

Vorlage-Nr. 14/2974

öffentlich

Datum: 08.11.2018
Dienststelle: Fachbereich 54
Bearbeitung: Frau Dr. Silva Saavedra, Herr Bruns, Frau Rabuse

Gesundheitsausschuss	23.11.2018	Kenntnis
Sozialausschuss	27.11.2018	Kenntnis

Tagesordnungspunkt:

Bericht zum aktuellen Stand der Traumaambulanzen für Gewaltopfer im Rheinland

Kenntnisnahme:

Der Bericht zum aktuellen Stand der Traumaambulanzen für Gewaltopfer im Rheinland wird gemäß Vorlage Nr. 14/2974 zur Kenntnis genommen.

UN-Behindertenrechtskonvention (BRK):

Diese Vorlage berührt eine oder mehrere Zielrichtungen des LVR-Aktionsplans zur Umsetzung der BRK.

ja

Gleichstellung/Gender Mainstreaming:

Diese Vorlage berücksichtigt Vorgaben des LVR-Gleichstellungsplans 2020. ja

Finanzielle Auswirkungen auf den Haushalt (Ifd. Jahr):

Produktgruppe:

Erträge: Veranschlagt im (Teil-)Ergebnisplan	Aufwendungen: /Wirtschaftsplan
---	-----------------------------------

Einzahlungen: Veranschlagt im (Teil-)Finanzplan Bei Investitionen: Gesamtkosten der Maßnahme:	Auszahlungen: /Wirtschaftsplan
---	-----------------------------------

Jährliche ergebniswirksame Folgekosten:

Die gebildeten Budgets werden unter Beachtung der Ziele eingehalten

In Vertretung

Prof. Dr. Faber

Zusammenfassung:

Als ein Baustein schneller Hilfen für Opfer von Gewalttaten gibt es im Rheinland ein Netz von Traumaambulanzen. Nachdem der LVR dieses in den letzten Jahren immer weiter ausgebaut hat, stellte sich für die Verwaltung die Frage, inwiefern der LVR im Rahmen der ihm übertragenen Aufgaben im Bereich des Sozialen Entschädigungsrechts ein qualifiziertes Angebot für Opfer von Gewalttaten vorhält und damit auch als kompetenter Partner für diese Personengruppe wahrgenommen wird. Kompetenz wird zu diesem Zwecke definiert als das Angebot eines Leistungskataloges, welcher zum gegenwärtigen Zeitpunkt den tatsächlichen Bedürfnissen der Opfer tätlicher Übergriffe entspricht. Die Überprüfung erfolgte anhand einer qualitativ orientierten Bestandserhebung der Handlungsfelder der OEG-Traumaambulanzen (im Folgenden: OEG-TA) im Rheinland.

Gewalt führt zu psychischen und physischen Verletzungen. Die gesundheitlichen Folgen von Gewalt können über Jahre hinweg anhalten und zu dauerhaften psychischen Behinderungen erwachsen. Somit verursacht Gewalt nicht nur großes menschliches Leiden, sondern führt auch zu hohen sozialen und wirtschaftlichen Kosten. Gerade das Vorhandensein verschiedener Angebote und Maßnahmen unterschiedlicher Akteure, die nicht zentral koordiniert und aufeinander abgestimmt werden, stellt ein herausforderndes zukünftiges Handlungsfeld dar.

Die psychotherapeutische Frühintervention im Rheinland war daraufhin zu untersuchen, inwiefern sie tatsächlich erreichbar und niedrigschwellig ist, Gewaltopfer fachlich adäquat behandelt, versorgungsgerecht und differenzsensibel allen Bevölkerungsgruppen gegenüber offen ist. Zudem wurde hinterfragt, inwiefern eine nachhaltige Netzwerkbildung im Bereich Gewaltopferschutz der notwendigen Langzeitperspektive der Entschädigung Rechnung trägt.

Die Untersuchungsergebnisse zeigen, dass die Arbeit der OEG-TA enger begleitet werden muss, damit die erwünschten qualitativen und quantitativen Veränderungen stattfinden können. Im Rahmen der Bestandserhebung wurde u. a. festgestellt, dass

- der Zugang zu den OEG-TA verbessert werden sollte,
- den Mitarbeitenden der OEG-TA Unterstützungsangebote zur Optimierung der Behandlungsqualität an die Hand gegeben werden sollten,
- die Versorgung spezifischer Zielgruppen, etwa behinderte Gewaltopfer, Kinder/ Jugendliche und Menschen mit Migrationshintergrund, ausgebaut werden muss,
- die Vernetzung der Versorgungsstrukturen untereinander optimiert werden sollte und
- die Verwaltung selber Ressourcen schaffen muss, um den Prozess vorantreiben zu können.

Diese Vorlage ist eine ausführliche Zusammenfassung der Untersuchung und gibt die wesentlichen Ergebnisse und Empfehlungen wieder. Die vollständige Untersuchung wird derzeit noch redaktionell überarbeitet und qualitätsgesichert. Sie wird den Fraktionen nach ihrer Fertigstellung zur Verfügung gestellt.

Die Vorlage berührt die Zielrichtungen Partizipation (Z 1) und Personenzentrierung (Z 2) des LVR-Aktionsplans.

Begründung der Vorlage Nr. 14/2974:

Bericht zum aktuellen Stand der Traumaambulanzen für Gewaltopfer im Rheinland und Vorschläge zur Qualitätsoptimierung

1. Einleitung

In der Bundesrepublik Deutschland liegt das Gewaltmonopol beim Staat. Es ist Aufgabe des Staates, seine Bürgerinnen und Bürger vor Gewalt zu schützen. Gelingt dies dem Staat nicht und wird ein Bürger Opfer einer Gewalttat, so ist es die Aufgabe des Staates, dem Opfer die notwendige Unterstützung zu gewähren, um die gesundheitlichen Folgen der Gewalttat zu beseitigen oder abzumildern und seine gesellschaftliche Teilhabefähigkeit wiederherzustellen. Aus diesem Grund wurde 1976 das Opferentschädigungsgesetz (OEG) vom Bundestag beschlossen.

Als das OEG im Jahr 1976 in Kraft trat, waren die psychischen Folgen einer Gewalttat eher kein Entschädigungsthema. Eine Gewalttat¹ lag und liegt dann vor, wenn ein tätlicher Angriff gegen den Körper einer Person erfolgt. Entsprechend wurden zunächst Leistungen auch nur für körperliche Schädigungen gewährt. Diese Haltung war bereits gängige Praxis bei den Beschädigten des Zweiten Weltkrieges: Die psychischen Probleme der Kriegsheimkehrer und der zivilen Opfer wurden als Neurosen abgetan, welche nach damaliger psychiatrischer Lehrmeinung ihren Ursprung in der frühen Kindheit hatten² und nicht in den Gewalterfahrungen.

Das System der sozialen Sicherung hat einen Paradigmenwechsel hin zu Teilhabe und Inklusion erfahren. Die Belange von Menschen, die die Folgen traumatischer Erlebnisse verarbeiten müssen, werden immer stärker wahrgenommen. Anspruch auf Entschädigung hat demnach, wer durch einen vorsätzlichen tätlichen Angriff Schaden an seiner Gesundheit erlitten hat. Psychische Störungen werden zwischenzeitlich ebenfalls als Gewaltfolge anerkannt.

Menschen, die Opfer von Gewalttaten werden, können hierdurch schwere Traumatisierungen und in der Folge erhebliche psychische Folgen und Schäden bis hin zu psychiatrischen Störungen erleiden. Delikte gegen die sexuelle Selbstbestimmung führen besonders oft³ zu gravierenden Störungsbildern und erhöhen überdies die Vulnerabilität für die zukünftige Entwicklung von psychischen Störungen⁴. Es besteht allerdings in der Fachliteratur Übereinstimmung darin, dass diese Entwicklung durch frühzeitige und angemessene

¹ § 1 Abs. 1 Satz 1 OEG verlangt hier den „...vorsätzlichen, rechtswidrigen, tätlichen Angriff...“

² Wilke, G., Wunderlich, G. Soziales Entschädigungsrecht. Handkommentar zum Bundesversorgungsgesetz. 6. neubearbeitete Auflage. Stuttgart, München, Hannover: Boorberg Verlag. § 30, Rn. 17. 1987 Rohr, K., Sträßer, H. Bundesversorgungsgesetz mit Verfahrensrecht. Handkommentar. Lieferung Stand Februar 1978. Sankt Augustin: Asgard-Verlag. § 30 – K 7

³ Kessler RC, Sonnega A, Bromet E, Hughes M, Nelson (1995 Dec). Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey CB. Arch Gen Psychiatry.; 52(12) Creamer M, Burgess P, McFarlane AC. (2001 Oct). Post-traumatic stress disorder: findings from the Australian National Survey of Mental Health and Well-being. Psychol Med.; 31(7):1237

⁴ Scott KM, Koenen KC, King A, Petukhova MV, Alonso J, Bromet EJ, Bruffaerts R, Bunting B, de Jonge P, Haro JM, Karam EG, Lee S, Medina-Mora ME, Navarro-Mateu F, Sampson NA, Shahly V, Stein DJ, Torres Y, Zaslavsky AM, Kessler RC. (2018 Jan) Post-traumatic stress disorder associated with sexual assault among women in the WHO World Mental Health Surveys. Psychol Med.; 48(1):155-167.

psychosoziale Unterstützung gestoppt werden kann und dass diese sowohl die Entstehung wie auch die Aufrechterhaltung von Langzeitfolgen reduzieren kann.

2. Traumaambulanzen im Rahmen des OEG

In einem Modellprojekt unter Prof. G. Fischer wurde das Kölner Opferhilfe-Modell (KOM) in den Jahren 1995-1998 entwickelt. Professor G. Fischer war der Lehrstuhlinhaber Klinische Psychologie an der Universität zu Köln und sehr gut mit den verschiedenen Akteuren im Gewaltopferschutz vernetzt. So gelang es ihm und seiner Arbeitsgruppe in Studien eine Brücke zwischen der psychischen und sozialen Situation der Gewaltopfer und den staatlichen Institutionen, mit denen das Opfer infolge seiner Gewalterfahrung in Berührung kommt, zu schlagen.

In die Konzeption des KOM flossen umfangreiche Untersuchungen zum Verlauf potentiell traumatisierender Erlebnisse und von deren Verarbeitung bei Gewaltopfern ein. Zusätzlich wurden nicht nur die Unzulänglichkeiten in der damaligen Opferhilfe benannt, sondern auch Handlungsempfehlungen für die Zukunft gegeben. Diese flossen in das KOM ein, dessen Kernstrategie es war, die natürlichen Selbstheilungskräfte der Betroffenen zu fördern. Diese Kernstrategie ist bis heute gültig und betrifft die Stärkung individueller Bewältigungsmöglichkeiten. Es wird davon ausgegangen, dass es ein Intensitäts-Mittelfeld des Traumas gibt, in dem subjektive individuelle Bewältigungsmöglichkeiten der Traumaverarbeitung greifen können. Dieses gilt nicht für Bereiche der Extremtraumatisierung wie Folter oder fortgesetzte lebensbedrohliche Verfolgung. Diese waren allerdings auch nicht die Gewalterfahrungen, welche das KOM ursprünglich adressierte. Das KOM sollte durch Opfer einmaliger Akte physischer oder sexueller Gewalt (sog. Monotraumen), etwa nach einem Überfall, schnell aufgesucht werden können. Die Erfahrungen und Empfehlungen aus dem KOM flossen in die Schrift „Neue Wege in der Opferhilfe“⁵ ein. Diese enthält neben den Verfahrensvorschlägen auch aufbereitete Informationen für Betroffene und die beteiligten staatlichen Akteure. Dieser Reader wird heute noch bei jedem Vertragsabschluss mit einer neuen OEG-Ambulanz als grundlegende Lektüre mitgegeben.

Um dem OEG-Auftrag der Wahrung des individuellen Restitutionsinteresses⁶ gerecht zu werden, wurde – ausgehend von den Erfahrungen mit dem KOM – das Instrument der OEG-TA (OEG-finanzierte Frühintervention durch Traumaambulanzen) entwickelt. Das Ziel dieser Frühintervention ist es zu verhindern, dass die Gewalterfahrung zur Entwicklung einer psychischen Störung führt. Die Grundannahme war dabei, dass diese frühe Intervention der Verfestigung der gewaltbedingten psychischen Symptomatik (in Form etwa einer akuten Belastungsreaktion⁷) entgegenwirken würde und somit nicht die weitreichenden individuellen und gesellschaftlichen Folgen und Kosten des Vollbildes der Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS)⁸ verursachen würde.

Bis dahin gab es kaum adäquate psychotherapeutische Angebote, um den Gewaltopfern zu helfen. Dies betraf nicht nur die Zahl niedergelassener Psychotherapeut/innen, auch

⁵ Fischer, G., Becker-Fischer, M. (1998 und 2001). Neue Wege in der Opferhilfe. Reader über Ergebnisse und Verfahrensvorschläge aus dem Kölner Opferhilfe Modell (KOM). Herausgegeben vom Landesversorgungsamt NRW im Auftrag des Ministeriums für Arbeit und Soziales, Qualifizierung und Technologie Nordrhein-Westfalen. Schriftenreihe des Ministeriums.

⁶ Das heißt, dem individuellen Interesse an der Überwindung der Folgen einer erlittenen Gewalttat.

⁷ Diagnose, die sofort nach dem Erleben eines Extremereignisses vergeben werden kann. Nach dem Diagnosekatalog der WHO wird sie wie folgt abgekürzt: ICD-10 F 43.0)

⁸ Diagnose, die erst sechs Monate nach dem Erleben eines Extremereignisses vergeben werden kann. Nach dem Diagnosekatalog der Weltgesundheitsorganisation wird sie wie folgt abgekürzt: ICD-10 F43.1)

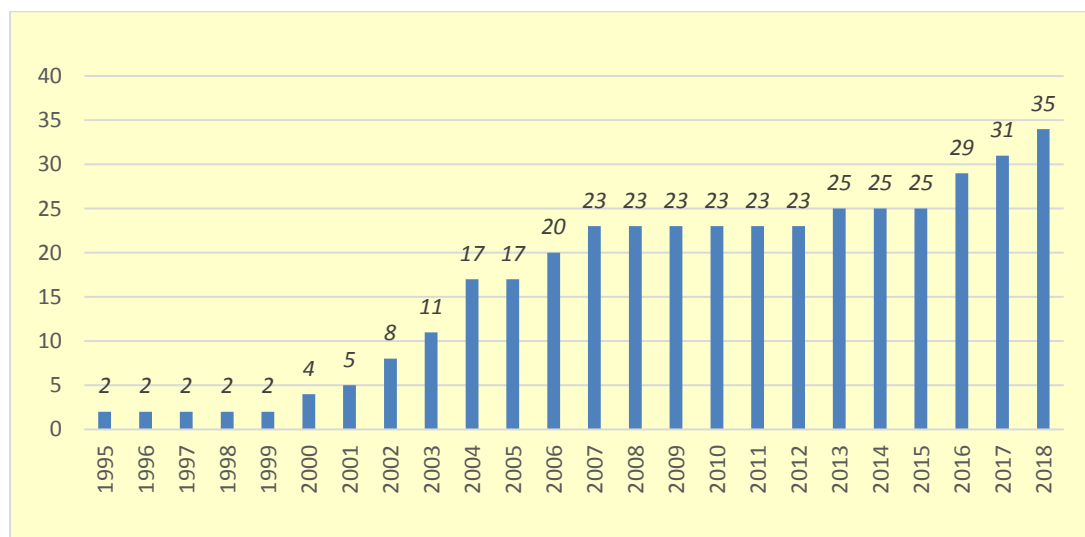
die Psychotraumatologie steckte in Deutschland noch in den Anfängen, traumafokussierte psychotherapeutische Interventionen wurden kaum angeboten. Dies führte zu inadäquaten Interventionen, monatelangen Wartezeiten, was zu weiteren psychischen Belastungen der Opfer führte, Krankheitsbilder mitunter verstärkte und somit auch zu nicht unerheblichen finanziellen Folgekosten führte.

Die Erfahrungen des KOM mündeten in den Beschluss des Landtages vom 06.11.1998, das KOM auf „alle Regionen in NRW“ auszudehnen. Auf dieser Basis schloss die Landesversorgungsverwaltung mehrere Verträge mit Kliniken in Nordrhein-Westfalen ab. Dieses Angebot erweiterte die gesetzlichen Leistungen der Heilbehandlungen um das Angebot einer Frühintervention zur Vermeidung einer Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS). Ausgehend von der Modellambulanz des Deutschen Institutes für Psychotraumatologie (DIPT) in Köln, die 1995 mit ihrer Arbeit begann, über den Start des flächendeckenden Auftrages im Jahr 1998, hat der LVR mittlerweile (2018) 35 OEG-TA unter Vertrag.

Im LVR-Klinikverbund sind ebenfalls Traumaambulanzen eingerichtet. In allen psychiatrischen LVR-Kliniken bestehen Verträge für Erwachsene, mit vier LVR-Kliniken Verträge für Kinder und Jugendliche.⁹ Hinsichtlich des Ausbaus des Versorgungsnetzes steht noch die Schließung von einzelnen regionalen Lücken für die Kinder- und Jugendpsychiatrie sowie die Ausdehnung der Versorgung von Menschen mit Migrationshintergrund.¹⁰ Die psychotraumatologische Versorgung von Menschen v.a. mit geistiger Behinderung, welche ein besonderes Anliegen des LVR ist, soll in den kommenden Jahren angegangen werden.

In der folgenden Abbildung 1 wird das numerische Wachstum der OEG-TA im Rheinland dargestellt. Hier zeigt sich ein steter Anstieg der Anzahl der OEG-TA, was auch ein Anlass war, eine qualitativ orientierte Bestandserhebung durchzuführen.

Abbildung 1 Gesamtzahl der Vertragsabschlüsse 1995-2018



Vor dem Hintergrund des flächendeckenden Wachstums der OEG-TA und der fachlichen Herausforderungen haben sich neue Notwendigkeiten zur qualitativen Weiterentwicklung des Unterstützungsangebotes für Gewaltopfer ergeben.

⁹ Es fehlt nur noch die KJP der LVR-Klinik Düsseldorf.

¹⁰ Zur Schließung der Versorgungslücken bei diesen besonderen Gruppen werden verschiedene Kooperationsgespräche mit Dez. 8 geführt.

2.1 Konkrete aktuelle Leistungen der OEG-TA im Rheinland

Die Traumaambulanzen sind i.d.R. Teil von Institutsambulanzen an psychotherapeutischen-psykosomatischen oder psychiatrischen Kliniken. Die Intervention solcher OEG-TA wird über entsprechende Verträge mit den jeweils zuständigen Versorgungsbehörden finanziert, in NRW sind diese der Landschaftsverband Rheinland und der Landschaftsverband Westfalen-Lippe.

Die Leistungen der Traumaambulanzen werden aufgrund eines Vertrags erbracht, den der LVR mit der jeweiligen Klinik geschlossen hat. Es gibt Verträge sowohl für die Behandlung von Erwachsenen als auch von Kindern und Jugendlichen.

In der gegenwärtigen Leistungsübersicht sind folgende Leistungen enthalten (in Klammern stehen die Bezeichnungen aus der Leistungsübersicht, die jedem Vertrag angefügt wird):

- bis zu fünf probatorische Sitzungen (Probatorik)
- bei Bedarf können im Anschluss bis zu zehn Stunden Akutpsychotherapie beantragt werden (Akuttherapie)
- eine Katamnese nach etwa einem halben Jahr (Nachuntersuchung)
- Begleitung durch eine Fachkraft zu Gerichtsterminen (Prophylaxemaßnahme)
- stationäre Krisenintervention für Kinder und Jugendliche
- Fahrtkosten bei Hausbesuchen und Prophylaxemaßnahmen
- Verwaltungskostenpauschale

Die Behandlungsstunden werden zu vereinbarten Sätzen vergütet. Daneben erhalten die Kliniken eine Verwaltungspauschale, welche u.a. den Aufwand für die Aufnahme eines OEG-Antrags und die Erstellung von Berichten abdeckt. Nach fünf probatorischen Sitzungen können die Traumaambulanzen für ihre Patientinnen und Patienten zusätzlich Stunden für eine Akuttherapie beantragen. Voraussetzung ist, dass die Anerkennung des OEG-Antrags wahrscheinlich erscheint.

Als ein besonderes Mittel zur Inklusion von Migranten und Migrantinnen wird modellhaft die Nutzung von Sprach- und Integrationsmittlung (SIM) erprobt (bewilligt bis zum 31.12.2018). Die Aufwendungen hierfür werden zusätzlich vergütet. Es können ebenfalls bis zu 15 SIM-Stunden übernommen werden, wobei die Traumaambulanz für die ersten fünf Stunden selbst über die Notwendigkeit entscheiden kann. Bei einer Verlängerung muss die SIM mit der Akuttherapie zusammen beantragt werden.

Für eine Frühintervention zuzüglich einer u. U. hinzukommenden Akutpsychotherapie von bis zu zehn Behandlungsstunden entstehen, ohne Aufwendungen für eine SIM, Kosten von unter 1400 Euro.

Es gibt Leistungen, z.B. die Nachuntersuchung oder die Prophylaxemaßnahmen, die so gut wie nie beantragt werden (in dem Zeitraum 2008 bis 2018 wurden vier Nachuntersuchungen abgerechnet, Fahrtkosten wurden 12 Mal abgerechnet). Gerade die Nachuntersuchung würde aber Auskunft über den Behandlungserfolg geben.

Auffällig an der bisherigen Leistungsübersicht ist die Beschränkung auf Behandlungs- und Verwaltungskosten. Weitere Kosten der Klinikträger und der approbierten Psychothera-

peuten und Psychotherapeutinnen, etwa Supervision und Fortbildung, sind in der Leistungsaufstellung nicht berücksichtigt. Als sehr positiv zu würdigen ist die Bereitstellung von SIM.

2.2 Effektivität der Traumaambulanzen

Ob gewaltbetroffene Menschen möglichst früh ein Unterstützungsangebot unterbreitet werden sollte, ist seit langem Gegenstand wissenschaftlicher Diskussionen. Aus der Literatur ist bekannt, dass Frühinterventionen auch negative Folgen haben können¹¹, nämlich dann, wenn sie allen Gewaltopfern bindend erteilt werden. Daher wurde diese Form der Frühintervention in NRW evaluiert¹². In diesem Projektbericht aus dem Jahr 2010 wurden die Ergebnisse einer Studie mit naturalistischem Design veröffentlicht. Die Frühintervention war hiernach erfolgreich: Trotz einiger methodischer Einschränkungen wurden statistisch und klinisch signifikante positive Behandlungseffekte nachgewiesen. Auch die bundesweite Evaluation¹³ der OEG-TA aus dem Jahr 2015 zeigte, mit einem methodisch sichereren Ansatz, eine deutliche Effektivität. In dieser Studie wurde auch untermauert, dass auch nach einer psychotherapeutischen Behandlung in einer OEG-TA bei vielen Gewaltopfern weiterer Psychotherapiebedarf bestehen kann.

Das heißt, dass den Gewaltopfern in NRW seit Jahren eine effektive Frühhilfe angeboten wird, die - im Vergleich zur den anderen Bundesländern- früh ins Leben gerufen wurde, womit NRW eine Vorreiterfunktion einnimmt, auch aufgrund der landesweiten Abdeckung durch OEG-TA.

Die Aufgaben des LVR im Gewaltopferschutz gehen weit über die Bereitstellung der OEG-TA hinaus, sind mannigfaltig und betreffen sowohl Entscheidungen über den Anspruch auf Entschädigung wie auch die Verwaltung eines Leistungssystems, welches die gesundheitlichen und wirtschaftlichen Kosten der durch kriminelle Gewalteinwirkung entstandenen gesundheitlichen Schädigungen der Opfer auszugleichen sucht.

Innerhalb dieses Leistungssystems gilt der Grundsatz „Rehabilitation vor Rente“. Priorität haben also Leistungen, die das Funktionsniveau des Gewaltbetroffenen zur alltäglichen Lebensführung wiederherstellen und sich der Verfestigung der Symptome entgegenstellen, somit auch den gravierenden Langzeitfolgen. Solche Langzeitfolgen von Gewalterfahrungen bedeuten allerdings nicht nur Leid für die direkt Betroffenen. Familiäre und soziale Netzwerke sind davon ebenso betroffen und werden systemisch durch die Gewaltauswirkungen auf verschiedenen Ebenen belastet.

¹¹ Modellhaft könnte angenommen werden, dass bei großen Teilen der Gewaltbetroffenen in der ersten Zeit Symptome einer akuten Belastungsstörung (ICD-10F 43.0) intermittierend auftauchen, dass es aber bei einem Teil der Personen zu einer spontanen Besserung kommt. Diejenigen, bei denen sich dann später eine posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) diagnostizieren lässt, sind Menschen, die oft vorher starke Belastungen hatten. Damit aber die Spontanremission eintreten, benötigen Menschen oft eine Unterstützung bei der Aktivierung ihrer Selbstheilungskräfte. Wenn eine kurative Intervention zu früh erfolgt, wird diese Aktivierung behindert.

¹² Schürmann I. (2010): Projektbericht: Evaluation der Traumaambulanzen in NRW. Münster, Eigendruck. https://www.lwl.org/lwl-versorgungsamt-download/Antraege_und_downloads/Projektbericht-MAGS.pdf. Letzter Abruf: 18.09.2018

¹³ Rassenhofer, M., Lasshof, A., Felix, S., Heuft, G., Schepker, R., Keller, F., Fegert, J. M., (2015a): Effektivität der Frühintervention in Traumaambulanzen – Ergebnisse des Modellprojekts zur Evaluation von Ambulanzen nach dem Opferentschädigungsgesetz. Psychotherapeut 1-11

3. Qualitätssicherung

Um zu überprüfen, wie die aktuelle Arbeit der OEG-TA im Rheinland zu bewerten ist, werden in der Untersuchung die aktuellen wissenschaftlichen Kriterien referiert, die eine solche Bewertung anleiten können. So wird dort zunächst in eine Definition für Qualität aus medizinischer Sicht eingeführt und als nächstes die Notwendigkeit eines Paradigmenwechsels hin zum präventiven Public Health-Ansatz. Hierdurch wird anstelle eines nur kurativen, individualisierenden Handlungsparadigmas die Netzwerkpflege ebenfalls in den Fokus gerückt. Als drittes wird das Handlungsfeld Gewalt kurz beschrieben und im Weiteren werden wichtige Erkenntnisse aus mehreren Studien und Berichten der deutschen Aufbereitungsarbeit¹⁴ berichtet (u. a. „Runder Tisch Sexueller Kindesmissbrauch“¹⁵ und „Deutsche Traumafolgekostenstudie“¹⁶). Schließlich werden die Qualitätsanforderungen der Hilfsorganisation „Weisser Ring e.V.“ für Traumaambulanzen beschrieben.

Obwohl die Ausführungen zu den o. g. Kriterien im Rahmen der Untersuchung von einiger Bedeutung sind, gingen die Ausführungen zu den o. g. Themenfeldern im Rahmen dieser Vorlage zu weit. Es wird daher an dieser Stelle nur ein kurzes Resümee wiedergegeben und auf die Ausführungen in der Untersuchung selbst verwiesen.

3.1 Resümee

Der in dieser Vorlage verwendete Ansatz definiert **Qualität** als Zufriedenheit der Gewaltbetroffenen mit dem Instrument OEG-TA. Daher wird im Folgenden zur Bewertung der aktuellen Arbeit der OEG-TA die Perspektive des von Gewalt betroffenen Nutzenden eingenommen. Das Handeln der OEG-TA bewegt sich im Rahmen der Sekundär- und Tertiärprävention. Um diesem Handlungsfeld den notwendigen Orientierungsrahmen zu geben, wird die OEG-TA als eine **Public Mental Health** Intervention im Bereich des OEG definiert. Es sollte ein Paradigmenwechsel, weg von einem kurativen, hin zu einem präventiven Ansatz erwogen werden.

Erfahrungen von **Gewalt** in Form von Misshandlung (auch sexueller Missbrauch) und Vernachlässigung in der Lebenszeit scheinen nicht selten zu sein. Die Schätzungen schwanken zwischen 9% und 21%. Sexuelle Gewalt betrifft eher weibliche Opfer.

Für die hier zu schaffende Bewertungsgrundlage der Arbeit der OEG-TA werden aus den berichteten **Studien** die Kriterien „Niederschwelligkeit“, „Netzwerkarbeit“ und „Weitervermittlung“ übernommen.

Mindestanforderungen an Traumaambulanzen¹⁷ sind nach dem „**Weisser Ring e.V.**“ Ap- probation, Leitlinienorientierung und die Weitervermittlung der Gewaltopfer in die Regelversorgung durch die gesetzlichen Krankenkassen.

¹⁴ Mehrere wissenschaftliche Studien, die Daten aus den gesammelten Berichten Gewaltbetroffener seit 2010 auswerten und mit relevanten weiteren Befunden-z. B. zu Langzeitkosten, Resilienz etc. kontrastieren (vergl.3.4 Kap.)

¹⁵ Abschlussbericht Runder Tisch Sexueller Kindesmissbrauch in Abhängigkeits- und Machtverhältnissen in privaten und öffentlichen Einrichtungen und im familiären Bereich. 10/2011. Herausgeber: Bundesministerium der Justiz, das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend sowie das Bundesministerium für Bildung und Forschung in ihrer Funktion als Vorsitzende des Runden Tisches.

¹⁶ Habetha, S., Bleich S., S.C., Marschall U., Weidenhammer J., Fegert J.M. (2012): Deutsche Traumafolgekostenstudie- Kein Kind mehr - kein(e) Trauma(kosten) mehr? 1. edn, Schmidt & Klaunig, Kiel.

¹⁷ Gesundheitspolitische Forderungen des WEISSEN RINGS zur psychotherapeutischen Versorgung von Kriminalitätsoffern(https://weisser-ring.de/sites/default/files/domains/weisser_ring_dev/downloads/gespolfordstandmaerz2018.pdf). Letzter Abruf am 15.10.2018)

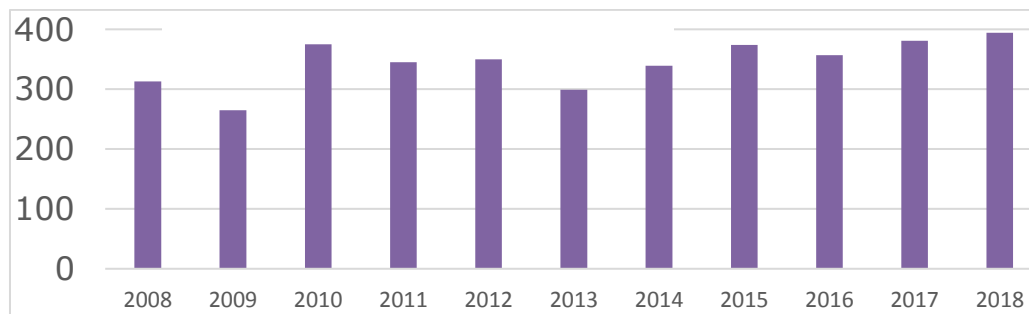
4. Ausgewählte vorläufige Ergebnisse der Bestandserhebung der OEG –TA im Jahr 2018

Im Folgenden werden ausgewählte, vorläufige Ergebnisse der Bestandserhebung berichtet. Zunächst wird ein Überblick über die Entwicklung der Patientenzahlen gegeben, später werden die deskriptiven Daten zur Benutzerfreundlichkeit der OEG-TA im Rheinland im Jahr 2017 dargestellt. Schließlich werden die ersten Schritte zur Qualitätssicherung, Verbesserung der Vernetzung und Flexibilisierung der schnellen Hilfe berichtet.

4.1 Die Patientinnen und Patienten der OEG-TA

Die folgende Abbildung 2: „Anzahl der Patientinnen und Patienten in den OEG-TA seit 2008“ bezieht sich auf die Gewaltbetroffenen, welche probatorische Sitzungen in den OEG TA in Anspruch nahmen. Diese Zahl steigt seit fünf Jahren kontinuierlich an.

Abbildung 2 Anzahl der Patientinnen und Patienten in den OEG-TA seit 2008



Trotzdem ist zu verzeichnen, dass es vergleichsweise wenige Gewaltbetroffene sind, die psychotherapeutische Sitzungen in Anspruch nehmen, wenn diese Zahlen mit den Gewaltdelikten kontrastiert werden. Als weiterer Hinweis für die Annahme, dass die Zielpopulation nicht angemessen erreicht wird, ist zu beachten, dass es im Jahr 2008 nur 23 OEG-TA gab. Inzwischen sind es 35, also ca. ein Drittel mehr. Die Nutzerzahlen sind nicht im selben Verhältnis angestiegen

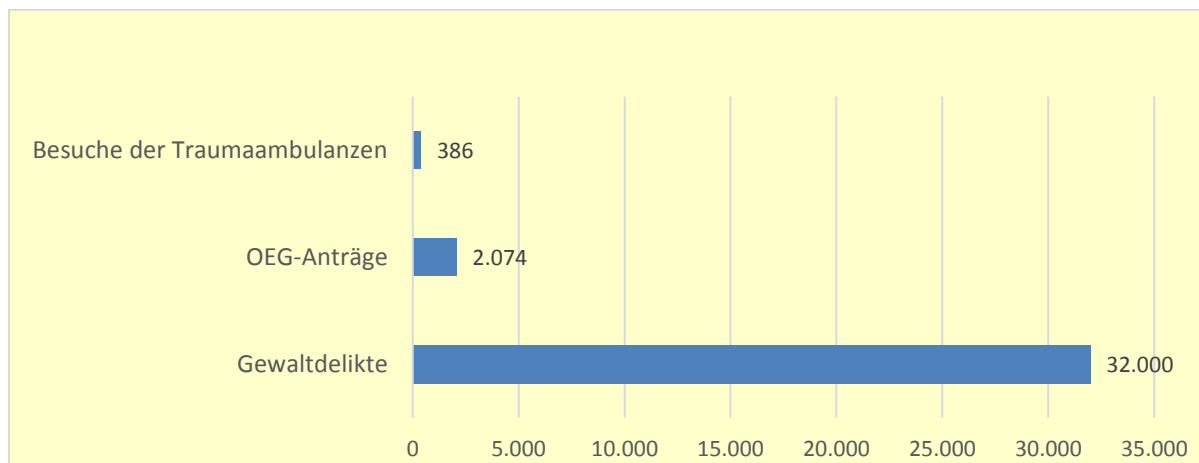
Die folgende Abbildung 3 zeigt, wie groß der Abstand zwischen den Gewaltdelikten¹⁸ im Rheinland und der Anzahl der gestellten OEG-Anträge ist. Nur 1,2% der Gewaltopfer stellen überhaupt einen Antrag. Ob diese Zahl den tatsächlichen Bedarf an Unterstützung widerspiegelt oder andere Faktoren, etwa dem weiter oben genannten geringen Bekanntheitsgrad des OEGs, wird von zukünftigen Studien zu klären sein. Aus der Zusammenschau der Zugangswege zum OEG und der Berichte der Gewaltbetroffenen wird angenommen, dass es neben dem Bekanntheitsgrad auch weitere Gründe geben kann, wie etwa die Befürchtung, durch einen OEG-Antrag retraumatisiert zu werden.

Auch die Differenz zwischen der Zahl der gestellten Anträge und der Nutzung der Möglichkeit zur psychotherapeutischen Frühintervention durch die OEG-TA ist als hoch zu bewerten. Etwa 19% der Antragstellenden nimmt das Angebot wahr. Auch hier lassen sich verschiedene Erklärungsmodelle denken, etwa, dass alle anderen Gewaltbetroffenen die

¹⁸ Gewaltkriminalität umfasst in Deutschland nur gravierende Gewaltstraftaten. In der Polizeilichen Kriminalstatistik fallen hierunter Mord (§ 211 StGB), Totschlag (§ 212 StGB), Tötung auf Verlangen (§ 216 StGB), gefährliche und schwere Körperverletzung (§ 224, § 226 StGB), Körperverletzung mit Todesfolge (§ 227 StGB), Beteiligung an einer Schlägerei (§ 231 StGB), Vergewaltigung und schwere sexuelle Nötigung (§ 177, § 178 StGB), Raubdelikte (§ 249 bis § 252, § 255, § 316a StGB), erpresserischer Menschenraub (§ 239a StGB), Angriff auf den See- und Luftverkehr sowie Geiselnahme (§ 239b StGB).

Unterstützung nicht benötigen oder aber, dass das Angebot nicht bekannt ist. Welche die entscheidenden Faktoren für die geringe Inanspruchnahme sind, muss zukünftigen Studien überlassen werden. In der Zusammenschau der Literatur ist es durchaus denkbar, dass es vielen Gewaltbetroffenen gelingen kann, die eigenen Selbstheilungskräfte zu aktivieren, so dass ein Prozentsatz von annähernd einem Fünftel durchaus den tatsächlichen Bedarf abdecken könnte.

Abbildung 3 Relation der Gewaltdelikte¹⁹ im Rheinland 2017 zu OEG-Anträgen und Behandlungen in OEG-TA



In der Nutzung der OEG-TA hat sich seit den Anfängen immer wieder gezeigt, dass neben den Gewaltopfern mit Monotraumen viele Gewaltopfer gehäufte biographische Belastungen und komplexe psychosoziale Beanspruchungen im Vorfeld haben. Es handelt sich um die Gruppe der komplex traumatisierten Patientinnen und Patienten, die meistens sexuelle und körperliche Gewalt im Kindesalter berichten. Diese Opfergruppe wird im Rheinland nicht durch das Kriterium Zeit, etwa „die Gewalttat darf nur bis zu 12 Monate zurückliegen,“ aus dem Angebot der OEG-TA ausgenommen. Somit haben OEG-TA im Rheinland aktuell angesichts der Versorgungslücke in diesem Bereich eine sehr wichtige und herausfordernde diagnostische Funktion und sollten ein ausgedehntes Diagnostik-Portfolio zur Verfügung stellen können. Zu überlegen wäre, ob für diese Patientengruppe nicht ein psychotherapeutisches Kompaktleistungspaket konzipiert werden sollte.

4.2 Psychotherapeutische Frühinterventionsleistungen

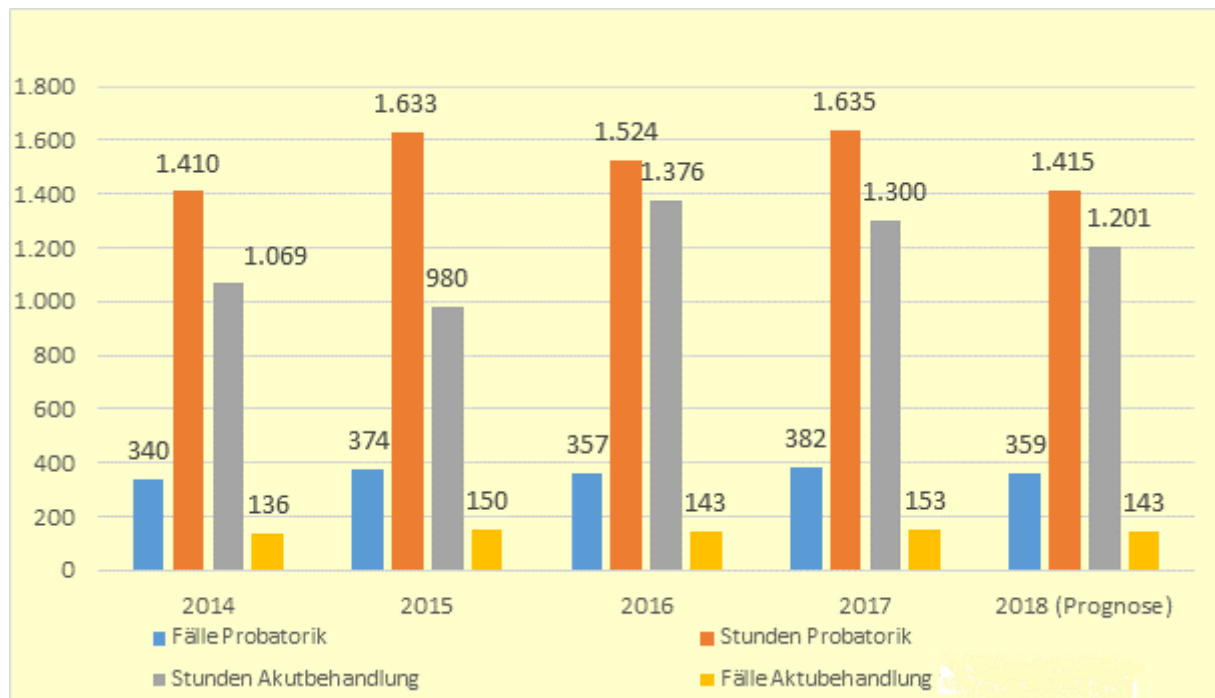
In dem als nächstes gezeigten Schaubild (Abb.4) wird die Entwicklung und Nutzung der psychotherapeutischen Frühintervention über fünf Jahre dargestellt.

Es zeigt sich, dass die angefragte Menge an psychotherapeutischen Leistungen relativ konstant bleibt. Die am meisten angefragten Leistungen der OEG-TA sind die Psychotherapiesitzungen. Hier zeigt sich, dass es vor allem die sogenannten probatorischen Sitzungen, also die ersten fünf Sitzungen sind, die von den meisten Gewaltbetroffenen in Anspruch genommen werden. Von diesen werden durchschnittlich 4,2 Sitzungen wahrgenommen.

¹⁹ Die Anzahl der Gewaltdelikte wurde aus den Daten der Polizeilichen Kriminalstatistik (2017) für das Rheinland geschätzt.

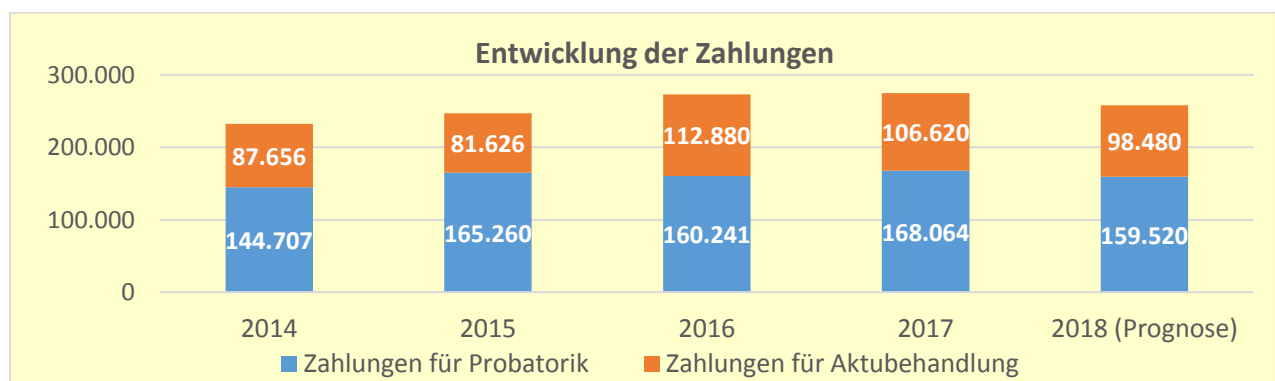
Weniger als die Hälfte der Gewaltbetroffenen (40%) beansprucht die Akutbehandlung. Wenn diese Leistung in Anspruch genommen wird, werden von zehn möglichen Sitzungen durchschnittlich 8,2 genutzt. Diese Zahlen deuten darauf hin, dass die Stundenkontingente einem tatsächlichen Bedarf entsprechen.

Abbildung 4 Entwicklung der Fallzahlen und Nutzung der OEG-TA



Auch in der Entwicklung der Zahlungen zeigt sich, dass die Probatorik am meisten genutzt wird. Einen Einblick in die Kosten des Frühinstrumentes und auch über die Entwicklung der Zahlungen im Fünfjahresverlauf, zeigt die folgende Abbildung 5. Insgesamt bleiben die Jahresbeträge der Zahlungen unter der Grenze von 300.000 €. In dem im folgenden Kapitel dargestellten Jahr 2017 hat die Frühintervention für Gewaltopfer durch die OEG-TA insgesamt 274.684 € gekostet.

Abbildung 5 Zahlungen im Fünf-Jahresverlauf



Auch wenn die Beträge konstant geblieben sind, ist zu überdenken, dass gerade bei der psychotherapeutischen Versorgungslücke diese Möglichkeit der Refinanzierung psycho-

therapeutischer Leistungen (die durch die Vertragslage der psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) mit den Krankenkassen eng begrenzt sind) durch das OEG deutlich öfter hätte genutzt werden müssen.

Es muss zukünftig genauer untersucht werden, wieso diese Möglichkeit durch die PIAs seltener als erwartet angenommen wird.

4.3 Daten im Jahr 2017

Im Folgenden werden die Daten aus den LVR OEG-TA der probatorischen Sitzungen im Jahr 2017 berichtet. Diese Daten mussten aus verschiedenen Quellen zusammengefasst werden²⁰. Es handelt sich um die Auswertung von 48% der Datensätze aus 2017 (184 von insgesamt 386). Diese wurden nach dem Zufallsprinzip ausgewählt. Die Gewaltopfer, welche die OEG-TA Leistungen in Anspruch nahmen, zeigen ein deutliches Verteilungsmuster hinsichtlich Geschlecht: 30% waren männlich und 70% weiblich, also sind Frauen deutlich überrepräsentiert. Von allen Gewaltbetroffenen waren 13% unter 18 Jahre alt.

Von den 184 hier erfassten Fällen nutzten alle die Frühintervention (Probatorik), also die ersten fünf Psychotherapiesitzungen. Sie nahmen von den möglichen fünf Sitzungen im Durchschnitt 3,97 Sitzungen wahr. Die im Anschluss mögliche Akutpsychotherapie nutzten 77 (41%) Gewaltbetroffene, wobei durchschnittlich acht Sitzungen erfolgten. Nach der uns vorliegenden Datenlage wurden ganze acht Gewaltbetroffene weitervermittelt (4%).

Zu der Benutzerfreundlichkeit hinsichtlich Differenzsensibilität zeigt sich, dass 34,2% der Gewaltopfer zu einer besonderen Personengruppe zählten. Hiervon waren:

- 6,5% teilhabebeeinträchtigte Menschen,
- 27,7% hatten einen Migrationshintergrund²¹ (davon hatten 14% nicht die deutsche Staatsangehörigkeit).

Mehrfachnennungen waren möglich. So konnte jemand sowohl einen Migrationshintergrund haben als auch teilhabebeeinträchtigt sein. Allerdings ist die Güte dieser Daten als niedrig einzustufen. Zukünftig sollte nach der Art der Teilhabebeeinträchtigung gefragt, auch eine freiwillige Selbstauskunft zu Migrationshintergrund erfragt werden. Nur so wird die Verwaltung Fakten zum tatsächlichen Versorgungsbedarf dieser Bevölkerungsgruppen haben.

Zur Benutzerfreundlichkeit der OEG-TA hinsichtlich der Entfernung wird gefolgert, dass die OEG-TA hinsichtlich der Flächenverbreitung gut aufgestellt sind. Der Wohnort der Opfer war zu 58% im ländlichen Bereich. Aus dem städtischen Bereich kamen 42% der Nutzer. Im Durchschnitt hatten die Patientinnen und Patienten eine Entfernung von 14,75 km zur OEG-TA zurückzulegen. Allerdings hatten 5% mehr als 50 Entfernungskilometer.

Zu der Frage der Benutzerfreundlichkeit hinsichtlich der Dauer bis zur Behandlungsaufnahme waren kaum differenzierte Daten vorhanden. Die Zeit bis zum Erstkontakt war bei

²⁰ Viele Angaben, z.B. zu Behinderungen, Deutschkenntnisse, Art der Gewalttat waren erst durch Aktenstudien zu eruieren, so wurde ein Migrationshintergrund nur geschlussfolgert, etwa dann, wenn sowohl Vor- wie auch Zunahme darauf schließen ließen. Auch die Angaben zur Art der Teilhabebeeinträchtigung waren sehr spärlich. Andere Angaben, wie z.B. zur Latenz zwischen Gewalttat und Behandlungsaufnahme in der TA waren nicht vorhanden.

²¹ Wenn eines der Elternteile in einem anderen Land geboren wurden.

64% der Patientinnen und Patienten zwischen einem Monat und einem Jahr nach der Gewalttat. Davon waren 28% unter einem Monat nach der Gewalttat im Kontakt mit der OEG-TA. Zehn Prozent der hier untersuchten Fälle gehörten zu der Gruppe Menschen, die sehr lange nach der Gewalttat Kontakt zu einer OEG-TA aufnahmen. In dieser Gruppe lag die Gewalttat bis zu über 50 Jahre zurück. Es kann keine Aussage darüber getroffen werden, welche Dauer zwischen Erstkontakt und dem tatsächlichen Behandlungsbeginn lag.

Die folgende Abbildung 6 betrifft die Frage nach der Benutzerfreundlichkeit hinsichtlich der Antragstellung. In 66% der untersuchten Fälle bedurfte es einer Unterstützung bei der Antragstellung. Es waren vor allem Hilfsorganisationen, die hierbei unterstützten, allen voran der Weisse Ring e.V. Im Abstand dazu und auf dem zweiten Platz der Nennungen stehen die Traumaambulanzen. Zu empfehlen wäre hier u.a. die Formulierung des Antrages auf OEG-Leistungen in einfacher Sprache.

Abbildung 6 Anzahl der Fälle mit Hilfe bei Antragstellung

Anzahl der Fälle mit Hilfe bei Antragstellung	122	68%
durch		
Traumaambulanzen	35	19%
Verbände/Hilfsorganisationen	60	33%
Polizei	14	8%
Anwälte/Betreuer	5	3%
Ärzte/Therapeuten	5	3%
Angehörige/Freunde	3	2%

Die Zahlen zeigen, dass die Arbeit der OEG-TA enger begleitet werden muss, damit die erwünschten qualitativen und quantitativen Veränderungen stattfinden können.

4.4 Bewährte Maßnahmen und Erste Schritte im Jahr 2018

Bei Betrachtung der gegenwärtigen Tätigkeit in der Begleitung der OEG-TA im Rheinland durch den FB 54 muss beachtet werden, dass diese Form der Zusammenarbeit auf die frühere Ämter- und Regionalstruktur im Rheinland zurückgeht. So standen 2007 einem Versorgungsamt im Schnitt vier Traumaambulanzen gegenüber. Mit der Bündelung der Fachaufgaben im LVR seit dem 01.04.2013 betreuen nun die Abteilungen 54.10, 54.30 und 54.40 alle Traumaambulanzen im Rheinland.

Institutionell ist bislang keine koordinierende Instanz der vielfältigen Aufgaben zur Begleitung der OEG-TA festgelegt. Insbesondere Aufgaben der Qualitätssicherung, Fortbildung und Ressourcensteuerung müssen in Folge des Ausbaus der OEG-TA neu bedacht werden.

Zur Flexibilisierung schneller Hilfen dient gegenwärtig vor allem das Fallmanagement, welches seit dem 01.04.2013 „die zielgerichtete, aktivierende und koordinierende Begleitung von Opfern einer Gewalttat durch das Antragsverfahren aber auch im sich anschließenden Leistungsprozess“ durchführt. Gegenwärtig wird das Fallmanagement hausintern über mehrere Kanäle unbürokratisch aktiviert. Jedes Gewaltopfer und jede Beratungsstelle oder öffentliche Stelle (etwa der Opferschutz der Polizei) kann sich an das Fallmanagement wenden. Das Fallmanagement kann auch von sich aus aktiv werden, z.B. wenn

die Notwendigkeit zum Opferschutz durch Medienberichte deutlich wird. Gegenwärtig wird das Fallmanagement im LVR durch fünf Beschäftigte (4,7 Vollzeitstellen) abgedeckt.

Zukünftig müssen Anstrengungen unternommen werden, damit das Angebot der OEG-TA bekannter wird. Nur jedes 100. Opfer einer Gewalttat wird gegenwärtig in einer OEG-TA behandelt. Während der Untersuchung zeigte es sich,

- dass viele Gewaltopfer Schwierigkeiten hatten, eine OEG-TA zu finden;
- dass es in den Telefonzentralen der Kliniken wiederholt nicht bekannt war, dass es dieses Leistungsangebot gab;
- dass psychotherapeutische Mitarbeitende nicht die Kriterien eines OEG-Tatbestandes kannten.

Diese Erkenntnisse lassen eine zielgruppenadäquate Öffentlichkeitsarbeit notwendig erscheinen, die verschiedene, bereits erfolgte Maßnahmen bündelt. Zu diesen positiv zu verzeichnenden Maßnahmen zählt z.B. die erleichterte OEG-Antragstellung in NRW, die bereits seit 2008 auch mit einer Postkarte erfolgen kann.

Zur qualitativen Optimierung der OEG-TA wurden im Jahr 2018 einige Maßnahmen ergriffen. So wurden inaktive OEG-TA durch persönliche Kontaktbesuche zur Mitarbeit eingeladen. Zusätzlich wurde ein initiales cloudbasiertes Online-Portal eingerichtet, in dem die Daten der Ansprechpartner/innen beim LVR, die Musterverträge, der OEG-Ratgeber in allen verfügbaren Sprachen sowie weitere Fachinformationen zur Verfügung stehen.

Es wurde damit begonnen Schulungsmodule zu erstellen. Hier sind Mitarbeitende aus den drei Abteilungen gemeinsam an den Vorbereitungen beteiligt. Zwei Fortbildungen für die neuen OEG-TA wurden im Jahr 2018 bereits durchgeführt. Diese halbtägigen sog. Basisbildungen wurden zentral in Köln durchgeführt, um den Mitarbeitenden der Traumaambulanzen die Grundlagen zum Opferentschädigungsgesetz und zur Zusammenarbeit mit dem LVR zu vermitteln. Die Veranstaltungen sind auf positive Resonanz gestoßen und sollen künftig zwei Mal im Jahr stattfinden.

Das Instrument der SIM wurde kaum genutzt, obwohl alle OEG-TA informiert waren. Dieses wird einerseits auf eine geringe Öffentlichkeitsarbeit zurückgeführt, andererseits ist es aber auch denkbar, dass nicht Deutsch sprechende Gewaltopfer das OEG-TA Angebot nicht kennen.

In einer qualitativ ausgerichteten Untersuchung der Berichte der OEG-TA zeigten sich sehr disparate Leistungen zwischen den verschiedenen Vertragsambulanzen. Einerseits waren sog. Leuchtturmambulanzen mit einem sehr guten Behandlungskonzept vorhanden, andererseits gab es sehr viele, die deutliche Handlungsfelder erkennen ließen. So wurde die biographische Vorgeschichte häufig nicht berichtet, was für die Bestimmung etwaiger Schädigungsfolgen eine wichtige Information ist. Vor allem die Diagnosestellung, in der grundlegende Kriterien (Zeit, Ereignis) oft nicht eingehalten wurden, zeigte ein deutliches Verbesserungspotential. Wiederholt wurde es deutlich, dass die Einbindung der Gewaltopfer in ein psychosoziales Netz und/oder eine Weitervermittlung zu niedergelassenen Psychotherapeuten nicht gelang.

Im Sinne der Intensivierung abgestimmter Vernetzung wird beabsichtigt, die zentrale Koordinierungsrolle des LVR weiter zu stärken. Folgende Maßnahmen sollen hierbei dienen:

- Weiterhin Runde Tische für die OEG-TA im Rheinland anbieten. Diese fördern einen regelmäßigen Austausch, der vor allem hinsichtlich der Netzwerkarbeit weiterhin un- abdingbar ist. Zudem sollen diese Runden Tische auch fachbezogene Workshops an- bieten.
- Weiter Fortbildungen anbieten. Beispielsweise die o.g. Basisschulung, aber auch sol- che zu fachlich- psychotherapeutischen Themen, wie auch zu Diagnostik in der OEG- TA und zur Selbstfürsorge für die Mitarbeitende sind denkbar. Diese Fortbildungen sollten einem einladenden und attraktiven didaktischen Konzept folgen. Konkrete Ar- beitshilfen in Form standardisierter Instrumente, wie z.B. Checklisten zum OEG, Be- richtsvorlagen, Fließdiagramme sollten hier vorgestellt werden.
- Zusätzlich sollen Inhouse-Angebote die thematischen Bedarfe der jeweiligen OEG-TA decken. Diese können z.B. besondere Patientengruppen oder der Neustart einer OEG- TA nach personellen Wechsel darstellen.
- Die regelmäßige Teilnahme an regionalen Netzwerktreffen zur Kriminalprävention und Opferhilfe wird zukünftig abteilungsübergreifend prioritär behandelt werden. Bis- lang nehmen nur Fallmanagerinnen und -manager daran teil.

5. Empfehlungen

Die folgenden Vorschläge sollten auf dem Weg in eine zukunftsfähige OEG-TA berücksich- tigt werden:

- Bereits der Zugang zu dem Versorgungsangebot des OEG zeichnet sich durch un- einheitliche und unklare Zugangswege aus. Empfohlen wird eine Öffentlichkeitsar- beit, die sowohl das OEG als auch die Möglichkeit der OEG-TA bekannter macht. Es sollten klare Ansprechpartner benannt werden, es sollte ein einheitlicher Name für die OEG-TA im Rheinland gelten.
- Die Erreichbarkeit benötigt ein zeitgemäßes Konzept. Dieses könnte z.B. einen In- ternetauftritt oder Social Media Apps umfassen. Über diese Kanäle können Infor- mationen und Angebote an Behandelnde und Betroffene gelangen. Die Möglichkei- ten des entstehenden Internetportals der Integrierten Beratung (Vorlage 14/2746/1) werden dabei in Betracht gezogen.
- Ausbau einer spezialisierten Psychotherapie-Versorgung mit erleichtertem Zu- gang. Die OEG-finanzierten psychotherapeutischen Behandlungsmöglichkeiten sollten überprüft werden und über das bisherige Angebot der OEG-TA hinausge- hen. Beispielsweise könnten gruppenpsychotherapeutische Instrumente sowie Aufbau und Angebot von Selbsthilfegruppen für Gewaltopfer ebenfalls Teil des OEG-Leistungskataloges werden.
- Nur psychotherapeutische Angebote werden nicht reichen, zudem gibt es zu we- nige Psychotherapeutinnen und -therapeuten. Selbstheilungskräfte können auch durch das Empowerment von Gewaltbetroffenen aktiviert werden. Hierzu könnten Maßnahmen, wie sie bereits von anderen Akteuren in diesem Feld ergriffen wur- den, dienen.

- Bereitstellung von eigens aufbereiteten Informationen zur Qualität und Wirksamkeit der angebotenen Frühintervention mit dem Ziel, dass Gewaltbetroffene informierte Entscheidungen treffen können²²
 - E-Mental-Health-Anwendungen als Tool für einen erleichterten Zugang zur psychosozialen Versorgung von OEG-Antragstellerinnen und -antragstellern nutzen²³
 - Regelmäßig einen Zugang zu Online-Therapien anbieten, z.B. auch die Nutzung des Projekts „Intherapy“²⁴ und weiterer Telemedizin-Instrumente²⁵
- Grundsätzlich ist eine zielgerichtete, organisierte Vernetzung der Versorgungsstrukturen untereinander gefordert. Die Langzeitperspektive der Wiederherstellung der Teilhabemöglichkeiten sollte in den Blickpunkt gelangen. Eine koordinierte Interaktion der beteiligten Fachleute könnte durch ein Empowerment der Netzwerke gefördert werden.
 - Vernetzungsstrukturen („OEG-Netzwerke“) schaffen, fördern und pflegen²⁶
 - Konzept eines Kohäsionsprojektes zur Förderung der Netzwerkbildung mit regelmäßigen Fortbildungen und Netzwerktreffen sowie finanziellen Ressourcen
 - Die Mitarbeitenden in den OEG-Traumaambulanzen sollten unterstützt werden. Die Versorgung von Patientinnen und Patienten mittels der OEG-TA sollte für die Kliniken interessant sein. Es sollte eine Optimierung der Vorgehensweisen innerhalb einzelner Versorgungsstrukturen unter Einsatz standardisierter Handlungsabläufe und Instrumente avisiert werden.
 - Qualitätssicherung durch Fortbildungen, z.B. zu Diagnostik und traumafokussierter Psychotherapie, Psychotraumatologie für komplex Traumatisierte, Förderung von Resilienz und Selbsthilfe etc. Diese müssen didaktisch inklusiv und attraktiv aufgebaut sein. Blended Learning Angebote sollten inkludiert sein und internetbasiert genutzt werden können.
 - Bereitstellung von Checklisten (z.B. zum OEG, zu den Berichten) und Fließdiagrammen (z.B. zur Weitervermittlung, Problemanzeige).
 - Beteiligung an Kosten für psychotraumatologische Supervision.
 - Der LVR sollte Maßnahmen ergreifen, die der nachhaltigen Qualitätskontrolle dienen. Die notwendigen personellen Ressourcen hierfür müssen geschaffen werden. Ein Konzept hierfür sollte zukünftig erstellt werden. Zum Aufgabenumfang gehören z. B.:
 - Ein Datenmanagement sollte der Qualitätssicherung über die Entwicklung und Akquise von Kennzahlen Rückhalt geben können. Hier müssen datenschutzgerechte Lösungen gefunden und eine Datenbank erstellt werden, in der sich das Qualitätsoptimierungskonzept (mit Zugang, Behandlung und Nachsorge) abbildet.

²² <https://traumanetz-sachsen.de/wissen/>

²³ <http://www.nweurope.eu/emen>

²⁴ 'Interapy' = Effektive und kostengünstige protokollbasierte Therapie, die als Internet-basierte Psychotherapie zur Behandlung von posttraumatischen Belastungsreaktionen (PTB) entwickelt wurde. Diese wird ausschließlich über das Internet durchgeführt („Interapy“, Lange, 2000). <http://www.interapy.nl>

²⁵ <https://www.carusconsilium.de/projekte/telemedizin/tele-neps>

²⁶ <https://rp-giessen.hessen.de/OEG-Traumanetzwerk>

- Ein cloudbasierter Ausbau der Internetpräsenz im LVR für die OEG-TA im Rheinland, welche prioritär der Erreichbarkeit dient.
- Vom OEG bezahlte psychotherapeutische Behandlungen müssen über die Nachuntersuchungen auf ihre Effektivität hin untersucht werden. Dieses sollte auch über eine wissenschaftliche Begleitforschung gewährleistet werden.
- Vertragspartner, die hierbei kritische Handlungsfelder zu erkennen geben, müssen eng begleitet werden können
- Die Sicherstellung von psychotherapeutischen Behandlungsmöglichkeiten für spezifische Zielgruppen, etwa behinderte Gewaltopfer, Kinder/Jugendliche und Menschen mit Migrationshintergrund sollte prioritär behandelt werden.
- Überlegungen zu psychotherapeutischen Kompakt-Leistungspaketen für komplex traumatisierte Gewaltopfer und gewaltbetroffene Flüchtlinge sollten getroffen werden.
- Die Mitarbeitenden des LVR im OEG sollten die Möglichkeit erhalten, an Fortbildungen zur Prävention der sekundären Traumatisierung teilzunehmen.
- Zum Aufbau eines psychosozialen Versorgungsangebotes nach Terroranschlägen sollte eine interne Koordinierungsstelle aufgebaut werden²⁷.
- Die Vertragsgestaltung sollte gemeinsam mit den Kolleginnen und Kollegen vom LWL überprüft werden. Hieraus sollten Veränderungsvorschläge generiert werden.

Die Verwaltung wird an diesen Punkten in der Zukunft weiterarbeiten und die enge Abstimmung mit dem LWL, vor allem aber mit dem MAGS NRW suchen, da die zur Umsetzung notwendigen finanziellen Mittel von dort bereitzustellen sind.

In Vertretung

Prof. Dr. Faber

²⁷ Die Koordinierungsstelle Nachsorge, Opfer- und Angehörigenhilfe (NOAH) ist eine Einrichtung der Bundesregierung und bietet nach schweren Unglücksfällen, Terroranschlägen und Katastrophen im Ausland psychosoziale Versorgung. https://www.bbk.bund.de/DE/AufgabenundAusstattung/Krisenmanagement/PsychKM/NOAH/NOAH_node.html. Letzter Abruf am 17.10.2018