personen
- juristische Fragestellungen (z. B. Sorgerecht und Umgangsrecht)
- komplexe PTBS und Trauma bei Menschen mit Intelligenzminderung
- feministisches Arbeiten in der Psychotherapie
- Gewalt im Kontext von Diskriminierung (z. B. Rassismus, Antisemitismus, Queerfeindlichkeit)

Einzelne Rückmeldungen relativierten den Bedarf an zusätzlichen Fortbildungen und verwiesen stattdessen auf strukturelle Problemlagen wie Ressourcenknappheit oder berufliche Überlastung.

4. TRAUMANETZ-EMPFEHLUNGEN

Aus den Ergebnissen der Umfrage lassen sich folgende Handlungsempfehlungen ableiten mit dem Ziel, die Versorgung gewaltbetroffener Frauen zu verbessern und bestehende Versorgungslücken in Berlin zu schließen:

1. Ausbau (traumaspezifischer) psychotherapeutischer Kapazitäten in der Regelversorgung

Die Untersuchung zeigt deutlich, dass lange Wartezeiten und begrenzte Therapieplatzkapazitäten zentrale strukturelle Versorgungslücken darstellen. Besonders in der traumatherapeutischen Versorgung von Betroffenen geschlechtsbezogener Gewalt besteht ein erheblicher Mangel an kassenzugelassenen Psychotherapeuten*innen. Vor diesem Hintergrund sind folgende Maßnahmen erforderlich:

- Traumaspezifische Versorgungsbedarfe müssen verbindlich in die regionale Bedarfsplanung der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin einbezogen werden.
- Die Nachbesetzung bestehender Sitze sollte genutzt werden, um traumaspezifische Versorgungsschwerpunkte gezielt zu stärken.
- Die Sonderbedarfszulassung nach § 101 SGB V sollte konsequent genutzt werden, um zusätzliche Kassenzulassungen für traumatherapeutisch qualifizierte Psychotherapeut*innen zu schaffen.
- Es braucht klare und transparente Kriterien, die die Vergabe von Sonderermächtigungen (§101 SGB V) bei nachgewiesenem traumaspezifischem Versorgungsbedarf erleichtern.
- Es sollten gezielte Anreize geschaffen werden, damit Psychotherapeut*innen traumatherapeutische Zusatzqualifikationen erwerben

Die vorgeschlagenen Maßnahmen stehen im Einklang mit der Istanbul-Konvention (Art. 20 und 25), die eine angemessene psychosoziale Versorgung für Gewaltbetroffene verlangt.

2. Geschlechtsbezogene Gewalt als verpflichtenden Bestandteil in Aus- und Weiterbildung von Psychotherapeut*innen systematisch verankern

Die Ergebnisse der Studie weisen auf wahrgenommene Ausbildungslücken hin. Mehrere Befragte berichten, dass geschlechtsbezogene Gewaltdynamiken, komplexe Traumafolgestörungen sowie diskriminierungssensible Aspekte nicht systematisch in der Ausbildung verankert sind. Diese Einschätzung wird durch externe Befunde gestützt: In einer Umfrage unter niedergelassenen Psychotherapeut*innen von 2022 gaben 57 % der Befragten an, kaum oder keine Ausbildungsinhalte zu Gewalt gegen Frauen erhalten zu haben.⁹ Zwar sieht die Muster-Weiterbildungsordnung mittlerweile Anforderungen zum „Erkennen von und Umgang mit Gewalt unter Erwachsenen“ vor,¹⁰ jedoch besteht eine deutliche Lücke zwischen Vorgabe und Umsetzung. Daraus ergeben sich folgende Empfehlungen:

- Verbindliche curriculare Module zu geschlechtsbezogener Gewalt, Trauma und diskriminierungssensibler Versorgung sollten in der Approbationsausbildung verankert und an allen Ausbildungsinstituten umgesetzt werden. Psychotherapeut*innen in Ausbil-

⁹ Kirchner, E. (2022). Gemeinsam gegen Gewalt an Frauen. *Psychotherapie Aktuell*, 14(1), 28–32.

¹⁰ BPTK (2021). [Muster-Weiterbildungsordnung Psychotherapeut*innen](#).

derung müssen gezielt auf die Behandlung Betroffener geschlechtsbezogener Gewalt vorbereitet und in ihrer fachlichen Kompetenz gestärkt werden.

- Traumatherapeutische Methoden sollten in den Richtlinienverfahren der Psychotherapie stärker berücksichtigt werden
- Die Psychotherapeutenkammer Berlin sollte den Ausbau zertifizierter Fort- und Weiterbildungsangebote in diesem Bereich weiter vorantreiben.

Die systematische Verankerung von Gewalt und Traumafolgen in der Aus- und Weiterbildung von Psychotherapeut*innen dient nicht nur einer bedarfsgerechten Versorgung, sondern auch der Prävention sekundärer Traumatisierung. Fundierte Kenntnisse zu Gewaltdynamiken, professioneller Abgrenzung, Selbstfürsorge sowie zum Umgang mit Therapieabbrüchen oder Kontakten mit Tatpersonen stärken die Handlungssicherheit von Therapeut*innen und reduzieren das Risiko emotionaler Überlastung im Behandlungsprozess.

3. Weiterentwicklung der Komplexversorgung und flexibler Behandlungsmodelle

Die Ergebnisse zeigen, dass starre Stundenkontingente und regulative Begrenzungen bei der Behandlung komplex traumatisierter Frauen häufig nicht bedarfsgerecht sind. Insbesondere bei komplexer PTBS oder multiplen psychosozialen Belastungen reichen standardisierte Behandlungsmodelle oft nicht aus. Die seit 2021 bestehende Komplexversorgungsrichtlinie (KSVPsych-RL) bietet zwar ein Instrument zur multiprofessionellen Versorgung schwer psychisch erkrankter Menschen, ist in der Praxis jedoch durch erhebliche Umsetzungsbarrieren (Netzwerkbildung, Dokumentationsaufwand, Koordinationsstrukturen) eingeschränkt. Daher wird empfohlen:

- Administrative Hürden bei der Gründung regionaler Netzverbände und der Umsetzung der Komplexversorgungsrichtlinie sollten abgebaut werden.
- Koordinationsleistungen und Fallkonferenzen müssen verlässlich refinanziert werden.
- Für die Behandlung komplexer Traumafolgestörungen sollten flexiblere Stundenkontingente ermöglicht werden.
- Sozialarbeiterische und juristische Unterstützungsangebote sollten in multiprofessionelle Versorgungsmodelle integriert werden.
- Ambulante, teilstationäre und stationäre Angebote sollten stärker miteinander verzahnt werden.

Innovative Behandlungsansätze, etwa internetgestützte Therapieverfahren, sollten gezielt gefördert und finanziell abgesichert werden, um gewaltbetroffenen Frauen auch bei eingeschränkter Mobilität infolge von Symptomatik oder multiplen Belastungslagen (z.B. fehlender Kinderbetreuung) einen niedrighschwelligen Zugang zur Versorgung zu ermöglichen.

4. Versorgungs- und Finanzierungsstrukturen für Mütter und mitbetroffene Kinder stärken

Es zeigt sich, dass Angebote für mitbetroffene Kinder sowie verbindliche gewaltsensible Standards in Jugendhilfe und familiengerichtlichen Verfahren fehlen. Psychotherapeutische Behandlung ist vielfach erst möglich, wenn Sicherheitsfragen, Täterkontakt und existenzielle Belastungen geklärt sind. Daraus ergeben sich folgende versorgungs- und gesundheitspolitische Handlungserfordernisse:

- Die Finanzierung familienbezogener Leistungen im SGB V sollte erweitert werden. Da familientherapeutische Interventionen im GKV-System bislang nur begrenzt abrechenbar sind, braucht es eigenständige Abrechnungsziffern für familienorientierte traumaisensible Interventionen.
- Verbindliche gewaltsensible Fortbildungs- und Prüfstandards sollten für Jugendämter und Familiengerichte eingeführt werden.¹¹
- Niedrigschwellige Unterstützungsangebote für Kinder müssen strukturell abgesichert werden. Zudem sollte die Finanzierung von Kinderbetreuung im Kontext psychotherapeutischer Behandlung im ambulanten wie stationären Setting gewährleistet werden.

5. Förderung interdisziplinärer Vernetzung und Zusammenarbeit

Die Umfrage zeigt erhebliche Kooperations- und Schnittstellenprobleme. Gleichzeitig äußern die Befragten einen deutlichen Bedarf an stabileren Vernetzungsstrukturen. Um dies zu ermöglichen, sind folgende Maßnahmen erforderlich:

- Regionale Netzwerke sollten institutionell verankert und mit klaren Ansprechpersonen ausgestattet sein.
- Verbindliche Austauschformate (z.B. „Runde Tische“) sollten eingerichtet und transparent gemacht werden.
- Zentrale, transparent zugängliche Datenbanken zu bestehenden Angeboten sollten aufgebaut werden.
- Gewaltschutz- und Beratungsstellen sollten verbindlich in regionale Versorgungsplanung eingebunden werden.
- Ein sicheres Netzwerk und psychosoziale Unterstützungsangebote für Psychotherapeut*innen in der Arbeit mit Betroffenen von geschlechtsbezogener Gewalt sollten etabliert werden, um Belastungen entgegenzuwirken.

6. Verlässliche Sicherung und Zugang zu Finanzierungsinstrumenten

Die Rückmeldungen der Umfrage thematisieren Unsicherheiten bei der Finanzierung spezialisierter traumatherapeutischer Leistungen, insbesondere im Kontext ergänzender Hilfsfonds. Gleichzeitig werden vorhandenen Finanzierungsmöglichkeiten, wie das Kostenerstattungsverfahren nach §13 Absatz 3 SGB V zunehmend restriktiv gehandhabt. Zudem ist Betroffenen dieses Verfahren häufig nicht bekannt oder es kommt nach einem aufwändigen Antragsprozess vermehrt zu Ablehnungen. Daraus ergeben sich folgende Empfehlungen:

- Die Kostenerstattungsverfahren für approbierte, nicht kassenzugelassene Psychotherapeut*innen sollten vereinfacht und verlässlich bewilligt werden.
- Ergänzende Finanzierungsinstrumente (z.B. Fonds Sexueller Missbrauch) sollten transparent und dauerhaft abgesichert werden.

¹¹ Entsprechend den Empfehlungen des Deutschen Instituts für Menschenrechte und der GREVIO-Berichte.

IMPRESSUM

Fachstelle Traumanetz Berlin (S.I.G.N.A.L. e.V.)
 Grüntaler Straße 1, 13357 Berlin
 Tel. 030 - 5461 7111
 E-Mail: traumanetz@signal-intervention.de
 Web: traumanetz.signal-intervention.de

Ergebnisse der Umfrage zur psychotherapeutischen Versorgung gewaltbetroffener Frauen in Berlin
 Autor*innen: M.A. Lara Broicher, Dr. phil. Silke Schwarz, M.A. Julia Zarth.
 Grafikdesign & Gestaltung des Factsheets: Lala Miñoso
 Erscheinungsjahr: 2026