

Gesundheitspolitische Forderungen des WEISSEN RINGS zur psychotherapeutischen Versorgung von Kriminalitätsoffern

(Stand Februar 2020)

Kriminalitätsoffern haben ein erhebliches Risiko, nach einer Straftat an einer Traumafolgestörung zu erkranken. Die Tat ist grundsätzlich als Schockereignis zu werten. Sie löst starke körperliche und emotionale Reaktionen aus und kann zu emotionalen Überlastungen führen. Aus der Traumaforschung ist bekannt, dass von Menschen verursachte Traumatisierungen deutlich häufiger zu Folgeerkrankungen führen als z. B. Naturkatastrophen. Diese „man-made disasters“ verursachen eine intensive soziale Verunsicherung.

Die körperlichen, psychischen und sozialen Reaktionen führen zu einer „Erschütterung des Welt- und Selbstbildes“ und münden im Falle misslingender Verarbeitung in eine behandlungsbedürftige psychische Erkrankung wie z. B. die „Posttraumatische Belastungsstörung“

Das plötzlich hereinbrechende Ereignis und die gleichzeitige soziale Verunsicherung erfordern eine möglichst frühzeitige Intervention. Eine frühe Stabilisierung und Versorgung, z. B. in Traumaambulanzen, kann in vielen Fällen eine psychische Erkrankung verhindern. Ist sie eingetreten, kann eine früh beginnende Psychotherapie zu schnellen und nachhaltigen Behandlungserfolgen führen.

Grundsätzlich sind zwei Betroffenenengruppen zu berücksichtigen. Die bisherige Schilderung hat Opfer einzelner Straftaten im Fokus. Daneben ist zu berücksichtigen, dass für komplex traumatisierte Opfer (z. B. Opfer von lang anhaltendem sexuellem Kindesmissbrauch), darüber hinausgehende Behandlungsangebote bereitgestellt werden müssen. Sie haben einen Behandlungsbedarf, der von den traditionellen Therapieangeboten nur unzureichend gedeckt wird.

A. Grundsätzliche psychotherapeutische Versorgung

1. Unterversorgung

Kriminalitätsoffern, die eine Behandlung ihrer tatbedingten psychischen Erkrankung benötigen, sind in der Regel auf die Leistungen ihrer Krankenversicherung angewiesen. Aus diesem Grund muss auch die allgemeine Situation der psychotherapeutischen Versorgung im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung berücksichtigt werden.

Die Versorgungsdichte mit kassenzugelassenen Psychotherapeuten ist unzureichend. Nach einer Studie, die in der BPTK-Publikation „Ein Jahr nach der Reform der Psychotherapie-Richtlinie – Wartezeiten 2018“ veröffentlicht wurde, beträgt die durchschnittliche Wartezeit auf eine Richtlinien-Psychotherapie 19,9 Wochen (oder viereinhalb Monate), selbst die durchschnittliche Wartezeit auf eine Sprechstunde beträgt 5,7 Wochen. Nimmt man als

Anhaltspunkt die Fristenregelung zur Kostenerstattung, wären drei Wochen als zumutbar anzusehen. Die Unterversorgung ist im ländlichen Raum deutlich gravierender als in Städten.

Nach dem Recht der gesetzlichen Krankenversicherung (SGB V) sind die Krankenkassen verpflichtet, im Falle der Erkrankung Leistungen der Krankenbehandlung zu erbringen. Dies tun sie mit Hilfe von vertraglich gebundenen Ärzten und Psychotherapeuten („Kassenarzt“). Sind diese Vertragsbehandler nicht in der Lage, die Leistung zu erbringen, besteht für den Patienten die Möglichkeit, sich die Leistung nach vorheriger Beantragung bei der Krankenkasse selbst zu beschaffen und sich die Kosten erstatten zu lassen.

Diese Möglichkeit der Kostenerstattung nach § 13 Absatz 3 SGB V wird zunehmend restriktiv gehandhabt: Patienten werden nach den uns erreichenden Berichten nicht auf die Möglichkeiten hingewiesen. Dabei ist es Aufgabe der Kostenerstattung, trotz Versorgungsmängeln den Rechtsanspruch auf Behandlung zu gewährleisten. Falls der Antrag gestellt wird, erfolgen viele Ablehnungen, wobei der Anteil dieser Ablehnungen steigt. Insbesondere in Fällen, in denen heilpraktische Psychotherapeuten ohne Approbation aufgesucht werden, werden alle Anträge abgelehnt. Gerade im Bereich Gewalt gegen Frauen haben viele Therapeutinnen schon lange vor dem Psychotherapeutengesetz qualifiziert mit traumatisierten Patientinnen gearbeitet, die Anforderungen der Übergangsregelungen bei Inkrafttreten des Psychotherapeutengesetzes aber nicht erfüllt. Hier liegt neben den approbierten Psychotherapeuten ohne Kassensitz ein nennenswertes Potenzial vor, das von gesetzlichen Krankenkassen (im Unterschied zu Berufsgenossenschaften und teils auch Versorgungsverwaltungen) nicht genutzt wird.

Die Regelungen zur Bedarfsfeststellung werden vom Gemeinsamen Bundesausschuss Ärzte- und Krankenkassen festgelegt. Darin finden die ständig medial vermittelten Steigerungszahlen psychischer Erkrankungen jedoch keine Berücksichtigung. Die Kassenärztlichen Vereinigungen setzen im Einvernehmen mit den Krankenkassen die Regelungen in die Bedarfsplanung um. Auf dieser Grundlage werden die Kassensitze vergeben.

Eine solche Bedarfsfeststellung ist als fragwürdig anzusehen: so ist z. B. die Versorgungsdichte in Städten fünfmal so hoch wie auf dem Land. Nach neuesten Festlegungen des Gemeinsamen Bundesausschusses Ärzte und Krankenkassen (G-BA) sollen psychiatrische Institutsambulanzen in den Bedarf an psychotherapeutischen Praxen eingerechnet werden. Dies ist sachlich nicht nachzuvollziehen, da sie eine andere Patientengruppe behandeln als niedergelassene Psychotherapeuten. Das Urteil des Bundessozialgerichts vom 23.06.2010 (B 6 KA 22/09 R), nach dem das Versorgungsangebot zu erweitern ist, wenn Patienten andernfalls eine Anreise von mehr als 25 km haben, wird offensichtlich auch heute noch nicht berücksichtigt. Es ist festzuhalten, dass bei der Bedarfsplanung der tatsächliche Bedarf keine Rolle spielt. Die Überarbeitung der Bedarfsplanungsrichtlinie durch den G-BA muss also diesen tatsächlichen Bedarf als Planungskriterium gleichberechtigt berücksichtigen. Diese müssen Kassenärztliche Vereinigung und Krankenkassen anschließend umsetzen.

Das vom G-BA im September 2018 abgenommene „Gutachten zur Weiterentwicklung der Bedarfsplanung“, das nach Aussagen von Kritikern wesentliche Mängel der bisherigen Bedarfsplanung beibehält, kommt bei der Abschätzung des Bedarfs nach einer notwendigen Reform auf eine Zahl von bis zu 2.413 zusätzlich benötigten Psychotherapeuten (S. 36). Damit ist dies die „Arztgruppe“ mit dem abgesehen von den Hausärzten größten Nachholbedarf.

Dies führt zu unseren Erfahrungen, dass eher im Normalfall als in der Ausnahme von Wartezeiten von deutlich mehr als drei Monaten berichtet wird bzw. davon, dass Therapeuten ihre Wartelisten schließen. Damit wird nicht nur der o. g. Rechtsanspruch ignoriert, auch aus wirtschaftlicher Perspektive ist eine ausreichende Versorgung zu fordern: Nach Aussagen der Bundespsychotherapeutenkammer (BPTK) spart jeder Euro, der in Psychotherapie investiert wird, vier Euro Folge-Gesundheitskosten.

Die Krankenkasse ist nach § 13 Absatz 3a SGB V verpflichtet, über einen Leistungsantrag innerhalb von drei Wochen zu entscheiden. Benötigt sie für die Entscheidung ein Gutachten, verlängert sich die Frist auf fünf Wochen. Diese vom Gesetz als angemessen angesehene Frist kann als Anhaltspunkt für eine zumutbare Wartezeit dienen.

Forderungen:

- **Die Krankenkassen haben dafür Sorge zu tragen, dass in ausreichender Zahl Psychotherapeuten zur Verfügung stehen. Neben weiteren Kassenzulassungen ist hierfür auch das Instrument der Kostenerstattung für nicht zugelassene Psychotherapeuten großzügig zu nutzen.**
- **Bei der Bedarfsplanung sollte als zumutbare Wartezeit die Zahl von fünf Wochen festgelegt werden (entspricht der Frist in § 13 (3a) SGB V).**

2. Weitere Beschränkungen durch fehlende Zusatzqualifikation

Gerade für die Behandlung sogenannter Monotraumata wurden in den vergangenen Jahren nachweislich wirksame Therapiemethoden entwickelt (z. B. EMDR bei Erwachsenen). Diese sind geeignet, Therapiezeiten zu verkürzen. Leider verfügen zu wenige Psychotherapeuten über solche Zusatzqualifikationen. Eine angemessene Berücksichtigung traumatherapeutischer Methoden und Verfahren in den Psychotherapierichtlinien würde Anreize schaffen, entsprechende Zusatzqualifikationen zu erwerben.

Forderungen:

- **Die Psychotherapeuten sind als Berufsgruppe gefordert, sich im notwendigen Umfang traumatherapeutische Zusatzqualifikationen (als Orientierung kann die Zertifizierung „spezielle Traumatherapie“ der DeGPT dienen) anzueignen. Dies gilt insbesondere in Bezug auf die Patientengruppen der komplex Traumatisierten und der Kinder und Jugendlichen.**
- **Traumatherapeutische Methoden und Verfahren sind in den Psychotherapierichtlinien angemessen zu berücksichtigen.**

3. Anforderungen bestimmter Opfergruppen

Eine weitere Beschränkung bei der Therapeutensuche stellt die Tatsache dar, dass bei bestimmten Opfergruppen (z. B. Vergewaltigungsopfern) häufig der Wunsch geäußert wird, mit Therapeuten gleichen Geschlechts zu arbeiten.

Für Menschen ohne ausreichende deutsche Sprachkenntnisse stehen muttersprachliche Psychotherapeuten nicht in ausreichendem Maß zur Verfügung, Dolmetscher können in der Regel nicht eingesetzt werden, da die Kosten hierfür nicht übernommen werden. Es ist zu fordern, dass die Verfügbarkeit relevanter Sprachen als Sonderbedarf bei Zulassungen berücksichtigt wird. Eine Finanzierung notwendiger Dolmetscherkosten bei Psychotherapie sollte gesetzlich verankert werden.

Forderungen:

- **Der Bedarf an fremdsprachigen Psychotherapeuten ist über Sonderzulassungen zu berücksichtigen.**
- **Notwendige Dolmetscherkosten bei der Behandlung sind zu übernehmen.**

4. Traumaambulanzen als Früh- und Vorfeld-Intervention

Traumaambulanzen bieten die Möglichkeit, schon zu einem frühen Zeitpunkt (sogar vor dem manifesten Krankheitsbeginn) zu intervenieren. Sie sind nicht flächendeckend vertreten und haben deutliche Beschränkungen der zugelassenen Opfergruppen (nur OEG-Delikte). Teilweise bestehen noch weitere Einschränkungen, so gibt es Traumaambulanzen, die nur Kinder oder Jugendliche behandeln, oder Opfer nur bis vier Wochen (in einem anderen Fall sechs Monate) nach der Straftat annehmen.

Forderung:

- **Die Länder haben dafür Sorge zu tragen, dass in Deutschland für alle Kriminalitätsoffer ein flächendeckendes Netz an Traumaambulanzen besteht. Dabei sind die Qualitätsanforderungen im Anhang zugrunde zu legen.**

5. Innovative Behandlungsansätze

Hilfreich zur Verbesserung der Versorgungslage können internetgestützte traumatherapeutische Verfahren sein. Dies gilt insbesondere für wenig mobile Menschen und Menschen, die störungsbedingt das Haus nicht verlassen. Im Sozialrecht ist hierfür trotz belegter Wirksamkeit keine Finanzierung vorgesehen.

Forderung:

- **Wirksame internetgestützte Therapieformen sind zu finanzieren.**

B. Besondere Behandlungserfordernisse komplex traumatisierter Opfer

Die oben getroffenen Aussagen zu Versorgungslücken gelten entsprechend für komplex traumatisierte Patienten, wie wir sie häufig zum Beispiel in der Gruppe der Opfer sexuellen Kindesmissbrauchs finden. Eine Verschärfung der Problematik ist hier insofern zu konstatieren, als dieser Patientengruppe öfter von Psychotherapeuten mitgeteilt wird, dass sie nicht ausreichend qualifiziert seien.

Neben den genannten traumatherapeutischen Methoden stehen weitere spezialisierte Zusatzqualifikationen zur Verfügung, die naturgemäß noch seltener absolviert werden. In der Regel berichten Psychotherapeuten, die mit dieser Personengruppe arbeiten, dass sie - bedingt durch die Grenzen der eigenen Belastbarkeit - nur eine bestimmte Anzahl von Patienten annehmen. Erfreulicherweise richten diese Therapeuten zunehmend Qualitätszirkel ein.

6. Stundenobergrenzen

In den Psychotherapierichtlinien sind Begrenzungen des zeitlichen Umfangs festgeschrieben, die grundsätzlich auch für mögliche Verlängerungen gelten. Diese sind zwar nicht bindend (siehe Punkt C), bewirken aber regelmäßig vorzeitige Therapiebeendigungen.

Gerade bei der Personengruppe der schwerstgeschädigten Opfer sind diese Begrenzungen in den Psychotherapierichtlinien zu eng gefasst. Vielen Patienten verhilft hier die Therapie dazu, alltagstauglich zu werden und zu bleiben. Dies ist im Sinne des § 27 SGB V Aufgabe der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV), wird aber durch die aktuelle Handhabung konterkariert.

Ebenso sind Forderungen nach Ausbau von Kurzzeittherapien, wie sie vom GKV-Spitzenverband in einem Positionspapier zur „Reform des Angebots“ an ambulanter

Psychotherapie erhoben werden, nicht zielführend. Diese werden durchaus häufig eingesetzt sofern sie indiziert sind. Eine generelle Forderung nach Kurzzeittherapie, um mit der vorhandenen Anzahl zugelassener Psychotherapeuten eine größere Zahl von Patienten versorgen zu können, wird den Bedürfnissen der Patienten nicht gerecht. Maßgeblich muss der Behandlungsbedarf des Patienten sein. Dies gilt insbesondere auch für die Gruppe der Traumatisierten. Aus demselben Grund sind Forderungen nach Pauschalierungen abzulehnen.

Forderung:

- **Die grundsätzliche Begrenzung des Stundenumfangs in den Psychotherapierichtlinien (insbesondere § 30) ist kontraproduktiv und sollte gestrichen werden.**

7. Behandlung zur Verhütung von Verschlimmerung

Therapien bei komplex traumatisierten Patienten werden mit dem Hinweis auf § 27 Absatz 3 der Psychotherapierichtlinien abgelehnt, da eine Besserung nicht zu erwarten sei. Dies widerspricht dem Behandlungsanspruch in § 27 Absatz 1 Satz 1 SGB V: „Versicherte haben Anspruch auf Krankenbehandlung, wenn sie notwendig ist, um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern.“ Dies korrespondiert mit § 1 Absatz 5 der Psychotherapierichtlinien, der die gleichen Voraussetzungen aufstellt. Die Richtlinie sollte dementsprechend angepasst werden.

Forderung:

- **Im § 27 Absatz 3 PTRiL ist klarzustellen, dass die Verhütung von Verschlimmerung ein Behandlungserfolg sein kann und somit eine Weiterbehandlung legitimieren kann.**

C. Ergänzung zur Problematik – Abschlussbericht des Runden Tisches, Unterarbeitsgruppe 01 „Immaterielle und materielle Hilfen“ (s. Anlage)

Der Runde Tisch hat festgestellt, dass das Sozialleistungssystem eine geeignete und ausreichende therapeutische Versorgung sicherstellen müsste. Da es zurzeit aber noch nicht ausreichend funktioniert, wurde das ergänzende Hilfesystem (Laufzeit drei Jahre) geschaffen.

Im Abschlussbericht ist u. a. festgestellt:

- Die Krankenkassen müssen eingehend und adressatengerecht informieren (S. 3)

- Das Genehmigungsverfahren ist transparent darzustellen (S. 4)
- Die Bewilligungspraxis ist bedarfsgerecht zu gestalten (S. 5)
- Die in der Psychotherapie-Richtlinie festgelegten Stundenobergrenzen können unter bestimmten Voraussetzungen überschritten werden (S. 6)
- Nach einer abgeschlossenen Therapie gibt es keine Unterbrechung von zwei Jahren („Für eine solche Auslegung gibt es jedoch keine rechtliche Grundlage“, ebenfalls S. 6)

Fragestellung: Was wird zurzeit getan, um das gesetzliche System an die Anforderungen anzupassen?

Fazit hierzu: Wir haben immer mehr und immer bessere Möglichkeiten, traumatisierten Opfern psychotherapeutisch zu helfen und durch eine kurze zielgerichtete Behandlung vor Einsetzen von Chronifizierung sowohl Leiden als auch Kosten zu minimieren. Es gelingt aber nicht, diese Kapazitäten in auch nur annähernd ausreichendem Maße in angemessener Zeit zur Verfügung zu stellen. Dabei ist davon auszugehen, dass ausreichend approbierte Psychotherapeuten zur Verfügung stehen und lediglich die Zahl der kassenzugelassenen Psychotherapeuten zu gering ist.

nächste Seite:

Anhang (zu Forderung Nr. 4): **Qualitätsanforderungen an Traumaambulanzen:**

Qualitätsanforderungen an Traumaambulanzen

Der Fachbeirat Medizin/Psychologie des WEISSEN RINGS hat die Ergebnisse einer Umfrage bei den Landesversorgungsverwaltungen, ob und ggf. welche Qualitätsanforderungen von ihnen zur Voraussetzung für die Anerkennung als Traumaambulanz gemacht werden, erörtert.

Im Ergebnis kommt der Fachbeirat zu einem Katalog an Forderungen, die Traumaambulanzen erfüllen sollten:

Flächendeckendes Angebot

Traumaambulanzen sollten in Deutschland flächendeckend angeboten werden. Es wird gewürdigt, dass dies in 15 von 16 Bundesländern so gesehen und schon beginnend oder vollumfänglich umgesetzt wird. Eine Beschränkung des Zugangs auf eine Teilgruppe (nur Kinder/Jugendliche oder nur akut Traumatisierte) ist nicht akzeptabel.

Fachliche Standards:

- Die Behandelnden verfügen über eine Approbation.
- Die Behandlung orientiert sich an der S3-Leitlinie zur Behandlung der Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) und der S2k-Leitlinie „Diagnostik und Behandlung von akuten Folgen psychischer Traumatisierung“.
- Die verbindliche Weitervermittlung bei über das Leistungsvolumen der Ambulanz hinausgehendem Behandlungsbedarf muss gewährleistet sein, dies ist auch mehrheitlich in den Verträgen festgeschrieben.
- Die Behandelnden müssen über eine traumatherapeutische Zusatzqualifikation verfügen. Dies wird von der Mehrzahl der Landesversorgungsämter als nennenswertes Ziel genannt, aber bisher nicht vertraglich festgeschrieben. Längerfristig ist anzustreben, dass hier eine umfassende traumatherapeutische Qualifikation, etwa die „spezielle Traumatherapie (DeGPT)“ in Traumaambulanzen vorzufinden ist.
- Kontinuierliche Fort- und Weiterbildung und regelmäßige externe Supervision mit einem in Traumatologie erfahrenen Supervisor gehören ebenso zum Standard wie fachlich qualifizierte Dokumentation und Beurteilung.
- Die von einigen Ämtern genannte Nachuntersuchung nach sechs Monaten (als Angebot) sollte zum Standard werden.
- Die Traumaambulanz trägt dafür Sorge, dass auch spezifische Zielgruppen wie Behinderte oder Menschen mit Migrationshintergrund angemessen versorgt werden.

Rahmenbedingungen:

- Traumaambulanzen müssen umfangreich erreichbar sein (zu Geschäftszeiten plus Anrufbeantworter), eine Wartezeit von deutlich unter zwei Wochen (erstrebenswert: 3-4 Tage) ist zu gewährleisten. Dies ist in der Regel nicht festgeschrieben, wird aber von der jeweiligen Versorgungsverwaltung den Traumaambulanzen gegenüber kommuniziert.
- Es muss insgesamt gewährleistet sein, dass Opfer zwischen männlichen und weiblichen Behandelnden wählen können, angemessene Räumlichkeiten sind selbstverständlich.
- Eine Kooperation mit Opferhilfeorganisationen wird gefordert. Sie wird nach den Ergebnissen der Umfrage in der Regel von der Versorgungsverwaltung gewünscht, jedoch selten vertraglich festgehalten.
- Die Praxis, dass die Verträge durchgängig mit Kliniken abgeschlossen werden, ist für die Rahmenbedingungen eher hilfreich, ist aber unter den Aspekten räumliche Nähe und Qualifikation der Behandler kritisch zu sehen und auch unter dem Aspekt der freien Arztwahl nicht zwingend. Eine Öffnung wäre wünschenswert oder geboten.
- Die Traumaambulanz hat Anträge auf Leistungen nach dem Opferentschädigungsgesetz vorrätig (bundeseinheitlicher Antrag via: <http://www.bmas.de/DE/Themen/Soziale-Sicherung/Soziale-Entschaedigung/Opferentschaedigungsrecht/oeg.html>) und ist beim Ausfüllen behilflich. Kenntnisse im sozialen Entschädigungsrecht und die Möglichkeit zur Gerichtsbegleitung sind wünschenswert.