



Gesundheitspolitische Forderungen des WEISSEN RINGS zur psychotherapeutischen Versorgung von Kriminalitätsoffern

(Stand 27.09.2024)

Kriminalitätsoffern haben ein erhebliches Risiko, nach einer Straftat an einer Traumafolgestörung zu erkranken. Die Tat ist grundsätzlich als potenzielles Schockereignis zu werten. Sie löst in der Regel 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 können zu einer „Erschütterung des Welt- und Selbstbildes“ führen 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 Personen (z. B. Betroffene von langanhaltendem 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 psychotherapeutische Sprechstunde beträgt 5,7 Wochen. 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.

Die Regelungen zur Bedarfsfeststellung werden vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) festgelegt. Die regionalen Zulassungsausschüsse setzen im Einvernehmen mit den Krankenkassen die Regelungen in die Bedarfsplanung um. Auf dieser Grundlage werden die Kassensitze vergeben.

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 muss die Kostenerstattung für nicht zugelassene Psychotherapeuten wie gesetzlich vorgegeben bewilligt werden.
- 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. traumafokussierte Behandlungsmethoden bei Erwachsenen). Diese sind geeignet, Therapiezeiten zu verkürzen. Leider verfügen zu wenige Psychotherapeuten über solche Zusatzqualifikationen. Eine angemessene Berücksichtigung traumatherapeutischer Methoden 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 Psychotraumatherapie“ der DeGPT dienen) anzueignen. Dies gilt insbesondere in Bezug auf die Patientengruppen der komplex Traumatisierten und der Kinder und Jugendlichen.
- Traumatherapeutische Methoden 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

SER-Traumaambulanzen bieten die Möglichkeit, schon zu einem frühen Zeitpunkt (sogar vor dem manifesten Krankheitsbeginn) zu intervenieren. Sie sind aber bislang nicht flächendeckend vertreten und haben deutliche Beschränkungen der zugelassenen Opfergruppen (nur Gewaltdelikte nach dem Sozialen Entschädigungsrecht).

Forderungen:

- Die Länder haben dafür Sorge zu tragen, dass in Deutschland für alle Kriminalitätsopfer ein flächendeckendes Netz an Traumaambulanzen besteht.
- Traumaambulanzen sollen in jeder Hinsicht barrierefrei genutzt werden und störungsspezifischen Erfordernissen begegnen können.
- Über die bereits bestehenden Vorgaben der Traumaambulanzverordnung hinaus:
 - muss dafür Sorge getragen werden, dass das in einer Traumaambulanz tätige Personal (spätestens nach einem Ablauf von zwei Jahren nach Beschäftigungsbeginn) eine traumatherapeutische Zusatzqualifikation analog zum Curriculum der DeGPT erwirbt
 - muss mit Blick auf die Psychohygiene des behandelnden Fachpersonals eine kontinuierliche externe Supervision mit einer in Psychotraumatologie erfahrenen supervidierenden Person verpflichtend für in der Traumaambulanz tätige Berufsgruppen angeboten werden
- Eine Vernetzung mit Opferhilfsorganisationen erweitert den Zugang zum Angebot der Traumaambulanzen. Eine Anbindung strafatsbetroffener Menschen an eine Opferhilfsorganisation ist auch nach der traumaambulanten Versorgung unerlässlich, um eine optimale Weiterversorgung zu gewährleisten.

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.