

Rahmenempfehlung

zur Verbesserung des Informationsangebots,
der Zusammenarbeit in der Versorgung
von Opfern sexuellen Missbrauchs
und des Zugangs zur Versorgung

Inhaltsverzeichnis

Präambel	2
Prämissen	3
Ziele der Rahmenempfehlungen	4
Empfehlungen für Maßnahmen zur Zielerreichung	4
1. Verbesserung der Information über regional verfügbare Beratung, Betreuung und Therapieangebote	4
2. Verbesserung der regionalen Zusammenarbeit	6
3. Verbesserung der Verfügbarkeit von bestehenden Therapieangeboten.....	6
4. Weiterentwicklung der Therapieangebote	9
5. Qualitätsanforderungen an spezialisierte Therapeutinnen und Therapeuten/Ambulanzen	11
Anlagen	18
Anlage 1: Traumanetz seelische Gesundheit Sachsen.....	24
Anlage 2: Psychenet.de Hamburger Netz psychische Gesundheit.....	25
Anlage 3: Kassenärztliche Vereinigung Bayern– Therapieplatzvermittlung Psychotherapie	26
Anlage 4: Bündnis gegen Depression.....	27
Anlage 5: Netzwerk für traumatisierte Flüchtlinge in Niedersachsen e.V.	28
Anlage 6: Bundesweite Abfrage existierender traumaspezifischer Behandlungsangebote in Psychiatrischen Institutsambulanzen	29
Anlage 7: Ostdeutsche Psychotherapeutenkammer	31
Anlage 8: Best Practice Beispiel „Curriculum der DeGPT“	39
Anlage 9: Curriculum „Grundlagen der medizinischen Begutachtung“.....	44
Anlage 10: Qualitätsstandards orientiert an den Leistungsbeschreibungen für Opferambulanzen nach Opferentschädigungsgesetz, im Rahmen der Versorgungsverwaltung der Länder	49



Präambel

Die Rahmenempfehlungen zur Verbesserung des Informationsangebots, der Zusammenarbeit in der Versorgung von Opfern sexuellen Missbrauchs und des Zugangs zur Versorgung greifen die Anregungen des Abschlussberichts der Unabhängigen Beauftragten zur Aufarbeitung des sexuellen Kindesmissbrauchs „Sexueller Kindesmissbrauch in Abhängigkeits- und Machtverhältnissen in privaten und öffentlichen Einrichtungen und im familiären Bereich“ des Runden Tisches sowie die Empfehlungen des Runden Tisches „Immaterielle und materielle Hilfen für Betroffene“ auf mit dem generellen Ziel, das bestehende Informations- und Leistungsangebot für von sexuellem Missbrauch Betroffene zu erschließen. Denn zentrale Forderungen des Runden Tisches richten sich auf Informationsangebote zum Thema sexueller Missbrauch, die als intransparent und insuffizient erlebt werden, auf eine bessere Vernetzung und Erreichbarkeit bestehender Hilfsangebote sowie auf einen zeitnahen Zugang zu qualifizierten Therapeutinnen und Therapeuten.

Der Runde Tisch hatte einvernehmlich festgestellt, dass Opfer von sexuellem Missbrauch unter anderem im Rahmen der bestehenden gesetzlichen Regelungen im Fünften Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) in Verbindung mit der Psychotherapie-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses grundsätzlich angemessene psychotherapeutische und andere Leistungen zur Krankenbehandlung erhalten können. Bezüglich der Informationen über diese Leistungen, ihrer Verfügbarkeit und ihrer Vernetzung zu anderen spezifischen Angeboten wurde Verbesserungspotential gesehen.



Prämissen

1. Die Rahmenempfehlungen gehen von der Prämisse aus, dass das in Deutschland bestehende allgemeine Versorgungs- und Behandlungsangebot durch eine sehr große Anzahl unterschiedlichster Einrichtungen und Personen charakterisiert ist, die mit der Betreuung und Behandlung von Opfern sexuellen Missbrauchs qualifiziert befasst sind oder grundsätzlich dafür in Frage kommen. Charakteristisch sind auch die große Heterogenität der Leistungserbringer im weiteren Sinne und die verbreitete Unkenntnis über das Angebot sowohl bei professionellen Behandlerinnen und Behandlern wie auch bei Hilfesuchenden. Es wird darauf ankommen, Informationen sowie das Beratungs-, Versorgungs- und Behandlungsangebot zunächst besser verfügbar zu machen, ehe neue Einrichtungen oder Änderungen der gesetzlichen Rahmenbedingungen angemahnt werden.

2. Die Rahmenempfehlungen gehen außerdem von der Prämisse aus, dass ein differenziertes Hilfsangebot der Problemlage angemessen ist: dazu gehören allgemeine und besondere Informationen und Auskünfte, daneben Gesprächs- und Beratungsangebote sowie eine Verzweigung zur Selbsthilfe und schließlich therapeutische Angebote.

Diese differenzierten Angebotsstrukturen dienen vor allem dem Anliegen, der individuellen Problemlage der Betroffenen angemessen begegnen zu können. Nicht in allen Fällen ist gleich eine Krankenbehandlung indiziert. Oftmals benötigen Opfer sexuellen Missbrauchs oder ihre Angehörigen zunächst qualifizierte fachliche Informationen oder sie suchen das Gespräch über das Erlebte. Sofern eine Krankenbehandlung notwendig ist, kann sie auch direkt in Anspruch genommen werden.

Beteiligte an dieser Behandlung sind:

- Ärztinnen und Ärzte, die die psychosomatische Grundversorgung anbieten.

Beteiligte mit spezifischer psychotherapeutischer Qualifikation¹:

- Ärztinnen und Ärzte mit Zusatzbezeichnung Psychotherapie.
- Fachärztinnen und Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie.
- Fachärztinnen und Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie.
- Fachärztinnen und Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie.
- Psychologische Psychotherapeutinnen und -therapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -therapeuten.

Eine psychotherapeutische Behandlung der psychischen Folgen sexuellen Missbrauchs kann im Rahmen des Leistungsspektrums der Gesetzlichen Krankenversicherung erfolgen. Anzustreben ist dann ein Kontakt zu solchen zugelassenen Psychotherapeutinnen beziehungsweise Psychotherapeuten, Fachärztinnen beziehungsweise Fachärzten sowie Einrichtungen, die Erfahrungen mit der Behandlung von Missbrauchsfolgen haben.

¹ Im weiteren Text als qualifizierte Therapeutinnen und Therapeuten bezeichnet.



3. Eine weitere wichtige Prämisse liegt schließlich darin, dass ein Informations- und Hilfsangebot primär auf regionaler Ebene strukturiert werden muss, denn nur so können spezifische regionale Bedingungen, wie zum Beispiel das Vorhandensein spezialisierter Beratungsstellen, besonderer Ambulanzen oder entsprechend fortgebildeter Therapeutinnen und Therapeuten in eine Verbesserung der regionalen Zusammenarbeit einfließen. Die regionale Ebene kann am ehesten eine wohnortnahe und dem aktuellen Stand entsprechende Versorgung gewährleisten und vernetzen.

Ziele der Rahmenempfehlungen

1. Verbesserung der Information über regional verfügbare Beratung, Betreuung und Therapieangebote.
2. Verbesserung der regionalen Zusammenarbeit.
3. Verbesserung der Verfügbarkeit von bestehenden Therapieangeboten.
4. Weiterentwicklung der Therapieangebote.
5. Qualitätsanforderungen an spezialisierte Therapeutinnen und Therapeuten/Ambulanzen.

Empfehlungen für Maßnahmen zur Zielerreichung

1. Verbesserung der Information über regional verfügbare Beratung, Betreuung und Therapieangebote

Erstellung einer gemeinsamen webbasierten Informationsplattform mit folgenden Inhalten:

1.1 Allgemeine Informationen

(Bereitstellung durch die Bundesebene)

- Grundlegende medizinische / psychologische Informationen über Folgen von sexuellem Missbrauch (Definition Trauma, mögliche Traumafolgen, Psychotraumatologie, Beschreibung der möglichen Krankheitsfolgen / Krankheitsbilder auf der Basis der ICD-10; S-3 Leitlinie „Posttraumatische Belastungsstörung“).
- Informationen über Psychotherapie allgemein sowie Therapieangebote und -methoden, die speziell für diese Betroffenengruppe geeignet sind (u.a. über Umfang und Dauer der Behandlung, ambulante Methoden, zum Beispiel EMDR; stationäre Traumatherapie (als Krankenhausbehandlung oder Rehabilitation) zum Beispiel nach dem Konzept des Drei-Phasen-Modells, Qualitätsstandards für stationäre Traumatherapie).



- Informationen über Zuständigkeit je nach Problemlage / Fragestellung (Gesetzliche Krankenversicherung, gesetzliche Rentenversicherung, sonstige Leistungsträger, Einrichtungen in freier Trägerschaft (zum Beispiel Kommunen, Kirchen), Versorgungsamt / Bundesversorgungs-, Opferentschädigungsgesetz (§ 68 SGB I).
- Informationen über Zugänge und Voraussetzung zu Beratung, Betreuung und Behandlung (Aufnahmewege für Beratung sowie ambulante, stationäre und rehabilitative Maßnahmen, grundlegendes zur Finanzierung; bezüglich ambulanter Psychotherapie: Informationen über den psychotherapeutischen Leistungsanspruch, zugelassene psychotherapeutische Verfahren, Schritte des Antrags- und Genehmigungsverfahrens, Gutachterverfahren als Instrument der Qualitätssicherung, Widerspruchsmöglichkeiten, Hinweise auf OEG, usw.).

1.2 Adressen

(Bereitstellung auf Landes-/regionaler Ebene)

- Selbsthilfegruppen/-einrichtungen.
- Beratungsstellen.
- Informationsstellen auf kommunaler Ebene / örtlich angebotene Informationsstellen (zum Beispiel Kommune, Kirche etc.) sowie der Länder/Regionen.
- Ambulant tätige qualifizierte Therapeutinnen und Therapeuten.
- Spezielle Ambulanzen (zum Beispiel von Krankenhäusern, Hochschulambulanzen, Ausbildungseinrichtungen).
- Psychiatrische Institutsambulanzen (PIA), die über ein entsprechendes Leistungsangebot verfügen.
- Spezialisierte stationäre Einrichtungen (Krankenhäuser, Rehabilitationseinrichtungen) mit einem entsprechenden Angebot.

Hinweis: Bei den Informationen zu Versorgungs- und Behandlungseinrichtungen etc., die auf der Plattform gelistet sind, handelt es sich um Informationen regional ermittelter Quellen, nicht aber um Empfehlungen der Plattformbetreiber. Für Aktualisierungen ist jeweils die Region verantwortlich.



2. Verbesserung der regionalen Zusammenarbeit

2.1 Austausch und Zusammenarbeit zwischen den an der Versorgung gesetzlich Krankenversicherter Beteiligten sowie mit den Vertretern komplementärer Angebote (zum Beispiel Beratungsstellen, Selbsthilfegruppen usw.) über das regional / lokal vorhandene therapeutische Angebot, zum Beispiel durch Kooperationsvereinbarungen, regionale Gesundheitskonferenzen.

2.2 Einrichtung regionaler, spezialisierter Netzwerke der Behandlerinnen und Behandler (zum Beispiel analog Traumanetz Sachsen, Kompetenznetzwerk Depression in Bayern, psychenet.de: Hamburger Netz psychische Gesundheit, Bündnis gegen Depression, Niedersächsisches Netzwerk für traumatisierte Flüchtlinge (siehe Anlage 1 – 5)).

2.3 Nutzung bestehender spezifischer Qualitätszirkel / Intervisionsgruppen, oder deren Einrichtungen (zum Beispiel bei den Kassenärztlichen Vereinigungen oder den Kammern).

2.4 Durchführung von Fortbildungsveranstaltungen –nach Möglichkeit auch berufsgruppenübergreifend (zum Beispiel bei den Kammern) – mit dem Ziel, die Vernetzung und Kooperation auf der Grundlage transparenter Qualitätsstandards für Beratung und Behandlung zu fördern.

2.5 Einrichtung von Angeboten zur Therapievermittlung (freie Therapieplätze), wie sie beispielsweise die KV Bayerns bereitstellt.

3. Verbesserung der Verfügbarkeit von bestehenden Therapieangeboten

Die Verfügbarkeit von Therapieangeboten kann durch direkte Maßnahmen, die sich auf Zugang und Verfügbarkeit beziehen sowie durch indirekte Maßnahmen, die auf eine Optimierung von Verwaltungsabläufen und eine verbesserte Nutzung der zur Verfügung stehenden Möglichkeiten zielen, erreicht werden.

3.1. Direkte Maßnahmen zur Verbesserung der Verfügbarkeit von Therapieangeboten.

3.1.1 Niederschwellige Informationsangebote durch die jeweils zuständige Krankenkasse, zum Beispiel in Form einer Informationsbroschüre (Informationen über den psychotherapeutischen Leistungsanspruch, zugelassene psychotherapeutische Verfahren, Ablauf des Antrags- und Genehmigungsverfahrens, Informationen über das Gutachterverfahren als Instrument der Qualitätssicherung).



3.1.2 Unterstützung durch die zuständige Krankenkasse bei der Suche nach einem Psychotherapieplatz, soweit erforderlich und erwünscht.

3.1.3 Einrichtung von Suchportalen bei den Kassenärztlichen Vereinigungen, um das Auffinden von qualifizierten Therapeutinnen und Therapeuten zu erleichtern.

3.1.4 Maßnahmen, um die Sicherstellung der vertragsärztlichen und – psychotherapeutischen Versorgung zu gewährleisten, zu verbessern und zu fördern durch die jeweiligen Zulassungs- und Berufungsausschüsse bei den Kassenärztlichen Vereinigungen. Hierzu gehören:

3.1.4.1 Ausnahmsweise Besetzung zusätzlicher Vertragsarzt / Vertragspsychotherapeutenplätze bei nachgewiesenem besonderem Bedarf (Sonderbedarfszulassung).

3.1.4.2 Beim Vorliegen eines spezifischen regionalen Versorgungsbedarfs, der beispielsweise den spezifischen Bedürfnissen von Opfern sexueller Gewalt Rechnung trägt, können auch entsprechend qualifizierte Therapeutinnen und Therapeuten an Krankenhäusern, in Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen usw. Tätige oder entsprechende Einrichtungen zur ambulanten Versorgung des v.g. Personenkreises ermächtigt werden.

3.1.4.3 Vermittlungen von Therapieplätzen, Identifikation sowie Aktivierung von zeitlichen Ressourcen bei bereits an der Versorgung teilnehmenden qualifizierten Therapeutinnen und Therapeuten.

3.1.5 Zur Verfügung stellen und Verbesserung der Informationen über spezifische Behandlungsangebote in psychiatrischen Institutsambulanzen sowie in Ausbildungs- und Hochschulambulanzen.

3.1.5.1 Psychiatrische Institutsambulanzen

Psychiatrische Institutsambulanzen (PIA) sind ambulante Behandlungseinrichtungen an Psychiatrischen Krankenhäusern oder psychiatrischen Abteilungen von Allgemeinkrankenhäusern. Gemäß § 118 SGB V erfüllen sie einen besonderen Versorgungsauftrag. Dieser bezieht sich auf die Behandlung von Versicherten, die aufgrund der Art, Schwere oder Dauer ihrer psychischen Erkrankung eines besonderen, d.h. multiprofessionellen (durch unterschiedliche Berufsgruppen) und komplexen (unterschiedliche Behandlungsmaßnahmen) Behandlungsangebotes bedürfen. Bundesweit existieren bereits in zahlreichen PIA traumaspezifische Behandlungsangebote (siehe Anlage 6). Aufgrund der häufig komplexen Problematik bei von sexuellem Missbrauch Betroffenen stellt das zeitnah zu realisierende und multidisziplinäre Angebot dieser PIA als spezialisierte Traumaambulanzen (Sozialberatung, Familientherapie, gegebenenfalls Kreativtherapie, lokale Vernetzung mit Beratungsstellen und niedergelas-



senen Psychotherapeuten) einen wichtigen Versorgungsbaustein dar. Eine solche Schwerpunktsetzung sollte flächendeckend zur Verfügung stehen und deshalb in den Verträgen der Krankenkassen mit diesen Einrichtungen weiter ausgebaut werden.

Zusätzlich zu v.g. bestehen bereits spezialisierte PIA als „Opferambulanzen“, in denen in Kooperation mit den regional zuständigen Sozialministerien erfolgreich eine spezifische Behandlung traumatisierter Personen nach dem Opferentschädigungsgesetz (OEG) durchgeführt wird. Besonders in der Akutversorgung Betroffener hat sich dieses Versorgungsmodell an zahlreichen Standorten bewährt und sollte weiter ausgebaut werden.

3.1.5.2 Hochschul- und Ausbildungsambulanzen

Gemäß § 117 Abs. 2 SGB V sind Hochschulambulanzen an Psychologischen Universitätsinstituten im Rahmen des für Forschung und Lehre erforderlichen Umfangs zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung ermächtigt. Gleiches gilt für die Ambulanzen an Ausbildungsstätten nach § 6 PsychThG. Auch hier existieren bereits spezifische traumatherapeutische Behandlungsangebote. Diese Schwerpunktsetzung sollte in den Verträgen der Krankenkassen mit diesen Einrichtungen weiter ausgebaut werden.

Kann trotz dieser Maßnahmen eine unaufschiebbare Therapie nicht rechtzeitig durch an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Therapeuten erbracht werden, kann eine Therapie auch im Wege der Kostenerstattung unter den Voraussetzungen des § 13 Absatz 3 SGB V erfolgen.

3.2 Indirekte Maßnahmen zur Verbesserung der Verfügbarkeit von Therapieangeboten.

3.2.1 Informationen und Austausch im Rahmen der regelmäßigen Treffen von GKV-SV und den Fachreferenten der Bundesverbände beziehungsweise der jeweiligen Landesverbände der Krankenkassen zu einheitlichen, optimierten Verwaltungsabläufen der Gutachterzuweisungen bezüglich der Leistungsgewährung für ambulante Psychotherapie und Weitergabe dieser Informationen auf Landesebene.

3.2.2 Information und Sensibilisierung von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern von Krankenkassen zu psychischen Erkrankungen in Folge von sexuellem Missbrauch und deren Behandlungsmöglichkeiten, zum Beispiel durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK).

3.2.3 Überprüfung eines möglichen Verbesserungspotenzials in der Ausbildung zur Psychologischen Psychotherapeutin beziehungsweise zum Psychologischen Psychotherapeuten und zur Kinder- und Jugendlichen Psychotherapeutin beziehungsweise zum Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten hinsichtlich sozialrechtlicher Grundlagen der Erbringung von Psychotherapie im Rahmen der gesetzlichen Kranken-



versicherung sowie eine dem entsprechende Prüfung der Musterweiterbildungsordnung der Bundesärztekammer für die entsprechenden Fachgebiete.

3.2.4 Spezifische Fortbildungsangebote für Therapeutinnen und Therapeuten für die Behandlung besonders schwer oder komplex traumatisierter Opfer von sexueller Gewalt sowie Fortbildung bezüglich sozialrechtlicher Grundlagen der Erbringung von Psychotherapie im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung durch die jeweiligen Kammern.

3.2.5 Psychotherapeutische Behandlung und Begutachtung von Opfern sexuellen Missbrauchs im Rahmen der Psychotherapie-Richtlinie als Schwerpunktthema der regelmäßig von der KBV organisierten Tagungen für Gutachterinnen und Gutachter.

4. Weiterentwicklung der Therapieangebote

Die zur ambulanten Behandlung gesetzlich Krankenversicherter zugelassenen Psychotherapieverfahren sind in der Psychotherapie-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses festgelegt. Anerkannte Psychotherapieverfahren im Sinne der Psychotherapie-Richtlinie sind dadurch gekennzeichnet, dass ihnen ein umfassendes Theoriesystem der Krankheitsentstehung zugrunde liegt und dass ihre spezifischen Behandlungsmethoden in ihrer therapeutischen Wirksamkeit belegt sind. Zu den zugelassenen psychotherapeutischen Behandlungsverfahren gehören derzeit die psychoanalytisch begründeten Verfahren (tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie, analytische Psychotherapie) und die Verhaltenstherapie. Bei Behandlungsbeginn wird im Rahmen der v.g. Verfahren für jede Patientin und für jeden Patienten ein individueller Behandlungsplan, der alle Facetten des aktuellen Krankheitsbildes berücksichtigt und der bei Erfordernis im Verlauf der Behandlung auch verändert werden kann, erarbeitet. Im Behandlungsverlauf können zur Erreichung der Behandlungsziele die unterschiedlichsten Methoden und Techniken, einschließlich kreativtherapeutischer Elemente zum Einsatz kommen, auch spezifische traumatherapeutische Methoden oder solche, die mit inneren Bildern arbeiten, wie zum Beispiel das kathymische Bilderleben.

Neue psychotherapeutische Verfahren und Methoden (§ 135 Absatz 1 SGB V) können in der ambulanten Versorgung gesetzlich Krankenversicherter dann zur Anwendung kommen, wenn deren Nutzen, die medizinische Notwendigkeit sowie die Wirtschaftlichkeit – auch im Vergleich zu bereits zu Lasten der Krankenkassen erbrachten Methoden – durch wissenschaftliche Studien belegt sind und die Verfahren und Methoden auf dieser Basis vom Gemeinsamen Bundesausschuss anerkannt wurden. Voraussetzung für eine Prüfung von neuen Psychotherapieverfahren und -methoden durch den Gemeinsamen Bundesausschuss ist die Anerkennung derselben durch den Wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie nach § 11 PsychThG als wissenschaftlich fundierte Behandlungsverfahren/-methoden. Dies stellt sicher, dass die Patienten eine Behandlung erhalten, deren Wirksamkeit grundsätzlich gesichert ist.



Vor diesem Hintergrund werden zur Weiterentwicklung der Therapieangebote folgende Maßnahmen empfohlen:

4.1 Ausschöpfung der bereits bestehenden Leistungsangebote seitens der qualifizierten Therapeutinnen und Therapeuten sowie entsprechender Einrichtungen im Rahmen der zur Versorgung gesetzlich Krankensversicherter zugelassenen psychotherapeutischen Behandlungsmethoden, auch im Hinblick auf die vielfältigen Störungen der psychischen Entwicklung und Ausbildung von akuten und chronischen Krankheiten nach sexuellem Missbrauch.

4.2 Systematische Recherche und Identifikation von traumaspezifischen Methoden und Techniken durch den Wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie nach § 11 PsychThG sowie Beurteilung der wissenschaftlichen Fundierung der gefundenen Methoden und Techniken.

4.3 Bewertung der wissenschaftlichen Fundierung von Körper- und Kreativtherapien durch den Wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie nach § 11 PsychThG.

4.4 Überprüfung der vom Wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie nach § 11 PsychThG als wissenschaftlich fundiert bewerteten traumaspezifischen Methoden sowie der Körper- und Kreativtherapien durch den Gemeinsamen Bundesausschuss.

4.5 Bildung von Forschungsschwerpunkten bezüglich der Behandlung von Betroffenen sexuellen Missbrauchs an Hochschulambulanzen nach § 117 SGB V.

4.6 Überprüfung durch die Rehabilitationsträger, ob im Rahmen der Rehabilitation ambulante Angebote für von sexuellem Missbrauch Betroffene etabliert werden können (analog der „Vereinbarung Abhängigkeitserkrankungen“ vom 04.05.2001 und analog dem „Gemeinsamen Rahmenkonzept der Deutschen Rentenversicherung und der Gesetzlichen Krankenversicherung zur ambulanten medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker vom 3. Dezember 2008), welche auch verfahrensübergreifende traumatherapeutische und nonverbale Behandlungsmethoden in den Gesamtrehabilitationsplan integrieren.

4.7 Entwicklung von Angeboten im Rahmen der Integrierten Versorgung (§ 140 a–d SGB V) für komplex traumatisierte Menschen, die oft eine Vielzahl an Unterstützungsformen und -einrichtungen mit der Notwendigkeit der Zusammenarbeit auch über die Sektorengrenzen hinweg (ambulante und stationäre Therapie, Klinik, Beratungsstellen, ambulante psychiatrische Pflege etc.) benötigen.



5. Qualitätsanforderungen an spezialisierte Therapeutinnen und Therapeuten / Ambulanzen

Qualifizierte Therapeutinnen und Therapeuten verfügen grundsätzlich über die Qualifikationen zur Diagnostik und Behandlung von psychischen Erkrankungen infolge sexuellen Missbrauchs. Bei schweren beziehungsweise komplexen Traumafolgestörungen kann aber eine Therapie durch spezialisierte Behandlerinnen und Behandler indiziert sein.

5.1 Etablierung und Ausbau von Lehrveranstaltungen zu Folgen sexuellem Missbrauchs und ihrer Behandlung an Hochschulambulanzen gemäß § 117 SGB V.

5.2 Die Heilberufekammern und die zuständigen Behörden werden gebeten zu prüfen, welche spezialisierten Kompetenzen in der Versorgung der Opfer von sexuellem Missbrauch bereits in der Ausbildung zur Psychotherapeutin beziehungsweise Psychotherapeuten beziehungsweise in der entsprechenden Facharztweiterbildung erworben werden und falls erforderlich, zu initiieren sind.

5.3 Die Heilberufekammern und die zuständigen Behörden werden gebeten, die Entwicklung von traumaspezifischen Fortbildungscurricula auf dem Boden bereits vorliegender Curricula zu prüfen und gegebenenfalls voranzutreiben. (zum Beispiel Ostdeutsche Psychotherapeutenkammer, Deutschsprachige Gesellschaft für Psychotraumatologie DeGPT (siehe Anlage 7 & 8), DGPPN, DGPM).

5.4 Die Heilberufekammern und die zuständigen Behörden werden gebeten, gegebenenfalls zusätzlich traumaspezifische Fortbildungscurricula, aufbauend auf den Inhalten der spezifischen Aus- und Weiterbildung, zu entwickeln. Die absolvierte curriculare Fortbildung sollte „führungsfähig“ und bei den Meldestellen der Kammern registriert sein, damit solcherart spezialisierte Therapeutinnen und Therapeuten dort abgefragt und vermittelt werden können.

5.5 Die Heilberufekammern der Ärzte und Psychotherapeuten werden gebeten, den qualifizierten Therapeuten ihre Fortbildungsmodule und – materialien für das Gutachterwesen vorzustellen und anzubieten. Da von Missbrauch Betroffene in vielen Fällen eine gerichtsverwertbare Dokumentation ihrer körperlichen und seelischen Verletzungen und Störungen benötigen, müssen den (Erst-) Behandlern entsprechende Informationen und Dokumentationshilfen zur Verfügung gestellt und Schulungen und Fortbildungen organisiert werden. Für Ärztinnen und Ärzte wurde hierfür z. B. das 40-stündige Fortbildungs-Curriculum "Grundlagen der medizinischen Begutachtung" etabliert (siehe Anlage 9).

5.6 Zur Definition von Qualitätsstandards für spezialisierte Traumaambulanzen können die für Opferambulanzen nach Opferentschädigungsgesetz vertraglich geregelten Standards zur Orientierung herangezogen werden (siehe Anlage 10).



5.7 Durchführung von Supervision und Intervision: Aufgrund der Komplexität der therapeutischen Beziehung und aufgrund der nicht selten auftretenden Krisen bei Beratung und Behandlung von Menschen mit sexuellen Missbrauchserfahrungen sollten von den beteiligten Leistungserbringern Supervision und Intervision als Maßnahmen der Qualitätssicherung eingerichtet und in Anspruch genommen werden (zum Beispiel im Rahmen der Fortbildungspflicht).



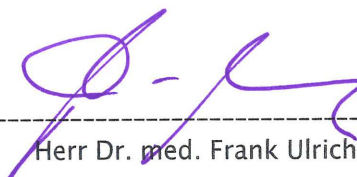
Bundesärztekammer
(Arbeitsgemeinschaft der deutschen Ärztekammern)

Rahmenempfehlung zur Verbesserung des Informationsangebotes,
der Zusammenarbeit in der Versorgung von Opfern
sexuellen Missbrauchs und des Zugangs zur Versorgung

Zustimmung:

6. 9. 2012

Ort, Datum



Herr Dr. med. Frank Ulrich Montgomery



Bundespsychotherapeutenkammer

Rahmenempfehlung zur Verbesserung des Informationsangebotes,
der Zusammenarbeit in der Versorgung von Opfern
sexuellen Missbrauchs und des Zugangs zur Versorgung

Zustimmung:

Berlin, 11.08.2012

Ort, Datum


BPtK
Bundespsychotherapeutenkammer
Klosterstraße 64 · 10179 Berlin
Tel.: 030 - 27 87 95 - 0

Herr Univ.-Prof. Dr. Phil. Rainer Richter

Deutsche Krankenhausgesellschaft e.V.

Rahmenempfehlung zur Verbesserung des Informationsangebotes,
der Zusammenarbeit in der Versorgung von Opfern
sexuellen Missbrauchs und des Zugangs zur Versorgung

Zustimmung:

Berlin, 05.09.2012

Ort, Datum



Deutsche Krankenhausgesellschaft e.V.



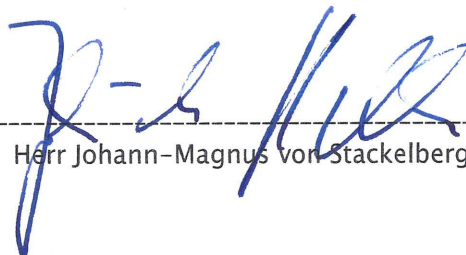
GKV – Spitzenverband
(Spitzenverband Bund der Krankenkassen) K.d.ö.R.

Rahmenempfehlung zur Verbesserung des Informationsangebotes,
der Zusammenarbeit in der Versorgung von Opfern
sexuellen Missbrauchs und des Zugangs zur Versorgung

Zustimmung:

Berlin, 14.09.2012

Ort, Datum



Herr Johann-Magnus von Stackelberg



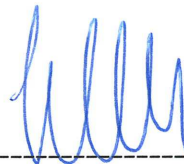
Kassenärztliche Bundesvereinigung K.d.ö.R.

Rahmenempfehlung zur Verbesserung des Informationsangebotes,
der Zusammenarbeit in der Versorgung von Opfern
sexuellen Missbrauchs und des Zugangs zur Versorgung

Zustimmung:

Berlin, 07.08.2012

Ort, Datum



Herr Dr. Andreas Köhler

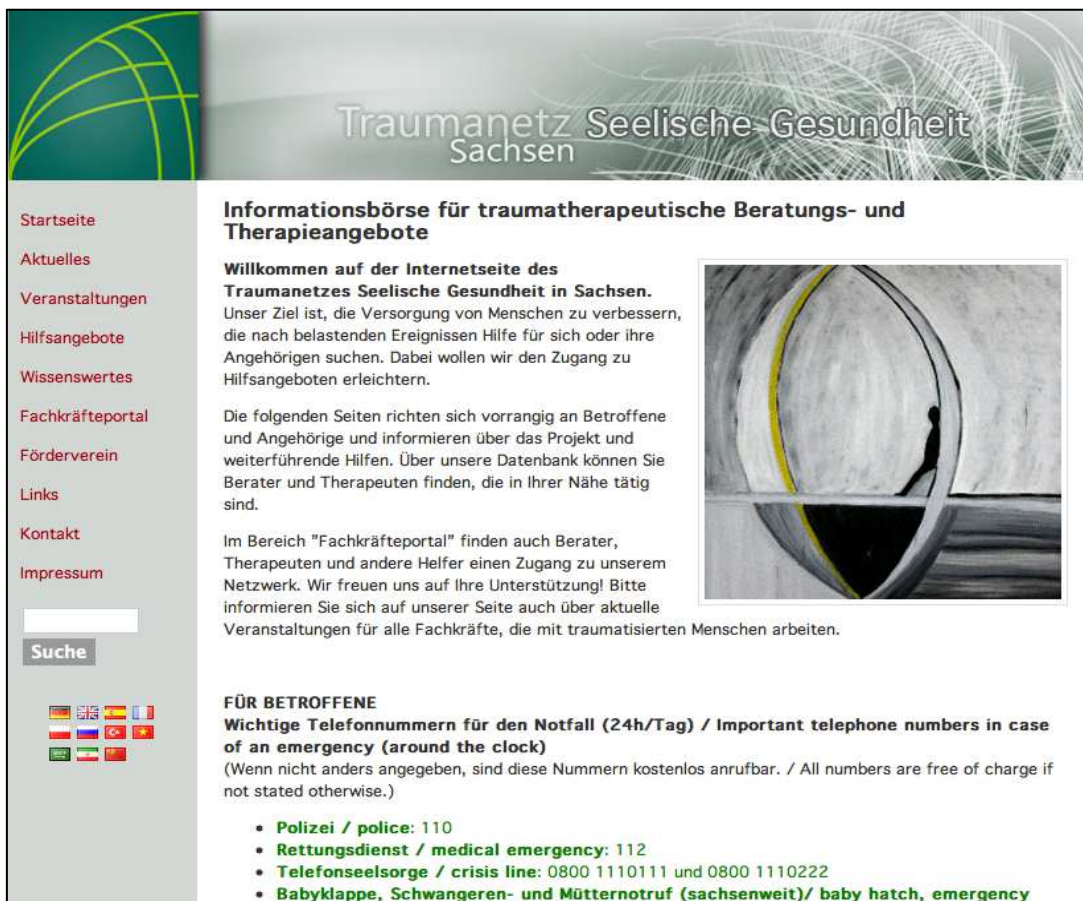


Anlagen



Anlage 1: Traumanetz seelische Gesundheit Sachsen

<http://traumanetz-sachsen.de/>



The screenshot shows the homepage of 'Traumanetz Seelische Gesundheit Sachsen'. The header features a green globe icon on the left and the title 'Traumanetz Seelische Gesundheit Sachsen' in the center. Below the header is a navigation menu with links for 'Startseite', 'Aktuelles', 'Veranstaltungen', 'Hilfsangebote', 'Wissenswertes', 'Fachkräfteportal', 'Förderverein', 'Links', 'Kontakt', and 'Impressum'. A search bar with the label 'Suche' is located below the menu. To the right of the menu is a main content area with the title 'Informationsbörse für traumatherapeutische Beratungs- und Therapieangebote'. Below this title is a welcome message: 'Willkommen auf der Internetseite des Traumanetzes Seelische Gesundheit in Sachsen. Unser Ziel ist, die Versorgung von Menschen zu verbessern, die nach belastenden Ereignissen Hilfe für sich oder ihre Angehörigen suchen. Dabei wollen wir den Zugang zu Hilfsangeboten erleichtern.' To the right of this text is an abstract painting of a boat. Below the welcome message is a paragraph: 'Die folgenden Seiten richten sich vorrangig an Betroffene und Angehörige und informieren über das Projekt und weiterführende Hilfen. Über unsere Datenbank können Sie Berater und Therapeuten finden, die in Ihrer Nähe tätig sind.' Below this is another paragraph: 'Im Bereich "Fachkräfteportal" finden auch Berater, Therapeuten und andere Helfer einen Zugang zu unserem Netzwerk. Wir freuen uns auf Ihre Unterstützung! Bitte informieren Sie sich auf unserer Seite auch über aktuelle Veranstaltungen für alle Fachkräfte, die mit traumatisierten Menschen arbeiten.' Below this is a section titled 'FÜR BETROFFENE' with the sub-heading 'Wichtige Telefonnummern für den Notfall (24h/Tag) / Important telephone numbers in case of an emergency (around the clock)'. Below this is a note: '(Wenn nicht anders angegeben, sind diese Nummern kostenlos anrufbar. / All numbers are free of charge if not stated otherwise.)'. Below this is a list of emergency numbers: '• Polizei / police: 110', '• Rettungsdienst / medical emergency: 112', '• Telefonseelsorge / crisis line: 0800 1110111 und 0800 1110222', and '• Babyklappe, Schwangeren- und Mütternotruf (sachsenweit)/ baby hatch, emergency'.



Anlage 2: Psychenet.de Hamburger Netz psychische Gesundheit

<http://www.psychenet.de/info/ueber-diese-seite.html>

„Erst als ich nicht mehr schlafen konnte, wachte ich auf: Ich hatte eine Depression.“

Jeder 3. Mensch wird einmal im Leben psychisch krank.
[Mehr über Depression](#)

Depression || Somatoforme Störung Psychosen Essstörungen Bipolare Störung Angststörungen

MEHR ERFAHREN

MEHR ERFAHREN

PSYCHISCHE GESUNDHEIT
Informationen zu psychische Erkrankungen, Gesundheitsförderung in Betrieben und Alkohol bei Jugendlichen

NEUIGKEITEN
24.02.2012 Neu: "Hilfe finden" für Kinder und Jugendliche
16.02.2012 Kongress „Die subjektive Seite der Schizophrenie“
08.02.2012 In Hamburg gibt es jetzt Peer-Beratung

ÜBER PSYCHENET
Unser Ziel: Psychische Gesundheit in Hamburg fördern, psychische Erkrankungen früh erkennen und nachhaltig behandeln.

GEFÖRDERT VON
Bundesministerium für Bildung und Forschung
GesundheitsMetropole Hamburg

Über psychenet
Gesamtprojekt
Teilprojekte
Aktuelles
Kontakt

Unsere Partner
Unsere Partner
Partner werden

Psychische Gesundheit
Psychische Erkrankungen
Alkohol im Jugendalter
Psyche & Arbeit

Tools


Hilfe finden
Schnelle Hilfe
Hilfesystem im Überblick
Therapie finden



Anlage 3: Kassenärztliche Vereinigung Bayern- Therapieplatz- vermittlung Psychotherapie

<http://www.kvb.de/patienten/therapieplatz-psychotherapie/>

Home | Kontakt | Sitemap LOGIN Suche



KVB
Kassenärztliche
Vereinigung
Bayerns

PRAXIS **PATIENTEN** PARTNER PRESSE ÜBER UNS ONLINE ANGEBOT FORMULARE

[www.kvb.de](#) » [Patienten](#) » **Therapieplatz Psychotherapie**

Bereitschaftsdienst

Therapieplatz Psychotherapie

Selbsthilfe

Gut informiert

Gesundheitsratgeber

Termine

KVB Kontakt

Bezirks-, Geschäftsstellen

Bereitschaftsdienst

Patienteninfoline

Therapieplatzvermittlung

Mitgliederberatung

Arztsuche

Therapieplatzvermittlung Psychotherapie

Bei der Suche nach einem Therapieplatz für eine psychotherapeutische Behandlung hilft Ihnen die Koordinationsstelle der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns mit einem Telefondienst für Patienten und Angehörige.

Wir vermitteln über unsere Beratungszentralen auf telefonische Anfrage geeignete Therapeuten bzw. einen Spezialisten für ein diagnostisches Indikationsgespräch.

Ihr Anruf wird selbstverständlich vertraulich behandelt

Kontakt	
Tel:	01805 / 809680*
Fax:	01805 / 990110*
Zeiten	
Montag bis Donnerstag	09.00 - 17.00 Uhr
Freitag	09.00 - 13.00 Uhr

*14 Cent/Min. aus dem dt. Festnetz, Mobilfunk max. 42 Cent/Min.


Das können wir für Sie tun

- Allgemeine Auskünfte zur Psychotherapie geben
- Über die verschiedenen Therapiemöglichkeiten und -formen informieren, die von der Krankenkasse bezahlt werden.
- Einen Erstkontakt zur diagnostischen Abklärung vermitteln, insbesondere wenn noch nicht geklärt ist, ob eine Therapie notwendig ist und ggf. welche Therapieform für Sie geeignet wäre.
- Adressen von **Psychotherapeuten** für Erwachsene und für Kinder bzw. Jugendliche bekannt geben
- Freie Psychotherapieplätze vermitteln

Das kann die Koordinationsstelle nicht

- Psychotherapien durchführen
- Diagnosen stellen

Leitfaden: Psychotherapie - Was ist das?

 [Informationen zur Psychotherapie \(30 KB\)](#)

Patienteninfoline

Für Ihre Fragen zur Gesundheitsversorgung in **Bayern**.
Tel.: 01805 / 797997*
Mo-Do: 09.00 - 17.00 Uhr
Fr: 09.00 - 13.00 Uhr
 E-Mail schreiben

*14 Cent/Min. aus dem dt. Festnetz, Mobilfunk max. 42 Cent/Min.

Anlage 4: Bündnis gegen Depression

<http://www.buendnis-depression.de/>



deutsches bündnis gegen depression e.v.

- Home
- Search
- Print
- Share
- Help
- Feedback

Regionale Angebote

Inhaltliche Schwerpunkte

Selbsttest

Laufen gegen Depression

So können Sie helfen

Wir über uns

Mehr zum Thema Depression

Forum

Kooperationspartner und Unterstützer

Infomaterial bestellen

Login: Bündnis intern

Stiftung Deutsche Depressionshilfe

1. Deutscher Patientenkongress Depression

Willkommen

Der gemeinnützige Verein "Deutsches Bündnis gegen Depression e.V." verfolgt unter dem Dach der Stiftung Deutsche Depressionshilfe das Ziel die

- gesundheitliche Situation depressiver Menschen zu verbessern,
- das Wissen über die Krankheit in der Bevölkerung zu erweitern,
- Suiziden vorzubeugen.

Zahlreiche Städte und Kommunen haben sich dem Bündnis angeschlossen und engagieren sich auf lokaler Ebene.

Sie können das Deutsche Bündnis gegen Depression dabei unterstützen, indem Sie spenden oder Fördermitglied werden. Weitere Informationen über Unterstützungsmöglichkeiten finden Sie unter "[So können Sie helfen](#)".

Auf dieser Seite erhalten Betroffene, Angehörige, Experten und Interessierte Informationen zur Erkrankung Depression und den bundesweiten Aktivitäten unseres Vereins.
Bitte beachten Sie: im Fall einer Erkrankung oder des Verdachts auf eine Depression ist das Gespräch mit einem Arzt / Psychologen unverzichtbar.

Aktuelles vom Deutschen Bündnis gegen Depression

Montag, 11. Juli 2012
Volkskrankheit Depression
Prof. Ulrich Hegerl in Focus Online
[mehr..](#)

Freitag, 6. Juli 2012
Newsletter Juni 2012
[mehr..](#)

Mittwoch, 4. Juli 2012
Die Mood Tour ist am Samstag, 16. Juni 2012, erfolgreich gestartet! Es werden noch Mitfahrer für die Etappen 3 und 6 gesucht!
[mehr..](#)

Mittwoch, 4. Juli 2012
Arzneimittelreport: Alte Vorurteile gegen psychisch Kranke - Stellungnahme der DGPPN, des BVDN und des BVDP zum aktuellen Barmer-Arzneimittelreport
[mehr..](#)

Freitag, 22. Juni 2012

Das Deutsche Bündnis gegen Depression ist ein Transferprojekt des Kompetenznetz Depression, Suizidalität, einem bundesweiten Netzwerk zur Optimierung von Forschung und Versorgung im Bereich depressiver Erkrankungen, das vom Bundesministerium für Bildung und Forschung gefördert wurde. Nach dessen Auslaufen 2009 wird der Verein unter dem Dach der Stiftung Deutsche Depressionshilfe www.deutsche-depressionshilfe.de weitergeführt.



gefördert vom Bundesministerium für Bildung und Forschung



Anlage 5: Netzwerk für traumatisierte Flüchtlinge in Niedersachsen e.V.

www.ntfn.de

Startseite > Telefon: 0 51 21 / 10 26 86



NTFN
Netzwerk für traumatisierte Flüchtlinge in Niedersachsen e.V.

STARTSEITE AKTUELLES FORTBILDUNGEN INFOMATERIAL UNTERSTÜTZEN Suchbegriffe hier eingeben GO

Netzwerk für traumatisierte Flüchtlinge in Niedersachsen e.V.



Wissenschaftliche Untersuchungen beziffern den Anteil traumatisierter Flüchtlinge unter den Asylsuchenden auf 40%. Der rechtliche und sprachliche Zugang zu Psychotherapie ist oft schwierig. Niedersachsen hat bisher kein psychosoziales Behandlungszentrum.

Das bietet das NTFN:

- Vermittlung von Therapieplätzen für traumatisierte Flüchtlinge bei qualifizierten PsychotherapeutInnen
- Regelung der Kostenübernahmefragen
- Vermittlung qualifizierter Dolmetscher oder sprachkompetenter Therapeuten
- Bei Bedarf Klärung von aufenthalts- oder asylverfahrensrechtlichen Fragen im Zusammenhang mit der Psychotherapie
- Fortbildungen in Zusammenarbeit mit der Ärztekammer und der Psychotherapeutenkammer Niedersachsen über soziale, psychische und somatische Aspekte von Menschenrechtsverletzungen, Folter und ihren Folgen
- Vermittlung von Gutachten über Traumatisierung, sowie die verschiedenen Behandlungswege zur Rehabilitation der traumatisierten Flüchtlinge
- Supervisionsgruppen nach Absprache
- Telefonische Fachberatung von TherapeutInnen für TherapeutInnen
- Unterstützung in aufenthaltsrechtlichen Fragen oder Vermittlung begleitender Hilfen
- Vernetzung mit der ehrenamtlichen Flüchtlingshilfe oder Migrationsberatungsstellen

Der Verein führt ein Projekt durch, das durch den Europäischen Flüchtlingsfonds gefördert wird:

Über uns

Kontaktadressen

Netzwerk für traumatisierte Flüchtlinge in Niedersachsen e.V.
Langer Garten 23 b
31137 Hildesheim

ntfn-ev@web.de

Karin Loos
Tel.: 05121/102686

Corinna Schütt
Tel.: 05121/8689761
Fax: 05121/31609

Aktuelle Flyer

Netzwerk für traumatisierte Flüchtlinge in Niedersachsen e.V.

 deutsch	 türkisch
 serbisch	 englisch
 russisch	 französisch



Anlage 6: Bundesweite Abfrage existierender traumaspezifischer Behandlungsangebote in Psychiatrischen Institutsambulanzen²

248 Mitteilungen der BDK

Mitteilungen aus der Bundeskonferenz Deutscher Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie (BDK)

Verantwortlich für diese Rubrik: Manfred Wolfersdorf, Bayreuth; Thomas Pollmächer, Ingolstadt

Traumaspezifische Diagnostik und Therapie in Psychiatrischen Institutsambulanzen in Deutschland – eine Umfrage der BDK und des Referates Psychotraumatologie der DGPPN

Martin Driessen¹, Ulrich Frommberger², Carolin Steuwe¹, Ingo Schäfer³

¹Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Bethel, Ev. Krankenhaus Bielefeld

²Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik, Medlin Klinik an der Lindenhöhe, Offenburg

³Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

Einleitung

Psychotraumatologische Aspekte spielen in der psychiatrischen Versorgung eine bedeutsame Rolle. So werden frühe Traumatisierungen zunehmend als ätiologisch relevante und aufrechterhaltende Faktoren für eine Vielzahl auch schwerer psychischer Störungen diskutiert, wobei inzwischen fundierte empirische Belege für diese Zusammenhänge vorliegen (Schäfer u. Fisher 2011). Zudem wird auch ein bedeutsamer Anteil der Personen mit Posttraumatischen Störungen (wie der Posttraumatischen Belastungsstörung, PTBS) in psychiatrischen Einrichtungen behandelt. In NRW wurde in den letzten Jahren auf Betreiben des Ministeriums für Arbeit, Gesundheit und Soziales (MAGS) ein nahezu flächendeckendes Netzwerk von Opferambulanzen etabliert, zumeist in den Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA). Auf der Grundlage des Opfererschädigungsgesetzes (OEG) wird Gewaltopfern dort im Rahmen der sog. Sachverhaltsaufklärung rasche Diagnostik und Hilfe angeboten und bei Bedarf weiterführende Therapien vermittelt oder im Einzelfall in den Ambulanzen durchgeführt. Das Konzept wurde mittlerweile evaluiert und zeigte gute bis sehr gute Effekte (Schürmann 2010). Zudem wurde auf Bundesebene im Rahmen des Runden Ti-

ches Sexueller Missbrauch in jüngster Zeit u. a. die Frage diskutiert, welche Therapeuten bzw. welche Institutionen verfügbar und geeignet sind, die Betroffenen zu behandeln. Daher wurde in der Bundesdirektorenkonferenz (Arbeitsgruppe PIA gemeinsam mit ACKPA) und in der DGPPN (Referat Psychotraumatologie) die Rolle der PIA im Arbeitsfeld Psychotraumatologie intensiv diskutiert. Es stellte sich rasch heraus, dass das Wissen über die derzeitige Quantität und Qualität entsprechender Angebote weder strukturell, personell noch fachlich ausreichend gut bekannt ist, um fundierte Aussagen zu machen.

Daher wurde ein Fragebogen erstellt und an alle in der Arbeitsgruppe aktiv teilnehmenden PIAs versandt (n=334). Die vollständig ausgefüllten Fragebögen von 164 PIAs (49,1%) konnten ausgewertet werden. Diese PIAs verteilen sich über das gesamte Bundesgebiet mit der zu erwartenden Häufung in den Ballungsräumen (Abb. 1).

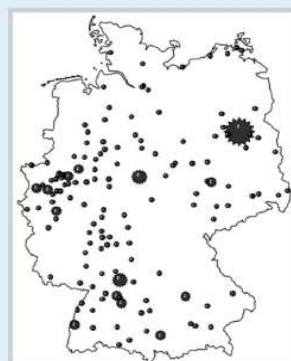


Abb. 1 Die Verteilung der teilnehmenden Psychiatrischen Institutsambulanzen. Die Größe der eingefügten Markierungen reflektiert die Anzahl der teilnehmenden Zentren (z. B. Berlin n=6).

Ergebnisse

In den teilnehmenden PIAs wurden über alle Patientengruppen im Mittel 1144 ± 1212 Fälle pro Quartal behandelt (Median = 700; Range: 7–7000). Die Teilnehmer, meist die PIA-Leitungen, schätzten den Anteil von Patienten mit Posttraumatischer Belastungsstörung (PTBS) als Hauptdiagnose im Mittel bei 3,6 ± 3,6% (Median = 2,5%; Range: 0–20%), mit PTBS als komorbider Störung bei 9,9 ± 11,2% (6%; 0–100%) und den Anteil von Patienten mit Traumatisierungen in der Vorgeschichte (ohne PTBS) bei 24,3 ± 19,1% (20%; 0–100%) ein.

8,5% der PIAs setzen standardisierte psychotraumatologische Diagnostikinstrumente als Screening ein und 43,9% bei klinischem Verdacht. 47% der PIAs setzen dagegen keine standardisierten Instrumente ein. Über eine spezielle Opfersprechstunde nach OEG verfügen 17,9% der PIAs, 73,2% gaben an, traumaspezifische Behandlungen anzubieten. Im Einzelnen sind dies:

Traumakonfrontative Verfahren	61,3%
Stabilisierende Verfahren	98,3%
Kognitive Verfahren	85,7%
Körperorientierte Verfahren	40,7%

Kunst-, Musik-, weitere Kreativtherapieverfahren 50,4%
Durchgeführt werden diese therapeutischen Angebote von Mitarbeitenden mit traumaspezifischer Fortbildung/Qualifikation. Dabei handelt es sich (in Vollkräften) im Mittel um 0,9 ± 1,1 Ärzte (Range 0–5) und 0,7 ± 1,0 Diplompsychologen (0–4), während die hierfür verfügbaren Personalressourcen der anderen Berufsgruppen deutlich geringer sind: Pfleger 0,1 ± 0,6 (0–3); Sozialpädagogen 0,1 ± 0,3 (0–2); Bewegungs-/Körpertherapeuten 0,1 ± 0,3 (0–2); Kunst-, Musik-, Kreativtherapeuten 0,1 ± 0,3 (0–2).

Kostenträger der Behandlung waren in nahezu allen PIAs die Krankenkassensicherungen (98,3%), seltener dagegen die Berufsgenossenschaften (35,9%) und/oder das Land im Rahmen des OEGs (16,2%). 51,6% der PIAs, die derzeit keine traumaspezifischen Angebote machen, wün-

Mitteilungen der BDK ... Psychiatr. Prax 2012; 39: 248–250

² Driessen et al., 2012, S. 248f

schen, dieses Arbeitsfeld zu etablieren. Als bisherige Hinderungsgründe wurde am häufigsten ein personeller bzw. finanzieller Ressourcenmangel angegeben.

Diskussion

Die Frage nach der Repräsentativität der vorliegenden Ergebnisse kann nur m. E. beantwortet werden. Für eine angemessene Repräsentativität spricht die geografische Verteilung der beteiligten PIAs (C Abb. 1), andererseits liegen nur Daten von einem guten Drittel aller PIAs in Deutschland vor, wenn man deren Gesamtzahl mit 418 annimmt (BAG Psychiatrie, 2008).

Die Angaben zur Häufigkeit der PTBS als Haupt- und komorbide Störung stellen mit einem Median von 9,5% nach einschlägigen klinisch-epidemiologischen Studien wahrscheinlich ebenso eine Unterschätzung dar wie die Häufigkeit traumatischer Erfahrungen in der Vorgeschichte des PIA-Klientels (hier Median 20%). Allerdings handelte es sich tatsächlich um eine Schätzung der Verantwortlichen und keine Angaben auf der Grundlage der Dokumentation. Dieser Umstand dürfte auch einen Teil der Spannweite der Angaben erklären. Folgt man der eher konservativen Schätzung dieser Umfrage, weisen annähernd 30–40% aller Patientinnen und Patienten in PIAs Traumatisierungen und/oder eine PTBS auf. Auch wenn die Ergebnisse zeigen, dass das Bewusstsein für diese Thematik mittlerweile recht flächendeckend in den PIAs besteht, sollten psychotraumatologische Themen aufgrund der Häufigkeit betroffener Patientinnen und Patienten deshalb weiter konsequent in die ärztliche Aus- und Weiterbildung integriert werden.

Über die Hälfte der PIAs setzen nach den Ergebnissen standardisierte Instrumente zur Diagnostik ein und knapp dreiviertel traumaspezifische Therapieverfahren, die von durchschnittlich etwas über 2 Therapeuten durchgeführt werden. Diese Zahl ist erheblich versorgungsrelevant. Wenn man diese Angaben auf die Gesamtzahl aller PIAs in Deutschland hochrechnet, bedeutet dies, dass bereits in knapp 220 PIAs eine entsprechende spezifische Zusatzdiagnostik und in ca. 305 PIAs traumaspezifische Therapieangebote in jeweils substanziellem Umfang geleistet werden. Selbst wenn diese Hochrechnung eine Überschätzung darstellt, kann man davon ausgehen, dass mit den PIAs in Deutschland bereits ein qualifiziertes psy-

chotraumatologisches Hilfenetz existiert. Hinzu kommt, dass PIAs aufgrund ihrer Struktur und Arbeitsweise grundsätzlich geeignet, kurzfristig und niedrigschwellig diagnostische und therapeutische Angebote für Betroffene zu machen. Mittel- und längerfristige (psychotherapeutische) Behandlungen können von den PIAs sicher nur in einem kleinen Teil der Fälle geleistet werden. Hier ist die Vernetzung mit und Überweisung zu niedergelassenen psychotraumatologisch qualifizierten Therapeuten gefragt.

Literatur

- Bundesarbeitsgemeinschaft der Träger Psychiatrischer Krankenhäuser (BAG Psychiatrie), Psychiatrische Institutsambulanzen in Deutschland – Ergebnisse einer Umfrage der BAG Psychiatrie, 2008. http://www.lhw-hessen.de/files/430/Auswertung_PIA-ENDFASSUNG.pdf
- Schäfer I, Fisher HL. Childhood trauma and posttraumatic stress disorder in patients with psychosis: clinical challenges and emerging treatments. *Curr Opin Psychiatry* 2011; 24: 514–518
- Schürmann I. Evaluation der Traumaambulanzen in NRW. Projektbericht, 2010. www.lwl.org/lwl-versorgungsamt-download/antraege_und_downloads/Zusammenfassung-Projektbericht-MACS.pdf

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. med. Martin Driessen
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Bethel
Evangelisches Krankenhaus Bielefeld
Remterweg 69–71
33649 Bielefeld
martin.driessen@evkb.de



Anlage 7: Ostdeutsche Psychotherapeutenkammer

- a.) Richtlinie zum Erwerb der Fortbildungsqualifikation „Psychotraumatherapie
(http://www.opk-info.de/red_tools/download_dokument.php?id=423)
- b.) Richtlinie zum Erwerb der Fortbildungsqualifikation "Psychotraumatherapie Kinder
und Jugendliche"
(http://www.opk-info.de/red_tools/download_dokument.php?id=422)



a.)

Richtlinie zum Erwerb der Fortbildungsqualifikation „Psychotraumatherapie OPK“

Aufgrund von § 16 Abs. 1 des Sächsischen Heilberufekammergesetzes (SächsHKaG) vom 24. Mai 1994 (SächsGVBl. S. 935), zuletzt geändert durch Gesetz vom 19. Mai 2010 (SächsGVBl. S. 142, 143), in der jeweils geltenden Fassung, in Verbindung mit § 15 Absatz 1 Berufsordnung und § 5 Satz 1 der Fortbildungsordnung hat die Kammerversammlung der Ostdeutschen Psychotherapeutenkammer (OPK) am 08.04.2011 nachfolgende Richtlinie für den Erwerb der Fortbildungsqualifikation „Psychotraumatherapie OPK“ beschlossen.

1. Regelung dieser Richtlinie

Die Richtlinie regelt im Rahmen der Fortbildungsordnung die Voraussetzungen für die

1. Anerkennung einer Fortbildungsqualifikation (Nr.2),
2. Aufnahme in eine Liste der OPK (Nr. 3) und
3. Bezeichnung (Nr. 4) des Fortbildungsgangs „Psychotraumatherapie OPK“.

2. Anerkennung einer Fortbildungsqualifikation

1. Psychologische PsychotherapeutInnen, die nach dieser Richtlinie eine Fortbildung absolviert haben, erhalten auf Antrag die Anerkennung (§ 7 Abs. 1 Satz 2 Fortbildungsordnung) durch die Ostdeutsche Psychotherapeutenkammer – OPK (Kammer) und werden in eine Liste (Nr. 3) aufgenommen.
2. Psychologische PsychotherapeutInnen, die vor In-Kraft-Treten dieser Richtlinie eine Fortbildung absolviert haben, die im Inhalt und Umfang dieser Richtlinie gleichwertig ist, erhalten auf Antrag die Anerkennung (§ 7 Abs. 1 Satz 2 Fortbildungsordnung) aufgrund pflichtgemäßen Ermessens durch die Kammer und werden in eine Liste (Nr. 3) aufgenommen; fehlende Fortbildungsanteile können nach den Vorgaben der Kammer nachgeholt werden. Satz 1 gilt entsprechend für eine nach In-Kraft-Treten dieser Richtlinie erworbene Qualifikation.
3. Die Kammer ist berechtigt, zu Fragen der Gleichwertigkeit (Abs. 2) einer abgeleiteten Fortbildungsqualifikation Empfehlungen der Fachkommission Psychotraumatherapie einzuholen.

3. Aufnahme in eine Liste der OPK

Soweit die Voraussetzungen der Nr. 2 Abs. 1 oder Abs. 2 erfüllt sind, erfolgt die Aufnahme in die Liste „Psychotraumatherapie OPK“.

4. Bezeichnung

Mit der Aufnahme in die Liste (Nr. 3) sind die Psychologischen PsychotherapeutInnen berechtigt, auf die Aufnahme und die erworbene Qualifikation hinzuweisen und die Bezeichnung „Psychologische Psychotherapeutin“ oder „Psychologischer Psychotherapeut“ mit dem Zusatz: „Psychotraumatherapie OPK“ zu führen.

5. In-Kraft-Treten

Diese Richtlinie tritt am Tage nach ihrer Veröffentlichung im Mitteilungsblatt der Kammer in Kraft.



I.	Voraussetzung für den Eintrag auf die OPK-Liste „Psychotraumatherapie OPK“	
	Approbation als Psychologische/r PsychotherapeutIn	
II.	Curriculare Module/ Inhalte	Mindestanzahl Unterrichtseinheiten (UE)
1.	<p>Theoretische Grundlagen und Diagnostik von Traumafolgestörungen</p> <p>Epidemiologie und Spektrum der Traumafolgestörungen, Traumaspezifische Diagnostik, Besonderheiten des Traumagedächtnisses, Neurobiologie, Überblick zu traumaspezifischen Behandlungsmethoden und -techniken, Behandlung mit Psychopharmaka, Überblick über den aktuellen Stand der Psychotherapieforschung im Bereich Trauma);</p> <p>Relevante juristische Grundkenntnisse z.B. Opferschutz-Gesetze (für Deutschland z. B. OEG, GewSchG);</p> <p>Rollenunterschiede: GutachterIn versus TherapeutIn</p>	mind. 20
2.	<p>Akute Traumatisierungen und Krisenintervention</p> <p>Dieser Abschnitt soll Informationen zu folgenden Themen umfassen;</p> <p>Phasenverlauf und Erscheinungsbilder akuter Traumatisierungen, Kenntnisse über Schutz- und Risikofaktoren, Kenntnisse von Screeningverfahren im Bereich akuter Traumafolgestörungen, Verhinderung von Folgetraumatisierungen, Unterstützung natürlicher Verarbeitungsprozesse, Gesprächsführung in der akuten Situation, Umgang mit Phänomenen akuter Belastungsstörungen wie z.B. Dissoziation. Diagnostik und Behandlung von Akuter Belastungsreaktion/-störung.</p> <p>Kritischer Einsatz von Akutinterventionen (Evidenzbasis unter Berücksichtigung aktueller Metaanalysen, Darstellung der Vorgehensweisen, Information zu existierenden Manualen und zum Stand der Wirksamkeit verschiedener Verfahren). Differenzierung von Psychosozialer Notfallversorgung, traumaspezifischer Krisenintervention und Psychotherapie bei Akuter Belastungsreaktion/-störung. Kooperation und Vernetzung mit Opferhilfe-Organisationen und den Diensten vor Ort.</p>	mind. 10
3.	<p>Behandlung einfacher (Non-komplexer) PTBS</p> <p>Es sollen eingehende, anwendungsrelevante Kenntnisse evidenzbasierter Behandlungsansätze vermittelt werden (z.B. Trauma-fokussierte kognitiv-behaviorale Therapie (Tf-KBT und EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing), Narrative Expositionstherapie, Imagery Rescripting and Reprocessing (IRRT)).</p>	mind. 20
4	<p>Behandlung komplexer Traumafolgestörungen (chronische PTBS, komorbide Symptomatik)</p> <p>Über die Besonderheiten der Behandlung von Personen, welche an PTBS mit komplexer komorbider Symptomatik leiden, sollen ausführliche Kenntnisse erworben werden.</p> <p>Es sollten mindestens drei unterschiedliche Methoden vermittelt werden,</p>	mind. 25



	<p>eines davon vertieft, die anderen im Überblick. Zum Beispiel</p> <ul style="list-style-type: none"> • Trauma-fokussierte kognitiv-behaviorale Therapie (Tf-KBT) • Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) • Narrative Expositionstherapie (NET) • Mehrdimensionale psychodynamische Traumatherapie (MPTT-KJ) • Psychodynamisch Imaginative Traumatherapie (PITT-KJ) • Imagery Rescripting and Reprocessing (IRRT (Smucker)) <p>Es sollen folgende Kenntnisse und Kompetenzen vermittelt werden:</p> <p>gestufte und gut steuerbare Verfahren der Konfrontation mit dem Erlebten sowie die Veränderung dysfunktionaler / übertragungsverzerrender Affekte und Kognitionen,</p> <p>Besonderheiten der Beziehungsgestaltung mit Traumatisierten und spezielle Komplikationen in der therapeutischen Beziehung mit Traumatisierten,</p> <p>Besonderheiten der Stabilisierung und der Traumakonfrontation/ Traumabarbeitung</p> <p>Fachgerechte Integration komorbider Störungen in einen Behandlungsplan</p> <p>Spezifika bei ritualisierter Gewalt, dissoziative Störungsbilder</p>	
5.	<p>Methoden zur Stabilisierung, Affektregulation und Ressourcenaktivierung</p> <p>Die Techniken sollen in Theorie und Praxis vermittelt werden und folgende Aspekte berücksichtigen:</p> <p>Psychosoziale Interventionen zur Herstellung von äußerer Sicherheit, Abklärung innerer Sicherheit: Suizidalität, Parasuizidalität, Selbstverletzung, Fremdgefährdung</p> <p>Stabilisierung und Ressourcenaktivierung mittels kreativer Mittel, traumaadaptierter Entspannungsverfahren, Imaginativ-hypnotherapeutischer Techniken</p> <p>Affektregulation und Coping (z.B. Techniken aus der dialektisch-behavioralen Therapie (DBT) mit Schwerpunkt auf Unterbrechung intrusiver Phänomene, Selbstverletzung sowie Erlernen von Affektmodulation).</p>	mind. 15
6.	<p>Psychohygiene/ Selbsterfahrung</p> <p>Themenzentrierte Selbsterfahrung (Psychohygiene für Psychotherapeuten: Selbstdiagnose von sekundären Traumatisierungen und Burnout, Anleitung zum Selbstschutz für BehandlerInnen.)</p>	mind. 10
7.	<p>Supervision eigener Behandlungsfälle</p> <p>Bestätigung von drei supervidierten Fällen von PatientInnen mit Traumafolgestörungen.</p>	mind. 10
	Mindest-Gesamtunterrichtseinheiten (UE) mit je 45 Minuten Dauer	mind. 120



b.)

Richtlinie zum Erwerb der Fortbildungsqualifikation "Psychotraumatherapie Kinder und Jugendliche OPK"

Aufgrund von § 16 Abs. 1 des Sächsischen Heilberufekammergesetzes (SächsHKaG) vom 24. Mai 1994 (SächsGVBl. S. 935), zuletzt geändert durch Gesetz vom 19. Mai 2010 (SächsGVBl. S. 142, 143), in der jeweils geltenden Fassung, in Verbindung mit § 15 Absatz 1 Berufsordnung und § 5 Satz 1 der Fortbildungsordnung hat die Kammerversammlung der Ostdeutschen Psychotherapeutenkammer (OPK) am 08.04.2011 nachfolgende Richtlinie für den Erwerb der Fortbildungsqualifikation „Psychotraumatherapie Kinder und Jugendliche OPK“ beschlossen.

1. Regelung dieser Richtlinie

Die Richtlinie regelt im Rahmen der Fortbildungsordnung die Voraussetzungen für die

1. Anerkennung einer Fortbildungsqualifikation (Nr.2),
2. Aufnahme in eine Liste der OPK (Nr. 3) und
3. Bezeichnung (Nr. 4) des Fortbildungsgangs „Psychotraumatherapie Kinder und Jugendliche OPK“.

2. Anerkennung einer Fortbildungsqualifikation

1. Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen und Psychologische PsychotherapeutInnen, die nach dieser Richtlinie eine Fortbildung absolviert haben, erhalten auf Antrag die Anerkennung (§ 7 Abs. 1 Satz 2 Fortbildungsordnung) durch die Ostdeutsche Psychotherapeutenkammer – OPK (Kammer) und werden in eine Liste (Nr. 3) aufgenommen.

2. Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen und Psychologische PsychotherapeutInnen, die vor In-Kraft-Treten dieser Richtlinie eine Fortbildung absolviert haben, die im Inhalt und Umfang dieser Richtlinie gleichwertig ist, erhalten auf Antrag die Anerkennung (§ 7 Abs. 1 Satz 2 Fortbildungsordnung) aufgrund pflichtgemäßen Ermessens durch die Kammer und werden in eine Liste (Nr. 3) aufgenommen; fehlende Fortbildungsanteile können nach den Vorgaben der Kammer nachgeholt werden. Satz 1 gilt entsprechend für eine nach In-Kraft-Treten dieser Richtlinie erworbene Qualifikation.

3. Die Kammer hat Psychologischen PsychotherapeutInnen, die aufgrund der Richtlinie zum Erwerb der Fortbildungsqualifikation „Psychotraumatherapie OPK“ in der Liste „Psychotraumatherapie OPK“ Aufnahme gefunden haben, diese Qualifikation nach pflichtgemäßem Ermessen auf eine Fortbildung nach dieser Richtlinie anzurechnen und entsprechend Abs. 1 anzuerkennen.

4. Die Kammer ist berechtigt, zu Fragen der Gleichwertigkeit (Abs. 2) einer abgeleiteten Fortbildungsqualifikation Empfehlungen der Fachkommission Psychotraumatherapie einzuholen.

3. Aufnahme in eine Liste der OPK

Soweit die Voraussetzungen der Nr. 2 Abs. 1, Abs. 2 oder Abs. 3 erfüllt sind, erfolgt die Aufnahme in die „Liste Psychotraumatherapie Kinder und Jugendliche OPK“.

4. Bezeichnung

Mit der Aufnahme in die Liste (Nr. 3) sind die Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen und Psychologischen PsychotherapeutInnen berechtigt, auf die Aufnahme und die erworbene Qualifikation hinzuweisen und die Bezeichnung „Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin“ oder „Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut“ bzw. „Psychologische Psychotherapeutin“ oder „Psychologischer Psychotherapeut“ mit dem Zusatz: “ Psychotraumatherapie Kinder und



Jugendliche OPK“ zu führen. Satz 1 gilt entsprechend für Psychologische PsychotherapeutInnen,
deren Qualifikation gem. Nr. 2 Abs. 3 anerkannt wurde.

5. In-Kraft-Treten

Diese Richtlinie tritt am Tage nach ihrer Veröffentlichung im Mitteilungsblatt der Kammer in
Kraft.

Leipzig, 08.04.2011

Andrea Mrazek, Präsidentin



I.	Voraussetzungen für den Eintrag auf die OPK-Liste „Psychotraumatherapie Kinder und Jugendliche OPK“	
	Approbation als Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutIn oder als Psychologische/r PsychotherapeutIn	
II.	Curriculare Module/Inhalte	Mindestanzahl Unterrichtseinheiten (UE)
1.	<p>Theoretische Grundlagen und Diagnostik von Traumafolgestörungen bei Kindern und Jugendlichen</p> <p>Folgende Inhalte sollen berücksichtigt werden:</p> <p>Traumaspesifische Diagnose- und Behandlungsverfahren, altersangepasste und altersspezifische Diagnostik, Epidemiologie und mögliche Traumafolgestörungen, Besonderheiten der Traumatisierung in verschiedenen Lebensaltern.</p> <p>Überblick über den aktuellen Stand der Psychotherapieforschung im Bereich Trauma bei Kindern und Jugendlichen.</p> <p>Besonderheiten des Traumagedächtnisses, Neurobiologie, Kennzeichen spezifischer Traumatisierungen, bindungstheoretische Grundlagen, entwicklungspsychologische Aspekte, ätiopathogenetische Modelle (allgemeine und spezielle Psychotraumatologie), Überblick über Grundlagen struktureller dissoziativer Störungsbilder, unterschiedliche Traumatisierungen (u. a. traumabedingte Trauer) und ihre Auswirkungen auf das Kind und seine Familie, Einbezug von Eltern, Familie und sozialen Bezugssystemen, kulturelle Aspekte der Traumasymptomatik, Gewalt in Familie und Gesellschaft, Genderaspekte. Besonderheiten der Beziehungsgestaltung zu traumatisierten Kindern, Jugendlichen und ihren Familien und Bezugssystemen</p> <p>Vermittlung relevanter juristischer Grundkenntnisse: Maßnahmen zur Verhinderung erneuter Viktimisierung (z. B. sexuelle Gewalt), relevante Bestimmungen aus den verschiedenen Rechtsgebieten (Zivil-, Straf-, Opferrecht; Kinder- und Jugendschutzgesetz, interdisziplinäre Vernetzung und Kooperation im Bereich Intervention und Schutz von Kindern und Jugendlichen</p> <p>Rollenunterschiede: GutachterIn versus TherapeutIn</p>	mind. 20
2.	<p>Akute Traumatisierungen und Krisenintervention</p> <p>Phasenverlauf und Erscheinungsbilder akuter Traumatisierungen, Kenntnisse über Schutz- und Risikofaktoren, Kenntnisse von Screeningverfahren im Bereich akuter Traumafolgestörungen, Verhinderung von Folgetraumatisierungen, Unterstützung natürlicher Verarbeitungsprozesse, Gesprächsführung in der akuten Situation, Umgang mit Phänomenen akuter Belastungsstörungen wie z.B. Dissoziation. Diagnostik und Behandlung von Akuter Belastungsreaktion/-störung</p> <p>Kritischer Einsatz von Akutinterventionen (Evidenzbasis unter Berücksichtigung aktueller Metaanalysen, Darstellung der Vorgehensweisen, Information zu existierenden Manualen und zum Stand der Wirksamkeit verschiedener Verfahren). Differenzierung von Psychosozialer Notfallversorgung, traumaspesifischer Krisenintervention und Psychotherapie bei Akuter Belastungsreaktion/-störung. Kooperation und Vernetzung mit Opferhilfe-Organisationen und den Diensten vor Ort.</p> <p>Spezifika in der Reaktion von Kindern und Jugendlichen</p>	mind. 20



3.	<p>Behandlung einfacher (non-komplexer) PTBS bei Kindern und Jugendlichen</p> <p>Es sollen eingehende, anwendungsrelevante Kenntnisse evidenzbasierter Behandlungsansätze vermittelt werden (z.B. Trauma-fokussierte kognitiv-behaviorale Therapie, Tf-KBT und EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing), Einbeziehung der Eltern/Bezugspersonen in die Behandlung, Imagery Rescripting and Reprocessing (IRRT).</p>	mind. 20
4.	<p>Behandlung von chronifizierter PTBS mit komplexer komorbider Symptomatik bei Kindern und Jugendlichen</p> <p>Über die Besonderheiten der Behandlung von Kindern oder Jugendlichen, welche an PTBS mit komplexer komorbider Symptomatik leiden, sollen ausführliche Kenntnisse erworben werden.</p> <p>Aufgrund ihrer klinischen Bedeutung sollte eines der Methoden 1-3 ausführlich, eines der Methoden 4-6 im Überblick in ihrer kinder- und jugendlichenspezifischen Anwendung vermittelt werden.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Trauma-fokussierte kognitiv-behaviorale Therapie (Tf-KBT) • Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) • Narrative Expositionstherapie für Kinder und Jugendliche (KIDNET) • Traumazentrierte spieltherapeutische Methoden • Mehrdimensionale psychodynamische Traumatherapie (MPTT-KJ) • Psychodynamisch Imaginative Traumatherapie (PITT-KJ) • Imagery Rescripting and Reprocessing (IRRT (Smucker)) <p>Einbeziehung der Eltern/Bezugspersonen in die Behandlung, Behandlungsansätze bei traumabedingter Trauer, Kind-Eltern-Therapie bei Kindern bis drei Jahren, Fachgerechte Integration komorbider Störungen in einen Behandlungsplan</p>	mind. 15
5.	<p>Entwicklungsangepasste Methoden zur Stabilisierung, Affektregulation und Ressourcenaktivierung</p> <p>Die Techniken sollen in Theorie und Praxis vermittelt werden und folgende Aspekte berücksichtigen:</p> <p>Psychosoziale Interventionen zur Herstellung von äußerer Sicherheit, Abklärung innerer Sicherheit: Suizidalität, Parasuizidalität, Selbstverletzung, Fremdgefährdung</p> <p>Stabilisierung und Ressourcenaktivierung mittels altersangemessener kreativer Mittel, traumaadaptierter Entspannungsverfahren, Imaginativ-hypnotherapeutischer Techniken, altersgerechte kognitive Techniken.</p> <p>Affektregulation und Coping (z.B. Techniken aus der dialektisch-behavioralen Therapie (DBT) für Jugendliche mit Schwerpunkt auf Unterbrechung intrusiver Phänomene, Selbstverletzung sowie Erlernen von Affektmodulation)</p> <p>Arbeit mit Bezugspersonen und innerhalb der sozialen Bezugssysteme</p>	mind. 15
6.	<p>Psychohygiene/ Selbsterfahrung</p> <p>Themenzentrierte Selbsterfahrung (Psychohygiene für Psychotherapeuten: Selbstdiagnose von sekundären Traumatisierungen und Burnout, Anleitung zum Selbstschutz für BehandlerInnen, Klärung persönlicher Werthaltungen.</p>	mind. 10
7.	<p>Supervision eigener Behandlungsfälle</p> <p>Bestätigung von drei supervidierten Fällen von PatientInnen mit Traumafolgestörungen .</p>	mind. 10
Mindestanzahl Gesamtunterrichtseinheiten (UE) mit je 45 Minuten Dauer		mind. 120



Anlage 8: Best Practice Beispiel „Curriculum der DeGPT“

<http://www.degpt.de/curriculum/spezielle-psychotraumatherapie.html>



DeGPT e.V.
Geschäftsstelle
Am Born 19
D-22765 Hamburg

Tel.: +49 40 33310119
Fax: +49 40 69669938
Email: info@degpt.de
www.degpt.de

Empfehlung des Vorstandes für den Erwerb einer Zusatzqualifikation „Spezielle Psychotraumatherapie für Erwachsene“ (Überarbeitete Fassung 2012)

Präambel

Spezialisierte psychotraumatologische Kenntnisse sind Grundlage für die qualifizierte Versorgung von Patienten mit Traumafolgestörungen. Da entsprechende Unterrichtsinhalte in den grundständigen Weiter- und Ausbildungscurricula von psychologischen und ärztlichen Psychotherapeuten nicht in ausreichendem Umfang integriert sind, empfiehlt die DeGPT folgende Standards für eine Qualifikation in ‚Spezieller Psychotraumatherapie für Erwachsene (DeGPT)‘.

Nach den Empfehlungen des nach dem deutschen Psychotherapeutengesetz eingerichteten wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie (Methodenpapier 2010) sollen psychotherapeutische Ausbildungsinstitute - soweit verfügbar – durch den wissenschaftlichen Beirat anerkannte Behandlungsverfahren bzw. Behandlungsmethoden lehren. Das von der DeGPT erarbeitete Curriculum trägt dieser Forderung Rechnung und wird regelmäßig nach dem aktuellen Stand der Forschung aktualisiert. Letzte Bearbeitung 31.10.2011.

Voraussetzungen

Deutschland

Approbation als psychologischer Psychotherapeut bzw. Approbation als Arzt und Facharztqualifikation für Psychiatrie und Psychotherapie oder Psychotherapeutische Medizin/Psychosomatische Medizin bzw. Approbation als Arzt und Zusatzbezeichnung Psychotherapie.

Schweiz

Anerkennung als Facharzt/ärztin FMH für Psychiatrie und Psychotherapie oder als Arzt /Ärztin mit anerkannter Psychotherapieweiterbildung. Oder: Kantonale Praxisbewilligung für Psychotherapie oder Anerkennung als FachpsychologIn für Psychotherapie FSP oder PsychotherapeutIn SBAP oder PsychotherapeutIn ASP. Oder: Anerkennung durch oder Mitgliedschaft bei der GedaP oder Anerkennung als PsychotherapeutIn im Rahmen kantonalen Rechts.

Österreich

Arzt/Ärztin mit dem Diplom „Psychotherapeutische Medizin“ der österreichischen Ärztekammer oder: Eintrag in die Liste „PsychotherapeutInnen“ des zuständigen Ministeriums



Curriculum Spezielle Psychotraumatheerapie Erwachsene (DeGPT)

A	Curriculare Module/Inhalte	Std.(UE)
1	<p>Theoretische Grundlagen</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Geschichte der Psychotraumatologie, Neurobiologie, Besonderheiten des Traumagedächtnisses, Störungsmodelle und Behandlungsmodelle. Überblick zu traumaspezifischen Behandlungsverfahren, Psychopharmakotherapie von Traumafolgestörungen ▪ Überblick über den aktuellen Stand der Psychotherapieforschung im Bereich Trauma (Metaanalysen etc.). Epidemiologie von Traumatisierungen, Traumafolgestörungen und häufigen komorbiden Störungsbildern. ▪ Besonderheiten bei spezifischen Traumatisierungen (z. B. sexuelle Gewalt, Migrationsprobleme, Folter, militärische Einsätze); juristische Grundkenntnisse (z.B. Opferschutz-Gesetze, Gewaltschutzgesetze); Grundlagen des Heilverfahrens der Berufsgenossenschaften/ Unfallversicherungen. ▪ Möglichkeiten kontinuierlicher Fortbildung (Leitlinien, Fachgesellschaften, Fachzeitschriften). 	10
2	<p>Diagnostik und Differentialdiagnostik von Traumafolgestörungen</p> <p>Durchführung von Erstgesprächen und Psychoedukation bei traumatisierten Patienten. Grundlagen der Diagnostik mit Checklisten, Fragebogenscreening und diagnostischen Interviews. Differentialdiagnostik der Traumafolgestörungen. (jeweils mit Diagnosekriterien, Überblick zu Screeninginstrumenten und Interviewdiagnostik).</p> <p>Detailliert behandelt werden sollen:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Diagnostik akuter Belastungsreaktionen ▪ Diagnostik der posttraumatischen Belastungsstörung ▪ Diagnostik komplexer Traumafolgestörungen einschließlich Dissoziativer Störungen 	10
3	<p>Techniken zur Ressourcenaktivierung und zur Förderung der Affektregulation</p> <p>Förderung von Affektregulation, Selbst- und Beziehungsmanagement und sozialen Kompetenzen sowie von intra- und interpersonellen Ressourcen. Techniken zur Re-Orientierung- und Unterbrechung intrusiver Symptome durch Distanzierung.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kognitive Techniken (z.B. Explorieren und Verändern dysfunktionaler Kognitionen, Bearbeiten von Schuld, Scham, Ekel und anderer traumassoziierter kognitiv-emotionaler Schemata). 2. Hypnotherapeutisch-imaginative Techniken zur Distanzierung und Ressourcenaktivierung (z.B. Imaginationsübungen, Screentechniken) 3. Gezielte Förderung der Fähigkeit zur Affektmodulation und Affektkontrolle. Symptommanagement bei Selbstverletzen und anderen selbstschädigenden Handlungen (z.B. achtsamkeitsbasierte Übungen, Skillstraining). Erstellen von Notfallplänen („Notfallkoffer“) und Ressourcenlisten. <p>Aus allen drei Bereichen sollen Techniken ausführlich dargestellt, praktisch eingeübt und ihr differentieller Einsatz diskutiert werden.</p>	20



Bei **PTBS mit komorbider Dissoziativer Störung** wie oben, **zusätzlich:**

- Einsatz antidissoziativer Skills
- Förderung von Wahrnehmung, Verstehbarkeit und Steuerungsfähigkeit zuvor dissoziierter Bereiche des Erlebens

Spezifisch auf die Behandlung von Patienten mit komplexen Traumafolgestörungen ausgerichteten Therapiemethoden ist gemeinsam, Traumafokussierung und Ressourcenorientierung so zu verzahnen, dass ein traumaverarbeitender Prozess ermöglicht wird.

Inzwischen liegen erste Studien vor, die Aussagen zur Wirksamkeit der Behandlung von Patientengruppen mit komplexen Traumafolgestörungen durch spezifisch für diese Gruppen entwickelte Therapiemethoden machen. Eine Zuordnung der Studien zu den oben skizzierten 3 Untergruppen ist allerdings nur begrenzt möglich. Das Vorliegen eines hohen Grades an Evidenzbasierung impliziert nicht, dass die untersuchte Therapiemethode bei allen Ausprägungsformen komplexer Traumafolgestörungen bewährt ist. Gleichzeitig schließt das fehlende Vorliegen von randomisiert-kontrollierten Studien die Wirksamkeit bestimmter Therapiemethoden nicht aus. Dennoch halten wir es entsprechend der internationalen Empfehlungen und der Studienlage für gerechtfertigt, eine Einteilung nach Evidenzgraden vorzunehmen:

Hohe nachgewiesene Evidenz (mehrere randomisiert kontrollierte Studien): Kognitiv behaviorale Traumatherapie und deren Kombination mit Expositionsbehandlung, Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR), Narrative Expositionstherapie (NET), Seeking Safety (bei komorbider Suchterkrankung).

Niedrigere nachgewiesene Evidenz (mehrere nicht-randomisierte Behandlungsstudien, oder nur eine randomisiert kontrollierte Studie): Psychodynamisch Imaginative Traumatherapie (PITT), Emotionsfokussierte Traumatherapie (EFTT), DBT-PTSD

In der Behandlung von Patienten mit **Dissoziativen Störungen** haben sich auch adaptierte hypnotherapeutische Techniken (z.B. Ego-State Therapie) bewährt.

Die Vermittlung von Therapiestrategien in Modul 6 soll methodenübergreifend und integrativ erfolgen. Eines der Verfahren mit hoher Evidenz soll ausführlich vermittelt werden, ein weiteres der o. a. Verfahren soll im Überblick (mind. 8 h) unterrichtet werden. Techniken zur Ressourcenaktivierung und Affektregulation sollen besonders berücksichtigt werden (siehe Modul 3).

- | | | |
|----------|--|-----------|
| 7 | Selbsterfahrung und Psychohygiene
Themenzentrierte Selbsterfahrung bei vom jeweiligen Ausbildungsinstitut benannten und entsprechend qualifizierten Supervisoren.
Psychohygiene für Psychotherapeuten: <ul style="list-style-type: none">▪ Selbstdiagnose von sekundärer Traumatisierung und Burnout▪ Verfahren zum Selbstschutz für Behandler | 10 |
| 8 | Supervision
Regelmäßige Supervision eigener Behandlungsfälle (nach Möglichkeit video-dokumentiert) durch entsprechend qualifizierte Supervisoren und Supervisorinnen (u.a. Indikationsstellung und Behandlungsplanung) im Einzelsetting oder in Gruppen (max. 6 Teilnehmer). | 20 |



- 4 Behandlung akuter Traumafolgestörungen und Krisenintervention 10**
- Phasenverlauf und Symptomatik in der Folge akuter Traumatisierungen, traumaspezifische Beratung und Krisenintervention von akuten Belastungsreaktionen. Gesprächsführung in der akuten Situation. Unterstützung natürlicher Verarbeitungsprozesse, Einbeziehung von Angehörigen und des psychosozialen Umfelds. Umgang mit akuten Symptomen wie z.B. Dissoziation, Angstreaktionen, Suizidalität, Substanzmissbrauch. Kooperation mit Diensten am Einsatzort, Kriseninterventionsteam und Opferhilfe-Organisationen. Besonderheiten von Großschadenslagen. Besonderheiten von Arbeitsunfällen.
- Evidenzbasierung von Debriefing Maßnahmen. Einsatz von konfrontativen Behandlungstechniken in den ersten 4 Wochen nach akuter Traumatisierung (Evidenzbasis, Darstellung der Vorgehensweisen, Information zum Stand der Wirksamkeit verschiedener Verfahren).
- 5 Konfrontative Bearbeitung von Traumafolgesymptomen (non-komplexe PTBS) 30**
- Vermittelt werden sollen evidenzbasierte Vorgehensweisen** (Evidenzstufe Ia nach Cochrane) in Theorie (Krankheitsmodelle, Indikation, Kontraindikation, Differentialindikation) **und Praxis** (praktische Übungen, Beherrschen des Behandlungsprotokolls).
- Mindestens eine der beiden evidenzbasierten Vorgehensweisen soll im Detail, die andere soll im Überblick (mind. 8 h) unterrichtet werden.
- Vorgehensweisen:**
- Zurzeit erfüllen den Evidenzgrad Ia:
- die verhaltenstherapeutische Expositionsbehandlung und die kognitive-verhaltenstherapeutische Behandlung von Traumafolgestörungen, sowie
 - Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR).
- 6 Behandlung komplexer Traumafolgestörungen einschließlich Dissoziativer Störungen 30**
- Derzeit werden heterogene Konzepte und Beschreibungen verwandt um komplexe Folgesymptome von Traumatisierungen, insbesondere in der Kindheit oder unter extremen Bedingungen zu bezeichnen. Zusätzlich zu den Anforderungen an die Behandlung von Patienten mit non-komplexer PTBS sind folgende Behandlungsnotwendigkeiten zu berücksichtigen:
- Bei **PTBS mit komorbider Symptomatik** (z.B. Suchterkrankung, Angststörung, andere psychische Erkrankungen und sekundärpsychotische Phänomene):
- Therapieplanung bei Komorbidität (Spezielle Bedingungen der Indikationsstellung konfrontativer Verfahren und Kontraindikationen, Hierarchisierung von Therapiezielen) Störungsspezifische Ansätze bezogen auf die komorbide Problematik (siehe ISTSS Guidelines)
- Bei **PTBS mit komorbider persönlichkeitsprägender Symptomatik:**
- Förderung der Beziehungsfähigkeit und der Fähigkeit zur interpersonellen Kompetenz, Autonomie und Nähe-Distanz Regulation
 - Aufbau selbstfürsorglicher Verhaltensweisen/ Förderung von Alltagsressourcen
 - Vermittlung von Strategien zum Umgang mit Krisensituationen
 - Bearbeitung traumaassoziierter Emotionen und dysfunktionaler Kognitionen (z.B. Scham, Schuldgefühle, Ekel, Ablehnung der eigenen Person)



B Abschlusskolloquium

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

Als Voraussetzungen für die Zulassung zum Abschlusskolloquium sind sechs supervidierte und dokumentierte Behandlungsfälle (Kurzfassung) mit unterschiedlichen Störungsbildern (Vollbild PTBS, komplexe Traumatisierung u.a. nach Kindheitstrauma – mind. 50 Behandlungsstunden, und – wenn möglich – Akuttraumatisierung) einzureichen, von denen 4 Behandlungsfälle eine volle Diagnostik (einschließlich mindestens drei traumaspezifischer Testverfahren) beinhalten müssen und zwei dem Abschlusskolloquium zugrunde gelegt werden.

Gesamtstunden (UE) 140



Anlage 9: Curriculum „Grundlagen der medizinischen Begutachtung“



Curriculum

„Grundlagen der medizinischen Begutachtung“

2. Auflage
Berlin, Oktober 2008

Herausgeber:
Bundesärztekammer

**Texte und Materialien der Bundesärztekammer
zur Fortbildung und Weiterbildung**



**Curriculum „Grundlagen der medizinischen Begutachtung“
der Bundesärztekammer
- 40 Stunden -**

- Modul I:** Allgemeine Grundlagen
Zustandsbegutachtung I: Leistungsfähigkeit im Arbeits-
und Erwerbsleben, Rehabilitation, Schwerbehindertenrecht
12 Stunden
- Modul II:** Kausalitätsbezogene Begutachtung
12 Stunden
- Modul III:** Zustandsbegutachtung II: Pflegeversicherung, Private Kranken-
versicherung, Berufsunfähigkeits(zusatz)versicherung,
spezielle Begutachtungsfragen
16 Stunden



Modul I : Allgemeine Grundlagen, Zustandsbegutachtung I: Leistungsfähigkeit im Arbeits- und Erwerbsleben, Rehabilitation, Schwerbehindertenrecht	12 Std.
Grundlagen der medizinischen Begutachtung Rolle des Gutachters; Definition Gutachten; Arbeitsschritte der Begutachtung: Wiedergabe der Aktenlage, eigene Angabe, zielführende Untersuchungsbefunde, objektive und apparative Untersuchungsbefunde, Umgang mit anerkannten Bewertungsskalen und Messverfahren, Beurteilung, Zusammenfassung und Beantwortung der gestellten Fragen, Anforderungsprofil an ein Gutachten: Form, Sprache, Nachvollziehbarkeit und Plausibilität	
Rechtliche Grundlagen der Begutachtung Unterschiedliche Rechtsformen; rechtliche Stellung des Gutachters; Pflicht zur Gutachtenerstattung; Schweigepflicht; Befangenheit; Datenschutz; Duldungspflicht von Untersuchungen; Einsichtsrechte; Zusammenarbeit des Gutachters mit anderen Ärzten, der Verwaltung, den Gerichten; Haftung und Vergütung	
Begutachtung der Leistungsfähigkeit Beurteilung der Leistungsfähigkeit im Arbeits- und Erwerbsleben, Arbeits- und Sozialanamnese, Leistungsdiagnostik, Assessments, ICF, Übersicht über die Begutachtung der Leistungsfähigkeit in der Sozialgesetzgebung	
1. Gesetzliche Krankenversicherung Definition des SGB V, Besonderheiten bei der Beurteilung der Leistungsfähigkeit aus Sicht der gesetzlichen Krankenversicherung, Arbeitsunfähigkeit, Wiedereingliederung	
2. Gesetzliche Rentenversicherung Definition des SGB VI; Besonderheiten bei der Beurteilung der Leistungsfähigkeit aus Sicht der gesetzlichen Rentenversicherung Erwerbsminderung; Erwerbsunfähigkeit; positives und negatives Leistungsbild; quantitative und qualitative Leistungseinschränkungen; zumutbare Willensanstrengung; Gehstrecke; betriebsunübliche Pausen	
3. Arbeitsagenturen und Arbeitsgemeinschaften Definition des SGB II und III, Besonderheiten bei der Beurteilung der Leistungsfähigkeit aus Sicht der Arbeitsagenturen und Arbeitsgemeinschaften	
Rehabilitation Begutachtung: Rehabilitationsbedürftigkeit, -fähigkeit, -prognose; Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben	
Schwerbehindertenrecht Definitionen des SGB IX, Behinderung; Regelwidrigkeit gegenüber dem Alterstypischen; Merkzeichen, Nachteilsausgleiche; Gleichstellung; GdB-Beurteilung, Vergleich mit festen GdB-Werten; Heilungsbewährung	
- Fallbeispiele aus der Praxis - Praktische Übungen zur medizinischen Begutachtung (Gruppenarbeit)	



Modul II: Kausalitätsbezogene Begutachtung	12 Std.
<p>Kausalitäts- und Beweisregeln im Straf-, Zivil- und Sozialrecht Äquivalenz- und Adäquanzlehre; Theorie der wesentlichen Bedingung; haftungsbegründende und haftungsausfüllende Kausalität; konkurrierende Kausalität; Wahrscheinlichkeit; Vollbeweis; Kausalität im Sinne der Entstehung; Kausalität im Sinne der Verschlimmerung; Vorschaden; Folgeschaden, Nachschaden; Schadensanlage; Verschiebung der Wesensgrundlage, Beweismaß und Beweislast</p>	
<p>Haftpflichtversicherung Rechtsgrundlagen, Haftungsvoraussetzungen und Haftungsumfang; Beweismaß und Beweislastverteilung</p>	
<p>Gesetzliche Unfallversicherung Begutachtung zur Kausalität und Feststellung von Unfallfolgen Definitionen des SGB VII; Unfallbegriff; wesentliche Bedingung; wesentliche Änderung; mittelbare Schädigungsfolge; Zusammenhangsfragen; MdE-Einschätzung; besondere berufliche Auswirkungen</p>	
<p>Gesetzliche Unfallversicherung Berufskrankheiten Berufskrankheitenverordnung (BKV); Gesetzliche BK-Anzeigepflicht; Definition der BK; Aufbau und Umfang der BK-Liste; Unterlassung aller gefährdenden Tätigkeiten; Individualprävention gem. § 3 BKV</p>	
<p>Private Unfallversicherung Versicherungsbedingungen; Unfallbegriff; Versicherungsfall; Ein- und Ausschlüsse; Invaliditätsbegriff und –bemessung; Leistungskürzung bei mitwirkenden Krankheiten und Gebrechen</p>	
<p>Soziales Entschädigungsrecht Versorgungsrecht (z.B. Soldatenversorgungsgesetz; Opferentschädigungsgesetz,); „Anhaltspunkte für die ärztliche Gutachtertätigkeit“, Kannversorgung, GdS-Einschätzung; mittelbare Schädigungsfolge; Erwerbsunfähigkeit; Schwerstbeschädigtenzulage; Pflegezulagestufen bei Hilflosigkeit; besonderes berufliches Betroffensein</p>	
<p>Begutachtung im Bereich der Arzthaftpflicht Dienstvertrag, Behandlungsvertrag; ärztliche Sorgfaltspflicht, Behandlungsfehlertypen, Beweismaß und Beweislast, Beweiserleichterungen</p>	
<p><i>- Fallbeispiele aus der Praxis -</i> Praktische Übungen zur medizinischen Begutachtung (Gruppenarbeit)</p>	



Modul III: Zustandsbegutachtung II: Pflegeversicherung, Private Krankenversicherung, Berufsunfähigkeits(zusatz)versicherung, spezielle Begutachtungsfragen	16 Std.
Pflegeversicherung Stufenkonzept, Pflegestufen, Leistungsarten	
Private Krankenversicherung Arbeitsunfähigkeit, hinzugetretene Krankheit, Arbeitsplatzanforderungen, Wiedereingliederung, Leistungen zur Teilhabe, Berufsunfähigkeitsklausel	
Berufsunfähigkeits-(Zusatz)versicherung Grundlagen der privaten Lebensversicherung, Versicherungsbedingungen, versicherter Beruf und Vergleichsberuf, Grad der Berufsunfähigkeit, Beurteilung von Teilleistungsbereichen	
Praktische Arbeitshilfen: Literatur, Leitlinien, Internetadressen	
Spezielle Begutachtungsfragen aus der Praxis, z.B. <ul style="list-style-type: none"> • Besonderheiten in der psychiatrischen Begutachtung • Besonderheiten in der forensischen Begutachtung • Besonderheiten in der Begutachtung von Migranten • Besonderheiten in der Begutachtung von Schmerzsyndromen 	
Die medizinische Begutachtung aus richterlicher Sicht	
- <i>Fallbeispiele aus der Praxis</i> – - <i>Fallstricke in der medizinischen Begutachtung</i> - Praktische Übungen zur medizinischen Begutachtung (Gruppenarbeit)	



Anlage 10: Qualitätsstandards orientiert an den Leistungsbeschreibungen für Opferambulanzen nach Opferentschädigungsgesetz, im Rahmen der Versorgungsverwaltung der Länder

(z.B. Mustervertrag des Zentrums Bayern Familie und Soziales (ZFBFS), Bayreuth; in: Zentrum Bayern Familie und Soziales (Hrsg.): Leitfaden Traumaambulanzen für Opfer von Gewalttaten im Kindes- und Jugendalter, Stand: April 2010;

http://www.zbfs.bayern.de/imperia/md/content/blvf/oeg/leitfaden_traumaambulanz.pdf)

- Erreichbarkeit werktags zu den üblichen Geschäftszeiten, außerhalb der Geschäftszeiten Erreichbarkeit über Anrufbeantworter, wenn nicht ohnehin Notfallbereitschaft besteht.
- Schnellst möglicher Ersttermin für Betroffene.
- Angebot von Diagnostik und Beratung, sowie Krisenintervention und stabilisierender Erstbehandlung traumatisierter Personen.
- Fakultativ längerfristige psychotherapeutisch- psychiatrische Behandlung.
- Mindestens ein approbierter ärztlicher oder psychologischer Psychotherapeut verfügt über traumatherapeutische Erfahrung.
- Lokale Vernetzung mit Beratungsstellen und niedergelassenen Psychotherapeuten.
- Fachliche Supervision durch ärztlichen oder psychologischen Supervisor mit spezieller Erfahrung in Psychotherapie.

