



LAND BRANDENBURG

MSGIV | Postfach 60 11 63 | 14411 Potsdam

Landeskrankenhausgesellschaft Brandenburg e. V.
Vorstandsvorsitzender
Herrn Dr. Detlef Troppens
Zeppelinstraße 48
14471 Potsdam
E-Mail: sekretariat@LKB-Online.de

Kassenärztliche Vereinigung Brandenburg
Vorstandsvorsitzender
Herrn MU Dr./CS Peter Noack
Pappelallee 5
14469 Potsdam
E-Mail: info@kvbb.de

Landesärztekammer Brandenburg
Präsident
Herrn Dipl.-Med. Frank-Ullrich Schulz
Pappelallee 5
14469 Potsdam
E-Mail: post@laekb.de

Ostdeutsche Psychotherapeutenkammer
Präsident
Herrn Dr. Gregor Peikert
Kickerlingsberg 16
04105 Leipzig
E-Mail: info@opk-info.de

Arbeitsgemeinschaft der Verbände
der Krankenkassen im Land Brandenburg
c/o Vorstandsvorsitzende
der AOK Nordost – Die Gesundheitskasse
Frau Daniela Teichert
Brandenburger Straße 72
14467 Potsdam
E-Mail: vorstand@nordost.aok.de

**Ministerium für Soziales,
Gesundheit, Integration
und Verbraucherschutz**

Henning-von-Tresckow-Str. 2 - 13
14467 Potsdam

Bearb.: Frau Splittgerber
Gesch.-Z.: 26-4400/A0004/V011
Telefon: +49 331 866-5261
Fax: +49 331 866-5209
Internet: www.msgiv.brandenburg.de
martina.splittgerber@msgiv.brandenburg.de

Bus und Tram: Haltestelle Alter Markt/Landtag
Bahn und S-Bahn: Potsdam Hauptbahnhof



Potsdam, 21. Juni 2022

**Referentenentwurf des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales (BMAS) zu einer Verordnung über die von den Traumaambulanzen in der Sozialen Entschädigung zu erfüllenden Qualitätskriterien und die Pflichten der Traumaambulanz
(Traumaambulanz-Verordnung – TAV, Stand 19. Mai 2022)**

Sehr geehrte Damen und Herren,

zuletzt im November 2021 hatte ich Sie über den Stand zur Erarbeitung einer nach § 38 des Vierzehnten Buches Sozialgesetzbuch (SGB XIV) vorgesehenen Traumaambulanz-Verordnung informiert. Das BMAS hat nunmehr das formelle Abstimmungsverfahren eingeleitet und den Ländern den in der Anlage beigefügten Referentenentwurf einer „Verordnung über die von den Traumaambulanzen in der Sozialen Entschädigung zu erfüllenden Qualitätskriterien und die Pflichten der Traumaambulanz – Traumaambulanz-Verordnung (TAV)“ übersandt.

Die von Ihnen dankenswerterweise zugeleiteten Hinweise und Anregungen hatte ich dem BMAS mit meiner Stellungnahme vom 9. November 2021 übermittelt. Leider sind diese nur teilweise berücksichtigt worden. Insbesondere hat das BMAS keine Bereitschaft gezeigt, generell auf die zusätzlich zu einem Abschluss nach dem Berufsrecht geforderten traumaspezifischen Zusatzqualifikationen (§ 3 Absatz 2 und § 4 Absatz 2 TAV-E) und weitere Erfahrungen in der Behandlung von Opfern sexuellen Missbrauchs im Kindes- und Jugendalter (§ 4 Absatz 3 TAV-E) zu verzichten. Die bisher in Bezug genommenen Curricula sind nunmehr als Anlagen 1 und 2 in den Verordnungstext aufgenommen worden. Auf das vehemente Vorbringen der Länder, die überhöhten Qualifikationsanforderungen könnten das Versorgungsziel gefährden, hat das BMAS einen den Ländern bereits im Dezember 2021 vorgestellten Kompromiss als neuen § 3 Absatz 3 bzw. § 4 Absatz 4 TAV-E aufgenommen. Demgemäß kann von den zusätzlichen Anforderungen für die Dauer der Vertragslaufzeit abgesehen werden, wenn die Versorgung mit einer ausreichenden Anzahl von Traumaambulanzen anderenfalls nicht sichergestellt werden könnte. Das Kriterium der ausreichenden Anzahl wird an der den Betroffenen „zumutbaren“ Fahrzeit von einer Stunde bis zur nächsten Traumaambulanz (§ 8 Absatz 2 TAV-E) angeknüpft. Bei Verlängerung einer Vereinbarung ist jeweils zu prüfen, ob die Anzahl an Traumaambulanzen demgemäß ausreichend ist. Die Öffnungsklausel erlaubt es damit zwar, im Land Brandenburg grundsätzlich auch nach 2023 Vereinbarungen mit den in den Rahmenbestimmungen des LASV vom 17. Dezember 2020 benannten Qualifikationsanforderungen abzuschließen. Die Lösung des BMAS kann dennoch nicht

als gelungener Kompromiss angesehen werden und ist nach hiesiger Auffassung nicht geeignet, das erklärte Ziel bundeseinheitlicher Qualitätskriterien sicherzustellen. Für Vereinbarungen, die vor dem 1. Januar 2024 mit Traumaambulanzen abgeschlossen worden sind oder noch werden, ist die Verordnung ohnehin nicht anzuwenden (§ 14 TAV-E); diese können unter den bisherigen Vertragsbedingungen fortgeführt werden.

Positiv ist zu bewerten, dass die Anforderungen an die Erreichbarkeit der Traumaambulanz (Sprechzeiten, Telefonkontakt, Internetpräsenz) nunmehr deutlich offener gefasst sind (§ 9 TAV-E). Außerdem wurden die Vorgaben zur Durchführung von Supervisionen (bisher § 7) gestrichen. Dagegen wurde die Vorschrift zur Schweigepflicht (§ 10 TAV-E) gegenüber dem Vorentwurf so geändert, dass sie nicht den tatsächlichen Erfordernissen entspricht. Auch die Verpflichtung zur Vernetzung und deren fallabhängige Vergütung (§§ 12 und 13 TAV-E) begegnen hier weiterhin Bedenken.

Mit der Einleitung der formellen Ressortabstimmung werden vom federführenden Bundesressort regelmäßig zugleich auch die Verbände und Fachgremien auf Bundesebene beteiligt. Die Traumaambulanz-Verordnung ist nach § 38 SGB XIV eine Ressortverordnung, die der Zustimmung des Bundesrates bedarf.

Es ist von hier beabsichtigt, die bis zum 6. Juli 2022 eingeräumte Möglichkeit der Stellungnahme erneut zu nutzen und dem BMAS über die generellen Bedenken hinaus zu einzelnen Passagen des Verordnungsentwurfes Änderungshinweise zu übermitteln. Unbeschadet der Möglichkeit, die Interessen aus den Kammern und berufsständischen Vereinigungen in den Ländern auf dem Weg über die jeweiligen Bundesstrukturen zu transportieren, erneuere ich gern mein Angebot, mir für diese Stellungnahme auch zum jetzt vorliegenden Referentenentwurf nochmals Ihre fachkundigen Hinweise zu übermitteln.

Mit freundlichen Grüßen
Im Auftrag

Schattschneider

Dieses Dokument wurde am 21.06.2022 durch Herrn Ingo Schattschneider elektronisch schlussgezeichnet.

Referentenentwurf

des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales

Verordnung über die von den Traumaambulanzen in der Sozialen Entschädigung zu erfüllenden Qualitätskriterien und die Pflichten der Traumaambulanz

(Traumaambulanz-Verordnung – TAV)

A. Problem und Ziel

§ 38 des Vierzehnten Buches Sozialgesetzbuch sieht vor, dass durch eine Rechtsverordnung des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales mit Zustimmung des Bundesrates das Nähere zu den Vereinbarungen zwischen den nach Landesrecht zuständigen Behörden und Traumaambulanzen geregelt wird. Das Ziel der Verordnung besteht vor allem in der Bestimmung bundeseinheitlicher Qualitätsstandards, die bei dem Abschluss der Vereinbarungen über Behandlungen in den Traumaambulanzen zu beachten sind.

B. Lösung, Nutzen

Erlass der Rechtsverordnung. Der Nutzen der Verordnung besteht darin, dass für den Abschluss der Vereinbarungen mit Traumambulanzen im Bereich der Sozialen Entschädigung bundesweite Qualitätsstandards der Behandlung von Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen definiert und Qualifikationsanforderungen im Hinblick auf die Aus- und Weiterbildung der Behandelnden festgelegt werden. Des Weiteren wird sichergestellt, dass eine Vereinbarung nach § 37 Absatz 1 Satz 1 SGB XIV nur dann abgeschlossen werden kann, wenn die Traumaambulanzen in einem bestimmten zeitlichen Umfang erreichbar sind, die Betroffenen eine Traumaambulanz nach einer zumutbaren Anfahrtszeit erreichen können und dort kurzfristig einen Termin erhalten. Die Erreichbarkeit per Telefon und Internet sowie die Dokumentationspflichten werden ebenfalls geregelt.

C. Alternativen

Keine.

D. Haushaltsausgaben ohne Erfüllungsaufwand

Es fallen keine Mehrausgaben für den Bund an.

Durch die Traumaambulanz-Verordnung entstehen den Verwaltungen der Länder im Haushaltsjahr 2024 Kosten in Höhe von 3,57 Millionen Euro. Es ist mit einer gleichbleibenden Entwicklung der Kosten in den Jahren 2025 bis 2028 zu rechnen.

Die Auswirkungen dieser Verordnung auf die Jahre 2025 bis 2028 betragen (in Millionen Euro):

2025	2026	2027	2028
3,6	3,6	3,6	3,6

E. Erfüllungsaufwand

E.1 Erfüllungsaufwand für Bürgerinnen und Bürger

Für die Bürgerinnen und Bürger entsteht kein Erfüllungsaufwand.

E.2 Erfüllungsaufwand für die Wirtschaft

Für die Wirtschaft entsteht ein jährlicher Erfüllungsaufwand an Personalkosten in Höhe von rund 9.100 Euro. Einmaliger Erfüllungsaufwand an Personalkosten entsteht in Höhe von rund 4.600 Euro.

Davon Bürokratiekosten aus Informationspflichten

Neue Informationspflichten werden durch diese Verordnungen nicht eingeführt, somit entstehen auch keine Kosten.

E.3 Erfüllungsaufwand der Verwaltung

Für die Verwaltung des Bundes und der Länder entsteht kein zusätzlicher Erfüllungsaufwand.

F. Weitere Kosten

Es fallen keine weiteren Kosten an.

Referentenentwurf des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales

Verordnung über die von den Traumaambulanzen in der Sozialen Entschädigung zu erfüllenden Qualitätskriterien und die Pflichten der Traumaambulanz

(Traumaambulanz-Verordnung – TAV)

Vom ...2022

Auf Grund des § 38 Satz 1 des Vierzehnten Buches Sozialgesetzbuch – Soziale Entschädigung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 12. Dezember 2019, BGBl. I S. 2652) verordnet das Bundesministerium für Arbeit und Soziales:

§ 1

Regelungsgegenstand und Definition Traumaambulanz

Diese Verordnung regelt für den Bereich der Sozialen Entschädigung die von der Traumaambulanz für den Abschluss einer Vereinbarung über die Erbringung von Leistungen nach Kapitel 4 Abschnitt 3 des Vierzehnten Buches Sozialgesetzbuch zu erfüllenden Voraussetzungen.

§ 2

Antrag, Leistungserbringung durch die Traumaambulanz

(1) Die Traumaambulanz informiert Leistungsberechtigte über die Erforderlichkeit der Antragstellung für die Leistungserbringung unverzüglich nach der zweiten Sitzung und unterstützt sie auf Wunsch bei der Stellung des Antrages. Die Unterstützung bei der Antragstellung erfolgt außerhalb der Sitzung. Nach Antragstellung leitet die Traumaambulanz den Antrag unverzüglich an die nach Landesrecht zuständige Behörde weiter. § 11 Absatz 4 Satz 2 des Vierzehnten Buches Sozialgesetzbuch bleibt unberührt.

(2) Die Dauer der einzelnen Sitzung in der Traumaambulanz muss mindestens 50 Minuten betragen. Werden erforderliche Dolmetsch-, Übersetzungs- oder Kommunikations-hilfeleistungen nach § 12 des Vierzehnten Buches Sozialgesetzbuch erbracht, beträgt die Dauer der einzelnen Sitzung in der Regel 75 Minuten. Die Aufteilung der Sitzungen in Abschnitte von jeweils 25 Minuten ist zulässig.

(3) Die Leistungsberechtigten sollen im Rahmen der vorhandenen Möglichkeiten entscheiden können, ob die Sitzung entweder durch einen Mitarbeiter oder durch eine Mitarbeiterin der Traumaambulanz durchgeführt wird. Bis zum Ende der Behandlung soll ein Wechsel des behandelnden Mitarbeiters oder der behandelnden Mitarbeiterin nicht stattfinden, es sei denn, der oder die Leistungsberechtigte wünscht dies.

§ 3

Qualifikationsanforderungen bei Behandlung von Erwachsenen

(1) Für die Behandlung von Erwachsenen setzt die Traumaambulanz Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen ein, die eine der folgenden Berufsqualifikationen aufweisen:

1. Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie oder Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie,
2. Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie oder Fachärztin für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie,
3. Facharzt für Psychotherapeutische Medizin oder Fachärztin für Psychotherapeutische Medizin,
4. Psychologischer Psychotherapeut oder Psychologische Psychotherapeutin oder
5. Psychotherapeut mit einer Weiterbildung im Sinne des § 95c Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 Buchstabe a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch oder Psychotherapeutin mit einer solchen Weiterbildung.

(2) Die in Absatz 1 genannten Personen müssen für die Behandlung von Erwachsenen in einer Traumaambulanz eine traumaspezifische Qualifikation verfügen, die

1. durch die zuständige Landesärztekammer oder Landespsychotherapeutenkammer zertifiziert ist und
2. zumindest den Inhalten der Module I und II des Curriculums nach Anlage 1 entspricht.

Satz 1 gilt nicht, wenn den in Satz 1 Nummer 2 genannten Inhalte oder vergleichbare Inhalte bereits Gegenstand einer Weiterbildung oder Zusatzweiterbildung der in Absatz 1 genannten Personen waren. Es genügt, wenn die in Satz 1 genannte Qualifikation spätestens ein Jahr nach Aufnahme der Tätigkeit in der Traumaambulanz vorliegt.

(3) Von den in Absatz 2 genannten Anforderungen kann für die Dauer der Vertragslaufzeit abgewichen werden, wenn die Versorgung mit ausreichend Traumaambulanzen anderenfalls nicht sichergesellt werden kann. Die Versorgung mit Traumaambulanzen ist dann nicht ausreichend, wenn die Anzahl so gering ist, dass Berechtigte eine Traumaambulanz nicht nach einer zumutbaren Fahrzeit im Sinne des § 8 Absatz 2 erreichen können.

§ 4

Qualifikationsanforderungen bei Behandlung von Kindern und Jugendlichen

(1) Für die Behandlung von Kindern und Jugendlichen setzt die Traumaambulanz Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen ein, die eine der folgenden Berufsqualifikationen aufweisen:

1. Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie oder Fachärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie,
2. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin,
3. Psychologischer Psychotherapeut mit Zusatzqualifikation zur Behandlung von Kindern und Jugendlichen oder psychologische Psychotherapeutin mit Zusatzqualifikation zur Behandlung von Kindern und Jugendlichen oder

4. Psychotherapeut mit einer Weiterbildung im Sinne des § 95c Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 Buchstabe b des Fünften Buches Sozialgesetzbuch oder Psychotherapeutin mit einer solchen Weiterbildung.

(2) Die in Absatz 1 genannten Personen müssen für die Behandlung von Kindern und Jugendlichen in einer Traumaambulanz über eine traumaspezifische Qualifikation verfügen, die

1. durch die zuständige Landesärztekammer oder Landespsychotherapeutenkammer zertifiziert ist und
2. zumindest den Inhalten der Module VII und VIII des Curriculums nach Anlage 2 entspricht.

Satz 1 gilt nicht, wenn den in Satz 1 Nummer 2 genannten Inhalte oder vergleichbare Inhalte bereits Gegenstand einer Weiterbildung oder Zusatzweiterbildung der in Absatz 1 genannten Personen waren. Es genügt, wenn die in Satz 1 genannte Qualifikation spätestens ein Jahr nach Aufnahme der Tätigkeit in der Traumaambulanz vorliegt.

(3) Die in Absatz 1 genannten Personen, die Kinder und Jugendliche behandeln, die Opfer sexuellen Missbrauchs geworden sind, verfügen über:

1. fundierte Kenntnisse über
 - a) körperliche und emotionale Misshandlung im Kindes- und Jugendalter,
 - b) körperliche und emotionale Vernachlässigung im Kindes- und Jugendalter,
 - c) sexuelle Gewalt im Kindes- und Jugendalter und
 - d) Folgen der in a) bis c) beschriebenen Erfahrungen sowie
2. Fertigkeiten im Umgang mit betroffenen Patienten und Patientinnen und ihren Bezugspersonen.

Die in Satz 1 genannten Kenntnisse und Fertigkeiten gelten durch eine mindestens zweijährige Berufserfahrung bei der Behandlung von Opfern sexueller Gewalt oder durch eine gleichwertige Fortbildung zum Thema sexueller Gewalt als nachgewiesen.

(4) Von den in Absätzen 2 und 3 genannten Anforderungen kann für die Dauer der Vertragslaufzeit abgewichen werden, wenn die Versorgung mit ausreichend Traumaambulanzen anderenfalls nicht sichergestellt werden kann. Die Versorgung mit Traumaambulanzen ist dann nicht ausreichend, wenn die Anzahl so gering ist, dass Berechtigte eine Traumaambulanz nicht nach einer zumutbaren Fahrzeit im Sinne des § 8 Absatz 2 erreichen können.

§ 5

Behandlung durch Personen in Weiterbildung oder in Ausbildung

(1) Ärzte und Ärztinnen dürfen Leistungsberechtigte behandeln, wenn sich diese Ärzte und Ärztinnen in fortgeschrittener Weiterbildung befinden

1. zum Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie oder zur Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie

2. zum Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie oder zur Fachärztin für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie,
3. zum Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie oder zur Fachärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie oder
4. zum Facharzt für Psychotherapeutische Medizin oder zur Fachärztin für Psychotherapeutische Medizin.

Kinder- und Jugendliche dürfen nur durch die in Satz 1 Nummer 3 genannten Personen und Erwachsene nur durch die in Satz 1 Nummer 1, 2 und 4 genannten Personen behandelt werden. Die Weiterbildung gilt ab zwei Dritteln der Weiterbildungszeit als fortgeschritten.

(2) Die in Absatz 1 genannten Maßgaben gelten auch für Psychotherapeuten in einer Weiterbildung im Sinne des § 95c Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 Buchstabe a oder b des Fünften Buches Sozialgesetzbuch und Psychotherapeutinnen in einer solchen Weiterbildung.

(3) Psychologische Psychotherapeuten und Psychologische Psychotherapeutinnen in Ausbildung dürfen erwachsene Leistungsberechtigte behandeln, wenn sie zwei Drittel ihrer Ausbildung absolviert haben. Vollständig absolviert haben müssen sie 1800 Stunden an praktischer Tätigkeit nach § 2 Absatz 2 der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Psychologische Psychotherapeuten vom 18. Dezember 1998 (BGBl. I S. 3749), die zuletzt durch § 85 Satz 2 Nummer 1 der Verordnung vom 4. März 2020 (BGBl. I S. 448) geändert worden ist, in der bis zum 31. August 2020 geltenden Fassung.

(4) Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten in Ausbildung und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen in Ausbildung dürfen Leistungsberechtigte behandeln, wenn sie zwei Drittel ihrer Ausbildung absolviert haben. Vollständig absolviert haben müssen sie 1 800 Stunden an praktischer Tätigkeit nach § 2 Absatz 2 der vom 18. Dezember 1998 (BGBl. I S. 3761), die zuletzt durch § 85 Satz 2 Nummer 2 der Verordnung vom 4. März 2020 (BGBl. I S. 448) geändert worden ist, in der bis zum 31. August 2020 geltenden Fassung.

(5) Die in den Absätzen 1 bis 4 genannten Personen dürfen keine komplexen Fälle behandeln. Ein Fall ist komplex, wenn die Kenntnisse der in Absätze 1 bis 4 genannten Personen nicht für eine sachgerechte Behandlung ausreichen. Entscheidend ist dabei der Zeitpunkt des Beginns der jeweiligen Behandlung. Ob ein Fall komplex ist, entscheidet der Leiter oder die Leiterin der Traumaambulanz. Hat die Traumaambulanz keine Leitung, entscheidet die Person, die von den in § 3 Absatz 1 und § 4 Absatz 1 genannten Personen über die längste Berufserfahrung verfügt.

§ 6

Leitung

(1) Der Leiter oder die Leiterin einer Traumaambulanz soll neben einer in § 3 Absatz 1 oder § 4 Absatz 1 genannten Berufsqualifikation eine traumaspezifische Qualifikation nachweisen, die dem vollständigen Curriculum nach Anlage 1 oder Anlage 2 entspricht. Es genügt, wenn der Leiter oder die Leiterin einer Traumaambulanz bei Übernahme der Leitung der Traumaambulanz über die in § 3 Absatz 2 oder § 4 Absatz 2 genannte traumaspezifische Qualifikation verfügt und der Leiter oder die Leiterin die weiteren Module des Curriculums nach Anlage 1 oder Anlage 2 innerhalb von zwei Jahren nach Übernahme der Leitung absolviert.

(2) Handelt es sich um eine Traumaambulanz mit drei oder weniger Berufsträgern oder Berufsträgerinnen nach den §§ 3 und 4, findet Absatz 1 keine Anwendung.

§ 7

Leistungserbringung durch Externe

(1) Die Traumaambulanz kann sich bei der Leistungserbringung externer Personen bedienen. Für deren Einsatz gelten die Anforderungen nach den §§ 3 bis 5.

(2) Externe Personen dürfen Leistungen der Traumaambulanz nur in begründeten Ausnahmefällen erbringen. Ein begründeter Ausnahmefall liegt vor, wenn die Traumaambulanz nicht über ausreichend eigene Kapazitäten verfügt, um den Anspruch Leistungsberechtigter in quantitativer oder qualitativer Hinsicht zu erfüllen. Kann der Anspruch durch eine andere nach einer zumutbaren Fahrzeit vom Wohnort des oder der Leistungsberechtigten erreichbare Traumaambulanz abgedeckt werden, so ist der Verweis auf diese Traumaambulanz vorrangig gegenüber dem Einsatz externer Personen. Die Beauftragung externer Personen erfolgt in Abstimmung mit der zuständigen Behörde.

(3) Erbringen externe Personen Leistungen der Traumaambulanz, gelten für sie die Vorgaben zur Schweigepflicht aus § 10 Absatz 1 und 2 entsprechend. Die Traumaambulanz hat die externen Personen darauf hinzuweisen.

§ 8

Anzahl an Traumaambulanzen

(1) Vereinbarungen über die Erbringung von Leistungen der Traumaambulanz für Erwachsene sowie für Kinder und Jugendliche sind von den nach Landesrecht zuständigen Behörden mit einer ausreichenden Zahl von Einrichtungen zu schließen.

(2) Die Anzahl ist ausreichend, wenn eine Traumaambulanz nach einer zumutbaren Fahrzeit erreicht werden kann. In der Regel ist eine Fahrzeit mit einem Kraftfahrzeug oder öffentlichen Verkehrsmitteln von einer Stunde vom Wohnort des oder der Leistungsberechtigten bis zur Traumaambulanz zumutbar. Die Zumutbarkeit ist unabhängig von Satz 2 gegeben, wenn die Leistungen der Traumaambulanz am jeweiligen Wohnort des oder der Leistungsberechtigten erbracht werden.

(3) Abweichend von Absatz 2 ist die Anzahl der Traumaambulanzen auch dann ausreichend, wenn die Traumaambulanz nach einer Fahrzeit von einer Stunde und 30 Minuten erreicht werden kann, wenn anderenfalls die Versorgung mit Traumaambulanzen nicht sichergestellt werden kann.

§ 9

Erreichbarkeit

(1) Neben Sitzungsterminen zu den allgemeinen Geschäftszeiten muss die Traumaambulanz bei Bedarf Sitzungstermine anbieten

1. an einem Tag in der Woche bis 20 Uhr oder
2. am Wochenende.

(2) Die Traumaambulanz muss über eine Webseite verfügen, die Informationen zur Erreichbarkeit der Traumaambulanz enthält. Die Informationen sind auch in barrierefreier Form verfasst. Zur besseren Auffindbarkeit soll sich die Traumaambulanz in Datenbanken oder auf Portalen registrieren, auf denen Betroffene Hilfe suchen. Hierzu zählen die Online-Datenbank für Betroffene von Straftaten und das Hilfeportal des Unabhängigen Beauftragten für Fragen des sexuellen Kindesmissbrauchs.

(3) Die Traumaambulanz muss zu jeder Zeit telefonisch erreichbar sein. Außerhalb der Geschäftszeiten genügt die Erreichbarkeit eines Anrufbeantworters, wenn sichergestellt ist, dass die anrufende Person auf deren Wunsch am nächsten Werktag zurückgerufen wird. Der Mitarbeiter oder die Mitarbeiterin, der oder die die Anrufe entgegennimmt, soll über Kenntnisse zum traumasensiblen Umgang mit den Anrufenden verfügen.

(4) Die Traumaambulanz ist verpflichtet sicherzustellen, dass Leistungsberechtigte auf Wunsch spätestens fünf Werktage nach ihrer Kontaktaufnahme einen Termin zur Erbringung von Leistungen der Traumaambulanz erhalten.

§ 10

Schweigepflicht

(1) Die Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen der Traumaambulanz unterliegen der Schweigepflicht. Sie müssen die Leistungsberechtigten und die Sorgeberechtigten minderjähriger Leistungsberechtigter über die Schweigepflicht und die vertrauliche Behandlung des Inhalts der Sitzungen in der Traumaambulanz informieren.

(2) Mit Einverständnis der Leistungsberechtigten und der Sorgeberechtigten minderjähriger Leistungsberechtigter übermitteln die Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen der Traumaambulanz zum Zwecke der Sachverhaltsaufklärung Informationen zur Tat an die nach Landesrecht zuständige Behörde.

(3) Wenden sich minderjährige Leistungsberechtigte ohne Wissen der Sorgeberechtigten an die Traumaambulanz, müssen die behandelnden Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen der Traumaambulanz von einer Information der Sorgeberechtigten absehen, wenn anderenfalls das Kindeswohl gefährdet würde. Zur Beurteilung einer Kindeswohlgefährdung kann nach § 8b des Achten Buches Sozialgesetzbuch eine erfahrene Fachkraft beigezogen werden.

§ 11

Dokumentationspflichten der Traumaambulanz

Die Traumaambulanz stellt sicher, dass alle geltenden Dokumentationspflichten über die einzelnen Sitzungen eingehalten werden.

§ 12

Vernetzung

Die Traumaambulanzen sollen sich mit örtlich ansässigen Organisationen und Leistungserbringern, die Hilfs- und Unterstützungsangebote für Leistungsberechtigte nach dem Vierzehnten Buch Sozialgesetzbuch bereitstellen, vernetzen. Die Bildung von Qualitätszirkeln ist möglich.

§ 13

Abrechnungsverfahren, Vergütung

(1) Die Abrechnung erfolgt unmittelbar zwischen Traumaambulanz und der nach Landesrecht zuständigen Behörde. Die dazu erforderlichen Daten über

1. die Anzahl der Behandlungsstunden,
2. den Stundensatz,
3. gegebenenfalls weitere Aufwendungen der Traumaambulanz,
4. den Namen, Vornamen, den Geburtstag sowie die Anschrift der Leistungsempfänger, bei minderjährigen Leistungsempfängern auch den Namen, Vornamen und die Anschrift der Sorgeberechtigten und
5. den Tatort und die Tatzeit

werden auf elektronischem Weg übermittelt, sofern in der Vereinbarung keine anderweitige Regelung zur Datenübermittlung getroffen wurde.

(2) Die Traumaambulanz rechnet mit der nach Landesrecht zuständigen Behörde den vereinbarten Satz pro durchgeführter Sitzung zuzüglich einer Pauschale für Dokumentationsleistungen sowie für die Unterstützung bei der Antragstellung ab.

(3) Für den im Zusammenhang mit der Vernetzung entstehenden Aufwand erhalten die Traumaambulanzen pro Fall eine Pauschale in Höhe des für zwei Sitzungen zu zahlenden Betrages, wenn in der Vereinbarung keine andere Regelung zur Vergütung der Vernetzungsarbeit getroffen wurde.

§ 14

Übergangsregelung

Für Vereinbarungen, die vor dem 1. Januar 2024 mit Traumaambulanzen geschlossen werden, ist die Verordnung nicht anzuwenden.

§ 15

Inkrafttreten

Diese Verordnung tritt am 1. Januar 2024 in Kraft.

Der Bundesrat hat zugestimmt.

Berlin/Bonn, den [Datum der Ausfertigung]

Der Bundesminister für Arbeit und Soziales

Hubertus Heil

Anlage 1

Curriculum „Psychotherapie der Traumafolgestörungen“

1. Auflage Berlin, 12. Februar 2016

Herausgeber: Bundesärztekammer

Die in diesem Werk verwandten Personen- und Berufsbezeichnungen sind, auch wenn sie nur in einer Form auftreten, gleichwertig auf beide Geschlechter bezogen.

Inhaltsverzeichnis

1. Vorbemerkungen	4
2. Ziel, Aufbau und Durchführung	6
3. Dauer und Gliederung	8
4. Inhalt und Stundenverteilung	9

1. Vorbemerkungen

Belastende Lebensereignisse sind Bestandteil des menschlichen Daseins. Das Erleben von Traumata wie Unfälle, Gewalt, Missbrauch, Naturkatastrophen, Kriegseinsätze oder Flucht können zu großem psychischem Leiden führen und in Traumafolgestörungen münden.

Um Patienten mit Traumafolgestörungen angemessen zu versorgen, bedarf es umfassender gesicherter Kenntnisse in Psychotraumatologie und in Psychotherapie von Traumafolgestörungen.

Zur psychotherapeutischen Kompetenz gehören u.a. die Realisierung einer adäquaten therapeutischen Haltung, die professionelle Gestaltung einer therapeutischen Arbeitsbeziehung, die Durchdringung der Komplexität der Traumafolgen eines Patienten, die Berücksichtigung seines Umfeldes und seiner Ressourcen sowie die fachkundige Anwendung einer Behandlungsmethode.

Das vorliegende Curriculum bietet eine an aktuellen Leitlinien zur Diagnostik und Behandlung von Posttraumatischen Belastungsstörungen und anderen Traumafolgestörungen orientierte Fortbildung für ärztliche und psychologische Psychotherapeuten an, die es erlaubt, vorhandene Kenntnisse und Erfahrungen systematisch aufzufrischen und weiter zu vertiefen.

Die herausgebenden Kammern – die Bundesärztekammer und die Bundespsychotherapeutenkammer – wollen hierdurch zur weiteren Verbreitung und Implementierung evidenzbasierter Behandlungen von Traumafolgestörungen beitragen.

Das Curriculum soll zugleich für die in der vertragsärztlichen Versorgung psychotherapeutisch tätigen Fachärzte, Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten einen Rahmen bieten, die gemäß Psychotherapie-Vereinbarung geforderte Qualifikation zur Durchführung von EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing) im Rahmen einer Behandlung mit einem Richtlinienverfahren sowie die Strukturvoraussetzungen für die Teilnahme am Psychotherapeutenverfahren der DGUV (Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung) zu erfüllen.

Das vorliegende Curriculum ist in Zusammenarbeit mit folgenden Experten erarbeitet worden:

- Frau Dr. med. Ulla Baurhenn, Fachärztin für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Allgemeinmedizin, wissenschaftliche Leitung des Curriculums Psychotraumatologie der ÄK Bremen, Leitung des Bremer Institutes für Psychotraumatologie
- Herr Timo Harfst, Wissenschaftlicher Referent der BPTK, Psychologischer Psychotherapeut
- Frau Dr. med. Susanne Hepe, Leiterin der Akademie für Fortbildung der ÄK Bremen
- Frau Prof. Dr. Christine Knaevelsrud, , Psychologische Psychotherapeutin, Klinische Psychologie und Psychotherapie Freie Universität Berlin
- Herr Prof. Dr. med. Johannes Kruse, Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Psychoanalyse, Universitätsklinikum Giessen, Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie, Universitätsklinikum Marburg, Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Vorsitzender der DGPM
- Frau Andrea Mrazek, M.A., M.S. (USA), Psychologische Psychotherapeutin, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin, Präsidentin der Ostdeutschen Psychotherapeutenkammer
- Herr Dr. Dietrich Munz, Psychologischer Psychotherapeut, Präsident der Bundespsychotherapeutenkammer
- Herr Priv.-Doz. Dr. med., Ingo Schäfer, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Vorsitzender der DeGPT
- Frau Dipl.-Psych. Rahel Schüepp, Psychologische Psychotherapeutin, Leitung des Bremer Institutes für Psychotraumatologie, wissenschaftliche Leiterin des Curriculums Psychotraumatologie der ÄK Bremen
- Frau Prof. Dr. med. Luise Reddemann, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychoanalytikerin, Begründerin von PITT (Psychodynamisch Imaginative Trauma Therapie)
- Herr Dr. Bruno Waldvogel, Psychologischer Psychotherapeut, Sprecher der Kommission Zusatzqualifizierung der Bundespsychotherapeutenkammer, Vizepräsident der PtK Bayern
- Herr Priv.-Doz. Dr. med. Wolfgang Wöller, Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie sowie für Neurologie und Psychiatrie, Psychoanalyse, Rhein Klinik Bad Honnef
- Frau Dr. med. Justina Rozeboom, Leiterin des Dezernat 1- Fortbildung, Prävention und Bevölkerungsmedizin der Bundesärztekammer
- Frau Karin Brösicke Referentin Dezernat 1 - Fortbildung, Prävention und Bevölkerungsmedizin der Bundesärztekammer

2. Ziel, Aufbau und Durchführung

Das Fortbildungscurriculum „Psychotherapie der Traumafolgestörungen“ ist gemeinsam von Vertretern der Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie, der Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie sowie mit Vertretern der Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten erarbeitet worden und richtet sich an alle ärztlichen und psychologischen Psychotherapeuten, die Interesse haben, ihre Kenntnisse und Fertigkeiten in der Therapie von Traumafolgestörungen zu vertiefen und zu erweitern.

Voraussetzungen für eine Teilnahme sind:

- Ärzte:
 - Berechtigung zum Führen der Gebietsbezeichnung
 - Psychotherapeutische Medizin
 - Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
 - Psychiatrie und Psychotherapie
 - Neurologie und Psychiatrie
 - Psychiatrie
 - oder der Zusatzbezeichnung „Psychotherapie“ oder „Psychoanalyse“
 - Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie,
- approbierte Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten

Theoriekenntnisse in Psychotraumatologie, insbesondere zu theoretischen Grundlagen, zur Diagnostik und Differentialdiagnostik von Traumafolgestörungen sowie zu Techniken der Ressourcenaktivierung und zur Förderung der Affektregulation, werden aufgrund der absolvierten Weiterbildung bzw. Ausbildung vorausgesetzt. Diese Kenntnisse können bei Bedarf im Rahmen von Fortbildungsveranstaltungen aufgefrischt werden (z. B. durch Teilnahme am 40 h Fortbildungscurriculum „Psychotraumatologie“ der BÄK).

Es sollen mindestens zwei Behandlungsmethoden mit wissenschaftlich nachgewiesener Wirksamkeit unterrichtet werden, eine ausführlich, die andere im Überblick.

Nach der positiven Bewertung der EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing) im Unterausschuss Methodenbewertung hat der G-BA mit Wirkung zum 3.1.2015 beschlossen, diese als Methode der Einzeltherapie bei Erwachsenen bei der Indikation posttraumatische Belastungsstörungen in die Psychotherapie-Richtlinie aufzunehmen, die im Rahmen einer Behandlung mit einem Richtlinienverfahren durchgeführt werden kann. Die Durchführung der EMDR-Behandlung im Rahmen einer Einzelpsychotherapie mit einem Richtlinienverfahren ist laut Psychotherapievereinbarung an eine Zusatzqualifikation gebunden. Wenn eine der zwei gemäß Curriculum zu vermittelnden Methoden EMDR ist, wird empfohlen, die Umsetzung des Curriculums in den Modulen II, III und VI so auszugestalten, dass mindestens die in der Psychotherapievereinbarung definierten Qualifikationsanforderungen zur EMDR erfüllt werden. Ein Teil der in der Psychotherapievereinbarung geforderten theoretischen Kenntnisse kann mit dem Absolvieren des Curriculums Psychotraumatologie der Bundesärztekammer bzw. in der Aus-, Weiter- oder Fortbildung erworben werden.

Das Curriculum kann als Blended-Learning-Maßnahme durchgeführt werden. Der maximale eLearning-Anteil soll 25 Prozent nicht überschreiten.

Das Curriculum muß im Vorfeld von der zuständigen Landesärztekammer/Landespsychotherapeutenkammer geprüft und anerkannt sein. Zuständig ist die Landesärztekammer/Landespsychotherapeutenkammer, in deren Bereich das Fortbildungscurriculum stattfindet.

Über die Teilnahme wird eine Bescheinigung ausgestellt. Die Bescheinigung nennt u.a. die Behandlungsmethoden, die im Rahmen des Curriculums vermittelt wurden, und den Umfang der darin durchgeführten Behandlungen und Supervisionen.

3. Dauer und Gliederung

Curriculum Psychotraumtherapie		100 h
Modul I	Behandlung akuter Traumafolgestörungen und Krisenintervention	10 h
Modul II	Behandlung der non-komplexen PTBS	35 h
Modul III	Behandlung von komplexen Traumafolgestörungen	30 h
Modul IV	Interkulturelle Kompetenzen, Asyl- und Flüchtlingsthematik	5 h
Modul V	Selbsterfahrung und Psychohygiene	10 h
Modul VI	Supervision von eigenen Behandlungsfällen (mind. 40 h Behandlung)	Mindestens 10 h
	Kollegiales Abschlussgespräch	

h = UE = 45 Minuten

Die Stundenanzahlen sind als Mindestanforderungen zu betrachten.

4. Inhalte und Stundenverteilung

Modul I – Behandlung akuter Traumafolgestörungen und Kriseninterventionen 10 h

- Phasenverlauf und Symptomatik in der Folge akuter Traumatisierungen, traumaspezifische Beratung und Krisenintervention von akuten Belastungsreaktionen
- Gesprächsführung in der akuten Situation
- Unterstützung natürlicher Verarbeitungsprozesse, Einbeziehung von Angehörigen und des psychosozialen Umfelds
- Umgang mit akuten Symptomen wie z.B. Dissoziation, Angstreaktionen, Suizidalität, Substanzmissbrauch
- Kooperation mit Diensten am Einsatzort, Kriseninterventionsteam und Opferhilfe-Organisationen
- Besonderheiten von Großschadenslagen
- Besonderheiten von Arbeitsunfällen

- Evidenzbasierung von Debriefing Maßnahmen
- Einsatz von konfrontativen Behandlungstechniken in den ersten vier Wochen nach akuter Traumatisierung (Evidenzbasis, Darstellung der Vorgehensweisen, Information zum Stand der Wirksamkeit verschiedener Verfahren)
- Risikoscreening

Modul II – Behandlung der non-komplexen PTBS

35 h

Vermittelt werden sollen zwei Behandlungsmethoden mit wissenschaftlich nachgewiesener Wirksamkeit entsprechend den Empfehlungen der S3-Leitlinie in ihrer jeweils aktuellen Fassung.

in Praxis

- praktische Übungen
- Beherrschen des Behandlungsprotokolls

mit ergänzender Theorie

- Krankheitsmodelle
- Indikation
- Kontraindikation
- Differentialindikation

Der praktische Anteil soll den Schwerpunkt bilden und deutlich überwiegen.

Eine Methode soll ausführlich (mind. 20 h), eine weitere im Überblick unterrichtet werden.

Modul III – Behandlung von komplexen Traumafolgestörungen

30 h

Derzeit werden heterogene Konzepte und Beschreibungen verwandt um komplexe Folgesymptome von Traumatisierungen, insbesondere in der Kindheit oder unter extremen Bedingungen zu bezeichnen. Zusätzlich zu den Anforderungen an die Behandlung von Patienten mit non-komplexer PTBS sind folgende Behandlungsnotwendigkeiten zu berücksichtigen:

komorbide Symptomatik (z.B. Suchterkrankung, Angststörung, andere psychische Erkrankungen und sekundärpsychotische Phänomene)

- Therapieplanung bei Komorbidität (Spezielle Bedingungen der Indikationsstellung konfrontativer Verfahren und Kontraindikationen, Hierarchisierung von Therapiezielen, Pharmakotherapie)
- Störungsspezifische Ansätze bezogen auf die komorbide Problematik (Guidelines der International Society for Traumatic Stress Studies, ISTSS)

komorbide persönlichkeitsprägende Symptomatik

- Förderung der Beziehungsfähigkeit und der Fähigkeit zur interpersonellen Kompetenz, Autonomie und Nähe-Distanz-Regulation

- Aufbau selbstfürsorglicher Verhaltensweisen, Förderung von Alltagsressourcen
- Vermittlung von Strategien zum Umgang mit Krisensituationen
- Bearbeitung traumaassoziierter Emotionen und dysfunktionaler Kognitionen (z.B. Scham, Schuldgefühle, Ekel, Ablehnung der eigenen Person)

komorbide Dissoziative Störung zusätzlich:

- Entwicklung von Fähigkeiten zur Distanzierung und Reorientierung
- Förderung von Wahrnehmung, Verstehbarkeit und Steuerungsfähigkeit zuvor dissoziierter Bereiche des Erlebens

körperliche Symptomatik

- Differentialdiagnostik traumaassoziierter somatoformer Störungen insbesondere somatoformer Schmerzstörungen
- Klärung der Interaktion der Traumafolgestörung mit chronischen somatischen Erkrankungen

Den Therapiemethoden für die Behandlung von Patienten mit komplexen, z.B. durch stärkere dissoziative Symptomatik geprägten Traumafolgestörungen ist gemeinsam, eine angemessene Verzahnung von stabilisierenden Schritten und Traumabearbeitungen, die eine äussere und innere Bewältigung des Erlebten ermöglichen.

Die Vermittlung von Therapiestrategien soll methodenübergreifend und integrativ erfolgen.

Vermittelt werden sollen zwei Behandlungsmethoden mit wissenschaftlich nachgewiesener Wirksamkeit. Eine Methode soll ausführlich (mind. 20h), eine weitere im Überblick unterrichtet werden. Techniken zur Ressourcenaktivierung und Affektregulation sollen besonders berücksichtigt werden.

Modul IV – Interkulturelle Kompetenzen, Asyl- und Flüchtlingsthematik **5 h**

Besonderheiten klinischer Symptomatik (kulturspezifischer Krankheitsausdruck, genderspezifische interkulturelle Aspekte)

Krankheitskonzepte/Therapieerwartungen

- Diagnostik, Istanbul Protokoll (u.a. Dokumentation von Folterspuren)
- sequentielle Traumatisierung (Postmigrationsstressoren, komplexe PTBS)
- rechtlicher Status
- Einbindung in multiprofessionelles Netzwerk (Kooperation mit anderen Einrichtungen: Behandlungszentren, Sozialarbeiter, Integrationskurse, Rechtsanwälte etc.)
- Dolmetscher gestützte Therapie (Regeln, Professionalisierung des Dolmetschers, Abrechnungsprozedere beim Sozialamt)

Modul V - Selbsterfahrung **10 h**

Themenzentrierte Selbsterfahrung bei von den Kammern anerkannten Supervisoren zu den Themen:

- Selbstdiagnose von sekundärer Traumatisierung und Burnout
- Verfahren zum Selbstschutz für Behandler
- Besonderheiten in der Gestaltung der therapeutischen Beziehung

Modul VI – Supervision von eigenen Behandlungsfällen

10 h

Regelmäßige Supervision eigener Behandlungsfälle (nach Möglichkeit videodokumentiert) durch von den Kammern anerkannte Supervisoren (u. a. Indikationsstellung und Behandlungsplanung) im Einzelsetting oder in Gruppen (max. 6 Teilnehmern).

Es sollen psychotherapeutische Behandlungen bei mindestens sechs verschiedenen Patienten mit insgesamt mindestens 40 Behandlungsstunden unter kontinuierlicher Supervision (mind. 10 Stunden) durchgeführt und dokumentiert werden. Dabei sollen möglichst unterschiedliche Störungsbilder (Vollbild PTBS, komplexe Traumatisierung u. a. nach Kindheitstrauma - wenn möglich auch Akuttraumatisierung) Gegenstand der psychotherapeutischen Behandlung sein. Von den sechs Behandlungsfällen sollen vier eine volle Diagnostik (einschließlich mindestens drei traumaspezifische Testverfahren) beinhalten.

Die Supervision der Behandlungsfälle erfolgt im Verhältnis 1:4.

Supervisoren werden bei Bedarf vom Kursveranstalter vermittelt.

Anlage 2

Empfehlung des Vorstandes für den Erwerb einer Zusatzqualifikation „Spezielle Psychotraumatheorie mit Kindern und Jugendlichen (DeGPT)“ (Überarbeitete Fassung 2020)

Präambel

Spezialisierte psychotraumatologische Kenntnisse sind Grundlage für die qualifizierte Versorgung von Kinder und Jugendlichen mit Traumafolgestörungen. Da entsprechende Unterrichtsinhalte in den grundständigen Weiter- und Ausbildungscurricula von Kinder- und JugendpsychotherapeutInnen, Psychologischen und Ärztlichen PsychotherapeutInnen nicht in ausreichendem Umfang integriert sind, empfiehlt die DeGPT folgende Standards für eine Qualifikation in „Spezieller Psychotraumatheorie mit Kindern und Jugendlichen (DeGPT)“.

Das von der DeGPT erarbeitete Curriculum trägt der Forderung anerkannte Behandlungsverfahren bzw. Behandlungsmethoden zu lehren Rechnung und wird regelmäßig nach dem aktuellen Stand der Forschung aktualisiert.

In der vorliegenden Curriculumsüberarbeitung wurden sowohl die Behandlungsempfehlungen der S3 Leitlinie Posttraumatische Belastungsstörung (PTSD) als auch die Ergebnisse einer Umfrage bei den von der DeGPT anerkannten Weiterbildungsinstituten und den AbsolventInnen der DeGPT-Curricula einbezogen. Die Ergebnisse der Umfrage zeigten einen erhöhten Bedarf an Weiterbildung für die Themenbereiche akute Traumafolgestörungen und der transkulturellen Kompetenz auf. Diesem Bedarf wurde in Vertiefungsmodulen von jeweils 16 Stunden Rechnung getragen. Zudem wurde das Vertiefungsmodul „Kinderschutz“ hinzugefügt. Das aktuelle DeGPT-Curriculum sieht für die Erlangung der Zertifizierung „Spezielle Psychotraumatheorie mit Kindern und Jugendlichen (DeGPT)“ die Absolvierung des Basiscurriculums im Ausmaß von 140 Stunden sowie verpflichtend mindestens eines der drei genannten Module (Vertiefungsmodul „Behandlung akuter Traumafolgestörungen“, „Transkulturelle Kompetenz“, oder „Kinderschutz“) im Umfang von je 16 Stunden vor.

Voraussetzungen

Deutschland:

- Approbation als Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut/in
- Approbation/Anerkennung als ärztliche/r oder psychologische/r Psychotherapeut/in
- Facharzt/ärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie
- Approbation als Arzt/Ärztin und Facharztqualifikation für Psychiatrie und Psychotherapie oder Psychotherapeutische Medizin/ Psychosomatische Medizin*

Schweiz:

- Anerkennung als Fachpsychologin/in für Psychotherapie FSP/BAG

- Psychotherapeut/in mit kantonaler Praxisbewilligung
- Facharzt/ärztin/ FMH für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie
- Anerkennung als Facharzt/-ärztin FMH für Psychiatrie und Psychotherapie*

Österreich:

- Facharzt/ärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapeutische Medizin
- Facharzt/ärztin für Psychiatrie und Psychotherapeutische Medizin*
- Arzt/Ärztin mit dem Diplom "Psychotherapeutische Medizin der Österreichischen Ärztekammer"
- Eintrag in die Liste der "PsychotherapeutInnen" des zuständigen Ministeriums
- Eintrag in die Liste der "Klinischen PsychologInnen" des zuständigen Ministeriums
- Klinische PsychologInnen mit einer im Österreichischen Psychologengesetz 2013 geforderten Stundenanzahl an Selbsterfahrung können das Zertifikat "Spezielle Psycho-traumabehandlung mit Kindern und Jugendlichen (DeGPT)" erwerben.

*Im Sinne der Adoleszenzpsychiatrie und Transition ist eine Zulassung der mit * gekennzeichneten Abschlüsse begründet.

Zu beachten ist, dass die Weiterbildung in „Spezieller Psychotraumatherapie mit Kindern und Jugendlichen (DeGPT)“ alleine jedoch nicht zur Behandlung von Kindern und Jugendlichen ermächtigt. Die Voraussetzung hierfür sind die berufsrechtlichen Vorgaben in Deutschland, Österreich und der Schweiz.

Qualifikation in „Spezieller Psychotraumatherapie bei Kindern und Jugendlichen“ (DeGPT)

A	Curriculare Inhalte/Module	Stud. (UE)
1.	Theoretische Grundlagen	4
	<ul style="list-style-type: none">- Geschichte der Psychotraumatologie- Definitionen (traumatischer Stress, Trauma Typ I, II, ACE, sequentielle Traumatisierung, etc.)- Häufigkeit der traumatischen Lebenserfahrungen im Kindes- und Jugendalter und Häufigkeit von Traumafolgeerkrankungen und komorbiden Störungsbildern- Besondere Aspekte des Traumagedächtnisses in den verschiedenen Lebensaltern- Überblick über den aktuellen Stand der Traumatherapieforschung bei Kindern- und Jugendlichen	

- Entwicklungspsychologische/-psychopathologische Aspekte bei der Entwicklung von Traumafolgestörungen
- Auswirkungen von Traumatisierung auf die Familie und soziale Bezugssysteme
- Gesellschaftliche Auswirkungen von Traumatisierungen (gesellschaftliche Folgekosten, soziale Teilhabe)
- Gewalt in Familie und Gesellschaft, Genderaspekte
- Rechtliche Grundlagen Gewaltschutzgesetze (Kinderschutz, Jugendhilfe, Grenzen der Schweigepflicht, Opferentschädigungsgesetz, Zivilrecht, Strafrecht, etc.)
- Möglichkeiten kontinuierlicher Fortbildung und Supervision/Intervision (S3-Leitlinie, weitere Leitlinien, Fachgesellschaften)

2. Ätiologische Modelle und neurobiologische Grundlagen 4

- Überblick über ätiologische Modelle zur Entstehung von Traumafolgestörungen
- Kenntnisse über Schutz- und Risikofaktoren für die Entwicklung von Traumafolgestörungen bei unterschiedlichen Arten der Traumatisierung mit besonderer Perspektive auf das Kindes- und Jugendalter
- Neurobiologische Grundlagen (HPA-Achse, Hippocampus, Amygdala) und Neuroimmunologie
- Körperliche Traumafolgestörungen, Auswirkungen von Traumatisierung in der Kindheit auf die körperliche Gesundheit (Wirkmechanismen, Langzeitfolgen)

3. Grundlagen der Diagnostik und Differentialdiagnostik 8

- Diagnostische Einordnung im ICD-11 und DSM-5
- Diagnosekriterien für Kinder unter 6 Jahren. Besondere Aspekte der Diagnostik bei Kleinkindern bei frühkindlicher Traumatisierung (vorschulisches Alter)
- Überblick über verschiedene aktuelle psychometrische Testverfahren zur Erfassung von Traumafolgestörungen und einzelner Symptome (Anwendung und Interpretation in Theorie und Praxis)
- Entwicklungspsychologie zum Nutzen von Selbstbeurteilungen/Auswirkungen von Traumatisierung und Vernachlässigung auf die Entwicklung der Selbstwahrnehmung
- Mythos der Retraumatisierung durch diagnostische Interviews
- Einbezug von Bezugspersonen in die Diagnostik

- Diagnostische Methoden/Verfahren zur Beurteilung des Misshandlungs- und Vernachlässigungsrisikos (inkl. Häusliche Gewalt)

4. Einbezug des Herkunftssystems in die Traumatherapieplanung 4

Die AusbildungsteilnehmerInnen sollen lernen, welche systemischen Folgen sich durch kindliche, elterliche und transgenerationale Traumatisierung ergeben können. Außerdem sollen Grundlagen für den Einbezug der Eltern in die Traumatherapie und die Elternberatung vermittelt werden.

Insbesondere sollte auf folgende Aspekte eingegangen werden:

- Aspekte transgenerationaler Traumatisierung
- Systemische Aspekte des Umgangs mit Trauma in der Familie
- Auswirkungen von elterlicher Traumatisierung auf das Erziehungsverhalten
- Umgang mit häufigen pädagogischen Problemen in Folge von traumatischen Erfahrungen der Kinder (Trennungsangst, Schlafstörungen, Regression, Impulsivität, (Auto-)Aggression, emotionale Instabilität, Dissoziation, etc.)
- Aufgaben der Eltern, Pflegeeltern und sozialpädagogischen Fachkräfte bei der Begleitung eines Kindes während einer Traumatherapie
- Umgang mit vernachlässigenden und misshandelnden Elternteilen in der Therapie

5. Beziehungsgestaltung, Affektregulation und Ressourcenaktivierung 16

In diesen Lerneinheiten sollen Fachwissen und dem Entwicklungsstand des Kindes entsprechende therapeutische Techniken vermittelt werden, die es erlauben eine tragfähige therapeutische Beziehung aufzubauen und den PatientInnen helfen sich zu stabilisieren, indem sie ihre Emotionen besser erkennen und regulieren und ihre Ressourcen aktivieren können.

Beziehungsgestaltung, insbesondere bei interpersoneller Traumatisierung

- Berücksichtigung des hohen Stresslevels der Kinder und Jugendlichen bei der Beziehungsaufnahme
- Folgen von interpersoneller Traumatisierung auf die Bindungssicherheit (Bindungstheorie) und die soziale Informationsverarbeitung
- Einfluss auf das Bedürfnis nach Sicherheit und Kontrolle bei der Gestaltung der therapeutischen Beziehung
- Techniken zur Reflexion der emotionalen Reaktion und der ausgelösten Handlungsimpulse bei den behandelnden TherapeutInnen

Techniken zur Förderung der Affektregulation und Ressourcenaktivierung

Förderung von Affektregulation, Selbst- und Beziehungsmanagement und sozialen Kompetenzen sowie von intra- und interpersonellen Ressourcen. Techniken zur Re-Orientierung und Unterbrechung intrusiver Symptome durch Distanzierung.

1. Kognitive Techniken (z.B. Explorieren und Verändern dysfunktionaler Kognitionen, Bearbeiten von Kognitionen und Emotionen zu Schuld, Scham und anderer traumassoziierter kognitiv-emotionaler Schemata)
2. Imaginative Techniken zur Distanzierung und Ressourcenaktivierung (z.B. Imaginationsübungen, Screentechniken)
3. Gezielte Förderung der Fähigkeit zur Affektmodulation (Wahrnehmung, Interpretationen Regulation) und Affektkontrolle. (z.B. achtsamkeitsbasierte und körperbasierte Übungen, Psychoedukation)
4. Symptommanagement bei Selbstverletzungen und anderen selbstschädigenden Handlungen (Skillstraining). Erstellen von Notfallplänen („Notfallkoffer“) und Ressourcenlisten
5. Aktivierung von Ressourcen welche mit der Bewältigung von belastenden Ereignissen und Situationen einhergehen

Aus allen fünf Bereichen sollen Techniken ausführlich dargestellt, praktisch eingeübt und ihr differenzieller Einsatz diskutiert werden (Entwicklungsalter, Indikation, Rahmenbedingungen)

6. Transkulturelle Kompetenzen

4

Besonderheiten klinischer Symptomatik (kulturspezifischer Krankheitsausdruck, genderspezifische transkulturelle Aspekte) Krankheitskonzepte/Therapieerwartungen.

Ein Überblick soll gegeben werden zu:

- Entwicklungspsychologische und systemische Aspekte von Migration (Parentifizierung, divergierende Erziehungsvorstellungen, Integrationsprobleme von traumatisierte Familien)
- Multilinguale Diagnostik (Instrumente, DolmetscherInnen)
- Postmigrationsstressoren, Prämigrationserfahrungen
- Überblick über Begrifflichkeiten von Kultur, Migration (Migrationsprozess), erzwungene Migration
- Überblick über transkulturelle Kompetenzen (Akkulturation und Identität)
- Überblick über Besonderheiten im Therapieverlauf (z.B. Psychoedukation, kultursensitive Behandlungsansätze)
- Rechtlicher Status (Juristische Grundlagen, Auswirkungen auf Behandlung)

- Dolmetscher gestützte Therapie (Regeln, Professionalisierung des Dolmetschers, länderspezifische Abrechnungsmöglichkeiten)

7. Überblick über die Möglichkeiten der Krisenintervention und die Behandlung akuter Traumafolgen 8

- Überblick über die nosologischen Konzepte und Diagnostik akuter Traumafolgen in ICD-11 (akute Belastungsreaktion) und DSM-5 (akute Belastungsstörung)
- Vorstellung der AWMF-S2-Leitlinie „Diagnostik und Behandlung von akuten Folgen psychischer Traumatisierung“
- Akute Traumatisierung: Phasenverlauf und Symptomatik, Begriffsklärungen und Vorstellung der Konzepte der „psych(olog)ischen Erste Hilfe“ (PEH) und „Psychosozialen Notfallversorgung“ (PSNV) in präklinischen Kontexten, z.B. Kriseninterventionsteams, psychologische Akutbetreuung, Notfallseelsorge
- Grundlagen der Gesprächsführung mit akut belasteten Betroffenen mit dem Fokus Unterstützung natürlicher Verarbeitungsprozesse, Identifikation und Aktivierung von Ressourcen
- Traumaspezifische Beratung und Einbeziehung von Angehörigen bei akuten Belastungsreaktionen/-störungen
- Unterstützung natürlicher Verarbeitungs- und Integrationsprozesse, Kenntnisse über prä- und posttraumatische Schutz- und Risikofaktoren, Identifikation und Aktivierung von Ressourcen. Spezifische Anforderungen bei Kriseninterventionen vor Ort (aufsuchende Hilfe), Interventionen und Unterstützungsmaßnahmen in speziellen Betreuungskontexten, z.B. Schule, Sportveranstaltungen, Freizeitaktivitäten mit Anforderungen an Einzel- und Gruppeninterventionen. Umgang mit akuten Risikokonstellationen, z.B. Dissoziation, Suizidalität
- Screening bzw. prognostische Einschätzung für die Entwicklung von Traumafolgestörungen nach akuter Traumatisierung mit Berücksichtigung der Arbeit mit Kindern und Jugendlichen
- Überblick über Behandlungs- und Unterstützungsmöglichkeiten für akut von Gewalt betroffene Kindern und Jugendliche (Kinderschutz, klinisch forensische Ambulanzen, Schutzhäuser, etc.)
- Psychoedukation zu natürlichen Belastungsreaktionen

8. Traumafokussierte Behandlung der PTBS bei Kindern und Jugendlichen 32

Vermittelt werden sollen die Kernelemente evidenzbasierter Behandlungsansätze mit traumafokussierten Interventionen, die eine Exposition im Sinne einer kognitiven und emotionalen Auseinandersetzung mit dem traumatischen Ereignis und/oder seiner Bedeutung für die eigene Biographie im Sinne eines ressourcenorientierten Narratives beinhalten. Durch die Intervention kann eine kognitive Neubewertung und Restrukturierung der

traumatischen Erinnerung erfolgen. Eine sehr hohe Evidenz liegt im Kindes- und Jugendalter für verschiedene Formen der kognitiven Verhaltenstherapie vor. Auch zu anderen kognitiv-verhaltenstherapeutischen Verfahren wie der Narrativ Exposure Therapie für Kinder (Kidnet) und der prolongierten Exposition gibt es erfolgreiche RCT Studien. Für das für Kinder adaptierte EMDR Manual liegen im Kindes und Jugendalter inzwischen Metaanalysen vor, die ebenfalls dessen Wirksamkeit belegen.

Es sollen eine traumafokussierte Vorgehensweise detailliert **in Theorie** (Krankheitsmodelle, Indikation, Kontraindikation, Differentialindikation) **und Praxis** (praktische Übungen, Beherrschen des Behandlungsprotokolls) vermittelt werden (24h). Ein anderes Therapieverfahren soll im Überblick mit Fokus auf Gemeinsamkeiten evidenzbasierter Therapieverfahren vorgestellt werden und unterschiedliche Zugänge die das Erlernen der Hauptmethode unterstützen vertiefen können (8h). Nähere Ausführungen dazu siehe unten. Die Behandlung sollte in Theorie (Krankheitsmodelle, Indikation, Kontraindikation, Differentialindikation) und Praxis (praktische Übungen, Beherrschen des Behandlungsprotokolls) gelehrt werden. Hierbei sollte auch der Einbezug von Eltern und Betreuern konkret angeleitet, reflektiert und geübt werden.

- Herstellung intrapsychischer, körperlicher und sozialer Sicherheit und Stabilität (Kinderschutz, biopsychosoziale Sicherheit) in möglichst allen Lebensbereichen des Kindes
- Beachtung der Besonderheiten der Beziehungsgestaltung durch den Therapeuten
- Vermittlung von Fähigkeiten zur Affektregulation und funktionaler Interaktion, Rekonstruktion des erschütterten Selbst- und Weltbildes, (Re-)Aktivierung von Lebensfreude und Vermittlung von Hoffnung
- Traumabearbeitung, Exposition (imaginative Exposition in Bezug auf die Traumaerinnerung, narrative Exposition, Exposition in vivo)
- Reorganisation der Erinnerungen und und Integration
- Fachgerechte Berücksichtigung komorbider Störungen in einem Behandlungsplan

Es müssen zwei traumafokussierte Behandlungsverfahren vorgestellt werden. Aufgrund der wissenschaftlichen Evidenz, sollte eines der Verfahren 1-3 ausführlich im Umfang von 24 UE, ein weiteres Verfahren (aus 1-6) im Umfang von 8 UE im Überblick und eines der beiden gewählten Verfahren in ihrer kinder- und jugendlichenspezifischen Anwendung vermittelt werden.

1. Trauma-fokussierte kognitiv-behaviorale Therapie (Tf-KBT)
2. Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR)
3. Narrative Expositionstherapie für Kinder und Jugendliche (KIDNET)
4. Traumazentrierte spieltherapeutische Verfahren
5. Mehrdimensionale psychodynamische Traumatherapie bei Kindern (MPTT-KJ)

6. Psychodynamisch Imaginative Traumatherapie bei Kindern (PITT)

Adaptationen wie etwa bei der Verwendung eines gruppentherapeutischen Settings (etwa nach Katastrophen oder Großschadenslagen), sollen ebenfalls vorgestellt werden.

Über Behandlungsansätze bei traumabedingter prolongierter Trauer und Kind-Eltern-Therapie bei Kindern bis drei Jahren wird informiert.

9. **Behandlung von komplexen Traumafolgestörungen und komorbider Symptomatik bei Kindern und Jugendlichen** **32**

Der aktuelle Erkenntnisstand zur komplexen PTBS im Kindes- und Jugendalter ist insbesondere im Bereich der Interventionsforschung deutlich beschränkter als im Erwachsenenalter. Für Jugendliche spricht vieles dafür sich am Forschungsstand für Erwachsene zu orientieren und eine Kombination aus einem evidenzbasierten Traumatherapieverfahren und Fertigkeitentraining zu vermitteln. Für das Kindesalter ist die Befundlage unsicher, es gibt jedoch deutliche Hinweise darauf, dass eine erfolgreiche Expositionstherapie auch die Emotions- und Beziehungsregulation verbessert. Die Materialien und Sprache müssen dem aktuellen Entwicklungsstand angepasst werden.

- Spezifika der Beziehungsgestaltung zu komplex traumatisierten Kindern (Vermittlung auch von spielerischen Methoden zum Aufbau einer therapeutischen Allianz)
- Komplexe PTBS im Kindesalter - historische Entwicklung (von Desnos über Traumaentwicklungsstörung zur Diagnose komplexe PTBS im ICD-11). Bedeutung von Kindheitstraumata für den weiteren Entwicklungsweg
- Psychoedukation bei komplexer PTBS in verschiedenen Entwicklungsaltern
- Symptome einer komplexen PTBS im Bezug zu den zentralen Entwicklungsaufgaben, Verständnis von Komorbidität und Differentialdiagnostik (Abgrenzung von Persönlichkeitsstörungen, Störungen des Sozialverhaltens und der Emotionen)
- Erkennen und Einschätzen von körperlichen Zeichen physischer Misshandlung und Vernachlässigung
- Risikofaktoren für Kindesmisshandlung, -missbrauch und Vernachlässigung
- Wissen um Täterstrategien bei sexuellem Missbrauch
- Beratung von Bezugspersonen: pädagogische Herausforderung durch komplexe PTBS
- Spezifika der Beziehungsgestaltung in verschiedenen Entwicklungsaltern (spiel- und gesprächstherapeutische Zugänge)
- Spezifika der Anwendung des Haupttherapieverfahrens (KVT oder EMDR) für die Behandlungen von komplexer PTBS:

- Vorbereitung und Rahmenbedingungen der Expositionsbehandlung
- Auswahl des Ereignisses mit dem die Expositionstherapie begonnen wird
- Debatte über die Bedeutung der Stabilisierungsphase (Substanzgebrauch, Selbstverletzung, Suizidgedanken)
- Umgang mit Dissoziation während der Behandlung
- Stabilisierung nach der Behandlung
- Schutz vor Reviktimisierung
- Dem Entwicklungsstand entsprechende Interventionen zur Verbesserung der Emotionsregulation
 - Bei Kindern: Sammlung von altersentsprechenden Techniken und Methoden
 - Bei Jugendlichen: Sammlung von Techniken und Methoden (DBT-A/P, START: Stress- Traumasymptoms-Arousal-Regulation-Treatment)
- Dem Entwicklungsstand entsprechende Interventionen zur Verbesserung der Beziehungsregulation
- Dem Entwicklungsstand entsprechenden Interventionen zur Verbesserung des Selbstwertes und der Selbstwertregulation

10. Selbsterfahrung und Psychohygiene

8

Themenzentrierte Selbsterfahrung (auch im Gruppensetting) bei vom jeweiligen Ausbildungsinstitut benannten und entsprechend qualifizierten SupervisorInnen.

Psychohygiene für PsychotherapeutInnen:

- Reflexion von potentieller sekundärer Traumatisierung und Burnout-Risiken
- Reflexion der eigenen therapeutischen Haltung und Abstinenz
- Verfahren und Methoden zum Selbstschutz und Psychohygiene für BehandlerInnen.

11. Supervision

20

Regelmäßige Supervision eigener Behandlungsfälle (in der Regel videodokumentiert) durch entsprechend qualifizierte SupervisorInnen (u.a. Indikationsstellung und Behandlungsplanung) im Einzelsetting oder in Gruppen (max. 6 Teilnehmer).

B Abschlusskolloquium

Kollegiales fallbezogenes Gespräch mit Dokumentation der Prüfungsthemen in einem stichpunktartigen Protokoll.

Als Voraussetzungen für die Zulassung zum Abschlusskolloquium sind 4 supervidierte und dokumentierte Behandlungsfälle (Kurzfassung - 4-6 Seiten) mit unterschiedlichen Störungsbildern (Vollbild PTBS, komplexe Traumatisierung u.a. nach frühen Kindheitstrauma Behandlungsstunden, und - wenn möglich - Akuttraumatisierung) einzureichen, von denen alle Behandlungsfälle eine volle Diagnostik (einschließlich mindestens 2 traumaspezifischer Testverfahren) beinhalten müssen und 2 dem Abschlusskolloquium zugrunde gelegt werden. Vorzugsweise sollten die Fälle videodokumentiert und supervidiert sein. Insgesamt müssen mindestens 50 traumatherapeutische Behandlungsstunden absolviert und dokumentiert worden sein (dies beinhaltet auch Stunden mit Angehörigen).

Die Supervision der Behandlungsfälle erfolgt im Verhältnis 1:4

	Gesamtstunden (UE)	140
C	Vertiefungsmodule	Stud. (UE)
	Vertiefungsmodul „Behandlung akuter Traumafolgestörungen“	8
	<ul style="list-style-type: none">- Vertiefung der nosologischen Konzepte in ICD-11 (Akute Belastungsreaktion) und DSM-5 (Akute Belastungsstörung) sowie deren Auswirkungen auf die Behandlung akut belasteter Kinder und Jugendlicher- Vertiefung AWMF-S2-Leitlinie „Diagnostik und Behandlung von akuten Folgen psychischer Traumatisierung“- Überblick über traumafokussierte Behandlungstechniken in den ersten 4 Wochen nach akuter Traumatisierung (Evidenzbasis, aktueller Forschungsstand zur Wirksamkeit empfohlener Verfahren und ihrem Einsatz für verschiedene Zielgruppen)- Besonderheiten der Akutbetreuung und der Psychosozialen Notfallversorgung durch abgestufte Unterstützungsangebote- Vertiefung: Allgemeine Gesprächsführung mit akut belasteten Kindern und Jugendlichen und deren Angehörigen (im Einzel- und Gruppensetting, z.B. bei Ereignissen in der Schule, beim Sport, bei Großveranstaltungen). Gesprächsführung mit akut belasteten Erziehungsberechtigten.- Überblick über aktuelle Empfehlungen und Leitlinien zur Behandlung von Betroffenen großer Schadenslagen (z.B. TENTS, The National Child Traumatic Stress Network/ NCTSM))- Vertiefung: Psychoedukation für Angehörige zur Unterstützung von Kindern und Jugendlichen nach akuten Belastungen/ Traumatisierungen- Vertiefung: Psychoedukation für Angehörige zur Unterstützung von Kindern und Jugendlichen nach akuten Belastungen/ Traumatisierungen	

- Hinweise auf weiterführende professionelle Hilfsangebote in Akutsituationen
- Vertiefung: Umgang mit schwerwiegenden Symptomen (z.B. Dissoziation, Suizidalität oder psychotischen Zuständen)
- Vertiefung einer traumafokussierten Behandlungstechnik zur Frühintervention in den ersten 4 Wochen nach akuter Traumatisierung (Theoretischer Hintergrund, Evidenzbasis, Vorgehen und Materialien) 8
- Praktisches Einüben des Verfahrens in Kleingruppen anhand von Fallbeispielen

Gesamtstunden (UE) 16

Vertiefungsmodul „Transkulturelle Kompetenz“ 8

- Grundkenntnis: Istanbul Protokoll, aufenthaltsrechtliche Bestimmungen und Verfahren mit besonderer Berücksichtigung der Bedürfnisse und Rechte von Kindern, Jugendlichen und unbegleiteten minderjährigen Geflüchteten (UMF). Recht auf Familienzusammenführung
- Vertiefung: Sequentielle Traumatisierung und Postmigrationsstressoren, Prämigrationserfahrungen
- Besonderheiten klinischer Symptomatik je nach Entwicklungsalter mit Berücksichtigung des kulturspezifischen Krankheitsausdrucks und transkultureller Aspekte
- Krankheitskonzepte/Therapieerwartungen
- Vertiefung Diagnostik (Multilinguale Instrumente, Einbezug von DolmetscherInnen)
- Einbindung in multiprofessionelle Netzwerke, Schulassistenz, Jugendhilfe, Kooperation mit anderen Einrichtungen: Behandlungszentren, Integrationskurse, etc.
- Praktisches Einüben der Verfahren in Kleingruppen anhand von Fallbeispielen
- Vertiefung einer traumafokussierten Behandlungstechnik, die im transkulturellen Setting gut anwendbar ist 8
- Möglichkeiten und Grenzen von therapeutischen Interventionen bei unsicherer äußerer Situation und anhaltender Stresssituation. Einführung in Prinzipien von „psychological first aid“ und Mental Health Psychosocial Support (MHPSS). Umgang mit Krisensituationen bei neuerlichen Belastungen

- Vertiefung zu Besonderheiten im Therapieverlauf (z.B. Psychoedukation, Stabilisierung, kultursensitive und kontextangepasste Behandlungsansätze)
- Dolmetscher gestützte Therapie (Regeln, Professionalisierung und Bedarfe an Fortbildung und Supervision des Dolmetschers/der Dolmetscherin, Abrechnungsprozedere)
- Praktisches Einüben der Verfahren in Kleingruppen anhand von Fallbeispielen inklusive dolmetschergestützte Traumatherapie

Gesamtstunden (UE)

16

Vertiefungsmodul „Kinderschutz und Einbeziehen des Herkunftssystems“

8

Übereinkommen über die Rechte des Kindes (UN-Kinderrechtskonvention)

- Kindeswohl und Feststellung einer Kindeswohlgefährdung
- Vorgehen bei Verdacht auf Kindeswohlgefährdung
- Formen der Gewalt und Vernachlässigung (incl körperlicher Muster)
- Systemische Beachtung des Umgangs mit Trauma in der Familie
- Gesprächsführung bei Verdacht auf Kindeswohlgefährdung
- Gesprächsführung mit Kindern und Jugendlichen mit Misshandlungserfahrungen
- Grundsätze für das Gespräch mit Obsorgeberechtigten/Eltern
- das "Konfrontationsgespräch"
- Dokumentation von Gesprächen im Kinderschutzfall
- Mitteilung bei Verdacht der Kindeswohlgefährdung, Verschwiegenheits-, Anzeige- und Meldepflicht
- Multiprofessionelle Zusammenarbeit und Einbeziehung der Kinderschutzgruppen
- Länderspezifische gesetzliche Rahmenbedingungen
- Umgang mit Schweigepflichten, länderspezifische rechtliche Regelungen für Psychologen, Psychotherapeuten, Ärzte (Österreich, Deutschland, Schweiz)
- Gelingensfaktoren im Kinderschutz
- Reflektierte Auseinandersetzung mit der Kinderschutzarbeit

- Umgang mit vernachlässigenden und misshandelnden Elternteilen in der Therapie
- Vertiefung der Auswirkungen von elterlicher Traumatisierung auf das Erziehungsverhalten 8
- Vertiefung von Aspekten der transgenerationalen Traumatisierung
- Kinderschutzgruppe (KSG) und interdisziplinäre Zusammenarbeit
- Zusammensetzung, Aufgaben und Ziele der KSG
- Dokumentation der KSG
- Schriftliche Gefährdungsmeldung und Anzeige
- Regelungen zur Verschwiegenheit in der professionellen Zusammenarbeit
- Basiswissen über Schutzkonzepte in Institutionen

Externe Unterstützungsangebote/Netzwerke

- Kooperation mit der Kinder- und Jugendhilfe
- Hilfsangebote für Kinder und Jugendliche
- Hilfsangebote für Obsorgeberechtigte/Eltern
- Angebote für PädagogInnen, BeraterInnen, PsychotherapeutInnen

Selbstfürsorge im Kinderschutz

- Umgang mit Herausforderungen
- Rollenverständnis und -klarheit
- Kollegialer Austausch und Reflexion im Team
- Nachbearbeitung von Kinderschutzfällen
- Supervision

Gesamtstunden (UE)

16

Begründung

A. Allgemeiner Teil

I. Zielsetzung und Notwendigkeit der Regelungen

Die Regelungen folgen der gesetzlich niedergelegten Verpflichtung aus § 38 des Vierzehnten Buches Sozialgesetzbuch (SGB XIV) und enthalten Bestimmungen zu den Vereinbarungen, die zwischen den Ländern und als Traumambulanz geeigneten Einrichtungen abgeschlossen werden.

Ziel ist, eine bundeseinheitlich hohe Qualität der Behandlung in der Traumaambulanz sicherzustellen. Dies erfolgt vornehmlich über die Vorgaben zur Qualifikation der behandelnden Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen der Traumaambulanz, aber auch durch andere Vorgaben, etwa zur Erreichbarkeit. Es soll auch sichergestellt werden, dass es ausreichende Angebote gibt, die speziell den Bedürfnissen von Kindern und Jugendlichen Rechnung tragen.

II. Wesentlicher Inhalt des Entwurfs

Das SGB XIV hat mit Wirkung zum 1. Januar 2021 einen Anspruch auf Leistungen der Traumaambulanz eingeführt. Hierzu schließen die für die Durchführung des SGB XIV zuständigen Länder Vereinbarungen mit geeigneten Einrichtungen. Die Verordnung enthält Näheres zu diesen Vereinbarungen. Der Ermächtigung in § 38 SGB XIV entsprechend enthält sie Bestimmungen

1. zur Qualifikation des Personals der Traumaambulanz, das die Sitzungen durchführt,
2. zur Dauer der einzelnen Sitzung,
3. zur Erreichbarkeit der Traumaambulanz und zum Zeitraum, in welchem die Betroffenen einen Termin dort erhalten müssen, unter Berücksichtigung der örtlichen Gegebenheiten,
4. zu den Dokumentationspflichten,
5. zum Abrechnungsverfahren einschließlich der sich daraus ergebenden Datenübermittlungswege,
6. zur Schweigepflichtentbindung und
7. zur Vertraulichkeit.

III. Alternativen

Es gibt keine Alternative zum gesetzlich vorgeschriebenen Erlass der Verordnung.

IV. Regelungskompetenz

Die Verordnung beruht auf § 38 Satz 1 SGB XIV. Sie wird vom Bundesministerium für Arbeit und Soziales mit Zustimmung des Bundesrates erlassen.

V. Vereinbarkeit mit dem Recht der Europäischen Union und völkerrechtlichen Verträgen

Die Verordnung ist mit dem Recht der Europäischen Union und völkerrechtlichen Verträgen vereinbar.

VI. Verordnungsfolgen

Diese Verordnung enthält Bestimmungen zu den Vereinbarungen zwischen den Ländern und als Traumambulanz geeigneten Einrichtungen. In Folge der Verordnung wird bundesweit eine hohe Qualität der Behandlung in der Traumaambulanz, auch für Kinder und Jugendliche, gewährleistet.

1. Rechts- und Verwaltungsvereinfachung

Durch die Regelung von Mindestinhalten wird der Abschluss von Vereinbarungen zwischen Ländern und geeigneten Einrichtungen erleichtert und im gesamten Bundesgebiet vereinheitlicht.

2. Nachhaltigkeitsaspekte

Durch die Verordnung wird der soziale Zusammenhalt gestärkt. Die Verordnung steht daher im Einklang mit den Leitgedanken der Bundesregierung zur nachhaltigen Entwicklung und trägt der nationalen Nachhaltigkeitsstrategie Rechnung.

3. Haushaltsausgaben ohne Erfüllungsaufwand

Es fallen keine Mehrausgaben für den Bund an.

Durch die Traumaambulanz-Verordnung entstehen den Verwaltungen der Länder im Haushaltsjahr 2024 rund 3,57 Millionen Euro Kosten. Es ist mit einer gleichbleibenden Entwicklung in den kommenden Jahren zu rechnen, wie bereits in den Berechnungen der Haushaltsausgaben im SGB XIV aufgeführt wurde. Kosten für Vertragsabschlüsse und die Erstattung der Fahrkosten zur Traumaambulanz für Betroffene und ggf. ihre Begleitpersonen wurden bereits im SGB XIV berechnet, weshalb sie in dieser Verordnung nicht mehr mit einberechnet werden.

Bei den Leistungen in den Traumaambulanzen bleiben die Ausgaben in Höhe von jährlich rund 3,57 Million Euro im Betrachtungszeitraum nahezu konstant. Hinsichtlich dieser Leistungen ist bei den Opfern von Gewalttaten, die die Leistungen einer Traumaambulanz nutzen, wie im SGB XIV erklärt, von einer gleichbleibenden Antragszahl auszugehen. Derzeit gibt es bundesweit 237 Traumaambulanzen, Stand 15. September 2021.

Diese Antragsanzahl wurde mit Unterstützung insbesondere des Bundeslandes Nordrhein-Westfalen berechnet. Durch die Angaben, die im fachlichen Austausch zu der Inanspruchnahme der Traumaambulanzen zur Verfügung gestellt wurden, wurde die Fallzahl auf alle Bundesländer hochgerechnet. Bei weiteren Berechtigten Gruppen wird eine Inanspruchnahme der Traumaambulanzen nur in seltenen Einzelfällen zu erwarten sein. Anträge auf Leistungen in den Traumaambulanzen werden auf Grund des vereinfachten Verwaltungsverfahrens zu 100 Prozent im Jahr der Antragstellung entschieden. Für die Berechnung der Ausgaben werden 100 Euro als fallbezogene einmalige Pauschale angesetzt, vergleiche Ausführungen im SGB XIV. Es wird angenommen, dass für § 14 Absatz 2 pro Fall eine Pauschale in Höhe des dreifachen pro Sitzung vereinbarten Entgelts und für § 14 Absatz 3 pro Fall eine Pauschale in Höhe des doppelten pro Sitzung vereinbarten Entgelts anfällt.

4. Erfüllungsaufwand

Der Erfüllungsaufwand der vorliegenden Verordnung fällt einmalig und jährlich für die Wirtschaft an. Er setzt sich zusammen aus Personalkosten zur Berücksichtigung der Vorgaben dieser Verordnung. Keine Berücksichtigung findet der Aufwand für die Vertragsschließung mit Traumaambulanzen, die Kosten der Antragstellung und für die Erstattung von Fahrtkosten zu Traumaambulanzen, da diese Kosten bereits im Erfüllungsaufwand des SGB XIV ausgewiesen wurden.

Die Aufstellung der Fallzahlen basiert auf der unter 3. aufgeführten Berechnung. Bei den weiteren Berechtigten Gruppen wird eine Inanspruchnahme der Traumaambulanzen nur in seltenen Einzelfällen zu erwarten sein.

4.1 Erfüllungsaufwand für Bürgerinnen und Bürger

Für Bürgerinnen und Bürger entsteht kein zusätzlicher Erfüllungsaufwand.

4.2 Erfüllungsaufwand für die Wirtschaft

Für die Wirtschaft entsteht jährlicher zusätzlicher Erfüllungsaufwand in Höhe von rund 9.100 Euro. Den 237 Traumaambulanzen entsteht durch die Vorgaben dieser Verordnung ein jährlicher Erfüllungsaufwand für die stetige Anpassung der Webseite nach § 9 in Höhe von 2.600 Euro. Ebenso fällt jährlicher Erfüllungsaufwand für die Dokumentationspflichten nach § 11 in Höhe von 6.500 Euro an. Es wurde berechnet, wie viel Zeit das Personal mit mittlerer Qualifikation in der Branche „Gesundheits- und Sozialwesen“ dafür benötigt.

Für die nach dieser Verordnung vorgeschriebene Regelung zur Erreichbarkeit der Traumambulanzen fällt zudem ein einmaliger Erfüllungsaufwand von rund 4.600 Euro an. Dafür wurde geschätzt, wie hoch die Personalkosten für die Erstellung des Kontaktformulars, der Webseite in leichter Sprache und die Registrierung der Traumaambulanz in den beiden Online Datenbanken kostet. Hierfür wurde berechnet, wie hoch der Aufwand für das Personal mit mittlerer Qualifikation ist, um die Vorgaben umzusetzen.

4.3 Erfüllungsaufwand für die Verwaltung

Für die Verwaltung entsteht kein Erfüllungsaufwand.

5. Weitere Kosten

Keine.

6. Weitere Regelungsfolgen

Gleichstellungspolitische Auswirkungen ergeben sich aus den Regelungen nicht; die Geschlechter sind nicht unterschiedlich betroffen.

VII. Befristung; Evaluierung

Die Rechtsverordnung ist auf Grundlage der in der Eingangsformel genannten Vorschrift mit Zustimmung des Bundesrates zu erlassen.

Derzeit wird im Auftrag des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales ein Forschungsprojekt zu Traumaambulanzen durchgeführt. Die Verordnung wird im Lichte der Ergebnisse des Forschungsprojektes überprüft.

B. Besonderer Teil

Zu § 1 (Regelungsgegenstand und Definition Traumaambulanz)

Die Vorschrift legt den Gegenstand der Traumaambulanz-Verordnung fest. Die Verordnung enthält nähere Bestimmungen zu den von den nach Landesrecht zuständigen Behörden nach § 37 des Vierzehnten Buches Sozialgesetzbuch (SGB XIV) zu schließenden Vereinbarungen.

Zu § 2 (Antrag, Leistungserbringung durch die Traumaambulanz)

Zu Absatz 1

Absatz 1 betrifft die Antragstellung auf Leistungen des SGB XIV. Für Betroffene kann es hilfreich sein, hierbei von Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen der Traumaambulanz unterstützt zu werden. Zugleich wird klargestellt, dass die für die Antragstellung aufgewandte Zeit nicht zulasten der Sitzungszeit geht. Weiterhin soll an dieser Stelle hervorgehoben werden, dass Minderjährige, die das 15. Lebensjahr vollendet haben, selbst Anträge auf Sozialleistungen stellen und diese entgegennehmen können (§ 11 Absatz 1 Nummer 2 Zehntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB X) i. V. m. § 36 Absatz 1 Satz 1 Erstes Buch Sozialgesetzbuch (SGB I)). Zwar soll der Leistungsträger nach § 36 Absatz 1 Satz 2 SGB I den gesetzlichen Vertreter oder die gesetzliche Vertreterin über die Antragstellung und die erbrachten Sozialleistungen unterrichten. Diese Soll-Vorschrift ist bei Beantragung von Leistungen der Traumaambulanz dahin auszulegen, dass die Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen der Traumaambulanz von einer Information der Sorgeberechtigten abzusehen haben, wenn anderenfalls das Kindeswohl gefährdet würde. Zur Beurteilung einer Kindeswohlgefährdung kann eine erfahrene Fachkraft gem. § 8b Achten Buch Sozialgesetzbuch (SGB VIII) beigezogen werden.

Die Traumaambulanz hat den Antrag unverzüglich an die zuständige Behörde weiterzuleiten. Nur so kann diese (im erleichterten Verfahren nach § 115 SGB XIV) prüfen, ob ein Anspruch auf Leistungen der Schnellen Hilfen besteht. Eine Antragsübermittlung per Fax oder elektronisch trägt dem Beschleunigungsgebot Rechnung.

Zu Absatz 2

Absatz 2 knüpft an die bisher übliche Dauer der Sitzung in einer Traumaambulanz an. Diese wird als Mindestzeit festgelegt. Es steht den Landesbehörden frei, eine längere Sitzungsdauer zu vereinbaren. Die Sitzung kann in zwei 25-minütige Abschnitte aufgeteilt werden, wenn es dazu Anlass gibt. Dies kann etwa der Fall sein, wenn eine 50-minütige Sitzung für die Betroffenen zu belastend wäre. Des Weiteren wird die Sitzungszeit in den Fällen, in denen erforderliche Leistungen im Sinne des § 12 SGB XIV, etwa von Dolmetschern oder Dolmetscherinnen, in Anspruch genommen werden, auf 75 Minuten erhöht. Denn es ist zu berücksichtigen, dass in diesen Fällen ein nicht zu vernachlässigender Teil der Zeit nicht für die Behandlung, sondern für die Hilfen bei der Kommunikation aufgewandt wird.

Zu Absatz 3

Über Absatz 3 sollen Betroffene nach Möglichkeit, also wenn die vorhandenen Kapazitäten dies zulassen, wählen können, ob sie von einer weiblichen oder einer männlichen Person behandelt werden möchten. Diese Option kann etwa bei sexuellem Missbrauch von Kindern und Jugendlichen bzw. bei sexuellen Übergriffen oder je nach kulturellem Hintergrund relevant sein und ein wichtiges Kriterium für die Frage, ob Leistungen der Traumaambulanz überhaupt in Anspruch genommen werden, darstellen.

Zu § 3 (Qualifikationsanforderungen bei Behandlung von Erwachsenen)

Zu Absatz 1 und Absatz 2

Die Norm knüpft an § 38 Nummer 1 SGB XIV an. Die Vorgaben stellen sicher, dass die behandelnden Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen der Traumaambulanz nicht nur über eine hinreichende Grundqualifikation (geregelt in Absatz 1), sondern auch über traumaspezifische Kenntnisse (geregelt in Absatz 2) verfügen. Auf diese Weise wird eine hohe Qualität der Leistungen der Traumaambulanz gewährleistet. Der Qualitätssicherung dient auch das Erfordernis, dass es sich um eine Qualifikation handeln muss, die von der Landesärztekammer oder der Landespsychotherapeutenkammer zertifiziert ist und bestimmten Modulen des Curriculums „Psychotherapie der Traumafolgestörungen“ der Bundesärztle- und Bundespsychotherapeutenkammer entsprechen muss. Allerdings können stattdessen auch andere Fortbildungen absolviert werden, sofern sie inhaltlich den genannten Anforderungen entsprechen, etwa die den genannten Modulen entsprechenden Module des Curriculums „Spezielle Psychotherapie“ der Deutschsprachigen Gesellschaft für Psychotraumatologie (derzeit abrufbar unter: https://www.degpt.de/DeGPT-Dateien/DeGPT_Curriculum_Spezielle%20PT_KJ_2020_1.pdf - zuletzt aufgerufen am 23.05.2022). Durch Absatz 2 Satz 2 wird berücksichtigt, dass traumaspezifische Kenntnisse auch im Rahmen einer Weiterbildung oder Zusatzweiterbildung erworben werden können.

Zu Absatz 3

Absatz 3 trägt der Problematik Rechnung, dass es angesichts der hohen Anforderungen an die Qualifikation der Behandelnden in der Praxis schwierig sein kann, ausreichend Personen zu finden, die über die in Absatz 2 genannte traumaspezifische Qualifikation verfügen. Der durch das SGB XIV statuierte Anspruch auf Leistungen der Traumaambulanz wäre dann praktisch gefährdet oder könnte nur in Verbindung mit unzumutbar langen Fahrzeiten gewährt werden. Können die nach Landesrecht zuständigen Behörden nicht mit einer solchen Anzahl von Traumaambulanzen Verträge abschließen, dass die in § 8 geregelte Höchstfahrzeit eingehalten werden kann, darf von den Anforderungen des Absatz 2 abgewichen werden. Die Grundqualität der Behandlung ist durch die weiterhin erforderliche Qualifikation der behandelnden Personen nach Absatz 1 sichergestellt.

Die Abweichung ist auf die Dauer der Vertragslaufzeit beschränkt. Bei einem erneuten Vertragsschluss hat die zuständige Behörde zu prüfen, ob die Versorgung mit anderen Traumaambulanzen, in denen die behandelnden Personen die Anforderungen des Absatz 2 erfüllen, sichergestellt werden kann.

Zu § 4 (Qualifikationsanforderungen bei Behandlung von Kindern und Jugendlichen)

Zu Absatz 1 und Absatz 2

Kinder und Jugendliche haben spezifische Bedarfe, die nicht mit denjenigen von Erwachsenen identisch sind. Zu beachten ist hier etwa die oft notwendige Einbeziehung von Bezugspersonen, das Erfordernis von Kenntnissen entwicklungspsychologischer und entwicklungspsychopathologischer Aspekte und die Zusammenarbeit mit dem sozialen Unterstützungssystem. Aus diesem Grund müssen sowohl die Vorgaben zur Grundqualifikation der Behandelnden als auch zu deren traumaspezifischen Qualifikation auf Kinder und Jugendliche zugeschnitten sein. Entsprechend der UN-Kinderrechtskonvention sollten Kinder - wie in anderen klinischen Kontexten üblich - von Kinderspezialisten behandelt werden. Durch Absatz 2 Satz 2 wird berücksichtigt, dass traumaspezifische Kenntnisse auch im Rahmen einer Weiterbildung oder Zusatzweiterbildung erworben werden können.

Zu Absatz 3

Werden Kinder und Jugendliche behandelt, die Opfer sexuellen Missbrauchs geworden sind, stellt Absatz 3 weitergehende Vorgaben auf, da hier Kenntnisse erforderlich sind, die über diejenigen hinausgehen, die durch die Qualifikation nach Absatz 1 und die Fortbildung nach Absatz 2 vermittelt werden. Dies wurde im Abschlussbericht des Runden Tisches „Sexueller Kindesmissbrauch in Abhängigkeits- und Machtverhältnissen in privaten und öffentlichen Einrichtungen und im familiären Bereich“ ausführlich dargelegt.

Die erforderlichen Kenntnisse und Fertigkeiten gelten bei einer mindestens zweijährigen Berufserfahrung bei der Behandlung von Opfern sexuellen Missbrauchs als nachgewiesen, ebenso bei Absolvierung einer Fortbildung zum Thema sexueller Gewalt. Aufgrund der Vielzahl der Fortbildungsangebote ist darauf zu achten, dass es sich um eine Fortbildung handelt, die der zweijährigen Berufserfahrung gleichwertig ist. Dies könnte etwa ein Fortbildungszertifikat sein, das der (Muster-)Fortbildungsordnung der Bundesärztekammer genügt (abrufbar unter: https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/Muster-Fortbildungsordnung_29052013.pdf - Zuletzt aufgerufen am 23.05.2022).

Zu Absatz 4

Dieser Absatz trägt der Problematik Rechnung, dass es angesichts der hohen Anforderungen an die Qualifikation der Behandelnden in der Praxis schwierig sein kann, ausreichend Personen zu finden, die über die in Absatz 2 und 3 genannte Zusatzqualifikationen verfügen. Der durch das SGB XIV statuierte Anspruch auf Leistungen der Traumaambulanz wäre dann praktisch gefährdet oder könnte nur in Verbindung mit unzumutbar langen Fahrzeiten gewährt werden. Können die nach Landesrecht zuständigen Behörden nicht mit einer solchen Anzahl von Traumaambulanzen Verträge abschließen, dass die in § 8 Absatz 2 geregelte Höchstfahrzeit eingehalten werden kann, darf von den Anforderungen des Absatz 2 und 3 abgewichen werden. Die Grundqualität der Behandlung ist durch die weiterhin erforderliche Qualifikation der behandelnden Personen nach Absatz 1 sichergestellt.

Die Abweichung ist auf die Dauer der Vertragslaufzeit beschränkt. Bei einem erneuten Vertragsschluss hat die zuständige Behörde zu prüfen, ob die Versorgung mit anderen Traumaambulanzen, in denen die behandelnden Personen die Anforderungen des Absatz 2 und 3 erfüllen, sichergestellt werden kann.

Zu § 5 (Behandlung durch Personen in Weiterbildung oder in Ausbildung)

Um mittel- und langfristig sicherzustellen, dass ausreichend Personal für die Traumaambulanzen gewonnen werden kann, das die in §§ 3 und 4 genannten Qualifikationsanforderungen erfüllt, muss auch eine entsprechende Ausbildung ermöglicht werden. Daher regelt § 5, ab welchem Stadium der Ausbildung ein Einsatz in der Traumaambulanz in Betracht kommt.

Da Personen in Weiter- oder Ausbildung nicht über denselben Ausbildungs- und Fortbildungsstand wie reguläre Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen der Traumaambulanz verfügen, sind sie von der Behandlung komplexer Fälle ausgeschlossen. Ob ein komplexer Fall vorliegt, lässt sich nicht allgemein, sondern nur im Einzelfall entscheiden. Bei Kindern und Jugendlichen, die Opfer sexuellen Missbrauchs geworden sind, dürfte in der Regel ein komplexer Fall vorliegen.

Zu § 6 (Leitung)

Zu Absatz 1

Die Norm regelt die Anforderungen an die Qualifikation der Traumaambulanzleitung. Zumindest diese sollte nicht nur die in § 3 Absatz 2 bzw. § 4 Absatz 2 genannten Module, sondern die gesamte traumaspezifische Fortbildung absolviert haben, damit gewährleistet

ist, dass auch außergewöhnlich komplexe Fälle behandelt werden können. Da es in der Praxis aber schwierig sein kann, Personen mit geeigneter Qualifikation zu finden, die die Fortbildung bereits komplett absolviert haben, ist es möglich, die Leitung auch Personen zu übertragen, die über eine Fortbildung in den in § 3 Absatz 2 bzw. § 4 Absatz 2 genannten Modulen verfügen, wenn sie sich verpflichten, diese Fortbildung innerhalb von zwei Jahren vollständig zu absolvieren.

Zu Absatz 2

Absatz 2 berücksichtigt, dass es kleinere Traumaambulanzen, etwa Praxen, geben kann, bei denen nicht mehr als drei Behandelnde Leistungen der Traumaambulanz erbringen. Um eine flächendeckende Versorgung mit Traumaambulanzen zu gewährleisten, können die zuständigen Landesbehörden auch mit diesen Verträge nach § 38 SGB XIV i. V. m. dieser Verordnung abschließen. Allerdings ist bei solchen kleineren Einheiten davon auszugehen, dass es keine Leitung i. S. dieser Verordnung gibt. Somit können auch hier auch keine Personen i. S. d. § 5 tätig werden, sondern ausschließlich Personen, die nach § 3 oder § 4 qualifiziert sind. Die Vertretung erfolgt nach den einschlägigen gesellschaftsrechtlichen Regelungen.

Zu § 7 (Leistungserbringung durch Externe)

Zu Absatz 1 und Absatz 2

Die Länder schließen Vereinbarungen mit Traumaambulanzen, sodass der Anspruch Berechtigter auf Leistungen der Traumaambulanz im Regelfall gedeckt werden kann. Allerdings sind Fälle denkbar, in denen das (kurzfristig) nicht möglich ist, etwa wenn die Zahl der Berechtigten aufgrund eines Großschadensereignisses sprunghaft in die Höhe steigt oder wenn aufgrund von Erkrankungen, Personalfluktuationen o. Ä. die Traumaambulanz einen vorübergehenden Personalengpass hat oder wenn nicht ausreichend Mitarbeiter oder Mitarbeiterinnen vorhanden sind, die die besondere Qualifikation nach § 4 Absatz 3 erfüllen. Auch in diesen Fällen haben Berechtigte einen Anspruch auf Leistungen der Traumaambulanz, und zwar als „Schnelle Hilfe“. Um diesen Anspruch erfüllen zu können, dürfen externe Personen eingeschaltet werden. Allerdings müssen auch diese die Qualifikationsanforderungen erfüllen, die für Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen der Traumaambulanz gelten.

Die Leistungserbringung durch Externe erfolgt nur im Ausnahmefall und nur in Abstimmung mit der zuständigen Behörde. Da es sich um einen besonders sensiblen Personenkreis handelt, hat der Gesetzgeber geregelt, dass die Leistungen der Traumaambulanz auf Grundlage einer Vereinbarung zwischen den nach Landesrecht zuständigen Behörden und den Traumaambulanzen erbracht werden. Für den Inhalt dieser Vereinbarungen gelten strenge Bestimmungen. Die für die Gesetzesdurchführung zuständigen Behörden kontrahieren nur mit Traumaambulanzen, die die Vorgaben des vierzehnten Buches und dieser Verordnung erfüllen. Die gesetzlichen Vorgaben würden umgangen, wenn sich die Traumaambulanzen auf regulärer Basis und nicht nur im Ausnahmefall externer Dritter, mit denen die zuständigen Behörden keine Vereinbarungen geschlossen haben, bedienen könnten.

Zu Absatz 3

Absatz 3 bestimmt, dass die Vorgaben zur Schweigepflicht auch für Externe gelten. Andernfalls könnten die Regelungen des § 10 durch die Einschaltung Externer umgangen werden.

Zu § 8 (Anzahl an Traumaambulanzen)

Lange Fahrzeiten können sich negativ auf die Bereitschaft der Leistungsberechtigten auswirken, Leistungen der Traumaambulanz in Anspruch zu nehmen. In der Regel kann Betroffenen eine einstündige Fahrzeit zugemutet werden. Daher sind Vereinbarungen über die Erbringung von Leistungen der Traumaambulanz mit so vielen Einrichtungen zu schließen, dass Leistungsberechtigte nach einer einstündigen Fahrzeit eine Traumaambulanz erreichen können.

Diesem Erfordernis kann bei einem längeren Fahrweg wegen schlechter Anbindung auch dadurch Genüge getan werden, dass im Wege eines Härteausgleichs nach § 100 SGB XIV die Kosten für eine schnellere Beförderung übernommen werden (z. B. in Form von „Taxi-Gutscheinen“). Des Weiteren besteht die Möglichkeit, die Leistungen durch mobile Traumaambulanzen direkt am Wohnort der Leistungsberechtigten zu erbringen. Damit kann der Leistungsanspruch auch in den Fällen erfüllt werden, in denen es wegen der zu erwartenden geringen Anzahl Betroffener unwirtschaftlich wäre, die erforderlichen Strukturen in der durch Absatz Satz 2 vorgegeben Dichte zu errichten. Dies kann etwa in dünn besiedelten Gebieten der Fall sein. Hier kann es sinnvoll sein, den bestehenden Bedarf mit einer mobilen Traumaambulanz am Wohnort des oder der Leistungsberechtigten abzudecken.

Die Erreichbarkeit muss auch in den Fällen gegeben sein, in denen Betroffene auf einen barrierefreien Zugang angewiesen sind. Sollte ausnahmsweise kein barrierefreier Zugang vorhanden sein, etwa bei Einschaltung von Dritten, kann das Kriterium der Erreichbarkeit durch mobile Ambulanzen erfüllt werden.

Das Kriterium der Erreichbarkeit ist auch dann erfüllt, wenn sich die Traumaambulanz, die innerhalb einer Stunde erreicht werden kann, in einem anderen Bundesland befindet. Die Länder können vereinbaren, ihre Traumaambulanzen Leistungsberechtigten aus anderen Ländern zur Verfügung zu stellen.

Gerade in Flächenländern und dünn besiedelten Regionen ist es nicht immer möglich, ein derart dichtes Traumaambulanz-Netzwerk vorzuhalten, dass Leistungsberechtigte die nächstgelegene Traumaambulanz innerhalb einer Stunde erreichen können. Es fehlt an Einrichtungen mit hinreichend qualifiziertem Personal oder überhaupt an Einrichtungen, die bereit sind, Leistungen der Traumaambulanz zu erbringen. Um auch in diesen Regionen die Versorgung mit Traumaambulanzen sicherzustellen, wird der Erreichbarkeitsradius für diese Konstellation auf eine Stunde und 30 Minuten ausgeweitet.

Zu § 9 (Erreichbarkeit)

Zu Absatz 1

Nicht alle Leistungsberechtigten können die Traumaambulanz während der üblichen Geschäftszeiten erreichen, etwa weil sie berufstätig sind oder die Kinderbetreuung in dieser Zeit nicht sicherstellen können. Daher ist es wichtig, dass Sitzungen in der Traumaambulanz bei Bedarf auch außerhalb dieser Zeiten angeboten werden.

Zu Absatz 2

Angesichts der zunehmenden Digitalisierung ist es bedeutsam, dass die Traumaambulanz auch online auffindbar ist und erreicht werden kann. Absatz 2 regelt, was hierbei zu beachten ist. So müssen die Informationen auch in barrierefreier Form enthalten sein. Die Barrierefreiheit bestimmt sich nach § 4 des Gesetzes zur Gleichstellung von Menschen mit Behinderung (Behindertengleichstellungsgesetz - BGG). Bei den Vorgaben des Absatz 2 handelt es sich um Mindestvorgaben. Empfehlenswert ist darüber hinaus beispielsweise, die Informationen auch in anderen Sprachen vorzuhalten.

Zu Absatz 3

Weiter muss die durchgehende telefonische Erreichbarkeit der Traumaambulanz gewährleistet sein. Auch außerhalb der Geschäftszeiten darf ein Anruf nichts ins Leere laufen, vielmehr muss zumindest ein Anrufbeantworter erreichbar sein. In diesem Fall muss sichergestellt sein, dass die anrufende Person auf deren Wunsch am folgenden Werktag von einer Person zurückgerufen wird.

Ein Rückruf darf nur auf Wunsch der anrufenden Person erfolgen. Damit wird sichergestellt, dass andere Personen nicht gegen den Willen der betroffenen Person über die Inanspruchnahme von Leistungen der Traumaambulanz informiert werden. In Fällen, in denen der Täter oder die Täterin aus dem Umfeld des Opfers stammt, wird verhindert, dass dieser Kenntnis darüber erlangt, dass das Opfer Hilfe in Anspruch nimmt. Dies kann insbesondere dann bedeutsam sein, wenn Repressalien seitens des Täters oder der Täterin zu erwarten sind, weil das Opfer sich an Dritte gewandt hat.

Zu Absatz 4

Als Leistungen der Schnellen Hilfen können Traumaambulanzen ihre volle Wirksamkeit nur dann entfalten, wenn Leistungsberechtigte innerhalb kurzer Zeit nach Kontaktaufnahme einen Termin für die erste Sitzung erhalten.

Zu § 10 (Schweigepflicht)

Zu Absatz 1 und Absatz 2

Leistungsberechtigte müssen sichergehen können, dass der Inhalt der Sitzungen vertraulich behandelt wird und nicht gegen ihren Willen an die nach Landesrecht zuständige Behörde weitergeleitet wird. Teilweise haben die Betroffenen aber ein Interesse an einer Weiterleitung, um die Tat nicht erneut gegenüber der nach Landesrecht zuständigen Behörde schildern zu müssen. Denn im Rahmen ihrer Mitwirkungspflicht müssen antragstellende Personen u. a. den für die geltend gemachten Leistungen relevanten Sachverhalt mitteilen, um der Behörde eine Prüfung des Leistungsanspruchs zu ermöglichen. Aus Gründen der Effizienz oder um eine Retraumatisierung zu vermeiden, kann die Traumaambulanz daher die Angaben zur Tat an die zuständige Behörde weiterleiten. Daher informieren die Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen der Traumaambulanz die Betroffenen über die Schweigepflicht, aber auch über die Möglichkeit der Entbindung hiervon zum Zwecke der Weitergabe an die nach Landesrecht für das Soziale Entschädigungsrecht zuständige Behörde.

Zu Absatz 3

Eine Besonderheit besteht in dem Fall, dass Minderjährige ohne Wissen der Sorgeberechtigten die Traumaambulanz aufsuchen. Dies kann besonders relevant sein in den Fällen, in denen der oder die Sorgeberechtigte die Gewalttat verübt hat oder das Opfer davon ausgeht, dass sich die Sorgeberechtigten auf die Seite des Täters oder der Täterin stellen werden.

Suchen Minderjährige in diesen Fällen alleine oder mit Unterstützung einer dritten, nicht sorgeberechtigten Person Hilfe in der Traumaambulanz, gewährleistet Absatz 3, dass die Minderjährigen keine negativen Konsequenzen seitens der Sorgeberechtigten und/oder des Täters oder der Täterin befürchten zu müssen. Soweit die behandelnden Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen der Traumaambulanz der Regelung des § 4 des Gesetzes zur Kooperation und Information im Kinderschutz (KKG) unterfallen, müssen sie die Vorgaben des § 4 KKG beachten, wenn ihnen in Ausübung ihrer Tätigkeit Anhaltspunkte für eine Kindeswohlgefährdung bekannt werden.

Zu § 11 (Dokumentationspflichten der Traumaambulanz)

Die Vorschrift ist deklaratorischer Natur, hat aber auch eine Signal- und Klarstellungsfunktion für die Betroffenen. Weitergehenden Vereinbarungen zu den Traumaambulanzen obliegenden Dokumentationspflichten steht die Norm nicht entgegen.

Zu § 12 (Vernetzung)

Im Interesse der von Gewalt Betroffenen ist die Vernetzung aller Akteure ein wichtiger Punkt. Deswegen schreibt § 12 vor, dass sich auch Traumaambulanzen mit allen einschlägigen Hilfs- und Unterstützungsstrukturen verbinden sollen. Hierzu zählen sowohl private Beratungsstellen als auch Polizei und zuständige Behörden wie etwa Versorgungsämter.

Ziel solcher Netzwerke ist die Information über bestehende Angebote und Aufgaben der lokalen Netzwerkpartner sowie deren strukturelle Verankerung und Entwicklung. Auch kann eine solche Vernetzung dazu beitragen, festzustellen, ob die Adressaten Zugang zu den jeweiligen Angeboten finden und ob die Angebote tatsächlich greifen. Wo solche Kooperationen bereits bestehen, sollten Traumaambulanzen sich eingliedern, um die Entstehung von Parallelstrukturen zu verhindern.

Im Anwendungsbereich des KKG ergibt sich bereits aus § 3 KKG der Auftrag zum Aufbau von Netzwerkstrukturen. Soweit Traumaambulanzen der Vorschrift unterfallen, sind ihre Vorgaben zu beachten.

Zu § 13 (Abrechnungsverfahren, Vergütung)

Die Vorschrift regelt, dass das Abrechnungsverfahren im Verhältnis zwischen Traumaambulanz und nach Landesrecht zuständiger Behörde stattfindet. Betroffene sind nicht Teil dieses Verfahrens. Daher darf die Vorlage der Krankenversicherungskarte nicht verlangt werden. Dies ist wichtig, damit bei den Betroffenen nicht der Eindruck entsteht, eventuell selbst für die Kosten der Behandlung in der Traumaambulanz, etwa bei Nichtübernahme durch die Krankenkasse, aufkommen zu müssen. Dies könnte einen Teil der Betroffenen davon abhalten, die Leistungen der Traumaambulanz in Anspruch zu nehmen.

Absatz 1 Satz 2 regelt, welche für die Abrechnung relevanten Daten an die zuständige Behörde bei Fehlen einer anderweitigen Vereinbarung auf elektronischem Weg übermittelt werden. Diese Daten benötigt die Behörde, um die mehrfache Inanspruchnahme von Leistungen der Traumaambulanz auszuschließen, um Regressansprüche gegen den Täter realisieren zu können und um ihre Statistik- und Berichtspflichten erfüllen zu können.

Die Vergütung für die Sitzungen vereinbaren die Vertragsparteien untereinander. Dabei können sie zwischen regulären Sitzungen und Sitzungen, die aufgrund erforderlicher Helfer i.S.d. § 12 SGB XIV länger dauern (vgl. § 2 Absatz 2 Satz 2), differenzieren.

Angesichts der Leistungen, die die Traumaambulanz zusätzlich zu den Sitzungen zu erbringen hat, ist es erforderlich, diese auch zusätzlich zu vergüten. Absatz 2 und 3 sehen eine pauschale Regelung vor, die für jeden Fall eine entsprechende Vergütung vorsieht, unabhängig davon ob die Leistung (etwa Unterstützung bei der Antragstellung) im konkreten Einzelfall tatsächlich erbracht wurde oder ob die Unterstützung besonders zeitintensiv war. Eine Abweichung von dieser Regelung ist möglich.

Zu § 14 (Übergangsregelung)

Die Vorschrift betrifft den zeitlichen Anwendungsbereich der Verordnung. Es wird klargestellt, dass die vor dem Inkrafttreten der Verordnung bereits abgeschlossenen Verträge weiterhin ihre Gültigkeit behalten. Diese wurden teilweise noch vor Erlass der vorliegenden

Verordnung geschlossen, bevor die Vertragsparteien also wussten, welche Voraussetzungen ab 2024 gelten. Die Weitergeltung dieser Verträge ist im Hinblick auf die Sicherstellung einer Versorgung mit Leistungen der Traumaambulanz erforderlich.

Zu § 15 (Inkrafttreten)

Das Inkrafttreten entspricht dem in der Ermächtigungsgrundlage, § 38 SGB XIV, festgelegtem Zeitpunkt.