



---

## Sachstand

---

### **Posttraumatische Belastungsstörung**

Zahlen sowie Aspekte geschlechtsspezifischer Behandlungsangebote

**Posttraumatische Belastungsstörung**

Zahlen sowie Aspekte geschlechtsspezifischer Behandlungsangebote

Aktenzeichen: WD 9 - 3000 - 069/16  
Abschluss der Arbeit: 07. Dezember 2016  
Fachbereich: WD 9: Gesundheit, Familie, Senioren, Frauen und Jugend

---

Die Wissenschaftlichen Dienste des Deutschen Bundestages unterstützen die Mitglieder des Deutschen Bundestages bei ihrer mandatsbezogenen Tätigkeit. Ihre Arbeiten geben nicht die Auffassung des Deutschen Bundestages, eines seiner Organe oder der Bundestagsverwaltung wieder. Vielmehr liegen sie in der fachlichen Verantwortung der Verfasserinnen und Verfasser sowie der Fachbereichsleitung. Arbeiten der Wissenschaftlichen Dienste geben nur den zum Zeitpunkt der Erstellung des Textes aktuellen Stand wieder und stellen eine individuelle Auftragsarbeit für einen Abgeordneten des Bundestages dar. Die Arbeiten können der Geheimschutzordnung des Bundestages unterliegende, geschützte oder andere nicht zur Veröffentlichung geeignete Informationen enthalten. Eine beabsichtigte Weitergabe oder Veröffentlichung ist vorab dem jeweiligen Fachbereich anzuzeigen und nur mit Angabe der Quelle zulässig. Der Fachbereich berät über die dabei zu berücksichtigenden Fragen.

---

## Inhaltsverzeichnis

<b>1.</b>	<b>Einleitung</b>	<b>4</b>
<b>2.</b>	<b>Zahlen</b>	<b>6</b>
2.1.	Patientenzahlen mit PTBS im Rahmen der stationären Versorgung	6
2.2.	Kosten für die Behandlung einer psychischen Störung bzw. einer PTBS	7
2.3.	Suizidrate	8
<b>3.</b>	<b>Geschlechtsspezifische Behandlungsangebote</b>	<b>9</b>
3.1.	Leitlinien in Oberbayern und Bremen	10
3.1.1.	Oberbayern	10
3.1.2.	Bremen	11
3.2.	Stationäre geschlechtsspezifische Behandlungsangebote	12
3.3.	Niedrigschwellige Angebote	13
3.4.	Niedergelassene Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten	15

## 1. Einleitung

Eine posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) ist eine psychische Erkrankung<sup>1</sup> als mögliche Folgereaktion eines oder mehrerer traumatischer Ereignisse. Hierzu können z. B. zählen: Das Erleben von körperlicher und sexualisierter Gewalt, auch in der Kindheit, Vergewaltigung, gewalttätige Angriffe auf die eigene Person, Entführung, Geiselnahme, Terroranschlag, Krieg, Kriegsgefangenschaft, politische Haft, Folterung, Gefangenschaft in einem Konzentrationslager, Natur- oder durch Menschen verursachte Katastrophen, Unfälle oder die Diagnose einer lebensbedrohlichen Krankheit, die an der eigenen Person, aber auch an anderen Personen erlebt werden können<sup>2</sup>. Laut der medizinischen Leitlinie Posttraumatische Belastungsstörung der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e. V. (AWMF)<sup>3</sup> ist eine PTBS geprägt durch:

- sich aufdrängende, belastende Gedanken und Erinnerungen an das Trauma oder Erinnerungslücken (Bilder, Alpträume, Flashbacks, partielle Amnesie)
- Übererregungssymptome (Schlafstörungen, Schreckhaftigkeit, vermehrte Reizbarkeit, Affektintoleranz, Konzentrationsstörungen)
- Vermeidungsverhalten (Vermeidung traumaassoziierter Stimuli) und emotionale Taubheit (allgemeiner Rückzug, Interesseverlust, innere Teilnahmslosigkeit).

Wer Opfer einer vorsätzlichen Gewalttat wird und dadurch eine gesundheitliche Schädigung z. B. in Form einer PTBS erleidet, kann einen Anspruch auf Opferentschädigung nach dem Gesetz über die Entschädigung für Opfer von Gewalttaten<sup>4</sup> (OEG) geltend machen. Voraussetzung ist, dass zwischen der Gewalttat und der PTBS eine hinreichende Wahrscheinlichkeit für einen

---

1 Siehe hierzu die internationale statistische Klassifikation der Krankheiten, abrufbar über das Deutsche Institut für Medizinische Dokumentation und Information unter: <http://www.dimdi.de/static/de/klassi/icd-10-gm/kode-suche/onlinefassungen/htmlgm2014/block-f40-f48.htm#F43> (Stand: 02. Dezember 2016).

2 So die Definition der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e. V. (AWMF). Die AWMF-Fachgesellschaften sind die Deutschsprachige Gesellschaft für Psychotraumatologie (DeGPT), die Deutsche Gesellschaft für Psychotherapeutische Medizin und ärztliche Psychotherapie (DGPM), das Deutsche Kollegium für Psychosomatische Medizin (DKPM), die Deutsche Gesellschaft für Psychologie (DGPs), die Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) und die Deutsche Gesellschaft für Psychoanalyse, Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie (DGPT), vgl. Flatten, G/Gast, U/ Hofmann, A/Knaevelsrud, Ch/Lampe, A./Liebermann, P/Maercker, A/Reddemann, L/Wöller, W (2011): S3 - Leitlinie Posttraumatische Belastungsstörung, Trauma & Gewalt 3: 202-210, S. 4, abrufbar unter: [http://www.awmf.org/uploads/tx\\_szleitlinien/051-010l\\_S3\\_Posttraumatische\\_Belastungsstoerung\\_2012-abge-laufen.pdf](http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/051-010l_S3_Posttraumatische_Belastungsstoerung_2012-abge-laufen.pdf) (Stand: 2. Dezember 2016).

3 Die AWMF-Fachgesellschaften haben sich an der Leitlinie Posttraumatische Belastungsstörung, Trauma & Gewalt 3: 202-210 beteiligt, siehe Fn. 2.

4 Opferentschädigungsgesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 7. Januar 1985 (BGBl. I S. 1), das zuletzt durch Artikel 3 des Gesetzes vom 20. Juni 2011 (BGBl. I S. 1114) geändert worden ist.

ursächlichen Zusammenhang besteht<sup>5</sup>. Ausgeglichen werden die gesundheitlichen und wirtschaftlichen Folgen.

Die Lebenszeitprävalenz für PTBS in der Allgemeinbevölkerung liegt in Deutschland nach einer Darstellung zwischen 1,5 Prozent und 2,3 Prozent<sup>6</sup>. Nach anderer Einschätzung wird die Wahrscheinlichkeit bei Frauen, zu irgendeinem Zeitpunkt ihres Lebens an PTBS zu erkranken, auf 10 bis 12 Prozent und bei Männern auf 5 bis 6 Prozent geschätzt<sup>7</sup>. Nach einer weiteren Auffassung ist davon auszugehen, dass doppelt so viele Frauen wie Männer an einer PTBS erkranken<sup>8</sup>. Im Bereich der PTBS lassen sich weitere geschlechtsspezifische Unterschiede feststellen. So werden weibliche Frauen häufiger Opfer von Vergewaltigung und sexuellem Missbrauch, während Männer oftmals Opfer von körperlicher Gewalt werden<sup>9</sup>. Auch die Verhaltensweisen weisen auf geschlechtsspezifische Unterschiede hin. So neigen traumatisierte Jungen und Männer dazu, gewalttätig gegen andere zu werden, während traumatisierte Mädchen und Frauen dazu neigen, gewalttätig gegen sich selbst zu werden<sup>10</sup>.

- 
- 5 Urteil des Bundessozialgerichts vom 12. Juni 2003, B 9 VG 1/02 R, abrufbar unter: <https://sozialgerichtsbarkeit.de/sgb/esgb/show.php?modul=esgb&id=15006> (Stand: 2. Dezember 2016).
  - 6 In der Leitlinie Posttraumatische Belastungsstörung, Trauma & Gewalt, S. 4, siehe Fn. 2, wird von 1,5 bis 2 Prozent ausgegangen; Knaevelsrud, Christine, Freie Universität Berlin, Behandlungszentrum für Folteropfer geht von einer Prävalenz von 2,3 Prozent aus, Vortrag: Gute Praxis psychotherapeutische Versorgung: „Posttraumatische Belastungsstörungen und andere Traumafolgestörungen“, 2013, Berlin, abrufbar unter: [http://www.bptk.de/uploads/media/20130829\\_knaevelsrud\\_gute-praxis-ptbs.pdf](http://www.bptk.de/uploads/media/20130829_knaevelsrud_gute-praxis-ptbs.pdf) (Stand: 2. Dezember 2016) .
  - 7 Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Charité – Universitätsmedizin Berlin, abrufbar unter: [https://psychiatrie.charite.de/patienten/krankheitsbilder/krankheitsbilder/posttraumatische\\_belastungsstoerungen\\_ptbs/](https://psychiatrie.charite.de/patienten/krankheitsbilder/krankheitsbilder/posttraumatische_belastungsstoerungen_ptbs/) (Stand: 2. Dezember 2016).
  - 8 Gutgesell/Katrin, Gender im Mainstream der sozialpsychiatrischen Versorgung?! Eine qualitative Erhebung zu Theorie und Praxis von Gender Mainstreaming, Masterarbeit 2011, S. 71 in Anlehnung an Wagner-Link/Angelika, Frauen und Männer. Gender in der Psychotherapie, 2009, S. 134 ff.
  - 9 Huber, Michaela, Psychologische Psychotherapeutin und Vorsitzende der Deutschen Gesellschaft für Trauma und Dissoziation, Präsentation, 2007, abrufbar unter: [http://www.michaela-huber.com/files/vortraege/geschlechtsspezifische\\_unterschiede\\_070217.pdf](http://www.michaela-huber.com/files/vortraege/geschlechtsspezifische_unterschiede_070217.pdf) (Stand 02. Dezember 2016); zur Thematik, dass Männer mit der Ausnahme von Sexualstraftaten als Opfer, insbesondere bei gefährlicher und schwerer Körperverletzung, in der Überzahl sind, Bundeszentrale für politische Bildung, Gewalt im Geschlechterverhältnis, abrufbar unter: <http://www.bpb.de/apuz/27889/maenner-als-opfer-von-gewalt?p=all> <http://www.bpb.de/apuz/27889/maenner-als-opfer-von-gewalt?p=all> (Stand: 2. Dezember 2016).
  - 10 Huber, Michaela, Psychologische Psychotherapeutin und Vorsitzende der Deutschen Gesellschaft für Trauma und Dissoziation, Präsentation, 2007, abrufbar unter: [http://www.michaela-huber.com/files/vortraege/geschlechtsspezifische\\_unterschiede\\_070217.pdf](http://www.michaela-huber.com/files/vortraege/geschlechtsspezifische_unterschiede_070217.pdf) (Stand 2. Dezember 2016); zu männlichen und weiblichen Wegen der Traumaverarbeitung siehe auch Sack, Martin/Sachsse, Ulrich/Schellong, Julia, Komplexe Traumafolgestörungen. Diagnostik und Behandlung von Folgen schwerer Gewalt und Vernachlässigung, 2013, S. 397 ff.

Die Große Koalition hat zu Beginn dieser Wahlperiode der Thematik Geschlechtermedizin<sup>11</sup> einen besonderen Stellenwert eingeräumt. Die Patienten sollen in den Mittelpunkt gestellt und neue Initiativen für die Geschlechtermedizin auch unter dem Gesichtspunkt der Prävention und Gesunderhaltung gestartet werden<sup>12</sup>. So wurde durch das Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention (PrävG) vom 17. Juli 2015<sup>13</sup> mit dem neu geschaffenen § 2b in das Sozialgesetzbuch Fünftes Buch - Gesetzliche Krankenversicherung<sup>14</sup> (SGB V) - eine neue Regelung, Geschlechtsspezifische Besonderheiten bei Leistungen, eingefügt.

Der vorliegende Sachstand geht zunächst auftragsgemäß auf Patientenzahlen mit PTBS im Rahmen der stationären Versorgung, auf die Kosten für die Behandlung einer psychiatrischen Störung bzw. einer PTBS sowie die allgemeine Suizidrate ein. Anschließend werden Leitlinien für eine geschlechtergerechte psychiatrische Versorgung aufgeführt, bestehende geschlechtsspezifische Behandlungsangebote im Bereich der stationären Versorgung sowie im Bereich der niedrigschwelligen Angebote und die Sachlage bei den niedergelassenen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten vorgestellt.

## 2. Zahlen

### 2.1. Patientenzahlen mit PTBS im Rahmen der stationären Versorgung

Der Krankenhausdiagnosestatistik - Diagnosedaten der Krankenhäuser ab 2000 (Eckdaten der vollstationären Patienten und Patientinnen) - im Rahmen der Gesundheitsberichterstattung des Bundes

#### Anlage 1

können Fallzahlen zu männlichen und weiblichen Patienten bzw. Patientinnen mit PTBS und vollstationärer Aufnahme für die Jahre 2000 bis 2014 entnommen werden. Die Krankenhausdiagnosestatistik ist eine Vollerhebung von Patientinnen und Patienten, die im jeweiligen Berichtsjahr aus der vollstationären Behandlung eines Krankenhauses entlassen wurden. Erfasst wird die Hauptdiagnose der Krankenhauspatientinnen und -Patienten. Während im Jahr 2000 die Anzahl der Patientinnen mit PTBS bei 2.697 und der Patienten bei 1.192 lag, waren es im Jahr 2014 8.679

- 
- 11 Geschlechtermedizin bzw. Gendermedizin ist ein Fachgebiet der Medizin, das die systematische, evidenzbasierte Untersuchung von Geschlechterunterschieden oder -gemeinsamkeiten verfolgt, vgl. die Medizinische Fakultät der Universität Ulm, abrufbar unter: <http://fakultaet.medizin.uni-ulm.de/studium-lehre/studiengaenge/humanmedizin/medulm/gender-medicine/> (Stand: 2. Dezember 2016).
  - 12 Koalitionsvertrag „Deutschlands Zukunft gestalten“, S. 33, abrufbar unter: <https://www.bundesregierung.de/Content/DE/Anlagen/2013/2013-12-17-koalitionsvertrag.pdf?blob=publicationFile> (Stand: 2. Dezember 2016).
  - 13 BGBI. I S. 1368.
  - 14 Das Fünfte Buch Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Krankenversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 20. Dezember 1988, BGBI. I S. 2477, 2482), das durch Artikel 2 des Gesetzes vom 11. Oktober 2016 (BGBI. I S. 2233) geändert worden ist.

Patientinnen und 3.456 Patienten. Die Anzahl der weiblichen Patientinnen mit PTBS ist im zeitlichen Verlauf durchgängig mehr als doppelt so hoch und in den Jahren 2005 bis 2010 dreimal so hoch wie die Anzahl der männlichen Patienten.

Die vom Spitzenverband der Gesetzlichen Krankenkassen (GKV-Spitzenverband) erstellte Übersicht, Stationäre GKV-Fälle mit der Hauptdiagnose F431 (Posttraumatische Belastungsstörung) und Entlassung im Jahre 2015 ohne Kinder- und Jugendpsychiatrie,

## **Anlage 2**

weist aus, dass vollstationäre Behandlungen zu 76 Prozent Frauen, teilstationäre Behandlungen sogar zu 81 Prozent Frauen betreffen.

### **2.2. Kosten für die Behandlung einer psychischen Störung bzw. einer PTBS**

Auf Grundlage der Krankheitskostenrechnung des Statistischen Bundesamtes werden die Krankheitskosten nach Alter, Geschlecht und Einrichtungen des Gesundheitswesens nachgewiesen. Eine zusätzliche Gliederung der Kosten nach Diagnosen wird entsprechend der internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme vorgenommen<sup>15</sup>. Die Kosten von psychischen Krankheiten und Verhaltensstörungen wurden dabei zusammengefasst und können für die Jahre 2002, 2004, 2006 sowie 2008 der

## **Anlage 3,**

Statistisches Bundesamt, Krankheitskosten: Deutschland, Jahre, Krankheitsdiagnosen (ICD-10), Geschlecht, Altersgruppen, Wiesbaden 2016, entnommen werden. Eine weitere Untergliederung, nach der die Behandlungskosten einer PTBS ausgewiesen werden, liegt dem Statistischen Bundesamt nicht vor. Eine Berechnung der Durchschnittswerte ergibt, dass die Behandlungskosten für männliche Patienten höher ausfallen als die Kosten für weibliche Patientinnen. So betragen die durchschnittlichen Behandlungskosten für psychische Krankheiten und Verhaltensstörungen im Jahr 2008 für männliche Patienten ca. 10.403 Euro (für das Jahr 2006 ca. 10.198 Euro) und für weibliche Patientinnen ca. 7.976 Euro (für das Jahr 2006 ca. 8.051 Euro), während der Durchschnittswert für den gesamten Patientenkreis ca. 8.874 (für das Jahr 2006: 8.841 Euro) beträgt. Die nächste Veröffentlichung ist für Herbst 2017 geplant.

---

15 Siehe hierzu die internationale statistische Klassifikation der Krankheiten, ICD-10-GM, Kapitel V, Psychische und Verhaltensstörungen (F00-F99), abrufbar über das Deutsche Institut für Medizinische Dokumentation und Information unter: <http://www.dimdi.de/static/de/klassi/icd-10-gm/kodesuche/onlinefassungen/htmlgm2014/block-f40-f48.htm#F43> (Stand: 2. Dezember 2016).

---

Ein anderes Zahlenverhältnis zeigt die Übersicht der GKV, Stationäre GKV-Fälle mit der Hauptdiagnose F431 (Posttraumatische Belastungsstörung) und Entlassung im Jahre 2015

**Anlage 4,**

die durchschnittliche Ausgaben zu voll- und teilstationären GKV-Fällen mit der Hauptdiagnose PTBS und Entlassung im Jahr 2015<sup>16</sup> enthält. Die durchschnittlichen Behandlungskosten für den Fall einer in der Allgemeinen Psychiatrie behandelten Patientin liegen danach bei 8.594 Euro und bei einem Patienten bei 7.204 Euro und damit bei Patientinnen um etwa 1.400 Euro höher als bei Patienten. Entsprechend beträgt auch die durchschnittliche Verweildauer in dem Bereich bei Patientinnen sechs Tage mehr als bei Patienten.

Bei den vom GKV-Spitzenverband zusammengestellten vertragsärztlichen Fällen des Jahres 2014 der Psychotherapeuten

**Anlage 5**

fallen die Unterschiede bezüglich der Behandlungskosten mit gesicherter Diagnose PTBS zwischen Frauen und Männern wesentlich geringer aus. So liegen die durchschnittlichen Kosten im Jahr für Patientinnen bei 1069 Euro und bei Patienten bei 934 Euro<sup>17</sup>.

### 2.3. Suizidrate

Die Anzahl der Sterbefälle aufgrund vorsätzlicher Selbstschädigung, auch je 100.000 Einwohner sowie unterteilt in Geschlechter, können der im Rahmen der Gesundheitsberichterstattung des Bundes erstellten Übersicht Sterbefälle, Sterbeziffern (je 100000 Einwohner altersstandardisiert). Gliederungsmerkmale: Jahre, Region, Alter, Geschlecht, Nationalität, ICD-9, Art der Standardisierung, hier: Selbsttötung und Selbstschädigung für die Jahre 1980 bis 1997

**Anlage 6**

und für die Jahre 1998 bis 2014 der

**Anlage 7**

entnommen werden. Im Jahr 1980 starben 11.789 Männer und 6.662 Frauen, im Jahr 2014 7.624 Männer und 2.585 Frauen an einem Suizid. Die männlichen Sterbefälle liegen dabei durchweg wesentlich höher, mindestens doppelt so hoch, seit 1998 dreimal so hoch wie die weiblichen Sterbefälle. Über die Jahre hinweg sind die Sterbefälle deutlich gesunken. So sank die Rate für

---

16 Nach Auskunft des GKV-Spitzenverbandes ist die Dokumentation der Behandlungen bei vielen Krankenhäusern allerdings noch unzureichend.

17 Die Kosten je Behandlungsfall in Anlage 5 beziehen sich auf ein Kalendervierteljahr (vgl. § 21 Bundesmantelvertrag-Ärzte).

die männlichen Sterbefälle je 100.000 Einwohner von 31,6 im Jahr 1980 auf 19,2 im Jahr 2014 und die Rate für die weiblichen Sterbefälle von 16,2 im Jahr 1980 auf 6,3 im Jahr 2014<sup>18</sup>.

Daten zur Suizidrate bei Personen mit PTBS werden nicht erfasst. Nach dem WHO-Bericht Preventing suicide – A global imperative<sup>19</sup>, veröffentlicht 2014, wird davon ausgegangen, dass in Ländern mit hohem Einkommen bis zu 90 Prozent der Menschen, die durch Selbstmord sterben, unter einer psychischen Störung gelitten haben. Der Deutsche Bundestag hat sich im Rahmen einer öffentlichen Anhörung zum Thema Suizidprävention im Oktober 2015 auch mit der Frage zu den Gründen eines Suizids befasst<sup>20</sup>. Dabei wurde von verschiedenen Sachverständigen die Problematik der psychischen Situation, im Zusammenhang mit Flüchtlingen auch vor dem Hintergrund von Traumatisierung angesprochen.

### 3. Geschlechtsspezifische Behandlungsangebote

Verbindliche Regelungen, ab wann eine geschlechtsspezifische Behandlung der PTBS angeboten werden müsste, bestehen nicht. § 2b SGB V, wonach bei den Leistungen der Krankenkassen geschlechtsspezifischen Besonderheiten Rechnung zu tragen ist, zielt darauf ab, geschlechtsspezifische Besonderheiten zu berücksichtigen, „die sich aus der Frauen- und Männergesundheitsforschung [...] und aus der Etablierung entsprechender medizinischer Behandlungsleitlinien ergeben“, so die Begründung zum Gesetzesentwurf<sup>21</sup>. Dies bedeute, so weiter die Begründung, dass geschlechtsspezifische Besonderheiten insbesondere bei der Prävention und der Krankenbehandlung zu beachten seien. In der Kommentarliteratur wird zu bedenken gegeben, dass der Wortlaut des § 2b SGB V sehr allgemein gehalten ist und einen Programmsatz darstelle<sup>22</sup>. Einer weiteren Auffassung<sup>23</sup> nach richtet sich die in § 2b SGB V enthaltene Vorgabe, geschlechtsspezifischen Besonderheiten Rechnung zu tragen, insbesondere an den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA, vgl. § 91 SGB V) bei der Fassung von Beschlüssen und der Erstellung von Richtlinien zur

---

18 Zahlen für das Jahr 2015 werden voraussichtlich im Januar 2017 veröffentlicht.

19 WHO-Bericht Preventing suicide – A global imperative, 2014, S. 40, abrufbar unter: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/131056/1/9789241564779\\_eng.pdf?ua=1&ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/131056/1/9789241564779_eng.pdf?ua=1&ua=1) (Stand: 02. Dezember 2016). Der WHO mortality database, letztes Update im November 2015, abrufbar über <http://apps.who.int/healthinfo/statistics/mortality/whodpms/> (Stand: 2. Dezember 2016), sind keine Angaben über eine Suizidrate bei Personen mit PTBS zu entnehmen.

20 Wortprotokoll der 56. Sitzung, Ausschuss für Gesundheit, Tagesordnung – Öffentliche Anhörung, abrufbar unter <https://www.bundestag.de/blob/393504/e37fbccba52d52b3516b0cf5713875fa/protokoll-data.pdf> (Stand: 2. Dezember 2016); der Anhörung zugrundeliegender Antrag, Suizidprävention verbessern und Menschen in Krisen unterstützen, Drs. 18/5104, 10. Juni .2015, abrufbar unter: <http://dip21.bundestag.de/dip21/btd/18/051/1805104.pdf> (Stand: 2. Dezember 2016). Im Antrag wird von einem erhöhten Suizidrisiko bei Menschen mit psychischen Erkrankungen (ca. 65.90 % aller Suizide) ausgegangen.

21 Gesetzesentwurf der Bundesregierung für ein Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention (PrävG), BT-Drs. 18/4282, S. 32, abrufbar über den Deutschen Bundestag unter: <https://dip21.bundestag.de/dip21/btd/18/042/1804282.pdf> (Stand: 2. Dezember 2016).

22 Peters in: Kasseler Kommentar zum Sozialversicherungsrecht, SGB V, 2016, § 2b, Rn. 3.

23 Bittner in: Schlegel/Voelzke, jurisPK-SGB V, 3. Aufl. 2016, § 2b SGB V, Rn. 8.

Qualitätssicherung in der ambulanten und stationären Versorgung<sup>24</sup>. Seitens des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) sind im Bereich geschlechtsspezifischer PTBS-Behandlungsmethoden derzeit keine Maßnahmen geplant. Dass die medizinische Leitlinie der AWMF Posttraumatische Belastungsstörung keine geschlechtsspezifischen diagnostischen oder therapeutischen Empfehlungen enthalte, lasse vermuten, dass es bis zur Fertigstellung dieser Leitlinie im Jahr 2009 keine oder keine ausreichende Evidenz für geschlechtsspezifisch unterschiedliche Empfehlungen zur Diagnostik und Therapie gegeben habe<sup>25</sup>. Die medizinische Leitlinie wird derzeit überarbeitet; Neuerungen im Sinne geschlechtsspezifischer Behandlungsmethoden sind dabei nicht geplant<sup>26</sup>. In Oberbayern und in Bremen wurden Leitlinien für eine geschlechtergerechte psychiatrische Versorgung entwickelt. Im Bereich der stationären Versorgung und bei den niedrigschwelligen Angeboten sind konkrete geschlechtsspezifische Maßnahmen vorhanden. Es wird teilweise aber auch betont, dass bei der psychiatrischen Versorgung gewaltbetroffener Frauen und Kinder geschlechtsspezifische, gewaltsensible ambulante und stationäre Therapieangebote fehlen<sup>27</sup>. Gefordert wird danach, dass Konzepte für eine spezialisierte therapeutische Versorgung psychisch besonders belasteter gewaltbetroffener Frauen und ihrer Kinder entwickelt und dabei erprobte Konzepte geschlechtsspezifischer, traumabezogener Therapien einbezogen und spezialisierte Fortbildungen angeboten werden.

### 3.1. Leitlinien in Oberbayern und Bremen

#### 3.1.1. Oberbayern

Anfang 2002 bildete sich eine Arbeitsgruppe, an der Einrichtungen der Suchthilfe, der psychiatrischen Versorgung sowie die Verwaltung beteiligt waren. Ziel war die Erstellung von Leitlinien zur Umsetzung von Gender Mainstreaming in der psychiatrischen Versorgung, um so eine bedarfsgerechtere Versorgung zu erreichen. Die 2008 fertig gestellten Leitlinien zur Einführung in Einrichtungen/Diensten der Suchthilfe und der psychiatrischen Versorgung in Oberbayern<sup>28</sup> enthalten Grundlagen und Zielvorstellungen des Gender Mainstreaming, Voraussetzungen für die Umsetzung sowie insbesondere konkrete fachliche Anforderungen an die Gestaltung der Hilfeplanung. Diese Anforderungen an die Gestaltung der Hilfeplanung sind u. a.:

---

24 Siehe hierzu auch die Ausführungen unter Gliederungspunkt 3.4. Niedergelassene Psychotherapeuten.

25 Auskunft des BMG vom 28. November 2016.

26 Auskunft der DeGPT e. V. vom 28. November 2016.

27 Positionspapier des Arbeitskreises Frauengesundheit in Medizin, Psychotherapie und Gesellschaft e. V., abrufbar über die von der Berliner Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales finanziell geförderte Einrichtung S.I.G.N.A.L. e.V., Träger der Koordinierungs- und Interventionsstelle zur Förderung und Weiterentwicklung der Intervention in der Gesundheitsversorgung bei häuslicher und sexualisierter Gewalt: [http://signal-intervention.de/download/AKF\\_Erklaerung\\_28\\_5\\_2015.pdf](http://signal-intervention.de/download/AKF_Erklaerung_28_5_2015.pdf) (Stand: 2. Dezember 2016).

28 Die Leitlinien aus Oberbayern sind abrufbar unter <http://kt-info.landkreis-peine.de:8080/ratsinfo/peinelk/412/VE9QNI9BbmXhZ2UzLlBERg==/11/n/21736.doc.jsessionid=47CDB9AC98B0FE835F894CC5C523B685> (Stand: 2. Dezember 2016).

- die symptom- und problembezogene Diagnostik zu ergänzen durch eine aktive, sensible Erfassung der geschlechtsrelevanten Ereignisse und Einflüsse in der gesamten Lebenssituation
- geschlechtsspezifische Traumatisierungserfahrungen zu erkennen und die Problemstellung/Krankheit als Überlebensstrategie von z. B. Gewalterfahrungen zu verstehen
- geschlechtsbezogene, individuell belastende Lebensphasen und Lebensumstände (z. B. bei Frauen sexualisierte Gewalt) zu berücksichtigen
- Schutzräume und geeignete Beziehungserfahrungen anzubieten, um Gewalterfahrungen überhaupt thematisieren zu können
- individuell geschlechtsbezogene Beratungs-/Therapieziele auf dem Hintergrund der fachlichen Anforderungen zu entwickeln.

Im Rahmen einer Masterarbeit<sup>29</sup> erfolgte eine Befragung verschiedener Einrichtungen der sozialpsychiatrischen Versorgung und Suchthilfe auch zur Umsetzung der Leitlinien. Im Ergebnis waren erste Ansätze erkennbar, von einer umfassenden Implementierung des Gender Mainstreaming konnte keine der fünf befragten Einrichtungen berichten. So heißt es: “Die Vielfalt gendersensibler Themen, die in der Arbeit mit psychisch erkrankten Frauen und Männern auftreten, schlagen sich bisher nur vereinzelt in entsprechenden Angeboten und Maßnahmen nieder bzw. sind sie in einem sehr unterschiedlichen Maße konzeptionell ausdifferenziert.“ In einigen Einrichtungen wurden geschlechtsspezifische Gruppenangebote vorgehalten. Regelmäßige Fortbildungsangebote für die Mitarbeitenden zu genderrelevanten Themen wurden nur in einer Einrichtung angeboten. Im Hinblick auf die Behandlung einer PTBS erläuterten einige Einrichtungen, dass die Gewalt- und Traumathematik wichtige genderbezogene Themen seien. Dem Wunsch bei der Wahl des Geschlechts der Betreuungsperson müsse grundsätzlich entsprochen werden.

### 3.1.2. Bremen

In dem beim Gesundheitsamt der Freien Hansestadt Bremen angesiedelten Fachausschuss Allgemeinpsychiatrie der Zentralen Arbeitsgruppe zur Versorgung psychisch kranker und suchtkrank Menschen wurde 2007 die Bildung einer Arbeitsgruppe mit dem Auftrag, Leitlinien für eine geschlechtergerechte psychiatrische Versorgung in Bremen zu entwickeln, beschlossen. Im Jahr 2011 wurden Empfehlungen in den Leitlinien für eine geschlechtergerechte psychiatrische Versorgung in Bremen<sup>30</sup> bekannt gemacht. Ausgehend von vielfältigen geschlechtsspezifischen Unterschieden in der Prävalenz bestimmter Krankheitsbilder, im Krankheitsverlauf sowie in der Verarbeitung des Erlebten, sollten für alle Beratungs-, Behandlungs-, Rehabilitations-, Therapie-, Betreuungs- und Beschäftigungsangebote im Land Bremen u. a. folgende Grundsätze gelten:

---

29 Gutgesell/Katrin, Gender im Mainstream der sozialpsychiatrischen Versorgung?! Eine qualitative Erhebung zu Theorie und Praxis von Gender Mainstreaming, Masterarbeit 2011.

30 Die Bremer Leitlinien sind abrufbar unter: <http://kt-info.landkreis-peine.de:8080/ratsinfo/peinelk/412/VE9QNI9BbmXhZ2UyLlBERg==/11/n/21735.doc;jsessionid=EF5C72A40D7DB8A49B59A72DA0A10EDB> (Stand: 2. Dezember 2016).

- Alle ambulanten und stationären Beratungs-, Betreuungs- und Behandlungsangebote sollen so ausgerichtet sein, dass sie entsprechend ihrem jeweiligen Auftrag beide Geschlechter erreichen, d. h. bei Bedarf auch eine geschlechtsspezifische Ausrichtung haben können.
- Nutzerinnen und Nutzer sollen in allen Einrichtungen über geschlechtsspezifische Angebote, Rechte und Wahlmöglichkeiten informiert werden.
- Die konkreten Behandlungs- und Betreuungsangebote sollen individuelle geschlechtsspezifische Besonderheiten und Ressourcen ausdrücklich berücksichtigen.
- In allen stationären, teilstationären und ambulanten Versorgungsangeboten soll die Möglichkeit bestehen, geschlechtsspezifische Konstellationen zu schaffen (Stationen/Stationsbereiche, Gruppe in Wohnheimen oder im Betreuten Wohnen, Behandlung und Betreuung durch Personal des eigenen Geschlechts, Angebote für Alleinerziehende mit Kindern).
- Fort- und Weiterbildung sollen verstärkt Themen zur Genderproblematik einbeziehen.

Vorgesehen war, zur Umsetzung dieser Leitlinien im Rahmen des Berichtswesens von Leistungserbringern, zuständigen staatlichen und kommunalen Stellen sowie der Fachgremien zu informieren. Nach Auskunft des Gesundheitsamtes der Freien Hansestadt Bremen<sup>31</sup> löste sich die zur Erstellung der Leitlinien eingesetzte Arbeitsgruppe kurz nach Erstellung der Leitlinien auf. Eine weitere Befassung und Weiterentwicklung der Leitlinien sei derzeit nicht zu erwarten.

### 3.2. Stationäre geschlechtsspezifische Behandlungsangebote

Im Bereich der stationären Behandlung werden diverse geschlechtsspezifische Maßnahmen angeboten. Beispielhaft seien hier genannt:

- Klinik am Homberg Wicker GmbH & Co. KG in Bad Wildungen (Hessen): Traumagruppe für Frauen, Männer mit Traumafolgestörungen werden in der Stabilisierungsgruppe und in Einzeltherapie behandelt. Die Patientinnen können bei Bedarf auf einem sogenannten „Frauenflur“ untergebracht werden, wo sich keine männlichen Mitpatienten aufhalten, abrufbar unter: <http://www.klinik-am-homberg.de/station-5.html> (Stand: 2. Dezember 2016).
- Wicker-Klinik in Bad Wildungen: Die Arbeit mit an einem Trauma leidenden Patientinnen und Patienten bildet einen Arbeitsschwerpunkt der Abteilung Psychosomatik/Psychotherapie. 50 Behandlungsplätze für Patientinnen nach sexueller Gewalt in der Kindheit. „Die Station für Frauen nach Gewalterfahrungen ist eine Frauenstation mit einem frauenspezifischen Ansatz, der unter anderem die gesellschaftliche Situation von Frauen berücksichtigt. Die Behandlung erfolgt durch Ärztinnen und Therapeutinnen sowie weibliches Personal in allen anderen Bereichen“, abrufbar unter: <http://www.wicker-klinik.de/trauma.html> (Stand: 2. Dezember 2016).
- AHG Klinik Münchwies - Zentrum für Psychosomatische Medizin, Psychotherapie und Suchtmedizin in Neunkirchen (Saarland), in der u. a. traumaspezifische Stabilisierungstechniken angewandt werden. Geschlechtszentrierte Gruppen (nicht auf PTBS beschränkt), etwa für Patientinnen mit sexuellen Missbrauchserfahrungen, für Frauen und

---

31 Telefonische Nachfrage am 22. November 2016 beim Gesundheitsamt Bremen.

Abhängigkeit, für Männer, abrufbar unter: [http://www.ahg.de/AHG/Standorte/Muenchwies/Klinik/Wie\\_behandeln\\_wir/Therapieangebot/index.html](http://www.ahg.de/AHG/Standorte/Muenchwies/Klinik/Wie_behandeln_wir/Therapieangebot/index.html) (Stand: 2. Dezember 2016).

- AHG Klinik Berus Europäisches Zentrum für Psychosomatik und Verhaltensmedizin in Überherrn-Berus (Saarland): Traumabewältigungsgruppen, auch eine Gruppe für traumatisierte Frauen, abrufbar unter: [http://www.ahg.de/AHG/Standorte/Berus/Klinik/Wie\\_behandeln\\_wir/Therapieangebot\\_Spezialisierungen/therapieangebot\\_ptbs.html](http://www.ahg.de/AHG/Standorte/Berus/Klinik/Wie_behandeln_wir/Therapieangebot_Spezialisierungen/therapieangebot_ptbs.html) (Stand: 2. Dezember 2016).
- Klinikum Nürnberg Nord: Behandlungsgruppe 'Traumatherapie' - psychotherapeutisches Behandlungsangebot für Frauen, die an den Folgen traumatischer Lebensereignisse leiden, abrufbar unter: [http://www.klinikum-nuernberg.de/DE/ueber\\_uns/Fachabteilungen\\_KN/kliniken/psychosomatik/Station\\_8\\_I/](http://www.klinikum-nuernberg.de/DE/ueber_uns/Fachabteilungen_KN/kliniken/psychosomatik/Station_8_I/) (Stand: 02. Dezember 2016).
- Klinik am Waldschlösschen Fachklinik für Psychosomatische Medizin Zentrum für Psychotherapie in Dresden: Behandlung für Frauen mit PTBS und speziell auch sexuell traumatisierte Frauen und Frauen mit Traumafolgestörungen nach Arbeitsunfällen, abrufbar unter: <http://www.klinik-waldschloesschen.de/> (Stand: 14. Dezember 2016).
- Asklepios Psychiatrie Niedersachsen GmbH - Asklepios Fachklinikum Göttingen: getrennte Traumastationen für Frauen und Männer, abrufbar unter: <https://www.asklepios.com/goettingen/experten/psychotherapie/stationaere-traumatherapie/> (Stand: 2. Dezember 2016).
- Fachkliniken St. Marien - St. Vitus GmbH (Niedersachsen): Die GmbH hat zwei geschlechtsspezifische Behandlungsstätten, nämlich für Frauen die Fachklinik St. Vitus in Visbek, für Männer das St. Marienstift in Neuenkirchen (insbes. Suchtbehandlung, daneben auch spezielle Gruppen für PTBS), abrufbar unter: <http://www.sucht-fachkliniken.de/> (Stand: 2. Dezember 2016).
- Fachklinik Altenkirchen (Rheinland-Pfalz) - Fachklinik für suchtkranke Frauen: auch mit zusätzlichen Beeinträchtigungen und Krankheiten, wie z.B. posttraumatische Belastungsstörungen, abrufbar unter: <http://www.fachklinik-altenkirchen.de/> (Stand: 2. Dezember 2016).

### 3.3. Niedrigschwellige Angebote

Unter niedrigschwelligen Angeboten versteht man schnell und unbürokratisch erreichbare Angebote.<sup>32</sup> Eine Übersicht über derartige – auch geschlechtsspezifische - Projekte bieten die Gesellschaft für Psychotraumatologie, Traumatherapie und Gewaltforschung, abrufbar über <https://www.gptg.eu/service/linklist> (Stand: 2. Dezember 2016) und das TraumaHilfeZentrum Nürnberg e.V., abrufbar über <http://www.thzn.org/links/bundesweite-hilfsangebote/> (Stand: 2. Dezember 2016) an. Beispielfhaft sollen einige geschlechtsspezifische Angebote genannt werden:

---

32 Duden- Deutsches Universalwörterbuch, abrufbar über: [https://books.google.de/books?id=Nld-CwAAQBAJ&pg=PA1268&lpg=PA1268&dq=Universalw%C3%B6rterbuch+niedrigschwellig&source=bl&ots=R77GK0AbtN&sig=Jw2XhKX\\_Xx-kBKARddvjRpYDQWM&hl=de&sa=X&ved=0ahU-KEwjhx9zp29LQAhWCvhQKHQd6DvQQ6AEIGJAA#v=onepage&q=Universalw%C3%B6rterbuch%20niedrigschwellig&f=false](https://books.google.de/books?id=Nld-CwAAQBAJ&pg=PA1268&lpg=PA1268&dq=Universalw%C3%B6rterbuch+niedrigschwellig&source=bl&ots=R77GK0AbtN&sig=Jw2XhKX_Xx-kBKARddvjRpYDQWM&hl=de&sa=X&ved=0ahU-KEwjhx9zp29LQAhWCvhQKHQd6DvQQ6AEIGJAA#v=onepage&q=Universalw%C3%B6rterbuch%20niedrigschwellig&f=false) (Stand: 02. Dezember 2016).

- 
- HILFE-FÜR-JUNGS e.V., erreichbar unter <http://www.hilfefuerjungs.de/?cat=40> (Stand: 2. Dezember 2016); der Verein wird von der Berliner Senatsverwaltung für Bildung, Jugend und Wissenschaft finanziell unterstützt und richtet seine Hilfe an Jungen und junge Männer, die von sexueller Gewalt und Ausbeutung betroffen sind. Vom Verein werden verschiedene Projekte betrieben, wie der Verein „berliner jung“, der sich für die Prävention von pädosexuellen Übergriffen auf Jungen einsetzt.
  - Speziell für Frauen, die Opfer sexueller Gewalt wurden, gibt es in Berlin die Fachstelle gegen sexualisierte Gewalt an Frauen, ehemals LARA. Dieses Angebot ist abrufbar unter <http://www.lara-berlin.de/index.php?id=21> (Stand: 2. Dezember 2016). Finanziell gefördert wird dieses Projekt durch die Berliner Senatsverwaltung für Arbeit, Integration und Frauen. Außerdem gibt es für Betroffene in vielen deutschen Städten sog. Wildwasser-Beratungsstellen, vgl. hierzu <http://wildwasser.eu/> (Stand: 2. Dezember 2016), die teilweise in der Bundesarbeitsgemeinschaft Feministischer Organisationen gegen Sexuelle Gewalt an Mädchen und Frauen e.V. (BAG) zusammengeschlossen sind.
  - Für Mädchen und Frauen, die an einer Behinderung leiden und Opfer von Gewalt wurden, existiert das Projekt „Suse – sicher und selbstbestimmt. Frauen und Mädchen mit Behinderung stärken.“ Das Projekt läuft bis Ende 2016 und ist abrufbar unter <http://www.suse-hilft.de/ueber-uns.html> (Stand: 2. Dezember 2016). Finanzielle Unterstützung erhält Suse von Aktion Mensch und der Heidehof Stiftung. Bei Suse handelt es sich um ein Projekt des „bff: Bundesverband Frauenberatungsstellen und Frauennotrufe“. Im „bff: Bundesverband Frauenberatungsstellen und Frauennotrufe“, abrufbar unter <https://www.frauen-gegen-gewalt.de/> (Stand: 2. Dezember 2016) sind insgesamt ca. 170 Frauenberatungsstellen und Notrufe zusammengeschlossen. Durch diese Stellen wird in Deutschland ein Großteil der ambulanten Beratung für weibliche Gewaltopfer gewährleistet. Außerdem organisiert der bff Aktionen und Projekte, die Gewalt gegen Frauen und Mädchen thematisieren. Finanziert wird der Dachverband durch Aktion Mensch, dem Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ), der Heidehof Stiftung sowie der Auerbach Stiftung.
  - Unter [http://www.gewaltschutz.info/index.php?kap\\_seite=18,1](http://www.gewaltschutz.info/index.php?kap_seite=18,1) (Stand: 2. Dezember 2016) sind allgemeine Informationen für Frauen abrufbar, die Opfer häuslicher Gewalt geworden sind. Es werden erste Schritte und rechtliche Möglichkeiten für Betroffene erläutert. Zudem werden zahlreiche weitere Hilfsprojekte für Frauen genannt, an die sich Hilfesuchende wenden können.
  - Ein weiteres Hilfsprojekt ist abrufbar unter <http://www.tauwetter.de/de/> (Stand: 2. Dezember 2016). Der Verein Tauwetter, vereint gegen sexualisierte Gewalt e.V., richtet sich an Männer, die in ihrer Kindheit oder Jugend sexueller Gewalt ausgesetzt waren. Die zentralen Tätigkeitsfelder sind Beratung und Selbsthilfe, die in Einzelgesprächen und Gruppensitzungen wahrgenommen werden können. Die Anlaufstelle für Beratungen wird größtenteils vom Berliner Senat finanziert.
  - Primär telefonische Unterstützung erhalten Frauen und deren Kinder durch BIG Hotline, sofern sie Opfer häuslicher Gewalt wurden. Die Hotline bietet Hilfe, indem sie unter anderem einen Sicherheitsplan mit den Betroffenen erstellt, über rechtliche und polizeiliche Möglichkeiten informiert sowie eine psychosoziale Krisenintervention anbietet. Die Hotline wird durch die Berliner Senatsverwaltung für Arbeit, Integration und Frauen finanziert. Nähere Informationen zum Projekt sind abrufbar unter <http://www.big-hotline.de/> (Stand: 2. Dezember 2016).

- In Schleswig-Holstein gibt es seit 2012 eine Beratungsstelle für Männer, die von sexueller Gewalt betroffen sind. Die Beratungsstelle besteht aus zwei Beraterinnen und einem Berater, sodass den Betroffenen eine Wahlmöglichkeit bzgl. des Geschlechts ihres Beraters offensteht. Das Projekt erhält finanzielle Förderung durch Stiftungsgelder des Deutschen Hilfswerks. Abrufbar ist die Informations- und Beratungsstelle unter <http://www.maennerberatung-kiel.de/> (Stand: 02. Dezember 2016).

### 3.4. Niedergelassene Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten

Der in § 12 Zulassungsverordnung für Vertragsärzte (Ärzte-ZV)<sup>33</sup> enthaltenen Regelung zur Bedarfsplanung, die nach § 1 Absatz 3 Nr. 1 Ärzte-ZV auch auf Psychotherapeuten Anwendung findet, sind keinerlei Hinweise auf ein geschlechtsspezifisches Angebot an Behandlungsmaßnahmen zu entnehmen. Auch die entsprechende nach § 12 Absatz 3 Ärzte-ZV vom G-BA erlassene Bedarfsplanungs-Richtlinie<sup>34</sup> weist keine Ausführungen zu geschlechtsspezifischen Angeboten auf. Ebenso wenig enthält die vom G-BA beschlossene Richtlinie über die Durchführung der Psychotherapie<sup>35</sup> Ausführungen zu geschlechtsspezifischen Angeboten. Die Psychotherapie-Richtlinie dient der Sicherung einer den gesetzlichen Erfordernissen entsprechenden ausreichenden, zweckmäßigen und wirtschaftlichen Psychotherapie der Versicherten und ihrer Angehörigen in der vertragsärztlichen Versorgung zu Lasten der Krankenkassen.

\*\*\*

- 
- 33 Zulassungsverordnung für Vertragsärzte in der im Bundesgesetzblatt Teil III, Gliederungsnummer 8230-25, veröffentlichten bereinigten Fassung, die zuletzt durch Artikel 4 der Verordnung vom 24. Oktober 2015 (BGBl. I S. 1789) geändert worden ist.
- 34 Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Bedarfsplanung sowie die Maßstäbe zur Feststellung von Überversorgung und Unterversorgung in der vertragsärztlichen Versorgung, zuletzt geändert am 16. Juni 2016, abrufbar über: [https://www.g-ba.de/downloads/62-492-1249/BPL-RL\\_2016-06-16\\_iK-2016-09-15.pdf](https://www.g-ba.de/downloads/62-492-1249/BPL-RL_2016-06-16_iK-2016-09-15.pdf) (Stand: 02. Dezember 2016).
- 35 Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung der Psychotherapie, abrufbar unter [https://www.g-ba.de/downloads/62-492-1266/PT-RL\\_2016-06-16\\_iK-2016-10-08\\_WZ.pdf](https://www.g-ba.de/downloads/62-492-1266/PT-RL_2016-06-16_iK-2016-10-08_WZ.pdf) (Stand: 2. Dezember 2016).