

Positionspapier

Betroffenen frühkindlicher Gewalterfahrungen gerecht werden!

(Stand: August 2020)



Karin und Walter
Blüchert
Gedächtnisstiftung



Initiatoren:

Hendrikje ter Balk / Suchttherapeutin

Dr. iur. Stephan Porten, Rechtsanwalt / Fachanwalt für Medizinrecht

Mitwirkende Experten und Verbände:

1. Prof. Dr. med. Ingo Schäfer/ Universitätsklinikum Hamburg – Eppendorf, Leiter Traumaambulanz
2. Fr. Michaela Huber / Psychologische Psychotherapeutin/ Bundesarbeitsgemeinschaft für bedarfsgerechte Nothilfe
3. Priv. - Doz. Dr. Wolfgang Wöller, ehemaliger Ärztlicher Direktor und Leitender Abteilungsarzt der Abteilung mit Schwerpunkt Traumafolgeerkrankungen und Essstörungen der Rhein- Klinik Bad Honnef
4. Univ.-Prof. Dr. med. Karl Heinz Brisch, Univ.-Prof. an der Paracelsus Medizinischen Privatuniversität (PMU) in Salzburg, Facharzt für Kinder – und Jugendpsychiatrie, Psychiatrie und Psychosomatische Medizin und Psychotherapie sowie Neurologie. Psychoanalytiker für Kinder, Jugendliche, Erwachsene und Gruppen. Ausbildung in spezieller Psychotraumatologie. Vorstand des ersten Lehrstuhls für Early Life Care und leitet das gleichnamige Forschungsinstitut an der PMU.
5. Dr. med. Brigitte Bosse / ärztliche Psychotherapeutin, niedergelassen, Leiterin des Trauma Institut Mainz
6. Prof. Dr. Michael Klein / Prof. Dr. Michael Klein / Professor für Klinische Psychologie und Suchtforschung mit den Schwerpunkten: Mental-Health-Forschung, Familie & psychische Störungen, Präventionsforschung an der Katholischen Hochschule Nordrhein-Westfalen am Standort Köln. Leiter des Masterstudiengangs Suchthilfe/ Suchttherapie. Leiter des Deutschen Instituts für Sucht- und Präventionsforschung.
7. Dr. phil. Karsten R. Böhm / Psychologischer Psychotherapeut / Leiter der Privatklinik Friedenweiler, 1. Vorsitzender EMDRIA Deutschland e.V.
8. Fr. Julia von Weiler, Dipl. Psychologin / Vorsitzende Innocence in Danger e.V.
9. Univ.-Prof. Dr. med. Astrid Lampe, stv. Direktorin der Univ. Klinik für Medizinische Psychologie am Department für Psychiatrie und Psychotherapie der Universität Innsbruck, Vorstand Deutschsprachige Gesellschaft für Psychotraumatologie (DeGPT)
10. Privatdozentin Dr. med. Ursula Gast, Fachärztin für Psychotherapeutische Medizin, Deutschsprachige Gesellschaft für Psychotraumatologie (DeGPT)
11. Dr. med. Wiebke Pape, Fachärztin für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, Leitende Ärztin der Abteilung mit Schwerpunkt Traumafolgeerkrankungen und Essstörungen der Rhein-Klinik Bad Honnef, Ev. Johanneswerk gGmbH
12. Magdalena Blüchert, Karin und Walter Blüchert Gedächtnisstiftung

Präambel

Unter Berücksichtigung der europäisch geforderten Zielsetzungen (und damit verbundenen Umsetzungskritik an Deutschland: vgl. Richtlinie 2012/29/EU vom 25. Oktober 2012) soll dieses Positionspapier dazu beitragen, notwendige Hilfen für Betroffene, die Opfer von Gewalttaten in der Kindheit geworden sind, zeitnah in Deutschland umzusetzen. Insbesondere fokussieren wir hier den Bereich der chronischen Verläufe, die in Folge schwerster Traumatisierung auftreten.

Nach wie vor erleben psychisch Erkrankte eine Stigmatisierung und damit einhergehende Fehlversorgung im Vergleich zu Menschen, die unter einer körperlich - chronischen Erkrankungen leiden.

Es bestehen für Menschen, die langanhaltender körperlicher, psychischer und/oder sexualisierter Traumatisierung ausgesetzt waren, Versorgungslücken, (insbesondere über das derzeitige Psychotherapie - Richtlinienverfahren) die zeitnah geschlossen werden müssen. Hier muss auch die multiprofessionelle und psychotherapeutische Versorgung von Kindern und Jugendlichen Berücksichtigung finden.

Gemeinsam mit einem Kreis namhafter ExpertInnen und Fachgesellschaften aus dem Bereich der Psychotraumatologie setzen wir uns dafür ein, dass notwendige Hilfen für Betroffene in Deutschland umgesetzt und somit auch die Opferrechte gem. der EU – Forderungen gestärkt werden.

1. Teil: Ausgangslage und Handlungsbedarfe

Die EU-Kommission hat die mangelnde Umsetzung des Opferschutzes und den Mangel ausreichender Hilfen in Deutschland beklagt und skizziert.¹ Wer in der Bundesrepublik Gewaltopfer wurde, bedarf der besonderen Solidarität der staatlichen Gemeinschaft. Die wichtigste Aufgabe ist der Schutz seiner Bürger und Bürgerinnen. Deshalb wurde ein staatliches Gewaltmonopol übertragen. Wo dieser Schutz nicht gewährleistet werden konnte, muss der Schwerpunkt auf einer angemessenen Behandlung liegen.

Die staatliche Solidarität ist derzeit noch lückenhaft umgesetzt:

Eine Behandlungsdiagnose, orientiert am tatsächlichen Bedarf der komplexen Traumafolgeerkrankungen, ist im ICD-10 derzeit nicht enthalten. Als Folge ist aktuell eine Unter- bzw. Fehlversorgung betroffener Menschen zu verzeichnen, die auch wirtschaftlich nicht vertretbar ist und einer zeitnahen Verbesserung bedarf. Die im ICD-11 vorgesehenen Systematik werden frühestens im Jahr 2022 eine Umsetzung erfahren. Es gibt schwere Folgen nach komplexer Traumatisierung, die auch nach aktuellem Stand im ICD-11 nicht vollständig erfasst werden und bereits jetzt behandlungsdürftig sind.

Auch die derzeitigen alternativen Versorgungsstrukturen durch das OEG und/oder die Leistungen aus dem Fond sexuellen Missbrauch, stellen keine ausreichenden Hilfen dar. Beim OEG stellt sich die Problemlage, dass die Tat im juristischen Sinne nachgewiesen werden muss. Bei der hier vorliegenden Patientengruppe sind diese Anforderungen oft nicht erfüllbar, da die wenigsten dieser Personengruppe ein langwieriges Prozessgeschehen ohne vorherige, auch psychotherapeutische, Unterstützung durchhalten – diese aber wegen „Einflussnahme“ als negativ im Prozessgeschehen gewertet und daher gemieden wird. Was dazu führt, dass entweder ein langwieriges, sehr belastendes Prozessgeschehen ohne Unterstützung durchgeführt werden muss – oder die Psychotherapie meist ohne folgende juristische Aufarbeitung stattfindet, um die Patientinnen und Patienten zu stabilisieren.

Daneben sind die derzeitigen Eingangshürden, Verfahrensgrundsätze und die daraus resultierenden Belastungen unzumutbar, so dass eine zeitnahe Hilfe fehlt. Ob die neue Reformierung des OEGs, die sehr zu begrüßen ist und schon viele Bereiche gebessert hat, in diesem Punkt ab 2024 eine Abhilfe darstellt, muss abgewartet werden.

Der Fond Sexueller Missbrauch beschränkt sich nur auf die Opfer innerfamiliärer sexuell motivierter Gewalt in der Kindheit. Damit bleiben erhebliche Teile komplexer Traumafolgeerkrankungen von Beginn an von einer Unterstützung ausgeschlossen. Im Übrigen hat sich der Fond Sexueller Missbrauch trotz inzwischen jahrelanger Berichterstattung² als weiterhin kurzfristig handlungsunfähig erwiesen. Die Antragsstellung und/oder die Bezahlung genehmigter Leistungen dauern zum Teil Jahre. Auch hier ist die bürokratische Antragsstellung für Patientinnen und Patienten mit komplexer Traumafolgeerkrankung sehr belastend, was zu einer Retraumatisierung führen kann und somit dem angedachten Nutzen der Hilfen nicht dienlich ist.

¹ https://ec.europa.eu/germany/news/20190725-vertragsverletzungsverfahren_de

² (z.B. <https://www.daserste.de/information/wirtschaft-boerse/plusminus/sendung/ndr/fondsexueller-missbrauch-100.html> - letzter Abruf 7.7.20)

Aus diesem Grund soll dieses Paper kurz die notwendige politische Etablierung einer ausreichenden Versorgung anhand der derzeitigen Forschung, Theoriefundierung sowie Kosteneffizienz darstellen und damit die derzeitige unzureichende Situation verbessern. Es wird ein zeitnaher Umsetzungsbedarf, also eine Implementierung in das derzeitige System, gesehen.

A. Theoriefundierung

Die Theoriefundierung umfasst Studien zur Psychophysiologie, Neurobiologie und Untersuchungen mit bildgebenden Verfahren, naturalistische Studien und Behandlungsstudien. Daneben müssen auch psychoanalytische Modellbildungen, psychotherapeutische Verfahren, traumafokussierte Psychotherapie sowie die Dissoziation – und Gedächtnisforschung und die Entwicklung – und Bindungsforschung berücksichtigt werden. Daraus ergibt sich zwangsläufig der besondere Bedarf für dieses Störungsbild.

Frühe Traumatisierungen können die kindliche Entwicklung so stark schädigen, dass eine komplexe Symptomatik resultiert und damit die Alltagsfunktionalität und die Lebensqualität (körperlich, psychisch, sozial und beruflich) massiv beeinträchtigt sind. Oft bedarf es jahrelanger Behandlung, um diesen Schaden auszugleichen und/oder zu beheben.

Allerdings gibt es – je nach Ausgangslage – Verläufe, die in relativer kurzer Zeit ein befriedigendes Behandlungsergebnis zeigen.

B. Datenlage

Zur Prävalenz psychischer Traumatisierungen der deutschen Bevölkerung zeigt die repräsentative Stichprobe von Häuser et. al (2011), dass 12 Prozent der Befragten angaben, körperlichen, 12,5 Prozent sexuellen und 14,9 Prozent emotionalen Missbrauch in der Kindheit erlebt zu haben. Davon gaben wiederum 2,8 Prozent an, schweren körperlichen Misshandlungen, 1,9 Prozent schweren sexuellen Missbrauch und 1,6 Prozent schweren emotionalen Missbrauch erlebt zu haben³.

Felitti et. al (1998) haben bereits in der ACE – Studie den Zusammenhang von frühen Traumatisierungen und daraus resultierenden Folgen sowie körperlichen Erkrankungen (z.B. Krebs, chronischen Lungenerkrankungen, etc.) nachweisen können. Sie konnten auch zeigen, dass ein Teil medizinisch unerklärlicher Symptome auf sexuellen Missbrauch in der Kindheit und Jugend zurückzuführen ist.

Eine sehr starke Belastung und maximale Teilhabebeeinträchtigung liegt bei der Diagnose dissoziative Identitätsstörung vor. Bei dieser sehr schweren Traumafolgestörung durch frühe Langzeitgewalt gibt es eine Prävalenzrate von 0,5 bis 1 Prozent der Allgemeinbevölkerung – damit liegt sie auf dem gleichen Niveau wie die Schizophrenie.

³ Zitiert aus Reddemann, L., & Wolfgang, W. (2019). Komplexe Posttraumatische Belastungsstörung. Göttingen: Hogrefe.

C. Erweiterte Versorgungsstruktur für komplexe Traumafolgestörungen

Eine verbesserte Versorgung komplexer Traumafolgestörungen sollte sich an der S-3 Leitlinie „Behandlung der Posttraumatischen Belastungsstörung“⁴ orientieren sowie bei der Behandlung dissoziativer Störungen an internationalen Standards, wie der Expertenempfehlung der ISSD Standards of Practice Committee/ Executive Council unter Einbeziehung der Task-Force⁵. Es ist deutlich, dass eine Neufassung der Behandlungsoptionen orientiert am Bedarf für komplexe Traumafolgestörungen notwendig ist. Ebenfalls muss berücksichtigt werden, dass nicht immer das Vollbild der kPTBS und/oder dissoziativen Identitätsstörung erfüllt ist, und dennoch ein besonderer Behandlungsbedarf besteht.

Komplexe Traumafolgestörungen haben in der Regel Ursachen, die in der Kindheit liegen. Wir sprechen also über eine massive Schädigung während der kindlichen Entwicklung, die durch langanhaltende, oft vielfältige und wiederkehrende traumatische Erlebnisse (psychisch, körperlich und/oder sexualisierte Gewalt) verursacht werden.

Das Ziel besteht darin, Menschen, die durch solch massiven Traumatisierungen in der Lebensspanne und Lebensqualität beeinträchtigt sind, eine bestmögliche Behandlung geben zu können.

Hierbei bietet sich der Vergleich zu körperlich chronischen Erkrankungen an (z.B. Dialyse).

D. Kosteneffizienz

Vorweg soll erwähnt sein, „dass bei allen Berechnungen zu Traumafolgekosten beachtet werden muss, dass nach erlittener Traumatisierung unterschiedliche Verlaufsformen möglich sind. (...) Manche Individuen sind gänzlich resilient, d.h. sie zeigen keinerlei Beeinträchtigung in den bisher erforschten Qualitäten wie Verhalten, Schulbildung, Gesundheit etc. Resilienz wird auf endogene und exogene Schutzfaktoren zurückgeführt, die einem Individuum die Widerstandskraft geben, Stress und traumatische Erfahrungen zu meistern.“⁶

Seit 2011 liegen erstmalig eindeutige Zahlen (Vgl. Habetha et. al, 2012) auf Grundlage der Deutschen Traumafolgestudie zugrunde, die belegen, dass Traumafolgekosten die Volkswirtschaft jedes Jahr in erheblichem Ausmaß belasten (siehe Quelle 6, S. 111 ff).

Fegert (2015) beziffert die jährlichen Kosten infolge von physischer, psychischer oder emotionaler wie sexueller Gewalt auf ca. 11 Mrd. Euro. Es handelt sich also hier um Kosten, die durch die Folgen von Kindesmissbrauch/Kindesmisshandlung und Vernachlässigung für die deutsche Gesellschaft anfallen.

⁴ Schäfer I, Gast U, Hofmann A, Knaevelsrud C, Lampe A, Liebermann P, Lotzin A, Maercker A, Rosner R, Wöller W (Hrsg.) (2019). S3-Leitlinie Posttraumatische Belastungsstörung. Springer Verlag

⁵ International Society for the Study of Trauma and Dissociation (Chu et al. 2011). Guidelines for treating dissociative identity disorder in adults, third revision. *Journal of Trauma & Dissociation*, 12(2): 115–187. <https://www.isst-d.org/resources/adult-treatment-guidelines/>

Deutsche Bearbeitung: Dissoziativen Identitätsstörung (DIS) bei Erwachsenen, Expertenempfehlung und Praxisbeispiele. Gast & Wirtz (Hrsg.) 2016. Klett Cotta Stuttgart. <https://www.degpt.de/ueber-die-degpt/arbeitsgruppen/ag-dissoziative-stoerungen.html>

⁶ https://beauftragter-missbrauch.de/fileadmin/Content/pdf/Literaturliste/Publikat_Deutsche_Traumafolgekostenstudie_final.pdf S. 67 ff + S. 111 ff. Abgerufen am 07.08.2020, 15.53 Uhr.

Kosteneffizienzstudien belegen den Nutzen einer psychotherapeutisch bedarfsorientierten Versorgung. Die Metaanalyse von Brand, Vlassen, Zaveri et. Al (2009) zeigt, dass die Symptomatik einer komplexen Traumfolgestörung durch eine adäquate Therapie reduziert werden kann.

Daneben weist eine internationale Langzeitstudie (Vgl. (Brand, Classen, Lanius et al., 2009) den Nutzen einer spezifischen ambulanten Therapie nach. So wurden kostspielige stationäre Aufenthalte reduziert.

Die Studie „Die psychotherapeutische Versorgungsrealität komplex traumatisierter Menschen in Deutschland“ der Initiative Phönix – Bundesnetzwerk für angemessene Psychotherapie e.V. beschäftigte sich mit der Fragestellung, welche Folgen ein Therapieabbruch hat.

Die Studie kam auf der Grundlage der Befragung von 673 PatientInnen und 565 TherapeutInnen zu den unten genannten Ergebnissen.

Zum Themenfeld der Therapieunterbrechung äußerten sich die PatientInnen wie folgt:

- 74,5 Prozent gaben an, dass die Therapieunterbrechung den Prozess behindert oder zurückgeworfen habe.
- Bei 82,6 Prozent traten verstärkt somatische Symptome auf, z.T. kamen neue Symptome hinzu.
- 60,7 Prozent bejahten durch eine fehlende therapeutische Unterstützung eine Arbeitsunfähigkeit. Auch Medikamenteneinnahme/ Substanzmissbrauch, Selbstverletzung und (stationäre) Folgebehandlungen stiegen an.
- Die Zunahme suizidaler Tendenzen betrug 68,5 Prozent.
- Ein Therapieabbruch führte bei 76,2 Prozent der PatientInnen zu Belastungen in der Beziehung.
- Bei 46,5 Prozent wurde durch die Unterbrechung bzw. den Abbruch eine stationäre Aufnahme notwendig.

Die Bewertungen der Therapeutinnen und Therapeuten sahen wie folgt aus:

- 88,7 Prozent gaben an, die erzwungenen Unterbrechungen belastete die PatientInnen und den therapeutischen Prozess und würden diesen zurückwerfen.
- 48,5 Prozent sagten, dass es den Patienten destabilisiert (bis hin zu akut bedrohlichen Zuständen).
- 96,7 Prozent berichteten psychosomatische und psychische Symptome würden sich in einer Pause verschlechtern. 92,5 Prozent stellten fest, dass durch eine Pause vermehrt eine Arbeitsunfähigkeit auftrat.

Darüber hinaus sind weitere Studien bekannt, die den Nutzen einer am Bedarf orientierten Behandlung belegen, somit auch einer Verschlechterung entgegenwirken. Eine Anpassung an den Bedarf und damit auch Angleich der Therapie körperlicher Erkrankungen (Bsp. Dialyse, Asthmaerkrankung) ist dringend notwendig.

Fazit: Es ist evident, dass eine fundierte Therapie eine deutliche Verbesserung der Lebensqualität Betroffener erreichen und Suizide verhindern kann. Die Ressourcen betroffener Menschen können so gestärkt werden können, dass sogar berufsunfähige und dauerhaft stationär behandlungsbedürftige PatientInnen Ressourcen aktivieren oder wiederfinden können, wodurch weitere stationäre Aufenthalte überflüssig werden. Dies führt zwangsläufig zu einer Kosteneinsparung. Viele der PatientInnen können sogar durch eine angemessene bedarfsorientierte Therapie wieder erwerbsfähig werden. Voraussetzung für eine günstige Prognose ist jedoch, dass die Behandlung an den Bedarfen der PatientInnen orientiert ist.

Da jedoch derzeit der wahre Behandlungsbedarf in der GKV-Regelversorgung oft nicht abgedeckt wird und es in vielen Fällen dazu kommt, dass Therapien abgebrochen werden müssen, verschlechtert sich die Symptomatik. Daraus entstehen unnötig kostspielige Folgebehandlungen.

Die vorliegenden Daten zeigen eindrücklich, dass die Investition in eine ausreichende Versorgung lohnend ist und Kosten dadurch reduziert werden können.

E. Besonderer Bedarf in der Kinder – und Jugendpsychotherapie

Auch im Kinder- und Jugendbereich wird die Notwendigkeit der Integration einer komplexen traumabedingten Störung oder entwicklungsbezogene Traumafolgestörung (Van der Kolk, 2009) als eigenständige Diagnose und zur Verbesserung der Therapie als unabdingbar angesehen. Hier wird die Diagnose der Vorform von kPTBS bereits international diskutiert (Vgl. „developmental trauma disorder DTD, also eine traumabedingte Entwicklungsstörung) Bereits jetzt hat der ICD-11 die Bindungs- und Entwicklungsstörungen ebenso in ihrer Bedeutung für die Entstehung langfristiger (Traumafolge-)Störungen aufgewertet, wie das DSM-V es bereits tat. Jede effektive Behandlung setze also eine richtige Diagnose voraus.

Kinder und Jugendliche profitieren besonders von einer multiprofessionellen Zusammenarbeit. Jedoch sind die Bezugskontakte zum Psychotherapeuten in Bedarfsanalysen zu gering angesiedelt. Bereits für die Herstellung einer günstigen Therapiebedingung sind im Vorfeld Gespräche mit allen Akteuren (Elterngespräche, Jugendamt, ggfls. Gespräche mit Vormund und/oder Pflegeeltern, oder der Schule und weiteren Unterstützern, die zu einer Verbesserung der kindlichen und/oder jugendlichen Situation beitragen) notwendig, die das von den Krankenkassen genehmigte Stundenkontingent belasten.

Wenn günstige Therapiebedingungen bestehen, ist eine äußerst kleinschrittige Arbeit zur Behandlung der Affektdifferenzierung und Affekttoleranz notwendig, die nur mit einem erhöhten Stundenkontingent realisierbar wären.

2. Teil: Handlungsvorschläge

Wir halten folgende Schritte für wichtig und möchten uns nachdrücklich für diese einsetzen:

1. Der Gesetzgeber ist gefordert, geltendes EU – Recht (zur Verhinderung und adäquater Behandlung von Missbrauch) zeitnah umzusetzen.
2. Psychotherapeutische Behandlung – orientiert an den Bedarfen betroffener Menschen – muss vom Gesetzgeber gesichert werden. Hiervon dürfen gerade komplexe Traumafolgerkrankungen nicht ausgenommen werden. Wir setzen uns für eine Versorgungsstruktur für komplexe Traumafolgestörungen (kPTBS/DIS) ein, die sich an den teils langjährigen Behandlungsbedürfnissen orientiert. Diese Versorgungsstruktur sollte zeitnah (ggfls. in Form einer Übergangslösung) umgesetzt werden, möglichst zum 31.12.2020.
3. Die Versorgung komplexer Traumafolgestörungen ist in vielen Fällen langwierig. Es handelt sich um PatientInnen, die schlimmste Traumafolgestörungen frühkindlicher Vernachlässigung und Gewalt sowie entsprechende Entwicklungsschritte zu bewältigen haben.

Diese Versorgung darf nicht durch de facto weiter bestehende allgemeine Obergrenzen beschnitten werden. Hierbei erkennen wir die Notwendigkeit an, dass auch bei der Behandlung einer komplexen Traumafolgestörung das Wirtschaftlichkeitsgebot zu beachten ist. Das Behandlungssetting für komplex traumatisierte Menschen ist anspruchsvoll und herausfordernd. Es muss sich an den folgenden, auch sonst in der Praxis vorhandenen Richtlinien orientieren, wobei jeder der notwendigen Abschnitte durch die komplexe Symptomatik einen erhöhten qualitativen und quantitativen therapeutischen Bedarf notwendig macht.

Auf Grund der massiven Vertrauensverluste und des starken Ausmaßes an Leid durch frühe Traumatisierungen, braucht es eine deutlich längere therapeutische Anbindung, bis eine therapeutisch vertrauensvolle Beziehung entsteht, um sich dann weiteren thematischen Schwerpunkten widmen zu können. Dies kann unter Umständen Jahre benötigen. Aus diesem Grund ist es auch wichtig, dass im ambulanten Setting der zuständige Therapeut den Prozess begleitet und weder ein Personen- noch Schulenwechsel vorgenommen wird.

4. Im Kinder- und Jugendbereich ist es notwendig, eine entsprechende Diagnose nach den Empfehlungen von van der Kolk (2009) im Bezug zur „Entwicklungsbezogenen Traumafolgestörung“ zu integrieren⁷ und damit verbundene notwendige Stundenkontingente an den Bedarf anzupassen. Hier sollte eine entsprechende Fachexpertise herangezogen werden.
5. Zur Sicherstellung der therapeutischen Versorgung in Deutschland ist die Qualifikation der medizinischen und psychotherapeutischen Fachleute auszubauen. Gleichzeitig sollte die Zahl verfügbarer Psychotherapieplätze – auch für Langzeittherapie – deutlich erhöht werden, was nur durch eine Aufstockung der Zahl entsprechend qualifizierter niedergelassener PsychotherapeutInnen, PsychiaterInnen etc. möglich ist. Für die Behandlung einer komplexen Traumafolgestörung benötigt es eine zusätzlich fundierte Weiterbildung.

⁷ <https://econtent.hogrefe.com/doi/full/10.1024/1422-4917/a000678>

Kontakt:

Hendrikje ter Balk / Suchttherapeutin
hendrikjeterbalk@outlook.de

Dr. iur. Stephan Porten, Rechtsanwalt / Fachanwalt für Medizinrecht
Stephan.Porten@inmove-legal.de