Bundeskoordinierung Spezialisierter Fachberatung BKSF
gegen sexualisierte Gewalt in Kindheit und Jugend

Bundeskoordinierung Spezialisierter Fachberatung | Uhlandstraße 165/166 | 10719 Berlin

An das
Bundesministerium für Arbeit und Soziales
Monica Fuhrmann

Referat Vb7

Vb7@bmas.bund.de

Uhlandstraße 165/166
D-10719 Berlin

Tel.: +49(0)30.8891 6866
Fax: +49(0)30.8891 6865

info@bundeskoordinierung.de
www.bundeskoordinierung.de

Berlin, 06.07.2022

Stellungnahme zum Referentenentwurf des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales „Verordnung über die von den Traumaambulanzen in der Sozialen Entschädigung zu erfüllenden Qualitätskriterien und wahrzunehmenden Aufgaben (Traumaambulanz-Verordnung – TAV)“ (Stand: 19.05.2022)

zunächst bedanken wir uns für die Möglichkeit der Stellungnahme und für die Beteiligung im Vorfeld der Erstellung dieser Verordnung.

Die Bundeskoordinierung spezialisierter Fachberatung gegen sexualisierte Gewalt in Kindheit und Jugend (BKSF) vertritt die politischen und fachlichen Anliegen der Fachberatungsstellen, die spezialisiert zum Thema sexualisierte Gewalt in Kindheit und Jugend arbeiten. Diese beraten seit Jahren und Jahrzehnten Menschen, die in Kindheit und Jugend sexualisierte Gewalt erleben oder erfahren haben sowie Angehörige, Fachkräfte und Institutionen. Das genannte Erfahrungs- und Praxiswissen findet sich in dieser Stellungnahme wieder.

Wir begrüßen die grundsätzliche Ausrichtung der Verordnung außerordentlich und rechnen damit, dass die Umsetzung dieser Verordnung die Situation für Betroffene an vielen Orten erheblich verbessern wird.

Wir nehmen im Einzelnen lediglich zu den Aspekten Stellung, bei denen wir noch eine Änderung anregen möchten:

§ 2 TAV-E

Wir begrüßen, dass ein Antrag nicht bereits in der ersten Sitzung gestellt werden muss. Dennoch möchten wir darauf hinweisen, dass gerade bei akut belasteten Menschen die Entscheidung über einen Antrag nach der zweiten Sitzung überfordernd sein kann und jedwede Verschiebung des Antragserfordernisses auf einen späteren Zeitpunkt für die Betroffenen eine erhebliche Erleichterung darstellen kann.

IN TRÄGERSCHAFT VON: DGfPI - Deutsche Gesellschaft für Prävention und Intervention bei Kindesmisshandlung und -vernachlässigung e.V.
IN KOOPERATION MIT: bff: Bundesverband Frauenberatungsstellen und Frauennotrufe sowie BAG FORSA – Bundesarbeitsgemeinschaft Feministischer Organisationen gegen Sexuelle Gewalt an Mädchen und Frauen e.V.
GEFÖRDERT VOM: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend

§ 2 Abs. 2 S. 3 TAV-E:

Es ist positiv, dass sowohl Dolmetsch-, Übersetzungs- und Kommunikationshilfeleistungen vorgesehen sind und hierfür eine Verlängerung einer einzelnen Sitzung ermöglicht wird. Wir möchten anregen, die Länge der Sitzungen auch bei Menschen mit Beeinträchtigungen im kognitiven und/oder sprachlichen Bereich zu verlängern und schlagen folgende Formulierung vor:

„Werden erforderliche Dolmetscher- oder Übersetzungsleistungen erbracht **oder Menschen mit kognitiven und/oder sprachlichen Beeinträchtigungen beraten**, beträgt die Dauer der einzelnen Sitzung in der Regel 75 Minuten."

§ 3 und § 4 TAV-E:

Wir begrüßen, dass Mitarbeiter*innen, die mit kindlichen oder jugendlichen Opfern sexualisierter Gewalt arbeiten, spezifische Kenntnisse über sexualisierte Gewalt vorweisen müssen. Wir möchten aber darauf hinweisen, dass bei zahlreichen Opfern sexualisierter Gewalt in Kindheit und Jugend erst im Erwachsenenalter die erlittene Gewalt „aufbricht" und dann ein Bedarf an akuter Intervention entsteht. Ebenso finden wir es schwierig, wenn eine z.B. 19-jährige Betroffene nicht den Anspruch hat, von einer im Bereich sexualisierte Gewalt spezialisierten Person beraten zu werden. Wir möchten deshalb anregen, dass § 4 Abs. 3 TAV-E so formuliert wird, dass Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Traumaambulanz, die Opfer sexualisierter Gewalt behandeln, über die in § 4 Abs. 3 TAV-E formulierten Voraussetzungen verfügen müssen.

§ 7 TAV-E aF vom 7.10.2021

In der Fassung der TAV vom 7.10.2021 war die Supervision in § 7 TAV-E aF verankert. Die Praxiserfahrung im Bereich der Beratung von Betroffenen sexualisierter Gewalt legt nahe, dass der regelmäßige, professionelle Austausch sowie die Reflexion eine Notwendigkeit für die Fachkräfte ist und darüber hinaus aber auch ein hohes Niveau der Arbeit gewährleisten. Deshalb möchten wir anregen, den alten § 7 wiederaufzunehmen.

§ 8 TAV-E

Es ist zu begrüßen, dass nunmehr eine zumutbare Fahrzeit von lediglich einer Stunde vorgesehen ist. Hinsichtlich der vorgesehenen Ausnahme möchten wir anregen, statt den Betroffenen eine sehr lange Fahrtzeit zuzumuten, zu prüfen, inwieweit mobile Sitzungen vor Ort eine Option darstellen könnten.

§ 10 Abs. 3 TAV-E:

Wir begrüßen die Möglichkeit sehr, dass minderjährige Leistungsberechtigte die Leistungen einer Traumaambulanz in Anspruch nehmen können, ohne dass die Sorgeberechtigten informiert werden.

Wir möchten aber anregen, auch für die Konstellationen eine Ausnahme von der Information der Sorgeberechtigten vorzusehen, in denen die Information nicht eine Kindeswohlgefährdung mit sich brächte, sondern die Möglichkeit des Abbruchs der Inanspruchnahme der Traumaambulanz. So sind zahlreiche Fälle denkbar, in denen Jugendliche unter keinen Umständen wollen, dass ihre Sorgeberechtigten von der erlittenen Gewalt erfahren, auch wenn durch die Sorgeberechtigten keine Kindeswohlgefährdung droht. Dies sollte Berücksichtigung finden.

Wir möchten darauf hinweisen, dass in der praktischen Umsetzung nicht „aus Versehen" eine Abrechnung an die Krankenkasse erfolgen darf, weil hierüber eine Information an die Sorgeberechtigten erfolgen kann. Aus der Beratungspraxis bei der Begleitung von Gewaltbetroffenen, die ihren Aufenthaltsort vor der eigenen Familie verheimlichen müssen, ist bekannt, dass Verwaltungsabläufe bei Krankenkassen zu den häufigsten „Datenlecks" führen, trotz vorhandener Sperrvermerke. Es muss explizit darauf geachtet werden, dass auch beim Kontakt mit dem Landesversorgungsamt nicht z.B. eine postalische Zustellung an die Adresse der Sorgeberechtigten erfolgt oder Sorgeberechtigte telefonisch Auskünfte bekommen können.

Wir schlagen vor:

„Wenden sich minderjährige Leistungsberechtige ohne Wissen der Sorgeberechtigten an die Traumaambulanz, sehen die Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen der Traumaambulanz von einer Information der Sorgeberechtigten ab, wenn anderenfalls das Kindeswohl gefährdet würde oder mit dem Abbruch der Inanspruchnahme der Leistungen der Traumaambulanz zu rechnen wäre. Zur Beurteilung einer Kindeswohlgefährdung kann eine erfahrene Fachkraft nach § 8b des Achten Buches Sozialgesetzbuch beigezogen werden."

§ 12 TAV-E

Es ist positiv hervorzuheben, dass die Notwendigkeit der Vernetzung explizit in der TAV-E vorgesehen ist. Allerdings wissen wir aus der Praxis, dass die Kooperation verschiedener Einrichtungen in der Praxis sehr unterschiedlich aussieht und an manchen Orten kaum bis gar nicht vorhanden ist. Dies stellt ein immenses Problem dar, denn für die Leistungsberechtigten kann es entscheidend sein, dass sie nicht nur in der akuten Not Hilfe erfahren, sondern auch darüber hinaus, so dass akute Notsituationen gar nicht mehr auftreten müssen. Um eine Durchlässigkeit verschiedener Hilfen (Traumaambulanzen, Fachberatungsstellen, Psychotherapeut*innen, Selbsthilfegruppen etc.) zu gewährleisten, halten wir es für zielführend, wenn eine Vernetzung und Kooperation strukturell und verpflichtend vorgeschrieben ist. Hier kämen auch die in § 39 SGB XIV vorgesehenen Kooperationsvereinbarungen in Betracht, in denen vorgesehen ist, dass Landesversorgungsämter mit z.B. Fachberatungsstellen feste Kooperationen eingehen.

Bundesverband Frauenberatungsstellen und Frauennotrufe | Frauen gegen Gewalt e.V.
Federal Association of Women's Counselling and Rape Crisis Centres (bff)

STELLUNGNAHME

zum

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)

Berlin, 30.06.2022

Hintergrund:

Im bff: Bundesverband Frauenberatungsstellen und Frauennotrufe sind aktuell 210 ambulante Fachberatungsstellen aus dem gesamten Bundesgebiet zusammengeschlossen. Diese unterstützen und beraten Frauen und Mädchen, die von sexualisierter, körperlicher, psychischer oder digitaler Gewalt betroffen sind. Häufig handelt es sich um Gewalt im sozialen Nahraum, z.B. in (Ex)Partnerschaften. Die Beratung ist kostenfrei und kann auf Wunsch auch anonym erfolgen. Die Fachberatungsstellen bieten durch niedrigschwellige Angebote psychosoziale Hilfestellung für die Bewältigung der Gewalterfahrungen an. Sie klären über rechtliche Möglichkeiten auf und unterstützen – auf Wunsch der Betroffenen – auch bei der Antragstellung nach OEG. Die Fachberatungsstellen qualifizieren zudem unterschiedliche Fachkräfte zu geschlechtsspezifischer Gewalt.

Der bff bedankt sich für die Möglichkeit zur Stellungnahme zum Entwurf der Traumaambulanz-Verordnung. Wir begrüßen das Ziel der Bestimmung bundeseinheitlicher Qualitätsstandards für Traumaambulanzen und hoffen, dass dies zu einer Verbesserung der Unterstützung für gewaltbetroffene Frauen und Mädchen führt.

Im Folgenden nehmen wir Stellung zu einzelnen Aspekten der TAV, zu denen wir noch Änderungen anregen möchten. Außerdem führen wir einige Punkte aus, die aus Sicht der Praxis der Fachberatungsstellen bei der weiteren Umsetzung der Reform des OEG/SER in der Praxis und dem Aufbau einer flächendeckenden Versorgung mit Traumaambulanzen zu beachten sind.

I. Zum Entwurf der Traumaambulanz-Verordnung

§ 2 Antrag, Leistungserbringung durch die Traumaambulanz

Nach einer Gewalttat oder in einer Situation einer akuten psychischen Belastung in Folge länger zurückliegender Ereignisse benötigen Betroffene bedarfsgerechte Unterstützung. Für viele Betroffene ist das Stellen eines Antrages in dieser Situation eine zusätzliche Belastung, für manche auch eine solche Überforderung, dass sie die

Hilfe nicht in Anspruch nehmen (können). Wir regen an, dass die Antragstellung nicht nach der zweiten Sitzung erfolgen muss, sondern frühestens nach der fünften Sitzung. Zudem sollte es möglich sein, dass diese erste Antragstellung beschränkt ist auf wenige Angaben, die für die Gewährung von Leistungen der Traumaambulanz unerlässlich sind. Dies gibt akut belasteten Betroffenen Zeit, um sich eventuell später in Ruhe für das Stellen eines ausführlichen Antrages nach OEG/SER bzw. das Nachreichen von Angaben zu entscheiden.

Der bff regt zudem an, dass die Erhöhung der Dauer der Sitzung auf 75 Minuten auch für Menschen mit kognitiven und schweren psychischen Beeinträchtigungen möglich sein sollte, ebenso bei den in § 5 Abs. 5 benannten komplexen Fällen.

§ 3 und § 4 Qualitätsanforderungen bei Behandlung von Erwachsenen und Qualitätsanforderungen bei Behandlung von Kindern und Jugendlichen

Der bff begrüßt sehr, dass hier Qualitätsanforderungen für die Behandlung festgelegt werden. Eine traumaspezifische Qualifikation ist eine wesentliche Voraussetzung – jedoch nicht ausreichend bei der Behandlung von Betroffenen geschlechtsspezifischer Gewalt.

In § 4 wird anerkannt, dass für die Behandlung von Kindern und Jugendlichen, die Opfer sexualisierter Gewalt wurden, eine spezifische Qualifikation bzw. „fundierte Kenntnisse über sexuelle Gewalt im Kindes- und Jugendalter“ erforderlich sind.

Allerdings gibt es viele Betroffene von sexualisierter Gewalt in Kindheit und Jugend, die als Erwachsene erstmals oder wiederholt wegen der psychischen und psychosozialen Folgen der Gewalt Unterstützung suchen. Auch sie benötigen spezifisch qualifizierte Ansprechpartner*innen. Der bff regt an, dass die in § 4 Abs. 3 festgelegten Qualifikationen zum Thema sexualisierte Gewalt in ähnlicher Form in § 3 für die Behandlung von Erwachsenen übernommen wird.

Der bff hält es zudem für unerlässlich, dass in allen Traumaambulanzen auch Kenntnisse zu weiteren Formen geschlechtsspezifischer Gewalt im Erwachsenenalter vorhanden sind. Als ein Ziel der Reform des OEG/SER wurde in der Gesetzesbegründung zum SGB XIV benannt, Betroffenen sexualisierter und psychischer Gewalt inklusive Formen häuslicher Gewalt wie schwerwiegendes Stalking und Bedrohung den Zugang zu Leistungen zu ermöglichen bzw. zu erleichtern.

In Bezug auf die Traumambulanzen wird dies nur gelingen, wenn dort auch entsprechend qualifiziertes Personal vorgehalten wird. Sexualisierte, psychische sowie häusliche Gewalt betreffen weit überwiegend Frauen. Es gibt spezifische Gewaltdynamiken und Folgen der Gewalt und diese Gewalt darf nicht zum individuellen (Gesundheits-)Problem reduziert, sondern muss immer auch im gesellschaftlichen Kontext verstanden werden. Der bff regt daher an, in § 3 und § 4 Qualitätsanforderungen zum Thema geschlechtsspezifische Gewalt festzulegen.
Als problematisch sehen wir zudem die Ausnahmeregelungen in § 3 Abs. 3 und § 4 Abs. 4 an. Der bff erkennt an, dass der Ausbau von Traumaambulanzen zu einem flächendeckenden Netz mit guter Erreichbarkeit ein längerer Prozess ist und vor allem im ländlichen Raum eine Herausforderung darstellt. Jedoch kann das Ziel einer bundeseinheitlich hohen Qualität der Behandlung in der Traumaambulanz nur erreicht werden, wenn die zu erfüllenden Qualitätskriterien tatsächlich verbindlich sind. Die o.g. Ausnahmeregelungen ermöglichen bereits mit der Begründung einer „nicht ausreichenden Versorgung mit Traumaambulanzen“ das Abweichen von den Anforderungen. Die Qualität der Behandlung darf aber nicht vom Wohnort abhängen. Der bff regt hier an, die Ausnahmeregelungen deutlich restriktiver zu gestalten oder ganz zu streichen.

Supervision

Der Entwurf der TAV vom 07.10.2021 enthielt den § 7 Supervision. Dieser Paragraf wurde im vorliegenden überarbeiteten Entwurf vom 19.05.2022 gestrichen. Unserer Erfahrung nach ist regelmäßige Supervision unerlässlich in diesem Themenfeld. Die Konfrontation mit Gewalt gegen Frauen und Kinder und ihren Folgen kann eigene Verletzlichkeit der professionellen Unterstützer*innen berühren, Gewaltdynamiken der Klient*innen können zu schwierigen Teamdynamiken führen oder auch zur Überforderung. Damit dies schon bei den ersten Anzeichen erkannt und wirksam begegnet werden kann, ist regelmäßige Supervision unerlässlich. Dies dient der Sicherung der Qualität der Arbeit. Der bff regt an, den § 7 der Fassung vom 07.10.2021 wieder aufzunehmen.

§ 8 Anzahl an Traumaambulanzen

Der bff begrüßt, dass im Vergleich zum vorherigen Entwurf nun die zumutbare Fahrtzeit auf eine Stunde verkürzt wurde. Jedoch sehen wir auch hier die Gefahr, dass mit Absatz 3 eine leicht anwendbare Ausnahmeregelung zur Verfügung steht, die dem Ziel bundeseinheitlicher Qualitätskriterien zuwiderläuft.

Der bff begrüßt die in der Begründung zu § 8 aufgeführten Möglichkeiten, den Zugang zu erleichtern, z.B. Taxigutscheine und die Möglichkeit, eine nähergelegene Traumaambulanz in einem benachbarten Bundesland aufzusuchen. Aus Modellprojekten und Erfahrungen von Fachberatungsstellen in ländlichen Regionen heraus ist zudem sehr das ebenfalls genannte Modell der mobilen Traumaambulanz zu unterstützen in dem Sinne, dass die Fachkräfte bei Bedarf Beratung vor Ort anbieten, z. B. in Räumlichkeiten kooperierender Beratungsstellen oder anderer sozialer Einrichtungen. Hier ist jedoch zu berücksichtigen, dass dies für die Fachkräfte einen deutlich erhöhten Zeit- und Organisationsaufwand bedeutet, der sich in der Finanzierung dieser Fälle widerspiegeln muss.

§ 9 Erreichbarkeit

Der bff begrüßt, dass grundlegende Informationen barrierefrei vorgehalten werden sollen. Der bff regt darüber hinaus an, in § 9 Abs. 2 einzufügen, dass auf der Website grundlegende Informationen in mehreren Sprachen zur Verfügung stehen müssen und auf die Möglichkeit der Beratung mit Dolmetscher*innen hingewiesen wird.

§ 12 Vernetzung

Aus Sicht des bff ist eine interdisziplinäre Vernetzung der Traumaambulanzen mit dem regionalen Unterstützungssystem für Betroffene geschlechtsspezifischer Gewalt zwingend erforderlich. Der bff begrüßt daher, dass die Vernetzung von Traumaambulanzen mit örtlich ansässigen Organisationen und Leistungserbringern vorgesehen ist.

Viele Mitgliedseinrichtungen des bff aus verschiedenen Bundesländern berichten aktuell von fehlender bzw. unzureichender Vernetzung. Anderenorts ist die gute Vernetzung nur dem Engagement einzelner Akteur*innen zu verdanken. Eine

strukturelle Vernetzung und Kooperation ist noch eher die Ausnahme. Beispielhaft sei hier das Ergebnis einer aktuellen Umfrage aus Niedersachsen angeführt. Die Bestandsaufnahme der Koordinierungsstelle der niedersächsischen Frauen- und Mädchenberatungsstellen [1] ergab, dass von den 68 in einer Befragung antwortentenden Fachberatungsstellen, Frauenhäuser und BISS (Beratungs- und Interventionsstellen bei häuslicher Gewalt) weniger als ein Drittel eine Vernetzung bzw. Kontakt zu den Traumaambulanzen haben. Als Kritikpunkte wurden von einigen Einrichtungen beispielhaft benannt: Überlastung einzelner Traumaambulanzen, komplizierte Wege, hohe Personalfluktuation und dadurch eine sich ständig ändernde Versorgungssituation, teilweise auch zu geringe Sensibilität der Mitarbeiter*innen. „Insgesamt gibt es laut den Expert*inneninterviews keine institutionelle Vernetzung/ Kooperation mit den lokalen Traumaambulanzen, sondern ein Austausch besteht primär durch engagierte Einzelpersonen (Ärzt*innen oder Therapeut*innen) in den Kliniken oder auch durch ein Treffen in anderen Netzwerken/Arbeitskreisen.“ (ebenda, S. 79).

Daher ist eine solche Vernetzung mit Fachberatungsstellen und anderen Unterstützungseinrichtungen verbindlich auszugestalten und unbedingt darauf hinzuwirken, dass in allen Bundesländern Vernetzungsstrukturen aufgebaut werden. Dafür können Kooperationsvereinbarungen nach § 39 SGB XIV mit den regionalen Fachberatungsstellen, die zu geschlechtsspezifischer Gewalt beraten, abgeschlossen werden, um die strukturelle und verbindliche Zusammenarbeit zu sichern. Entsprechende Sach- und Geldmittel sind für die Fachberatungsstellen zur Verfügung zu stellen.

Schwerpunkt der Fachberatungsstellen ist die wohnortnahe psychosoziale Unterstützung gewaltbetroffener Frauen und Mädchen. Sie richten sich an Angehörige „besonders schutzbedürftiger Personengruppen“ (§ 39 SGB XIV), z.B. Betroffene sexualisierter und häuslicher Gewalt.

---

[1] Koordinierungsstelle der nds. Frauen- und Mädchenberatungsstellen gegen Gewalt (2022) (Hrsg.). Versorgungs- und Vernetzungssituation der Fachberatungsstellen im Kontext von (sexualisierter) Gewalt an Frauen* und Mädchen* in Niedersachsen – Eine Bestandsaufnahme. LKS_Bestandsaufnahme-Versorgungs-und-Vernetzungssituation-der-Fachberatungsstellen-im-Kontext-von-sexualisierter-Gewalt-an-Frauen-und-Maedchen-in-Niedersachsen.pdf (lks-niedersachsen.de)

Der gesetzliche Auftrag der Traumaambulanzen ist eng begrenzt auf die Abklärung der psychotherapeutischen Behandlungsbedürftigkeit, (medizinische) Diagnostik und psychotherapeutische Frühintervention. Fachberatungsstellen decken ein anderes, breites Spektrum der Unterstützung ab und richten sich nach den individuellen Bedürfnissen der Klient*innen. Zudem gibt es in den Fachberatungsstellen viel Erfahrung auch mit komplexen Fällen geschlechtsspezifischer Gewalt mit längerfristigen vielfältigem Unterstützungsbedarf.
Die Angebote ergänzen sich und können viele Synergieeffekte entfalten – allerdings nur, wenn es nicht zur Konkurrenz, z.B. um knappe finanzielle Ressourcen, kommt.

§ 14 Übergangsregelungen

Der bff befürchtet, dass keine bundeseinheitlich für alle Traumaambulanzen verbindlichen Qualitätskriterien erreicht werden, wenn die Übergangsregelung nicht zeitlich befristet ist.

II. Notwendige begleitende Maßnahmen zur Umsetzung des SER aus Sicht des bff

Bisher werden viele Betroffene von häuslicher und sexualisierter Gewalt vom spezialisierten Hilfesystem nicht erreicht. Viele Betroffene sind zudem faktisch von Leistungen nach dem OEG ausgeschlossen, da die Hürden zu hoch sind. Das soll sich mit dem neuen Sozialen Entschädigungsrecht ändern.
Die Folgen von Gewalt können sehr unterschiedlich für die Betroffenen sein, ebenso ihre Möglichkeiten, sich Unterstützung zu holen. Bedarfsgerechte Hilfe muss also vielfältige Möglichkeiten bereitstellen und flächendeckend niedrigschwellig zur Verfügung stehen.
Die spezifischen Angebote der Traumaambulanz können in diesem Spektrum ein weiterer wichtiger Baustein sein als Angebot für Frauen, die in Folge der Gewalt Traumafolgestörungen entwickeln und entsprechend qualifizierte psychotherapeutische Intervention und Behandlung brauchen und in Anspruch

nehmen möchten.

Damit die Reform des OEG/SER jedoch insgesamt eine spürbare Verbesserung der Unterstützung gewaltbetroffener Menschen bringen kann, ist dringend ein Ausbau des Unterstützungssystems erforderlich, so z.B. bei den Ressourcen für Fachberatungsstellen und deren Aufgaben der Beratung, Begleitung, Qualifizierung und Vernetzung. Gewalt im sozialen Nahraum (häusliche und sexualisierte Gewalt) sind oft Wiederholungstaten und sie haben ein hohes Risiko für die Ausbildung von Traumafolgestörungen sowie psychosozialer Probleme. Psychotherapeutische Frühintervention in einer Traumaambulanz kann eine wertvolle Unterstützung sein, jedoch reichen die hierfür vorgesehenen maximal 15 Stunden oft nicht aus. Die danach vorgesehene Weitervermittlung an „Angebote außerhalb der Traumaambulanz“ (§ 35 SGB XIV) ist aber wegen der nicht bedarfsgerechten Versorgungssituation derzeit nur eingeschränkt möglich. Um die Versorgung zu verbessern, ist ein bedarfsdeckender Ausbau von Fachberatungsstellen notwendig. Zugleich braucht es freie Behandlungsplätze bei ambulanten traumatherapeutisch ausgebildeten Psychotherapeut*innen, die mit den gesetzlichen Krankenkassen abrechnen können. Dies bedeutet ansonsten: Es kann zwar eine Diagnostik und psychotherapeutische Intervention erfolgen – dann jedoch fehlen die weiterführenden Möglichkeiten. Aus der Praxis sind dem bff in manchen Regionen Wartezeiten von 6-12 Monaten bekannt oder Therapeut*innen haben geschlossene Wartelisten, d.h. auf absehbare Zeit gar keinen freien Platz. Dies bedeutet für Hilfesuchende viele vergebliche Anfragen und frustrierende Erfahrungen. Auch hier müssen Fachberatungsstellen häufig eine große Lücke schließen.

Für komplex traumatisierte Frauen mit hohem Hilfebedarf sind die Hürden im Regelhilfesystem oft zu hoch. Die Traumaambulanzen können ein wichtiger Baustein sein – insbesondere weil Fahrt- und Betreuungskosten übernommen werden und das Angebot auch Menschen offen steht, bei denen „ein mehr als zwölf Monate zurückliegendes schädigendes Ereignis zu einer akuten psychischen Belastung geführt hat“ (§ 33 SGB XIV). Viele komplex traumatisierte Frauen haben mehrfach und/ oder über einen längeren Zeitraum Gewalt in ihrem Leben erfahren, so z.B. sexualisierte Gewalt in der Kindheit und Gewalt in der Partnerschaft als Erwachsene. Es ist zur Bewältigung dieser Erfahrungen oft eine langfristige stabile Unterstützung notwendig

bzw. hilfreich, in der es immer wieder zu akuten psychischen Belastungen und Krisen kommen kann. Folglich wird es Frauen geben, die die Unterstützung der Traumaambulanz wiederholt benötigen; dem muss in der Rechtspraxis Rechnung getragen werden.

Entscheidend wird auch sein, ob es gelingt, in der Praxis die Verfahren nach dem Stellen eines OEG/SER-Antrages insgesamt betroffenensensibler zu gestalten. Hier ist – so zeigen die Erfahrungen der bff-Fachberatungsstellen – noch viel zu tun!

Weitere Informationen/ Ansprechpartnerin: Claudia Igney
Petersburger Straße 94 | 10247 Berlin
t: +49(0)30 32299500 | f: +49(0)30 32299501
igney@bv-bff.de | www.frauen-gegen-gewalt.de

Stellungnahme

Referentenentwurf des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales einer Verordnung über die von den Traumaambulanzen in der Sozialen Entschädigung zu erfüllenden Qualitätskriterien und wahrzunehmenden Aufgaben (Traumaambulanz-Verordnung – TAV)

Stand: 15. Mai 2022

5. Juli 2022

BPtK
Klosterstraße 64, 10179 Berlin
Tel.: 030. 278 785 - 0
Fax: 030. 278 785 - 44
info@bptk.de
www.bptk.de

Inhaltsverzeichnis

1. Zusammenfassung 3
- Zumutbare Wegzeiten verkürzen 3
- Videobehandlungen ermöglichen 4
- Einbezug von Versorgungsverbünden zur ambulanten Komplexversorgung ... 4
- Leistungserbringung am Wohnort explizit verankern 5
- Absenken der Qualifikationsanforderungen nur Ultima Ratio 5
- Behandlungen ab der Hälfte der Weiterbildungszeit 6

2. Die Änderungsvorschläge im Einzelnen 6
2.1. Videobehandlungen ermöglichen (§ 2) 6
2.2. Kostenübernahme für die ersten beiden Sitzungen (§ 2 Absatz 1) 8
2.3. Leistungserbringung am Wohnort explizit verankern (§ 2) 8
2.4. Anforderungen an Fortbildung (§§ 3 und 4) 9
2.5. Behandlung durch Personen in Aus- und Weiterbildung (§ 5) 15
2.6. Leistungserbringung durch Externe (§ 7) 16
2.7. Anzahl an Traumaambulanzen (§ 8) 18
2.8. Vernetzung (§ 12) 20
2.9. Abrechnungsverfahren und Vergütung (§ 13) 21

1. Zusammenfassung

Die Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK) begrüßt die mit dem Entwurf für eine Traumaambulanz-Verordnung verfolgten Ziele, eine bundeseinheitlich hohe Qualität der Behandlung in Traumaambulanzen sicherzustellen, indem hohe Anforderungen an die Qualifikation der Mitarbeiter*innen gestellt werden. Auch das ausgewiesene Ziel, flächendeckend ausreichende Angebote aufzubauen und damit lange Fahrtwege für Betroffene von Gewalt zu vermeiden, wird ausdrücklich begrüßt. Insbesondere die Vorgabe, dass Leistungsberechtigte innerhalb von fünf Werktagen nach ihrer Kontaktaufnahme einen ersten Termin erhalten sollen, sowie die Verpflichtung zur Vernetzung mit anderen Hilfe- und Unterstützungsangeboten können dazu beitragen, dass Opfer von Gewalttaten einen niedrigschwelligen Zugang zu einer qualitativ hochwertigen Versorgung erhalten. Die BPtK begrüßt insbesondere auch das Ziel der Verordnung, dass es ausreichende Angebote gibt, die speziell den Bedürfnissen von Kindern und Jugendlichen Rechnung tragen.

Insbesondere jedoch hinsichtlich der Ziele, flächendeckend ausreichende Angebote aufzubauen und lange Anfahrtswege für Betroffene von Gewalt zu vermeiden, sieht die BPtK in dem vorliegenden Entwurf Änderungs- und Ergänzungsbedarf:

- Zumutbare Wegzeiten verkürzen

Die BPtK sieht die Notwendigkeit, die zumutbare Fahrzeit, innerhalb derer eine Traumaambulanz erreicht werden kann, von den vorgeschlagenen 60 Minuten auf 45 Minuten abzusenken. Die BPtK begrüßt zwar die Absenkung um 30 Minuten im Vergleich zum ersten Entwurf für eine Traumaambulanz-Verordnung vom 7. Oktober 2021, verweist jedoch auf wissenschaftliche Analysen, die zeigen, dass Patient*innen Wegzeiten von mehr als 45 Minuten zu Fachärzt*innen für nicht mehr akzeptabel halten. Dieser Wert stellt die obere Grenze dar, ab der Patient*innen die Wegstrecke nicht mehr auf sich nehmen wollen würden. Um zu vermeiden, dass Betroffene die Leistungen einer Traumaambulanz nicht aufsuchen, weil sie nicht in der Lage sind, die Wegstrecke zurückzulegen, sollte die maximal zumutbare Fahrzeit vom Wohnort bis zur Traumaambulanz 45 Minuten betragen.

Der Verordnungsentwurf sieht Regelungen vor, die sicherstellen sollen, dass Betroffene von Gewalt flächendeckend – das heißt auch in dünn besiedelten und ländlichen Regionen – Zugang zur Versorgung in Traumaambulanzen haben können. Hierzu zählen eine ausnahmsweise zeitlich befristete Absenkung der Anforderungen an die Qualifikation der

Psychotherapeut*innen und Ärzt*innen, die Möglichkeit, externe Leistungserbringer*innen heranzuziehen, sowie die Option, die Leistungen direkt am Wohnort der* Betroffenen zu erbringen. Die darüber hinaus vorgesehene Regelung, wonach auch Fahrzeiten bis 90 Minuten möglich sind, wenn andernfalls die Versorgung durch Traumaambulanzen nicht sichergestellt werden kann, lehnt die BPtK ab, da sie das ausgewiesene Ziel der Verordnung konterkariert, allen Betroffenen von Gewalt – unabhängig von deren Wohnort – die Möglichkeit einer Versorgung in Traumaambulanzen ohne lange Fahrtwege zu ermöglichen. Die Regelung sollte daher gestrichen werden.

- ## Videobehandlungen ermöglichen

Videobehandlungen stellen eine wichtige Ergänzung der psychotherapeutischen Versorgung dar. Sie eignen sich insbesondere dafür, die Behandlungskontinuität für Menschen zu verbessern, für die das regelmäßige Aufsuchen einer Traumaambulanz mit großen Hürden verbunden ist. Für die Behandlung gesetzlich Versicherter wurden daher in den vergangenen Jahren weitreichende Regelungen getroffen, die psychotherapeutische Behandlungen per Video ermöglichen. Die BPtK schlägt vor, diese Chancen der Digitalisierung auch für eine Verbesserung der psychotherapeutischen Versorgung durch Traumaambulanzen zu nutzen. Eine psychotherapeutische Behandlung beruht immer auf fachlichen Standards, die sicherstellen, dass eine vertrauensvolle Beziehung zwischen Patient*in und Psychotherapeut*in hergestellt und eine erfolgversprechende Behandlung durchgeführt werden kann. Dazu gehört unter anderem, dass Diagnostik, Indikationsstellung und Aufklärung im unmittelbaren persönlichen Kontakt durchgeführt werden müssen. Anschließend können, in Abhängigkeit von der spezifischen Indikation und den Lebensumständen der Patient*in, einzelne psychotherapeutische Sitzungen oder auch die gesamte weitere Behandlung per Video durchgeführt werden.

- ## Einbezug von Versorgungsverbünden zur ambulanten Komplexversorgung

Die BPtK sieht Änderungsbedarf bei dem Einbezug externer Leistungserbringer*innen. Ziel sollte es sein, leistungsberechtigten Personen flächendeckend und zeitnah ein Versorgungsangebot nach dem Sozialen Entschädigungsrecht machen zu können. Dies ist insbesondere in dünn besiedelten Regionen, in denen bereits heute ein ausgeprägter Fachkräftemangel im Gesundheitswesen besteht, durch die vorliegenden Vorgaben zum Einbezug externer Leistungserbringer*innen nicht in ausreichendem Maße sichergestellt. Die BPtK schlägt daher vor, dass externe Psychotherapeut*innen und Ärzt*innen grundsätzlich Leistungen der Traumaambulanz erbringen können sollten, wenn sie im Rahmen

eines Netzverbundes zur ambulanten Komplexversorgung von Patient*innen mit schweren psychischen Erkrankungen gemäß § 92 Absatz 6b SGB V mit einer Traumaambulanz kooperieren.

- Leistungserbringung am Wohnort explizit verankern

Die BPtK begrüßt, dass Traumaambulanzen die Möglichkeit erhalten, Leistungen direkt am Wohnort der Leistungsberechtigten zu erbringen (sogenannte mobile Traumaambulanzen). Damit kann eine Behandlung auch in dünn besiedelten Regionen erfolgen, in denen die nächste Traumaambulanz nicht innerhalb der zumutbaren Fahrzeit erreichbar ist oder wenn ausnahmsweise kein barrierefreier Zugang zur Ambulanz besteht. Aus Sicht der BPtK wäre es wünschenswert, diese Möglichkeit nicht nur in der Begründung zu § 8, sondern in der Verordnung selbst zu verankern. Darüber hinaus sollte explizit geregelt werden, dass die Durchführung von Behandlungen direkt am Wohnort der Betroffenen auch möglich ist, sofern es aus therapeutischen Gründen geboten ist oder es den Betroffenen krankheitsbedingt nicht möglich ist, eine Traumaambulanz aufzusuchen. Die BPtK hält es außerdem für notwendig, in den Vergütungsregelungen die Mehraufwände, die sich durch die Leistungserbringung am Wohnort der Betroffenen ergeben, explizit aufzuführen.

- Absenken der Qualifikationsanforderungen nur Ultima Ratio

Die BPtK begrüßt die hohen Anforderungen an die Qualifikation der Ärzt*innen und Psychotherapeut*innen in den Traumaambulanzen, wonach der Facharztstandard sichergestellt sein muss und zusätzlich eine traumaspezifische Qualifikation vorliegen muss. Vorgesehen ist, dass diese traumaspezifische Qualifikation für die Dauer der Vertragslaufzeit der Traumaambulanzen entfallen kann, wenn die Versorgung mit ausreichend Traumaambulanzen andernfalls nicht sichergestellt werden kann. Die BPtK begrüßt das Ziel, die Versorgung mit Traumaambulanzen flächendeckend zu ermöglichen, und erkennt an, dass es hierfür mancherorts vorübergehend notwendig sein kann, die geforderten Qualitätsstandards abzusenken. Die BPtK schlägt jedoch vor, die Zeit, in der Patient*innen zum Beispiel in ländlichen Regionen durch Leistungserbringer*innen versorgt werden dürfen, die keine traumaspezifische Qualifikation vorweisen können, so kurz wie möglich zu halten. Die BPtK sieht ein Jahr als ausreichend an, um den Ärzt*innen und Psychotherapeut*innen in den Traumaambulanzen die Möglichkeit zu geben, sich entsprechend fortzubilden. Traumaambulanzen sollten diese Fortbildungen finanziell und durch entsprechende Freistellungen fördern.

- Behandlungen ab der Hälfte der Weiterbildungszeit

Die BPtK begrüßt die Regelung, wonach in Traumaambulanzen Behandlungen auch von Ärzt*innen und Psychotherapeut*innen in Weiterbildung sowie Psychotherapeut*innen in Ausbildung durchgeführt werden können. Damit besteht die Möglichkeit, langfristig ausreichend qualifiziertes Personal für die Traumaambulanzen zu gewinnen und eine flächendeckende Versorgung mit Traumaambulanzen zu ermöglichen. Gleichzeitig begrüßt die BPtK, dass Ärzt*innen und Psychotherapeut*innen erst mit fortgeschrittener Aus- bzw. Weiterbildung in Traumaambulanzen tätig werden können, um eine ausreichende Qualität der Behandlung sicherzustellen. Aus Sicht der BPtK reicht es jedoch aus, dass Ärzt*innen und Psychotherapeut*innen in Weiterbildung mindestens die Hälfte ihrer Weiterbildungszeit absolviert haben müssen. Durch die Vorgaben, dass in der Weiterbildung Behandlungen nur unter Anleitung und Aufsicht einer fachkundigen Approbierten* erfolgen dürfen und die Regelung in der Verordnung, dass Ärzt*innen und Psychotherapeut*innen in Weiterbildung bzw. Psychotherapeut*innen in Ausbildung keine komplexen Fälle behandeln dürfen, ist die Qualität der Behandlung ausreichend gesichert.

Darüber hinaus schlägt die BPtK zusätzlich Klarstellungen bei den Vorgaben zur Qualifikation der Mitarbeiter*innen, zur Vernetzung sowie zur Vergütung vor. Die Änderungsvorschläge werden im Folgenden detailliert ausgeführt.

2. Die Änderungsvorschläge im Einzelnen

2.1. Videobehandlungen ermöglichen (§ 2)

Videobehandlungen stellen eine wichtige Ergänzung der psychotherapeutischen Versorgung dar. Sie eignen sich insbesondere dafür, die Behandlungskontinuität für Menschen zu verbessern, für die das regelmäßige Aufsuchen einer Praxis oder Traumaambulanz mit großen Hürden verbunden ist. Sie können beispielsweise für Menschen mit chronischen körperlichen Erkrankungen oder Menschen, die aufgrund ihrer Arbeit viel reisen müssen, Wege zur Praxis ersparen oder machen es möglich, überhaupt regelmäßig Behandlungstermine wahrzunehmen. Sowohl für die Behandlung gesetzlich als auch privat Versicherter wurden daher in den vergangenen Jahren weitreichende Regelungen getroffen, die psychotherapeutische Behandlungen per Video ermöglichen. Die BPtK schlägt daher vor, diese Chancen der Digitalisierung auch für eine Verbesserung der psychotherapeutischen Versorgung durch Traumaambulanzen zu nutzen und eine entsprechende Regelung in der Traumaambulanz-Verordnung aufzunehmen.

Vor jeder psychotherapeutischen Behandlung muss eine Abklärung der psychischen Beschwerden erfolgen. Die Diagnostik ist die Grundlage für die Behandlung, die eine Psychotherapeut*in ihrer Patient*in empfiehlt. Psychotherapeut*innen haben die Pflicht, sich ein eigenes Bild zu machen und alle Mittel der Diagnostik und Erkenntnisquellen auszuschöpfen, die nach dem Stand der Wissenschaft zur Verfügung stehen. Diagnostik und Indikationsstellung müssen daher im unmittelbaren persönlichen Kontakt erfolgen. Nur so kann sichergestellt werden, dass eine Behandlung per Video für die einzelne Patient*in kein Risiko birgt. Anschließend kann, in Abhängigkeit der Lebensumstände und der Symptomatik der Patient*in, eine Behandlung oder einzelne psychotherapeutische Sitzungen per Video durchgeführt werden.

Um die Chancen der Digitalisierung auch für die psychotherapeutische Versorgung durch Traumaambulanzen zu nutzen, ohne die Patientensicherheit zu gefährden, bietet es sich aus Sicht der BPtK an, für Sitzungen nach § 34 Absatz 2 SGB XIV, die der Abklärung der psychotherapeutischen Behandlungsbedürftigkeit, der Durchführung der Diagnostik und erforderlicher Akutmaßnahmen dienen, den unmittelbaren Kontakt zwischen Leistungsberechtigt*er und Psychotherapeut*in vorzusehen. Für die anschließenden psychotherapeutischen Sitzungen nach § 34 Absatz 3 SGB XIV sollte dagegen die Möglichkeit geschaffen werden, diese entsprechend der individuellen Situation der Patient*in auch per Video durchzuführen.

Daher schlägt die BPtK vor, in § 2 einen neuen Absatz 4 zu ergänzen:

Ergänzungsvorschlag § 2 Absatz 4 (neu)

§ 2
Antrag, Leistungserbringung durch die Traumaambulanz

(…)

(4) Psychotherapeutische Leistungen nach § 34 Absatz 3 SGB XIV können mittels Videokommunikation erbracht werden, wenn die Leistung nicht den unmittelbaren persönlichen Kontakt erforderlich macht. Die Entscheidung zur Durchführung einer psychotherapeutischen Leistung mittels Videokommunikation erfolgt gemeinsam durch den Leistungsberechtigten und den Psychotherapeuten oder die Psychotherapeutin unter Berücksichtigung des individuellen Krankheitsgeschehens und der Lebensumstände des Leistungsberechtigten.

2.2. Kostenübernahme für die ersten beiden Sitzungen (§ 2 Absatz 1)

In § 2 Absatz 1 Satz 4 wird darauf verwiesen, dass die Vorschrift des § 11 Absatz 4 Satz 2 SGB XIV unberührt bleibt. In § 11 Absatz 4 Satz 2 wird klargestellt, dass die Inanspruchnahme der ersten beiden Sitzungen in der Traumaambulanz sowie die Kontaktaufnahme des Fallmanagements mit möglicherweise berechtigten Personen auch vor einer Antragstellung erbracht werden können.

Ergänzend sollte mit einem Hinweis auf § 11 Absatz 5 SGB XIV klargestellt werden, dass die Kosten für die ersten beiden Sitzungen in einer Traumaambulanz auch dann anfallen und von der zuständigen Behörde zu erstatten sind, wenn sich im Laufe der Diagnostik ergibt, dass ein Anspruch nach dem SGB XIV in Wirklichkeit nicht besteht.

Daher schlägt die BPtK in § 2 Absatz 1 Satz 4 folgende Ergänzung vor:

Änderungsvorschlag § 2 Absatz 1 Satz 4

§ 2
Antrag, Leistungserbringung durch die Traumaambulanz

(1) (…) § 11 Absatz 4 Satz 2 **und Absatz 5** des Vierzehnten Buches Sozialgesetzbuch **bleiben** unberührt.

2.3. Leistungserbringung am Wohnort explizit verankern (§ 2)

Die BPtK begrüßt, dass Traumaambulanzen die Möglichkeit erhalten, ihre Leistungen direkt am Wohnort der Leistungsberechtigten zu erbringen (sogenannte mobile Traumaambulanzen). Damit kann der Leistungsanspruch auch in dünn besiedelten Gegenden erfüllt werden, in denen die Anfahrtswege zur nächsten Traumaambulanz die zumutbare Fahrzeit überschreiten. Mobile Traumaambulanzen sind auch dann hilfreich, wenn ausnahmsweise kein barrierefreier Zugang zu einer Traumaambulanz besteht, die Leistungsberechtigten jedoch darauf angewiesen sind.

Aus Sicht der BPtK wäre es wünschenswert, die Möglichkeit mobiler Traumaambulanzen nicht nur in der Begründung zu § 8, sondern im Verordnungstext selbst zu verankern. Darüber hinaus sollte explizit geregelt werden, dass die Durchführung aufsuchender Behandlungen möglich ist, sofern es aus therapeutischen Gründen geboten ist oder es der Betroffenen* krankheitsbedingt nicht möglich ist, eine Traumaambulanz aufzusuchen.

Die BPtK schlägt daher folgende Ergänzung in § 2 vor:

Ergänzungsvorschlag zu § 2 Absatz 5 (neu)

§ 2
Antrag, Leistungserbringung durch die Traumaambulanz

(…)

(5) Die Leistung kann am Wohnort der oder des Leistungsberechtigten in Anspruch genommen werden, wenn für die oder den Leistungsberechtigten eine Traumaambulanz innerhalb der zumutbaren Fahrzeit nach § 8 nicht erreichbar ist, kein für die oder den Leistungsberechtigten notwendiger, barrierefreier Zugang zur Ambulanz besteht oder andere therapeutische oder krankheitsbedingte Gründe eine Leistungserbringung am Wohnort der oder des Leistungsberechtigten notwendig machen.

2.4. Anforderungen an Fortbildung (§§ 3 und 4)

- **Absenken der Qualifikationsanforderungen nur Ultima Ratio**

Die BPtK begrüßt grundsätzlich die Vorgaben, die in der Traumaambulanz-Verordnung zu den Anforderungen, die an die Qualifikation der Leistungserbringer*innen gestellt werden, gemacht werden. Kritisch sieht die BPtK aber die Vorgabe in § 3 Absatz 3 sowie § 4 Absatz 4, wonach die geforderte traumaspezifische Qualifikation der Psychotherapeut*innen und Ärzt*innen, die in den Traumaambulanzen tätig sind, für die Dauer der Vertragslaufzeit der betreffenden Traumaambulanz entfallen kann, wenn die Versorgung mit ausreichend Traumaambulanzen andernfalls nicht sichergestellt werden kann. Die BPtK begrüßt zwar das Ziel, die Versorgung mit Traumaambulanzen flächendeckend zu ermöglichen, und erkennt an, dass es hierfür mancherorts vorübergehend notwendig sein kann, die geforderten Qualitätsstandards abzusenken. Dies sollte jedoch nur die Ultima Ratio sein und mit großer Vorsicht erfolgen. Die Vertragslaufzeit der Traumaambulanzen beträgt in aller Regel mehrere Jahre – in Bayern soll sie zum Beispiel drei Jahre nicht unterschreiten.[1] Eine jahrelange Absenkung der Qualitätsstandards hält die BPtK nicht für gerechtfertigt. Die Zeit, in der Patient*innen zum Beispiel in ländlichen und dünn besiedelten Regionen durch Leistungserbringer*innen versorgt werden dürfen, die keine traumaspezifische Qualifikation vorweisen können, sollte so kurz wie möglich gehalten werden. Aus Sicht der BPtK ist es ausreichend, dass die Möglichkeit besteht, dass die Mitarbeiter*innen die traumaspezifische Qualifikation innerhalb eines Jahres nach Aufnahme

[1] https://lasv.brandenburg.de/lasv/de/soziales/soziales-entschaedigungsrecht/traumaambulanzen-sofort-hilfe-fuer-gewaltopfer/traumaambulanzen-fuer-leistungserbringer/#

der Tätigkeit in der Traumaambulanz nachholen können (vgl. § 3 Absatz 2 Satz 3 sowie § 4 Absatz 2 Satz 3). Die BPtK schlägt daher vor, § 3 Absatz 3 sowie § 4 Absatz 4 zu streichen.

- **Berufsbezeichnung „Fachpsychotherapeut*in“ verwenden**

Durch das Psychotherapeutenausbildungsreformgesetz, das zum 1. September 2020 in Kraft getreten ist, kann nach einem fünfjährigen Studium die Approbation als Psychotherapeut*in erworben werden. Anschließend folgt eine Weiterbildung zur Fachpsychotherapeut*in. Damit werden zukünftig neben den Psychologischen Psychotherapeut*innen und den Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut*innen auch die Fachpsychotherapeut*innen für Erwachsene sowie die Fachpsychotherapeut*innen für Kinder und Jugendliche für die psychotherapeutische Versorgung zur Verfügung stehen. Die BPtK bittet darum, die neuen Berufsbezeichnungen „Fachpsychotherapeut*in für Erwachsene“ und „Fachpsychotherapeut*in für Kinder und Jugendliche“ entsprechend der Muster-Weiterbildungsordnung für Psychotherapeut*innen[2] in § 3 Absatz 1 Nummer 5 bzw. § 4 Absatz 1 Nummer 4 zu verwenden.

- **Psychotherapeutenausbildung berücksichtigen**

Des Weiteren regt die BPtK an, in § 3 Absatz 2 Satz 2 sowie in § 4 Absatz 2 Satz 2 zu ergänzen, dass der Nachweis der Teilnahme an einer traumaspezifischen Fortbildung nicht verpflichtend ist, wenn die genannten oder vergleichbaren Fortbildungsinhalte bereits Gegenstand nicht nur einer (Zusatz-)Weiterbildung, sondern auch einer postgradualen Ausbildung waren. Hintergrund ist, dass Psychologische Psychotherapeut*innen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut*innen zur Erreichung der Approbation mit Fachkunde nach dem Studium eine Ausbildung entsprechend der jeweiligen Ausbildungs- und Prüfungsverordnung absolviert haben.

- **Curriculum von Bundesärztekammer und BPtK auch für Kinder und Jugendliche**

In § 3 Absatz 2 sowie § 4 Absatz 2 wird festgelegt, dass Psychotherapeut*innen und Ärzt*innen in einer Traumaambulanz zusätzlich eine traumaspezifische Fortbildung absolviert haben müssen, die von der zuständigen Landespsychotherapeutenkammer oder Landesärztekammer zertifiziert worden ist. Diese Fortbildung muss bei der Behandlung von Erwachsenen zumindest den Inhalten der Module I und II des Curriculums „Psychotherapie der Traumafolgestörungen“, das gemeinsam von Bundesärztekammer und Bundespsychotherapeutenkammer herausgegeben worden ist, entsprechen (§ 3 Absatz 2 Punkte 1 und 2). Alternativ können entsprechend den Tragenden Gründen zu § 3 auch

[2] https://www.bptk.de/wp-content/uploads/2022/05/Muster-Weiterbildungsordnung_Psychotherapeut_innen-der-BPtK.pdf

andere Fortbildungen absolviert werden, sofern sie inhaltlich den genannten Anforderungen entsprechen, etwa den entsprechenden Modulen des Curriculums „Spezielle Psychotraumatherapie“ der Deutschsprachigen Gesellschaft für Psychotraumatologie.

Bei der entsprechenden Regelung für die Behandlung von Kindern und Jugendlichen in § 4 Absatz 2 wird jedoch lediglich auf das Curriculum „Spezielle Psychotraumatologie mit Kindern und Jugendlichen“ der Deutschsprachigen Gesellschaft für Psychotraumatologie verwiesen. Das Curriculum „Psychotherapie der Traumafolgestörungen“ fehlt hier, obwohl es sich explizit auch an Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut*innen und Fachärzt*innen für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie richtet. So ist im Vorwort zum Curriculum formuliert: „Das vorliegende Curriculum bietet eine an aktuellen Leitlinien zur Diagnostik und Behandlung von Posttraumatischen Belastungsstörungen und anderen Traumafolgestörungen orientierte Fortbildung für ärztliche Psychotherapeuten[3], Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten an, die es erlaubt, vorhandene Kenntnisse und Erfahrungen systematisch aufzufrischen und weiter zu vertiefen“.[4] Die BPtK schlägt daher vor, in § 4 Absatz 2 zu ergänzen, dass die Fortbildung entweder den Modulen VII und VIII des Curriculums nach Anlage 2 oder den Inhalten der Module I und II des Curriculums nach Anlage 1 entspricht.

- **Zertifizierung durch Psychotherapeutenkammern berücksichtigen**

Bezüglich der geforderten Fortbildung zum Thema sexualisierte Gewalt im Kindes- und Jugendalter und der Sicherstellung einer hohen Qualität dieser Fortbildung, regt die BPtK darüber hinaus an, in der Begründung zu § 4 Absatz 3 zu ergänzen, dass das Fortbildungszertifikat neben den Fortbildungsordnungen der Ärztekammern auch denen der Psychotherapeutenkammern genügen sollte, da auch Psychotherapeutenkammern Fortbildungen in diesem Bereich zertifizieren. Außerdem schlagen wir vor, statt des bisher vorgesehenen Verweises auf die Muster-Fortbildungsordnung der Bundesärztekammer auf die Fortbildungsordnungen der Landesärztekammern und der Landespsychotherapeutenkammern zu verweisen, da diese im Gegensatz zu den Muster-Fortbildungsordnungen der Bundeskammern rechtsverbindlichen Charakter haben. Die BPtK schlägt folgende Änderungen in § 3 und § 4 sowie in den Tragenden Gründen zu § 4 vor:

[3] Das schließt auch Fachärzt*innen für Kinder und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie ein [Anmerkung der Verfasserin].
[4] https://www.bptk.de/wp-content/uploads/2019/01/20160428_2016-02-22_Curriculum_Psychotherapie_der_Traumafolgestoerungen.pdf

Änderungsvorschlag § 3

§ 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. **Fachpsychotherapeut für Erwachsene oder Fachpsychotherapeutin für Erwachsene.** ~~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 **über** 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 **die** ~~den~~ in Satz 1 Nummer 2 genannten Inhalte oder vergleichbare Inhalte bereits Gegenstand einer Weiterbildung oder Zusatzweiterbildung **oder postgradualen Ausbildung** der in Absatz 1 genannten Personen waren. (…)*

~~(3) Von den in Absatz 2 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.*~~

Änderungsvorschlag § 4

§ 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. **Fachpsychotherapeut für Kinder und Jugendliche oder Fachpsychotherapeutin für Kinder und Jugendliche.** ~~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 **für diesen Altersbereich** 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 **oder den Inhalten der Module I und II des Curriculums nach Anlage 1** entspricht.*

*Satz 1 gilt nicht, wenn **die** ~~den~~ in Satz 1 Nummer 2 genannten Inhalte oder vergleichbare Inhalte bereits Gegenstand einer Weiterbildung oder Zusatzweiterbildung **oder postgradualen Ausbildung** der in Absatz 1 genannten Personen waren. (…)*

(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.*~~

Änderungsvorschlag zur Begründung zu § 4 Absatz 3

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

Zu Absatz 3

[…]

Dies könnte etwa ein Fortbildungszertifikat sein, das der ***Fortbildungsordnung der jeweils zuständigen Landespsychotherapeutenkammer oder Landesärztekammer genügt.*** ~~*(Muster-)Fortbildungsordnung der Bundesärztekammer genügt*~~

2.5. Behandlung durch Personen in Aus- und Weiterbildung (§ 5)

Durch die vorgeschlagenen Anforderungen an die Qualifikation von Ärzt*innen und Psychotherapeut*innen in Weiterbildung sowie Psychotherapeut*innen in Ausbildung wird sichergestellt, dass Traumaambulanzen eine Aus- und Weiterbildung für Psychotherapeut*innen und Ärzt*innen ermöglichen können und damit langfristig ausreichend qualifiziertes Personal für die Traumaambulanzen gewonnen werden kann. Gleichzeitig begrüßt die BPtK, dass Ärzt*innen und Psychotherapeut*innen erst mit fortgeschrittener Aus- und Weiterbildung in Traumaambulanzen tätig werden können, um eine ausreichende Qualität der Behandlung sicherzustellen. Aus Sicht der BPtK reicht es jedoch aus, dass Ärzt*innen und Psychotherapeut*innen in Weiterbildung mindestens die Hälfte ihrer Weiterbildungszeit absolviert haben, so wie es im ersten Entwurf für eine Traumaambulanz-Verordnung vom 7. Oktober 2021 vorgesehen war.[5] Durch die Vorgaben, dass in der Weiterbildung Behandlungen nur unter Anleitung und Aufsicht einer fachkundigen Approbierten* erfolgen dürfen und die Festlegung in § 5 Absatz 5, dass Ärzt*innen und Psychotherapeut*innen in Weiterbildung keine komplexen Fälle behandeln dürfen, ist die Qualität der Behandlung ausreichend gesichert. Durch eine weitere Anhebung der Anforderungen an Ärzt*innen und Psychotherapeut*innen in Weiterbildung wird das Ziel konterkariert, dass Traumaambulanzen eine Aus- und Weiterbildung für Psychotherapeut*innen und Ärzt*innen ermöglichen können und damit langfristig ausreichend qualifiziertes Personal für die Traumaambulanzen gewonnen werden kann.

Darüber hinaus bittet die BPtK – analog zu § 3 und § 4 auch in § 5 die Berufsbezeichnungen „Fachpsychotherapeut*in für Erwachsene“ und „Fachpsychotherapeut*in für Kinder und Jugendliche“ entsprechend der Muster-Weiterbildungsordnung für Psychotherapeut*innen[6] zu verwenden.

Die BPtK schlägt daher folgende Änderung in § 5 vor:

Änderungsvorschlag § 5

§ 5

Behandlung durch Personen in Weiterbildung oder in Ausbildung

(1) Ärzte und Ärztinnen ***sowie Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen*** *dürfen Leistungsberechtigte behandeln, wenn sich diese Ärzte und Ärztinnen*

[5] https://www.bmas.de/DE/Service/Gesetze-und-Gesetzesvorhaben/traumaambulanz-verordnung-tav.html
[6] https://www.bptk.de/wp-content/uploads/2022/05/Muster-Weiterbildungsordnung_Psychotherapeut_innen-der-BPtK.pdf

sowie Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen *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,

5. zum Fachpsychotherapeuten für Erwachsene oder zur Fachpsychotherapeutin für Erwachsene oder

6. zum Fachpsychotherapeuten für Kinder und Jugendliche oder zur Fachpsychotherapeutin für Kinder und Jugendliche.

Kinder- und Jugendliche dürfen nur durch die in Satz 1 Nummer 3 ***und 6*** *genannten Personen und Erwachsene nur durch die in Satz 1 Nummer 1, 2,* ~~*und*~~ *4* ***und 5*** *genannten Personen behandelt werden. Die Weiterbildung gilt ab* ***der Hälfte*** ~~*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.*~~

2.6. Leistungserbringung durch Externe (§ 7)

Die BPtK begrüßt grundsätzlich die Möglichkeit nach § 7 Absatz 1, dass Traumaambulanzen sich bei der Leistungserbringung externer Personen bedienen können. Kritisch erscheint jedoch die Einschränkung in § 7 Absatz 2, dass dies nur in begründeten Ausnahmefällen erfolgen kann. Diese Engführung kann verhindern, das Ziel einer flächendeckenden wohnort- und zeitnahen Versorgung zu erreichen. Die BPtK schlägt vor, die Angebotsstrukturen für die psychotherapeutische Versorgung schwer traumatisierter Menschen, die mit den Netzverbünden zur ambulanten Komplexversorgung von Patient*innen mit schweren psychischen Erkrankungen nach KSVPsych-Richtlinie entstanden sind, auch für die Versorgung durch die Traumaambulanzen zu nutzen. Hierfür sollte in § 7 ergänzt werden, dass externe Psychotherapeut*innen und Ärzt*innen regelhaft Leistungen der

Traumaambulanz erbringen können, wenn sie im Rahmen eines Netzverbundes zur ambulanten Komplexversorgung von Patient*innen mit schweren psychischen Erkrankungen gemäß § 92 Absatz 6b SGB V mit einer Traumaambulanz kooperieren.

Der Gesetzgeber hatte den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) 2019 damit beauftragt, eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung insbesondere für schwer psychisch kranke Versicherte mit einem komplexen psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf zu regeln. Der G-BA hat diesen Auftrag im September 2021 in der Richtlinie über die berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung insbesondere für schwer psychisch kranke Versicherte mit komplexem psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf (KSVPsych-RL) umgesetzt.[7] Für Erwachsene mit schweren psychischen Erkrankungen wurde dadurch eine neue ambulant-intensive Komplexbehandlung geregelt. Der G-BA hat angekündigt, dass die Erarbeitung der KSVPsych-RL für Kinder und Jugendliche folgen wird. Künftig kann damit schwer psychisch erkrankten Menschen mit komplexem Versorgungsbedarf ein intensivtherapeutisches Angebot gemacht werden, das sie darin unterstützt, ein stabileres und selbstständigeres Leben zu erreichen. Dafür schließen sich Psychotherapeut*innen und Ärzt*innen in regionalen Netzverbünden zusammen, die enge Kooperationen mit Krankenhäusern, ambulanter psychiatrischer Pflege, Soziotherapeut*innen und Ergotherapeut*innen vereinbaren.

In der KSVPsych-RL ist in § 4 Absatz 5 Punkt 7 geregelt, dass die Versorgungsverbünde bei Bedarf auch mit Traumaambulanzen nach § 31 SGB XIV kooperieren können. In dem Falle, dass ein Versorgungsverbund nach § 92 Absatz 6b SGB V mit einer Traumaambulanz kooperiert, wäre es vor dem Hintergrund einer flächendeckenden zeit- und wohnortnahen Versorgung wünschenswert, wenn die Ärzt*innen und Psychotherapeut*innen in den Verbünden regulär herangezogen werden können, um Leistungen der Traumaambulanz zu erbringen.

Die BPtK schlägt daher vor, § 7 wie folgt zu ergänzen:

[7] https://www.g-ba.de/beschluesse/5005/

Ergänzungsvorschlag zu § 7

§ 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 können grundsätzlich Leistungen der Traumaambulanz erbringen, wenn sie im Rahmen eines Netzverbundes zur Versorgung gemäß § 92 Absatz 6b SGB V mit einer Traumaambulanz kooperieren.

(3) ~~*(2)*~~ ***Darüber hinaus dürfen externe Personen***~~*Externe Personen dürfen*~~ *Leistungen der Traumaambulanz nur in begründeten Ausnahmefällen erbringen. […].*

2.7. Anzahl an Traumaambulanzen (§ 8)

Die bisherigen Regelungen in Absatz 2 und 3 erwecken den Eindruck, als sei eine ausreichende Versorgung mit Traumaambulanzen bereits dann vorhanden, wenn die Fahrzeit von leistungsberechtigten Personen bis zur nächsten Traumaambulanz nicht mehr 60 Minuten betragen würde. Eine zumutbare Fahrzeit allein kann jedoch eine ausreichende Bedarfsdeckung nicht sicherstellen. Von entscheidender Bedeutung ist, dass die Traumaambulanzen auch ausreichende Behandlungskapazitäten zur Verfügung stellen können. Dies sollte in Absatz 2 entsprechend klargestellt werden.

Darüber hinaus ist aus Sicht der BPtK mit Blick auf die bisherigen Erfahrungen im aktuellen Umgang mit § 37 SGB XIV auch ein Hinweis zumindest in der Begründung zur TAV erforderlich, dass bereits seit Inkrafttreten des § 37 SGB XIV die zuständigen Behörden verpflichtet sind, mit Traumaambulanzen Vereinbarungen zu schließen, und nicht erst das Inkrafttreten der TAV zum 1. Januar 2024 abgewartet werden kann.

Mit Blick auf die weitere Definition einer ausreichenden Versorgung mit Traumaambulanzen in Absatz 2 hält es die BPtK für geboten, die vorgeschlagene zumutbare Fahrzeit, innerhalb derer eine Traumaambulanz erreicht werden kann, von den vorgeschlagenen 60 Minuten auf 45 Minuten abzusenken. Sie begrüßt zwar die Absenkung um 30 Minuten im Vergleich zum Verordnungsentwurf vom 7. Oktober 2021[8], verweist jedoch auf wis-

[8] https://www.bmas.de/DE/Service/Gesetze-und-Gesetzesvorhaben/traumaambulanz-verordnung-tav.html

senschaftliche Analysen, die zeigen, dass Patient*innen Wegzeiten von mehr als 45 Minuten zu Fachärzt*innen für nicht mehr akzeptabel halten. Aus Sicht der BPtK ist eine Wegzeit von einer Stunde zu lang, um Menschen, die aufgrund erlebter Gewalt schwer belastet und beeinträchtigt sind, schnell und niedrigschwellig psychotherapeutische Hilfe anzubieten. In einem Gutachten aus dem Jahr 2018[9] haben Wissenschaftler*innen unter anderem analysiert, welche Wegzeiten in der Gesundheitsversorgung für Patient*innen noch akzeptabel sind (vgl. Abbildung C.3.7: Darstellung der kritischen Akzeptanzschwellen aus der Sicht der Patienten für acht Arztgruppen, S. 388 des Gutachtens). Hierbei zeigte sich, dass Patient*innen Wegzeiten von etwa 30 Minuten bei Allgemeinärzt*innen und bis ca. 45 Minuten bei verschiedenen Fachärzt*innen als akzeptabel erachten. Diese Werte stellen die obere Grenze dar, ab der Patient*innen die Wegstrecke nicht mehr auf sich nehmen wollen würden. Um zu vermeiden, dass schwer belastete und beeinträchtigte Betroffene von Gewalttaten die Leistungen einer Traumaambulanz deshalb nicht aufsuchen, weil ihnen die Wegstrecke zu lang ist, sollte die maximal zumutbare Fahrzeit vom Wohnort bis zur Traumaambulanz 45 Minuten betragen.

Darüber hinaus hält es die BPtK für notwendig, § 8 Absatz 3 zu streichen. Ein Ziel der Traumaambulanz-Verordnung ist es, dass Betroffene ohne lange Anfahrtswege eine Traumaambulanz erreichen können. Der Verordnungsentwurf sieht verschiedene Regelungen vor, die dies auch in ländlichen und dünn besiedelten Regionen ermöglichen sollen. Hierzu zählen eine ausnahmsweise und zeitlich befristete Absenkung der Anforderungen an die Qualifikation der Psychotherapeut*innen und Ärzt*innen (§ 3 und § 4), die Möglichkeit, externe Leistungserbringer*innen hinzuzuziehen (§ 7), sowie die Option, die Leistungen direkt am Wohnort der Leistungsberechtigten zu erbringen (§ 8). Diese Vorgaben sind geeignet, um sicherzustellen, dass die zumutbare Fahrzeit nicht überschritten wird. Eine weitere Ausnahmeregelung, die noch weitere Wegzeiten von bis zu 90 Minuten ermöglicht, konterkariert das Ziel der Verordnung, allen Betroffenen von Gewalt die Möglichkeit einer Versorgung in Traumaambulanzen ohne lange Fahrtwege zu ermöglichen, und sollte daher gestrichen werden.

Die BPtK schlägt daher folgende Änderungen in § 8 vor:

Änderungsvorschlag zu § 8 Absatz 2 und 3

[9] https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3493/2018-09-20_Endbericht-Gutachten-Weiterentwickklung-Bedarfsplanung.pdf

§ 8
Anzahl Traumaambulanzen

(1) (…)

(2) ~~Die Anzahl ist ausreichend, wenn eine Traumaambulanz nach einer zumutbaren Fahrzeit erreicht werden kann.~~ ***Die Träger der Sozialen Entschädigung haben sicherzustellen, dass mit einer ausreichenden Zahl von Einrichtungen Verträge geschlossen werden. Ausreichend ist die Anzahl nur dann, wenn sowohl eine im Verhältnis zur Einwohnerzahl angemessene Zahl von Therapieplätzen zur Verfügung steht als auch eine entsprechende Traumaambulanz nach einer zumutbaren Fahrzeit erreicht werden kann.*** *In der Regel ist eine Fahrzeit mit einem Kraftfahrzeug oder öffentlichen Verkehrsmitteln von ~~einer Stunde~~* ***45 Minuten*** *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.~~

2.8. Vernetzung (§ 12)

Die BPtK begrüßt die Verpflichtung zur Vernetzung der Traumaambulanzen mit örtlich ansässigen Organisationen und Leistungserbringer*innen, die Angebote für Opfer von Gewalttaten bereitstellen. Ergänzend regt die BPtK an, explizit auch die Vernetzung mit anderen Traumaambulanzen zum Zwecke der Qualitätssicherung zu verankern.

Die BPtK schlägt folgende Ergänzung in § 12 vor:

Ergänzungsvorschlag § 12

§ 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. ***Ein regelmäßiger fachlicher Austausch mit anderen Traumaambulanzen***

zur Qualitätssicherung soll etabliert werden. ~~*Die Bildung von Qualitätszirkeln ist möglich.*~~

2.9. Abrechnungsverfahren und Vergütung (§ 13)

Die BPtK schlägt vor, in den Vergütungsregelungen die Mehraufwände, die sich für die Traumaambulanzen durch die Leistungserbringung direkt am Wohnort der Leistungsberechtigten* ergeben, explizit aufzuführen. Dazu gehören die Entschädigung für Fahrzeiten der Mitarbeiter*innen sowie die Kosten für Transportmittel. Hierdurch könnte für Traumaambulanzen ein Anreiz geschaffen werden, Leistungen direkt am Wohnort der Betroffenen zu erbringen und damit auch Menschen zu versorgen, die in dünn besiedelten Regionen leben oder aus krankheitsbedingten oder therapeutischen Gründen nicht in der Lage sind, die Traumaambulanz (regelmäßig) aufzusuchen.

Darüber hinaus werden bei den Regelungen zum Abrechnungsverfahren bisher Fälle, in denen nur bis zu zwei Sitzungen in Anspruch genommen werden und nachfolgend kein Antrag gestellt wird, nicht explizit berücksichtigt. Hier sollte eine entsprechende Ergänzung eingefügt werden. Zusätzlich sollte klargestellt werden, dass die Traumaambulanzen im Hinblick auf die Vereinbarungen nach § 37 SGB XIV einen Anspruch auf eine angemessene Vergütung besitzen, wie dies im gesamten Sozialleistungsrecht gilt.

Die BPtK schlägt daher folgende Ergänzungen in § 13 vor:

Ergänzungsvorschlag zu § 13

§ 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 ***(z. B. durch die Leistungserbringung am Wohnort der oder des Leistungsberechtigten)****,*

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, ***angemessenen*** *Satz pro durchgeführter Sitzung zuzüglich einer Pauschale für Dokumentationsleistungen sowie für die Unterstützung bei der Antragstellung ab.* ***Dies gilt auch, wenn die Leistungsempfänger nur maximal zwei Sitzungen in Anspruch genommen und keinen Antrag gestellt haben.***

WEISSER RING e. V. - Postfach 26 13 55 - 55059 Mainz

Bundesministerium für Arbeit
und Soziales
Frau
Monica Fuhrmann
53107 Bonn

Gemeinnütziger Verein zur
Unterstützung von Kriminalitäts-
opfern und zur Verhütung von
Straftaten e. V.

Bundesgeschäftsstelle:

Geschäftsführung
Postfach 26 13 55 - 55059 Mainz
Weberstraße 16 - 55130 Mainz

Telefon: (06131) 83 03-0
Telefax: (06131) 83 03-45

Internet: www.weisser-ring.de
E-Mail: info@weisser-ring.de

Stellungnahme des WEISSEN RINGS
Referentenentwurf Traumaambulanz-Verordnung

Datum: 06.07.2022
Durchwahl -30
Diktatzeichen: FWe / 3970026
Ihr Zeichen:
Aktenzeichen: SN002157

Sehr geehrte Frau Fuhrmann,

der WEISSE RING e. V. hat den Referentenentwurf einer Verordnung über die von den Traumaambulanzen in der Sozialen Entschädigung zu erfüllenden Qualitätskriterien und wahrzunehmenden Aufgaben mit Stand 19.05.2022 zur Kenntnis genommen und nimmt hierzu gerne wie folgt Stellung. Dabei verweisen wir auch auf unsere Stellungnahmen vom 15.03.2021 und vom 02.12.2021 zun den vorhergehenden Referentenentwürfen (Stand 05.02.2021 und Stand 07.10.2021), die wir hiermit aufgreifen und ergänzen.

Wir begrüßen ausdrücklich, dass einige Veränderungen am Referentenentwurf vorgenommen wurden, die dem besonderen Bedarf der Betroffenen aus unserer Sicht entgegenkommen und gerecht werden. In diesem Kontext finden wir besonders erwähnenswert, dass die Unterstützung der Leistungsberechtigten bei Antragsstellung durch die Traumaambulanzen außerhalb der Therapiesitzungen dadurch hervorgehoben wird, dass sie im aktuellen Entwurf direkt an die in § 2 Abs. 1 TAV-E benannte Verpflichtung der Traumaambulanzen anschließt, die Leistungsberechtigten über die Erforderlichkeit der Antragsstellung zu informieren und bei Wunsch der Leistungsberechtigten auch bei der Antragsstellung zu unterstützen. Dies hebt unserer Meinung nach einerseits die Wichtigkeit und Bedeutsamkeit dieses Unterstützungsangebotes heraus, ohne andererseits den Behandlungsanspruch der Leistungsberechtigten zu tangieren.

Des Weiteren begrüßen wir, dass der § 2 Abs. 2 TAV-E dahingehend umformuliert wurde, dass die von uns schon zuvor als positiv bewertete Möglichkeit zur Aufteilung der Sitzungen in 25-minütige Therapieeinheiten nun auch bei Bedarf für die 75-minütigen Therapieeinheiten mit erforderlicher Dolmetsch-, Übersetzungs- oder Kommunikationshilfeleistung nach § 12 des Vierzehnten Buches Sozialgesetzbuch angewandt werden kann.

Mit deutlicher Verwunderung hingegen nehmen wir zur Kenntnis, dass der aktuelle Referentenentwurf keine Verpflichtung der Traumaambulanzen zur externen und

Eingetragen unter VR 1648 beim Amtsgericht Mainz

Spendenkonten
Deutsche Bank Mainz Konto 0034343400 - BLZ 550 700 40 - BIC DEUTDE5MXXX - IBAN DE26 5507 0040 0034 3434 00
Sparkasse Mainz Konto 343434 - BLZ 550 501 20 - BIC MALADE51MNZ - IBAN DE68 5505 0120 0000 3434 34

fallbezogenen Supervision mehr vorsieht (§ 7 TAV-E Supervision, alte Fassung). Aus unserer Sicht ist mit der medizinisch-therapeutischen Arbeit mit traumatisierten Personen das Risiko der Ausbildung sekundärtraumatischer Symptome bei den Therapierenden verbunden. Dieses Risiko ist im wissenschaftlichen Diskurs bekannt und durch Studien belegt (s. Gregory et al., 2019). Aus unserer Sicht stellt eine auf die Risiken der Traumatherapie ausgerichtete Supervision somit die Grundvoraussetzung dar, um den Selbstschutz der Behandelnden sicherzustellen.

Wir möchten – wie bereits bei der letzten Fassung des Referentenentwurfs – darauf aufmerksam machen, dass die in § 3 Abs. 2 und § 4 Abs. 3 TAV-E aufgeführten Mindestanforderungen traumaspezifischer Qualifikationen nicht dem Bedarf gerecht werden, den wir in unserer täglichen Arbeit feststellen. Daher möchten wir unsere Bedenken erneut und nachdrücklich zum Ausdruck bringen. Das Curriculum „Psychotherapie der Traumafolgestörungen" der Bundesärztekammer und das äquivalente Curriculum zum Erwerb der Zusatzqualifikation „Spezielle Psychotraumatherapie (DeGPT)" stellen sicher den Goldstandard für eine bedarfsgerechte Qualifikation im Bereich der Psychotraumatologie dar. Die Module I und II des Curriculums „Psychotherapie der Traumafolgestörungen" umfassen die Behandlung akuter Traumafolgestörungen und Krisenintervention (Modul I) und die Behandlung der non-komplexen PTBS (Modul II). Dies bildet unserer Ansicht nach die Kernkompetenzen der Behandelnden ab. Unserer Erfahrung nach bestehen die deutlichen Herausforderungen bei von Straftaten betroffenen Personen aber eben nicht ausschließlich in der Behandlung non-komplexer PTBS, sondern insbesondere im Erkennen, der Intervention und Behandlung komplexer Traumafolgestörungen, etwa wenn komorbid zur PTBS eine weitere psychische Störung manifest wird. Weiterhin muss der multikulturelle Wandel unserer Gesellschaft auch hier berücksichtigt werden. Somit kann auch dem Verstehen für kulturelle intrapsychische Verarbeitungsunterschiede bei psychischer Belastung eine fundamentale Bedeutung in der psychotraumatologischen Behandlung zukommen. Da nun auch die externe und fallbezogene Supervision im vorliegenden Referentenentwurf nicht mehr verpflichtend für die Traumaambulanzen berücksichtigt wird, ist unserer Meinung nach eine, den Belastungen der psychotraumatologisch Behandelnden angemessene Selbsterfahrung und Supervision zumindest im Rahmen ihrer Aus- und Weiterbildung umso bedeutsamer. Zusammenfassend möchten wir daher erneut nachdrücklich anregen, das Absolvieren des Curriculums „Psychotherapie der Traumafolgestörungen" oder äquivalent den Erwerb der Zusatzqualifikation „Spezielle Psychotraumatherapie (DeGPT)" für den im § 3 Abs. 1 TAV-E genannten Personenkreis verpflichtend vorzugeben, um den qualitativen Anforderungen an die Behandlung des betroffenen Personenkreises gerecht zu werden.

Wir möchten weiterhin darauf hinweisen, dass die o. a. Überlegungen und die daraus abgeleitete Empfehlung selbstverständlich auch für die im § 4 Abs. 2 TAV-E formulierten Mindestanforderungen hinsichtlich der traumaspezifischen Fortbildungen bei Behandelnden von Kindern und Jugendlichen gilt. Für diesen Kreis der Leistungsberechtigten erscheint uns die notwendige und hinreichende Qualifikation der Behandelnden tatsächlich umso bedeutsamer, da psychische Belastungen im Kindes- und Jugendalter ein erhöhtes Risiko der Ausprägung psychischer Störungen im Erwachsenenalter bergen. So ließe sich mit Blick auf den Leitsatz „Prävention vor Rehabilitation vor Rente" hier aus unserer Sicht auch ein weiteres Argument, nämlich der Prävention weiterer psychischer Belastung von Betroffenen im Lebensverlauf, für ein hohes Maß an Qualifikationsanforderungen für die Behandelnden in Traumaambulanzen finden.

Wir erkennen gleichwohl an, dass die von uns vorgeschlagenen hohen Qualifikations-anforderungen nicht grundsätzlich und bei Tätigkeitsbeginn der Therapierenden in der

Traumaambulanz verlangt werden können. Aus diesem Grunde schlagen wir vor, für das Absolvieren des vollständigen Curriculums „Psychotherapie der Traumafolgestörungen" oder äquivalent den Erwerb der Zusatzqualifikation „Spezielle Psychotraumatherapie (DeGPT)" eine Frist von zwei Jahren einzuräumen.

Gemäß § 5 TAV-E führen in den Traumaambulanzen auch Therapierende, die sich in fortgeschrittener fachspezifischer Weiterbildung befinden, die Behandlung von Betroffenen durch. Um eine leitliniengerechte Intervention und Therapie zu gewährleisten und den spezifischen Erfordernissen der zu behandelnden Störungsbilder adäquat zu begegnen, ist unserer Meinung nach das Absolvieren der o. g. Fortbildung durch die im § 3 Abs. 1 TAV-E und im § 4 Abs. 1 TAV-E genannten Personen umso wichtiger. Im § 5 Abs. 5 TAV-E wird angeführt, dass Personen in Weiterbildung keine komplexen Fälle behandeln dürfen. Die Entscheidung darüber, ob ein Fall komplex ist, soll die Leistung einer Traumaambulanz vornehmen. Ist keine Leitung vorhanden, soll die Person entscheiden, die von dem in den § 3 Abs. 1 TAV-E und § 4 Abs. 1 TAV-E genannten Personenkreis über die längste Berufserfahrung verfügt. Berücksichtigt man jedoch im § 3 den Abs. 3 TAV-E und im § 4 den Abs. 4 TAV-E kommt man zu dem Schluss, dass bei nicht ausreichender Versorgung durch Traumaambulanzen im jeweiligen Bundesland von der Verpflichtung zur traumaspezifischen Qualifikation für die Vertragslaufzeit abgesehen werden kann. Dies wirft für uns die Frage auf, wie in diesen Fällen eine nach den § 3 Abs. 1 und § 4 Abs. 1 TAV-E genannte Person ohne entsprechende Qualifikation die Komplexität eines Falles angemessen einschätzen soll. Wir regen daher an, dass für Traumaambulanzen, die Personen in fortgeschrittener fachspezifischer Weiterbildung beschäftigen, zwingend eine Leitung mit dem im § 6 TAV-E explizierten Qualifikationsprofil vorzusehen ist.

Mit freundlichen Grüßen

Bianca Biwer
Bundesgeschäftsführerin