



Hilft
Schnelle Hilfen
in Traumaambulanzen



Empfehlungen für einen flächendeckenden Ausbau von SER-Traumaambulanzen

Kurzfassung der Empfehlungen für potentielle Anbieter von
Traumaambulanzen sowie für Versorgungsverwaltungen basierend
auf Erfahrungswerten mit bestehenden OEG-Traumaambulanzen

Isabella Flatten-Whitehead¹, Magdalena Claus¹, Marc Giesmann², Lina Specht³, Jörg
M. Fegert¹, Ingo Schäfer², Julia Schellong³, Miriam Rassenhofer¹

November 2023

¹ Universitätsklinikum Ulm, ² Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, ³ Universitätsklinikum Carl
Gustav Carus Dresden

Gefördert durch:



Bundesministerium
für Arbeit und Soziales

Abkürzungsverzeichnis

AG KJPPP	Landesarbeitsgemeinschaft der Leitenden Ärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie
BMAS	Bundesministerium für Arbeit und Soziales
DeGPT	Deutschsprachige Gesellschaft für Psychotraumatologie
DGUV	Deutsche gesetzliche Unfallversicherung
Erw-Bereich	Erwachsenenbereich
HilfT	Projekt Schnelle Hilfen in Traumaambulanzen
KiJu-Bereich	Kinder- und Jugendbereich
LVR	Landschaftsverband Rheinland
MVZ	Medizinisches Versorgungszentrum
NRW	Nordrhein-Westfalen
OEG	Opferentschädigungsgesetz
PTBS	Posttraumatische Belastungsstörung
PIA	Psychiatrische Institutsambulanz
SER	Soziales Entschädigungsrecht
SGB XIV	Sozialgesetzbuch, 14. Buch
SPZ	Sozialpädiatrisches Zentrum
TAV	Traumaambulanz-Verordnung vom 25.10.2022

Inhalt

Abkürzungsverzeichnis.....	2
1. Einleitung	4
2. Empfehlungen für den flächendeckenden Ausbau der Traumaambulanzen nach SER	5
2.1. Steigern der Bekanntheit von Traumaambulanzen.....	5
2.2. Bundeseinheitliches statistisches Monitoring als Qualitätsmerkmal der Versorgung.....	5
2.3. Flexibilität in der Weiterentwicklung von Traumaambulanzen	6
2.4. Bundeseinheitliche Strukturen in Bezug auf Dokumentation und Vergütung, orientiert an der Unfallkasse.....	7
2.5. Orientierung an bewährten Praxismodellen: Impulse aus den Interviews	9
2.6. Nahtlose Überleitung von Patient:innen aus Traumaambulanzen in eine ambulante Psychotherapie durch die Möglichkeit einer Inanspruchnahme der vorzeitigen Leistungen einer Krankenbehandlung	10
Literaturverzeichnis	13

1. Einleitung

Mit der Einführung des 14. Sozialgesetzbuchs (SGB XIV) zum 01. Januar 2024 wird die Reform des Sozialen Entschädigungsrechts abgeschlossen, und das Neue SGB XIV tritt nun nach letzten redaktionellen und inhaltlichen Korrekturen in einem Gesetz zur Anpassung des Zwölften und Vierzehnten Buchs Sozialgesetzbuch und weiterer Gesetze 20/8344 in Kraft. Eine zentrale Neuerung im SGB XIV stellen die sogenannten „Schnellen Hilfen“ dar, worunter u. a. traumatherapeutische Frühinterventionen in OEG-Traumaambulanzen fallen. Das SGB XIV sieht eine in Deutschland flächendeckende, niederschwellige Erstversorgung von Opfern von Gewalttaten durch SER-Traumaambulanzen vor (im Folgenden sind Traumaambulanzen solche, die sich an Berechtigte nach dem OEG oder – nunmehr – dem SGB XIV richten). Der Anspruch Betroffener auf Leistungen der Traumaambulanzen ist bereits zum 01. Januar 2021 in Kraft getreten.

Das Forschungsprojekt „HilfT – Schnelle Hilfen in Traumaambulanzen“, aus dem diese Empfehlungen hervorgehen, untersucht die strukturelle und inhaltliche Weiterentwicklung von OEG zu SER-Traumaambulanzen bis zum Inkrafttreten des SGB XIV. Die Hauptfragestellungen beziehen sich auf förderliche Faktoren in Bezug auf die Etablierung von OEG/SER-Traumaambulanzen, Aspekte ihrer Struktur- und Prozessqualität sowie ihre Perspektive auf die Versorgung von (künftigen) leistungsberechtigten Personengruppen und Gewaltformen, die besondere Anforderungen mit sich bringen (z. B. schwere Fälle von Vernachlässigung im Kindesalter, geschädigte Personen durch Menschenhandel, schweres Stalking, Kinderpornografie u. a.). Das Forschungsprojekt setzt sich aus drei Teilprojekten zusammen. Die Ergebnisse der Gesamtstudie mit allen drei Teilprojekten sollen einen Beitrag dazu leisten, die flächendeckende Versorgung durch Traumaambulanzen entsprechend der im SGB XIV vorgesehenen Standards ab 2024 zu unterstützen.

Im Rahmen des Teilprojekts 1 wurden insgesamt 43 leitfadengestützte Interviews als Basis für die vorliegenden Empfehlungen geführt. Hierunter waren zwölf Interviews mit Verantwortlichen in der Versorgungsverwaltung, 16 Interviews mit Traumaambulanzen und 15 Interviews mit potentiellen Anbietern. Ziel dieser qualitativen Studie war es, Informationen zur Identifizierung von förderlichen und hemmenden Faktoren für die flächendeckende Etablierung von Traumaambulanzen zu generieren.

Die vorliegende Kurzfassung umfasst die aus den Inhalten der Interviews abgeleiteten Empfehlungen. Eine zusätzliche Darstellung der Ergebnisse der Interviewauswertung findet sich in der Langversion.

2. Empfehlungen für den flächendeckenden Ausbau der Traumaambulanzen nach SER

Die abgeleiteten Empfehlungen basieren auf den Auswertungen der durchgeführten Interviews. Auf Grundlage der geschilderten förderlichen und hemmenden Faktoren wie auch der Ideen der Interviewpartner:innen für die geforderte flächendeckende Versorgung gibt dieser Kurzbericht praxisnahe Empfehlungen für den Ausbau eines Traumaambulanz-Netzwerks nach dem SER. Diese werden in sechs Unterkapiteln vorgestellt: Steigerung der Bekanntheit von Traumaambulanzen, Einführen von Statistiken als Qualitätsmerkmal der Versorgung, Flexibilität in der Weiterentwicklung von Traumaambulanzen, Orientierung an der Unfallkasse in Bezug auf Dokumentation und Vergütung, Orientierung an bewährten Praxismodellen sowie eine nahtlose Überleitung von Patient:innen aus Traumaambulanzen.

2.1. Steigern der Bekanntheit von Traumaambulanzen

Während der Suche nach Interviewpartner:innen sowie der Durchführung der Interviews wurde die mangelnde Bekanntheit von Traumaambulanzen und der Schnellen Hilfe als Behandlungsangebot deutlich. Viele Traumaambulanzen berichteten, dass die Initiative, Traumaambulanz im Sinne des SER zu werden, von ihrer zuständigen Versorgungsverwaltung ausgegangen und zuvor kein Wissen darüber vorhanden gewesen sei.

Auch die potentiellen Anbieter berichteten in den Interviews überwiegend, vor der Anfrage zum Interview das Konzept der Traumaambulanzen nach OEG bzw. SER nicht gekannt zu haben. Dies betraf Kliniken, Beratungsstellen und niedergelassene Psychotherapeut:innen. Es bildet sich ab, dass die mangelnde Bekanntheit des Konzepts der Traumaambulanzen i. d. S. einen entscheidenden Faktor für den Ausbau eines flächendeckenden Versorgungsnetzes von Traumaambulanzen darstellen könnte. Darüber hinaus wurde vonseiten unterschiedlicher interviewter Traumaambulanzen geschildert, dass die geringe Bekanntheit auch Auswirkungen auf die Inanspruchnahme von Schnellen Hilfen habe. Viele Anfragen von Gewaltbetroffenen bei den Ambulanzen seien zunächst nicht OEG- bzw. SER-spezifisch. Häufig kläre erst die Traumaambulanz selbst über die Möglichkeit einer Behandlung über die Traumaambulanz auf.

- Öffentlichkeitsarbeit, die Fachöffentlichkeit adressierend, durchgeführt von den Versorgungsverwaltungen der Bundesländer:
- Öffentlichkeitsarbeit im psychiatrisch/ psychotherapeutischen Fachbereich und in der medizinischen Versorgungslandschaft (z.B. über PIA-Vertreter der Länder, Landesarbeitsgemeinschaft der Leitenden Ärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (AG KJPPP) sowie Berufsverbände).
 - Öffentlichkeitsarbeit bei Polizei, Justiz und in der Beratungslandschaft.

2.2. Bundeseinheitliches statistisches Monitoring als Qualitätsmerkmal der Versorgung

Im Rahmen der Interviews zeigten sich differierende Qualitätsmerkmale der interviewten Versorgungsverwaltungen in den einzelnen Bundesländern. Überwiegend gaben die befragten Versorgungsverwaltungen an, im Rahmen von Jahresberichten Statistiken zu führen, u. a. zur Anzahl von gestellten OEG-Anträgen und bewilligten Leistungen. Jedoch konnten sie keine Auskunft über

die genauen Zahlen bzgl. der Inanspruchnahme des Behandlungsangebots in Traumaambulanzen und der Anzahl erfolgreicher Sitzungen geben. Zwei der zwölf interviewten Versorgungsverwaltungen berichteten in den Interviews, dezidierte Statistiken zur Inanspruchnahme von Traumaambulanzen zu führen. Auf der Seite der Traumaambulanzen berichteten alle Interviewten, jährliche Statistiken über die Inanspruchnahme und Behandlungsdauer zu führen. Zumeist konnte dies für mehrere zurückliegende Jahre in den Interviews berichtet werden. Nur wenige Traumaambulanzen gaben an, von den zuständigen Versorgungsverwaltungen aufgefordert zu werden, diese Statistiken zu übermitteln.

Das Veröffentlichen einer amtlichen Statistik (§ 126 SGB XIV) durch die Bundesstelle für Soziale Entschädigung ist bereits im SER verankert. Hierfür wurden Erhebungsmerkmale (§ 127 SGB XIV) definiert. Diese Erhebungsmerkmale beinhalten jedoch keine differenzierten Variablen zur Inanspruchnahme von Traumaambulanzen. Zum Zeitpunkt des Verfassens dieser Kurzempfehlung wird im Bundestag ein „Gesetz zur Anpassung des Zwölften und des Vierzehnten Buches Sozialgesetzbuch und weiterer Gesetze“ beraten, in deren Rahmen u. a. die Erhebungskriterien der amtlichen Statistik (§ 127 SGB XIV) nachgefasst werden. Dabei werden auch die Variablen zur systematischen Erfassung der Inanspruchnahme von Traumaambulanzen erweitert und konkreter definiert.

Sowohl von etablierten Traumaambulanzen als auch von potentiellen Anbietern wurde erwähnt, dass das Fehlen von Fallzahlen und Statistiken für die Bedarfsplanung ein wesentlicher Hinderungsgrund für die Eröffnung einer Traumaambulanz war. Hieraus leitet sich folgende Empfehlung für die Versorgungsverwaltung ab:

- Bundeseinheitliches systematisches Erfassen der Inanspruchnahme von Traumaambulanzen durch die Versorgungsverwaltungen.
- Falls eine systematische Erfassung der Inanspruchnahme von Traumaambulanzen über eine gemeinsame technische Lösung für die amtliche Statistik nicht ab dem 01.01.2024 möglich sein wird, sollte überbrückend eine separate Erfassung der festgelegten Variablen durch die Versorgungsverwaltungen erfolgen. Hierbei sollte eine Lösung gefunden werden, welche es ermöglicht die Daten zu einem späteren Zeitpunkt der amtlichen Statistik beizufügen.

2.3. Flexibilität in der Weiterentwicklung von Traumaambulanzen

Es lassen sich mittlerweile viele unterschiedliche, gut funktionierende Versorgungskonzepte von Traumaambulanzen innerhalb Deutschlands finden. Überwiegend erfolgt die Versorgung durch Klinikambulanzen und Psychiatrische Institutsambulanzen (PIAs). Viele der Klinik-Anbieter äußerten in den Interviews jedoch eine erhebliche Belastung durch Betroffene, welche mehr als fünf Behandlungsstunden benötigen, da eine wöchentliche Terminstruktur im Rahmen einer PIA schwierig zu leisten sei. Ähnliches wurde auch den Versorgungsverwaltungen bei der Ansprache von potentiellen Anbietern berichtet. Die Möglichkeit Betroffene mit z. B. höheren Behandlungsbedarfen (> 5 Stunden) oder nach dem Erstgespräch an nach Traumaambulanzverordnung (TAV) qualifizierte Drittanbieter (z. B. niedergelassene Psychotherapeut:innen) wurde innerhalb der Interviews mehrmals in allen Befragungsgruppen vorgeschlagen. Einige Anbieter gaben an, dies auch im Ablauf ihrer Traumaambulanz zu praktizieren (s. Kapitel 2.5 Beispiel 2). So sind beispielsweise Beratungsstellen, unabhängig oder in Kooperation mit einer Klinik, ebenfalls als Traumaambulanz an der Versorgung beteiligt. Zudem bestehen Kooperationen zwischen Kliniken und Sozialpädiatrischen Zentren (SPZs) oder niedergelassenen Psychotherapeut:innen mit Kassensitz bzw. Privatpraxen, welche als Traumaambulanz fungieren. Es scheint sich nicht um ein allgemeingültiges, übergreifendes Versorgungskonzept zu handeln, sondern um eine ständige Weiterentwicklung der

Konzepte im Sinne der bestmöglichen Versorgung Gewaltbetroffener. Aufgrund der unterschiedlichen Gegebenheiten in den Bundesländern sind stellenweise sehr individuelle Konzepte für Traumaambulanzen entstanden, die sich in der Umsetzung bewähren konnten. Diese scheinen in Anbetracht der deutschlandweiten personellen Engpässe in Bezug auf traumatherapeutisch spezialisierte, psychotherapeutisch oder psychiatrisch ausgebildete Fachkräfte unabdingbar, um eine flächendeckende Versorgung mit traumatherapeutisch qualifiziertem Fachpersonal zu gewährleisten. Ohne die notwendige Flexibilität der Konzepte für Traumaambulanzen könnte der Ausbau eines flächendeckenden Netzes von Traumaambulanzen nach SER gefährdet sein.

Um die erforderliche Anzahl an Traumaambulanzen flächendeckend in Deutschland zu erreichen, gilt es, an bestehende und zukünftige Gegebenheiten angepasste, individuelle Konzepte stetig und auch flexibel weiterzuentwickeln. Es bedarf qualifizierter Anbieter in ausreichender Anzahl, um die Versorgung betroffener Personen kurzfristig zu gewährleisten, ohne das Gesundheitssystem zu sehr zu belasten und damit die Versorgung anderer Patient:innen zu gefährden. Daraus leiten sich folgende Empfehlungen ab:

- Systematische Angebote an psychiatrisch-psychotherapeutische Ambulanzen um sie für Angebote im Sinne der schnellen Hilfen des SER zu gewinnen (z.B. Beratung durch die lokalen Versorgungsverwaltungen zur Etablierung von Angeboten, regelmäßige Online-Informationsveranstaltungen für interessierte Anbieter, gezielte Informationsangebote/Inserate, z. B. über die AG KJPPP, PIA-Vertreter oder Berufsverbände).
- Offenheit der Versorgungsverwaltungen für unterschiedliche Anbieter (Kliniken, PIAs, psychotherapeutische oder psychiatrische Praxen, Medizinische Versorgungszentren (MVZs), psychotherapeutische Aus- und Weiterbildungsinstitute, SPZs, Beratungsstellen, Reha-Einrichtungen) unter Einhaltung der qualifikatorischen Anforderungen nach § 3 und § 4 TAV.
- Anwendung der Möglichkeit der Kooperation von qualifizierten potentiellen Anbietern und bestehenden Traumaambulanzen.
- Anwendung der Möglichkeit für Traumaambulanzen in begründeten Ausnahmefällen, die Leistungserbringung an externe Personen abzugeben (§ 6 TAV, § 38 Abs. 1 SGB XIV) unter Einhaltung der gegebenen qualifikatorischen Anforderungen.
- Keine Festlegung von Obergrenzen für die Anzahl von Traumaambulanzen in einem Bundesland oder einer Region durch die Versorgungsverwaltungen.

2.4. Bundeseinheitliche Strukturen in Bezug auf Dokumentation und Vergütung, orientiert an der Unfallkasse

Das Konzept der Traumaambulanzen ähnelt in vielen Aspekten dem Psychotherapeutenverfahren der Unfallkassen. Beide beruhen auf dem „Sachleistungsprinzip“ (für die Unfallkasse verankert in § 26 Abs. 4 S2 SGB VII). „Das Psychotherapeutenverfahren dient der zügigen psychologisch-therapeutischen Intervention nach Arbeitsunfällen oder Berufskrankheiten. Damit soll einer Entstehung und Chronifizierung von psychischen Gesundheitsschäden frühzeitig entgegengewirkt werden.“ (Deutsche gesetzliche Unfallversicherung (DGUV), 2023). Zudem haben beide Konzepte den Grundsatz einer Frühintervention gemeinsam. Bspw. soll beim Psychotherapeutenverfahren der Unfallkasse ein Behandlungsbeginn innerhalb einer Woche nach Auftragserteilung stattfinden. Zusätzlich sind regelmäßige, bestenfalls wöchentliche Termine vorgesehen. Ähnlich wie die Traumaambulanzen beruht das Psychotherapeutenverfahren der Unfallkasse auf einer „5+10“-Stunden-Regelung im Erw.-Bereich (im Kinder- und Jugendbereich (KiJu-Bereich): 8+10 Stunden). Es

erfolgt ein Erstbericht nach der ersten probatorischen Sitzung. Hierzu wird eine zweiseitige ausfüllbare PDF-Datei den Behandelnden als Vorlage zur Verfügung gestellt. Nach fünf probatorischen Sitzungen können durch einen Weiterbehandlungsbericht zehn weitere Sitzungen beantragt werden. Anders als das SER ermöglicht das Psychotherapeutenverfahren nach den „5+10“-Sitzungen die Möglichkeit eines Weiterbehandlungsantrags, in Form eines weiteren zweiseitigen PDF-Dokuments, für zusätzliche zehn Sitzungen. Darüber hinaus können in Einzelfällen weitere Stunden beantragt werden. Dies ermöglicht z. B. die Durchführung einer Traumatherapie ohne Wechsel der Behandelnden oder längere Unterbrechungen. Die Abrechnung erfolgt postalisch anhand des entsprechenden PDF-Berichtsformulars. Die Vergütung von Probatorik- und Behandlungsstunden beträgt aktuell 136,50 € je 50 Minuten. Berichte, Diagnostik, Videosprechstunden und ggf. notwendige Fremdanamnesen werden zusätzlich vergütet. Es handelt sich hierbei um ein dynamisches Finanzierungskonzept. Das Psychotherapeutenverfahren ist sehr transparent auf der Internetseite der Unfallkasse nachzuvollziehen. Es sind dort Leitfäden hinsichtlich der Anforderungen an die Leistungserbringenden, Handlungsanleitungen ebenso wie Berichtsvorlagen und Vergütungsstrukturen hinterlegt und folglich für jeden zugänglich.

Mehrere Interviewpartner:innen aus den Befragungsgruppen der Traumaambulanzen und potentiellen Anbietern berichteten, bei der Unfallkasse bereits unter Vertrag zu sein und damit auch überwiegend positive Erfahrungen gemacht zu haben. An dieser Stelle ist anzumerken, dass der DGUV ein anderer Finanzierungsrahmen zugrunde liegt als dem SER und es nicht realistisch ist, dieses System direkt auf die Traumaambulanzen zu übertragen. Eine Anlehnung der Traumaambulanzen in Bezug auf die bürokratischen, aber auch Vergütungsaspekte an die Unfallkasse ist jedoch empfehlenswert.

Hieraus lassen sich folgende Empfehlungen an die Versorgungsverwaltungen der Bundesländer ableiten:

- Bundeseinheitliches Verwaltungsvorgehen in Bezug auf Antrags-/ Berichts-/ Dokumentationswesen:
 - Arbeitshilfen und einheitlich vorstrukturierte digital abrufbare Dokumente, welche sich zügig ausfüllen lassen (sofern gewünscht gutachterliche Qualität gewährleistet).
 - Ein Bericht im Laufe der Probatorik.
 - Ein Weiterbehandlungsbericht, wenn nötig nach 5+10 Stunden im Erw.-Bereich und 8+10 Stunden im KiJu-Bereich.
 - Ein Abschlussbericht.
 - Ein Kurzbericht, wenn nötig.
- Bundeseinheitliche Vergütung und Abrechnung der Leistungen, orientiert am dynamischen Finanzkonzept der DGUV.
- Anwendung der Regelungen für Weiterbehandlungsmöglichkeiten im Anschluss an die Schnellen Hilfen, um eine Traumatherapie abschließen zu können, ohne einen Wechsel der Behandelnden und ohne Behandlungspause. Traumaambulanzen sind nach dem SER verpflichtet, einen möglichen absehbaren weiteren Behandlungsbedarf frühzeitig der Versorgungsverwaltungen mitzuteilen (§ 35 SGB XIV). Im Rahmen des SER gibt es die Möglichkeit der vorzeitigen Leistungen einer Krankenbehandlung (§ 119 SGB XIV). Diese können im Anschluss an eine Frühintervention genutzt werden, um eine kontinuierliche ambulante, psychotherapeutische Versorgung zu gewährleisten. So ist es hierüber z. B. möglich, dass Traumaambulanzen aus dem Bereich niedergelassener Praxen die ambulante Psychotherapie nahtlos weiter fortführen. Für die Betroffenen können somit lange Wartezeiten und Behandlungsunterbrechungen vermieden werden.

2.5. Orientierung an bewährten Praxismodellen: Impulse aus den Interviews

Der Mangel an traumatherapeutisch qualifiziertem Fachpersonal in Deutschland ist flächendeckend. In den Interviews berichteten einige Traumaambulanzen über ihren Umgang und Lösungswege rund um dieses Thema. Im Folgenden werden Fallbeispiele aus den Interviews mit Traumaambulanzen in anonymisierter Form dargestellt, die Impulse für individuelle Lösungen geben können.

Beispiel 1: Großschadensereignisse und traumatherapeutisch qualifizierende Fortbildung des Personals

Im Falle eines Großschadensereignisses kann der Mangel an traumatherapeutisch qualifizierten Fachkräften besonders eklatant zutage treten. Während im Alltag Patient:innen auf die u. U. wenigen vorhandenen Fachkräfte delegiert werden können, ist dies bei einem Großschadensereignis mit vielen gleichzeitig Betroffenen schwer möglich. Der überwiegende Anteil an Traumaambulanzen berichtete in den Interviews, dass sich die traumatherapeutische Expertise auf meist ein bis zwei Fachkräfte pro Ambulanz verteile, womit in der gesamten Region eine Unterversorgung von traumatisierten Personen im ambulanten Bereich einhergehe. Durch Großschadensereignisse in der Region werde der institutionenübergreifende Mangel an qualifizierten Fachkräften plötzlich deutlich. Da Großschadensereignisse zudem grundsätzlich die Kapazitäten eines einzelnen Anbieters überschreiten, wurde in diesem konkreten Fall von einer Traumaambulanz entschieden, die traumaspezifische Qualifikation der Fachkräfte der Region voranzutreiben. So wurde für alle interessierten ärztlichen und psychotherapeutischen Fachkräfte aus der gesamten Region ein Fortbildungsangebot, im Rahmen einer traumatherapeutischen Zusatzqualifikation gemäß dem Curriculum der Deutschsprachigen Gesellschaft für Psychotraumatologie (DeGPT), zugänglich gemacht. Die (akute) traumatherapeutische Versorgung konnte im Anschluss auf mehrere Einrichtungen verteilt werden.

Aus diesem ersten Fallbeispiel werden folgende Empfehlungen und Impulse für SER-Traumaambulanzen abgeleitet:

- Traumaambulanzen organisieren die Möglichkeit zur Teilnahme an der Fortbildung für eine traumatherapeutische Zusatzqualifikation (Qualifikation der Behandelnden nach § 3 und § 4 TAV) vor Ort, für alle interessierten Fachkräfte der Region.
- Unterstützung durch die Versorgungsverwaltungen bei der (Teil-)Finanzierung der Fortbildungsmaßnahme (für Fachkräfte von bestehenden Traumaambulanzen sowie zukünftigen Traumaambulanzen, Qualifikation der Behandelnden nach § 3 und § 4 TAV).
 - Approbierte ärztliche und psychologische Psychotherapeut:innen (auch im KiJu-Bereich) können an der großflächig angelegten Fortbildungsmaßnahme teilnehmen.
 - Sowohl angestellte Fachkräfte des Trägers als auch niedergelassene Fachkräfte der Region werden eingeladen, die Fortbildungsmaßnahme in Anspruch zu nehmen.
Ziel ist es, in kürzester Zeit eine möglichst große Anzahl qualifizierter Fachkräfte zur psychotherapeutischen Behandlung von traumatisierten Personen in einer Region zu erreichen und weiterzubilden.

Beispiel 2: Erstgespräch in der Traumaambulanz mit anschließender Überleitung zu Kooperationspartnern bzw. Drittanbietern

Der Bedarf der Betroffenen kann sehr unterschiedlich sein. Wie der Forschungsstand der Evaluationsstudien zur Inanspruchnahme und Wirksamkeit von Traumaambulanzen zeigt, benötigt

die Mehrheit aller Betroffenen nur bis zu fünf Sitzungen der Frühintervention (vgl. Flatten-Whitehead & Rassenhofer, 2022). Diejenigen Betroffenen, die höhere Bedarfe aufweisen, sind jedoch nicht zu vernachlässigen, wobei hier ggf. Anschlussbehandlungen in die Wege geleitet werden können. Um weiterhin auch kurzfristige Erstgespräche anbieten und gleichzeitig eine kontinuierliche Versorgung der bereits vorhandenen Bedarfe gewährleisten zu können, berichtete eine Traumaambulanz im Interview, die Betroffenen je nach Bedarf an qualifizierte Kooperationspartner überzuleiten. Dies führe gerade nach Großschadensereignissen, aber auch bei proaktiver Führung einer Traumaambulanz, aus Sicht der Interviewpartner:innen, zu einer deutlichen Entlastung des Versorgungssystems und stelle eine gute Möglichkeit dar, mehrere Geschäftsbereiche vereinen zu können. Darüber hinaus ist es nach § 6 TAV vorgesehen, dass die Leistungen einer Traumaambulanz auch von externen Anbietern durchgeführt werden dürfen.

Hieraus ist folgende Empfehlung für Traumaambulanzen abgeleitet:

- Eine nach dem Erstgespräch erfolgende Überleitung an Kooperationspartner oder externe Drittanbieter mit entsprechend (§ 3 und § 4 TAV) qualifiziertem Personal könne, insbesondere bei der Notwendigkeit einer Behandlung mit mehr als fünf Terminen, zur Entlastung der Traumaambulanz sowie zur Gewährleistung einer notwendigen ambulanten Psychotherapie im Anschluss an die Frühintervention beitragen. Entsprechende Kooperationspartner oder externe Drittanbieter sind u. a. niedergelassene Psychotherapeut:innen mit Trauma-Zusatzqualifikation sowohl im KiJu-Bereich als auch im Erw.-Bereich (gilt auch für Privatpraxen), Beratungsstellen, psychotherapeutische Aus- und Weiterbildungsinstitute.

2.6. Nahtlose Überleitung von Patient:innen aus Traumaambulanzen in eine ambulante Psychotherapie durch die Möglichkeit einer Inanspruchnahme der vorzeitigen Leistungen einer Krankenbehandlung

Um im Anschluss an die Schnellen Hilfen direkt ambulante Psychotherapie über das SER bekommen zu können, ist ein Antrag auf Leistungen nach dem SGB XIV erforderlich (§ 10 Abs. 1 SGB XIV). Dies gilt auch bei Inanspruchnahme vorzeitiger Leistungen einer Krankenbehandlung (§ 119 Abs. 1 SGB XIV). Die Traumaambulanzen sind wiederum verpflichtet, der Versorgungsverwaltung frühzeitig einen weiter bestehenden Behandlungsbedarf mitzuteilen (§ 35 SGB XIV). Grundsätzlich erfolgt nach jedem gestellten SER-Antrag eine Beurteilung zur Gesundheitsstörung als Schädigungsfolge durch die Versorgungsverwaltung „nach dem aktuellen medizinischen wissenschaftlichen Stand“, hierbei genügt die Wahrscheinlichkeit des ursächlichen Zusammenhangs (§ 4 Abs. 4 SGB XIV). Dabei dient die Bewertung des Grades der Schädigungsfolgen als Beurteilung des Ausmaßes der Gesundheitsstörung (§ 5 Abs. 1 SGB XIV). Dieser Grad der Schädigungsfolgen wird durch eine medizinische (ärztliche oder psychotherapeutische) Begutachtung im Rahmen der Tatsachenermittlung und der Begutachtung des ursächlichen Zusammenhangs ermittelt (s. Versorgungsmedizin-Verordnung, VersMedV). In den Interviews gaben einige Versorgungsverwaltungen an, dass für eine Überprüfung der Voraussetzungen ein Zeitraum von mindestens sechs Monaten erforderlich sei. Nach § 119 Abs. 1 SGB XIV können u. a. Leistungen einer Krankenbehandlung in Anspruch genommen werden, bevor die Anspruchsvoraussetzungen nach § 4 SGB XIV festgestellt wurden. Nach § 119 Abs. 2 SGB XIV können die Versorgungsverwaltungen die Voraussetzungen für einzelne Leistungen prüfen, wenn über den Anspruch oder dessen Umfang noch nicht endgültig entschieden werden kann, die Voraussetzungen für die Bewilligung einzelner Leistungen jedoch mit Wahrscheinlichkeit vorliegen. Einzelne Leistungen in diesem Sinne können auch Leistungen der Krankenbehandlung, einschließlich nach § 43 SGB XIV, sein. Hierbei handelt es sich um eine Ermessensleistung im Einzelfall.

In ihrer Evaluation zur Inanspruchnahme von Traumaambulanzen in Nordrhein-Westfalen (NRW), konnten Bollmann et al. (2012) zeigen, dass durchschnittlich fünf Sitzungen in einer Traumaambulanz wahrgenommen wurden. In der TRAVESI-Studie zur Effektivität von Traumaambulanzen konnten Rassenhofer et al. (2015) dieses Ergebnis aus NRW replizieren und zudem zeigen, dass durch die Frühintervention eine statistisch signifikante sowie klinisch bedeutsame Reduktion posttraumatischer Stresssymptomatik erzielt wurde. Auch im Rahmen der Evaluation zur Effektivität von Traumaambulanzen in Baden-Württemberg konnten Keller et al. (2020) replizieren, dass durchschnittlich fünf Sitzungen von den Betroffenen in Traumaambulanz benötigt wurden. Von insgesamt 85 Gewaltopfern wurde 22 Betroffenen (22,4 %) eine längerfristige ambulante Psychotherapie empfohlen, bei fünf Patient:innen war eine teilstationäre Behandlung indiziert. Der Landschaftsverband Rheinland (LVR) hat in seiner Bestandsaufnahme für das Jahr 2017 zur Qualitätsoptimierung seiner Traumaambulanzen (Silva-Saavedra, A. & Bruns, H., 2019) eine durchschnittliche Inanspruchnahme innerhalb der Frühintervention von vier Sitzungen festgestellt. Bei acht von insgesamt 184 Gewaltopfern, welche in einer Traumaambulanz des LVRs behandelt wurden, erfolgte eine Weitervermittlung.

Im Rahmen der Interviews wurde immer wieder berichtet, dass sowohl Traumaambulanzen als auch bspw. Beratungsstellen Betroffenen mit längerem Behandlungsbedarf davon abraten, die Frühintervention in einer Traumaambulanz in Anspruch zu nehmen. Die Begründung sei, dass Betroffene so zwar kurzzeitig Hilfe erhalten könnten, jedoch schnell wieder auf sich alleine gestellt seien und dies sich eher negativ auf ihren Gesundheitszustand auswirken könne. Man wolle den Betroffenen keine falsche Hoffnung machen, da sich innerhalb der Frühintervention ihre Symptomatik womöglich nicht ausreichend bessere, sie nach Abschluss der Frühintervention lediglich „anbehandelt“ seien.

Vonseiten der potentiellen Anbieter, insbesondere der niedergelassenen oder in Privatpraxen tätigen Psychotherapeut:innen, wurde auch erwähnt, dass es für sie nur dann von Interesse sei, Patient:innen im Rahmen einer Traumaambulanz zu versorgen, wenn im Bedarfsfall direkt anschließend eine ambulante Psychotherapie gewährleistet werden könne. Zumal ein Wechsel der Behandelnden so eher vermieden und z. B. eine Traumatherapie bereits im Rahmen der Frühintervention begonnen werden könne. Insbesondere, wenn im Anschluss an eine Frühintervention akut psychotherapeutischer Weiterbehandlungsbedarf bestünde, sei eine zeitnahe und möglichst nahtlose Versorgung wichtig, auch um langanhaltende Beeinträchtigungen zu verhindern. Entgegen dieses Ansatzes wirken jedoch die gängigen Wartezeiten für eine ambulante Psychotherapie, welche stark zwischen den Regionen variieren. Aktuell werden sie z. B. in Baden-Württemberg mit durchschnittlich 142 Tagen angegeben (Landespsychotherapeutenkammer, 2022). Diese Daten beruhen allerdings auf einer Umfrage aus dem ersten Quartal 2019, folglich vor der Corona-Pandemie. Das Ärzteblatt (2023) berichtet beispielsweise für Bayern von deutlichen regionalen Schwankungen und betont, dass insbesondere Kinder und Jugendliche sowie ältere Menschen überdurchschnittlich lange Wartezeiten für eine ambulante Psychotherapie auf sich nehmen müssen. In München warten Betroffene durchschnittlich 82 Tage auf den Beginn einer ambulanten Psychotherapie, in Oberfranken über 130 Tage. Diese Zahlen beruhen auf Daten aus den Jahren 2019 bis 2021 der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV). Zielführend wäre angesichts der langen Wartezeiten, ein etabliertes System der Überleitung von der Frühintervention in die vorzeitige Leistung der ambulanten Psychotherapie zu schaffen. Daher wäre bei begründeten Einzelfällen eine Anwendung von § 119 i. V. m. § 43 SGB XIV sinnvoll.

Aus diesen Ausführungen zur nahtlosen Überleitung von Patient:innen aus Traumaambulanzen in eine ambulante Psychotherapie mittels Möglichkeit der Inanspruchnahme vorzeitiger oder vorläufiger Leistungen einer Krankenbehandlung lassen sich die folgenden Empfehlungen ableiten:

- Frühzeitige Mitteilung über den weiteren psychotherapeutischen Behandlungsbedarf nach der Betreuung in der Traumaambulanz an die Versorgungsverwaltung durch die Traumaambulanz gemäß § 35 Abs.2 SGB XIV.
- Bei Bedarf Erstellung eines Indikationsschreibens durch die Behandelnden der Traumaambulanz für eine im Anschluss nahtlos folgende ambulante Psychotherapie.
- Entscheidung der Versorgungsverwaltung über die Möglichkeit der Gewährung der vorzeitigen oder vorläufiger Leistung einer ambulanten Psychotherapie zum nahtlosen Übergang aus der Schnellen Hilfe auf Grundlage von § 43 i. V. m. § 119 SGB XIV.
- Die Versorgungsverwaltung soll bei Bedarf innerhalb von max. 14 Tagen nach Anzeige der Traumaambulanz entscheiden, ob die Voraussetzungen zur Gewährung vorzeitiger oder vorläufiger Leistungen gegeben sind.
- Möglichkeit der Traumaambulanzen, ambulante Psychotherapie als vorzeitige bzw. vorläufige Leistung mit den Betroffenen ohne einen Wechsel der Behandelnden über das SER durchführen zu können.

Literaturverzeichnis

Ärzteblatt (2023). Im Schnitt 97 Tage Wartezeit auf Psychotherapie in Bayern.

<https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/140945/Im-Schnitt-97-Tage-Wartezeit-auf-Psychotherapie-in-Bayern> (Zugriff am: 23.06.2023 um 10:11 Uhr).

Bollmann, K., Schürmann, I., Nolting, B., Dieffenbach, I., Fischer, G., Zurek, G., Bering, R. & Heuft, G. (2012). Evaluation der Traumaambulanzen nach dem Opferentschädigungsgesetz in Nordrhein-Westfalen. *Z Psychosom Med Psychother* 53, pp. 42-54.

Bundesregierung Deutschland. Gesetz zu Regelung des Sozialen Entschädigungsrecht. In: Bundesgesetzblatt Jahrgang 2019 Teil I Nr. 50, S. 2652-2725. Bundesanzeiger Verlag Bonn.

Bundesministerium für Arbeit und Soziales, Referat Information, Monitoring, Bürgerservice, Bibliothek (2022). Entschädigung für Opfer von Gewalttaten. Bonn.

<https://www.bmas.de/DE/Soziales/Soziale-Entschaedigung/Opferentschaedigungsrecht/opferentschaedigungsrecht-art.html> (Zugriff am 12.05.22).

Bundesministerium für Arbeit und Soziales (2023). Gesetzes zur Anpassung des Zwölften und Vierzehnten Buches Sozialgesetzbuch und weiterer Gesetze (SGB XII und SGB XIV-Anpassungsgesetz-SGB XII-/SGB XIV-AnpG). <https://www.bmas.de/DE/Service/Gesetze-und-Gesetzesvorhaben/gesetz-anpassung-sgb-xii-xiv.html> (Zugriff am 21.10.2023).

Bundesministerium für Justiz (2017). Versorgungsmedizin Verordnung. Verordnung zur Durchführung des §1 Abs. 1 und 3, des §30 Abs. 1 und des §35 Abs. 1 des Bundesversorgungsgesetzes. <https://www.gesetze-im-internet.de/versmedv.index.html> (Zugriff am 17.10.2023).

Deutsche gesetzliche Unfallversicherung (DGUV). Psychotherapeutenverfahren. https://www.dguv.de/landesverbaende/de/med_reha/psychotherapeuten/index.jsp (Zugriff am: 22.03.2023 um 12:22 Uhr).

Flatten-Whitehead, I. & Rassenhofer, M. (2022). OEG-Traumaambulanzen – Ein Überblick. *Trauma – Zeitschrift für Psychotraumatologie und ihre Anwendungen* 20 Jg. (2022) Heft 3, S. 48-61.

Keller, F., Rassenhofer, M., Nolting, B., Koppmair, S. & Schepker, R. (2020). Effektivität der Kurzinterventionen in Traumaambulanzen. Evaluation in Baden-Württemberg unter Einbezug der Versorgungsbehörden. *Psychotherapeut*: DOI 10.1007/s00278-020-00469-z.

Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg (2022). Psychisch Kranke warten 142 Tage auf eine Psychotherapie BPtK zur Befragung des GKV-Spitzenverbandes. <https://www.lpk-bw.de/news/2022/psychisch-krank-warten-142-tage-auf-eine-psychotherapie> (Zugriff am: 23.06.2023 um 10:07 Uhr).

Rassenhofer, M., Laßhof, A., Felix, S., Heuft, G., Schepker, R., Keller, F. & Fegert, J.M. (2015). Effektivität der Frühintervention in Traumaambulanzen. Ergebnisse des Modellprojekts zur Evaluation von Ambulanzen nach dem Opferentschädigungsgesetz. *Psychotherapeut*: DOI 10.1007/s00278-0150073.0.

Silva-Saavedra, A. und Bruns, H. (2019). Bericht zum aktuellen Stand der Traumaambulanzen für Gewaltopfer im Rheinland. Vorlage 14/2974 K, Niederschrift des 21. Sozialausschusses des LVR.